Publicación Oficial de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Medicina de Familia
SEMERGEN

31º Congreso Nacional SEMERGEN

Zaragoza, 21-24 de octubre de 2009

COMITÉ DE HONOR

Presidencia de Honor

S. M. D.ª. Sofía de Grecia
Reina de España

Miembros

Excmo. Sr. D. Marcelino Iglesias Ricou
Presidente del Gobierno de Aragón

Sra. D.ª María Trinidad Jiménez García-Herrera
Ministra de Sanidad y Política Social

Excmo. Sr. D. Juan Alberto Belloch Julbe
Alcalde de Zaragoza

Ilmo. Sr. D. Javier Lambán Montañes
Presidente de la Diputación Provincial de Zaragoza

Excma. Sra. D.ª Luisa María Noeno Ceamanos
Consejera de Salud y Consumo

Sr. D. Manuel José López Pérez
Rector Magnífico de la Universidad de Zaragoza

Sr. D. Juan Carlos Bastarós García
Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud

Dr. D. Arturo Vera Gil
Decano de la Facultad de Medicina de la UNIZAR

Dr. D. Enrique de la Figuera Von Wichmann
Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza

Dr. D. Julio Zarco Rodríguez
Presidente Nacional de SEMERGEN

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta
Dra. D.ª María del Pilar Guillén Ardid

Vicepresidente y enlace de Comités
Dr. D. Antonio Pablo Martínez Barseló

Secretario
Dr. D. Francisco José Aganzo López

Vocales
Dr. D. Luis Vicente Hernández Casero
Dr. D. Ignacio Esteban Martínez
Dr. D. José Manuel Comas Samper
Dr. D. Félix Zubiri Sáenz
Dr. D. José Hernández Úrculo
Dr. D. Manuel Jiménez de la Cruz
Dr. D. Ramón García-Noblejas Dávila

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente
Dr. D. Antonio Gómez Peligros

Vicepresidente
Dr. D. Ángel Bes Franco

Secretario
Dr. D. Ángel González Pérez

Vocales
Dra. D.ª Mª del Mar Ruesta Olivan
Dr. D. Ignacio Andrés Bergareche
Dr. D. Ignacio Cantero Santamaría
Dra. D.ª Rosa Díez Cagigal
Dr. D. Francisco Javier Alonso Moreno
Dra. D.ª Nuria Fernández de Cano Martín
Dra. D.ª Mª Dolores Aicart Bort

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN)

Medicina de Familia
SEMERGEN

31º Congreso Nacional SEMERGEN

Zaragoza, 21-24 de octubre de 2009

Atención Primaria, Prioridad y Compromiso

SUMARIO

I **PROGRAMA CIENTÍFICO**

MESAS REDONDAS

1 **¿En qué condiciones es necesario un control más estricto de la glucemia?**
Moderador: José Manuel Comas Samper

1 Variabilidad glucémica: importancia de la medición postprandial y otras determinaciones
Eduardo Faure Nogueras

2 Actualización sobre los algoritmos de tratamiento propuestos por las principales sociedades científicas
Pedro Conthe Gutiérrez

4 **Diabetes tipo 2: y después de la metformina, ¿qué?**
Moderadora: Margarita Alonso Fernández

4 Sulfonilureas
Javier Acha Pérez

5 Inhibidores de la DPP-4
Ignacio Llorente Gómez de Segura

6 **Enfermedades autoinmunes: situaciones clínicas tan frecuentes y desconocidas**
Moderador: Juan Sergio Fernández Ruiz

7 Diagnóstico de presunción en Atención Primaria de las enfermedades autoinmunes más frecuentes
Félix Zubiri Sáenz

8 **Optimización del manejo y tratamiento de la dislipemia en Atención Primaria**
Moderador: Gustavo Rodríguez Roca

8 ¿Cómo tenemos controlados a nuestros pacientes en España?
Adalberto Serrano Cumplido

FOROS DE DEBATE

9 **¿Está caduco el modelo de AP? Nuevas formas de gestión y organización**
Moderador: Ignacio Esteban Martínez

10 ¿Está en crisis la Primaria? ¿Se precisa una contrarreforma?
Patricio Martínez Jiménez

10 Nuevas formas de gestión y organización
J. Antonio Otero Rodríguez

12 **Adecuada prescripción farmacéutica, tópicos, falsedades y realidades**
Moderador: Ramón Boria Avellanas

13 **La visión del médico de familia desde una perspectiva europea**
Moderador: Julián Velasco Gutiérrez

13 Médico general en Portugal
Valentín Posado Rodríguez

13 Trabajar en Atención Primaria en Dinamarca
Ana María Nielsen Bentsen

14 Ventajas e inconvenientes del modelo de Atención Primaria en Reino Unido
Alicia Revilla Aparicio

SIMPOSIOS

15 **Cambios en el estilo de vida, fitosteroles y riesgo cardiovascular**
Moderador: Luis Masana Marín

16 **El riesgo residual macrovascular y microvascular en el paciente diabético**
Moderador: Francisco Javier García-Norro Herreros

16 Beneficial effects of fenofibrate on diabetic retinopathy. Potential molecular mechanisms and implications in the clinical practice
Rafael Simó Canonge

18 Riesgo residual macrovascular en el paciente diabético
Ángel Díaz Rodríguez

CONFERENCIAS

20 **Conferencia de inauguración: sobre la esencia del ejercicio clínico y sus aspectos éticos**
Ciril Rozman

TALLERES

21 **¿Insulinizamos adecuadamente? Actualización en estrategias en el manejo de insulina**
Francisco Carramiñana Barrera y Marcin Kozarzewski

21 **Aproximación diagnóstica mediante la exploración: hombro y rodilla**
Sergio Giménez Basallote y José Luis Casals Sánchez

22 **Valoración de la función pulmonar: espirometría**
Mariano Rodríguez Porres y José Hernández Úrculo

SEMINARIOS

23 **¿Qué hacer ante un paciente con pérdida de conciencia?**
M.ª Carmen Martínez Altarriba

24 *Juan José Gomáriz García*

24 **¿Tratamos adecuadamente los dolores poliédricos?: manejo multidisciplinario del dolor crónico**
Emilio Blanco Tarrío y Feliciano Sánchez Domínguez

26 **A propósito de un caso en acné. Decisiones clínicas en Atención Primaria**
Javier Pellegrini Belinchón y Pablo de Unamuno Pérez

27 **Abordaje de las enfermedades raras en Atención Primaria**
Alfredo Avellaneda Fernández, Guillermo Pombo Alles y Maravillas Izquierdo Martínez

30 **Actualización en hipertrofia benigna de próstata**
Francisco José Brenes Bermúdez, José María Dios Diz y Antonio Alcaraz Asensio

34 **Alteraciones menstruales: orientación diagnóstica y terapéutica**
Mercedes Abizanda González y Elena Martínez Prats

35 **Atención paliativa urgente al paciente terminal**
Rosa Díez Cagigal

36 **Buenas prácticas en la asistencia sanitaria al inmigrante**
José Luis Martincano Gómez y Amor Melguizo Béjar

39 **Cáncer de cuello uterino. Cribado y diagnóstico precoz**
Mercedes Abizanda González

40 **Conducta a seguir ante la sordera en el adulto**
Héctor Vallés Varela

40 **Cuando tus pacientes usan homeopatía, ¿qué debes saber?**
M.ª José Sáenz Rodríguez

41 *José Javier Aranaz Andrés*

41 **Depresión y mujer. ¿Existen diferencias clínicas y terapéuticas?**
José Manuel Benítez Moreno y Vicente Gasull Molinera

42 **Diagnóstico, manejo y seguimiento de leucemias y linfomas más comunes**
José Polo García y Miguel Ángel Fuertes Palacio

43 **El potencial de la investigación cualitativa en Atención Primaria**
Fernando Sabirón Sierra

43 **Enfermedad arterial periférica: de la Medicina Basada en la Evidencia a la práctica clínica**
Eduardo Carrasco Carrasco y José M. Estevan Solano

45 **Enfoque diagnóstico y control del paciente con insuficiencia renal crónica**
Manuel M.ª Ortega Marlasca y Montserrat Pimienta Escrihuela

47 **Estrategias de deshabituación tabáquica**
José-Luis Díaz-Maroto Muñoz y Carlos Jiménez Ruiz

47 **Manejo de la artritis reumatoide**
Francisco Javier Manero Ruiz

48 **Manejo de las dislipemias**
Ángel Díaz Rodríguez y Francisco-Javier García-Norro Herreros

50 **Manejo del paciente con VIH**
José Luis Cañada Merino y Emilio Ildefonso García Criado

54 **Me sube la bilirrubina: enfoque diagnóstico del paciente con ictericia**
Ana Sarrión Bosque y Carlos A. Siljeström Laredo

55 **Patología anal: trasladando la evidencia a la práctica clínica**

55 Hemorroides o enfermedad hemorroidal
Mª Pºilar Remiro Barrera

56 Aspectos claves de la patología anal
José Carlos Salinas Payer

57 Yo comunico, él comunica…¿Nosotros nos comunicamos?
Rafael Casquero Ruiz

AULAS

AULA LILLY

59 **Seminario: Neurobiología de la depresión: consecuencias físicas y tratamiento farmacológico**
Ricardo Manzanera Escarti

AULA LUNDBECK

59 **Seminario: Abordaje de los pacientes hiperfrecuentadores**
José Ángel Arbesú Prieto

59 Hiperfrecuentación

60 **Seminario: Adherencia terapéutica en los trastornos mentales**
Elena Villalva Quintana

60 **Seminario: El estigma de la depresión y ansiedad: la realidad "sin etiquetas" desde un prisma cinematográfico. Una responsabilidad de todos**
José Ángel Arbesú Prieto

AULA NOVARTIS

60 **Seminario: Actualización en HTA: de la evidencia científica a la práctica clínica**
Emilio Ildefonso García Criado

AULA ALMIRALL

61 **Seminario: Enfoque múltiple en el control del riesgo vascular de los hipertensos. ¿Hacia dónde nos dirigimos?**
Salvador Lou Arnal y Francisco Javier Alonso Moreno

62 **Seminario: Diabetes y enfermedad cardiovascular. ¿Actuamos correctamente?**
Mateu Seguí Díaz y Andrés Ollero

JORNADAS

JORNADAS CIENTÍFICAS Y PROFESIONALES

Jornada del Residente

65 **Mesa redonda: Cómo ser residente de Medicina Familiar y no morir en el intento**
Moderador: Ignacio Andrés Bergareche

65 **¿Por qué los residentes de Medicina Familiar optamos por alternativas diferentes a la Atención Primaria al término de la residencia?**
Marco Antonio Esquivias Campos

65 **Otra visión de la Medicina de Familia: período formativo en Brasil**
Clara Ferrando Aznar

65 **R1, objetivo: sobrevivir**
Eva Trillo Calvo

66 **Cuando todo avance no es un progreso**
Ángel Vicente Molinero

66 **Seminario: Antiagregación en Atención Primaria**
Ángel Vicente Molinero

66 **Seminario: Violencia de género y sus documentos médico-legales para médicos residentes**
Eva Trillo Calvo

67 **Taller: ¿Qué debe saber un residente de Primaria sobre electrocardiografía?**
Roberto Genique Martínez

67 **Taller: Infiltración de hombro**
Ignacio Andrés Bergareche

67 **Taller: Vendaje funcional de tobillo**
Marco A. Esquivias Campos

68 **Taller: Vías alternativas en la administración medicamentosa: vía intraósea y subcutánea**
Omar Daoud Aziman y Clara Ferrando Aznar

Jornada de Urgencias

68 **Taller: Doctor, mi hijo tiene fiebre. Manejo por el médico de familia**
Eva Bengochea Botín

Jornada de Actividades Preventivas

69 **Mesa redonda: Prevención del riesgo laboral en el personal sanitario**
Moderadora: Paloma Casado Pérez

69 **Prevención de la infección respiratoria en el personal sanitario**
José Luis Cañada Merino

70 **Seminario: Cáncer de mama**
Esther Redondo Margüello

COMUNICACIONES

COMUNICACIONES ORALES DE MÉDICOS DE FAMILIA

72 **Comunicaciones**
93 **Casos clínicos**

COMUNICACIONES ORALES DE RESIDENTES

97 **Comunicaciones**
102 **Casos clínicos**

COMUNICACIONES PÓSTERS DE MÉDICOS DE FAMILIA

107 **Comunicaciones**
139 **Casos clínicos**

COMUNICACIONES PÓSTERS DE RESIDENTES

157 **Comunicaciones**
166 **Casos clínicos**

186 **ÍNDICE DE AUTORES**

31º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

PALACIO DE CONGRESOS

Zaragoza, 21-24 de octubre

Miércoles 21 de octubre

19.00-20.00h. *Auditorio*
Acto Oficial de Inauguración

20.00-21.00h. *Auditorio*
Conferencia de Inauguración: ***Sobre la esencia del ejercicio clínico y sus aspectos éticos***
Ponente:
- Prof. D. Ciril Rozman
  Catedrático de Medicina Interna y Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona.

21.00h.
Cocktail de Bienvenida

Jueves 22 de octubre

09.30-11.30h. *Auditorio*
Foro de debate: Re certificación, re colegiación de profesionales; papel de los Colegios de Médicos – Competencia: Macrocompetencias
Moderador:
- Dr. D. José Antonio Gil Lahorra
  Médico de Familia. Centro de Salud Tauste. Zaragoza.

Ponentes:
- Dr. D. Serafín Romero Agüit
  Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Córdoba.
- Dr. D. Enrique de la Figuera Von Wichmann
  Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza.
- Dr. D. Pablo Corral Collantes
  Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Cantabria.
- Dr. D. Arcadi Gual Sala
  Catedrático de la Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

09.30-11.30h. *Anfiteatro*
Mesa: Insuficiencia cardiaca: Epidemia del siglo XXI – Competencia: Atención cardiovascular
Moderador:
- Dr. D. José Román Baquedano Peribáñez
  Médico de Familia. Centro de Salud La Almunia. Zaragoza.

Ponentes:
Epidemiología de la insuficiencia cardiaca crónica y diagnóstico de la misma en Atención Primaria
- Dr. D. Gustavo Rodríguez Roca
  Médico de Familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo.

Estado actual en el diagnóstico de la insuficiencia cardiaca crónica
- Dr. D. Alfonso del Río Ligorit
  Cardiólogo. Jefe de Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica
- Dr. D. Gregorio Tiberio López
  Internista. Jefe Clínico. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

09.30-11.30h. *Sala 2008*
Simposio: Cervarix: La única vacuna específicamente diseñada frente al cáncer de cérvix – Competencia: Actividades preventivas en Atención Primaria
Moderador:
- Dr. D. José Codes Gómez
  Medicina General. Centro de Salud de Calatayud. Zaragoza.

Ponentes:
Estudio HPV 010: Estudio comparativo de la inmunogenicidad de las vacunas comercializadas frente al cáncer de cérvix
- Dr. D. Alfonso Alba Menéndez
  Instituto de Estudios Celulares y Moleculares de Galicia. Lugo.

Cervarix: Amplia protección frente al cáncer de cérvix tanto en mujeres naïve como previamente expuestas a la infección por el Virus del Papiloma Humano
- Dr. D. Ignacio Cristóbal García
  Ginecólogo. Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital La Zarzuela. Madrid.

09.30-11.30h. *Sala B-1*
Seminario: Estrategias de deshabituación tabáquica – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. José Luis Díaz-Maroto Muñoz
  Médico de Familia. Consultorio local de Pozo de Guadalajara. Guadalajara.
- Dr. D. Carlos Jiménez Ruiz
  Jefe de la Unidad Especializada en Tabaquismo. Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid.

09.30-11.30h. *Sala B-2*
Seminario: ¿Tratamos adecuadamente los ictus? – Competencia: Atención cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Andrés Pineda Martínez
  Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.
- Dr. D. José Francisco Frías Rodríguez
  Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

09.30-11.30h. *Sala B-3*
Seminario: Las endocrinopatías del cuarto de atrás: Manejo de la hiperfunción e hipofunción de la glándula suprarrenal – Competencia: Atención endocrinológica
Ponente:
- Dr. D. Eduardo Faure Nogueras
  Endocrinólogo. Jefe de Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

09.30-11.30h. *Sala B-4*
Seminario: Nuevos avances en Oftalmología – Competencia: Atención oftalmológica
Ponentes:
- Dra. Dª. Carolina Arruabarrena Sánchez
  Oftamóloga especialista en retina-vítreo, mácula y diabetes ocular. Centro Vissum Mirasierra. Madrid.
- Dr. D. Marco Sales Sanz
  Oftalmólogo especialista en oculoplástica y aparato lacrimal. Centro Vissum Mirasierra. Madrid.
- Dr. D. Óscar Ruiz Moreno
  Oftalmólogo especialista en cirugía refractiva y cataratas. Centro Vissum Zaragoza. Zaragoza.
- Dr. D. Antonio Sánchez Pérez
  Oftalmólogo especialista en cirugía refractiva y cataratas. Centro Vissum Zaragoza. Zaragoza.
- Dr. D. Javier Fernández Tirado
  Oftalmólogo especialista en oculoplástica y aparato lacrimal. Centro Vissum Zaragoza. Zaragoza.

09.30-11.30h. *Sala B-5*
Taller: ¿Insulinizamos adecuadamente? Actualización en estrategias en el manejo de la insulina – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Francisco Carramiñana Barrera
  Médico de Familia. Centro de Atención Primaria San Roque. Badajoz.
- Dr. D. Marcin Kozarzewski
  Endocrinólogo. Asesor Médico de Novo Nordisk. Madrid.

09.30-11.30h. *Sala B-6*
Taller: Valoración de la función pulmonar: Espirometría – Competencia: Atención neumológica
Ponentes:
- Dr. D. José Hernández Úrculo
  Médico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.
- Dr. D. Mariano Rodríguez Porres
  Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Cantabria.

09.30-11.30h. *Sala B-7*
Seminario: Enfoque diagnóstico y control del paciente con insuficiencia renal crónica – Competencia: Atención nefrológica
Ponentes:
- Dra. Dª. Montserrat Pimienta Escrihuela
  Médico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Llefiá. Badalona.
- Dr. D. Manuel Ortega Marlasca
  Médico de Familia. Centro de Salud San Telmo. Jerez de la Frontera. Cádiz.

09.30-11.30h. *Sala B-8*
Taller: Actualización en el manejo de fuentes biomédicas: Pubmed – Competencia: Investigación
Ponentes:
- Dr. D. Federico Pérez Agudo
  Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria Madrid V. Madrid.
- Dr. D. Eduardo Gutiérrez Delgado
  Médico de Familia. Centro de Salud Suances. Cantabria.

09.30 -11.30h. *Sala 1-2*
Seminario: ¿Es asma o EPOC? – Competencia: Atención neumológica
Ponentes:
- Dr. D. José Antonio Quintano Jiménez
  Médico de Familia. Neumólogo. Centro de Salud Lucena I. Lucena. Córdoba.
- Dr. D. Antonio Hidalgo Requena
  Médico de Familia. Centro de Salud Lucena I. Lucena. Córdoba.

09.30-11.30h. *Sala S-2*
Taller: ¿Cerramos correctamente las heridas? Técnicas de sutura – Competencia: Atención susceptible de cirugía menor
Ponentes:
- Dr. D. Ángel Marcos Rodríguez
  Médico de Familia. Centro de Salud Eyries. Valladolid.
- Dr. D. Miguel Ángel Gómez Gutiérrez
  Médico de Familia. Centro de Salud Solares. Cantabria.
- Dr. D. José Miguel Grima Barberá
  Médico de Familia. Centro de Salud La Almunia de Doña Godina. Zaragoza.

09.30-11.30h. *Sala Venus*
Presentación de Comunicaciones Orales – Sesión I

09.30-11.30h. *Sala Hércules*
Presentación de Comunicaciones Orales – Sesión II

09.30-11.30h. *Sala La Constancia*
Presentación de Comunicaciones Orales – Sesión III

12.00-14.00h. *Auditorio*
Foro de debate: ¿Está caduco el modelo de Atención Primaria? Nuevas formas de gestión y organización – Competencia: Gestión de la atención
Moderador:
- Dr. D. Ignacio Esteban Martínez

Médico de Familia. Centro de Salud Oliver. Zaragoza.
Ponentes:
Entre los deseos y la realidad
- Ilmo. Sr. D. Manuel García Encabo
  Director General de Planificación y Aseguramiento. Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón.

¿Está en crisis la primaria? ¿Se precisa una contrarreforma?
- Dr. D. Patricio Martínez Jiménez
  Secretario General de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM).

Nuevas formas de gestión y organización
- Dr. D. Antonio Otero Rodríguez
  Médico de Familia. Centro de Salud Damasco. Valladolid.

12.00-14.00h. *Anfiteatro*
Mesa: ¿En qué condiciones es necesario un control más estricto

de la glucemia? – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Patrocinada por la Alianza Bristol-Myers Squibb y AstraZeneca
Moderador:
- Dr. D. José Manuel Comas Samper
  Médico de Familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo.

Ponentes:
¿Cuál debe ser el control del paciente diabético? Nuevas evidencias clínicas
- Dr. D. José Javier Mediavilla Bravo
  Médico de Familia. Centro de Salud Pampliega. Burgos.

Variabilidad glucémica: Importancia de la medición posprandial y otras determinaciones
- Dr. D. Eduardo Faure Nogueras
  Endocrinólogo. Jefe de Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Actualización sobre los algoritmos de tratamiento propuestos por las principales sociedades científicas
- Dr. D. Pedro Conthe Gutiérrez
  Internista. Jefe de Sección de Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

12.00-14.00h. *Sala 2008*
Simposio: El riesgo residual macrovascular y microvascular en el paciente diabético – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Moderador:
- Dr. D. Francisco Javier García-Norro Herreros
  Médico de Familia. Especialista en Medicina Interna. Centro de Salud Condesa. León.

Ponentes:
Riesgo residual macrovascular en el paciente diabético
- Dr. D. Ángel Díaz Rodríguez
  Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.

Riesgo residual microvascular en el paciente diabético
- Dr. D. Rafael Simó Canonge
  Endocrinólogo. Jefe del Grupo de Investigación en Diabetes y Metabolismo del Instituto de Investigación Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

12.00-14.00h. *Sala B-1*
Ponencia: DPC: Un año después. Evaluación de resultados – Competencia: Docencia
Ponentes:
- Dr. D. José Ignacio Cantero Santamaría
  Responsable de Desarrollo Profesional Continuo de SEMERGEN.
- Dra. Dª. Nuria Fernández de Cano Martín
  Responsable de Formación y MIR de SEMERGEN.

12.00-14.00h. *Sala B-2*
Taller: Interpretando la "simple" radiografía de tórax – Competencia: Atención neumológica
Ponente:
- Dr. D. Miguel Ángel de Gregorio Ariza
  Catedrático de Radiología. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.

12.00-14.00h. *Sala B-3*
Seminario: Enfermedad arterial periférica: De la MBE a la práctica clínica – Competencia: Atención cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Eduardo Carrasco Carrasco
  Médico de Familia. Centro de Salud de Abarán. Murcia.
- Dr. D. José M. Estevan Solano
  Especialista en Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Central de Oviedo.

12.00-14.00h. *Sala B-4*
Seminario: A propósito de un caso en acné: Decisiones clínicas en Atención Primaria – Competencia: Atención dermatológica
Ponentes:
- Dr. D. Javier Pellegrini Belinchón
  Médico de Familia. Centro de Salud de Pizarrales. Salamanca.
- Prof. D. Pablo de Unamuno Pérez
  Catedrático de Dermatología. Universidad de Salamanca.

12.00-14.00h. *Sala B-5*
Taller: ¿Insulinizamos adecuadamente? Actualización en estrategias en el manejo de la insulina – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Francisco Carramiñana Barrera
  Médico de Familia. Centro de Atención Primaria San Roque. Badajoz.
- Dr. D. Marcin Kozarzewski
  Endocrinólogo. Asesor Médico de Novo Nordisk. Madrid.

12.00-14.00h. *Sala B-6*
Taller: Valoración de la función pulmonar: Espirometría – Competencia: Atención neumológica
Ponentes:
- Dr. D. José Hernández Úrculo
  Médico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.
- Dr. D. Mariano Rodríguez Porres
  Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Cantabria.

12.00-14.00h. *Sala B-7*
Seminario: Depresión y mujer. ¿Existen diferencias clínicas y terapéuticas? – Competencia: Atención a la salud mental
Ponentes:
- Dr. D. José Manuel Benítez Moreno
  Médico de Familia. Centro de Salud Villa Olímpica. Barcelona.
- Dr. D. Vicente Gasull Molinera
  Médico de Familia. Consultorio Auxiliar Monte Vedat. Valencia.

12.00-14.00h. *Sala B-8*
Taller: Búsqueda de evidencia médica en fuentes de información on line – Competencia: Investigación
Ponente:
- Dª. Mª Mercedes Muñoz Escolá
  Documentalista. Biblioteca-Servicio de Documentación. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

12.00-14.00h. *Sala 1-2*
Seminario: Conducta a seguir ante la sordera en el adulto – Competencia: Atención ORL
Ponente:
- Dr. D. Héctor Vallés Varela
  Jefe de Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

12.00-14.00h. *Sala 2-3*
Simposio: Documento de Consenso Internacional sobre la importancia de la calidad de las grasas en la alimentación – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Moderadora:
- Dra. Dª Mª Luisa López Díaz-Ufano
  Médico de Familia. Centro de Salud Torres de la Alameda. Madrid.

Ponentes:
Presentación del Documento de Consenso International Expert Meeting
- Dr. D. Xavier Pintó i Sala
  Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Revisión de la evidencia científica sobre el papel de las grasas en la alimentación, que ha servido de base al documento
- Dr. D. Francisco Pérez Jiménez
  Internista. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Documento de Consenso. Implicaciones prácticas para unos hábitos alimenticios saludables para la población
- Dr. D. Vicente Pascual Fuster
  Médico de Familia. Centro de Salud de Palleter. Castellón.

12.00-14.00h. *Sala S-2*
Taller: ¿Cerramos correctamente las heridas? Técnicas de sutura – Competencia: Atención susceptible de cirugía menor
Ponentes:
- Dr. D. Ángel Marcos Rodríguez
  Médico de Familia. Centro de Salud Eyries. Valladolid.
- Dr. D. Miguel Ángel Gómez Gutiérrez
  Médico de Familia. Centro de Salud Solares. Cantabria.
- Dr. D. José Miguel Grima Barberá
  Médico de Familia. Centro de Salud La Almunia de Doña Godina. Zaragoza.

12.00-14.00h. *Sala Venus*
Presentación de Comunicaciones Orales – Sesión IV

12.00-14.00h. *Sala Hércules*
Presentación de Comunicaciones Orales – Sesión V

12.00-14.00h. *Sala La Constancia*
Presentación de Comunicaciones Orales – Sesión VI

16.00-17.00h. *Sala B-7*
Seminario: Consumo de bebidas fermentadas y riesgo cardiovascular – Competencia: Atención a los factores de riesgo cardiovascular
Ponente:
- Dra. Dª. Gemma Vilahur García
  Centro de Investigación Cardiovascular (CSIC-ICCC). Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

16.00-17.00h. *Sala 1-2*
Mesa: Estrés oxidativo. Punto de partida de enfermedad degenerativa – Competencia: Macrocompetencias
Moderadora:
- Dra. Dª. Mª Luisa López Díaz-Ufano
  Médico de Familia. Centro de Salud Torres de la Alameda. Madrid.

Ponentes:
- Dra. Dª. Ángela Rodríguez de Cossío
  Médico de Familia. Centro de Salud San Martín de la Vega. Madrid.
- Dra. Dª. Ruth Rodríguez Sánchez
  Médico de Familia. Centro de Salud Sánchez Morante. Getafe. Madrid.

16.00-18.00h. *Sala B-1*
Seminario: El potencial de la investigación cualitativa en Atención Primaria – Competencia: Investigación
Ponente:
- Dr. D. Fernando Sabirón Sierra
  Profesor Titular de la Universidad de Zaragoza.

16.00-18.00h. *Sala B-2*
Seminario: Me sube la bilirrubina: Enfoque diagnóstico del paciente con ictericia – Competencia: Atención digestiva
Ponentes:
- Dra. Dª. Ana Sarrión Bosque
  Médico de familia. Centro de Salud Bétera. Valencia.
- Dr. D. Carlos Siljeström Laredo
  Médico de Familia. Centro de Salud Costa Cálida. La Manga del Mar Menor. San Javier. Murcia.

16.00-18.00h. *Sala B-3*
Seminario: Enfermedad arterial periférica: De la MBE a la práctica clínica – Competencia: Atención cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Eduardo Carrasco Carrasco
  Médico de Familia. Centro de Salud de Abarán. Murcia.
- Dr. D. José M. Estevan Solano
  Especialista en Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Central de Oviedo.

16.00-18.00h. *Sala B-4*
Seminario: Manejo de las dislipemias – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Ángel Díaz Rodríguez
  Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.
- Dr. D. Francisco Javier García-Norro Herreros
  Médico de Familia. Centro de Salud Condesa. León.

16.00-18.00h. *Sala B-5*
Seminario: El potencial de la herramienta FRAX en Atención Primaria – Competencia: Osteoporosis
Ponente:
- Dra. Dª. Carmen Valdés y Llorca
  Médico de Familia. Centro de Salud Miraflores. Alcobendas. Madrid.

16.00-18.00h. *Sala B-6*
Seminario: Atención paliativa urgente al paciente terminal – Competencia: Atención oncológica: Cuidados paliativos
Ponentes:
- Dra. Dª. Rosa Díez Cagigal
  Médico de Familia. Equipo de Cuidados Paliativos. Hospital de Laredo. Cantabria.
- Dr. D. Feliciano Sánchez Domínguez
  Médico de Familia. Unidad Urbana de Cuidados Paliativos. Salamanca.

16.00-18.00h. *Sala B-8*
Taller: Actualización en el manejo de fuentes biomédicas: Pubmed – Competencia: Investigación
Ponentes:
- Dr. D. Federico Pérez Agudo
  Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria Madrid V. Madrid.
- Dr. D. Eduardo Gutiérrez Delgado
  Médico de Familia. Centro de Salud Suances. Cantabria.

16.00-18.00h. *Sala Venus*
Presentación de Comunicaciones Orales – Sesión VII

16.00-18.00h. *Sala Hércules*
Presentación de Comunicaciones Orales – Sesión VIII

16.00-18.00h. *Sala Pilar*
Presentación de Comunicaciones Orales – Sesión IX

16.00-18.00h. *Sala La Constancia*
Presentación de Comunicaciones Orales – Sesión X

17.30-18.00h. *Sala 1-9*
Ponencia: Efecto del consumo de ternasco de Aragón en el perfil lipídico y estado nutricional de jóvenes sanos – Competencia: Macrocompetencias

Ponente:
- Dr. D. Luis Moreno Aznar

Profesor del Departamento de Fisiatría y Enfermería. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza.

Viernes 23 de octubre

09.30-11.30h. *Auditorio*
Mesa: Estado actual de la Gripe A

09.30-11.30h. *Sala 2008*
Simposio: Eyaculación Precoz: Avances en el diagnóstico y tratamiento – Competencia: Atención sexológica
Moderador:
- Dr. D. Froilán Sánchez Sánchez
  Médico de Familia y Sexólogo Clínico. Centro de Salud de Xátiva. Valencia.

Ponentes:
Introducción y epidemiología de la eyaculación precoz
- Dr. D. Carlos San Martín Blanco
  Médico de Familia. Clínica Cipsa. Santander.

Etiología de la eyaculación precoz
- Dr. D. Ramón González Correales
  Médico de Familia. Experto en Sexología. Centro de Salud 2. Ciudad Real.

Abordaje terapéutico; fundamentos para nuevos tratamientos: Priligy (Dapoxetina)
- Dr. D. Juan José Borrás Valls
  Médico de Familia. Instituto Espille. Valencia.

09.30-11.30h. *Sala B-1*
Seminario: Dieta y alimentos funcionales – Competencia: Macrocompetencias
Ponentes:
- Dra. Dª Mª Luisa López Díaz-Ufano
  Médico de Familia. Centro de Salud Torres de la Alameda. Madrid.
- Dr. D. Alfonso del Río Ligorit
  Cardiólogo. Jefe de Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

09.30-11.30h. *Sala B-2*
Seminario: Manejo de las dislipemias – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Ángel Díaz Rodríguez
  Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.
- Dr. D. Francisco Javier García-Norro Herreros
  Médico de Familia. Centro de Salud Condesa. León.

09.30-11.30h. *Sala B-3*
Seminario: Actualización en hipertrofia benigna de próstata – Competencia: Atención urológica
Ponente:
- Dr. D. Francisco Brenes Bermúdez
  Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Llefià. Badalona.
- Dr. D. Antonio Alcaraz Asensio
  Urólogo. Jefe del Servicio de Urología. Hospital Clinic de Barcelona.
- Dr. D. José María Dios Diz
  Médico de Familia. Centro de Salud Tardoia. A Coruña.

09.30-11.30h. *Sala B-4*
Seminario: ¿Tratamos adecuadamente los dolores poliédricos?: Manejo multidisciplinario del dolor crónico – Competencia: Atención integral al paciente con dolor
Ponentes:
- Dr. D. Emilio Blanco Tarrío
  Médico de Familia. Centro de Salud Esperanto. Valladolid.
- Dr. D. Feliciano Sánchez Domínguez
  Médico de Familia. Unidad Urbana de Cuidados Paliativos. Salamanca.

09.30-11.30h. *Sala B-5*
Seminario: ¿Qué hacer ante un paciente con pérdida de consciencia? – Competencia: Atención neurológica
Ponentes:
- Dra. Dª. Mª Carmen Martínez Altarriba
  Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Horta. Barcelona.
- Dr. D. Juan José Gomáriz García
  Médico de Familia. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia.

09.30-11.30h. *Sala B-6*
Seminario: Diagnóstico, manejo y seguimiento de leucemias y linfomas más comunes – Competencia: Atención hematológica
Ponentes:
- Dr. D. José Polo García
  Médico de Familia. Centro de Salud Casar de Cáceres. Cáceres.
- Dr. D. Miguel Ángel Fuertes Palacio
  Hematólogo. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

09.30-11.30h. *Sala B-7*
Seminario: El potencial de la herramienta FRAX en Atención Primaria – Competencia: Osteoporosis
Ponente:
- Dra. Dª. Carmen Valdés y Llorca
  Médico de Familia. Centro de Salud Miraflores. Alcobendas. Madrid.

09.30-11.30h. *Sala B-8*
Seminario: Yo comunico, él comunica, ¿nosotros nos comunicamos? Comunicación médico–paciente – Competencia: Comunicación con el individuo, la familia y la comunidad
Ponente:
- Dr. D. Rafael Casquero Ruiz
  Médico de Familia. Centro de Salud Las Cortes. Madrid.

09.30-11.30h. *Sala 1-2*
Mesa: Enfermedades autoinmunes: Situaciones clínicas tan frecuentes y desconocidas – Competencia: Atención reumatológica
Moderador:
- Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz
  Médico de Familia. Centro de Salud de Armilla. Granada.

Ponentes:
Anticuerpos positivos: Del laboratorio a la clínica
- Dra. Dª. Adela Marín Ballvé
  Internista. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Aspectos relevantes en el seguimiento y tratamiento de pacientes con enfermedades autoinmunes
- Dr. D. José Luis Hortells Aznar
  Internista. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Diagnóstico de presunción en Atención Primaria de las enfermedades autoinmunes más frecuentes
- Dr. D. Félix Zubiri Sáenz
  Médico de Familia. Centro de Salud Iturrama. Pamplona.

09.30-11.30h. *Sala 2-3*
Mesa: Claudicación intermitente: Significado, manejo práctico y nuevas alternativas – Competencia: Atención cardiovascular

Moderador:
- Dr. D. Eduardo Carrasco Carrasco
  Médico de Familia. Centro de Salud Abarán. Murcia.

Ponentes:

Etiopatogenia y diagnóstico de la claudicación intermitente en Atención Primaria
- Dra. Dª. Olga García Vallejo
  Médico de Familia. Centro de Salud Almendrales. Madrid.

Tratamiento de la claudicación intermitente en el marco de la Atención Primaria. Criterios de remisión al cirujano vascular
- Dr. D. Miguel Ángel Marco Luque
  Jefe de Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Nuevas alternativas terapéuticas en la claudicación intermitente
- Dr. D. Enrique Puras Mallagray
  Jefe de la Unidad de Cirugía Vascular. Hospital Fundación Alcorcón. Madrid.

09.30-11.30h. *Sala W1*
Foro de debate: Adecuada prescripción farmacéutica. Tópicos, falsedades y realidades – Competencia: Gestión de la atención

Moderador:
- Dr. D. Ramón Boria Avellanas
  Médico de Familia. Centro de Salud Sariñena. Huesca.

Ponentes:

Riesgos de la prescripción inadecuada
- Dr. D. Jesús Honorato Pérez
  Director del Servicio de Farmacología. Clínica Universitaria de Navarra.

El médico de familia ante el Uso Racional del Medicamento
- Dra. Dª. Mercedes Ricote Belinchón
  Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

Necesidad de una eficiencia en el uso de los fármacos en los servicios sanitarios
- Dr. D. José Ignacio Gaspar Escayola
  Jefe del Servicio de Oferta Sanitaria, Formación, Control y Uso del Medicamento. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón.

09.30-11.30h. *Sala W2*
Foro de debate: La visión del médico de familia desde una perspectiva europea – Competencia: Macrocompetencias

Moderador:
- Dr. D. Julián Velasco Gutiérrez
  Médico de Familia. Centro de Salud Candelario. Salamanca.

Ponentes:

Trabajar en Atención Primaria en Dinamarca
- Dra. Dª. Ana Mª Nielsen Bentsen
  Médico de Familia. Centro de Salud Villamor de los Escuderos. Zamora.

Ventajas e inconvenientes del Modelo de Atención Primaria en Reino Unido
- Dra. Dª. Alicia Revilla Aparicio
  Médico de Familia. Centro Sociosanitario Mutuam Güell. Barcelona.

Médico General en Portugal
- Dr. D. Valentín Posado Rodríguez
  Médico de Familia. Centro de Salud Fuentesano. Zamora.

10.00-11.30h. *Anfiteatro*
Conferencia: La salud como derecho humano

Ponente:
- D. Federico Mayor Zaragoza
  Presidente de la Fundación Cultura de Paz.

12.00-14.00h. *Auditorio*
Foro de debate: Coordinación entre niveles asistenciales; nuevos modelos, modelo Alzira – Competencia: Gestión de la atención

Moderadora:
- Dra. Dª. Mar Ruestan Olivan
  Médico de Familia. Hospital MAZ. Zaragoza.

Ponentes:
- Dr. D. Rafael Micó Pérez
  Médico de Familia. Director de Área de Asistencia Ambulatoria. Departamento Valencia-Hospital General.
- Dra. Dª. Marta Aguilera Guzmán
  Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria.
- Dra. Dª. Rosana Espinosa Urbina
  Directora Asistencial de Área de Salud. Departamento de Salud de La Ribera. Valencia.

12.00-14.00h. *Anfiteatro*
Mesa: Diabetes Tipo 2: Y después de la metformina, ¿qué? – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular

Moderadora:
- Dra. Dª. Margarita Alonso Fernández
  Médico de Familia. Centro de Salud La Eria. Oviedo.

Ponentes:

Sulfonilureas
- Dr. D. Francisco Javier Acha Pérez
  Endocrinólogo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Glitazonas
- Dr. D. Francisco Carramiñana Barrera
  Médico de Familia. Centro de Atención Primaria San Roque. Badajoz.

Inhibidores de la DPP-4
- Dr. D. Ignacio Llorente Gómez
  Endocrinólogo. Jefe de Sección. Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife.

12.00-14.00h. *Sala 2008*
Simposio: Programas para el manejo del paciente con riesgo cardiometabólico – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular

Ponentes:

Programa Diabes
- Dr. D. Tomás Sánchez Ruiz
  Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

Programa MEJORA
- Dra. Dª. Rosario Corio Andújar
  Médico de Familia. Centro de Salud Martí Juliá. Cornellá de Llobregat. Barcelona.

Caso clínico
- Dr. D. Miguel Ángel Prieto Díaz
  Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín. Oviedo.
- Dr. D. Salvador Tranche Iparraguire
  Médico de Familia. Centro de Salud El Cristo. Oviedo.

12.00-14.00h. *Sala B-1*
Ponencia: DPC: Un año después. Evaluación de resultados – Competencia: Docencia

Ponentes:
- Dr. D. José Ignacio Cantero Santamaría
  Responsable de Desarrollo Profesional Continuo de SEMERGEN.
- Dra. Dª. Nuria Fernández de Cano Martín
  Responsable de Formación y MIR de SEMERGEN.

12.00-14.00h. *Sala B-2*
Seminario: Me pica todo: Manejo del prurito – Competencia: Atención dermatológica

Ponente:
- Dr. D. Servando Marrón Moya
  Dermatólogo. Hospital de Calatayud. Zaragoza.

12.00-14.00h. *Sala B-3*
Seminario: Actualización en hipertrofia benigna de próstata – Competencia: Atención urológica
Ponente:
- Dr. D. Francisco Brenes Bermúdez
  Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Llefià. Badalona.
- Dr. D. Antonio Alcaraz Asensio
  Urólogo. Jefe del Servicio de Urología. Hospital Clinic de Barcelona.
- Dr. D. José María Dios Diz
  Médico de Familia. Centro de Salud Tardoia. A Coruña.

12.00-14.00h. *Sala B-4*
Seminario: Atención paliativa urgente al paciente terminal – Competencia: Atención oncológica: Cuidados paliativos
Ponentes:
- Dra. Dª. Rosa Díez Cagigal
  Médico de Familia. Equipo de Cuidados Paliativos. Hospital de Laredo. Cantabria.
- Dr. D. Feliciano Sánchez Domínguez
  Médico de Familia. Unidad Urbana de Cuidados Paliativos. Salamanca.

12.00-14.00h. *Sala B-5*
Seminario: ¿Qué hacer ante un paciente con pérdida de consciencia? – Competencia: Atención neurológica
Ponentes:
- Dra. Dª. Mª Carmen Martínez Altarriba
  Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Horta. Barcelona.
- Dr. D. Juan José Gomáriz García
  Médico de Familia. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia.

12.00-14.00h. *Sala B-6*
Seminario: Patología anal: Trasladando la evidencia a la práctica diaria – Competencia: Atención digestiva
Ponentes:
- Dra. Dª. Mª Pilar Remiro Barrera
  Cirujana. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- Dr. D. José Carlos Salinas Payer
  Cirujano. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

12.00-14.00h. *Sala B-7*
Seminario: Manejo de la artritis reumatoide – Competencia: Atención reumatológica
Ponente:
- Dr. D. Francisco Javier Manero Ruiz
  Jefe de Sección de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

12.00-14.00h. *Sala B-8*
Seminario: Cuando tus pacientes usan homeopatía, ¿qué debes saber? – Competencia: Macrocompetencias
Ponentes:
- Dr. D. José Javier Aranaz Andrés
  Médico de Familia. Homeópata. Centro de Salud Pastrana. Guadalajara.
- Dra. Dª. Mª José Sáenz Rodríguez
  Médico de Familia. Homeópata. Centro de Salud Deltebre. Tarragona.

12.00-14.00h. *Sala 2-3*
Mesa: Optimización del manejo y tratamiento de la dislipemia en Atención Primaria – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Moderador:
- Dr. D. Gustavo Rodríguez Roca
  Médico de Familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo.

Ponentes:
¿Cómo tenemos controlados a nuestros pacientes en España?
- Dr. D. Adalberto Serrano Cumplido
  Médico de Familia. Centro de Salud Repélega. Portugalete. Vizcaya.

La importancia y necesidad de alcanzar objetivos en la prevención cardiovascular
- Dr. D. Fernando Civeira Murillo
  Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Manejo y tratamiento actual con estatinas. Más allá de reducción LDL
- Dr. D. Vivencio Barrios Alonso
  Cardiólogo. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

12.00-14.00h. *Sala S-2*
Taller: Ecografía de hombro – Competencia: Atención traumatológica
Ponentes:
- Dr. D. Jesús Rodríguez González
  Medicina del Trabajo. SPA Asepeyo. Bilbao.
- Dr. D. Nabor Díaz Rodríguez
  Médico de Familia. Centro de Salud Avalenza. Orense.

12.00-14.00h. *Sala W2*
Mesa: ¿Es necesario integrar la Medicina de Familia en los planes de estudio? – Competencia: Docencia
Moderador:
- Dr. D. Félix Suárez González
  Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Ponentes:
¿Hay voluntad de integrar la Medicina de Familia en los planes de estudio?
- Dra. Dª. Ana de Santiago Nocito
  Médico de Familia. EAP Cogolludo. Guadalajara. SESCAM.

La Medicina de Familia en el plan de estudios de Grado de Medicina en la Universidad de Zaragoza
- Dr. D. Arturo Vera Gil
  Decano de la Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.

Medicina de Familia y Universidad. Asignatura pendiente.
- Dª. Leyre Zubiri Oteiza
  Estudiante de 6º de Medicina. Universidad de Navarra.

16.00-18.00h. *Sala 2008*
Simposio: Cambios en el estilo de vida, fitosteroles y riesgo cardiovascular – Competencia: Actividades preventivas en Atención Primaria
Moderador:
- Dr. D. Lluis Masana Marín
  Especialista en Medicina Interna. Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. Hospital Universitario Sant Joan. Reus.

Ponentes:
Impacto de los cambios en el estilo de vida sobre el riesgo cardiovascular
- Dra. Dª. Estíbaliz Jarauta Simón
  Especialista en Medicina Interna. Unidad de Lípidos y Riesgo Cardiovascular. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Mecanismos de acción de los fitosteroles
- Dr. D. Emili Ros Rahola
  Digestólogo. Unidad de Lípidos. Hospital Clinic de Barcelona.

Evidencia científica del efecto de los fitosteroles sobre la colesterolemia
- Dra. Dª. Nuria Plana Gil
  Pediatra. Unidad de Medicina Vascular y Metabolismo. Hospital Universitario Sant Joan. Reus.

16.00-18.00h. *Sala B-1*
Seminario: Manejo del paciente con VIH – Competencia: Atención a la patología infecciosa
Ponentes:
- Dr. D. José Luis Cañada Merino
Médico de Familia. Centro de Salud Algorta. Getxo. Vizcaya.
- Dr. D. Emilio Ildefonso García Criado
Médico de Familia. Centro de Salud de La Fuensanta. Córdoba.

16.00-18.00h. *Sala B-2*
Seminario: Me pica todo: Manejo del prurito – Competencia: Atención dermatológica
Ponente:
- Dr. D. Servando Marrón Moya
Dermatólogo. Hospital de Calatayud. Zaragoza.

16.00-18.00h. *Sala B-5*
Seminario: Buenas prácticas en la asistencia sanitaria al inmigrante – Competencia: Atención al inmigrante
Ponentes:
- Dr. D. José Luis Martincano Gómez
Médico de Familia. Centro de Salud Jabugo. Huelva.
- Dra. Dª. Amor Melguizo Béjar
Médico de Familia. Centro de Salud Torrerramona. Zaragoza.

16.00-18.00h. *Sala B-6*
Taller: Aproximación diagnóstica mediante la exploración: Hombro y rodilla – Competencia: Atención traumatológica
Ponentes:
- Dr. D. Sergio Giménez Basallote
Médico de Familia. Centro de Salud El Limonar. Málaga.
- Dr. D. José Luis Casals Sánchez
Facultativo de Área de Reumatología. Médico de Familia. Hospital Clínico de Málaga.

16.00-18.00h. *Sala S-2*
Taller: Ecografía de hombro – Competencia: Atención traumatológica
Ponentes:
- Dr. D. Jesús Rodríguez González
Medicina del Trabajo. SPA Asepeyo. Bilbao.
- Dr. D. Nabor Díaz Rodríguez
Médico de Familia. Centro de Salud Avalenza. Orense.

16.00-18.00h. *Sala W2*
Defensa de Comunicaciones Tipo Póster

Sábado 24 de octubre

09.30-11.30h. *Sala B-1*
Seminario: Abordaje de las enfermedades raras desde Atención Primaria – Competencia: Atención a las enfermedades raras
Ponentes:
- Dr. D. Alfredo Avellaneda Fernández
Médico de Familia. Centro de Salud Los Cármenes. Madrid.
- Dr. D. Guillermo Pombo Alles
Médico de Familia. Centro de Salud Dávila. Santander.
- Dª. Maravillas Izquierdo Martínez
Directora de la Cátedra de Salud Pública y Gestión Sanitaria. Universidad Europea de Madrid.

09.30-11.30h. *Sala B-2*
Seminario: Alteraciones menstruales: Orientación diagnóstica y terapéutica – Competencia: Atención ginecológica
Ponentes:
- Dra. Dª. Mercedes Abizanda González
Médico de Familia y Ginecóloga. Centro de Atención Primaria Villa Olímpica. Barcelona.
- Dra. Dª. Elena Martínez Prats
Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Barceloneta. Barcelona.

09.30-11.30h. *Sala B-3 y B-4*
Taller: Aproximación diagnóstica mediante la exploración: Hombro y rodilla – Competencia: Atención traumatológica
Ponentes:
- Dr. D. Sergio Giménez Basallote
Médico de Familia. Centro de Salud El Limonar. Málaga.
- Dr. D. José Luis Casals Sánchez
Facultativo de Área de Reumatología. Médico de Familia. Hospital Clínico de Málaga.

09.30-11.30h. *Sala B-5*
Seminario: Cómo realizar un informe de reflexión y diseñar un plan de mejora – Competencia: Calidad asistencial
Ponentes:
- Dr. D. Armando Santo González
Médico de Familia. Centro de Salud de Sangonera la Verde. Grupo de Atención Primaria de Murcia.
- Dra. Dª. Marina Carrasco Gómez
Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia.

09.30-11.30h. *Sala B-6*
Seminario: Doctor, mi madre está imposible. Diagnóstico y manejo del paciente con demencia – Competencia: Atención al anciano
Ponentes:
- Dr. D. Juan Carlos Colmenarejo Hernando
Médico de Familia. Centro de Salud Benita de Ávila. Madrid.
- Dra. Dª. Brigitte Calle Cabada
Médico de Familia. Centro de Salud Santa Hortensia. Madrid.

10.00-11.30h. *Sala 2008*
Asamblea General Ordinaria de Socios de SEMERGEN

12.00-13.00h. *Auditorio*
Conferencia de Clausura: Sentido y sinsentido de la enfermedad
Ponente:
- D. Fernando Savater Martín
Escritor.

13.00-14.00h. *Auditorio*
Acto Oficial de Clausura

14.30h.
Cocktail de Clausura

Aulas

Aula Lilly
Sala 1-1 y Sala 1-2 (viernes)

Jueves, 09.30-18.00h.

09.30-11.30h. *Sala 1-1*
Seminario: Neurobiología de la depresión: Consecuencias físicas y tratamiento farmacológico – Competencia: Atención a la salud mental

Ponentes:
- Dr. D. Ricardo Manzanera Escarti
  Médico de Familia. Faculty of Medicine. Imperial College London. Londres.
- Dr. D. José Antonio Lozano Ortiz
  Médico de Familia. Sevilla.

12.00-14.00h. *Sala 1-1*
Seminario: Triada disfunción eréctil, disfunción endotelial y enfermedad cardiovascular: Aspectos prácticos – Competencia: Atención sexológica
Ponentes:
- Dr. D. Froilán Sánchez Sánchez
  Médico de Familia y Sexólogo Clínico. Centro de Salud de Xátiva. Valencia.
- Dr. D. Manuel Mas García
  Catedrático de Fisiología. Universidad de La Laguna. Tenerife.

16.00-18.00h. *Sala 1-1*
Taller: Ampliando habilidades en la utilización de las insulinas – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. José Mancera Romero
  Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.
- Dr. D. César Lozano Suárez
  Médico de Familia. Unidad Docente de Ciudad Real.

Viernes, 09.30-18.00h.

09.30-11.30h. *Sala 1-1*
Taller: Ampliando habilidades en la utilización de las insulinas – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. José Mancera Romero
  Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.
- Dr. D. César Lozano Suárez
  Médico de Familia. Unidad Docente de Ciudad Real.

12.00-14.00h. *Sala 1-1*
Simposio: Exenatida: Un nuevo paradigma en el tratamiento de la Diabetes Tipo 2 – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Moderador:
- Dr. D. Javier Mediavilla Bravo
  Médico de Familia. Centro de Salud Pampliega. Burgos.

Ponentes:
Exenatida: Desarrollo del primer y único Incretín Mimético
- Dr. D. Manel Mata Cases
  Médico de Familia. Centro de Atención Primaria La Mina. Sant Adrià de Besòs. Barcelona.

Exenatida frente a insulina: Estudios comparativos
- Dr. D. Manel Puig Domingo
  Consultor. Servicio de Endocrinología. Hospital Clínic. Barcelona.

Mejora del pronóstico del paciente diabético: Glucemia postprandial y obesidad
- Dr. D. Francisco Javier Escalada San Martín
  Consultor. Departamento de Endocrinología y Nutrición. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

P y R

12.00-14.00h. *Sala 1-2*
Seminario: Neurobiología de la depresión: Consecuencias físicas y tratamiento farmacológico – Competencia: Atención a la salud mental
Ponentes:
- Dr. D. Ricardo Manzanera Escarti
  Médico de Familia. Faculty of Medicine. Imperial College London. Londres.
- Dr. D. José Antonio Lozano Ortiz
  Médico de Familia. Sevilla.

16.00-18.00h. *Sala 1-1*
Seminario: Problemas sexuales en la madurez. Disfunción eréctil y tratamiento farmacológico – Competencia: Atención sexológica
Ponentes:
- Dr. D. Juan José Borrás Valls
  Médico de Familia. Instituto Espille. Valencia.
- Dr. D. Carlos San Martín Blanco
  Médico de Familia. Clínica Cipsa. Santander.

Aula Novartis
Sala 1-4

Jueves, 09.30-18.00h.

09.30-11.30h. *Sala 1-4*
Seminario: Terapia combinada en pacientes hipertensos – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Tomás Sánchez Ruiz
  Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.
- Dr. D. José Luis Llisterri Caro
  Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

12.00-14.00h. *Sala 1-4*
Seminario: Complicaciones de la diabetes: ¿Cuándo es tarde? ¿Nunca lo es? Utilización de la terapia combinada – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponente:
- Dr. D. Javier Masso Orozco
  Médico de Familia. Centro de Salud Casas de Juan Núñez. Albacete.

16.00-18.00h. *Sala 1-4*
Seminario: Actualización en HTA: De la evidencia científica a la práctica clínica – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. José Luis Gorriz Teruel
  Servicio de Nefrología. Hospital Doctor Pesset. Valencia.
- Dr. D. Emilio Ildefonso García Criado
  Médico de Familia. Centro de Salud de La Fuensanta. Córdoba.

Viernes, 09.30-18.00h.

09.30-11.30h. *Sala 1-4*
Seminario: Complicaciones de la diabetes: ¿Cuándo es tarde? ¿Nunca lo es? Utilización de la terapia combinada – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponente:
- Dr. D. Javier Masso Orozco
  Médico de Familia. Centro de Salud Casas de Juan Núñez. Albacete.

12.00-14.00h. *Sala 1-4*
Seminario: Terapia combinada en pacientes hipertensos – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Tomás Sánchez Ruiz
  Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.
- Dr. D. José Luis Llisterri Caro
  Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

16.00-18.00h. *Sala 1-4*
Seminario: Actualización en diabetes: De la evidencia científica a la práctica clínica – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Javier Mediavilla Bravo
  Médico de Familia. Centro de Salud Pampliega. Burgos.
- Dr. D. Francisco Javier Acha Pérez
  Endocrinólogo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Aula Almirall
Sala 2-1

Jueves, 09.30-18.00h.

09.30-11.30h. *Sala 2-1*
Seminario: Diabetes y enfermedad cardiovascular. ¿Actuamos correctamente? – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Mateu Seguí Díaz
  Médico de Familia. Centro de Salud Es Castell. Menorca.
- Dr. D. Andrés Ollero Ortigas
  Médico de Familia. Centro de Salud Alagón. Zaragoza.

12.00-14.00h. *Sala 2-1*
Seminario: Enfoque múltiple en el control del riesgo vascular de los hipertensos. ¿Hacia dónde nos dirigimos? – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Salvador Lou Arnal
  Médico de Familia. Centro de Salud Utebo. Zaragoza.
- Dr. D. Francisco Javier Alonso Moreno
  Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

16.00-18.00h. *Sala 2-1*
Seminario: De la HTA a la insuficiencia cardiaca – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Joaquín Aznar Costa
  Cardiólogo. Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.
- Dr. D. José Luis Llisterri Caro
  Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

Viernes, 09.30-18.00h.

09.30-11.30h. *Sala 2-1*
Seminario: De la HTA a la insuficiencia cardiaca – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Joaquín Aznar Costa
  Cardiólogo. Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.
- Dr. D. José Luis Llisterri Caro
  Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

12.00-14.00h. *Sala 2-1*
Seminario: Enfoque múltiple en el control del riesgo vascular de los hipertensos. ¿Hacia dónde nos dirigimos? – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Salvador Lou Arnal
  Médico de Familia. Centro de Salud Utebo. Zaragoza.
- Dr. D. Francisco Javier Alonso Moreno
  Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

16.00-18.00h. *Sala 2-1*
Seminario: Diabetes y enfermedad cardiovascular. ¿Actuamos correctamente? – Competencia: Atención a factores de riesgo cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Mateu Seguí Díaz
  Médico de Familia. Centro de Salud Es Castell. Menorca.
- Dr. D. Andrés Ollero Ortigas
  Médico de Familia. Centro de Salud Alagón. Zaragoza.

Aula Lundbeck
Sala W3

Jueves, 09.30-18.00h.

09.30-11.30h. *Sala W3*
Seminario: Abordaje de los pacientes hiperfrecuentadores – Competencia: Macrocompetencias
Ponentes:
- Dr. D. José Ángel Arbesú Prieto
  Médico de Familia. Centro de Salud La Eria. Oviedo.
- Dr. D. Javier García Campayo
  Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

12.00-14.00h. *Sala W3*
Seminario: Adherencia terapéutica en los trastornos mentales – Competencia: Atención a la salud mental
Ponente:
- Dra. Dª. Elena Villalva Quintana
  Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar. Alcalá de Henares. Madrid.

16.00-18.00h. *Sala W3*
Seminario: El estigma de la Depresión y Ansiedad: La realidad "sin etiquetas" desde un prisma cinematográfico. Una responsabilidad de todos – Competencia: Atención a la salud mental
Ponentes:
- Dr. D. Javier García Campayo
  Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
- Dr. D. José Ángel Arbesú Prieto
  Médico de Familia. Centro de Salud La Eria. Oviedo.

Viernes, 09.30-18.00h.

09.30-11.30h. *Sala W3*
Seminario: Adherencia terapéutica en los trastornos mentales – Competencia: Atención a la salud mental

Ponente:
- Dra. Dª. Elena Villalva Quintana
  Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar. Alcalá de Henares. Madrid.

12.00-14.00h. *Sala W3*
Seminario: Abordaje de los pacientes hiperfrecuentadores – Competencia: Macrocompetencias
Ponentes:
- Dr. D. José Ángel Arbesú Prieto
  Médico de Familia. Centro de Salud La Eria. Oviedo.
- Dr. D. Javier García Campayo
  Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

16.00-18.00h. *Sala W3*
Seminario: El estigma de la Depresión y Ansiedad: la realidad "sin etiquetas" desde un prisma cinematográfico. Una responsabilidad de todos – Competencia: Atención a la salud mental
Ponentes:
- Dr. D. Javier García Campayo
  Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
- Dr. D. José Ángel Arbesú Prieto
  Médico de Familia. Centro de Salud La Eria. Oviedo.

Jornadas Científicas y Profesionales

Jornada de Actividades Preventivas

Jueves, 09.30-18.00h.
Salas W1 y W2

09.30-11.30h. *Sala W1*
Seminario: Exploración mamaria – Competencia: Actividades preventivas en Atención Primaria
Ponente:
- Dra. Dª. Esther Redondo Margüello
  Médico de Familia. Centro Monográfico de Salud Internacional. Madrid Salud. Madrid.

09.30-11.30h. *Sala W2*
Seminario: Cáncer de cuello de útero – Competencia: Actividades preventivas en Atención Primaria
Ponentes:
- Dra. Dª. Mercedes Abizanda González
  Médico de Familia y Ginecóloga. Centro de Atención Primaria Villa Olímpica. Barcelona.
- Dra. Dª. Elena Martínez Prats
  Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Barceloneta. Barcelona.
- Dra. Dª. Mª Antonia Rodríguez Hernández
  Médico de Familia. Centro de Salud San José. Las Palmas de Gran Canaria.

12.00-14.00h. *Sala W2*
Mesa: Riesgo laboral en el profesional sanitario – Competencia: Actividades preventivas en Atención Primaria
Moderadora:
- Dra. Dª. Paloma Casado Pérez
  Médico de Familia. Centro de Salud Canillejas. Área IV. SERMAS. Madrid.

Ponentes:

Prevención de procesos respiratorios en personal sanitario
- Dr. D. José Luis Cañada Merino
  Médico de Familia. Centro de Salud Algorta. Getxo. Vizcaya.

Medidas preventivas ante exposición a material biológico
- Dra. Dª. Eugenia García Virosta
  Médico de Familia. Centro de Salud de Canillejas. SERMAS. Madrid.

Prevención de enfermedades por contacto directo
- Dra. Dª. Agustina Cano Espín
  Médico de Familia. Centro de Salud de Canillejas. SERMAS. Madrid.

Ergonomía en el profesional sanitario. ¿Existen consideraciones especiales?
- D. Alfredo Lozano Rodríguez
  AGM Técnicos e Ingenieros de Proyectos. Madrid.

16.00-18.00h. *Sala W1*
Seminario: ¿Más vale prevenir que curar? Análisis crítico de las actividades preventivas en Atención Primaria – Competencia: Actividades preventivas en Atención Primaria
Ponentes:
- Dra. Dª. Ana de Santiago Nocito
  Médico de Familia. EAP Cogolludo. Guadalajara. SESCAM.
- Dr. D. Jesús Iturralde Iriso
  Médico de Familia. Centro de Salud Casco Viejo. Vitoria.

16.00-18.00h. *Sala W2*
Seminario: Cáncer de cuello de útero – Competencia: Actividades preventivas en Atención Primaria
Ponentes:
- Dra. Dª. Mercedes Abizanda González
  Médico de Familia y Ginecóloga. Centro de Atención Primaria Villa Olímpica. Barcelona.
- Dra. Dª. Elena Martínez Prats
  Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Barceloneta. Barcelona.
- Dra. Dª. Mª Antonia Rodríguez Hernández
  Médico de Familia. Centro de Salud San José. Las Palmas de Gran Canaria.

Jornada del Residente

Jueves, 09.30-18.00h.
Salas Pilar, W4 y W5

09.30-11.30h. *Sala Pilar*
Seminario: Antiagregación en Atención Primaria – Competencia: Atención hematológica
Ponente:
- Dr. D. Ángel Vicente Molinero
  Médico de Familia. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Médico adjunto del Servicio de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

09.30-11.30h. *Sala W4*
Seminario: Violencia de género y sus documentos médico-legales para médicos residentes – Competencia: Bioética, deontología y medicina legal
Ponente:
- Dra. Dª. Eva Trillo Calvo
  Médico residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Actur Sur. Zaragoza.

09.30-11.30h. *Sala W5*
Seminario: ¿Qué debe saber un residente de primaria sobre electrocardiografía? – Competencia: Atención cardiovascular

Ponente:
- Dr. D. Roberto Genique Martínez
  Médico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

12.00-13.00h. *Sala W5*
Taller: Infiltración de hombro – Competencia: Atención traumatológica
Ponente:
- Dr. D. Ignacio Andrés Bergareche
  Médico de Familia. Adjunto de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

12.00-14.00h. *Sala Pilar*
Seminario: Geografía V.P.M. Variaciones de la Práctica Médica – Competencia: Gestión de la atención
Ponente:
- Dra. Dª. Mª Felicidad Yáñez Rodríguez
  Médico de Familia. Máster en Salud Pública. Servicio de Urgencias. Hospital Ernest Lluch. Calatayud. Zaragoza.

12.00-14.00h. *Sala W4*
Taller: Vías alternativas en la administración medicamentosa: Vía intraósea y subcutánea – Competencia: Macrocompetencias
Ponentes:
- Dr. D. Omar Daoud
  Médico residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Sur. Zaragoza.
- Dra. Dª. Clara Ferrando Aznar
  Médico residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

13.00-14.00h. *Sala W5*
Taller: Vendaje funcional de tobillo – Competencia: Atención traumatológica
Ponente:
- Dr. D. Marco Antonio Esquivias Campos
  Médico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Hellín. Albacete.

16.00-18.00h. *Sala W4*
Mesa: Cómo ser residente de Medicina Familiar y no morir en el intento – Competencia: Macrocompetencias
Moderador:
- Dr. D. Ignacio Andrés Bergareche
  Médico de Familia. Adjunto de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Ponentes:
¿Por qué los residentes de Medicina Familiar optamos por alternativas diferentes a la Atención Primaria al término de la residencia?
- Dr. D. Marco Antonio Esquivias Campos
  Médico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Hellín. Albacete.

Otra visión de la Medicina de Familia: periodo formativo en Brasil
- Dra. Dª. Clara Ferrando Aznar
  Médico residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

R1, objetivo: sobrevivir
- Dra. Dª. Eva Trillo Calvo
  Médico residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Actur Sur. Zaragoza.

Cuando todo avance no es un progreso
- Dr. D. Ángel Vicente Molinero
  Médico de Familia. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Médico adjunto del Servicio de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Jornada del Instituto de Bioética y Humanidades

Viernes, 12.00-18.00h.
Sala W1

12.00-14.00h. *Sala W1*
Curso de Introducción a la Bioética – Competencia: Macrocompetencias

16.00-18.00h. *Sala W1*
Seminario: Cuestiones éticas en la asistencia de urgencias – Competencia: Bioética, deontología y medicina legal
Ponentes:
- Dr. D. José Francisco Díaz Ruiz
  Médico de Familia. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria.
- Dr. D. Antonio Hidalgo Carballal
  Médico Forense. Instituto de Medicina Legal. Cuenca.

Jornada de Urgencias

Viernes, 09.30-18.00h.
Salas Venus, Hércules, Pilar y La Constancia.

Grupo 1

09.30-11.00h. *Sala Hércules*
Taller: Hay que ventilar a este paciente… ¿lo tengo que intubar? – Competencia: Macrocompetencias
Ponente:
- Dr. D. Gabriel Jiménez Moral
  Médico de Familia. Médico de Emergencias. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias EPES-061. Córdoba.

11.00-12.30h. *Sala La Constancia*
Taller: Doctor tengo palpitaciones – Competencia: Atención cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Fernando Ayuso Baptista
  Médico de Emergencias. Servicio Provincial de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061 de Córdoba.
- Dr. D. Alfredo Ortiz Arjona
  Médico de Familia. Centro de Salud de La Carlota. Córdoba.

12.30-14.00h. *Sala Pilar*
Taller: Hemorragias ginecológicas en la mujer. Diagnóstico y tratamiento – Competencia: Atención a la mujer
Ponente:
- Dr. D. Francisco Javier Fonseca del Pozo
  Médico de Familia. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba.

16.00-17.30h. *Sala Venus*
Taller: Doctor, mi hijo tiene fiebre. Manejo por el médico de familia – Competencia: Macrocompetencias
Ponente:
- Dra. Dª. Eva Bengoechea Botín
  Médico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander.

Grupo 2

09.30-11.00h. *Sala La Constancia*
Taller: Doctor tengo palpitaciones – Competencia: Atención cardiovascular
Ponentes:

- Dr. D. Fernando Ayuso Baptista
  Médico de Emergencias. Servicio Provincial de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061 de Córdoba.
- Dr. D. Alfredo Ortiz Arjona
  Médico de Familia. Centro de Salud de La Carlota. Córdoba.

11.00-12.30h. *Sala Pilar*
Taller: Hemorragias ginecológicas en la mujer. Diagnóstico y tratamiento – Competencia: Atención a la mujer
Ponente:
- Dr. D. Francisco Javier Fonseca del Pozo
  Médico de Familia. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba.

12.30-14.00h. *Sala Venus*
Taller: Doctor, mi hijo tiene fiebre. Manejo por el médico de familia – Competencia: Macrocompetencias
Ponente:
- Dra. Dª. Eva Bengoechea Botín
  Médico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander.

16.00-17.30h. *Sala Hércules*
Taller: Hay que ventilar a este paciente… ¿lo tengo que intubar? – Competencia: Macrocompetencias
Ponente:
- Dr. D. Gabriel Jiménez Moral
  Médico de Familia. Médico de Emergencias. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias EPES-061. Córdoba.

Grupo 3

09.30-11.00h. *Sala Pilar*
Taller: Hemorragias ginecológicas en la mujer. Diagnóstico y tratamiento – Competencia: Atención a la mujer
Ponente:
- Dr. D. Francisco Javier Fonseca del Pozo
  Médico de Familia. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba.

11.00-12.30h. *Sala Venus*
Taller: Doctor, mi hijo tiene fiebre. Manejo por el médico de familia – Competencia: Macrocompetencias
Ponente:
- Dra. Dª. Eva Bengoechea Botín
  Médico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander.

12.30-14.00h. *Sala Hércules*
Taller: Hay que ventilar a este paciente… ¿lo tengo que intubar? – Competencia: Macrocompetencias
Ponente:
- Dr. D. Gabriel Jiménez Moral
  Médico de Familia. Médico de Emergencias. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias EPES-061. Córdoba.

16.00-17.30h. *Sala La Constancia*
Taller: Doctor tengo palpitaciones – Competencia: Atención cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Fernando Ayuso Baptista
  Médico de Emergencias. Servicio Provincial de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061 de Córdoba.
- Dr. D. Alfredo Ortiz Arjona
  Médico de Familia. Centro de Salud de La Carlota. Córdoba.

Grupo 4

09.30-11.00h. *Sala Venus*
Taller: Doctor, mi hijo tiene fiebre. Manejo por el médico de familia – Competencia: Macrocompetencias
Ponente:
- Dra. Dª. Eva Bengoechea Botín
  Médico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander.

11.00-12.30h. *Sala Hércules*
Taller: Hay que ventilar a este paciente… ¿lo tengo que intubar? – Competencia: Macrocompetencias
Ponente:
- Dr. D. Gabriel Jiménez Moral
  Médico de Familia. Médico de Emergencias. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias EPES-061. Córdoba.

12.30-14.00h. *Sala La Constancia*
Taller: Doctor tengo palpitaciones – Competencia: Atención cardiovascular
Ponentes:
- Dr. D. Fernando Ayuso Baptista
  Médico de Emergencias. Servicio Provincial de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061 de Córdoba.
- Dr. D. Alfredo Ortiz Arjona
  Médico de Familia. Centro de Salud de La Carlota. Córdoba.

16.00-17.30h. *Sala Pilar*
Taller: Hemorragias ginecológicas en la mujer. Diagnóstico y tratamiento – Competencia: Atención a la mujer
Ponente:
- Dr. D. Francisco Javier Fonseca del Pozo
  Médico de Familia. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba.

Otras actividades

Comunidad de Aprendizaje SEMERGEN

Sala 1-9

Jueves

09.30-10.00h. Presentación: *Investigación en SEMERGEN. Proyectos de investigación más relevantes avalados por SEMERGEN y ayudas a la investigación SEMERGEN.*
Ponente:
- Dr. D. José Fernando Pérez Castán
  Médico de Familia y Técnico de Salud. Área de Salud Don Benito. Badajoz. Responsable de Investigación de SEMERGEN.

10.00-10.30h. Presentación: *Análisis de los trabajos de investigación presentados en el 31º Congreso Nacional de SEMERGEN*
Ponente:
- Dr. D. Antonio Gómez Peligros
  Médico de Familia. Centro de Salud de Illueca. Zaragoza. Vicepresidente de SEMERGEN Aragón.

10.30-11.00h. Presentación: *Cátedras SEMERGEN*
Ponente:
- Dr. D. Félix Suárez González
  Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

11.00-11.30h. Presentación: *Experiencias de nuestros socios en la formación pregrado*
Ponente:
- Dra. Dª. Ana de Santiago Nocito
  Médico de Familia. EAP Cogolludo. Guadalajara. SESCAM.

12.00-12.30h. Presentación: *Línea editorial. Presente de la revista*
Ponente:
- Dra. Dª. Pilar Vich Pérez
  Médico de Familia. Centro de Salud Los Alpes. Madrid.

12.30-13.00h. Presentación: *Hacia donde nos dirigimos: Futuro de la revista*
Ponente:
- Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz
  Médico de Familia. Centro de Salud de Armilla. Granada.

13.00-13.30h. Presentación: *SEMERGEN y la Revista El Médico*
Ponentes:
- Dª. Leonor Rodríguez Guzmán
  Directora de la Revista El Médico. Grupo SANED.
- Dr. D. Federico Pérez Agudo
  Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria Madrid V. Madrid.

13.30-14.00h. Presentación: *Consenso Hipertensión y Política de Salud en España*
Ponente:
- Dr. D. José Luis Llisterri Caro
  Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

16.00-16.30h. Presentación: *Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud*
Ponente:
- Dr. D. Juan Carlos Martí Canales
  Médico de Familia. Centro de Salud de Motril-San Antonio. Consultorio Local de Vélez de Benaudalla. Motril. Granada.

16.30-17.00h. Presentación: *Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España 2008*
Ponente:
- Dr. D. José Luis Díaz-Maroto Muñoz
  Médico de Familia. Consultorio local de Pozo de Guadalajara. Guadalajara.

17.00-17.30h. Presentación: *Documento de consenso sobre estrés e insomnio de la SEAF (Sociedad Española de Atención Farmacéutica) y SEMERGEN*
Ponente:
- Dr. D. Enric Zamorano Bayarri
  Médico de Familia y Psiquiatra. Sant Antoni de Vilamajor. Barcelona.

Viernes

09.30-10.00h. Presentación: *Guía española para el manejo del Asma (GEMA 2009)*
Ponente:
- Dr. D. Antonio Hidalgo Requena
  Médico de Familia. Centro de Salud Lucena I. Lucena. Córdoba.

10.00-10.30h. Presentación: *Documento SEMERGEN Doc. Salud Mental*
Ponente:
- Dr. D. Vicente Gasull Molinera
  Médico de Familia. Consultorio Auxiliar Monte Vedat. Valencia.

10.30-11.00h. Presentación: *Documento SEMERGEN Doc. Patología Osteoarticular*
Ponente:
- Dr. D. Sergio Giménez Basallote
  Médico de Familia. Centro de Salud El Limonar. Málaga.

11.00-11.30h. Presentación: *Clasificación de derivaciones fármaco-terapéuticas. Proyecto MEDAFAR*
Ponente:
- Dr. D. Raimundo Pastor Sánchez
  Médico de Familia. Centro de Salud Miguel de Cervantes. Alcalá de Henares. Madrid.

13.00-13.30h. Presentación: *Documento SEMERGEN Doc. Dislipemias*
Ponente:
- Dr. D. Ángel Díaz Rodríguez
  Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.

13.30-14.00h. Presentación: *Documento SEMERGEN Doc. Respiratorio*
Ponente:
- Dr. D. José Antonio Quintano Jiménez
  Médico de Familia. Neumólogo. Centro de Salud Lucena I. Lucena. Córdoba.

16.00-16.30h. Presentación: *Abordaje de los trastornos neurológicos en AP. Manual de referencia SEMERGEN*
Ponente:
- Dr. D. Enrique Arrieta Antón
  Médico de Familia. Centro de Salud Segovia Rural. Segovia.

16.30-17.00h. Presentación: *Colección "Un minuto para las enfermedades raras"*
Ponente:
- Dr. D. Guillermo Pombo Alles
  Médico de Familia. Centro de Salud Dávila. Santander.

16.30-17.00h. Presentación: *Síndrome de Fatiga Crónico. Documento de consenso*
Ponente:
- Dra. Dª. Maravillas Izquierdo Martínez
  Directora de la Cátedra de Salud Pública y Gestión Sanitaria. Universidad Europea de Madrid.

16.30-17.00h. Presentación: *Síndrome de Arnold Chiari. Documento de consenso*
Ponente:
- Dr. D. Alfredo Avellaneda Fernández
  Médico de Familia. Centro de Salud Los Cármenes. Madrid.

17.00-18.00h. Presentación: *Presentación del Estudio Kontrol*
Ponente:
- Dr. D. José Luis Llisterri Caro
  Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

Semergen y la comunidad

Fiesta de la Salud: Actividades dirigidas a la población, en lugares neurálgicos de Zaragoza, en instalaciones que se han diseñado para tal fin.
Competencia: Atención a la comunidad

Paraninfo del estudiante

La Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza concederá dos créditos de libre elección a los estudiantes de Medicina inscritos al Congreso y que asistan a las actividades formativas del mismo.

¿En qué condiciones es necesario un control más estricto de la glucemia?*

Moderador: José Manuel Comas Samper

Médico de Familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo.

Variabilidad glucémica: importancia de la medición postprandial y otras determinaciones

Eduardo Faure Nogueras

Endocrinólogo. Jefe de Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Los hallazgos del DCCT, en el sentido de que con la misma HbA1c el riesgo para retinopatía era muy superior en los pacientes en tratamiento convencional en comparación con aquellos que estaban en tratamiento intensivo, sugirieron que la causa de ello podía ser la mayor variabilidad glucémica en los pacientes con tratamiento convencional.

Por variabilidad glucémica entendemos la frecuencia, amplitud, duración y velocidad de ascenso o descenso en las oscilaciones alrededor de la media de los valores glucémicos de un paciente. Puede hacerse una valoración integral de todo el perfil diario o considerar puntos específicos como las glucemias postprandiales.

Son muchos los operadores matemáticos empleados para valorar la variabilidad glucémica citándose, sin pretender incluir todos los propuestos, más de 20 operadores. Por otra parte, los valores con los cuales operar pueden ser conseguidos por muestreo de la glucemia obtenidos por el propio paciente, en general de 5 a 7 por día, o a través de monitorización continua, lo que ofrece un número mucho mayor con la consiguiente mejor información.

La hiperglucemia desarrolla su mecanismo lesivo por generación de especies reactivas de oxígeno que incrementan el estrés oxidativo y como consecuencia toda la cascada de hechos patogénicos involucrados en la lesión producida por glucosa: glucación proteica, vías de las hexosaminas, polioles, proteincinasa C, etc. Experimentalmente todos los hechos anteriores se producen con mayor intensidad cuando se realizan modificaciones súbitas en los niveles de glucosa aunque sean inferiores a niveles permanentemente estables.

Para que un factor de riesgo sea considerado tal es necesario que, además de existir un sustrato fisiopatológico y asociación con el rasgo, la modificación del factor de riesgo induzca una disminución o desaparición del rasgo.

En cuanto a la hiperglucemia postprandial, como factor de riesgo cardiovascular hay un sustrato fisiopatológico, ya comentado, y una asociación mayor que la de la glucemia basal (DECODE y estudio de Coutinho); por otra parte, en fase de tolerancia normal a la glucosa en el estudio STOP NIDDM la disminución de glucemia postprandial se siguió de disminución de la morbimortalidad cardiovascular. Existe un metaanálisis, MERIA, con resultados similares en diabéticos tipo 2. Aunque no es un objetivo final, el descenso de la glucemia postprandial mediante una sulfonilurea de acción corta frente a una de acción prolongada se siguió de un menor espesor en la íntimo medio carotídeo.

No se ha demostrado que la modificación de alguno de los operadores de variabilidad glucémica propuestos haya significado una mejora en cuanto a la aparición de complicaciones crónicas, dado que para ello se requiere un seguimiento y un volumen de pacientes que todavía no se ha llevado a cabo. Pero la existencia de un sustrato fisiopatológico y los hallazgos asociativos del DCCT hacen que sea lógica la esperanza de su influencia patogénica sobre las complicaciones crónicas.

A corto plazo se ha demostrado que las insulinas Glargina y Levemir generan una menor variabilidad glucémica que las intermedias con protamina. También, los análogos ultrarrápidos inducen una menor variabilidad glucémica con respecto a la insulina rápida humana. Exenatide induce asimismo una menor variabilidad glucémica con respecto a la insulina Glargina.

Podemos resumir diciendo que existe sustrato fisiopatológico, asociación y resultados de intervención incipientes que hacen pensar que el control de la variabilidad glucémica puede conducir a un descenso de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus y que las nuevas opciones terapéuticas, como los análogos ul-

*Patrocinada por la alianza Bristol-Myers Squibb y Astra Zeneca.

tracortos y prolongados de insulina y los análogos de GLP1, disminuyen la variabilidad glucémica.

Es necesario identificar operadores claros, especificar el procedimiento que se requiere para la obtención de las muestras, así como el número de las mismas, y posteriormente demostrar mediante estudios de intervención que la mejoría de la variabilidad glucémica se sigue de mejoría de las complicaciones de la diabetes mellitus.

Actualización sobre los algoritmos de tratamiento propuestos por las principales sociedades científicas

Pedro Conthe Gutiérrez

Jefe de Sección de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

La American Diabetes Association (ADA) y la *European Association for the Study of Diabetes* (EASD) publicaron no hace mucho tiempo un algoritmo muy difundido para el tratamiento farmacológico de la diabetes tipo 2. Un grupo de expertos de ambas sociedades proponen un nuevo algoritmo que ha despertado cierta controversia y que se posiciona claramente estableciendo prioridades discutibles entre los medicamentos disponibles. Las aportaciones más destacables de este nuevo documento, que pretende integrar los nuevos datos aportados por los estudios ACCORD, ADVANCE, VADT y UKPDS-PTM, en fase de seguimiento abierto 10 años después de comunicarse el estudio, pueden resumirse en 2 puntos[1]:

1. Se mantiene un objetivo de control glucémico < 7% de HbA_{1c}.

2. En cuanto al nuevo algoritmo propuesto, se enfatiza iniciar tratamiento con cambios de estilo de vida más metformina, y cambiar precozmente a nuevos regímenes en los pacientes que no logren los objetivos citados, en particular pautas con sulfonilureas e insulina. Se explicita de forma rotunda la exclusión de rosiglitazona, posicionando, sin embargo, la pioglitazona en un segundo nivel terapéutico ("*Less well validated therapies*"), y se adopta una postura extremadamente cautelosa sobre los inhibidores de la dipeptidil peptidasa (DPP)-4 (vildagliptina, sildagliptina), amparándose en el desconocimiento de seguridad cardiovascular a largo plazo, pero priorizando sorprendentemente a exenatide (análogo GLP-1).

El primer punto, que es principal objeto de esta reflexión, no es excesivamente controvertido, pues se mantiene en las recomendaciones previas[2] en base a los beneficios bien establecidos en reducir complicaciones micro y macrovasculares, que reconocidamente merman la calidad de vida de los pacientes, sin pretender ir más allá del objetivo < 7%, como abogaban otras directrices[3,4]. Los datos aportados por los estudios DCCT (DM1) y UKPDS (DM2) son claros e incontestables. Los nuevos datos de ADVANCE también refrendan una disminución de daño renal con un descenso de la HbA1c > 7%, pero, sin embargo, sin grandes logros en eventos macrovasculares. Los resultados generales de los nuevos estudios ACCORD, ADVANCE, VADT no animan excesivamente a reducir la HbA_{1c} como norma general, más de un 7%, pero admiten algunos matices. Los estudios comparan más bien estrategias terapéuticas diferentes entre unos y otros, que niveles de descenso de HbA_{1c}, aunque se alcance el mismo. Además, en general han evaluado a pacientes con enfermedad muy avanzada[10]. Hay una clara sugerencia de beneficio en pacientes diabéticos de relativa corta evolución, menor riesgo y/o sin enfermedad cardiovascular establecida. Por el contrario, se ha apuntado a la hipoglucemia severa como posible y plausible causa neutralizadora del beneficio, fundamentalmente en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida[9-11]. Los datos del seguimiento en fase abierta del estudio UKPDS sugieren que el beneficio macrovascular, eventos clínicos y mortalidad cardiovascular parecen requerir mayor tiempo de control glucémico para mostrar sus efectos beneficiosos. Posiblemente el mayor papel preventivo del control glucémico estricto se alcance antes de que se desarrolle la enfermedad cardiovascular clínica[12].

Por todo ello, una vez más, y como ocurre en otros campos de la terapéutica cardiovascular, se hace preciso individualizar el tratamiento de los pacientes, debiendo considerarse como fundamentales la existencia de historia de hipoglucemias y/o riesgo de presentarlas, los años de evolución de la diabetes, y la presencia de enfermedad vascular establecida. Muchos pacientes con un perfil más benigno o precoz de la enfermedad pueden beneficiarse de un control más intensivo, en especial los más jóvenes, sin enfermedad establecida y con bajo riesgo de hipoglucemia. Por el contrario, es plausible que en pacientes mayores con enfermedad establecida, a menudo arteriosclerosis avanzada, que presentan mayor tendencia a hipoglucemia grave con mayor riesgo lesivo de la misma, el control intensivo (HbA_{1c} 6,5% o menor), aporte más riesgos que beneficios[8,10,11]. La controversia actual no debe en todo caso extrapolarse a los pacientes con mal control glucémico (> 8%), que es el escenario real en práctica clínica habitual en nuestro entorno[13], e incluso en centros de excelencia[14], y sería perverso que condujera a mayor nihilismo/inercia terapéutica, renunciando a conseguir objetivos glucémicos dentro de un abordaje integrador de la enfermedad.

En cuanto al segundo punto objeto de este comentario, la nueva propuesta de algoritmo, admite mucha mayor controversia, y sobre todo debe ser objeto de una crítica razonada. En primer lugar, es más que discutible aportar un nuevo algoritmo concreto, desplazando al difundido el último año con diversas opciones en un segundo paso tras metformina[15], cuando existen escasas evidencias en resultados "cuerpo a cuerpo" entre distintos fármacos e incluso entre diferentes estrategias te-

rapéuticas, al menos en cuanto a objetivos "duros" de eventos clínicos o mortalidad cardiovascular. En segundo lugar, la estrategia propuesta tras metformina en el primer paso no parece tener en cuenta la importancia capital de la minimización de hipoglucemias, mayor valor de los inhibidores DPP4 y peor efecto adverso de sulfonilureas, así como la conveniencia de evitar aumento de peso, constante efecto adverso de glitazonas, sulfonilureas e insulina, debiendo ser todos ellos elementos muy a considerar a la hora de establecer la estrategia terapéutica. En este sentido no se explica claramente por qué la pioglitazona puede estar en un segundo paso terapéutico (*Less well validated therapies*), con sus reconocidos efectos adversos generando fracturas óseas[16], y especialmente priorizada por delante de otros grupos terapéuticos. Tampoco los frecuentes efectos digestivos o la necesaria administración parenteral de los GLP1, introducidos en Estados Unidos en 2005 y recientemente en nuestro entorno, parecen ser objeto de consideración desfavorable, a pesar de la dudosa tolerancia y dificultad de aceptación de esta modalidad de tratamiento en nuestro entorno.

Por tanto, los criterios que han conducido a este nuevo algoritmo terapéutico propuesto para el tratamiento del paciente con diabetes tipo 2, que aporta un grupo de expertos, merece un debate abierto y existen propuestas más "abiertas" a la elección terapéutica individualizada. También debe citarse que en nuestro entorno el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2008 propuso un algoritmo, priorizando aspectos económicos y basándose en una estrategia general de metformina - sulfonilureas. También la agencia británica *National Institute for Health and Clinical Excellence* ha difundido a mediados del año 2009 su nueva Guía en Diabetes[17] aportando un algoritmo cuya aproximación resulta inicialmente compleja.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nathan D, Buse B, Davidson M, 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. 2008;31:1-11.
2. American Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes-2008. Diabetes Care. 2008;31 Suppl 1:S12-54.
3. Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. Canadian Journal of Diabetes. 2008;32 Suppl 1. Disponible en: http://www.diabetes.ca/for-professionals/resources/2008-cpg/
4. Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular: versión resumida. Cuarto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica. Rev Esp Cardiol. 2008;61(1):e1-e49.
5. Diabetes Control and Complications Trial Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med. 1993;329:977-86.
6. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group: Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). Lancet. 1998; 352:854-65.
7. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008;358:2545-59.
8. ADVANCE Collaborative Group, Patel A, MacMahon S, Chalmers J, et al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008;358:2560-72.
9. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, et al. Intensive glucose control and complications in American veterans with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008.
10. Skyler JS, Bergenstal R, Bonow RO, 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(1).
11. Pérez A. Implicaciones clínicas de los estudios ACCORD, ADVANCE y VADT. AV Diabetolo. 2008;24(4):279-82.
12. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HAW. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008;359:1577-89.
14. Orchard TJ, Costacou T, Kretowski A, Nesto RW. Type 1 diabetes and coronary artery disease. Diabetes Care. 2006;29:2528-38.
13. de la Calle H, et al. Evaluation on the compliance of the metabolic control aims in outpatients with type 2 diabetes mellitus in Spain. The TranSTAR study. Med Clin (Barc). 2003;120(12):446-50.
14. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving H-H, Pedersen O, Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008;358:580-91.
15. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: up- date regarding the thiazolidinediones. Diabetologia. 2008;51:8-11.
16. Meier C, et al.Use of thiazolidinediones and fracture risk. Arch Intern Med. 2008;168(8):793-5.
17. 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 This short clinical guideline partially updates NICE clinical guideline 66. The recommendations have been combined with unchanged recommendations from CG66 in NICE clinical guideline 87. Disponible en: www.nice.org.uk

Diabetes tipo 2: y después de la metformina, ¿qué?

Moderadora: Margarita Alonso Fernández

Médico de Familia. Centro de Salud La Ería. Oviedo. Grupo de Diabetes de SEMERGEN.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2), tanto por su prevalencia como por las complicaciones crónicas que comporta y la elevada mortalidad que produce, se han convertido en un problema sociosanitario y económico de gran magnitud. Gran parte de la morbilidad asociada a sus complicaciones puede ser reducida en buena medida con intervenciones que consigan mantener los niveles de glucemia cercanos al rango de la normalidad.

La mayoría de las guías recomiendan iniciar el tratamiento con modificaciones de estilo de vida y, si en 2-3 meses no se consigue un control adecuado, añadir antidiabéticos orales (ADO). Se tiende a un tratamiento precoz y agresivo desde el inicio, e incluso estaría indicado, en ausencia de criterios de insulinización inmediata, iniciar tratamiento con ADO en el momento del diagnostico.

Existe amplio consenso sobre el empleo de metformina como fármaco de elección en el primer escalón de tratamiento; no obstante, al tratarse de una enfermedad progresiva, muchos pacientes, tras un periodo de tiempo más o menos largo, presentan un deterioro progresivo del control glucémico. Llegado este momento se puede añadir a la monoterapia insulina basal o un segundo fármaco oral.

La asociación más experimentada es la de metformina + sulfonilureas; sin embargo, en los últimos años han aparecido nuevos fármacos que han transformado el tratamiento de la DM2. La diversidad de opciones hace que cada vez resulte más difícil saber cuál es la terapéutica más adecuada; la elección dependerá de su eficacia, seguridad, tolerabilidad, coste, interacciones y características del paciente (edad, comorbilidad, años de evolución).

Sulfonilureas

Javier Acha Pérez

Endocrinólogo. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Dentro de los antidiabéticos orales (ADO), las sulfonilureas (SFU) son los fármacos más ampliamente utilizados junto con la metformina para el control de la hiperglucemia en pacientes con diabetes tipo 2.

Se comercializaron por primera vez en 1950 y actúan estimulando la secreción de insulina al unirse al receptor (SUR)-1 de la célula ß. Dentro de las SFU se prescriben hoy en día, casi mayoritariamente, las de segunda generación, ya que tienen mejores perfiles de seguridad y menos efectos adversos. Las SFU consiguen una reducción media en la glucemia basal de 60-70 mg/dl y del 1-2% de la hemoglobina glucosilada.

Desde su utilización siempre han estado sometidas a controversia, pero la realidad es muy tozuda y hasta la actualidad en todos los estudios y metaanálisis realizados han demostrado que son unos de los fármacos más seguros, eficaces y con una magnífica relación coste-efectividad. De todos los estudios realizados, sólo un estudio demostró aumento de la mortalidad cardiovascular (CV) (el UGDP), no demostrada más tarde en el UKPDS ni más recientemente en el estudio ADVANCE.

El estudio ADOPT, asimismo, notificó una menor incidencia de eventos CV (insuficiencia cardiaca congestiva [ICC] e infarto agudo de miocardio no fatal) entre los pacientes tratados con glibenclamida, en comparación con los que recibieron rosiglitazona o metformina ($p < 0,05$). El análisis provisional de los datos de otro estudio (RECORD) indicó mayor riesgo absoluto de ICC (1,7%), y en consecuencia de muerte, al utilizar rosiglitazona y metformina, respecto del uso de alguna sulfonilurea y metformina (0,8%).

El principal efecto adverso de las SFU es la hipoglucemia, siendo de carácter grave entre el 1,9 y el 3,5%. Dentro de los estudios de control glucémico intensivo, el estudio ADVANCE, que utilizaba glicazida en formulación de liberación retardada, los episodios de hipoglucemia fueron menos del 3% contra el 16% en el grupo ACCORD, siendo las características de las poblaciones de estos dos estudios muy parecidas. Y este dato fue tres veces menos frecuente que el observado en el estudio UKPDS, respecto al grupo en tratamiento intensivo con SFU.

Por último, el algoritmo de la ADA/EASD publicado recientemente (octubre 2008) coloca a las SFU entre las terapias básicas bien establecidas o de primera opción te-

rapéutica, revalidadas últimamente gracias al estudio ADVANCE, aconsejando en caso de utilizarlas las de última generación. Asimismo, podemos concluir que las SFU presentan 3 ventajas adicionales en comparación con los otros fármacos hipoglucemiantes: menor costo, mayor experiencia con su empleo en la práctica clínica y evaluación más exhaustiva en ensayos clínicos a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Belcher G, Lambert C, Goh KL, Edwards G, Valbuena M. Cardiovascular effects of treatment of type 2 diabetes with pioglitazone, metformin and gliclazide. Int J Clin Pract. 2004;58:833-7.

Gæde P, Lund-Andersen H, Parving H-H, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008;358:580-91.

Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. The ADVANCE Collaborative Group. N Engl J Med. 2008;358:2560-72.

Kahn SE, Haffner SM, et al; for the ADOPT Study Group. Glycemic durability of rosiglitazone, metformin, or glyburide monotherapy. N Engl J Med. 2006;355:2427-43.

Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini 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;32:193-203.

Inhibidores de la DPP-4

Ignacio Llorente Gómez de Segura

Endocrinólogo. Hospital Nuestra Sra. de la Candelaria. Tenerife.

Los inhibidores de la dipeptidil peptidasa (DPP) son fármacos que actúan inhibiendo la acción de la enzima DPP-4. Esta enzima inactiva las denominadas incretinas endógenas (GLP-1 y GIP) de manera inmediata tras su liberación desde el tracto intestinal al torrente circulatorio. La acción de estos fármacos permite, por lo tanto, que las incretinas endógenas incrementen su vida media en plasma, prolongando su acción.

GLP-1 y GIP actúan estimulando la secreción de insulina e inhibiendo la de glucagón postprandial en respuesta a la ingesta de nutrientes, denominándose esta acción "efecto incretina". Este efecto es dependiente de la glucemia, de manera que cuando los niveles de glucosa en sangre descienden por debajo de un determinado límite (aproximadamente 55 mg/dl) su efecto potenciador de la insulina e inhibidor del glucagón desaparece.

En la diabetes tipo 2 existe una disminución del denominado "efecto incretina" como consecuencia fundamentalmente de una reducción de los niveles de GLP-1 endógeno.

Por lo tanto, los inhibidores de la DPP-4 actúan aumentando el efecto incretina reducido en la diabetes tipo 2, estimulando la secreción de la insulina e inhibiendo la de glucagón. Dado el mecanismo de acción de estos fármacos no provocan hipoglucemias, a diferencia de las sulfonilureas. Los inhibidores de la DPP-4 tienen un efecto neutro con respecto al peso del paciente, evitándose así la ganancia del mismo que se observa habitualmente en aquellos tratados con sulfonilureas o glitazonas. Por otra parte, no son inferiores respecto a las sulfonilureas o glitazonas en su potencia reductora de A1c en combinación con metformina.

Es de relevancia la acción preservadora de las células beta que presentan los inhibidores de la DPP-4 en estudios realizados *in vitro* y la mejoría de los parámetros de función de las mismas objetivados en los diferentes estudios efectuados en población diabética.

El estudio de extensión de UKPDS ha demostrado que el control glucémico intensivo en fases muy precoces de la diabetes tipo 2 determina un "efecto herencia", consistente en una protección micro y macrovascular a largo plazo. Disponer de fármacos efectivos en la reducción de la A1c en la combinación con metformina, que no provocan hipoglucemias ni incremento de peso (con lo que aumenta la adherencia al tratamiento) y con un probable efecto protector sobre las células beta a largo plazo, constituye una interesante alternativa terapéutica a nuestro alcance en el momento actual y que nos puede permitir obtener los resultados demostrados en el estudio de extensión de UKPDS.

Enfermedades autoinmunes: situaciones clínicas tan frecuentes y desconocidas

Moderador: Juan Sergio Fernández Ruiz

Médico de Familia. Centro de Salud de Armilla. Granada. Presidente de SEMERGEN Andalucía.

GENERALIDADES

Son la consecuencia de una respuesta inmunológica contra componentes del propio huésped: autoanticuerpos. Prácticamente la totalidad de las moléculas del organismo humano pueden inducir la producción de autoanticuerpos, aunque no todos los autoanticuerpos son necesariamente patógenos.

Los autoanticuerpos son inmunoglobulinas producidas por un organismo contra estructuras propias: autoantígenos. La alteración del sistema de tolerancia por el cual el organismo es capaz de distinguir lo propio de lo ajeno, da lugar a un estado de autoinmunidad anormal y genera la aparición de enfermedades autoinmunes.

Los autoanticuerpos pueden estar dirigidos contra determinantes específicos de órganos concretos como, por ejemplo, tiroides, suprarrenales, islotes beta de Langerhans, o contra determinantes presentes en numerosos órganos como factor reumatoide (FR), anticuerpos anticitoplasmáticos (AAC), antinucleares (AAN), antifosfolípidos, anticitoplasma del neutrófilo (ANCA). Esta especificidad del órgano o no, de los autoanticuerpos, da lugar a la clasificación de las enfermedades autoinmunes en organoespecíficas y no organoespecíficas o sistémicas.

FACTORES ETIOPATOGÉNICOS

No se conocen con exactitud los factores etiopatogénicos de ninguna enfermedad autoinmune que alterando el sistema de tolerancia estén en la génesis de la enfermedad. A día de hoy se puede afirmar que son enfermedades poligénicas y multifactoriales, por lo que en su desarrollo interviene la predisposición genética asentada en múltiples genes y los factores ambientales. Actualmente las investigaciones apuntan al fenómeno de la apoptosis como también implicado en la génesis de la autoinmunidad.

Factores genéticos

La carga de la prueba de la implicación de factores genéticos viene determinada por la mayor incidencia en algunas etnias de ciertas enfermedades autoinmunes, tal es el caso de la artritis reumatoide (AR), el lupus eritematoso sistémico (LES) o la diabetes mellitus tipo 1 y también por el hecho de observarse mayor frecuencia de una enfermedad entre los familiares de pacientes afectos (el 10% de los pacientes con LES tiene otros familiares afectos).

Otra prueba de la implicación genética viene determinada por la diferencia entre gemelos monocigotos y dicigóticos a la hora de padecer determinada enfermedad autoinmune (la concordancia para padecer LES en monocigotos es del 57% y sólo del 5% en dicigotos; en el caso de la AR la concordancia es del 34% frente al 5% y del 50% frente al 10% si nos referimos a la diabetes tipo 1.

Es clásica la asociación entre determinados alelos del sistema HLA con enfermedades autoinmunes; así el antígeno HLA B27 está presente en el 96% de afectos de espondilitis anquilopoyética; el HLA DR4, está presente hasta en el 90% de los pacientes con AR.

Pero, siendo lo anterior importante, hemos de destacar que en sólo una pequeña proporción de individuos portadores de estos alelos se da la enfermedad, por lo que deben existir otros factores genéticos en su génesis aún no conocidos, a la vez que el hecho de que en gemelos monocigóticos se dé una concordancia máxima del 70% habla a favor de la existencia de otros factores ambientales al margen de la carga genética.

Factores ambientales

Agentes infecciosos

Estos agentes pueden inducir la enfermedades autoinmunes de muy diversas maneras: pueden funcionar como superantígenos; induciendo la modificación de un autoantígeno; mediante respuesta cruzada de algunos linfocitos T generados frente a un germen que reacciona frente a componentes del propio huésped (reactividad cruzada o mimetismo molecular).

Sustancias químicas

– Hidralazina y procainamida: capacidad de inducir la aparición de LES.

– Alfametildopa: capacidad de inducir anemia hemolítica.

– Halotano y ácido tienílico: capacidad de general Ac anticitocromo P450: hepatopatías.

Factores hormonales

Por mecanismos no conocidos se sabe de la influencia de las hormonas sexuales femeninas en la génesis de las enfermedades autoinmunes, afirmación que viene avalada por el predomino de estas enfermedades en las mujeres frente a los hombres.

En la tiroiditis de Hashimoto, la cirrosis biliar primaria y la hepatitis autoinmune la relación mujer/hombre es de 50 a 1. En el LES y la enfermedad de Parry-Graves-Bassedow la relación es de 9 a 1; y de 4 a 1 en la diabetes mellitus tipo 1 y la AR.

CLASIFICACIÓN

Se expone en la tabla adjunta.

Enfermedades sistémicas o no específicas de órgano
Lupus eritematoso sistémico
Esclerodermia
Dermatomiositis y polimiositis
Artritis reumatoide
Espondilitis anquilopoyética
Granulomatosis de Wegener
Periarteritis nudosa
Enfermedad de CHurg-Strauss
Vasculitis inducida (propiltiouracilo, hidralazina, carbamazapina, minociclina, metamizol, alopurinol)
Lupus inducido por fármacos
Artritis idiopática juvenil
Enfermedad de Behçet
Síndrome de Reiter
Enfermedades organoespecíficas
Miastenia gravis
Pénfigo
Tiroiditis de Hashimoto
Celiaquía
Atrofia gástrica
Anemia perniciosa
Diabetes tipo 1
Colitis ulcerosa
Síndrome de Goodpasture
Mixedema primario
Enfermedad de Parry-Graves-Bassedow
Enfermedad de Addison
Uveítis
Tiroiditis de De Quervain
Esclerosis múltiple
Mixtas (afectan fundamentalmente a un órgano pero con autoanticuerpos frente a estructuras antigénicas diversas)
Cirrosis biliar primaria
Hepatitis autoinmune
Síndrome de Sjögren
Psoriasis
Colitis ulcerosa
Enfermedad de Crohn

Diagnóstico de presunción en Atención Primaria de las enfermedades autoinmunes más frecuentes

Félix Zubiri Sáenz

Médico de Familia. Centro de Salud Iturrama. Pamplona. Presidente de SEMERGEN-Navarra.

Las enfermedades autoinmunes sistémicas junto con las reumatológicas constituyen un grupo de entidades caracterizadas por su heterogeneidad.

En la ponencia que presentamos resumimos las manifestaciones clínicas y alteraciones del laboratorio más significativas de algunas enfermedades que, por su frecuencia o importancia, podrían ser subsidiarias de un diagnóstico de presunción en la consulta diaria del médico de familia. Comentamos en esta exposición la utilidad de los anticuerpos más conocidos que tienen una relevancia en el diagnóstico y seguimiento clínico de los procesos autoinmunes, así como en la delimitación de subgrupos con implicación pronóstica.

Abordamos también el estudio general básico, dirigido a la enfermedad autoinmune sistémica y a la enfermedad reumática. Detallamos especialmente la clínica, las pruebas complementarias, el laboratorio y el diagnóstico de presunción de aquellos procesos más "accesibles" para el médico de Atención Primaria, entre los que se encuentran algunas enfermedades autoinmunes sistémicas (lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica, sarcoidosis, etc.). En este mismo contexto de procesos autoinmunes, incidimos también sobre las vasculitis (arteritis de células gigantes y polimialgia reumática, poliarteritis nodosa, Schönlein-Henoch, etc.) y sobre las artropatías inflamatorias (artritis reumatoide, artritis reactivas). Y para finalizar, exponemos algunas osteoartropatías y enfermedades afines como son las artritis microcristalinas y la fibromialgia, esta última de gran incidencia en las consultas del médico de familia en el momento actual. En resumen, presentamos una ponencia acotada sobre algunas enfermedades autoinmunes, con el fin de poder establecer un juicio clínico de presunción orientativo en Atención Primaria, tras haber realizado primeramente en el enfermo un estudio general básico, y posteriormente un estudio dirigido a enfermedad autoinmune sistémica y a enfermedad reumática.

Optimización del manejo y tratamiento de la dislipemia en Atención Primaria

Moderador: Gustavo Rodríguez Roca

Médico de Familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo.

¿Cómo tenemos controlados a nuestros pacientes en España?

Adalberto Serrano Cumplido

Médico de Familia. Centro de Salud de Repélega. Portugalete. Vizcaya.

La enfermedad cardiovascular sigue siendo la primera causa de muerte en los países occidentales. En el origen de la mayoría de estos eventos cardiovasculares está la enfermedad cardiovascular arteriosclerótica.

En el desarrollo de la enfermedad arteriosclerótica intervienen una serie de factores de riesgo, lo que le da un carácter multifactorial al origen de esta enfermedad. Uno de los factores implicados en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular arteriosclerótica es el colesterol.

No es la hipercolesterolemia la única alteración lipídica relacionada con la enfermedad arteriosclerótica. Otras fracciones lipídicas, como las cifras bajas de colesterol ligado a lipoproteínas de alta adensidad (c-HDL), las cifras elevadas de triglicéridos o de Lp(a), también han sido relacionadas con la enfermedad arteriosclerótica.

Fue el descubrimiento y utilización de las estatinas lo que de alguna forma vino a revolucionar el tratamiento y prevención de la enfermedad cardiovascular de origen arteriosclerótico.

En las últimas dos décadas hemos asistido a la realización y publicación de numerosos ensayos clínicos que, en diferentes circunstancias, han puesto de manifiesto los beneficios del empleo de estatinas en la enfermedad arteriosclerótica. Con el desarrollo de estatinas cada vez más potentes se ha podido ir alcanzando cada vez niveles de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) cada vez más bajos, demostrando un mayor beneficio en la prevención de los eventos cardiovasculares.

En paralelo a este nuevo conocimiento, las recomendaciones de las diferentes sociedades científicas plasmadas en distintas guías se han ido modificando haciendo que el objetivo de LDL a conseguir sea cada vez más estricto. Todas estas guías han sido ampliamente difundidas y discutidas, consiguiéndose que un gran número de médicos tengan el suficiente conocimiento de ellas.

Pero, a pesar de ello, el número de pacientes que alcanzan los objetivos de LDL, en función del riesgo que se les asigna, es insuficiente, siendo mucho menor en aquellos sujetos que etiquetamos como de alto riesgo.

Así, en el estudio Hispalipid publicado en el año 2006, el 15,1% de los pacientes de alto riesgo, el 29,6% de los pacientes considerados de riesgo moderado y el 58,5% de los pacientes considerados de bajo riesgo tenían su c-LDL en los objetivos marcados según su categoría de riesgo.

En datos más recientes surgidos del estudio Dysis-España, el número de pacientes que alcanzan los objetivos de LDL ha mejorado respecto al del estudio Hispalipid, pero aún estamos lejos del control óptimo. Este desfase en el control de LDL es más importante en aquellos pacientes considerados de riesgo cardiovascular alto y fundamentalmente en las mujeres.

Pero estos y otros datos están obtenidos en aquellos pacientes en tratamiento hipolipemiante en los que, por lo tanto, sus médicos han aceptado que precisan un tratamiento con fármacos hipolipemiantes y, a pesar de ello sólo la mitad de los pacientes alcanzan sus objetivos.

El conocimiento actual nos indica que la consecución de los objetivos de LDL es una herramienta fundamental en la disminución del riesgo cardiovascular que, claramente, infrautilizamos según los datos de los que disponemos.

Seguramente las causas de que esto sea así son numerosas y pasan por la actitud tanto del médico como del paciente.

Conocer los datos, valorar los comportamientos de los médicos y los pacientes, clarificar los objetivos lipídicos en los pacientes en función de su riesgo e identificar claramente a los pacientes que van a beneficiarse del tratamiento hipolipemiante hará que el control del c-LDL y de otras fracciones lipídicas conduzca a una mayor reducción de los eventos cardiovasculares.

¿Está caduco el modelo de AP? Nuevas formas de gestión y organización

Moderador: Ignacio Esteban Martínez

Médico de Familia. Centro de Salud Oliver. Zaragoza.

Si miro hacia atrás y busco en mis recuerdos, me parece descubrir que el sistema sanitario, en general, y la situación de los médicos, en particular, han estado siempre en crisis y cambio permanente.

En los primeros años setenta la falta de médicos era manifiesta en toda España, pero fundamentalmente en el medio rural, lo que provocó que no pocos pueblos se encontraran sin el servicio de su médico, "D. José" o "D. Ramón".

Los televisivos doctores Marcus Welby y Joe Gannon, la apertura hipertrófica de las facultades de medicina y, en especial, el inmenso cambio social del final de los setenta, con las transiciones política y económica, empujaron el péndulo hasta el punto contrario, produciéndose la famosa plétora de licenciados de los ochenta, cuyos efectos nos han llegado hasta anteayer.

La Ley General de Sanidad implantó las bases del sistema sanitario que hemos conocido desde entonces y en el que hemos desarrollado la mayor parte de nuestro ejercicio profesional: se crearon las Zonas Básicas de Salud, con su centro de salud correspondiente. Desapareció la jornada ininterrumpida de 24 horas al día, 7 días a la semana y 365 días al año. Se universalizó la asistencia sanitaria, lo que promovió la paralela desaparición de la sanidad de beneficencia.

Todos ellos fueron grandes avances, pero todos los avances pasan su factura; en esta ocasión, la contrapartida fue un progresivo e innegable grado de despersonalización junto al paciente, quien pasó a ser usuario, cliente, ciudadano… y nosotros fuimos alejándonos del "D. Ramón" o "D. José" para ir deslizándonos hacia "el García" o "el Pereira".

La Ley General de Sanidad y el centro de salud propiciaron el trabajo en equipo, favorecieron la formación y permitieron la investigación. La docencia y los residentes nos han rejuvenecido y nos mantienen activamente al día, pero los que de verdad nos han traído a la modernidad del I+ D+ i han sido Internet y las infraestructuras, carreteras, autovías y la alta velocidad.

Ya en 2000 se generalizaron las transferencias sanitarias, de las que algunas autonomías disponían desde los ochenta, con lo que desapareció el INSALUD. El Consejo interterritorial de salud y las Conferencias de presidentes autonómicos alcanzaron todo su protagonismo y relevancia.

En la II Conferencia de presidentes de septiembre de 2005 se destacó la necesidad de potenciar la Atención Primaria y su presupuesto. Como consecuencia se ha creado el documento "Estrategias para la Atención Primaria para el siglo XXI" (el denominado Plan AP-XXI).

Soy consciente de que en muchos momentos hubiéramos agradecido un mayor grado de comprensión, ánimo y complicidad por parte de la organización y de su liderazgo. A pesar de esto, y según mi personal análisis y opinión, el balance de lo logrado no puede ser más que inmensamente positivo y, como protagonistas de este cambio colosal debemos sentirnos plenamente satisfechos y enormemente orgullosos, en el sentido más positivo que encierra la palabra.

Lo extraordinario no es sólo lo conseguido (nuestro Sistema Nacional de Salud es reconocido internacionalmente, incluso puede convertirse en una de las referencias para las actuaciones y reformas que proyecta la administración Obama en Estados Unidos), lo extraordinario es haberlo logrado en tan corto período de tiempo, recordemos que la Ley General de Sanidad no ha cumplido los 25 años.

Gran parte del reconocimiento internacional viene dado por la gran eficiencia de nuestro sistema de salud, que ha logrado conseguir grandes resultados con unos costes más que contenidos. En esta eficiencia la Atención Primaria tiene mucho que decir y no quiero finalizar sin declarar que: "*Un importante porcentaje de lo logrado en nuestro sistema de salud, parte fundamental del estado del bienestar, ha sido cargado sobre las espaldas de todos y cada uno de los médicos de Atención Primaria, causando cicatrices, en ocasiones, demasiado profundas*".

Hasta aquí mi recuerdo de lo sucedido desde los setenta, pero de lo que se trata en el foro de debate que desarrollaremos en el congreso nacional es de intentar descubrir lo que nos espera, vislumbrar el camino por el que discurriremos en los próximos 10 o 20 años. Aun siendo conscientes de que, como ocurrió con la transición económica y con internet, lo que marcará nuestro futuro será un hecho que también cambiará a la sociedad.

¿Está en crisis la Primaria? ¿Se precisa una contrarreforma?

Patricio Martínez Jiménez

Secretario General de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM).

Se ha cumplido el XXX aniversario de la Conferencia Alma-Ata ("Salud para todos") y los 33 años que lleva en vigor la Ley General de Sanidad, la cual determina un Sistema Nacional de Salud (SNS) garante de la prestación asistencial de cobertura obligatoria, universal, equitativa, financiada con los Presupuestos Generales del Estado, y que pretende situar a la persona en el centro del proceso asistencial, a la vez que coloca la Atención Primaria como base del sistema.

Pero, desde hace años, en el SNS, y especialmente en el ejercicio médico en Atención Primaria, se percibe claramente un deterioro de las condiciones de ejercicio que está dando lugar a la aparición de claros síntomas de que el médico comienza a verse desbordado por la situación, siendo los principales motivos de ello: aumento de la presión asistencial, excesiva carga de actividades burocráticas, pérdida de autonomía y autoridad clínica, nula consideración en los niveles de gestión y pérdida de prestigio profesional y social.

Estas y otras causas han provocado en el médico de familia un sentimiento de impotencia e insatisfacción, cada vez más contagioso y extendido, pues siente que se está convirtiendo en un mero asalariado dentro de una macroestructura asistencial, masificada y burocratizada, donde cada vez se le exige más con menos recursos y menor tiempo asistencial.

Ello ha motivado que en los últimos años se haya intentado poner en marcha distintas iniciativas con el común propósito de lograr una mejora cualitativa de las condiciones de funcionamiento de la Atención Primaria. Sin embargo, no se aprecia el avance de ninguna de ellas, y el proceso degenerativo continúa.

Cabe preguntarse al respecto: ¿qué ha sido de la que iba a ser la base del SNS?, ¿qué ha sido del compromiso del AP-XXI?, ¿qué ha sido de la capacidad resolutiva de la Primaria?, ¿qué ha sido de la interrelación entre los niveles asistenciales?

La Atención Primaria necesita una reforma en profundidad que dé solución a los problemas actuales y afronte los retos para el próximo cuarto de siglo, y donde el objetivo se dirija a dar con un modo de ejercer la Medicina que nos proporcione la satisfacción de reencontrarnos con el placer de ser y hacer de médico, recuperando de paso el ideario del buen profesional.

Mucho se habla, y fundamentalmente los políticos, de las nuevas formas de gestión, mientras que el médico está muy alejado de este debate. Hoy por hoy no hay evidencia científica de la mayor o menor eficiencia de cada una de estas fórmulas de gestión.

Hemos de ser escrupulosos y serios con el lenguaje: no es lo mismo hablar de "nuevas formas de gestión" que hablar de "autogestión clínica", que sí le interesa más al médico, pues espera que en ésta pueda producirse la recuperación del viejo ideario profesional y su consolidación en un nuevo profesionalismo del siglo XXI, más adaptado a los tiempos que corren y que garantice una mejora real de la calidad asistencial. Este deseo no está en contra del de la participación del médico en los órganos de gestión y dirección como representante del conocimiento de la profesión y depositario de la confianza del ciudadano. Diríamos que se complementa con lo anterior en aras de lograr un servicio sanitario realmente lo más humanizado posible y preocupado por la salud y el bienestar de los ciudadanos. En esta línea se mueve la propuesta de creación de las Juntas Facultativas de Primaria, como órgano de participación y gestión del conocimiento médico, que garantice y posibilite una auténtica gestión clínica.

Por tanto, los cambios que reclama el médico deben ir más allá de los que se introduzcan en las formas de gestión. Han de profundizar en los sistemas organizativos en general si es que de verdad se quiere devolver al médico la capacidad de autogestión clínica y su protagonismo tanto en la relación con el paciente como en el entramado asistencial que hace posible la atención a los pacientes. Todo lo que no sea eso, habrá que clasificarlo en la sección de cambios cosméticos que no redundarán en beneficio de los profesionales, aunque tal vez sí de los políticos y asimilados.

Sigue siendo necesaria una política de Recursos Humanos que garantice al médico un nuevo modelo de retribuciones (que tenga en cuenta lo que el médico es, lo que hace y cómo lo hace) y donde aparezca clara la diferenciación entre los conceptos de "desarrollo profesional" (compromiso del médico con la sociedad) y "carrera profesional" (compromiso del médico con su empresa).

Nuevas formas de gestión y organización

J. Antonio Otero Rodríguez

Médico de Familia. Centro de Salud Damasco. Valladolid.
Responsable del Área de Calidad de Procesos de SEMERGEN.

La Medicina ambulatoria en España ha seguido un camino que la ha llevado a ser mejor cada día, con épocas más interesantes que otras pero siempre en línea ascendente, basado entre otras muchas causas en el RD 137/84, Ley General de Sanidad o la creación de la especialidad de Medicina de Familia.

En este momento estamos en una situación en la que es necesario un cambio de rumbo, pues si seguimos con el que tenemos tendríamos que empezar a hablar de cosas muy diferentes a las que conocemos.

No hay acuerdo general entre todas las partes implicadas pero sí acuerdos en cosas concretas; una de ellas, la necesidad de dar más capacidad de decisión a los profesionales. Ese cambio de rumbo que defendemos no significa destruir todo lo que existe sino "poner las cosas en su sitio," aunque esto parezca pretencioso o soberbio.

Es preciso hacer antes un mínimo recuerdo histórico, sabiendo que es un análisis parcial, y por tanto simple, pero que nos aporta un punto de vista que nos puede explicar en parte la situación que tenemos ahora. A partir del año 1984 la Administración, en sentido genérico, necesitaba personas para poner en marcha las reformas que la Sanidad en España precisaba, eligiéndolas mayoritariamente de las filas de una Sociedad Científica concreta, personas jóvenes con gran ilusión y capacidad, convirtiéndose en los grandes defensores de la Reforma de la Atención Primaria, confundiéndose Sociedad Científica y Administración. Al mismo tiempo se demostraba una gran desconfianza de los políticos y/o gestores en la profesión médica y sus representantes por considerarlos contrarios a dicha Reforma y defensores de unos privilegios que no tenían cabida en una sociedad moderna. Esta situación provocó que Administración y Sociedad Científica fueran una misma cosa, y Colegios de Médicos y otras Sociedades Médicas no tuvieran ninguna presencia.

De esta manera, la Administración empezó a asumir cosas que siempre habían estado en el ámbito profesional; baste como ejemplo la elaboración de las Normas Técnicas, mínimas en una primera época, existiendo dejadez por parte fundamentalmente de Colegios Profesionales para asumir ellos el liderazgo y dirección de esas cuestiones que atañen directamente al ejercicio correcto de la profesión.

El paso del tiempo y la no existencia de referencias para los profesionales distintas a la Administración dio lugar al abandono de ciertos valores de la profesión convirtiéndonos en técnicos empleados de los Servicios Regionales de Salud.

Llegado este punto, el médico vive una situación en la que no se siente cómodo; por un lado, mantiene el sentido de responsabilidad y compromiso ante sus pacientes como profesional, y por otro, trabaja en una organización con limitaciones y problemas sobre los que no puede opinar o decidir.

Pero también la Administración, en sentido amplio, ve que esa situación tampoco favorece la consecución de numerosos objetivos del Sistema Nacional de Salud. Los mismos gestores hablan de la necesidad de descentralizar la toma de decisiones, favorecer la autogestión como herramientas necesarias para involucrar a los profesionales, pero son muy tímidas las experiencias existentes quizá porque los gestores creen perder el control, en el mejor de los casos pensando en su responsabilidad de garantizar unos servicios y cuidados sanitarios determinados y en otros por el prurito de sentir que mandan.

Es contradictorio el discurso político sobre la importancia de la Atención Primaria dentro del Sistema Nacional de Salud y la poca traducción de ese interés en los presupuestos, con un consiguiente estancamiento y por tanto deterioro de la Atención Primaria, lo que conlleva entre otras muchas cosas que determinados segmentos de la población busquen atención en otros dispositivos y como consecuencia no vean como propio el Sistema Nacional de Salud y no tengan por qué defenderlo. Introduzco y cierro este tema tan sólo porque la mayoría de los médicos de familia trabajamos en los distintos Servicios Regionales de Salud.

La cuestión, en fin, tiene difícil solución, poco o nada pueden hacer los gestores sin nuestra implicación y poco o nada podemos avanzar como profesionales sin un mayor compromiso. Los primeros tienen la obligación de poner encima de la mesa formulas organizativas, modelos de gestión que permitan ilusionar a los profesionales, y nosotros hemos de tener presente que el prestigio y reconocimiento de la población, y por tanto de los políticos, pasa por un compromiso con el mantenimiento de nuestra competencia y con los valores de nuestra profesión.

Adecuada prescripción farmacéutica, tópicos, falsedades y realidades

Moderador: Ramón Boria Avellanas

Médico de Familia. Centro de Salud de Sariñena. Huesca.

Debemos partir de la base de que a pesar del aumento del gasto sanitario durante los últimos años en nuestro país, España se encuentra todavía muy lejos de la media europea: 7,6% del PIB en España, 9% del PIB en la OCDE y 15,4% del PIB en EE.UU. Debemos considerar también que en nuestro país la financiación es totalmente pública a través de impuestos y el acceso universal.

Entre los determinantes del crecimiento del gasto sanitario debemos contemplar cuatro elementos diferenciados:

1. La cobertura universal.

2. El factor demográfico.

3. La prestación sanitaria real media: intensidad tecnológica y esfuerzo terapéutico.

4. Nivel de precios e inflación.

Pues bien, el factor que más influencia alcanza en el crecimiento del gasto es la prestación real media, basada en la implantación de tecnologías poco evaluadas económicamente y en la intensidad con que los profesionales la facilitan a los pacientes.

En este punto debemos enlazar con el título de la mesa que hoy nos reúne, y en especial los topicos y las falsedades.

– *Primero:* el gasto farmacéutico no es el único ni el principal responsable del aumento del gasto sanitario.

– *Segundo:* el envejecimiento poblacional y la inmigración no son los principales impulsores del gasto en salud y una buena gestión de los mismos no debe desestabilizar el sistema sanitario público.

– *Tercero:* las políticas de contención del gasto farmacéutico a nivel estatal producen la tentación de controlar los precios farmacéuticos, declinando pagar la cuota correspondiente al costo de la innovación, con la confianza de que otros pondrán los recursos necesarios.

– *Cuarto:* España es uno de los países con mayor grado de intervención en la fijación de precios de los medicamentos y el precio medio es de los más bajos de Europa. La apuesta inicial por los medicamentos genéricos en España, la cual ha demostrado significativamente su utilidad en todos los países de nuestro entorno, pierde fuerza en nuestro país. La posterior apuesta de la administración por el sistema de precios de referencia tampoco ha logrado frenar el incremento en el gasto farmacéutico, al controlar solamente precios pero no volumen de prescripción. La industria reacciona introduciendo nuevos y más caros.

– *Quinto:* algunos estudios farmacoeconómicos nos hablan de que incrementos adicionales en el gasto farmacéutico generan ahorros significativos en otros recursos asistenciales, sin afectar a los niveles de salud de la población. Nos encontramos con que la preocupación primordial de la administración sanitaria es el mero control de costes. No es su objetivo evaluar su impacto en salud y menos comparar este impacto con los recursos empleados.

– *Sexto:* finalmente, en nuestro país se objetiva una más que notable variabilidad interautónomica: especialmente en políticas de contención del gasto.

Como médicos de Atención Primaria debemos considerarnos los auténticos gestores de nuestro sistema sanitario, hemos de confiar siempre en nuestra buena gestión y en nuestra profesionalidad. La seguridad como dimensión esencial y elemento primordial del uso racional del medicamento. Una buena práctica médica basada en la evidencia y en el conocimiento médico. La concienciación de todos sobre los límites de los recursos del sistema sanitario.

La visión del médico de familia desde una perspectiva europea

Moderador: Julián Velasco Gutiérrez

Médico de Familia. Centro de Salud Candelario de Béjar. Salamanca.

En la última década ha habido un incremento mundial de los flujos de emigración de médicos de todas las especialidades. En algunos países, el 25% de los médicos son ya extranjeros (Estados Unidos, Canadá, Australia, Reino Unido, Noruega y Bélgica).

Para los países de origen es un problema grave porque pierden médicos en los que han invertido recursos que no se pueden recuperar mediante la esperada prestación de servicios. En algunos países emergentes es especialmente alarmante (trabajan fuera de su país 60.000 médicos indios, 18.000 filipinos y 11.000 pakistaníes).

El motivo principal es la mejora de las condiciones laborales. En el país de origen los salarios son menores, hay menos oportunidades de desarrollo profesional y para muchos médicos jóvenes es la única oportunidad de encontrar una situación laboral estable.

Es difícil saber el número de médicos españoles que trabajan en el extranjero. El Ministerio de Sanidad y Consumo afirma que son 500 médicos españoles y la Organización Médica Colegial 8.000 (en el año 2005 había 4.570 en Estados Unidos, 1.870 en Portugal, 1.047 en Reino Unido, 326 en Alemania, 301 en Francia y 280 en Dinamarca).

Trabajar en algunos países europeos tiene ventajas. En la Unión Europea es más fácil el reconocimiento de los títulos académicos y los salarios son mejores; el trato con los pacientes es mejor y hay posibilidades de carrera profesional (se facilita la realización de trabajos de investigación, hay incentivos en función de la calidad del trabajo realizado y se dispone de tiempo para el estudio y la formación continuada).

Sin embargo, también hay inconvenientes. El primero es la adaptación a una cultura diferente (idioma, costumbres, modo de trabajo). Los trámites burocráticos para el reconocimiento de los títulos a veces son interminables. Los puestos de trabajo ofertados son los que los nativos rechazan (poblaciones marginales y zonas rurales). El tiempo trabajado en el extranjero no se valora en el currículo cuando se regresa.

Médico general en Portugal

Valentín Posado Rodríguez

Médico de Familia. Centro de Salud Fuentesano. Zamora.

Portugal se encuentra en un proceso de transformación de la Atención Primaria (Cuidados de Salud Primarios). En octubre del año 2005 se creó la *Missão para os Cuidados de Saúde Primários* (MCSP), dependiente directamente del Ministro de Salud, para el lanzamiento, coordinación y acompañamiento de la estrategia para la reconfiguración de los centros de salud e implementación de las unidades de salud familiar (USF).

A fecha de 1 de junio de 2009 dieron entrada 321 candidaturas de USF a través de la página de la MCSP y hay 170 USF en funcionamiento con 1.191 médicos de Clínica General trabajando.

El nuevo régimen de las carreras médicas fue aprobado por Decreto-ley en el Consejo de Ministros el día 5 de junio de 2009. La carrera médica pasa a estructurarse en dos grados (especialista y consultor) y tres categorías (asistente, asistente graduado y asistente graduado senior).

El acceso al Sistema Nacional de Salud es por concurso. Las Administraciones Regionales de Salud suelen sacar cada año un concurso público para cubrir las vacantes de los centros de salud. Es frecuente que no se cubran todas las plazas, sobre todo en la periferia.

Los clínicos generales en Portugal trabajan con listas de unos 1.500 usuarios y prestan, con independencia y autonomía, los cuidados de Atención Primaria. Realizan consulta de salud infantil y juvenil, de salud materna, de planificación familiar y vigilancia oncológica. También cumplen los programas del Servicio Nacional de Salud.

Trabajar en Atención Primaria en Dinamarca

Ana María Nielsen Bentsen

Médico de Familia. Centro de Salud Villamor de los Escuderos. Zamora.

El sistema sanitario de Dinamarca, y especialmente la Atención Primaria (AP), se diferencia en varios aspectos del sistema español.

Es un sistema público, financiado a través de los impuestos generales, con cobertura extendida a todos los habitantes. La estructura y la organización son responsabilidad de la administración central, aunque las administraciones regionales tienen cada vez más capacidad de decisión.

El inmueble de la consulta, incluyendo el "cupo" correspondiente, lo compra el médico que va a ejercer en AP.

El 63% de los médicos trabajan en equipo, compartiendo el mismo espacio físico con otros médicos de AP, y en algunos casos con especialistas. El 37% trabajan solos. El promedio de pacientes adscritos por cupo es de 1.500.

Generalmente hay personal administrativo contratado, pero sólo en algunos casos enfermeros.

La remuneración del médico depende del Estado. Consiste en unos honorarios básicos dependientes de la población adscrita y un complemento por cada atención prestada en la consulta, al teléfono, en domicilio y por asistencia a reuniones profesionales. Los médicos corren con los gastos del personal contratado, los del inmueble y del material utilizado.

Los pacientes no pagan por las consultas, ni por los ingresos hospitalarios, pero todos, incluso los pensionistas, pagan parte de los gastos de farmacia.

El sistema de derivación a otros niveles del sistema es prácticamente igual que en España, con la excepción de Otorrinolaringología y Oftalmología, a los que el enfermo puede acudir directamente sin necesidad de ser derivado desde AP.

La relación entre AP y el nivel hospitalario se intenta que sea fluida. Se hace a través de los médicos en prácticas en AP que están en contacto constante con el hospital. En caso de mucha demora existe la posibilidad de acudir a clínicas privadas concertadas en Dinamarca e incluso en el extranjero para el tratamiento de enfermedades importantes, con los costes asumidos por administración.

El trabajo del médico de AP en Dinamarca consiste, como aquí, en actividades asistenciales, de prevención y de control, atención a domicilio y urgencias. AP cuenta con una red de enfermería "a domicilio" muy eficaz, por lo que los avisos a domiciliarios son pocos y habitualmente generados por estas mismas enfermeras. Los médicos de AP y el personal de la red de enfermería se reúnen con regularidad para discutir los pacientes comunes.

Las urgencias en horario de consulta son atendidas por el médico de AP y fuera del horario por una red de Urgencias, bien acudiendo al servicio de Urgencias del hospital de referencia, bien por médicos voluntarios, normalmente bien pagados, que prestan esta atención en los casos que lo requieran.

Lo que más me llamó la atención, en mi experiencia en 2002, en una consulta en un barrio de Copenhague es la pérdida de autoridad del médico. Los pacientes están informados a través de Internet y consideran al médico como un consultor que puede ayudar a buscar la mejor forma de diagnóstico y tratamiento, mediar pruebas diagnósticas y, si hace falta, con derivación a consultas especializadas. Los inmigrantes, que son muchos, tienen derecho a acudir con intérprete.

No se acude a la consulta del médico con la frecuencia que se hace en España. Se debe en parte a las peculiaridades del trabajo y a la cierta dificultad que tiene el acceso a la consulta. Normalmente se acude con problemas importantes. Los catarros, las gripes, las pequeñas heridas lo saben curar solos.

Las recetas para procesos crónicos se pueden pedir para un periodo de un año entero, y, además, muchas se pueden enviar a la farmacia por fax para que el enfermo recoja directamente allí el medicamento.

Quizá el aspecto más negativo sea la sensación de soledad y aislamiento que transmiten muchos pacientes y los problemas de depresión asociados.

Ventajas e inconvenientes del modelo de Atención Primaria en Reino Unido

Alicia Revilla Aparicio

Médico de Familia. Centro Sociosanitario Mutuam Güell. Barcelona.

VENTAJAS

– Prestigio de la Atención Primaria (AP) y sus decisiones. Tanto el médico como el resto del personal que compone el equipo del Centro de Salud gozan de mayor respeto por parte de los pacientes que en nuestro país.

– La Atención Primaria tiene mayor poder. Dispone de más recursos, que son coordinados por el médico. Hay menos presión asistencial (10 minutos por paciente).

– Existe la receta múltiple.

– El médico de AP cubre el horario hasta las 18 horas. No es obligatorio realizar guardias los fines de semana ni los festivos ni las noches. Existe un equipo que las hace.

– El sueldo, sin necesidad de guardias, es mayor.

– En la consulta la mesa no se sitúa entre el médico y el paciente, sino que queda a un lado. Se consigue así mayor proximidad, lo que desde mi punto de vista facilita la obtención de información y la creación de un clima de confianza mutua durante la entrevista clínica.

– Se tiene opción a permanecer a jornada completa en un mismo centro de salud, aunque se trate de un médico joven, lo que ayuda enormemente a ganar experiencia. Las sustituciones, "*locums*", que están muy bien pagadas, quedan para aquellos que no desean continuidad o prefieren jornadas más reducidas o bien ganar un dinero extra.

INCONVENIENTES

– Existen centros gestionados exclusivamente por el *National Health Service* (NHS), pero hay otros en los que el/los médico/s son gestores y socios, "*partners*". Esto supone un riesgo en la calidad asistencial.

– No existe Pediatría en AP. Es el médico general el que asume la atención de los niños.

– Jornada partida en la mayoría de los centros de salud (de 9 a 14 y de 16 a 18 horas).

Cambios en el estilo de vida, fitosteroles y riesgo cardiovascular

Moderador: Luis Masana Marín

Hospital Universitari Sant Joan. CIBERDEM. IISPV. Universidad Rovira i Virgili. Reus. Tarragona.

El control de las concentraciones plasmáticas de colesterol se asocia a un menor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. La evidencia científica demuestra que el tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia se asocia a una disminución del riesgo relativo de padecer enfermedades relacionadas con la arteriosclerosis. El número de personas expuestas a un incremento del riesgo cardiovascular es muy elevado, por lo que deben potenciarse medidas preventivas basadas en la adopción de unos hábitos de estilo de vida saludables, incluyendo el cese del tabaquismo, el ejercicio físico y una alimentación adecuada. En este simposio se revisarán algunas de las evidencias científicas que apoyan la implementación de lo que se denominan cambios terapéuticos del estilo de vida en el conjunto de acciones de la prevención cardiovascular. Entre la plétora de alimentos funcionales y suplementos alimentarios que claman efectos metabólicos beneficiosos, son muy pocos los que tienen un soporte científico a sus acciones. Los fitosteroles son moléculas derivadas fundamentalmente del reino vegetal que interfieren con el metabolismo del colesterol y en concreto con su absorción, si bien se han descrito otras funciones que vamos a revisar a lo largo de esta reunión. Finalmente se presentarán los datos de los ensayos clínicos relacionados con la administración de fitosteroles y su efecto sobre el metabolismo lipídico.

El riesgo residual macrovascular y microvascular en el paciente diabético

Moderador: Francisco Javier García-Norro Herreros

Médico de Familia. Especialista en Medicina Interna. Centro de Salud Condesa. León.

Las mejoras logradas en la prevención cardiovascular en las últimas décadas se han visto gravemente afectadas por el impacto de la epidemia mundial de obesidad, síndrome metabólico y diabetes de tipo 2[1]. Con esas tendencias, está previsto que la enfermedad cardiovascular adelante a las enfermedades transmisibles e infecciosas como primera causa de pérdida de años de vida laboral en todo el mundo[2].

A pesar de la eficacia de los tratamientos de referencia actuales, incluida la consecución de los objetivos de colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL), los pacientes siguen expuestos a un riesgo residual alto de:

– Episodios macrovasculares[3,4]: infarto de miocardio, ictus y arteriopatía periférica.

– Complicaciones microvasculares[5]: retinopatía, nefropatía y neuropatía.

El objetivo de la "Llamada a la acción por el grupo R3i (*Residual Risk Reduction Initiative*) para reducir el riesgo vascular residual en los pacientes con dislipidemia"[6] es:

– Resaltar el importante papel de la dislipidemia aterogénica en el riesgo vascular residual.

– Recomendar las estrategias de tratamiento más apropiadas.

El riesgo residual significativo de episodios macrovasculares y complicaciones microvasculares que persiste en la mayoría de los pacientes a pesar de los tratamientos de referencia actuales, incluida la consecución de los objetivos de c-LDL y el control intensivo de la presión arterial y la glucemia.

En este simposio vamos a abordar el riesgo residual macrovascular en el paciente diabético y el riesgo microvascular en el paciente diabético desde el punto de vista del tratamiento de la dislipemia aterogénica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zimmet P, et al. Nature. 2001;414:782-7.
2. Murray ZJ, et al. Lancet. 1997;349:1347-52.
3. Baigent C, et al. Lancet. 2005;366:1267-78.
4. Kearny PM, et al. Cholesterol Treatment Trialists´ (CCT) Collaborators. Lancet. 2008;371:117-25.
5. Gaede P, et al. N Engl J Med. 2003;348:383-93.
6. Fruchart JC, et al. Diab Vasc Dis Res. 2008;5:319-35.

Beneficial effects of fenofibrate on diabetic retinopathy. Potential molecular mechanisms and implications in the clinical practice

Rafael Simó Canonge

Diabetes and Metabolism Research Unit. Institut de Recerca Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Fenofibrate is a PPAR-α agonist indicated for the treatment of hypertriglyceridemia and mixed dislipidemia. Its main action is to lower plasma triglyceride levels, but it also reduces total and LDL cholesterol, raises HDL cholesterol and decreases concentration of small LDL-cholesterol particles and apolipoprotein B. Recently, Keech et al[1] have reported the results concerning laser treatment for DR from the FIELD study (Fenofibrate Intervention and Event Lowering in Diabetes). The main aim of this randomized controlled trial was to assess whether long-term lipid lowering therapy using fenofibrate (a PPAR-α agonist) could reduce the need for laser treatment in a large cohort (n = 9,795) of type 2 diabetic patients. The average of follow-up was 5 years and the end-point was the need for laser treatment (a tertiary endpoint of the main study). In an intention-to-treat analysis, fenofibrate (200 mg once-daily) reduced the frequency of first laser treatment for macular edema by 31% and for proliferative retinopathy by 30%. In addition, in a substudy performed on those patients in whom retinal status was graded by fundus photography, fenofibrate was able to reduce the progression of existing retinopathy. Although this study has some limiting factors[2,3], the substantial benefits obtained from reducing the need for laser treatment argue for consideration of using fenofibrate in the management of DR. However, our poor knowledge of the mechanisms involved in its beneficial effects in DR might limit its potential impact on clinical practice. Theoretically other PPAR-alpha apart from fenofibrate can also be beneficial for DR but, at present, this has been only demonstrated with fenofibrate.

The rationale for FIELD was that elevated lipid levels in systemic circulation constitute a risk factor for DR and, therefore, long-term lipid-lowering therapy with fenofibrate could reduce the progression of DR and the need for laser treatment in patients with type 2 diabetes. However, no relationship between serum lipids and the appearance or progression of DR was detected. This is in agreement with other prospective studies showing that serum lipids are unrelated to the progression of DR or the development of PDR[4,5]. In addition, the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS), a randomized controlled trial of 2,830 patients with type 2 diabetes, did not find atorvastatin to be effective in reducing DR progression[6]. However, this study was limited by substantial missing data (only 65% of patients had retinopathy status recorded at baseline) and lack of photographic grading for DR. Another randomized trial, the ACCORD-EYE study, which is now in progress could shed light on this issue[7]. In this study, the effects of lipid control (statin vs. fenofibrate added to a statin) on the progression of DR will be evaluated. There will be 4,065 participants recruited to the study at baseline in whom fundus photographs will be taken within four months of randomization and again four years later. Although in the FIELD study there was no relationship between the quantitative levels of serum lipids and DR, it is unknown whether the effectiveness of fenofibrate in modulating the qualitative properties of lipoproteins (ie. reducing remnants and small dense LDL particles) can contribute to its beneficial effects. In addition, it should be noted that the mechanisms regulating intraretinal lipid transport rather than serum levels might be more important in the pathogenesis of DR. In this regard we have recently shown that apolipoprotein A1 (apo-A1) is overexpressed in the retina of diabetic patients[8]. Apo-A1 is a key factor for the intraretinal transport of lipids, thus preventing lipid deposition and lipotoxicity, and it is also a potent scavenger of reactive oxygen species. Therefore, apo-A1could play an important role in protecting the retina from oxidative stress. These findings have led us to hypothesize that the retinas from diabetic patients have a higher content of apo-A1 as a protective mechanism and, consequently, those patients with less capacity for apo-A1 production by the retina will be more prone to develop lipid deposition (hard exudates) and retinal damage induced by oxidative stress. Fenofibric acid was shown to enhance transcription of the gene of apo1-A in the liver[9], macrophages and fibroblasts[10], but whether this is also true at retinal level remains to be elucidated.

Other non-lipidic mechanisms by which fenofibrate could be effective in preventing or arresting DR might be the following:

1. PPAR-α is present in endothelial cells[11], and its activation by means of PPAR-α agonists has recently been shown to inhibit expression of VEGF receptor 2 (VEGFR2) and neovascularization in human umbilical endothelial cells (HUVEC)[12]. Varet et al[13] have demonstrated that fenofibrate inhibits angiogenesis in vitro and *in vivo*, as well as bFGF-induced angiogenesis *in vivo*. In addition, in cells derived from human ovarian cancer clofibric acid (a PPAR-α agonist) downregulates VEGF expression[14]. Apart from its antiproliferative effects, fenofibrate inhibits the apoptosis induced by high glucose concentrations in HUVEC[15]. Moreover, it has been demonstrated that fenofibrate prevents the apoptosis of human retinal endothelial cells (HRECs) induced by serum deprivation through a PPARα-independent, but AMPK-dependent pathway[16]. This activation of the AMPK pathway in endothelial cells could lead to an increase in eNOS phosphorylation and NO production, thus resulting in beneficial effects on endothelial function[17].

2. PPAR-α is associated with anti-inflammatory and antioxidant activity[18]. It has been reported that PPAR-α activation induces the expression and activation of antioxidant enzymes, such as superoxide dismutase and glutation peroxidase[19], and that activation of PPAR-α induces apoptosis of human monocyte-derived macrophages[20]. In addition, PPAR-α activators inhibit the expression of vascular cell adhesion molecules on the endothelium[21]. This effect might be useful in preventing leukostasis (the inappropriate adherence of leukocytes to the endothelium), which is essential in the pathogenesis of PDR.

3. PPAR-α activation also has a neuroprotective effect[19,22]. This could be important in preventing neuroretinal degeneration, an early and crucial event that occurs in diabetic retinopathy even before vascular abnormalities can be detected[23]. The neuroprotective effect of fenofibrate could be an essential mechanism accounting for the its beneficial effects on amputation events in people with type 2 diabetes mellitus[24].

4. The breakdown of the BRB due to the disruption of tight junctions and the subsequent leakage is the main factor accounting for DME[25]. Because of the notable effect of fenofibrate in preventing DME progression it would be worthwhile to explore whether fenofibrate is able to reduce the increased permeability that exists in DR.

Future research on the potential effect of fenofibrate in all these areas will be essential for understanding its beneficial effects in DR and it will be also critical for using this drug as an adjunct in the management of DR.

REFERENCES

1. Keech AC, Mitchell P, Summanen PA, O'Day J, Davis TM, Moffitt MS, et al; FIELD study investigators. Effect of fenofibrate on the need for laser treatment for diabetic retinopathy (FIELD study): a randomised controlled trial. Lancet. 2007;370:1687-97.
2. Simó R, Hernández C. Fenofibrate for diabetic retinopathy. Lancet. 2007;370:1667-8.
3. Cheung N, Wong TY. Fenofibrate and diabetic retinopathy. Lancet. 2008;371:721-2.
4. Miljanovic B, Glynn RJ, Nathan DM, Manson JE, Shaumberd DA. A prospective study of serum lipids annd risk of diabetic macular edema in type 1 diabetes. Diabetes. 2004;5:2883-92.
5. Leung H, Wang JJ, Rochtchina E, TY Wong, Klein R, Mitchell P. Dyslipidaemia and microvascular disease in the retina. Eye. 2005; 19:861-8.
6. Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, Hitman GA, Neil HA, Livingstone SJ, et al; CARDS investigators. Primary preven-

tion of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. Lancet. 2004;364: 685-96.
7. Chew EY, Ambrosius WT, Howard LT, Greven CM, Johnson S, Danis RP, et al; ACCORD Study Group. Rationale, design, and methods of the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Eye Study (ACCORD-EYE). Am J Cardiol. 2007;99(12A):103i-111i.
8. Simó R, García-Ramírez M, Higuera M, Hernández C. Apolipoprotein A1 is overexpressed in the retina of diabetic patients. Am J Ophthalmol. 2009;147:319-25.
9. Staels B, Dallongeville J, Auwerx J, Schoojans K, Leitersdorf E, Fruchart JC. Mechanisms of action of fibrates on lipid an lipoprotein metabolism. Circulation. 1998;98:2088-93.
10. Arakawa R, Tamehiro N, Nishimaki-Mogami T, Ueda K, Yokoyama S. Fenofibric acid, an active form of fenofibrate, increases apolipoprotein A-I-mediated high-density lipoprotein biogenesis by enhancing transcription of ATP-binding cassette transporter A1 gene in a liver X receptor-dependent manner. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2005;25:1193-7.
11. Inoue I, Shino K, Noji S, Awata T, Katayama S. Expression of peroxisome proliferator-activated receptor α (PPARα) in primary cultures of human vascular endothelial cells. Biochem Bioph Res Co. 1998;246:370-4.
12. Meissner M, Stein M, Urbich C, Reisinger K, Suske G, Staels B, et al. PPARα activators inhibit vascular endothelial growth factor receptor-2 expression by repressing Sp1-dependent DNA binding and transactivation. Cir Res. 2004;94:324-32.
13. Varet J, Vincent L, Mirshahi P, Pille JV, Legrand E, Opolon P, et al. Fenofibrate inhibits angiogenesis in vitro and in vivo. Cell Mol Life Sci. 2003;60:810-9.
14. Yokoyama Y, Xin B, Shigeto T, Umemoto M, Kasai-Sakamoto A, Futagami M, et al. Clofibric acid, a peroxisome proliferator-activated receptor, inhibits growth of human ovarian cancer. Mol Cancer Ther. 2007;6:1379-86.
15. Zanetti M, Stocca A, Dapas B, Farra R, Uxa L, Bosutti A, et al. Inhibitory effects of fenofibrate on apoptosis and cell proliferation in human endothelial cells in high glucose. J Mol Med. 2008;86:185-95.
16. Kim J, Ahn JH, Kim JH, Yu YS, Kim HS, Ha J, et al. Fenofibrate regulates retinal endothelial cell survival through the AMPK signal transduction pathway. Exp Eye Res. 2007;84:886-93.
17. Murakami H, Murakami R, Kambe F, Cao X, Takahashi R, Asai T, et al. Fenofibrate activates AMPK and increases eNOS phosphorylation in HUVEC. Biochem Biophys Res Commun. 2006;34:973-8.
18. Chen XR, Besson VC, Palmier B, García Y, Plotkine M, Marchand-Leroux C. Neurological recovery-promoting, anti-inflammatory, and anti-oxidative effects afforded by fenofibrate, a PPAR α agonist, in traumatic brain injury. J Neurotrauma. 2007;24:1119-31.
19. Bordet R, Ouk T, Petrault O, Gelé P, Gautier S, Laprais M, et al. PPAR: a new pharmacological target for neuroprotection in stroke and neurodegenerative diseases. Biochem Soc Trans. 2006;34:1341-6.
20. Chinetti G, Griglio S, Antonucci M, Torra IP, Delerive P, Majd Z, et al. Activation of proliferator-activated receptors α and γ induces apoptosis of human monocyte-derived macrophages. J Biol Chem. 1998;273:25573-80.
21. Israelian-Konaraki Z, Reaven PD. Peroxisome proliferator-activated receptor-alpha and atherosclerosis: from basic mechanisms to clinical implications. Cardiol Rev. 2005;13:240-6.
22. Deplanque D, Gelé P, Pétrault O, Six I, Furman C, Bouly M, et al. Peroxisome proliferator-activated receptor-alpha activation as a mechanism of preventive neuroprotection induced by chronic fenofibrate treatment. J Neurosci. 2003;23:6264-71.
23. Antonetti DA, Barber AJ, Bronson SK, Freeman WM, Gardner TW, Jeffersson LS, et al, JDRF Diabetic Retinopathy Center Group. Diabetic retinopathy: seeing beyond glucose-induced microvascular disease. Diabetes. 2006;55:2401-11.
24. Rajamani K, Colman PG, Li LP, Best JD, Voysey M, D'Emden MC, et al; FIELD study investigators. Effect of fenofibrate on amputation events in people with type 2 diabetes mellitus (FIELD study): a prespecified analysis of a randomised controlled trial. Lancet. 2009; 373:1780-8.
25. Joussen A, Smyth N, Niessen C. Pathophysiology of diabetic macular edema. Dev Ophthalmol. 2007;39:1-12.

Riesgo residual macrovascular en el paciente diabético

Ángel Díaz Rodríguez

Coordinador del Grupo de Lípidos de Semergen. National Faculty de la iniciativa para la Reducción del Riesgo Residual (R3i). Centro de Salud de Bembibre. (León).

El riesgo residual (RR) representa el problema que permanece después de la intervención terapéutica. Los factores de riesgo modificables y no modificables contribuyen al RR vascular. La dislipemia aterogénica es un factor que contribuye de forma significativa al RR macro y microvascular. Se caracteriza por elevación de triglicéridos (TG), descenso de las lipoproteínas de alta intensidad (HDL), a menudo con elevación de la apolipoproteína B (Apo B) y elevación de colesterol no HDL (C no-HDL). Es típica en los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida (ECV), diabetes tipo 2, obesidad y síndrome metabólico.

A pesar de alcanzar los objetivos establecidos para el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL), la presión arterial y la glucemia según lo indicado por las guías de práctica clínica actuales, los pacientes con dislipemia continúan presentando un RR elevado de episodios macrovasculares[1,2] (infarto de miocardio, ictus y arteriopatía periférica). Estos episodios son más frecuentes en pacientes con placas leve o moderadamente obstructivas[3].

Esta dislipemia aterogénica queda sin diagnosticar y sin tratar en la práctica clínica. La *Residual Risk Reduction Initiative* (R3i) se puso en marcha para abordar esta cuestión clínica de gran trascendencia. El objetivo de la "llamada a la acción" para reducir el riesgo vascular residual en los pacientes con dislipemia es doble[4]: resaltar el importante papel de la dislipemia aterogénica en el riesgo vascular residual y recomendar las estrategias de tratamiento más apropiadas.

La dislipemia aterogénica es una manifestación frecuente en los pacientes con dislipemia. La importancia de la dislipemia se ha puesto de manifiesto en el estudio INTERHEART, en el que la dislipemia fue la causa del 54% del riesgo atribuible poblacional de infarto de miocardio. Sin embargo, la dislipemia no se definió únicamente por el LDL, sino como el cociente ApoB/ApoA-I, que es un valor representativo del cociente de las concentraciones de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), densidad intermedia (IDL) y LDL, que son aterógenas respecto de las HDL ateroprotectoras.

DISLIPEMIA ATERÓGENA Y RIESGO MACROVASCULAR

La dislipemia aterógena tiene una alta prevalencia en los pacientes diabéticos tipo 2 y en el síndrome metabólico. El riesgo macrovascular es alto en los pacientes con diabetes tipo 2 sin ECV y es aún mayor en presencia de ECV.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que los TG elevados, el HDL bajo y del C no-HDL son factores

predictivos de la ECV, independientes del LDL[5]. También han puesto de manifiesto la importancia del cociente colesterol total (CT)/HDL para la determinación del riesgo de ECV.

Mientras que las concentraciones de LDL son con frecuencia normales o presentan tan sólo una elevación modesta en los pacientes con diabetes y/o síndrome metabólico, a expensas de LDL pequeñas y densas, las concentraciones de apoB suelen estar elevadas y expresan la concentración de VLDL, IDL y LDL. En la actualidad existe una amplia evidencia que indica que las apoB predicen mejor la ECV que los valores de LDL. La reciente declaración de consenso de la *American Diabetes Association* (ADA) y el *American College of Cardiology* (ACC) respecto al tratamiento con lipoproteínas resalta la necesidad de abordar las concentraciones de apoB como componente del RR, puesto que la determinación de las concentraciones de LDL representa de manera insuficiente la carga aterogénica de las partículas de VDL y LDL.

Además, se ha demostrado que la apoC-III, que es un componente de algunas de las partículas de VLDL y LDL enriquecidas en TG, es un predictor de la ECV potente e independiente. Las concentraciones elevadas de apoC-III se asocian a una sobreproducción hepática de partículas VLDL ricas en TG y a un deterioro de la eliminación de la circulación de las partículas VLDL que contienen apoC-III. Esta última es también un componente de las HDL, y sus concentraciones crecientes se asocian con un aumento del riesgo coronario y a una pérdida de las acciones antiaterogénicas de las HDL sobre las células vasculares. Los pacientes con dislipoproteinemia aterógena, hipertrigliceridemia, síndrome metabólico, resistencia a la insulina o diabetes tipo 2 presentan unas concentraciones plasmáticas elevadas de apoC-III. Tanto la apo A-I como la apoA-II, principales apolipoproteínas de las HDL, se asocian a ateroprotección.

La dislipemia aterogénica se asocia a un estado proinflamatorio que contribuye a producir el riesgo vascular residual, en especial en los pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico.

Los principales estudios de resultados con estatinas muestran un elevado riesgo residual macrovascular. La reducción intensiva del LDL con dosis máximas de estatinas no elimina el riesgo cardiovascular[6]. En los análisis *post hoc* de los ensayos 4S, TNT[7] y PROVE-IT[8] se pone de relieve que el tratamiento con estatinas con descensos del LDL incluso por debajo de 70 mg/dl, abordan de manera incompleta el riesgo vascular atribuible a los TG elevados y al HDL bajo.

TRATAMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO RESIDUAL DE COMPLICACIONES MACROVASCULARES

Las modificaciones en el estilo de vida son el primer paso más importante para reducir el RR vascular en los pacientes con dislipemia e incluyen dieta, ejercicio físico regular, reducción de peso, ausencia de tabaquismo y consumo moderado de alcohol. Los cambios en el estilo de vida que siempre se deben implementarse pueden ser difíciles de mantener, por lo que se hace necesario el uso de tratamiento farmacológico. Las estatinas son eficaces para reducir el LDL, el C no-HDL y las apoB. Sin embargo, sus efectos sobre la elevación de las HDL y la reducción de TG tienden a ser menos importantes y dependen de la dosis y del fenotipo lipídico.

Las directrices de tratamiento actuales recomiendan la adicción de un fibrato (fenofibrato), niacina o ácidos grasos omega-3 a las estatinas para reducir los TG, aumentar las HDL y alcanzar los objetivos de C no-HDL y así disminuir el RR de complicaciones macrovasculares.

Los fibratos mejoran el metabolismo de los lípidos en los pacientes con diabetes tipo 2 (Estudio DAIS) al estimular los receptores PPARα, producen un descenso de los TG entre un 30-50%[9], aumentan el HDL entre 5-15%, descienden las apoC-III entre el 17-35%[10] y disminuyen el LDL entre el 17-22%[11], descienden también las LDL pequeñas y densas. Interrumpen el ciclo antiinflamatorio disminuyendo las proteínas de fase aguda en personas con hiperlipidemias (PCR y fibrinógeno), inhiben las respuestas inflamatorias hepáticas y actúan en las diferentes etapas de la arteriosclerosis.

El mayor beneficio de fenofibrato en los pacientes con TG altos y HDL bajo ha sido demostrado en el estudio FIELD. El fenofibrato es el fibrato de elección para asociar a las estatinas e incrementa más las HDL y la apoA-I que otros fibratos, y disminuye la progresión de aterosclerosis coronaria en pacientes con diabetes tipo 2.

En comparación con la monoterapia con estatinas, la asociación de una estatina con fenofibrato es altamente eficaz sobre los niveles de colesterol LDL, y también tendrá un efecto muy importante sobre los triglicéridos plasmáticos, el colesterol HDL y el tamaño de partícula de LDL.

El riesgo macrovascular se puede abordar mediante el tratamiento con niacina, pero los pacientes pueden experimentar un aumento de la glucemia relacionado con la dosis, por lo que los diabéticos que reciban este tratamiento deben ser vigilados estrechamente. Los ácidos grasos omega-3 disminuyen los TG y el riesgo macrovascular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baigent C, et al. Lancet. 2005;366:1267-78.
2. Colesterol Treatment Trialists (CCT) Collaborators, Keamey PM, et al. Lancet. 2008;371:117-25.
3. Falk E, et al. Circulation. 1995;92:657-71.
4. Fruchart JC, et al. Diab Vas Dis Res. 2008;5:319-35.
5. Assmann G, et al. Eur Heart J Suppl. 2006;8 Suppl F:F40-6.
6. Ninomiya JK, et al. Circulation. 2004;109:42-6.
7. Barter P, et al. TNT sub-analysis. N Engl J Med. 2007;357:1301-10.
8. Miller M, et al. J Am Coll Cardiol. 2008;51:724-30.
9. Gross B, Staels B. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2007;21: 687-710.
10. Davidson MH. Clin Cardiol. 2006;29:268-73.
11. Ducobu, et al. Cardiovasc Pharmacol. 2003;41:60-7.

Conferencia de inauguración: sobre la esencia del ejercicio clínico y sus aspectos éticos

Ciril Rozman

Catedrático de Medicina Interna y Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona. Barcelona.

Tras recordar brevemente la añorada figura del médico de cabecera y señalar el destacado papel de la asistencia primaria en el presente siglo, el autor intenta contestar en primer lugar a la pregunta: ¿cuál es la esencia del ejercicio clínico? Con este objetivo analiza los principios que debieran presidir el proceso del diagnóstico, señalando la importancia de la historia clínica como método irrenunciable para establecer una adecuada relación médico-paciente, así como la absoluta necesidad de explotar los sentidos como valiosísimo instrumento de la exploración física. Reflexiona sobre el uso mesurado de los métodos de exploración complementaria, así como sobre el proceso de formulación diagnóstica. También realiza un análisis crítico sobre la práctica médica actual en dos entornos. En la Atención Primaria la falta de tiempo dificulta el respeto por los principios señalados. En los centros hospitalarios el principal defecto lo constituye la atención fragmentada. Sugiere algunas medidas destinadas a corregir tales defectos.

Para abordar los aspectos éticos de nuestra profesión el autor intenta contestar a la pregunta: ¿cuál es la esencia de ser médico? Considera que nuestra profesión es de tipo vocacional y que consiste en anteponer siempre el bienestar de los pacientes a los propios intereses. Recuerda que al médico hay que exigirle una gran competencia clínica, pero además una calidad ética que convierta sus actuaciones técnicamente correctas en moralmente buenas. Tras analizar la evolución histórica del juramento hipocrático, el autor analiza con detalle tres capítulos de la práctica profesional en los que hay que ser particularmente cuidadoso con el respeto por los principios éticos, a saber:

1.º Trato con los pacientes y sus familiares.

2.º Conflictos de intereses en la investigación clínica.

3.º Contribución a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Y concluye: "Tan sólo un hombre bueno puede ser un buen médico". En estos tiempos de una creciente deshumanización de la medicina, es necesario defender esta máxima válida para la práctica médica de ayer, hoy y mañana.

¿Insulinizamos adecuadamente? Actualización en estrategias en el manejo de insulina

Francisco Carramiñana Barrera[a]
y Marcin Kozarzewski[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Atención Primaria San Roque. Badajoz.
[b]Endocrinólogo. Asesor Médico de Novo Nordisk. Madrid.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar los conocimientos y habilidades de los médicos generales/de familia en el tratamiento insulínico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aumentar los conocimientos de los profesionales de Atención Primaria sobre la insulinización, tipos de insulina, actuación, administración y uso en el paciente diabético tipo 2.

2. Compartir los problemas diarios que plantea a los médicos generales/de familia el tratamiento con insulina de los pacientes diabéticos.

3. Fomentar el buen control del paciente diabético a través del uso del tratamiento más correcto en cada momento.

PERTINENCIA DE LA ACTIVIDAD

El aumento de la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en los últimos tiempos hace que ésta represente uno de los motivos más frecuentes de consulta en la labor diaria de los médicos generales/de familia. Este aumento de prevalencia de la enfermedad conlleva un incremento de complicaciones derivadas de la misma, por lo que a los médicos generales/de familia se nos presenta un verdadero reto para tratar de prevenir o retrasar la incidencia de la enfermedad y sus complicaciones.

El tratamiento con insulina es fundamental en la diabetes, siendo su manejo necesario en muchas ocasiones si queremos obtener los objetivos de control marcados por las guías de práctica clínica.

Los profesionales de Atención Primaria necesitan un conocimiento del modo y manera de uso del tratamiento insulínico y de las repercusiones personales y sociales que éste tiene en los pacientes con diabetes.

Aproximación diagnóstica mediante la exploración: hombro y rodilla

Sergio Giménez Basallote[a]
y José Luis Casals Sánchez[b]

[a]Médico de Familia del Centro de Salud del Limonar. Málaga. Coordinador Nacional del Grupo de Aparato Locomotor de SEMERGEN.
[b]Facultativo del Área de Reumatología del Hospital Clínico de Málaga. Miembro del Grupo de Aparato Locomotor de SEMERGEN.

INTRODUCCIÓN

La exploración física es una herramienta que no requiere de ningún aparataje, pudiéndose utilizar siempre, incluyendo situaciones de urgencia, en consulta o en el propio domicilio del paciente. Su realización es de uso casi obligado antes de recurrir a otras técnicas más complejas. El médico de Atención Primaria requiere una puesta al día sobre los conocimientos básicos exploratorios a nivel del aparato locomotor, que se ha podido constatar en evaluaciones realizadas en su cometido clínico y así ha sido demandada en congresos y otras actividades científicas y por propia opinión de dichos profesionales.

OBJETIVOS

1. Principal: aprendizaje de maniobras básicas de exploración en las articulaciones del hombro y rodilla.

2. Otros objetivos:

– Abordaje del diagnóstico de la patología osteoarticular y músculo-tendinosa.

– Diagnóstico diferencial de la patología osteoarticular y músculo-tendinosa.

– Indicaciones de pruebas complementarias en función de la exploración física.

– Abordaje del tratamiento inicial según la exploración física.

METODOLOGÍA

1.º Exposición breve oral y en power point sobre las articulaciones específicas a nivel anatómico y teórico.

2.º a) Descripción detallada de la exploración del hombro:

– Inspección: asimetrías posturales, atrofia muscular, deformidades músculo-esqueléticas.

– Palpación: puntos dolorosos (articulación acromioclavicular y esternoclavicular; inserción del supraespinoso, tendón largo del bíceps), tono y sensibilidad muscular.

– Movilidad: rango de movilidad (maniobras de Apley) y balance de fuerza muscular.

– Semiología: *a)* maniobras de valoración de la cadena articular, *b)* signos de inestabilidad glenohumeral, *c)* signos de afectación músculo-tendinosa: arco doloroso, signos de Neer, tests de Gerber, Pate y Jobe, maniobra de Yegarson.

2.º *b)* Descripción detallada de la exploración de rodilla:

– Inspección: deformidades en genu varo, valgo, flexum y recurvatum, atrofia muscular, bursitis, Osgood-Schlatter, tumefacción localizada y difusa, quiste de Baker, enfermedad de Hoffa.

– Palpación: presencia de puntos dolorosos, prominencias, temperatura articular, presencia de derrame (peloteo rotuliano), compartimentos rotulianos (signo del cepillo), meniscos, línea interarticular.

– Movilidad: rangos de movilidad, limitaciones, bloqueos y ruidos.

– Semiología: afectación meniscal (maniobras de Steinmann, McMurray y de Appley), afectación de ligamentos cruzados (signos de cajón anterior y de cajón posterior), afectación de ligamentos laterales internos y externos (maniobras de valgización y de varización.

3.º Exploración práctica a pacientes ficticios (actores) por grupos reducidos de alumnos asesorados por los docentes durante 1,30h aproximadamente.

Valoración de la función pulmonar: espirometría

Mariano Rodríguez Porres[a] y José Hernández Úrculo[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud de Liébana. Cantabria. Miembro del Grupo Respiratorio SEMERGEN.
[b]Médico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. Miembro del Grupo Respiratorio SEMERGEN.

En la práctica clínica diaria en Atención Primaria (AP), el empleo de la espirometría en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades respiratorias obstructivas crónicas se considera fundamental. A pesar de ello, en la actualidad constituye una asignatura pendiente dada su utilización insuficiente y a veces de uso incorrecto; existen evidencias consistentes que ponen de manifiesto las dificultades de acceso a esta prueba: menos del 60% de los centros de Salud de AP la realizan.

La espirometría forzada es la prueba básica y más rentable dentro del campo de la exploración funcional del aparato respiratorio. Es una herramienta imprescindible, asequible y fácil de realizar en el estudio de salud de la población y del enfermo respiratorio en particular, prueba *gold stándar* para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades tan prevalentes como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o el asma bronquial, como lo referencian las guías de práctica clínica (GOLD, GINA, GEMA)[1-3]. Las indicaciones de la espirometría forzada en AP son diversas y, salvo el estudio preoperatorio o la valoración de incapacidades laborales, son las mismas que a nivel especializado.

Para asumir un manejo de espirometrías de calidad en los centros de salud de AP se deben cumplir unos requisitos estandarizados sobre la forma de ejecución de las maniobras y cumplir unos criterios de aceptabilidad y reproductibilidad recogidos en las directrices de la *American Thoracic Society* (ATS)[4] y otras normativas como las de la SEPAR[5,6]. Además será necesaria una formación del médico en su interpretación.

No obstante, se siguen efectuando prácticas en AP usando la espirometría sin ningún tipo de entrenamiento previo y con diferencias significativas entre las espirometrías realizadas en un laboratorio de función pulmonar y la llevadas a cabo en AP, remarcando en sus conclusiones la necesidad de adiestrar adecuadamente al personal de AP[7]. Al parecer, se ponen de manifiesto diversos problemas: falta de formación, cambios de lugar de trabajo de los profesionales entrenados y prácticas clínicas más proclives a la derivación al especialista. Por lo tanto, en este contexto parece razonable promover la realización de espirometrías".

La disponibilidad de aparatos muy manejables, con calibración automática, facilita la difusión de la prueba, por lo que, en estos momentos, no hay inconvenientes técnicos para acercar la espirometría a los pacientes y pueden hacerse pruebas de calidad fuera de los laboratorios de función pulmonar.

Por todo lo anteriormente comentado sigue siendo necesaria, para el médico de AP, la actualización en el conocimiento y habilidades en el manejo de las espirometrías para conseguir una buena práctica clínica en el manejo de enfermedades respiratorias crónicas. Es de esperar que sea de gran utilidad dotar de programas docentes a diferentes grupos de número limitado de profesionales en sesiones tipo “taller” como el que se propone.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PMA, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) workshop summary. Am J Respir Crit Care Med. 2001;163:1256-76.
2. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention NHLBI/WHO Workshop Report. 2002.
3. Plaza Moral V, Álvarez Gutiérrez FJ, Casan Clarà P, Cobos Barroso N, López Viña, Llauger Rosselló MA, et al, en calidad de Comité Ejecutivo de la GEMA y en representación del grupo de redactores. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Arch Bronconeumol. 2003;39 Supl 5:1-42.
4. American Thoracic Society. Standardization of spirometry. Am J Respir Crit Care Med. 1995;152:1107-36.
5. Sanchís J, Casán P, Castillo J, González N, Palenciano L, Roca J. Espirometría forzada. En: Caminero JA, Fernández L, editores. Recomendaciones SEPAR. Barcelona: Ed Doyma; 1998. p. 1-18.
6. Giner J, Casán P, Berrojalbiz MA, Burgos F, Macian V, Sanchiz J. Cumplimiento de las recomendaciones de SEPAR sobre la espirometría. Arch Bronconeumol. 1996;32:516-22.
7. Manresa JM, Rebull J, Mirabals M, et al. La espirometría diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en atención primaria. Aten Primaria. 2003;32(7):101-2.

¿Qué hacer ante un paciente con pérdida de conciencia?

Mª Carmen Martínez Altarriba

Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Horta. Barcelona.

OBJETIVO GENERAL

Conocer los pasos del proceso asistencial en Atención Primaria y en el área de Urgencias del paciente con pérdida de conciencia, en lo que respecta al diagnóstico y manejo urgente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

– El alumno conocerá las causas de alteración del estado de consciencia reversibles.

– El alumno conocerá las causas de coma.

– El alumno conocerá los elementos fundamentales de la anamnesis.

– El alumno conocerá los elementos fundamentales de la exploración clínica y neurológica.

– El alumno conocerá las pruebas complementarias pertinentes y los criterios para solicitarlas.

– El alumno conocerá los criterios de derivación al hospital.

– El alumno conocerá el manejo urgente de la pérdida de conciencia.

A TENER EN CUENTA

Se deberán abordar en el Aula 2 situaciones diferentes para el médico de Atención Primaria:

– Actuación urgente en el momento de la pérdida de conciencia.

– El paciente acude a la consulta una vez pasada ya la pérdida de conciencia.

– Diagnóstico de la causa, diagnóstico diferencial, tratamiento y prevención de repeticiones posteriores.

PERTINENCIA DE LA ACTIVIDAD

El médico de Atención Primaria asiste en su trabajo a pacientes en situaciones urgentes, o tiene que valorar y hacer el seguimiento de estos pacientes después de haber recibido la primera asistencia en el hospital o por el dispositivo de emergencias sanitarias. La pérdida de conciencia es una de estas situaciones. Bajo esta denominación se agrupan problemas de salud graves, de evolución aguda, y otros de evolución más lenta. La conciencia no es una cuestión de "todo o nada", sino que podemos encontrarnos con alteraciones del estado de conciencia o con pérdidas parciales o transitorias. Esta complejidad obliga al médico a conocer las principales causas de alteración del estado de conciencia y a tener una sistemática en la historia clínica y en la exploración física y neurológica, y en las pruebas complementarias, que vaya guiando el proceso diagnóstico y descartando causas posibles en función de la gravedad. Además, no hay que olvidar que cualquier alteración del estado de conciencia en un paciente siempre es percibida como grave y tributaria de valoración médica urgente.

CONTENIDO DE CONOCIMIENTOS

Se refleja en la siguiente tabla.

1.º Grados de alteración de la conciencia
- Confusión
- Estupor
- Coma

2.º Causas
- Neurológicas
- Tóxicas
- Metabólicas
- Traumáticas
- Cardiológicas

3.º Valoración de la posible etiología
- Anamnesis
- Precisión del inicio del cuadro
- Conocer la existencia de enfermedades asociadas

4.º Valoración inicial: vías aéreas, circulación, respiración

5.º Valoración del estado neurológico

6.º Valoración general

7.º Diagnóstico diferencial

8.º Tratamiento

METODOLOGÍA DOCENTE

Se dividirá el aula en los temas más frecuentes de pérdidas de conciencia que tiene que asistir el médico de Atención Primaria: síncope, intoxicaciones, traumatismo craneoencefálico (TCE), ataque isquémico transitorio (AIT) y convulsiones.

Se impartirán dichos contenidos mediante charla tipo lección magistral, donde se expondrán los conocimientos eminentemente teóricos durante aproximadamente 1 h,15 minutos, y para valorar la mejora y/o la valoración de actitudes en los profesionales se complementarán con escenificación tipo *ro playing* que ellos mismos tendrán que desarrollar.

Número de alumnos: 30.

EVALUACIÓN

Para llevar a cabo la evaluación de esta aula, como hemos indicado anteriormente realizaremos una prueba previa al

aula que consistirá en 5 preguntas con 5 repuestas posibles cada una - durante el desarrollo de *rol playing* se añadirán distintas opciones a desarrollar por el grupo. Al finalizar el aula se hará otra prueba, con 10 preguntas sobre lo siguiente: síncope, intoxicaciones, TCE, AIT y convulsiones.

EQUIPO DOCENTE

Miembros del Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN.

Juan José Gomáriz García

Médico de Familia. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia.

El objetivo fundamental de este Taller es realizar un abordaje integral del paciente con pérdida de conciencia en situaciones frecuentes en Atención Primaria que requieren una atención urgente en distintos medios asistenciales: en el domicilio del paciente, en nuestro propio centro de salud (urbano o rural) y en las puertas de urgencia de los hospitales.

Entre las situaciones más comunes por las cuales los pacientes pueden presentar una alteración de la conciencia nos podemos plantear patologías tales como el síncope, convulsiones, intoxicaciones farmacológicas y, cómo no, el ictus. En el trascurso de este taller se abordarán además de las todas las anteriormente mencionadas. Para ello realizaremos una exposición teórica apoyada de casos prácticos tomados de nuestro entorno asistencial y que han sido grabados en vídeo para facilitar a los asistentes un entorno docente más completo.

¿Tratamos adecuadamente los dolores poliédricos?: manejo multidisciplinario del dolor crónico

Emilio Blanco Tarrío[a] y Feliciano Sánchez Domínguez[b]

[a]Coordinador del Área de Tratamiento del Dolor de SEMERGEN.
[b]Grupo de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

El dolor crónico es aquel que persiste incluso después de cesar la causa que lo provocó o está asociado de manera continuada a una enfermedad crónica, y es causa de sufrimiento y deterioro de la calidad de vida. El límite temporal es impreciso, pero se acepta como tal cuando su evolución es superior a los tres o seis meses. Según su causa puede ser oncológico y no oncológico, y atendiendo a su mecanismo de producción, nociceptivo, neuropático y psicógeno. Las diferentes causas y tipos pueden estar presentes a la vez. Quizá pueda entonces denominarse "dolor mixto" o, incluso, acuñar el término de "dolor poliédrico". En el seminario que se desarrollará se discutirán algoritmos de diagnóstico y tratamiento en distintos modelos propuestos de dolor poliédrico.

DOLOR NO ONCOLÓGICO

El dolor no oncológico es aquel cuya etiología es no tumoral. Puede ser nociceptivo y neuropático:

Dolor nociceptivo

Es característico en la artrosis y osteoporosis. Para tratar el dolor nociceptivo hay que pensar en una estrategia integrada y multidisciplinar que incluya intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, y dependerá del cuadro clínico de que se trate y la valoración de cada paciente. No existe evidencia científica sobre la utilización de la escalera analgésica en dolor crónico no oncológico, si bien, es ampliamente aceptada.

La mayoría de las guías de práctica clínica recomiendan de inicio paracetamol por sus escasos efectos adversos y posibilidad de tratamiento continuado, sobre todo en ancianos. Cuando el dolor es refractario o hay brotes inflamatorios son de elección los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) clásicos, preferiblemente en períodos cortos. Los inhibidores selectivos de la COX-2 o coxib son también eficaces. Antes de emplear cualquier tipo de AINE, debe realizarse una estrategia conjunta de valoración del riesgo gastrointestinal y cardiovascular. Tramadol en monoterapia puede ser también una opción válida. La combinación de paracetamol y tramadol en dosis bajas puede proporcionar una analgesia útil con escasos efectos secundarios en caso de dolor leve y moderado. Los opioides mayores o "potentes" tienen su indicación en el dolor severo o muy severo refractario a otros tratamientos. Pueden asociarse a no opioides. Los trabajos existentes tienen pocos pacientes y escasa duración, y las recomendaciones son sobre todo de guías y consensos. Hay evidencia disponible con morfina de liberación retardada. Sin embargo, son muy útiles por su eficacia y comodidad buprenorfina y fentanilo, ambos por vía transdérmica.

La evidencia de la medicación coadyuvante es escasa, si bien la eficacia de los antidepresivos tricíclicos ha sido documentada en algunos síndromes. Los pacientes con depresión asociada y trastornos del sueño pueden beneficiarse de la utilización de otros antidepresivos con menos efectos secundarios.

Las terapias físicas deben ser tenidas en cuenta en cualquiera de los escalones terapéuticos. El ejercicio aeróbico es la primera línea de tratamiento en el dolor de espalda. Es también muy importante en la artrosis. Otras técnicas físicas que soportan evidencia científica son la crioterapia, las técnicas de estimulación transcutánea (TENS) y la cinesiterapia. Las terapias psicológicas, especialmente la terapia cognitivo-conductual, han demostrado también ser eficaces.

Dolor neuropático

El dolor neuropático (DN) es consecuencia de disfunción del sistema nervioso central o periférico. En la mayoría de las ocasiones es severo, persiste en el tiempo y se hace independiente de la causa que lo originó. Las etiologías son muy diversas, aunque en Atención Primaria interesan sobre todo la polineuropatía diabética, la neuralgia postherpética y las radiculopatías. El diagnóstico es difícil, y en muchas ocasiones está asociado a un dolor nociceptivo y no es tenido en cuenta, lo que hace fracasar los tratamientos. Los síntomas varían entre pacientes que padecen el mismo trastorno y pueden modificarse con el transcurso de la enfermedad en un mismo individuo. Esta variabilidad dificulta el diagnóstico y el tratamiento.

En la clínica, los descriptores son términos que ilustran la sensación que el paciente percibe y que son característicos del DN, por ejemplo, quemazón, ráfaga, ardor, latigazo, etc. 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, calor. Las alteraciones de la sensibilidad pueden ser parestesias o sensación de adormecimiento, y las disestesias son parestesias dolorosas. No son necesarias en Atención Primaria pruebas diagnósticas complejas para establecer una elevada sospecha de DN y poder iniciar un tratamiento. Hay escalas específicas para discriminar el dolor neuropático del nociceptivo. La más recomendada por su sencillez es el cuestionario DN4.

La escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) no es útil. En el DN puro los AINE son ineficaces. En el DN los fármacos de primera elección son los antidepresivos y los anticonvulsivantes (FAE). La respuesta a los opioides es variable. Los que más eficacia han demostrado han sido tramadol, oxicodona, morfina y metadona, si bien los opioides potentes deben ser utilizados en pacientes seleccionados.

Dolor psicógeno

El dolor psicógeno es aquel en el que las manifestaciones somáticas de carácter subjetivo no se correlacionan con evidencia orgánica. Es casi siempre crónico, y no cede al tratamiento habitual con analgésicos. Hay diversos cuadros, secundarios o no a psicopatología. En la práctica clínica es habitual el dolor psicógeno y somático y/o neuropático. Es muy importante advertir esta dualidad, muchos fracasos en los tratamientos y yatrogenia diagnóstica y terapéutica son debidos a ello. No obstante, serán pacientes con un abordaje difícil, y la relación médico-paciente se convierte en una de las herramientas más importantes de las que dispone el médico de Atención Primaria.

Dolor en los trastornos somatomorfos

Los trastornos somatomorfos se caracterizan por síntomas corporales que indican un trastorno físico, sin causa orgánica demostrable o mecanismo fisiológico conocido que los explique completamente, y por la presunción razonable de que dichos síntomas están asociados a factores psicológicos o al estrés. La frecuentación en consulta de estos pacientes es elevada, al menos una tercera parte de los síntomas somáticos observados en estudios de Atención Primaria y poblacionales carecen de explicación médica, y son muchos y muy diversos los motivos de consulta, con una preocupación permanente por su salud, a pesar del gran número de pruebas diagnósticas a las que se someten. El dolor es una queja habitual, y su localización es muy variable y generalmente cambiante en el tiempo.

Dolor por psicopatología

El dolor puede ser una manifestación más en los trastornos depresivos o de ansiedad, también en las psicosis. La mayoría de los pacientes con depresión o ansiedad que consultan al médico de Atención Primaria lo hacen por síntomas somáticos que carecen de explicación médica. El dolor es una manifestación frecuente. Sus localizaciones más habituales son la espalda, extremidades, cabeza, abdomomen y tórax.

DOLOR ONCOLÓGICO

El dolor oncológico es el provocado por el cáncer o su tratamiento. Es crónico casi siempre, con crisis recurrentes. El dolor episódico es un dolor transitorio que aparece sobre un dolor basal controlado. Aproximadamente un 50% de los pacientes con cáncer presenta dolor en algún momento de su enfermedad, aumentando la prevalencia entre un 75 a un 90% en los que padecen la enfermedad avanzada. En Oncología y en Medicina Paliativa, el dolor tiene una significación importante para el paciente y su familia, con gran impacto físico, psíquico, social y espiritual.

Los síndromes de dolor en el paciente con cáncer son muy diversos. En el 75% de los casos el dolor es debido a invasión directa del tumor, en el 20% es secundario a la aplicación de la terapia (cirugía, quimioterapia, radioterapia) y hasta en un 5% de los casos el dolor no está relacionado. En Atención Primaria interesan sobre todo aquellos que son debidos a invasión tumoral, que se producen al afectar la neoplasia directamente los huesos, articulaciones, músculos, tejido conjuntivo, estructuras neurales (centrales o periféricas), vísceras y vasos sanguíneos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Argoff C. Chronic pain management in the elderly: linking mechanisms and guidelines to the realities of clinical practice. Supplement to Geriatrics. November 2005.

Blanco E, Sánchez F. Farmacología I. En: Blanco Tarrío E. Dolor en Atención Primaria. Módulo 1. Ed. Science Tools S.L.; 2008; (2). p. 47-69.

Blanco E, Sánchez F. Farmacología II. En: Blanco Tarrío E. Dolor en Atención Primaria. Módulo 1. Ed. Science Tools S.L.; 2008; (3). p. 71-98.

Blanco E, Sánchez F. Grupo de Trabajo de Dolor de SEMERGEN. Manejo de opioides en Atención Primaria. IMC; 2005.

Bori Segura G, Hernández B, Gobbo M, et al. Uso apropiado de los antiinflamatorios no esteroideos en reumatología: documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología y el Colegio Mexicano de Reumatología. Reumatol Clin. 2009;5:3-12.

Caballero L, Martínez M, Caballero F. Trastornos somatomorfos. Med Clin Monogr (Barc). 2003;4:45-51.

Díez C, Sánchez-Planell L. Otros trastornos neuróticos y psicosomáticos. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la

Psiquiatría. 6.ª ed. Ed. Barcelona: Elsevier Doyma; 2006. p. 435-45. Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, Jensen TS, Sindrup SH. Algorithm for neuropathic pain treatment: An evidence based proposal. Pain. 2005;118:289-305.

Gálvez R, Pérez C, Huelbes S, Insausti J, Bouhassira D, Díaz S, et al. Validity, inter-ratter 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.

Lanas A. Risk of upper gastrointestinal ulcer bleeding associated with selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors, traditional non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs, aspirin and combinations. Gut. 2006;55:1731-8.

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.

Nabal M, Madrid F. Dolor episódico: definición, etiología y epidemiología. Rev Soc Esp Dolor, 2002;9:88-93.

Portenoy RK. Cancer pain. Epidemiology and syndromes. Cancer. 19891;63 11 Suppl:2298-307.

Towheed TE, Maxwell L, Judd MG, Catton M, Hochberg MC, Wells G. Acetaminofeno para la osteoartritis (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).

WHO Expert Committee. Cancer pain relief and palliative care. World Health Organization. Technical Report Series; 1990. p. 1-73.

Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. Pain. 1995;63:65-76.

A propósito de un caso en acné. Decisiones clínicas en Atención Primaria

Javier Pellegrini Belinchón[a] y Pablo de Unamuno Pérez[b]

[a]Grupo de Dermatología de la SEMERGEN.
[b]Catedrático de Dermatología de la Universidad de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente seminario es desarrollar a través de una metodología eminentemente práctica la capacidad para desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para la resolución de un caso clínico dermatológico.

Se parte de un caso clínico concreto presentado en una consulta de Atención Primaria; a partir de él, se va desarrollando por el médico de Atención Primaria la base teórica del tema tratado, en este caso el acné, basada en la evidencia científica pero siempre apoyada sobre una iconografía, fundamental para el reconocimiento de las lesiones que se van describiendo, a través de la presentación del caso clínico.

El desarrollo del proceso, su planteamiento teórico, la evolución y la respuesta al tratamiento propuesto por el médico de cabecera serán ampliamente tratados desde el punto de vista del especialista en dermatología, para intentar conseguir a través de ambas perspectivas la comprensión de forma satisfactoria del caso propuesto.

A lo largo del taller se intercalarán preguntas sobre las actuaciones a seguir en determinadas fases del caso propuesto de forma que se fomente la participación. Planteamos un caso de acné.

CASO CLÍNICO PLANTEADO

Mujer de 17 años, procedente de otra provincia, que acude a consulta de Atención Primaria por una erupción cutánea facial de cuatro años de evolución. Refiere que desde los 13 años de edad ha tenido lesiones en la cara y parte superior del pecho y espalda que ha tratado sin éxito con preparados tópicos.

Anamnesis

La paciente recuerda que comenzó a los 13 años con lesiones faciales que ella define como espinillas en la frente y ambas mejillas. Refiere que intentaba "sacarlas" pero que algunas se infectaban y posteriormente se extendieron a la espalda y el pecho.

Cuenta que lo pasa muy mal, afecta a su aspecto físico e imagen corporal y ha habido momentos en que no quería salir de casa. Las lesiones de la frente las intenta tapar con un flequillo.

Fue diagnosticada de acné por su pediatra que comenzó tratamiento tópico con peróxido de benzoilo al 2,5% y unas toallitas de las que no recuerda el nombre. Posteriormente su médico de familia instauró tratamiento con peróxido de benzoilo al 5% y tetraciclina tópica, y aunque ha notado mejoría, tiene periodos de empeoramiento que ella relaciona con épocas de agobio en los estudios en las que habitualmente manipula las lesiones.

El proceso ha tenido una evolución fluctuante y la paciente reconoce que ha realizado tratamientos sin control médico en varias ocasiones.

Tiene sensación de empeoramiento en otoño e invierno y en los días premenstruales, pero no relaciona cambios con el sol, tampoco se queja de picor o dolor de las lesiones salvo en un nódulo que tiene en la espalda.

No toma anticonceptivos, corticoides ni ninguna otra medicación oral. Refiere utilizar cosméticos publicitados como no comedogénicos de venta en farmacia o parafarmacia.

En el momento actual la paciente refiere que está "harta" y después de intentar algún producto "milagro" recomendado por otros adolescentes ha abandonado todos los tratamientos salvo una crema facial limpiadora que utiliza por las mañanas.

Antecedentes familiares

La madre tiene 40 años, no fuma ni bebe alcohol; recuerda haber padecido acné en su adolescencia pero fue muy suave y apenas le causó problemas. Vive sana. El padre tiene 42 años, es fumador de 10-15 cigarrillos diarios. No bebe alcohol habitualmente, sólo vino en días de fiesta. Diagnosticado de acné nódulo-quístico, recuerda problemas hasta los 25 años y en el momento actual presenta cicatrices residuales. Un hermano, varón de 12 años que vive sano. Resto de antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales

Se trata de una estudiante de segundo curso de bachillerato, deportista, que hace atletismo tres veces por semana. Le gusta la natación pero durante el invierno apenas puede practicarla por los estudios.

Presentó otitis de repetición en los primeros años de guardería, sin secuelas. Varicela a los 7 años, apendicectomía a los 12 años. No presenta alergias conocidas. No fuma ni bebe alcohol ni toma otras drogas.

Exploración

En este momento presenta múltiples comedones abiertos y cerrados, pápulas y alguna pústula en mejillas, barbilla y frente, además se observan comedones, pápulas, múltiples pústulas profundas y algún nódulo, uno de ellos de más de 2 cm de diámetro, en la espalda. La parte anterior del tronco, aunque mejor que la espalda porque no tiene nódulos, presenta predominio de pápulas y pústulas superficiales y profundas.

Aunque hay alguna cicatriz residual, sobre todo en la espalda, en este momento no se observan abscesos ni quistes y a la palpación los nódulos aparecen calientes y la paciente refiere dolor.

La piel adyacente parece normal y no se observan lesiones de rascado, alopecia o hirsutismo concomitante. El resto de la exploración por aparatos es normal.

RESOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO PLANTEADO

La evolución, posibles pruebas complementarias, diagnóstico, diagnósticos diferenciales propuestos y el tratamiento serán ampliamente discutidos y comentados con la participación de los asistentes al seminario, para ello se irán intercalando preguntas a lo largo de la exposición del tema y se pedirá y facilitará la discusión del caso entre aquellos participantes que deseen intervenir.

Abordaje de las enfermedades raras en Atención Primaria

Alfredo Avellaneda Fernández[a], Guillermo Pombo Alles[b] y Maravillas Izquierdo Martínez[c]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Los Cármenes. Madrid.
[b]Médico de Familia. Centro de Salud Dávila. Santander.
[c]Directora de la Cátedra de Salud Pública y Gestión Sanitaria. Universidad Europea de Madrid.
Grupo de Trabajo de Enfermedades Raras. SEMERGEN

CONCEPTOS GENERALES SOBRE LAS ENFERMEDADES RARAS

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. Aunque existe consenso para esta denominación, también son llamadas enfermedades de baja prevalencia, enfermedades huérfanas o enfermedades minoritarias.

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".

En las consultas de Atención Primaria (AP) se nos presentarán estas personas por motivo de su enfermedad, pero también por su comorbilidad elevada, sus necesidades sociosanitarias y en el caso de las familias, con problemas derivados del esfuerzo físico, psíquico, laboral y con demandas de asesoramiento respecto a especialistas, centros de referencia, tratamientos y consejo genético. Todo lo anterior, referido a campos del saber en los que no siempre nuestra formación e interés son suficientes.

En toda enfermedad, y por tanto también en las ER, podemos diferenciar tres etapas, que condicionarán la asistencia en AP:

Etapa prediagnóstico

La mayoría de las ER debutan en la infancia, siendo por tanto campo de la Pediatría. Pero en la consulta de AP debemos tener presentes aquellas enfermedades que comienzan en la edad adulta y las "formas leves" que con sintomatología insidiosa pasan años con diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios, hasta concretar el diagnóstico definitivo. En esta etapa hemos de tener presentes las pruebas de diagnóstico precoz, la historia familiar completa en dos o tres generaciones y la "sospecha de estado de enfermedad" especialmente ante enfermos con consultas reiteradas.

Etapa del diagnóstico

Habitualmente el diagnóstico tiene lugar en Atención Especializada (AE). En AP debemos acoger al enfermo y a su familia en una fase de ansiedad e incredulidad por el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad y "empachados" de información no siempre correcta, que deben sedimentar con nuestra ayuda. En esta etapa, debemos completar nuestra información sobre esa enfermedad concreta, para poder atender el proceso en la parte que nos corresponda, y asesorar y responder correctamente al enfermo y su familia en las dudas referidas a la propia enfermedad y su previsible evolución, tratamientos, especialistas, asociaciones de afectados, medidas de apoyo sociosanitario y consejo genético en los casos en que esté indicado.

Etapa de la enfermedad crónica

Esta fase transcurre claramente en AP, salvo las consultas periódicas de control en AE, o durante los ingresos hospitalarios. Por tanto, es fundamental mejorar las vías de comunicación entre los distintos niveles asistenciales. Esto

podría evitar al enfermo desplazamientos, en ocasiones muy dificultosos, y esta percepción de conexión entre los distintos niveles asistenciales le haría sentirse más seguro. El conocimiento de la enfermedad nos permitirá adelantarnos a los acontecimientos, especialmente en la atención a la elevada comorbilidad que suelen presentar, en las necesidades específicas de cada enfermo para minimizar las secuelas y aumentar su calidad de vida y finalmente, pero no menos importante, en el "cuidado al cuidador".

Tendremos muy presente la cronicidad del proceso, de cara a prestar una asistencia continua, al igual que hacemos en otros procesos crónicos. De acuerdo con el nivel de especializada, se podría establecer un "protocolo de seguimiento" individualizado.

ENFERMEDADES RARAS Y SALUD PÚBLICA

Las ER suponen un reto tanto para los sistemas de atención sanitaria y social, como para los profesionales de la Salud, ya que pese a los numerosos avances efectuados en los últimos 20 años y las acciones coordinadas por la Agencia Europea del Medicamento (EMEA), orientadas al desarrollo de medicamentos huérfanos, y por la Comunidad Europea a través de la DGSANCO, orientadas a promover políticas de atención a las ER, el colectivo de afectados considerado en su conjunto sigue pudiéndose calificar como un colectivo vulnerable. Por este motivo los dispositivos de Salud Pública europeos, nacionales, regionales y locales están poniendo en marcha acciones orientadas a mejorar las condiciones de salud y bienestar de las personas que padecen ER.

La salud de los individuos transcurre en un eje vital continuo, en el que se producen momentos de interacción individual entre la persona y su medio enmarcados en complejas interacciones sociales que los individuos desarrollan en sus comunidades. Por tanto, se debe percibir al individuo como integrante de un colectivo, sin que por ello pierda su carácter individual de persona.

El camino recorrido ha permitido sensibilizar y dar a conocer los hechos diferenciales de las ER tanto a los profesionales de la salud, como a los gestores, e incluso a la propia sociedad. Actualmente se ha multiplicado la investigación biomédica de estas enfermedades, se progresa en la incorporación del paciente en la toma de decisiones y se invierte en la creación de registros epidemiológicos, repositorios de material biológico y desarrollo de nuevos medicamentos, con lo que, sin duda, se está aumentando el conocimiento y se están poniendo los cimientos para futuras soluciones terapéuticas.

Es indudable que el componente operativo de la definición de ER (5/10.000) ha resultado de un valor inestimable para hacer visibles estas enfermedades y sensibilizar tanto a la sociedad como a las autoridades sanitarias ante este problema relevante de Salud Pública y que resulta de innegable utilidad para resolver problemas en la investigación de las ER. Pero no es menos cierto que focalizar en este aspecto la gestión de estas enfermedades constituiría un error en el manejo global de las ER, cuyos problemas se deben intentar solucionar enmarcándolas en lo posible en las mismas clasificaciones y pautas de actuación que las restantes enfermedades crónicas, pero reconociendo y actuando ante sus peculiaridades.

A pesar de las fundadas esperanzas que para las próximas generaciones aportan tanto la genómica como la proteómica, sorprende la escasez de recursos que se dirigen a fomentar y mejorar herramientas conocidas, útiles y aplicables de forma inmediata y a profundizar en el conocimiento y sistematización de la atención y el cuidado de este tipo de pacientes, que suele presentar algún tipo de discapacidad. La mayoría de las ER son enfermedades que afectan a la infancia, son de difícil diagnóstico y tienen un componente genético, pero también son enfermedades crónicas que generan dependencia.

En 1920 Winslow definía la Salud Pública como la intervención técnica planificada sobre el medio global y sobre la población, teniendo como principio específico la prevención de la enfermedad, la educación sanitaria y la promoción de la salud, los cuidados curativos y la rehabilitación del enfermo; y posteriormente, en 1973, la Organización Mundial de la Salud (OMS) postuló con un sentido más amplio que la Salud Pública es el conjunto de disciplinas que trata de los problemas concernientes a la salud o enfermedades de una población, el estado sanitario de la comunidad, los servicios y dispositivos médicos y sociosanitarios, la planificación, administración y gestión de los servicios de salud.

La Salud Pública es una disciplina médica que integra conocimiento de variadas ramas de la medicina y otras disciplinas. Su foco de análisis es tanto el individuo como las poblaciones o comunidades, y se orienta al control y prevención de la enfermedad; para ello requiere intervenciones:

– *Multiprofesionales:* porque intervienen, cada vez de forma más importante, diversos profesionales: médicos, veterinarios, farmacéuticos, biólogos, trabajadores sociales, enfermeros, psicólogos sociales, sociólogos, comunicadores, abogados, economistas de la salud, etc.

– *Multidisciplinares:* además de las ciencias de la biología clásicas, la Salud Pública se enriquece con las aportaciones de la estadística, la sociología, la ingeniería, la antropología, la pedagogía, las ciencias de la comunicación, etc.

– *Multiinstitucionales:* además de las Instituciones sanitarias, otras como las locales, las educativas, que necesariamente deben estar presentes en las intervenciones sanitarias en la población. En la salud, además de los dispositivos sanitarios, deben participar otros entes que ofrecen prestaciones sociales en general.

– *Multisectoriales:* además del sector que le es propio, la Salud Pública debe contar en sus actuaciones con otros sectores como el educativo, de servicios sociales, sectores agrícola e industrial, medios de comunicación de masas y los colectivos más dinámicos de la sociedad, como es el del voluntariado, el asociacionismo vecinal, etc.

Ayudar a resolver la compleja problemática de las ER, desde la perspectiva de la Salud Pública requiere la cola-

boración activa de un conjunto de disciplinas sin las cuales la explicación e intervención sobre este problema de salud sería materialmente imposible, además de incompleta. La realidad actual desafía a la Salud Pública para que ésta señale los rumbos a seguir en la sociedad en materia de atención y cuidado de la salud en un escenario de extraordinaria complejidad.

Las ER plantean desafíos a la medicina actual muy distintos a los de hace sólo unos 30 años, que requieren para su solución abordajes novedosos. Ante este panorama, la Salud Pública debe afrontar el reto de ser la impulsora de las futuras soluciones sociosanitarias que precisan estas enfermedades, que deberán vertebrarse en el marco de la gobernanza, con el paciente y su entorno como eje de todas las actuaciones y siendo el médico de Atención Primaria uno de los principales actores.

Es de esperar que la Estrategia Nacional de ER recientemente aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ayude a conseguir estos objetivos.

La Estrategia Nacional de ER está estructurada en las siguientes líneas estratégicas: epidemiología, clasificación y codificación de las ER, prevención y detección precoz, atención sanitaria, terapias, atención sociosanitaria, investigación y formación.

ENFERMEDADES RARAS Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

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 verdadero 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 vertebre, 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 y 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 adminis-

traciones; 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 los trabajadores 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, deberá desempeñar un papel fundamental, ya que constituye 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.

ENFERMEDADES RARAS Y ATENCIÓN PRIMARIA

Una vez conocidos los conceptos básicos sobre las ER y vistas sus implicaciones desde el punto de vista de la salud pública y de la atención sociosanitaria, nos queda la aplicación práctica en nuestro ámbito de la AP.

Como hemos dicho, el afectado por una ER posiblemente será un "habitual" en nuestra consulta. Debemos considerarlo un crónico más, al igual que a los afectados por enfermedades mayoritarias (diabetes, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 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.

Por tanto, para una mejor atención a los afectados por ER y su entorno, los profesionales de AP debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

– Sensibilizarnos sobre las ER y hacer partícipe de esta sensibilización al resto del equipo: enfermería, fisioterapeuta, trabajador social, administrativos, etc.

– Mejorar nuestros conocimientos en las ER mediante cursos, talleres, mesas redondas, el DPC-AP de SEMERGEN, formación *on-line*, etc.

– Mantener una comunicación fluida con otros niveles asistenciales.

– Conocer las fuentes de información en ER.

– Adquirir capacidades para la adecuada identificación de los signos y síntomas de sospecha de las ER más prevalentes.

– Mejorar las habilidades de comunicación en el caso particular de las ER.

– Adquirir habilidades para facilitar, o al menos orientar, en el consejo genético.

– Adquirir capacidades para responder satisfactoriamente a las necesidades sociosanitarias de este colectivo.

– Conocimiento de las clasificaciones de discapacidad (CIF) y dependencias.

– Colaborar con las distintas asociaciones de afectados y favorecer el asociacionismo de éstos.

– Participar en proyectos de investigación en ER que abarquen aspectos médicos y tambien sociosanitarios.

Actualización en hipertrofia benigna de próstata

Francisco José Brenes Bermúdez[a], José María Dios Diz[b] y Antonio Alcaraz Asensio[c]

[a]Médico de Familia, ABS Llefià. Badalona.
[b]Médico de Familia, CS Tordoia. A Coruña.
[c]Urólogo. Jefe de Servicio de Urología, Clinic, Barcelona.

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es una patología muy prevalente en los varones mayores de 50 años. Se caracteriza por un crecimiento histológico (micro-macronodular) de la glándula prostática, que puede generar una dificultad del vaciado vesical (obstrucción), manifestándose clínicamente con unos síntomas denominados del tracto urinario inferior (STUI), en inglés *lower urinary tract symptoms* (LUTS)[1].

El crecimiento histológico aparece en casi todos los hombres mayores de 80 años[2], no siempre se encuentra asociado a los STUI. Un 40% de las HBP histológicas tienen sintomatología que afecta negativamente a la calidad de vida de la mitad de los pacientes[1].

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 dichos STUI[1].

La HBP es la primera causa de consulta urológica ambulatoria al especialista. Es el tumor benigno más frecuente en los varones mayores de 50 años y la segunda causa de intervención quirúrgica[1].

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[1,2].

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 5α reductasa, enzima que transforma la testosterona en dihidrotestosterona (DHT), que es su metabolito activo[1].

Otros factores implicados en la génesis de la HBP son: genéticos, dietéticos, hiperinsulinismo, raza y fibroblastos[1].

El médico de familia puede realizar el diagnóstico de la HBP a partir de una sistemática de estudio en la que se

Tabla 1. Pruebas para el diagnóstico de la hiperplasia benigna de próstata (SEMERGEN 2007)

Pruebas diagnósticas	Grado de recomendación
Anamnesis	Recomendada
International Prostate Symptom Score (IPSS)	
Exploración física, tacto rectal	
Urianálisis	
PSA	
Flujometría	Opcional
Residuo postmiccional	
Creatinina plasmática	
Ecografía abdominal	
Ecografía prostática	
Urografía intravenosa	No recomendada
Ureterocistoscopia	
Tomografía computarizada	
Resonancia magnética transrectal	

Fuente: Brenes FJ et al[1].
PSA: antígeno prostático específico.

deben 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 sobre la base del 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)[1] (tabla 1), considera que desde la AP es fundamental en el estudio inicial de la HBP la realización de: historia clínica, cuantificación de la sintomatología, urinoanálisis, exploración física y tacto rectal, y determinación del antígeno prostático específico (PSA).

Un estudio realizado por urólogos españoles, publicado en *Actas Urológicas Españolas* (2006), encuentra que la realización de las exploraciones anteriormente citadas presentan un valor predictivo positivo (VPP) del 95%[3].

Durante el año 2008 se ha desarrollado un estudio realizado por médicos de AP (D-IMPACT). Se trata de un estudio internacional (España, Francia, Italia) en el que se valora el diagnóstico de la HBP a partir de las mismas pruebas diagnósticas. Parece que el resultado de este estudio es similar.

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. Estas pruebas diagnosticas son: función renal, medición del residuo miccional, eco abdominal o transrectal y flujometría.

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 y enfermedades neurológicas (neuropatía periférica [diabetes], enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, accidente vásculo-cerebral, 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 cardiaca, antecedentes de traumatismos 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, antidepresivos triciclicos, alfa adrenérgicos, etc.).

La anamnesis siempre debe complementarse con una exploración física sobre todo abdómino-genital, en la que valoraremos la presencia de globo vesical, de induraciones y /o inflamaciones en testículos y lesiones en el pene.

La exploración física ha de ser complementada 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 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, moderada de 8 a 19 severa de 20 a 35 (tabla 2)[4].

Los valores de PSA nos orientan no sólo sobre la posible presencia de un cáncer de próstata; son importantes para conocer el riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de progresión de la HBP. Cifras de PSA > 1,4 ng/ml, aumentan el riesgo de RAO en 3 veces[5,6].

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 HBP

El tratamiento de la HBP va a depender fundamentalmente de[1,6,7]: la edad del paciente, sus expectativas, la

Tabla 2. 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 dos horas 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 aguantar 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; 8-19 puntos = moderada; > 20 puntos = severa.

	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Fatal
8. ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los tiene ahora?	0	1	2	3	4	5	6

Puntuación ≥ 4 = afectación significativa de la calidad de vida del paciente.
Fuente: Badía X et al[4].

sintomatología, las complicaciones, su calidad de vida, eficacia del tratamiento a largo plazo, morbimortalidad asociada al tratamiento y la decisión y preferencias del paciente.

Existen tres opciones terapéuticas: la vigilancia expectante (espera vigilada), el tratamiento farmacológico y el tratamiento quirúrgico.

Vigilancia expectante/medidas higiénico-dietéticas

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 miccionales[7].

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 2004[6]. La única sustancia de este grupo de la que se disponen datos científicos más fiables es la *Serenoa repens*[8].

Bloqueadores α-adrenérgicos

Son fármacos con un grado de evidencia 1A. Actúan sobre los receptores alfa del trígono, cuello vesical y la próstata, inciden fundamentalmente sobre el aspecto sintomático de la HBP, no tienen ningún efecto sobre el volumen de la próstata ni previenen su crecimiento[6]. Los fármacos más usados son: doxazosina 4 mg, terazosina 5 mg, alfuzosina 10 mg y tamsulosina 0,4 mg. Alfuzosina 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 menor proporción.

Inhibidores de la 5α-reductasa

Son fármacos con un grado de evidencia 1A. La enzima 5α–reductasa transforma la testosterona dentro de la célula prostática, en un metabolito activo, la DHT. En la próstata existen dos formas isoenzimáticas de la 5α-reductasa (tipo 1 y tipo 2)[1,6].

Los inhibidores de la 5α–reductasa comercializados son finasterida (actúa sobre la isoenzima 2) y 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%[9,10]. En menos del 7% pueden aparecer efectos secundarios de la esfera sexual (disfución eréctil, disminución de la libido).

Tratamiento combinado

Presentan un grado de evidencia 1b A. Se ha observado en estudios clínicos prospectivos y randomizados

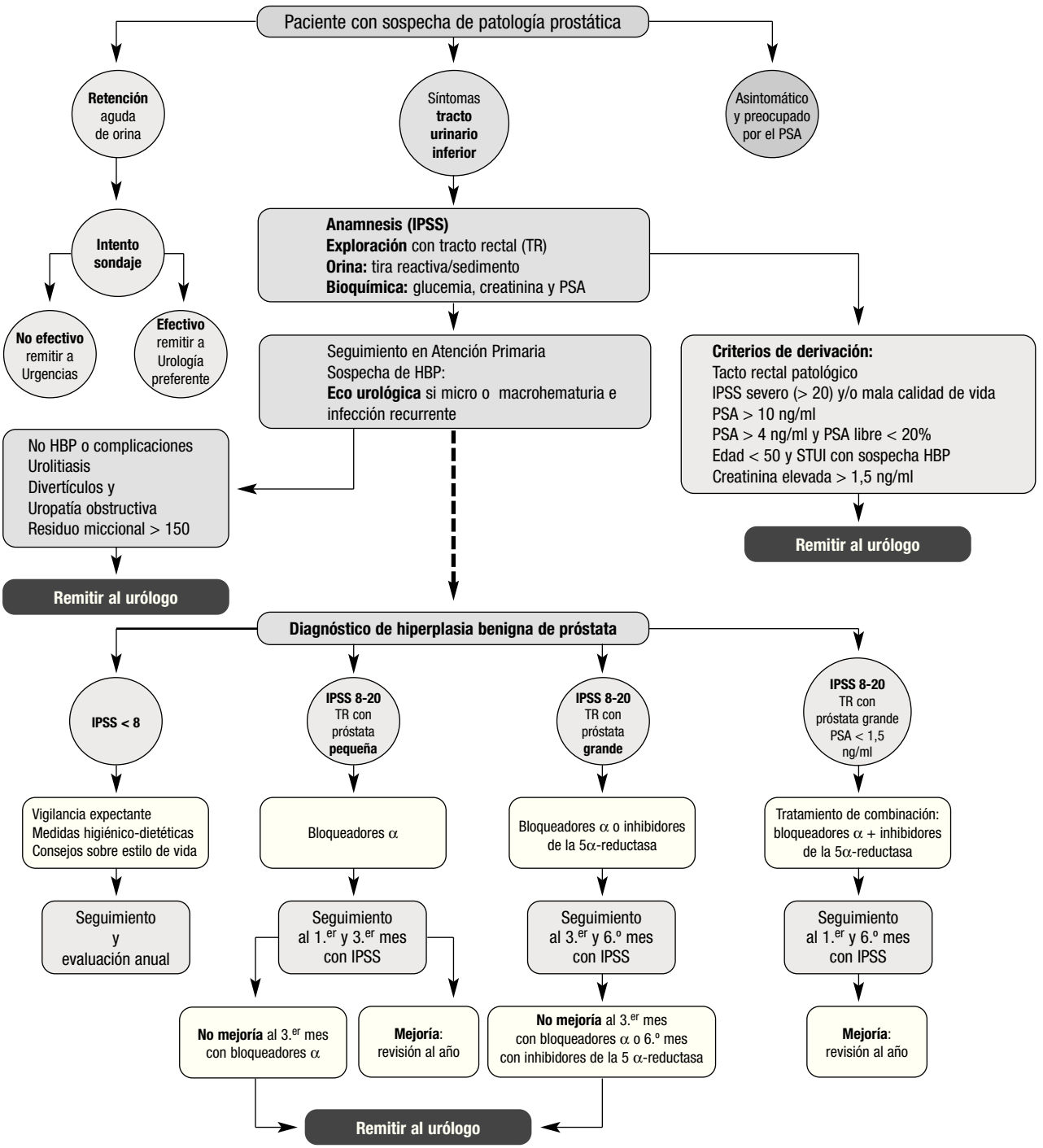

Figura 1. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata desde Atención Primaria (AEU, SEMERGEN, semFYC, SEMG) 200814. IPSS: *International Prostate Symptom Score*; PSA: antígeno prostático específico; STUI: síntomas del tracto urinario inferior.

(estudios MTOP's[11] y CombAT[12]) que el tratamiento combinado de un bloqueador α junto con un inhibidor de la 5α-reductasa, en pacientes bien seleccionados "con próstatas aumentadas de tamaño 40 g o más y PSA > 1,4 ng/ml", resultaba más eficaz que el tratamiento con dichos fármacos en monoterapia. Se reducen 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[6,13], insuficiencia renal, litiasis vesical, retención urinaria refractaria, infección urinaria recurrente, o hematuria recurrente.

CONTROL Y SEGUIMIENTO DESDE AP DE LOS PACIENTES CON HBP[14] (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 bloqueador α

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 5α-reductasa

Se deberá evaluar su eficacia y tolerabilidad mediante el IPSS al sexto mes del inicio del tratamiento.

Pacientes en tratamiento combinado (bloqueador α y un inhibidor de la 5α-reductasa)

Se deberá evaluar su eficacia y tolerabilidad mediante el IPSS al primer y sexto mes del inicio del tratamiento.

Si existe mejoría, la revisión será anual y se valorarán: IPSS, exploración física con tacto rectal, tira de orina, los niveles de creatinina y una determinación del PSA.

Si existe riesgo de obstrucción, se aconseja una flujometría y, en su defecto, una eco abdominal con residuo postmiccional 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(10):529-39.
2. Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, Ewing LL. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. J Urol. 1984;132(3): 474-9.
3. Carballido JA, Badía 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;30(7):667-74.
4. Badía 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(2):129-40.
5. 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(2):595-600.
6. 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 (5):547-54.
7. 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(7):985-90.
8. Wilt T, Ishani A MDR. Serenoa repens para la hiperplasia benigna de próstata (revisión Cochrane traducida). La biblioteca Cochrane Plus Oxford: 2007. p. 4.
9. Jiménez JF, Quecedo L, Llano J. Finasterida: diez años de uso clínico. Revisión sistemática de la literatura. Actas Urol Esp. 2003;27: 202-15.
10. 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(3):434-41.
11. 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(25):2387-98.
12. 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 (2):616-21.
13. Brenes FJ, Ródenas JL. Hiperplasia benigna de próstata: manejo y abordaje por el médico de AP. Aula Acreditada El Médico 2002; 842:23-46.
14. Criterios de derivación en HBP desde AP (AEU, SEMERGEN, semFYC, SEMG); 2008.

Alteraciones menstruales: orientación diagnóstica y terapéutica

Mercedes Abizanda González[a] y Elena Martínez Prats[b]

[a]Médico de Familia y Ginecóloga. Centro de Atención Primaria Villa Olímpica. Barcelona.
[b]Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Barceloneta. Barcelona.

OBJETIVOS

– Facilitar el trabajo a los profesionales de Atención Primaria en el manejo de la sintomatología por alteraciones menstruales.

– Facilitar la atención a la mujer con una visión integrada.

– Dotar de herramientas para orientar correctamente el cuadro clínico e instaurar un plan terapéutico adecuado y derivar según criterios convenientes.

PROFESIONALES A LOS QUE SE DIRIGE

– Profesionales en Atención Primaria.

TEMARIO

– Ciclo ovárico.
– Amenorreas.
– Dismenorrea.
– Hemorragia uterina anómala.
– Síndrome premenstrual.
– Menopausia.

MATERIAL NECESARIO

– Documentación para los asistentes: presentación impresa.

– Sistema de proyección para Power Point 2007.

Atención paliativa urgente al paciente terminal

Rosa Díez Cagigal

Médico de Familia. Equipo de Cuidados Paliativos.
Hospital de Laredo. Cantabria.

Son situaciones que requieren una actuación inmediata para aliviar al paciente y a su familia. Debemos averiguar qué hay detrás de una demanda urgente, para lo cual es imprescindible detectar necesidades tanto psicoemocionales como sociales o de síntomas físicos.

Entre las primeras podemos encontrarnos con demandas de información, con crisis de ansiedad que generan descontrol de todos los síntomas asociados a la enfermedad de base, de las segundas destacaremos la claudicación familiar, y de las últimas el síndrome de la vena cava superior, la hipercalcemia, el síndrome de compresión medular, el *delirium* o síndrome confusional agudo, la fiebre y enterocolitis neutropénica, la hemorragia masiva y la obstrucción intestinal.

Una buena medicina paliativa no debe ser de urgencia; en la medida de lo posible hemos de adelantarnos a los acontecimientos y prever e ir proporcionando información en cada visita y los teléfonos con los que puede ponerse en contacto. Una historia en el domicilio en la que figuren como datos básicos la enfermedad y su estadio y los tratamientos realizados hasta ese momento puede facilitar mucho la actuación y la toma de decisiones a los profesionales de Urgencias que atiendan a ese paciente.

El objetivo es la calidad de vida y el bienestar del enfermo, tratando de evitar demoras innecesarias, de no tratar a los que están a punto de morir como si fuésemos a curarlos, evitando en este caso medidas agresivas e inútiles (no todo lo posible es ya conveniente) y de detectar situaciones en las que es preciso hacer una intervención realmente precoz y con una buena coordinación entre niveles asistenciales para evitar complicaciones de mayor importancia.

Ante una situación de demanda urgente hemos de indagar qué es lo que el paciente o su familia precisan o esperan de nosotros, antes de aventurarnos a decirles que eso no es una urgencia real. Pensemos que la enfermedad terminal presenta múltiples síntomas que pueden evolucionar rápidamente y que algunos de ellos podrían generar gran sufrimiento y ansiedad tanto al paciente como a su familia.

Los problemas que presentan estos pacientes al final de la vida muchas veces motivan idas y venidas al servicio de Urgencias hospitalario porque los profesionales sanitarios no sabemos bien qué hacer con ellos. Necesitamos mejorar en nuestro manejo en el control de los síntomas más frecuentes en la enfermedad oncológica avanzada terminal, así como en la actitud y comunicación con esos pacientes y con su familia.

Así, los principales problemas con los que nos encontramos ante las urgencias en medicina paliativa son: la complejidad de algunos tratamientos de la enfermedad avanzada terminal a los que los médicos de familia estamos poco habituados, la dificultad para que el paciente y su familia expresen sus necesidades y deseos, lo difícil que es transmitir a otros profesionales sanitarios la necesidad de actuación urgente en el paciente que va a morir y además añadamos a todo lo anterior el averiguar el pronóstico aproximado de ese paciente para plantearnos el tratamiento más adecuado.

Este seminario pretende dar unos conocimientos básicos para reconocer situaciones urgentes y ser capaces de abordarlas con éxito o saber cómo derivarlas al hospital adecuadamente.

En lo referente a la demanda de atención urgente por crisis de dolor, hemos de reflexionar que algo puede que se nos haya escapado en el enfoque previo del paciente, pues siempre que tratemos el dolor oncológico de base debemos dejar instrucciones por escrito al paciente y a su familia sobre cómo actuar ante crisis de dolor.

Ante un síndrome de vena cava superior el objetivo es intentar que no llegue a ser una urgencia, pero si debuta como tal hemos de tratarlo con morfina para la disnea y derivarlo al hospital para confirmar el diagnóstico y hacer tratamiento etiológico siempre que sea posible.

En el síndrome de compresión medular, sólo su sospecha en un paciente con dolor local y radicular progresivo con metástasis vertebrales debe plantearnos derivarlo de forma organizada y urgente, pues de su estado inicial depende la recuperación. La resonancia magnética nuclear es la prueba de elección para su confirmación. Con paraplejia instaurada, sólo el 10% de los pacientes recuperan la deambulación aunque se les administre radioterapia.

Respecto a las urgencias metabólicas, lo más importante es sospecharlas y relacionarlas con el tipo de tumor y su tratamiento. Ante un paciente obnubilado, con astenia, oliguria y náuseas debemos solicitar una analítica para descartar un síndrome de lisis tumoral, una hipercalcemia o hiponatremia.

Ante una hemorragia hemos de intentar cuantificarla, y si se trata de una hemorragia masiva la única medida terapéutica es la sedación, explicando a la familia la actuación y lo que significa. Es importante identificar a los pacientes con riesgo de sangrado elevado, en especial a los pacientes con tumores de cabeza y cuello, para advertir y preparar a su familia.

La obstrucción intestinal en el enfermo oncológico avanzado precisa de una evaluación de la extensión de la enfermedad, del estado general del paciente y de la situación pronóstica previsible, ya que las opciones terapéuticas posibles van desde la cirugía al tratamiento conservador con aspiración con sonda nasogástrica o el tratamiento paliativo farmacológico en pacientes oncológicos muy avanzados y deteriorados.

La claudicación familiar lleva emparejada muchas veces miedos, temores y dudas sobre cómo tratar y cuidar al enfermo. Los cuidados paliativos al tratar como unidad al paciente y a su familia intentan prevenirla a través del

control de síntomas y de la comunicación eficaz con el paciente.

Ante un síndrome febril es importante averiguar si el paciente está en tratamiento con quimioterapia, pues puede tratarse de una neutropenia febril, en cuyo caso debe ser derivado al hospital para tratar de identificar el foco y ser tratado precozmente con antibioterapia de amplio espectro. Hay un 30-40% de pacientes no neutropénicos en los que aparece fiebre sin que exista infección, siendo el propio tumor o algunos fármacos los que la originan.

En el síndrome confusional agudo es importante identificar y tratar las causas desencadenantes (fármacos, retención urinaria, fecaloma, deshidratación). En especial hay que tener en cuenta que los opiodes y la deshidratación pueden desencadenarlo y que su sospecha y abordaje temprano consiguen revertirlo. Haloperidol es el fármaco de elección, pudiendo asociarse midazolam en caso de que la agitación no responda.

El saber cómo responder a los problemas de los pacientes aquejados de una enfermedad oncológica avanzada nos pone en una mejor disposición para entender sus demandas urgentes y darles una adecuada respuesta teniendo siempre en cuenta los tres pilares básicos sobre los que se sustentan los cuidados paliativos: control de síntomas, comunicación eficaz y atención a la familia.

Buenas prácticas en la asistencia sanitaria al inmigrante

José Luis Martincano Gómez[a]
y Amor Melguizo Béjar[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Jabugo. Huelva.
[b]Médico de Familia. Centro de Salud Torre Ramona. Zaragoza.

EL FENÓMENO DE LA INMIGRACIÓN

La historia de la Humanidad no se concibe sin los fenómenos migratorios. La inmigración se reconoce como un Derecho Fundamental de las personas: "Art. 13. Declaración Universal de los Derechos Humanos".

En los últimos años España está siendo un país de acogida de inmigrantes de diversos orígenes, lo cual determina un importante cambio social que hay que abordar desde diversas perspectivas (demográfica, económica, cultural, jurídica, educativa, vivienda, sanidad).

Los inmigrantes actuales proceden de países muy lejanos geográfica y culturalmente, principalmente de China, Centro y América del Sur, El Magreb, África subsahariana y centroeuropa.

La protección de la salud constituye un requisito esencial para la integración y el bienestar de estos ciudadanos. A veces la pérdida de la salud es la expresión de carencias familiares o de problemas laborales o económicos, además de los casos de inseguridad jurídica por inmigración ilegal.

EL PACIENTE ÉTNICO

Puede presentar desigualdades en salud, a veces está infradiagnosticado e infratratado; los centros sanitarios tienen que organizarse para asumir el reto de atender a estos nuevos pacientes de diversas razas y culturas.

Las diferencias étnicas son respetadas y favorecidas por la ciencia y no deben constituirse en generadoras de desigualdades en la asistencia médica. Por eso es necesario adquirir, desarrollar y afianzar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas específicas para que la relación paciente-médico sea eficaz en ambas direcciones, facilitar y disponer el acceso a los servicios y prestaciones, y la continuidad asistencial en las mismas condiciones de la población mayoritaria.

PRÁCTICA CULTURALMENTE COMPETENTE

Es la fórmula que exige del profesional que actúe con una actitud constructiva hacia las diferencias culturales de los distintos grupos asentados donde ejerce, con los conocimientos necesarios para procurar la mejor atención de salud a sus pacientes de diferentes culturas y entendiendo y atendiendo el contexto de la situación sociocultural de estos pacientes.

Práctica culturalmente competente. Es la fórmula que exige del profesional que actúe con una actitud constructiva hacia las diferencias culturales de los distintos grupos culturales asentados donde ejerce, con los conocimientos necesarios para procurar la mejor atención de salud a sus pacientes de diferentes culturas y entendiendo y atendiendo el contexto de su situación sociocultural .

Se trata de conseguir una atención:

– *Culturalmente apropiada:* con conocimientos necesarios para procurar la mejor atención a personas de diferentes culturas (diversidad).

– *Culturalmente competente:* entiende y atiende al contexto de la situación de la persona. En caso del foráneo es consciente de las circunstancias de emigración, factores de estrés y diferencias culturales.

– *Culturalmente sensible:* define al profesional con conocimientos básicos y una actitud constructiva hacia las diferencias culturales de los distintos grupos asentados donde ejerce.

Son varios los parámetros que determinan este ejercicio.

Valoración cultural de la atención al paciente inmigrante

Una valoración cultural es el examen o apreciación reglada y sistemática sobre las creencias culturales, valores,

y prácticas para determinar las necesidades y el modo de la intervención práctica dentro del contexto personal y agentes que se evalúen (*marketing*, salud, etc.). En medicina se trata de estudiar e investigar y facilitar la relación asistencial en toda su complejidad, sin prejuicios, y partiendo de los valores de la dignidad humana, la empatía, la compasión ante la enfermedad y el coraje de la promoción de la salud y la vida saludable. Esta valoración es multiaxial.

Valoración cultural del médico
Para la prevención de conflictos y establecimiento de relaciones óptimas con el paciente inmigrante, el profesional debe realizar un autoexamen sobre sus convicciones, valores y manera de pensar sobre la cuestión étnica y sus actitudes sobre el pluralismo cultural y replantearlas si fuera necesario.

Valoración cultural del paciente
La cultura del paciente contribuye a establecer el marco de la relación con el agente terapéutico, y como cauce de la expresión clínica moldea la manifestación de cualquier enfermedad y le da un significado en el marco de dicha cultura.

Valoración física
Debemos ser conscientes de las diferencias derivadas de la variabilidad y diversidad étnicas en cuanto a antropometría, rasgos, color y textura de la piel, forma y color del pelo, distribución de la grasa corporal y posibles variaciones en los resultados de laboratorio y pruebas especiales.

Valoración farmacoantropológica
Numerosos estudios han demostrado la influencia que la raza y la cultura tienen en la farmacocinética (qué porcentaje del agente farmacológico alcanza el órgano diana según absorción, distribución, metabolización y excreción) y la farmacodinámica (cómo responde el organismo al fármaco) de la mayoría de los medicamentos. Además de los estudios de farmacogenética se han descrito respuestas farmacológicas diferentes según factores individuales extrínsecos asociados a grupos poblacionales y regiones geográficas específicas–variabilidad intraétnica–, (edad, sexo, ejercicio, embarazo, hábitos alimentarios, tabaco, alcohol, factores ambientales y contaminantes), galénica, dosis y pautas, vías de administración, expectativas del paciente y del médico-efecto placebo y nocevo– así como uso de medicina alternativa.

Valoración psicosocial
Iguales principios se refieren a la valoración de funcionalidad social para ejercer culturalmente competente. Estará orientada a la detección de necesidades (relaciones íntimas, grado de integración social, participación en la comunidad, apoyo familiar, tamaño de la red social y la disponibilidad de buenos amigos) con el fin de solventarlas teniendo en cuenta, de una manera responsable y sensible, no sólo los valores y costumbres del país de acogida, sino también los provenientes del país de origen.

Estructura política y de práctica sanitaria
Las organizaciones asistenciales médicas deben desarrollar reglamentos, estructuras, prácticas y procedimientos que apoyen un sistema de prestación de servicios culturalmente apropiados.

Estructura política y de práctica social
Desde los órganos públicos de gestión y ordenamiento social se debe fomentar las redes sociales naturales, informales, de apoyo y de asistencia, asociaciones de vecinos, civiles y de abogacía, comerciantes locales o del vecindario, alianzas de grupos, organizaciones étnicas, sociales, espirituales y religiosas, líderes espirituales, y curanderos, medios de comunicación de la comunidad, etc.

Investigación y docencia
Para que la práctica asistencial sea accesible, eficaz y de costo razonable, requiere que los proveedores tengan un más profundo entendimiento de los antecedentes socioculturales de sus pacientes y sus familias y del medio ambiente en el que viven. En el caso de la necesidad de tener información sobre la salud de los grupos de diversas razas y etnicidades, en nuestro medio es una tarea apremiante. Se necesitan conocimiento y documentación tanto de los resultados de las intervenciones asistenciales como del acceso y utilización de los servicios por parte de estas poblaciones. Para entenderlo en su totalidad es necesario organizar seminarios y cursos de perfeccionamiento, para adecuar los conocimientos científicos sobre los reales riesgos de salud determinados por los flujos migratorios. Se necesita investigación que documente las variaciones de reacción a los tratamientos entre los diferentes grupos raciales y étnicos, los resultados de la educación de salud entre los distintos grupos raciales y étnicos, una regulación curricular y cómo se puede enseñar a los otros médicos.

Desde su remodelación del año 2007, en el nuevo Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se incluye la Atención al Inmigrante. También está incluido como Activo de la Formación Médica Continuada y en el Desarrollo profesional Continuo-AP de SEMERGEN.

Calidad
Los servicios médicos culturalmente apropiados mejoran las interacciones entre pacientes y proveedores y, por lo tanto, concluyen en mejores resultados de tratamiento; también pueden crear mejores experiencias interpersonales y hacer que el paciente que recibe el tratamiento médico quede más satisfecho.

Por eso tener conocimiento de las diversas culturas es cada vez más importante para las personas encargadas del control de calidad de los programas de asistencia médica. Además, aquellos que tienen a su cargo diseñar las metodologías de evaluación para el mejoramiento conti-

nuo de servicios, deben confrontar asuntos de raíz cultural que son difíciles pero relevantes para el éxito de las intervenciones médicas.

Los servicios culturalmente competentes estarán inextricablemente ligados a lo que se define como tratamientos médicos eficaces y al sistema de responsabilización profesional y legal, cuyo fin principal es reducir las disparidades existentes entre la población general y las poblaciones de diversas razas, etnicidades y culturas.

CUESTIONES PRÁCTICAS EN LA CONSULTA

Principales condicionantes de salud

Nuestros inmigrantes proceden de países con altos niveles de pobreza, con situaciones generalizadas de desigualdad e injusticia social, donde son nulas las posibilidades de promoción personal, familiar y laboral, y se suceden permanentes violaciones de los derechos fundamentales de las personas. A ello se suman los del mundo en desarrollo, los de su asimilación al mundo desarrollado y la vulnerabilidad como rasgo social y sanitario definitivo dada la precariedad basal en sus condiciones de vida (hacinamiento, malnutrición), la incertidumbre y falta de seguridad en el salto migratorio (falta de apoyo familiar, desadaptación social, riesgos laborales), la falta de inmunidad natural para infecciones autóctonas, el desconocimiento sobre dónde recurrir, la falta de derechos (si es indocumentado) y el riesgo de exclusión social.

Características sociodemográficas

El inmigrante normalmente es joven y sano, con iniciativa y capacidad de lucha, como resultado del filtro que supone la inmigración; emigra quien puede, con un largo proceso personal para llegar a su destino. Pero en comparación con la población autóctona tiene peor nivel socioeconómico, con menos ingresos (incluso por debajo del umbral de pobreza), menor educación primaria y universitaria, mayor desempleo y menos viviendas en propiedad.

Con frecuencia el inmigrante viene solo, dejando familia en su país y con la esperanza de reunificación familiar si la adaptación en España es favorable.

Encuestas de salud

Se realizan constantemente encuestas por diversos grupos de profesionales en colaboración con Ayuntamientos, Comunidades Autónomas, Asociaciones de inmigrantes, Sociedades Científicas etc; textos que son muy útiles para tener una aproximación a la realidad de nuestra población incluidos aspectos de su salud (Encuesta Nacional de Inmigrantes, INE, 2007; Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid, ESCIMA 05; Regidor y Colb, Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española. Junio, 2008). Como médicos de Atención Primaria debemos conocerlas para poder establecer adecuadas relaciones clínicas.

CARACTERÍSTICAS SANITARIAS, ESTILOS DE VIDA Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Nuestros pacientes inmigrantes fuman menos, presentan menor sobrepeso y obesidad, menos hipertensión arterial, dislipemias, asma y enfermedades crónicas. Han recibido menos citologías, mamografías, cribado de cáncer colorrectal y de próstata. Tienen menor mortalidad ajustada, mayor esperanza de vida y se sienten con mejor salud.

Los inmigrantes recién llegados, con medicina y sistemas sanitarios distintos en origen, no saben desenvolverse en el nuestro. A esto se le suma las dificultades para comprenderlos y expresarnos en su idioma. Con frecuencia hay discordancia entre las expectativas del paciente y el médico que lo atiende en cuanto a lo que es una enfermedad, su vivencia, el proceso diagnóstico, tratamiento, planes de actuación y medidas preventivas.

Acogida

La base práctica del grado del acercamiento al paciente y del entendimiento que podremos obtener se fundamenta en nuestras habilidades, mediante la entrevista clínica, de establecer una adecuada comunicación médico-paciente y salvar, o al menos minimizar, el impacto de las diferencias culturales, raciales y étnicas y centrarse en la transferencia racial como forma de dirigirse al conflicto del paciente, y no como algo que debe evitarse o ignorarse. De este acercamiento depende el desarrollo posterior de nuestra relación, alianza terapéutica, y determina nuestra capacidad de toma de decisiones clínicas adecuadas, o de ser incompetentes y cometer errores médicos.

Primera visita

Además del nombre, edad y la edad que representa, sexo, estado civil, debemos conocer, identificar, investigar y registrar de nuestros pacientes inmigrantes el país de origen y grupo étnico o cultural, tiempo de residencia en España, migraciones anteriores, situación laboral antes de y después de la migración, situación legal, condiciones de alojamiento, nivel educacional (idiomas hablados y uso del lenguaje), religión, características de la migración (razones, proyectos, acompañantes, relaciones familiares; alergias, vacunas, patologías previas, etc.).

También hay que realizar exploración física atendiendo al estado nutricional, coloración de las mucosas, exploración cutánea exhaustiva, adenopatías, visceromegalias y como pruebas complementarias: hemograma completo, bioquímica básica, sistemático de orina, serología (virus de la hepatitis B [VHB], de la hepatitis C [VHC]), virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], lúes, Mantoux, radiografía de tórax [adultos], parásitos en heces (según procedencia). Siempre bajo la perspectiva de la ética de las pruebas de cribado. No están indicadas de forma general. Solamente las realizaremos en caso de enfermedades prevalentes, frecuentemente asintomáticas y siempre que el tratamiento temprano mejore la evolución.

Patología del inmigrante

Son frecuentes las consultas por síntomas mal definidos, dolores osteomusculares, cansancio, dificultad para el sueño y que con frecuencia se trata de un trastorno del ánimo secundario al proceso migratorio. Las carencias nutricionales son poco frecuentes La patología digestiva, sobre todo la úlcera péptica y la relacionada con *Helicobacter pilory,* es relativamente más frecuente, en especial en pacientes de origen sudamericano. Es frecuente la lumbalgia y otras dolencias secundarias a las condiciones laborales y a los antecedentes de trabajo en sus países de origen. Respecto a patología infecciosa, consideraremos que el origen de la fiebre pueda ser infecciones importadas. La tuberculosis también es mas prevalente en los países pobres; aunque no se recomienda cribado poblacional, hay que considerarla ante los casos de tos o hemoptisis. Conviene valorar el Mantoux, conociendo el estado de vacunación del paciente.

Vacunaciones

En los países en vías de desarrollo origen de la inmigración se aplica el calendario de "mínimos de la OMS" (no incluye hepatitis B, triple vírica ni meningitis). Se considera vacuna administrada solamente cuando hay documento escrito. Se inicia o continúa la vacunación adaptando el calendario vigente en la Comunidad Autónoma de destino.

Salud sexual y reproductiva

Invitaremos a las pacientes a participar en los Programas de Prevención de Cáncer Genital. Facilitaremos información sobre Planificación Familiar y Servicios de Obstetricia y Ginecología. Normalmente en sus países no se controlan las gestaciones, por lo que precisan información al respecto.

Tratamiento

Si diagnosticamos alguna patología iremos abordando el tratamiento según la etnia del paciente, documentándonos progresivamente sobre las peculiaridades que puedan afectar al desarrollo evolutivo.

Es muy frecuente que los pacientes crean que solamente tienen que tomar la medicación mientras duran los síntomas, o tomar la caja de píldoras que les prescribimos y no volver para seguimiento. Tenemos que explicárselo bien y darles por escrito la duración del tratamiento, sobre todo si tienen dificultades con el idioma, no solo por desconocimiento sino también por atribuir diferente significado a las palabras.

EPÍLOGO

Nuestra actuación estará presidida por la precaución, la reflexión y el sentido común. Con el inmigrante la atención médica debe ser especialmente cuidadosa y respetuosa. El primer contacto de necesidad del inmigrante en nuestro país, o al menos de necesidad vital, puede ser con el sistema sanitario. Entonces será nuestra tarjeta de visita. La impronta. No convirtamos nuestra actuación en otro riesgo para el inmigrante.

Cáncer de cuello uterino. Cribado y diagnóstico precoz

Mercedes Abizanda González

Médico de Familia y Ginecóloga. Centro de Atención Primaria Villa Olímpica. Barcelona.

En el mundo mueren cada año 233.000 mujeres a causa del cáncer de cuello uterino (CCU). En Europa el cáncer de cuello uterino es el cuarto en incidencia y su epidemiología 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 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 corresponsables 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 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.

El 70% de los falsos negativos en las citologías de cérvix se deben a la toma inadecuada de las muestras. De ahí la importancia de conocer las medidas para aumentar la sensibilidad de la citología.

Por lo tanto, el objetivo de nuestro Taller es aportar conocimientos a los profesionales de Atención Primaria para la atención a la mujer desde una perspectiva global e integrada, dotándoles de herramientas para orientar correctamente las actividades preventivas del cáncer de cuello uterino, instaurando las acciones necesarias para dicho fin (técnica de realización de citología, criterios de cribado, etc.) o aportándoles los criterios de derivación mas convenientes.

Conducta a seguir ante la sordera en el adulto

Héctor Vallés Varela

Jefe de Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Exponemos el concepto, frecuencia y causas más importantes de la hipoacusia. Esbozamos una clasificación elemental de la misma, utilizando un criterio fisiopatológico, pudiendo utilizar otros criterios dependiendo de las demandas y necesidades de los asistentes. Asimismo, explicamos la exploración elemental de la hipoacusia mediante la acumetría.

Exponemos los aspectos más importantes de los cuadros clínicos en los que la hipoacusia aparece como síntoma más frecuente o más característico –el tapón de cerumen, la otitis serosa, la otorrea, la otoespongiosis, la sordera súbita y la presbiacusia–, haciendo relación a sus aspectos más prácticos, con numerosas imágenes y vídeos, detallando las pautas elementales de su tratamiento así como los criterios de derivación al especialista.

La sesión clínica se ha organizado en forma de partes separadas tras cada una de las cuales se planteará una discusión o una pausa.

Cuando tus pacientes usan homeopatía, ¿qué debes saber?

Mª José Sáenz Rodríguez

Médico de Familia. Homeópata. Centro de Salud Deltebre. Tarragona.

La demanda de medicina no convencional, incluida la Homeopatía, no cesa de aumentar. A pesar de los progresos de la medicina oficial durante el siglo XX, cada vez más pacientes están insatisfechos con la perspectiva convencional. Existen razones muy variadas por las que los pacientes se inclinan hacia una medicina no convencional; por ejemplo, una mala experiencia, miedo a la yatrogenia, referencias de médicos homeópatas, etc. Nos plantearemos las siguientes preguntas: ¿qué es la Homeopatía?, ¿la Homeopatía funciona?, ¿pueden beneficiarse mis pacientes de un tratamiento homeopático? y ¿la Homeopatía es segura?

La Homeopatía se utiliza en más de 80 países de todo el mundo, principalmente en Europa. También está presente en América del Sur (Argentina, Brasil…), India, Pakistán. En América del Norte está en constante crecimiento. Durante los últimos 30 años se ha desarrollado asimismo en Túnez, Marruecos, Venezuela, Israel, Australia…

En España, cerca de 6.000 médicos prescriben, habitual u ocasionalmente, medicamentos homeopáticos. Un 15% de la población ha utilizado ya Homeopatía, y además otro 25% estaría dispuesto a utilizarla.

Más de 300 millones de pacientes en todo el mundo confían en la Homeopatía, y son más de 100.000 médicos los que la utilizan frecuentemente o de forma sistemática.

Por su demostrada eficacia y su perfecta tolerancia, la Homeopatía tiene una importancia cada día mayor dentro de las posibilidades terapéuticas.

La Homeopatía es reembolsada por la Seguridad Social de varios países europeos (Francia, Bélgica…), y estudios farmacoeconómicos realizados en estos países demuestran que mejora la calidad de vida del paciente con una eficacia similar a los tratamientos convencionales y unos costes inferiores.

¿QUÉ ES LA HOMEOPATÍA?

Es un sistema terapéutico que consiste en administrar sustancias en dosis infinitesimales y que en un sujeto sano producirían los mismos síntomas que la enfermedad que vamos a tratar. Cada tratamiento exige una "individualización" meticulosa. La práctica de la Homeopatía consiste en buscar los puntos de contacto existentes entre los síntomas que experimentalmente produce un remedio y los síntomas que presenta el enfermo. La Homeopatía se basa en la idea de que lo similar cura lo similar *(via similia similibus curentur)*.

La Homeopatía participa en el proceso de la enfermedad, ayudando a la fuerza vital del organismo, que es la capacidad de mantenerse sano. Estimula las reacciones defensivas inmunitarias y los sistemas de regulación nerviosa, y actúa a favor del cuerpo y no en contra de los síntomas. El remedio homeopático estimula y ordena el proceso de curación *(vis naturae medicatrix)*.

La Homeopatía surge como terapia de la mano del médico alemán Samuel Hahnemann (1755-1843). Profundiza en el estudio de los clásicos (Hipócrates), la *Materia médica* de Cullen, y siguiendo las tesis de médicos modernistas, después de observar y experimentar (empezando por él mismo) que algunos remedios de la época provocaban síntomas clínicos en las personas sanas, publica en 1796 un tratado sobre los principios del método homeopático. Su obra, *Organon de la Medicina Racional* (1ª ed. 1810) es el pilar fundamental que sostiene el cuerpo teórico de la Homeopatía. En ediciones posteriores introduce modificaciones como resultado de sus investigaciones.

¿LA HOMEOPATÍA FUNCIONA? ¿PUEDEN BENEFICIARSE MIS PACIENTES DE UN TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO?

Los detractores de la Homeopatía afirman que se trata de un placebo, pero su aplicación en animales y en recién nacidos demuestra que no lo es. Se usa en veterinaria por su sencillez y bajo coste.

Se han publicado cuatro metaanálisis con 105, 89, 19 y 184 ensayos revisados, respectivamente, que descartan la hipótesis de que los efectos clínicos de la Homeopatía

se deban al hecho de ser placebo (Evidencia lb) (Kleijnen J, et al, BMJ. 1991; Linde K, et al, Lancet. 1997; Linde K, et al, J Altern Complement Med. 1998; Cucherat M, et al, Eur J Clin Pharmacol. 2000). En concreto, en el segundo metaanálisis se concluye que el efecto homeopático es 2,45 veces superior al placebo y el metaanálisis de Cucherat et al, que incluye a un total de 2.001 pacientes, señala que la homeopatía es superior al placebo ($p < 0,001$).

En cuanto a los estudios clínicos realizados en patologías específicas con resultados positivos con diferencia significativa respecto al grupo control, podemos citar:

– *Evidencia lla:* síndromes gripales, rinofaringitis infantil, prevención de infecciones de vías altas en niños, rinitis alérgica, diarrea infantil, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, osteoartritis, patología reumática, vértigo, infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), insuficiencia venosa, íleo postoperatorio.

– *Evidencia llb:* prevención de cefalea y migraña, otitis media infantil, dermatitis seborreica, prurito, asma, síntomas de menopausia, síndrome premenstrual, síndrome del túnel carpiano, lesiones de partes blandas, xerostomía bucal, hiperactividad infantil, estomatitis por quimioterapia, lumbalgia.

– *Evidencia lll:* patología atópica infantil, depresión, insomnio.

Con respecto a coste-efectividad de la homeopatía, hay dos revisiones que recogen estudios casi experimentales sin asignación aleatoria, que suman 493 y 499 pacientes respectivamente (Witt et al; Trichard et al); muestran que los resultados clínicos de la Homeopatía son superiores a los del tratamiento convencional con costes similares o inferiores.

¿LA HOMEOPATÍA ES SEGURA?

La homeopatía está indicada en cualquier patología, tanto aguda como crónica; en prevención de recaídas; como coadyuvante en cirugía, traumatología. También en primeros auxilios. Se puede administrar en cualquier edad y situación fisiológica (como el embarazo). Su uso no es incompatible con la medicina convencional. En muchas situaciones pueden ser tratamientos complementarios.

En varios estudios los efectos secundarios son leves y de corta duración. Su frecuencia oscila entre el 2 y el 8%. Respecto al tipo de efecto:

– Puede aparecer agudización de la enfermedad en personas hipersensibles, en quienes serían adecuadas dosis más bajas del remedio.

– La repetición excesiva de un remedio inadecuado o en potencias altas puede inducir la aparición de síntomas.

– Una mala indicación de un remedio homeopático puede generar reacciones clínicas inadecuadas en algunos pacientes.

En conclusión, es imprescindible que los medicamentos homeopáticos sean prescritos por médicos formados en Homeopatía, que puedan aplicar el remedio adecuado después de un diagnóstico correcto.

José Javier Aranaz Andrés

Médico de Familia. Homeópata. Centro de Salud Pastrana. Guadalajara.

MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS HABITUALES EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Cualquier medicamento homeopático puede ser utilizado en una consulta de Atención Primaria. Pero nos centraremos en aquellos más utilizados en las patologías más frecuentes. Este grupo de medicamentos son: *Aconitum, Allium cepa, Apis mellifica, Arnica montana, Arsenicum album, Aviaire, Belladonna, Bryonia alba, Calcarea carbonica, China, Graphites, Hepar sulfur, Ignatia, Ipeca, Lycopodium, Mercurius solubilis, Natrum muriaticum, Natrum sulfuricum, Nux vomica, Phosphorus, Pulsatilla, Rhus toxicodendron, Sepia, Sulfur* y *Thuya occidentalis*.

EXPERIENCIAS PRÁCTICAS DEL PONENTE Y MÉDICOS DE LA AUDIENCIA

Exposición de casos clínicos: psoriasis, alergia estacional, bronquitis de repetición, bartolinitis, urticaria, herpes, anemia aplásica. Desarrollo de los casos con tratamiento y seguimiento.

Depresión y mujer. ¿Existen diferencias clínicas y terapéuticas?

José Manuel Benítez Moreno[a] y Vicente Gasull Molinera[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Villa Olímpica. Barcelona.
[b]Médico de Familia. Consultorio Auxiliar Monte Vedat. Valencia.

La prevalencia de depresión en nuestro medio es muy superior a la de otras patologías médicas que son objeto de gran atención por parte de los profesionales de la salud, sin embargo, el deterioro en la funcionalidad y calidad de vida que provoca la depresión es significativamente mayor que el que se deriva de muchas otras enfermedades crónicas.

Un aspecto relevante de los trastornos depresivos es que trascienden de forma importante más allá del propio paciente, de manera que sus consecuencias afectan de forma directa al resto de los miembros de la unidad convivencial y provoca un elevado absentismo laboral. No podemos obviar la realidad más cruda de la depresión: la tendencia al suicidio, que en la Unión Europea se cobra casi 60.000 vidas al año.

Clásicamente se ha comprobado que la depresión afecta en mayor medida al sexo femenino, para lo cual se han

buscado explicaciones de índole sociocultural, consistentes en la mayor carga de estrés soportado por la mujer en nuestra sociedad al ser la depositaria –en la mayoría de los casos– del cuidado de los hijos, atención a las tareas domésticas y cuidado de familiares ancianos a su cargo, a todo lo cual hay que sumar el estrés que representa para ella la incorporación al mundo laboral en los últimos decenios.

Sin embargo, las investigaciones de los últimos años avalan que el estrés mantenido en el tiempo es un factor crucial en la aparición del trastorno depresivo, siendo su sustrato biológico los elevados niveles de cortisol que afectan de forma directa a la vitalidad y regenerabilidad neuronal.

Las diferencias de género se sustentan también en otros hallazgos neurobiológicos que explicarían que la mujer, en sus diferentes etapas vitales relacionadas con cambios hormonales, muestra una mayor vulnerabilidad para sufrir depresión (pubertad, embarazo y puerperio, menopausia), trastorno que a menudo se acompaña de un grave cortejo de síntomas físicos: dolor, alteraciones hidroelectrolíticas, trastornos vasculares, etc. Todo ello condiciona algunas diferencias en la respuesta al tratamiento en la mujer.

Por todo lo anterior, la entrevista clínica, el diagnóstico y el manejo terapéutico de la depresión en la mujer requieren de unas habilidades que permitan tratar de forma adecuada la peculiaridad de la depresión en el sexo femenino. El objetivo del presente seminario es aportar elementos que ayuden al médico de Atención Primaria a comprender tales necesidades.

Diagnóstico, manejo y seguimiento de leucemias y linfomas más comunes

José Polo García[a] y Miguel Ángel Fuertes Palacio[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Casar de Cáceres. Cáceres.
[b]Hematólogo. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

La Hematología es un área competencial de la Medicina de Familia de gran importancia que exige una continua puesta al día acorde con los cambios en las nuevas técnicas de diagnóstico y en las estrategias de tratamiento.

Las alteraciones analíticas sanguíneas en muchas ocasiones no son reflejo de una enfermedad hematológica sino de otras muchas patologías y entidades no hematológicas, y el médico de familia debe realizar un diagnóstico diferencial y manejo correcto.

Los síndromes mielo y linfoproliferativos presentan una clínica y analítica en ocasiones semejantes y de difícil diagnóstico diferencial. Al repasar estas patologías mediante la presentación de casos clínicos de los procesos más comunes que pueden acontecer a distintas edades, pretendemos realizar una actualización y repaso de la interpretación correcta de los síntomas y signos clínicos de presentación, de los datos analíticos y de las diversas actitudes en el manejo y tratamiento de estos pacientes.

El concepto de síndromes mieloproliferativos fue acuñado por Dameshek en 1951 y engloba a las hemopatías que se caracterizan por tener su origen en la célula madre pluripotencial o *"stem cell"* y según la línea celular que prolifera desordenadamente da lugar a distintas enfermedades que comparten una serie de características hematológicas, clínicas y evolutivas: policitemia vera (proliferación fundamentalmente de la serie roja), leucemia mieloide crónica (serie granulocítica), trombocitosis esencial (serie megacariocítica) y metaplasia mieloide agnogénica, también llamada mielofibrosis idiopática (proliferación y fibrosis en médula ósea).

La leucemia mieloide crónica (LMC) representa el 15% de todos los casos de leucemias. Es más frecuente en hombres que en mujeres y más en adultos que en niños y adolescentes. Se caracteriza por una producción excesiva e incontrolada de la serie granulocítica en la médula ósea, que se traduce en la sangre periférica por una intensa leucocitosis. Las células hematopoyéticas contienen una translocación recíproca entre los cromosomas números 9 y 22 en más del 90% de los pacientes que conduce a un brazo largo acortado de uno de los cromosomas del par 22 conocido como cromosoma Philadelphia (Ph). La LMC es de etiología desconocida y se ha visto relacionada con la exposición intensa de radiaciones ionizantes. Clínicamente los pacientes sintomáticos refieren astenia, anorexia, molestias abdominales por la esplenomegalia, pérdida de peso y sudoración excesiva. Los datos de laboratorio muestran una importante leucocitosis con neutrófilos maduros y sus precursores mieloides, aumento de basófilos, recuentos de plaquetas normales o elevados y en ocasiones anemia moderada.

Existen también las leucemias mieloides agudas con sus diversas líneas de proliferación (mieloblástica, promielocítica, monoblástica, eritroblástica y megacarioblástica), todas ellas de curso agresivo y con mal pronóstico, que se caracterizan por presentar en las cifras analíticas intensas anemias y trombocitopenias con o sin leucocitosis y que exigen tratamiento hospitalario con importante deterioro del estado general y complicaciones infecciosas o hemorrágicas frecuentes.

Los síndromes linfoproliferativos (SLP) son las enfermedades que tienen origen linfoide. Pueden ser agudos, (leucemias y linfomas linfoblásticos), y crónicos (leucemia linfática crónica y amplia variedad de linfomas). Según su presentación clínica se denominan leucemia por su constante linfocitosis circulante o linfoma por

existir un predominio de proliferación tumoral sólida en ganglios, bazo u otros órganos que en algunas ocasiones pueden cursar con expresión leucémica si se observan linfocitos clonales circulantes.

La leucemia linfática crónica (LLC) es una proliferación y acumulación de linfocitos de pequeño tamaño, aspecto maduro y fenotipo B en el 95% y T en el 5% de los casos. Es la leucemia más frecuente en los adultos occidentales y representa alrededor del 30% de todas las leucemias, con una incidencia de 0,9-2,4 casos por 100.000 habitantes y año. La edad media de presentación es de 65 años, aunque en un 10% de los casos pueden presentarse en pacientes menores de 50 años. Es más frecuente en varones.

Las manifestaciones clínicas se deben a la infiltración de la médula ósea, ganglios linfáticos y otros tejidos por los linfocitos y a las alteraciones inmunológicas. En más del 50% de los casos los pacientes están asintomáticos y la exploración física puede ser normal, diagnosticándose al realizar una analítica de rutina. En otros pacientes puede cursar con astenia, adenopatías o infecciones repetidas. Síntomas como fiebre, sudoración y pérdida de peso son menos frecuentes.

Los linfomas no hodgkinianos (LNH) tienen su origen en la proliferación de células linfoides y sus características dependen del tipo de célula que prolifera y de su localización. La incidencia de los LNH es de 3 a 6 casos por 100.000 habitantes y año. Los linfomas de bajo grado de malignidad suelen aparecer en personas de edad media de 60 años, sin predominio de sexo. Los linfomas de intermedio y alto grado de malignidad pueden aparecer en cualquier edad y son más frecuentes en hombres.

En la etiopatogenia se han relacionado con etiología vírica (virus de Epstein-Bar, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), con alteraciones cromosómicas y oncogenes o con la exposición a radiaciones ionizantes o a sustancias químicas (benceno, amianto, tintes, pesticidas o fármacos. Clínicamente pueden tener una presentación ganglionar o extra ganglionar y en muchos casos hay síntomas generales conceptuados como signos B: fiebre, sudoración o pérdida de peso superior al 10% en los últimos 6 meses.

La enfermedad de Hodgkin, llamada así en honor a Thomas Hodgkin, es un linfoma particular por la proliferación típica de la célula de Reed-Stenberg. De etiología desconocida, se ha postulado en ocasiones una causa vírica. La edad de aparición presenta dos picos de mayor incidencia alrededor de los 20 y 50 años y es más frecuente en varones en proporción 2/1. La incidencia es de 3 a 4 casos por 100.000 habitantes y año.

Clínicamente se caracteriza por la aparición de adenopatías localizadas por orden de mayor a menor frecuencia en regiones cervicales, supraclaviculares, axilares e inguinales. Los síntomas generales o signos B como fiebre, sudoración y pérdida de peso se acompañan en ocasiones con prurito. Como todos los linfomas, pueden tener afectados otros órganos como bazo e hígado.

El potencial de la investigación cualitativa en Atención Primaria

Fernando Sabirón Sierra

Universidad de Zaragoza.

¿Qué enriquece la Atención Primaria, limita la respuesta hospitalaria y transforma al paciente en persona? La comunicación junto a la información, la conversación junto a la prueba, la relación junto al historial, la interacción junto a la prescripción, el contexto frente a la cama, la mediación ante lo desconocido, el acompañamiento frente a los miedos, la medicina del conjunto más allá del sumatorio de las partes especializadas. En ciencia seguimos en vuestro mismo camino y así, frente a la investigación de laboratorio, necesaria pero insuficiente, se desarrolla el estudio de caso, y en cada caso la comprensión de la cualidad frente al dominio de la cantidad, porque el paciente, el usuario, el contribuyente o el ciudadano, es persona, y singular.

La investigación cuantitativa aporta magnitudes bajo la curva normal, en tanto que a la cualitativa le interesa la vivencia del fenómeno. En el primer caso, los resultados nos permiten diagnosticar el cuánto, la segunda intervenir sobre el cómo, con los parámetros de eficacia, eficiencia y calidad al uso; pero sobre todo con un sentido de la acción profesional fundamentada en la mejora de la calidad de vida de la persona atendida, y en su entorno de referencia.

Desde los referentes de la complejidad y el caos, la multirreferencialidad y la transdisciplinariedad, el socioconstructivismo, o la observación participante, intentando ejemplificar la investigación en la práctica médica diaria, se presentarán, a lo largo del taller, los fundamentos y las posibilidades que ofrece la investigación cualitativa para un desarrollo profesional del médico de familia basado en la competencia investigadora.

Enfermedad arterial periférica: de la Medicina Basada en la Evidencia a la práctica clínica

Eduardo Carrasco Carrasco[a] y José M. Estevan Solano[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud de Abarán. Murcia.
[b]Especialista en Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Central de Oviedo.

Las enfermedades vasculares que afectan a extremidades inferiores (EEII) constituyen un importante problema de

salud por su prevalencia y morbimortalidad. Las consultas por enfermedad vascular en un centro de salud suponen un 3,5% del total, correspondiendo el 30,8% a arteriopatías.

En la consulta de Atención Primaria es frecuente que se presenten pacientes con dolores intensos en las piernas y dificultades para andar. Al tratarse de un dolor referente al aparato locomotor, existe una tendencia bastante generalizada de buscar una patología articular o muscular, pasando por alto que el origen puede estar en una enfermedad circulatoria.

En la literatura anglosajona, la enfermedad arterial periférica (EAP) hace referencia a la obstrucción crónica de origen aterosclerótico de las arterias de las EEII, siendo también conocida por su síntoma paradigmático, que es la claudicación intermitente.

La EAP es una patología muy frecuente causada mayoritariamente por una lesión aterosclerótica que normalmente afecta de forma generalizada a las arterias en sus diversas localizaciones (coronarias, cerebrales, renales, aorta abdominal, ilíacas, femorales…). Su prevalencia es variable según la población estudiada, de forma que, en España y en población general, varía entre un 10,5% y un 26%, cifras que podrían ser más elevadas en sujetos asintomáticos. La prevalencia en población general está muy influenciada por la edad.

Si nos referimos a población de riesgo, en sujetos con síndrome metabólico, la prevalencia fue del 28% y del 40% en sujetos con síndrome coronario agudo. La prevalencia de la EAP, tanto sintomática como asintomática, es mayor en varones que en mujeres, sobre todo en la población más joven, ya que en edades muy avanzadas prácticamente no se alcanzan diferencias entre ambos grupos. Además, la prevalencia en los varones es mayor en los grados de afectación más severa.

Pero la más importante es su asociación a mortalidad cardiovascular, de forma que los pacientes con EAP poseen un riesgo cardiovascular 5 veces mayor que sus controles y el 70% de los pacientes en general y el 90% de los sujetos sintomáticos, mueren por un evento cardiovascular (íctus, infarto de miocardio). Este hecho está en consonancia con el carácter multisistémico de la aterosclerosis, convirtiéndose la EAP en un signo de afectación aterosclerótica en otros territorios vasculares. Además, duplica el riesgo de segundo evento coronario o cerebral en pacientes con infarto o ictus previo que tienen EAP respecto a los que no la tienen. Por tanto, la predicción de riesgo relacionada con la presencia de EAP es útil tanto en prevención primaria como secundaria.

En el estudio PARTNERS, del total de pacientes en los que se realizó el cribado de enfermedad vascular, sólo un 13% presentaba una EAP aislada, sin otra manifestación de enfermedad cardiovascular. En el 32% de los pacientes coexistía enfermedad coronaria o enfermedad cerebrovascular, y un 24% tenía afectación de los 3 territorios. Por otro lado, la principal causa de muerte tardía en los pacientes con EAP es la cardiopatía isquémica (hasta un 50% de las muertes en pacientes con EAP). A la inversa, la prevalencia de EAP en los pacientes diagnosticados de enfermedad coronaria llega a ser del 30%.

En cuanto al pronóstico de la extremidad, en la mayoría de las ocasiones la evolución clínica de la EAP es bastante estable debido al desarrollo de circulación colateral, a la adaptación metabólica de las masas musculares implicadas y al uso, muchas veces inconsciente, de grupos musculares no isquémicos. A los 5-10 años, el 70-80% de los sintomáticos permanecen sin cambios o mejoran, 20-30% progresan y requieren cirugía y menos del 3% necesitan amputación de la extremidad.

A pesar de estos datos, la importancia real de la EAP supera a la percibida por los profesionales sanitarios.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la EAP puede clasificarse en funcional y crítica. La isquemia funcional ocurre cuando el flujo sanguíneo es normal en reposo pero insuficiente durante el ejercicio, manifestándose clínicamente como claudicación intermitente. La isquemia crítica se produce cuando la reducción del flujo sanguíneo ocasiona un déficit de perfusión en reposo y se define por la presencia de dolor en reposo o lesiones tróficas en la extremidad. En estas circunstancias, el diagnóstico preciso es fundamental, ya que hay un claro riesgo de pérdida de extremidad si no se restablece un flujo sanguíneo adecuado, mediante cirugía o tratamiento endovascular. Diferenciar ambos conceptos es importante para establecer la indicación terapéutica y el pronóstico de los pacientes con EAP. El grado de afectación clínica dependerá de dos factores: la evolución cronológica del proceso (agudo o crónico) y la localización y la extensión de la enfermedad (afectación de uno o varios sectores).

Su presencia está relacionada en todos los territorios con los factores de riesgo de la EAP, que son similares a los de la enfermedad aterosclerótica (edad, sexo masculino, tabaquismo, diabetes, hiperlipemia, hiperhomocisteinemia, hipertensión arterial…), siendo la diabetes y el tabaquismo los más importantes.

En cuanto a la metodología diagnóstica de la EAP, la sospecha clínica a través de la presencia de claudicación intermitente, descenso de la temperatura de la extremidad, cambio de coloración, ausencia de pulsos o de lesiones dérmicas, nos obligan a objetivar la presencia de la enfermedad por una prueba complementaria. La clasificación clínica de Fontaine gradúa la afectación de la EAP. El grupo muscular afectado durante la marcha tiene utilidad para conocer la localización de la lesión oclusiva. Aunque la mayoría de los pacientes referirá claudicación gemelar, la presencia de claudicación en las masas musculares glúteas o del muslo puede indicar la presencia de una enfermedad en el eje ilíaco. La claudicación por enfermedad femoropoplítea se localiza de manera característica en las masas gemelares, y las oclusiones infrapoplíteas pueden manifestarse únicamente como claudicación en la planta del pie.

La mayoría de los casos de EAP son asintomáticos, constituyendo pocas veces una enfermedad local grave pero comportándose como un excelente marcador de enfermedad arterial sistémica y, aunque el pronóstico local

no es habitualmente malo, sí lo es el general por el riesgo aumentado de eventos cardiovasculares (infarto de miocardio e isquemia cerebral). Los mecanismos de adaptación, principalmente la circulación colateral, permiten que la isquemia no se manifieste hasta que el grado de obstrucción es muy avanzado (más del 50% de la luz arterial).

En la exploración vascular de la EAP es fundamental la valoración de los pulsos y la auscultación del abdomen y la región inguinal.

En el marco ambulatorio, el índice tobillo-brazo (ITB) es la prueba más asequible. Un ITB < 0,9 tiene una sensibilidad mayor del 95% y una especificidad cercana al 100% para el diagnóstico de EAP, en comparación con la arteriografía; además, es el mejor predictor de progresión de la enfermedad.

Las variaciones del ITB se han correlacionado con la gravedad y extensión de la enfermedad coronaria así como con el índice íntima-media carotídeo. En estudios poblacionales se ha mostrado que por cada descenso de 0,1 en el ITB se produce una elevación del 10% en el riesgo de presentar un evento vascular mayor. De forma añadida, el ITB constituye la prueba más coste-eficaz en individuos de riesgo asintomáticos para el diagnóstico de EAP.

Otra prueba asequible en Atención Primaria es el ecodoppler de la extremidad.

En cuanto al tratamiento de la EAP, los objetivos básicos son los referidos a mejorar la supervivencia, preservar la extremidad y mejorar los síntomas con el ejercicio, prolongar la marcha y mejorar la calidad de vida del paciente.

El control de los factores de riesgo sería el primer paso para lograr los objetivos de tratamiento. La antiagregación es necesaria en estos pacientes. En la mejoría de la marcha y claudicación intermitente, algunos fármacos han demostrado su efecto positivo. La realización de un ejercicio supervisado también ha demostrado su efectividad.

Ya que el diagnóstico y abordaje de la EAP es vital para mejorar el pronóstico cardiovascular y de la extremidad, el médico de Atención Primaria se convierte en una figura fundamental para atender esta patología, derivarla y controlarla posteriormente, siempre en consonancia e intercomunicación con el especialista vascular de referencia.

La ausencia de formación específica en este campo durante el pregrado de Medicina hace que sea una necesidad sentida y aclamada la oferta de cursos y talleres prácticos sobre el manejo de esta patología por parte de las sociedades científicas. Así lo ha expresado el médico de Atención Primaria en diversos foros y en los resultados de las encuestas de satisfacción tras su asistencia a actividades relacionadas con el tema en cuestión.

El médico de Atención Primaria español es un profesional competente en su ámbito de actuación como lo demuestra el poder de resolución que posee, puesto de manifiesto en diversos estudios. Pero la diversidad de las áreas que ocupa hace que posea más experiencia en ciertas enfermedades y no en otras.

Por otro lado, la oferta formativa es más restringida en algunos campos y esto hace que no se adquiera la actualización necesaria o el conocimiento de algunas materias. No es que el médico de Atención Primaria desconozca la isquemia arterial de miembros inferiores, quizá sea que haya una menor sensibilización y menor oferta formativa sobre esta patología isquémica si la comparamos con la hipertensión, la diabetes o la cardiopatía isquémica.

La menor experiencia del médico de Atención Primaria en el manejo de la isquemia arterial de miembros inferiores puede derivar en la utilización de mayores recursos de segundo nivel, disminuyendo así la gestión eficiente del sistema sanitario.

La ventaja más importante que deriva del mejor conocimiento de la EAP es la disminución de la morbimortalidad atribuible al mejorar, mediante la formación continuada, el conocimiento de los factores de riesgo, el diagnóstico, manejo y prevención de estas patologías. Otras ventajas serían la mejor atención al paciente y la mejora en la gestión de la consulta, la disminución de la utilización de los recursos de la Atención Especializada y la práctica de una Medicina Basada en la Evidencia, gestionando de una manera más eficiente los recursos sanitarios, junto con la mejora en la intercomunicación e interrelación con el angiólogo y otros profesionales hospitalarios.

Este seminario sobre EAP pretende proveer al médico de Atención Primaria de los conocimientos básicos sobre la enfermedad y de las habilidades necesarias para el manejo eficiente de la EAP y busca la interrelación positiva entre niveles asistenciales. Se han desarrollado algoritmos de actuación prácticos que pueden ayudar al ejercicio diario de la medicina. Todo ello basado en la última evidencia publicada.

Enfoque diagnóstico y control del paciente con insuficiencia renal crónica

Manuel M.ª Ortega Marlasca[a] y Montserrat Pimienta Escrihuela[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud San Telmo. Jerez de la Frontera. Cádiz.
[b]Médico Residente 4º Año. ABS Llefiá. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona.

En los últimos años, la enfermedad renal crónica (ERC) ha experimentado un aumento de su incidencia y prevalencia, en parte como consecuencia del envejecimiento de la población y del incremento de patologías como la aterosclerosis, la diabetes mellitus (DM) tipo 2 o la hipertensión arterial (HTA).

El diagnóstico de la ERC es importante para la prevención tanto del deterioro de la función renal como de

las complicaciones cardiovasculares, las cuales son responsables de una elevada morbimortalidad. El médico de Atención Primaria (AP) desempeña un papel protagonista en estas cuestiones, especialmente en el diagnóstico precoz de la enfermedad en los estadios 1 y 2, fundamental en la prevención de la pérdida de función renal y aparición de complicaciones. Por ello, desde hace algunos años, se han puesto en marcha varias iniciativas que pretenden mejorar la detección, la asistencia y el pronóstico de la ERC mediante acciones estratégicas que comportan la coordinación y colaboración de distintas especialidades médicas y niveles asistenciales.

En España se estima una prevalencia de ERC del 11%, pero este valor resulta infraestimado cuando se considera la prevalencia de ERC oculta (enfermedad renal con valores de creatinina sérica en rango de normalidad), entonces la prevalencia se incrementa hasta un 19,2% en población adulta, 21,5% entre hipertensos y 40,5% en diabetes. Esto pone de manifiesto la frecuencia de ERC oculta en la HTA y en la DM, patologías altamente frecuentes en Atención Primaria, y la necesidad e interés de utilizar fórmulas alternativas a la determinación de la creatinina sérica a la hora de evaluar la función renal en la población de alto riesgo cardiovascular.

Se define la ERC como el daño renal o la presencia de un filtrado glomerular (FG) disminuido durante un periodo mayor de tres meses *(National Kidney Foundation)*. El concepto de lesión renal hace referencia a la presencia de alteraciones estructurales o funcionales del riñón que puedan conducir a un descenso del FG, puestas de manifiesto directamente por alteraciones histológicas en la biopsia renal o indirectamente por la presencia de albuminuria, proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o mediante técnicas de imagen. La combinación de ambos criterios diagnósticos es la base para la clasificación de la ERC en 5 estadios, considerándose insuficiencia renal cuando el FG es inferior a 60 ml/min/1,73 m^2.

Los pacientes con ERC en estadios 1 y 2 son tributarios de beneficiarse del diagnóstico precoz y de medidas preventivas de progresión de ERC. En estadio 3 deben recibir tratamiento adecuado desde la AP para prevenir la progresión de insuficiencia renal, para lo cual, es clave la contribución del nefrólogo. En el estadio 4 es importante la remisión precoz a Nefrología, ya que en este estadio el nefrólogo debe instaurar una terapia más específica (muchas tan solo accesibles al nivel hospitalario) y planificar la posible terapéutica renal sustitutiva. Los pacientes en estadio 5 presentan un fallo renal o insuficiencia renal terminal, situación que debe dirigir el nefrólogo en su mayor parte.

El diagnóstico precoz resulta, pues, clave para la prevención de la pérdida de función renal y de las complicaciones. El diagnóstico precoz se basa en la realización de una analítica básica, que debe solicitarse en AP a todos los individuos con riesgo elevado de desarrollar ERC (HTA, DM, enfermedad cardiovascular [ECV] previa, ingesta de fármacos nefrotóxicos, litiasis urinaria recurrente, obstrucción de tracto urinario, bajo peso al nacimiento, raza afroamericana y mayores de 60 años). La concentración de creatinina por sí sola no debe utilizarse para valorar la función renal porque puede provocar una infravaloración de la prevalencia de ERC, especialmente en ancianos. El aclaramiento de creatinina en orina de 24 horas presenta limitaciones importantes derivadas de la dificultad para la correcta recogida y de que sobrestima el verdadero valor de FG como consecuencia de la secreción de creatinina a nivel del túbulo renal, especialmente en presencia de insuficiencia renal. Por ello, actualmente, se recomienda la utilización de fórmulas para la estimación del FG mediante ecuaciones predictivas que incluyen la concentración de creatinina y algunas variables antropométricas. La evidencia científica existente demuestra que estas ecuaciones son más exactas y precisas para la valoración del FG que la medida exclusiva plasmática o de su aclaramiento renal.

Los criterios de derivación desde AP a Nefrología no están bien establecidos. Basarse en un nivel de función renal para la remisión al nefrólogo no es una buena estrategia, ya que estamos asistiendo a un incremento considerable de la población anciana y, en consecuencia, con deterioro leve-moderado en la función renal como consecuencia del envejecimiento fisiológico y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular. El volumen de población con patología renal leve remitida a los Servicios de Nefrología sería inasumible por dichos especialistas. Los criterios de derivación deberán basarse en la existencia de factores de progresión renal, como proteinuria (especialmente si se asocia a hematuria y es progresiva), deterioro progresivo de la función renal y la presencia de anemia de origen renal. Sólo se deben remitir a Nefrología, los pacientes con signos de alarma.

Se ha observado que la elaboración de protocolos locales consensuados por grupos de trabajo constituidos por especialistas hospitalarios y médicos de AP, mejora la calidad de la asistencia al paciente con patología crónica. En el caso de la IRC, una buena comunicación bidireccional con Nefrología es aconsejable para optimizar las derivaciones, sobre todo porque si se remite de forma tardía, este tipo de paciente, no podrá beneficiarse de los cuidados que permiten enlentecer o detener la progresión de la enfermedad.

La detección precoz, la vigilancia periódica de los signos de alarma, el tratamiento correcto de los factores de progresión renal, evitar iatrogenia y administración de fármacos nefrotóxicos, forman parte del manejo adecuado del paciente de ERC en la AP.

Con nuestro seminario pretendemos dar un enfoque práctico sobre el diagnóstico de la IRC en sus diferentes estadios y recordar las principales claves en el manejo desde la Atención Primaria, del paciente con enfermedad renal crónica.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Gràcia García S, Montañés Bermúdez R, Deulofeu Piquet R. Resumen de las recomendaciones sobre la utilización de ecuaciones para la estimación del filtrado glomerular en adultos. Documento de Consenso. 2006.

Llisterri Caro JL, Gorriz Teruel JL, Manzanera Escribano MJ, Pallardó Mateu LM. Protocolo local consensuado para un adecuado manejo de la enfermedad renal crónica en Atención Primaria. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2008;97-103.

Otero A, Gayoso P, Garcia F; EPIRCE study group. Epidemiology of chronic renal disease in the Galician population: results of the pilot Spanish EPIRCE study. Kidney Int Sppl. 2005;516-9.

Tranche S, Riesgo A, Marín R, Díaz G, García A. Prevalencia de insuficiencia renal oculta en población diabética tipo 2. Aten Primaria. 2005;35:359-64.

Estrategias de deshabituación tabáquica

José-Luis Díaz-Maroto Muñoz[a] y Carlos Jiménez Ruiz[b]

[a]Coordinador del grupo de trabajo de tabaquismo de SEMERGEN.
[b]Director de la Unidad de Tabaquismo de la Comunidad de Madrid
Miembro 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 Organización Mundial de la Salud (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.

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 asistencial, 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.

Actualmente se encuentra en fase de ejecución el ambicioso proyecto denominado Desarrollo Profesional Continuo (DPC), y como no podía ser de otra forma, el tabaquismo está perfectamente representado en dicho proyecto.

Durante el XXXI Congreso Nacional de Semergen, que se celebrará el próximo mes de octubre en la ciudad de Zaragoza, se llevará a cabo el desarrollo de un seminario que ofrecerá las estrategias para abordar el tabaquismo en Atención Primaria.

Este seminario ya tiene tradición en los congresos nacionales y ofrece a los asistentes una visión global de cómo se debe afrontar el tabaquismo en nuestras consultas.

En la parte teórica se hará una introducción breve de la magnitud de la enfermedad del tabaquismo, se desarrollarán el diagnóstico y 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.

Manejo de la artritis reumatoide

Francisco Javier Manero Ruiz

Jefe de Sección de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

El taller-seminario se ha dividido en dos apartados: 1) ¿qué debe conocer el médico de Atención Primaria de la artritis reumatoide (AR)?, 2). actuación del médico de Atención Primaria en la AR.

En la primera parte se actualizan las características de una enfermedad que afecta aproximadamente al 0,5%-1% de la población, con preferencia en las mujeres. Las manifestaciones clínicas destacan por ser una poliartritis crónica, progresiva y aditiva que en su evolución lleva a la destrucción y deformación articular. Como resultado aparece incapacidad funcional e importante disminución de la calidad de vida. El 70% tiene erosiones articulares a los dos años de evolución y un 50% tiene alguna discapacidad grave a los 10 años. Por lo tanto es una enfermedad severa, no sólo articular, ya que hay manifestaciones sistémicas y con una comorbilidad asociada (osteoporosis, úlcera gastroduodenal, infecciones, factores vasculares...) que incrementan la mortalidad. La esperanza de vida se acorta entre 5 y 10 años. En el taller se revisarán las formas de medir la artritis (HAQ, DAS), los factores pronósticos (HAQ, factor reumatoide, anticuerpos anticitrulinados, erosiones previas...) y los últimos tratamientos a través de algoritmos. Un caso clínico de una artritis de larga evolución permitirá familiarizarnos con las últimas novedades terapéuticas como los anti-TNFα, la molécula moduladora de la coestimulación, el antagonista de la interleucina 6 y los antilinfocitos CD20.

El segundo apartado analiza el papel que desempeña el médico de Atención Primaria en el diagnóstico precoz y el seguimiento de la AR. Por medio de un caso clínico se explica la importancia de reconocer precozmente las

formas de inicio de AR, qué manifestaciones clínicas se deben buscar y cómo explorar al paciente. La utilización de los tratamientos en los primeros momentos de la enfermedad, las combinaciones y un control estricto han demostrado la disminución de su progresión y, por lo tanto, la mejora de la calidad de vida. Se trata de aprovechar la "ventana de oportunidad" terapéutica que tiene la AR. Un retraso en la instauración del tratamiento de tres meses ya tiene consecuencias en el *outcome* de la enfermedad. El reconocimiento de la artritis permitirá derivar al paciente al inicio y su atención en las Unidades de Artritis Precoz.

El papel del médico de Atención Primaria no deja de ser menos importante en el seguimiento, una vez que el paciente está diagnosticado y tratado. Se producen "escapes" de la enfermedad que hay que reconocer y tratar, conocer cómo se hacen los controles analíticos, cómo se valoran los acontecimientos adversos más frecuentes y el manejo de la comorbilidad. Como ejemplos, el intervalo de monitorización de metotrexate depende de la duración del tratamiento: 2-4 semanas en los 3 primeros meses o cada 12 semanas si lleva más de 6 meses en tratamiento. Un mal control de los factores de riesgo cardiovascular junto a la actividad inflamatoria de la AR incrementa la mortalidad.

Manejo de las dislipemias

Ángel Díaz Rodríguez[a] y Francisco-Javier García-Norro Herreros[b]

[a]Coordinador del Grupo de Lípidos de SEMERGEN. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre (León).
[b]Miembro del Grupo de Lípidos de SEMERGEN. Especialista en Medicina Interna y Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa (León).

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) continúan siendo la principal causa de mortalidad y hospitalización en la población española, a expensas fundamentalmente de la cardiopatía isquémica (CI), más frecuente en el varón, y de la enfermedad cerebrovascular, más frecuente en la mujer, que en conjunto producen casi el 60% de la mortalidad cardiovascular total; constituyen la tercera y cuarta causas de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad. La tercera ECV como causa de muerte es la insuficiencia cardiaca (IC) que ocasiona aproximadamente el 15% de la mortalidad total (11% en varones y 19% en mujeres).

El sustrato anatomofisiopatológico común de las ECV es la arterioesclerosis, proceso multifactorial al que contribuyen numerosos factores de riesgo cardiovascular (FRCV), siendo uno de los más frecuentes e importantes la hipercolesterolemia.

Entre el 50-69% de los españoles tienen hipercolesterolemia (colesterol total [CT] > 200 mg/dl) y el 20% ≥ 250 mg/dl[1-3]. La población española tiene unos valores medios de CT de 221 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) de 141 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL) de 53 mg/dl (48 en hombres y 58 en mujeres) y 135 mg/dl para los triglicéridos (TG). Las concentraciones de colesterol en la población están influidas por determinantes genéticos, ambientales y alimentarios, en especial la ingestión de grasas saturadas y en menor medida de colesterol.

El 25% de los pacientes en las consultas de Atención Primaria están diagnosticados de dislipemias. 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[4]. Además y contrariamente a lo deseable, el grado de control disminuye conforme aumenta el RCV de los pacientes. Entre los factores asociados al mal control de las dislipemias figuran la sobreestimación del control real de los pacientes por parte de los médicos, la inercia terapéutica clínica (conducta terapéutica más conservadora ante pacientes realmente mal controlados) y el incumplimiento terapéutico.

Por lo tanto es una necesidad detectada en los estudios epidemiológicos con un amplio margen de mejora en el grado de control y consecución de objetivos, tanto en prevención primaria como en prevención secundaria.

Con la evidencia creciente del beneficio clínico del tratamiento intensivo de la hipercolesterolemia junto con la elevada prevalencia de dislipidemias mixtas asociadas a la diabetes y al síndrome metabólico, surge la necesidad de nuevas estrategias hipolipemiantes para alcanzar más eficazmente los objetivos terapéuticos que permitan controlar el riesgo cardiovascular de nuestra población.

Desde el punto de vista del control del c-LDL, las actuales recomendaciones internacionales recogidas en las guías establecen objetivos de control cada vez más estrictos, definiendo una categoría de pacientes de muy alto riesgo cardiovascular que requieren conseguir niveles de c-LDL < 70 mg/dl en las guías americanas[5] o < 80 mg/dl en las guías europeas[6]. La mayoría de los pacientes de alto riesgo cardiovascular requiere reducciones de c-LDL > 50% para conseguir el objetivo terapéutico.

Las estatinas constituyen actualmente el tratamiento más eficaz, y son el tratamiento de elección para disminuir los niveles de colesterol plasmático[7]. La eficacia de las estatinas en el tratamiento y prevención de las enfermedades coronarias está bien establecida. A pesar del beneficio claramente establecido de la monoterapia con estatinas usadas en dosis bajas a moderadas para prevención primaria y secundaria de enfermedad cardiovascular[3], los estudios clínicos más recientes[8-13], han demos-

trado el beneficio adicional de una terapia más intensiva con estatinas. El reciente metaanálisis de Josan et al[14] corrobora los resultados obtenidos en los ensayos anteriores y concluye que el régimen intensivo consigue reducciones adicionales de c-LDL de forma segura, y que más de la mitad de los pacientes no alcanzan los objetivos de control en prevención secundaria (c-LDL < 2 mmol/l).

Los resultados de estos estudios confirman la relación directa entre la reducción del c-LDL con el tratamiento y el riesgo absoluto de eventos coronarios, y que mayores disminuciones del c-LDL se asociaban a mayores beneficios clínicos. Actualmente se considera que el c-LDL cuanto más bajo esté mejor. La cifra óptima del c-LDL podría situarse entre 50-70 mg/dl[15]. Incluso se podría predecir que para prevención secundaria la tasa de eventos coronarios se aproxima a cero para unas concentraciones de LDL de 30 mg/dl.

Aunque muchos pacientes pueden alcanzar estos objetivos tan estrictos con dosis elevadas de las estatinas de mayor potencia, como atorvastatina y rosuvastatina, la realidad es que un porcentaje significativo de pacientes no alcanzan los objetivos de tratamiento de c-LDL, situación especialmente crítica en los pacientes de mayor riesgo cardiovascular[16,17]. En prevención secundaria sólo alcanza objetivos de control (LDL < 100 mg/dl) el 20% de los pacientes[18,19].

A pesar de toda la evidencia disponible, los médicos con gran frecuencia no titulan adecuadamente las estatinas hasta las dosis más altas para alcanzar un mayor efecto hipolipemiante o, cuando esto ocurre, la terapia con altas dosis de estatinas pierden eficacia de forma progresiva o se asocian a efectos secundarios hepáticos y/o musculares que impiden alcanzar todo su potencial hipolipemiante. Además, a pesar de la creciente utilización de las estatinas, tienen lugar un número significativo de eventos coronarios en pacientes con hiperlipemia familiar combinada, obesidad, diabetes tipo 2 y síndrome metabólico, debido fundamentalmente al riesgo cardiovascular residual[20] que no se elimina con el descenso del c-LDL, y se atribuyen entre otros factores a la dislipemia mixta o cuarteto lipídico que presentan estos pacientes: hipertrigliceridemia, c-HDL bajo, aumento del colesterol no HDL, aumento de las partículas LDL pequeñas y densas, y aumento de las apo B.

Cada vez es más deseable disponer de intervenciones terapéuticas encaminadas a lograr los objetivos primarios de c-LDL y los objetivos secundarios de todas las alteraciones lipídicas presentes para lograr una mayor disminución del riesgo cardiovascular y del riesgo residual. La terapia combinada aumenta la probabilidad de lograr todos estos objetivos[20].

OBJETIVO GENERAL

Abordar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con dislipemias orientado a la consecución de objetivos terapéuticos, considerando la importancia de la hipercolesterolemia como un FRCV mayor para la aparición de la enfermedad cardiovascular y su elevada prevalencia en las consultas de Atención Primaria, teniendo en cuenta no sólo los niveles de lípidos, sino el riesgo cardiovascular total presente en un individuo para elegir la mejor estrategia terapéutica, con la finalidad de disminuir el RCV total y la incidencia de enfermedad cardiovascular.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Actualizar los conocimientos y las últimas evidencias científicas disponibles sobre los siguientes apartados del control de las dislipemias:

1. Detección y diagnóstico.
2. Estudio.
3. Cálculo del RCV.
4. Clasificación de las dislipemias: primarias y secundarias.
5. Protocolo de manejo de las dislipemias orientado a la consecución de objetivos: prevención primaria y secundaria.
6. Tratamiento: modificaciones del estilo de vida y tratamiento farmacológico.
7. Control y seguimiento.

METODOLOGÍA

La metodología docente se estructurará en dos partes:

Una primera parte de contenido eminentemente teórico (1 hora de duración) para la mejora y/o modificación de actitudes en las competencias básicas y avanzadas del desarrollo profesional continuo en las que el docente expondrá las bases teóricas del manejo de las dislipemias por el médico de Atención Primaria orientado a la consecución de objetivos.

Una segunda parte práctica con el desarrollo interactivo de 2 casos clínicos paradigmáticos (1 hora de duración) que ayuden a fijación e interiorización de los conocimientos teóricos para su ejecución en la práctica clínica habitual en las consultas de Atención Primaria con el objetivo de cambiar los comportamientos del médico de familia, implicándose de forma proactiva en el control estricto del paciente dislipémico.

EVALUACIÓN

Se realizará a los discentes una evaluación de 15 preguntas tipo test con respuesta de elección múltiple, además del control de asistencia al aula formativa mediante sistema manual y/o electrónico.

Para la obtención de la acreditación, el discente deberá asistir al 80% del contenido teórico-práctico y superar el 80% de respuestas correctas al test de evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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. Disponible en: http://www.searteriosclerosis.com/web/contenidos/secciones/71/informe-sea-2007
2. Gutiérrez Fuentes JA, Gómez Gerique JA, Giménez de la Cámara A, Rubio MA, García Hernández A, Aristegui I. Dieta y riesgo cardiovascular (DRECE II). Descripción de la evolución del perfil cardiovascular. Med Clin (Barc). 2000;115:726-9.
3. 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.
4. Civera F, Banegas JR, Vegazo O, Serrano P, Luengo E, Mantilla T, et al. Estudio Hispalipid. Clin Invest Arterioescl. 2003;15 Supl 1:53-4.
5. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, et al; National Heart, Lung, and Blood Institute; American College of Cardiology Foundation; American Heart Association. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. Circulation. 2004;110:227-39.
6. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: fourth joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2007; 28: 2375-414.
7. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001;285: 2486-97.
8. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. Lancet. 2002;360:7-22.
9. LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, et al; Treating to New Targets (TNT) Investigators. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. N Engl J Med. 2005;352: 1425-35.
10. Cannon CP, Braunwald E, McCabe CH, et al. PROVE-IT Study. Comparison of Intensive and Moderate Lipid Lowering with Statins after Acute Coronary Syndromes. N Engl J Med. 2004;350: 1495-504.
11. De Lemos JA, Blazing MA, Wiviott SD, et al. Early Intensive vs a Delayed Conservative Simvastatin Strategy in Patients With Acute Coronary Syndromes. Phase Z of the A to Z Trial. JAMA. 2004;292: 1307-316.
12. Spencer FA, Allegrone J, Goldberg RJ, et al. Association of statin therapy with outcomes of acute coronary syndromes: the GRACE study. Ann Intern Med. 2004;140:857-66.
13. Pedersen TR, Faergeman O, Kastelein JJP, et al, for the Incremental Decrease in End Points Through Aggressive Lipid Lowering (IDEAL) Study Group. High-dose atorvastatin vs usual-dose simvastatin for secondary prevention after myocardial infarction: the IDEAL study: a randomized controlled trial. JAMA. 2005; 294:2437-45.
14. Josan K, Majumdar SR, McAlister FA. CMAJ. 2008;178:576-84.
15. O'Keefe JH, et al. Optimal low-density lipoprotein is 50 to 70 mg/dl. Lower is better and physiologically normal. J Am Coll Cardiol. 2004;43(11):2142-6.
16. Gaw A. A new reality: achieving cholesterol-lowering goals in clinical practice. Atheroscler Suppl. 2002;2:5-8.
17. Rodríguez Padial L, Macias Bellido C, Alcalá López J, Velázquez Martín M, Gil Polo B. Escasa aplicación de las medidas de prevención en los pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad arterial coronaria en España. Estudio DETRIC. Rev Clin Esp. 2005;205:14-8.
18. Tranche S, López I, Mostaza Prieto JM, et al. Control de los factores de riesgo en prevención secundaria. Estudio PRESENAP. Med Clin (Barc). 2006;38(5):250-9.
19. Rodríguez-Coca G, Llisterri JL, Barrios V, et al. Grado de control de las dislipemias en los pacientes españoles atendidos en atención primaria. Estudio LIPOCAP. Clin Invest Arterioescl. 2006;18:226-38.
20. Fruchart JC, Saks F, Hermans MP, et al. The Residual Risk Reduntion Initiative: a call to action to reduce residual vascular risk in patients with dyslipemia. Am J Cardiol. 2008;102 10 Suppl:1K-34K.

Manejo del paciente con VIH

José Luis Cañada Merino[a] y Emilio Ildefonso García Criado[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud de Algorta (Getxo, Bizkaia). Coordinador del Grupo de Infecciosas de SEMERGEN.
[b]Médico de Familia. Centro de Salud de la Fuensanta. Córdoba. Coordinador Nacional de Grupo de Urgencias de SEMERGEN.

INTRODUCCIÓN

Los virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 y tipo 2 (VIH-l y VIH-2) han sido claramente identificados como la causa principal de sida. Los VIH constituyen el prototipo de miembros del Género *Lentivirus*, perteneciente a la familia *Retroviridae*. El nombre del género alude al largo período de incubación que transcurre entre la infección y la enfermedad, que puede incluso superar los 10 años. La acción patógena del VIH en el individuo infectado resulta de la interrelación entre múltiples factores que influyen en el ciclo vital del virus en sí y en la respuesta inmune por parte del organismo.

ACTIVIDADES A REALIZAR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

1. Diagnóstico de la infección por el VIH.

2. Información general y actividades preventivas: campañas educativas y de promoción de la salud.

3. Controles periódicos a pacientes asintomáticos que no precisan tratamiento de entrada, o a aquellos que no quieran recibirlo por la causa que sea.

4. Contribuir a la adherencia al tratamiento y a las medidas de profilaxis.

5. Tratamiento de las patologías de los pacientes seropositivos que no requieran ingresos o tratamientos hospitalarios.

6. Cuidados paliativos.

VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

Transmisión sexual

Exposición al VIH por contacto con el semen, la sangre o secreciones vaginales de una persona portadora del VIH (relaciones sexuales por vía oral, vaginal o anal). El riesgo de transmisión de VIH en este caso varía entre 0,1 y 0,3%. Las relaciones heterosexuales suponen el 22% del total de los casos (el 17% de los casos en los varones y el 40% en las mujeres). Las relaciones homo-bisexuales son causa del 15% de los casos descubiertos en varones.

Transmisión parenteral

Por exposición a sangre, derivados sanguíneos o tejidos trasplantados (en situaciones sin control sanitario adecuado o en el caso de los adictos a drogas por vía parenteral [ADVP] por compartir agujas, jeringuillas u otros utensilios utilizados en el proceso de preparación

y administración de la droga, contaminados con sangre de un portador). El riesgo de transmisión de VIH por un episodio de exposición a una aguja por vía intravenosa es de un 0,67% y por exposición percutánea del 0,4%. Supone el 55% del total, siendo la más frecuente en España.

Transmisión vertical (perinatal)

De madre infectada a su hijo durante el embarazo, el parto, o la lactancia. Supone el 1% de los casos.

INFECCIÓN AGUDA POR EL VIH

La primoinfección por el VIH es sintomática en más de la mitad de los casos, pero puede pasar desapercibida por ser similar a una viriasis común. Los síntomas y signos más frecuentemente encontrados son fiebre, adenopatías, mialgias, exantema, sudoración nocturna y artralgias. Debemos sospechar en toda persona con conductas de riesgo y síntomas compatibles.

INFECCIONES OPORTUNISTAS

Las infecciones oportunistas han sido la principal causa de morbilidad y mortalidad de los pacientes infectados por el VIH desde el inicio de la epidemia de sida. La instauración de pautas eficaces de profilaxis primaria y secundaria frente a las principales infecciones oportunistas supuso el primer gran avance terapéutico para los enfermos VIH positivos, permitiendo un significativo descenso de mortalidad ya antes de la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad. Con la introducción de este tratamiento se asistió a un notable cambio en la evolución de la infección por VIH, con una drástica reducción de la mortalidad y de la incidencia de enfermedades oportunistas. Sin embargo, continuamos en la actualidad observando casos de infecciones oportunistas en varias situaciones:

– Pacientes que no se sabían infectados por el VIH y que comienzan con una infección oportunista.

– Enfermos que no reciben tratamiento por mala tolerancia.

– Fracaso del tratamiento por falta de adherencia.

CATEGORÍAS CLÍNICAS DEL SIDA

Categoría A

Se aplica a la infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente (LGP).

Categoría B

Se aplica a los pacientes que presentan o han presentado enfermedades relacionadas con VIH (no pertenecientes a la categoría C) o cuyo manejo o tratamiento puedan verse complicados debido a la presencia de la infección por VIH.

Categoría C

Se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las complicaciones ya incluidas en la definición de sida cuando el paciente tiene una infección por el VIH bien demostrada y no existen otras causas de inmunodeficiencia que pueda explicarla.

CATEGORÍAS INMUNOLÓGICAS

Categoría 1

Linfocitos CD4 ≥ 500/mm^3 en número absoluto o CD4 ≥ 29%.

Categoría 2

Linfocitos CD4 entre 200 y 499/mm^3 o entre 14-28%.

Categoría 3

Linfocitos CD4 < 200/mm^3 o CD4 < 14%.

En nuestro medio se considera afectos de sida a los pacientes incluidos en las categorías C1, C2 y C3. Las categorías A3 y B3 no han sido aceptadas por la OMS para Europa como sida.

PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Actualmente, gracias al tratamiento antirretroviral de alta eficacia, la historia natural de esta enfermedad ha cambiado, hay períodos largos asintomáticos y se ha cronificado su evolución en pacientes con buena adherencia al tratamiento. Actuando de forma conjunta con el medio hospitalario, habría algunas actividades a realizar en la Atención Primaria. Para que esto sea posible debemos conseguir aumentar el nivel técnico y familiarizarnos con el VIH y el sida. El tratamiento de la infección por el VIH evoluciona con tal rapidez que exige una frecuente actualización en sus recomendaciones.

Tras más de 20 años de estudios clínicos con tratamientos antirretrovirales y distintas combinaciones de fármacos, se pueden establecer una serie de principios básicos:

1. El tratamiento se basa en combinaciones de, al menos, 3 fármacos.

2. La adherencia al tratamiento tiene un papel primordial en el grado y duración de la respuesta antiviral.

3. La situación clínica, la cifra de linfocitos CD4 y la carga viral plasmática son los tres elementos básicos para establecer las decisiones terapéuticas y monitorizar la efectividad del tratamiento.

4. El objetivo del tratamiento es reducir la carga viral plasmática por debajo de los límites de detección, manteniéndola el mayor tiempo posible.

5. La aparición de resistencias es un fenómeno inevitable.

6. Con las pautas actuales de tratamiento es posible la restauración del sistema inmune cuantitativa y cualitativamente.

7. Disponemos de un total de 22 fármacos antirretrovirales comercializados pertenecientes a 6 familias diferentes.

8. La toxicidad de estos fármacos es un factor limitante para su uso.

9. La elección de los fármacos puede depender de las preferencias del médico o del paciente, de los efectos secundarios, grado de adherencia, tratamientos previos, o interacciones farmacológicas, así como de la disponibilidad y sus costes.

10. La prevención de la infección por el VIH es un aspecto fundamental que no debemos olvidar en la clínica diaria y que debe de introducirse de forma sistemática en la educación sanitaria de los pacientes y todas las personas de su entorno.

ESTRATEGIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH

En la actualidad, prevalece la hipótesis de que el VIH, desde el momento en que penetra en el organismo humano, prolifera de una forma continua, aunque a velocidades diferentes según el estadio evolutivo de la infección. Se distinguen tres fases: a) primoinfección, b) asintomática, de varios años de duración y c) sintomática, que clínicamente se corresponde con el complejo relacionado o con el sida.

Primoinfección VIH

La estrategia diagnóstica ante la sospecha de primoinfección por VIH incluirá necesariamente la detección de anticuerpos totales y antígeno p24 libre en sangre con las siguientes consideraciones:

– Un resultado negativo frente a los dos marcadores citados de infección por VIH puede ser debido a: la ausencia de infección o que el paciente está en el "periodo ventana".

En ambas situaciones se procederá a la realización de determinaciones seriadas de anticuerpos y de antígeno a las 2 y 4 semanas y a los 3 y 6 meses para confirmar la ausencia o presencia de infección VIH.

– Un resultado de anticuerpos negativo con presencia de antígeno p24 libre en sangre es indicativo de infección reciente, probablemente durante las 8 semanas anteriores. Se procederá a realizar determinaciones seriadas de anticuerpos y antígeno siguiendo la pauta indicada en el punto anterior.

– Un resultado de anticuerpo positivo con ausencia de antígeno libre circulante, es diagnóstico de infección por VIH completamente establecida.

Fase asintomática de la infección VIH

Esta fase se caracteriza por la presencia de anticuerpos y ausencia de antígeno p24 libre, o presencia intermitente, no mantenida, de dicho antígeno. Esta fase puede durar años manteniendo dicho perfil sérico. Los diferentes estudios de seguimiento longitudinal de pacientes infectados indican que la probabilidad de que la infección progrese hacia estadios más avanzados es baja en los primeros 2-4 años de infección y aumenta considerablemente a partir de los 5 años, siendo de casi el 60% a los 10 años de haberse producido la infección y sin que, aparentemente, parezca haber diferencias importantes entre los distintos subgrupos importantes afectados. Los niveles de antígeno y anticuerpos varían enormemente entre individuos. Si el médico que sigue a un paciente infectado por VIH decide emplear marcadores séricos específicos virales, debe conocer que son necesarias las pruebas seriadas para confirmar una tendencia. Así, los pacientes, en esta fase de la infección por VIH deben monitorizarse para detectar cambios en el perfil serológico y establecer un pronóstico de evolución de la infección.

Fase sintomática de la infección por VIH

Esta fase se inicia a consecuencia de un aumento de la actividad replicativa del virus y clínicamente se manifiesta por la aparición de una grave alteración del estado general, infecciones oportunistas, ciertos tipos de neoplasias o de trastornos neurológicos, cuyo grado de evolución se clasifica según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El pronóstico vital a partir de este momento, aun con tratamiento específico antiviral es, en las mejores estimaciones, del 50-75% a los 365 días. La edad, el sexo, la actividad de riesgo a través de la cual se adquirió la infección y la forma de presentación (reflejo indirecto del grado de inmunosupresión) influyen en el pronóstico.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA

A lo largo de la evolución del paciente con infección por VIH se presentan diversas situaciones que requieren la derivación hospitalaria, ya sea debido a alguna manifestación clínica, analítica, por causa inmunológica, terapéutica u otras situaciones.

Ingreso por manifestaciones clínicas

1. Causas respiratorias: tuberculosis pulmonar

– Sospecha clínica o radiológica de infección por *Pneumocystis jiroveci*, que requerirá derivación urgente. Esta situación suele suceder en pacientes con cifras de CD4 < 200 o que han suspendido la quimioprofilaxis.

– Las neumonías se presentan con más frecuencia que en la población general y son causa frecuente de ingreso. La neumonía bacteriana recurrente es criterio de sida.

– En general ante un proceso broncopulmonar con patrón difuso en la radiografía de tórax y/o disnea, fiebre o mal estado general.

2. Causas digestivas

– La aparición de una candidiasis de la cavidad oral en un paciente infectado por VIH no controlado deberá ser valorada por un servicio hospitalario pues con mucha probabilidad tendrá unas cifras de CD4 < 500 y puede ser tributario de iniciar profilaxis o tratamiento antirretroviral. La ausencia de muguet prácticamente excluye unos CD4 < 200.

– La aparición de una candidiasis esofágica, ya que es un criterio diagnóstico de paso a situación de sida.

– Ante un cuadro de síndrome diarreico: cuando necesitemos diagnóstico etiológico, cuando sea crónica con duración mayor de un mes y sin respuesta al tratamiento o cuando esta sea severa y que nos haga sospechar estar ante una diarrea producida por virus, *Cryptosporidium* o por *Isospora belli*.

3. Causas dermatológicas

– La aparición de un herpes simple mucocutáneo crónico, de duración mayor de un mes, que es criterio de situación de sida.

– Un herpes zóster que afecte a varias metámeras.

– El sarcoma de Kaposi, el cual se puede presentar con diferentes grados de inmunosupresión y con más frecuencia en varones con prácticas homosexuales.

– Una leucoplasia oral vellosa y dermatitis seborreica, que al igual que el muguet, nos ayuda a identificar a la mayoría de los pacientes con menos de 500 CD4 y cuya ausencia nos puede excluir en la práctica a los que tienen más de 200 CD4.

Ingreso por criterios analíticos

– Trombopenia severa, ya sea por el propio VIH o por el tratamiento.

– Anemia o neutropenia severas.

– Serología positiva a lúes para descartar neurosífilis.

Ingreso por criterios del estado inmune

– Todo paciente infectado por VIH conocido debería tener determinaciones de carga viral para evaluar su pronóstico y tratamiento. Mientras esta prueba no sea posible desde Atención Primaria nos obligará a la derivación.

– Imposibilidad de disponer de cuantificación de subpoblaciones linfocitarias.

– Paciente con menos de 200 CD4 para iniciar profilaxis de las infecciones oportunistas, si el profesional de Atención Primaria no está familiarizado con su prescripción y control.

– Descenso rápido de CD4.

– Prueba de anergia cutánea.

Otros criterios de ingreso hospitalario

– Efectos secundarios o adversos a fármacos.

– Abandono del tratamiento o profilaxis.

– Pacientes infectadas por VIH embarazadas para valorar el tratamiento con zidovudina.

– Derivación a Salud Mental, trabajador social, ONG, Centros de Atención al Drogodependiente.

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

La asociación entre infección por VIH y trastornos psiquiátricos es muy frecuente. Enfermos con infección por VIH suelen presentar trastornos psiquiátricos y éstos son un factor de riesgo de infección por el VIH10 e incrementan la morbilidad asociada al mismo por la dificultad que encuentran estos pacientes para realizar un adecuado tratamiento antirretroviral. Los problemas psiquiátricos más usuales, según criterios de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), son los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas (alcohol, opiáceos y cocaína, cannabinoides, sedantes e hipnóticos y politoxicomanía); trastornos afectivos (episodio depresivo, trastorno bipolar y episodio maníaco) que representan más del 50% de los procesos psiquiátricos; las psicosis y los trastornos de la personalidad y del comportamiento. Según criterios de la cuarta revisión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) las entidades psiquiátricas observadas con más frecuencia en pacientes con infección por VIH son la depresión mayor, el trastorno bipolar, los trastornos de la personalidad, el consumo de drogas y los trastornos del ánimo.

VACUNAS RECOMENDABLES EN ADULTOS PORTADORES DEL VIH

Una de las complicaciones más frecuentes derivadas del estado de inmunosupresión de los pacientes VIH positivos son las infecciones. Las infecciones oportunistas van a causar una gran morbimortalidad entre los sujetos VIH positivos y el curso de las infecciones comunes va a ser más grave en este tipo de pacientes.

Ante la perspectiva de larga evolución de la enfermedad pero con un deterioro progresivo del sistema inmune y sin conseguir erradicar el VIH, la producción de anticuerpos frente a patógenos infecciosos representa un factor defensivo de primordial importancia frente a infecciones diseminadas en el futuro. Por ello, la inmunoterapia precoz representa una de las medidas a tomar de mayor peso para el futuro de estos pacientes. Debe quedar claro que ser portador del VIH no es una contraindicación para la vacunación, pero precisa de consideraciones adicionales a las del sujeto VIH negativo. La respuesta inmune de los sujetos VIH positivos a las vacunas inactivadas está estrechamente relacionada con el estadio de la enfermedad. Una minoría de pacientes genera títulos de anticuerpos protectores significativos después de la vacunación. La respuesta inmunológica mejora si el enfermo está recibiendo tratamiento antirretroviral altamente eficaz, por lo que se recomienda que las vacunas sean administradas preferentemente a individuos sometidos a esta terapia durante al menos 4 semanas. Deben medirse los títulos de anticuerpos específicos después de la administración de algunas vacunas para asegurar la protección. La estimulación antigénica que producen las vacunas puede provocar una replicación del VIH en ciertos pacientes. También se ha descrito un incremento de células sanguíneas periféricas infectadas por el VIH. Este aumento de la carga viral suele ser transitorio, volviendo a su estado basal en un período de 4 a 6 semanas. Además este incremento no parece tener implicaciones pronósticas en la progresión del VIH, por lo que no de-

be condicionar la vacunación de estos enfermos, si bien, cuando el número de linfocitos CD4 sea inferior a 200/mm^3 o la carga viral sea elevada deberá evitarse, si es posible, la vacunación.

Me sube la bilirrubina: enfoque diagnóstico del paciente con ictericia

Ana Sarrión Bosque[a] y Carlos A. Siljeström Laredo[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Bétera. Valencia.
[b]Médico de Familia. Centro de Salud Costa Cálida. La Manga del Mar Menor. San Javier. Murcia.

DIAGNÓSTICO

La ictericia aparece como signo clínico a partir de cifras de bilirrubina total superiores a 2,5 mg/dl. La bilirrubina total está formada por una fracción indirecta o no conjugada y otra fracción directa o conjugada. Su elevación puede indicar disfunción hepatocelular, obstrucción biliar o hemólisis. Ante un paciente con ictericia las exploraciones diagnósticas irán encaminadas a descartar estas tres causas.

En relación con la fracción de bilirrubina más elevada podemos orientar el diagnóstico hacia distintos procesos etiológicos:

1. Bilirrubina indirecta elevada con bilirrubina indirecta normal. La valoración de los reticulocitos del hemograma nos llevará a diferenciar procesos hemolíticos de la enfermedad de Gilbert.

2. Bilirrubina indirecta y directa elevadas. Nos obliga a realizar estudio enzimático hepático y biliar que descarte patología inflamatoria y colestasis intra o extrahepática. Si las enzimas de colestasis están elevadas se completa el estudio con ecografía y resonancia magnética si se precisan. Si las enzimas de colestasis son normales, descartar defectos del metabolismo de la bilirrubina (Dubin Johnson o Rotor).

3. Bilirrubina indirecta normal y directa elevada. Se inician igualmente los estudios enzimáticos que descarten patología inflamatoria o colestasis.

TRATAMIENTO

En función de los hallazgos clínicos, analíticos y pruebas de imagen se decidirá el tratamiento adecuado a cada situación patológica. Estará indicado el estudio por Hematología si la elevación corresponde a la bilirrubina no conjugada. La elevación de la bilirrubina conjugada requiere un procedimiento diagnóstico preciso que nos llevará a distintos tratamientos según la gravedad para el paciente.

Hiperbilirrubinemia

– *Ictericia:* pigmentación amarilla de piel, escleróticas, mucosas y líquidos corporales por acumulación de bilirrubina (C/NC) en el torrente sanguíneo.
– Desequilibrio entre síntesis y eliminación de la bilirrubina.
– Exceso de formación de los precursores de esta.

Conceptos

– Valores normales 0,3-1,0 mg/dl.
– Ictericia, si la concentración plasmática de bilirrubina excede de 2,0-2,5 mg/dl.
– BC: 15% del total.
– 85% en forma de BNC.
– Carotenos, quinacrina causan pigmentación de la piel pero no de las escleróticas.

Síntesis y metabolismo de la bilirrubina

Etapas: sintesis y metabolismo

– Formación.
– Transporte plasmático.
– Captación hepática.
– Conjugación.
– Excreción vía biliar.
– Eliminación intestinal.

Causas (prehepáticas). Hiperbilirrubinemias no conjugadas (BI). Formación: hemólisis, eritropoyesis ineficaz, hematomas, GOT/GPT/GGT, fosfatassa alcalina (FA) normales.

Causas (prehepáticas). Hiperbilirrubinemias no conjugadas (BI). Transporte plasmático: fármacos (sulfamidas), ampicilina, salicilatos, furosemida, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), contrastes radiográficos.

Causas (hepáticas). Hiperbilirrubinemias no conjugadas. Conjugación: síndrome de Gilbert, síndrome de Crigler-Najjar, lactancia, recién nacido, fármacos (cloranfenicol, anestésicos).

Causas (hepáticas). Hiperbilirrubinemia directa. Alteración de la excreción: hiperbilirrubinemia conjugada, síndrome de Dubin-Johnson, síndrome de Rotor, alteración GOT/GPT, GGT/FA. Colestasis intrahepática: hepatitis A/C, cirrosis hepática, colestasis gravídica, CEP/tumores hepáticos, sepsis, ICC, amiloidosis, ictericia postquirúrgica, enfermedad de Caroli, EHNA.

Causas (extrahepáticas). Colestasis extrahepática: litiasis biliar, parasitosis, pancreatitis aguda/crónica, atresia vía biliar, CEP, estenosis biliar postquirúrgica, carcinoma de páncreas, ampuloma, alteración GOT/GPT, GGT/FA. Exploración física: ictericia-intensidad; orina /heces: coluria-hipo/acolia (B. conjugada); piel (estigmas cutáneos); ascitis/circulación colateral; exploración abdominal: hepatomegalia, esplenomegalia, ¿dolor en hipocondrio

derecho?, vesícula (palpación); presencia de: lesiones por rascado, hematomas.

Manejo inicial

– Historia del paciente/edad-sexo.
– Recién nacido: ictericia fisiológica; patologías: atresia biliar y hepatitis neonatal idiopática.
– Adolescentes: causas más frecuentes: síndrome de Gilbert y hepatopatías aguda virales.
– Edades más tardías: tumores y litiasis biliar.
– Sexo: síndrome de Gilbert (hombres); cirrosis biliar primaria (mujeres).
– Fármacos.
– Prurito (colestasis)/fiebre-artralgias-exantema cutáneo (hepatitis tóxicas por fármacos.

Patología anal: trasladando la evidencia a la práctica clínica

Hemorroides o enfermedad hemorroidal

Mª Pilar Remiro Barrera

Cirujana. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Las hemorroides son formaciones de naturaleza vascular, más arterial que venosa, situadas en la submucosa del canal anal. Tienen como función el mantenimiento de la continencia fecal; son, por tanto, parte de la anatomía normal. Hablaremos de enfermedad hemorroidal cuando se transforman en patológicas o causan sintomatología.

ETIOPATOGENIA

Existen demasiadas causas, muchas de ellas sin base científica. La obesidad, el embarazo, la hipertensión portal, permanencia durante largos periodos en posición sentada o erecta, el estreñimiento, factor genético, congestión pelviana, de origen hormonal u otro. Sin evidencia, la ingesta de picantes, chocolate, alcohol y tabaco. Uno o varios de estos factores pueden romper la simbiosis entre los componentes de las almohadillas hemorroidales y provocar la enfermedad hemorroidal.

CLASIFICACIÓN

Dependiendo de su localización, pueden ser externas e internas. Dependiendo de su entidad: grado I, II, III, IV, según el tipo de prolapso y su capacidad de reducción.

SINTOMATOLOGÍA

– Rectorragia: en fase aguda y crónica. En cualquiera de los grados.
– Dolor: en fase aguda. Ausente en el grado I.
– Prolapso: en ambas fases. Aparece en los grado II, III y IV.
– Ensuciamiento: en las dos fases y en el III y IV grado.
– Prurito: en fase aguda y a partir del III grado.
– Trombosis hemorroidal: fase aguda y III y IV grado.

EXPLORACIÓN

– Inspección: características de la piel, plexo hemorroidal externo, trombosis, prolapso, presencia de exudados, contractura del esfínter anal interno (EAI), maniobra de Valsalva.
– Tacto rectal: exploración vejatoria para el paciente; existencia de contractura del EAI. Existencia de hemorroides internas, papilas hipertróficas, pólipos, tumoraciones. Trombosis. Exudación por el aumento de presión. Valoración del dolor.
– Anuscopia, rectoscopia, colonoscopia.

TRATAMIENTO

Médico

Medidas dietéticas e higiénicas, medidas farmacológicas (orales, flevotónicos y antiinflamatorios; tópicas; corticoides, anestésicos, antisépticos).

Quirúrgico

Hemorroidectomía cerrada, hemorroidectomía abierta.

Otros tratamientos

Esclerosis (grado I y II). Ligaduras o bandas elásticas. Fibrocoagulación con infrarrojos. Crioterapia.

Tratamiento en Atención Primaria

– Fase crónica: medidas higiénicas y dietéticas.
– Fase aguda:

a) Sin trombosis hemorroidal: las anteriores. Flebotónicos, tratamiento tópico. Tratamiento local de la dermitis.

b) Con trombosis hemorroidal: tratamiento médico (corticoide por vía intramuscular).

– Trombectomía: trombosis localizadas, sin edema, antes de tres días de evolución. Contraindicada en trombosis con gran componente edematoso perihemorroidal, pasados tres días de evolución, enfermos anticoagulados y cuando los medios no sean adecuados

FISURA ANAL

La fisura anal es una ulceración lineal del epitelio del canal anal que se extiende desde la línea dentada al margen del ano. Seguramente es el proceso más doloroso de la región anal.

Etiopatogenia

Existen diversas teorías basadas en factores predisponentes, alteraciones anatómicas, histológicas y fisiología del EAI; traumatismo en el canal anal en los periodos de estreñimiento. Ninguna de ellas explica de forma completa el mecanismo que origina las fisuras.

Las manometrías realizadas a estos pacientes demuestran la existencia de una presión de reposo elevada en el EAI. Igualmente tras la relajación fisiológica inducida por la distensión rectal se produce un espasmo patológico reactivo, que podría ser la causa del dolor postdeposición.

Clasificación

– *Primarias:* aparecen en cualquier etapa de la vida y sin distinción de sexo. En el 95% de los casos en la línea media posterior y ocasionalmente en la anterior.

– *Secundarias:* enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, tuberculosis perianal, carcinoma anal, infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), complicaciones de IQ perianales y tratamiento con radioterapia. Se localizan fuera de las líneas medias.

– Agudas o crónicas.

Sintomatología

– Dolor durante la deposición, con sensación de desgarro y después de la misma.

– Rectorragia mínima.

– Prurito anal.

Exploración

– Inspección: existencia de contractura de EAI, pólipo centinela, estado de la piel.

– Tacto rectal: estímulo del anodermo, CEAI, pólipo fibroepitelial.

Tratamiento

– Fisura aguda:

a) Medidas higiénicas y dietéticas.

b) Medidas farmacológicas; infiltraciones, anestésicos tópicos, nitroglicerina, toxina botulínica.

– Fisura crónica: esfinterotomía lateral interna.

Aspectos claves de la patología anal

José Carlos Salinas Payer

Cirujano. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

La incidencia de esta patología es muy elevada para el médico de Atención Primaria (MAP), lo que implica una importante carga de trabajo, y la necesidad de mejorar los conocimientos sobre la misma. En este sentido, actualmente, y también podemos decirlo con anterioridad, a la enseñanza de la Proctología, se le ha dado muy poca importancia en los planes de estudio de Medicina, lo que hace que en muchas ocasiones este tipo de patología se desprecie, o cuando menos se banalice.

Un segundo aspecto también importante es que la Proctología es una disciplina médico-quirúrgica, y tan erróneo es mandar a operar a todos los pacientes, como pensar que todos ellos se pueden curar con métodos incruentos. El MAP debe conocer sus limitaciones, para saber cuándo debe remitir al paciente al cirujano.

El tercer aspecto clave está relacionado con el paciente que sufre su enfermedad anal, el cual, en muchas ocasiones, acude al MAP con: evidente complejo, sentimiento de pudor; cree que su problema es vergonzante, se invade su intimidad, tiene miedo al dolor físico a la exploración, o a adoptar una postura indecorosa durante la misma. Por otra parte, en muchas ocasiones no desea ser explorado, y todo lo que quiere es que el MAP le recete una pomada para su dolencia, lo que lleva a un alto grado de error diagnóstico. De todo esto se puede extraer una primera conclusión: el MAP debe concienciar al paciente de que debe ser explorado, tranquilizarlo en cuanto al dolor, etc., y este a su vez estar dispuesto a hacerla, para llegar a un diagnostico correcto.

OBJETIVOS DEL TALLER/SEMINARIO

– Recordar los aspectos más importantes de la anatomía y exploración anal. (Dr. Salinas).

– Saber qué son y cómo se clasifican las hemorroides. Conocer sus síntomas y sus posibles complicaciones. Discernir cuándo el paciente puede ser tratado por el MAP y cuándo debe ser tratado por el cirujano. (Dra. Remiro).

– Conocer qué es una fisura anal y sus síntomas; saber clasificarlas. Conocer el tratamiento médico, las distintas posibilidades de la esfinterotomía química y las indicaciones y resultados de la cirugía. (Dra. Remiro).

– Clasificar y diagnosticar los abscesos perianales. Conocer sus síntomas. Saber en qué momento deben ser intervenidos. (Dr. Salinas).

– Comprender la etiología de las fístulas perianales. Poder diagnosticarlas y clasificarlas; hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías. Comprender el tratamiento más adecuado de las mismas. (Dr. Salinas).

– Definir qué es un quiste pilonidal. Su sintomatología habitual y cuándo se complica. Conocer el tratamiento de la forma cronificada y aguda de la enfermedad. (Dr. Salinas).

– Práctica clínica: presentación y discusión de casos de patología anal. (Dres. Salinas y Remiro).

ABSCESOS Y FÍSTULAS PERIANALES

Conceptualmente el absceso perianal es una infección de los espacios tisulares de la región anorrectal, que en su mayoría se originan en una criptitis supurada. De acuer-

do con su localización los abscesos se clasifican en: perianal, isquiorrectal, submucoso, interesfintérico y pelvirrectal o supraelevador. El tratamiento es la cirugía con apertura y drenaje amplio de la colección.

Las fístulas perianales son trayectos fibrosos recubiertos de tejido de granulación que comunican el canal anal, y menos frecuentemente la pared del recto con la piel perianal. Su tratamiento es quirúrgico. Hay riesgo de recidiva y de incontinencia.

SENO PILONIDAL

Es un proceso inflamatorio crónico, con presencia de pelos en el tejido subcutáneo, que se localiza en el pliegue interglúteo. Su clínica es variable, desde formas asintomáticas, hasta abscesos agudos. El tratamiento es la cirugía, pero existe un elevado riesgo de recidiva.

Yo comunico, él comunica… ¿Nosotros nos comunicamos?

Rafael Casquero Ruiz

Médico de Familia. Centro de Salud Las Cortes. Madrid.

Las 3 quejas principales de los usuarios con respecto a la atención prestada en la consulta del médico de Atención Primaria son: trato distante, falta de tiempo y lenguaje técnico, poco comprensible. Por tanto, la clase se centrará en 3 apartados: actitud empática, gestión de los afectos; optimización de la gestión del tiempo en la consulta; y comunicación efectiva, flujo recíproco, comprobación de haber sido entendido.

Todo acto médico es un encuentro entre dos seres humanos, con capacidad intrínseca de relación humana, pero además el profesional dispone de habilidades científico-técnicas comunicacionales que van a incidir favorablemente en la entrevista clínica.

Existen técnicas de autocontrol emocional. La práctica clínica exige esfuerzo subjetivo y da lugar a desgaste emocional, a partir de 5 años de ejercicio. Para evitar reacciones emocionales de desgaste hay que permanecer en nuestra propia "sintonía emocional", reconocer las emociones negativas y metabolizarlas lo más prematuramente posible, desarticular la respuesta emocional negativa posible, oponiéndole una creencia o pensamiento (cognición). Cada profesional tendrá su propia cognición.

Los campos de gestión en Atención Primaria sobre los que podemos actuar son:

1. Gestión de consulta (agendas inteligentes, circuitos de demanda, limitaciones del sistema).

2. Gestión de la entrevista/Leyes de la eficiencia.

3. Gestión de la salud/Limitación para AP y EPS.

4. Gestión de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, bajas laborales).

Las agendas inteligentes: deben ser agendas diarias, flexibles, con distribución de carga, adaptables a variaciones de la presión asistencial, paralelas a la consulta de enfermería, individualizando los tiempos de consulta, distribuyendo los vacíos de forma homogénea, manteniendo colchones de recuperación, no sectorizando las citas, permitiendo espacios para imprevistos.

Las limitaciones del sistema incluyen problemas de las aplicaciones informáticas, de accesibilidad telefónica, ausencia de filtro para los pacientes, pacientes difíciles o hiperfrecuentadores, circunstancias especiales/epidemias/corte de suministro eléctrico, gestión de expectativa de espera del paciente, obligación de agilizar las consultas y control de la sobrecarga.

Sobrecarga asistencial: evitar agobiarse o entrar en ansiedad, evitar que se prolonguen las primeras visitas, identificar desde el principio un mapa de demanda, pasar cuanto antes a camilla. En la sobrecarga emocional hay que identificar la relación que subyace con el paciente y mantener un flujo emocional y emocionalidad preactiva. En la sobrecarga cognitiva hay que parar y descansar para recuperarse y disminuir el retraso.

LEYES DE LA EFICIENCIA EN LA ENTREVISTA

– Ley del estratega. Su objetivo es solucionar los problemas del paciente.

– Ley de los vasos comunicantes. Implicación de todo el Equipo de Atención Primaria (EAP).

– Ley del correcaminos. Solapar fases de la entrevista.

– Ley del parsimonioso. La demora en decisiones puede ser favorable.

– Ley del ladrón de momentos. Hay que minimizar las transiciones.

La falta de tiempo (absoluto y relativo) presenta como siguientes repercusiones: anamnesis incompleta, incumplimiento de protocolos preventivos, se eluden aspectos psicosociales, disminuye la satisfacción del paciente y aumenta el desgaste del profesional, puede originar cansancio/médico quemado, habituación a la población, rutina e inseguridades.

LA NEGOCIACIÓN

En el diagnóstico con segundo nivel conviene una comunicación entre iguales. En tratamientos con pacientes hay que realizar pactos con el EAP y con el área. En la incapacidad laboral con el paciente hay que considerar: sobrecarga emocional y organizativa, subjetividad de profesional y del paciente que dificultan el pacto, un accidente laboral grave añade factor económico, pérdida de confianza en el paciente ante sospecha de abuso, valorando los riesgos de ruptura de la relación asistencial, conocer técnicas básicas de negociación en IL, firmeza y seguridad ante la decisión de alta médica y solicitar posibles ayudas/inspectores, otros especialistas/EAP.

ADAPTACIÓN DEL LENGUAJE

Así se mejora la comunicación. Para ello hay que identificar los canales de comunicación: tipos, niveles, registros y estilos. Es necesario desarrollar habilidades para la escucha del paciente. El objetivo es mejorar la calidad asistencial.

CANALES DE COMUNICACIÓN

– Tipos: comunicación verbal, comunicación paraverbal, comunicación no verbal.
– Niveles: consciente, inconsciente.
– Registros: visual, auditivo, cinestésico, neutro.
– Estilos: empático, asertivo, flexible, respetuoso, autoritario, paternalista, sacerdotal, pasota, hipersensible, cálido, amigo…

¿CÓMO INFORMAR?

Con frases cortas y claras, vocabulario neutro, dicción y entonación adecuadas, contacto visual y táctil sin incomodar.

TÉCNICAS DE INFORMACIÓN

Denunciar el problema, según estilo del profesional, desmontar falsas creencias y averiguar conocimientos, ejemplificar como refuerzo del mensaje y racionalizar, identificar causas, posible evolución... Hay que compartir un plan de acción detallado y ofrecer confianza. Sólo se recuerda el 50%. Definir el pacto y explicar los objetivos. Informar por escrito y de forma oral. Aclarar posología, pauta y vías. Advertir de efectos secundarios y precauciones. Estar preparados frente a interacciones y olvidos.

¿QUÉ HACER CON UN PACIENTE DIFÍCIL?

Autocontrol emocional, reconocer nuestras emociones negativas, evitar que se manifiesten, contrabalanceo emocional, escucha relajada, clima emocional sereno, esforzarse en sintonizar, aceptar nuestra parte de responsabilidad, expresar los sentimientos de malestar que nos genera, apoyo narrativo, baja reactividad (dejar hablar), sintonizar (participar del momento emocional), facilitar (ayudar con el relato), repetir frases (reorientar la narrativa), señalar (reforzando puntos de interés), clarificar (tanto en el plano verbal como no verbal), permitir el silencio funcional (reflexión y descarga emocional) y evitar el distanciamiento (abordar los sentimientos). La reflexión sobre las observaciones indica escucha activa y la necesidad de comprender. La paráfrasis es la explicación del contenido de un texto para aclararlo en todos sus aspectos y facilitar su comprensión.

INTERFERENCIAS Y BARRERAS EN LA COMUNICACIÓN

Pueden consistir en ruidos del entorno (recepción, sala, decoración, interrupciones...), interferencias cognitivas, creencias, interferencias emocionales, historia previa, posicionamiento, interferencias socioculturales y prejuicios.

Aula LILLY

Seminario: Neurobiología de la depresión: consecuencias físicas y tratamiento farmacológico

Ricardo Manzanera Escarti

Médico de Familia. Faculty of Medicine. Imperial College London. Londres.

En el seminario se presentarán los hallazgos más recientes sobre la Neurobiología de la enfermedad depresiva y con ellos se presentará un modelo neurobiológico de la depresión. Según este modelo, la depresión se presenta como una enfermedad crónica con repercusiones no solo en la esfera mental sino en la física. El modelo exige un cambio en el pensar, un nuevo paradigma que considera la depresión como una enfermedad orgánica (y no con ello se le resta peso a la psicopatogenia) y por tanto exige un tratamiento a largo plazo que sea capaz en lo posible de revertir las lesiones cerebrales que aparecen en la enfermedad.

La segunda parte del seminario hará hincapié en el análisis de las repercusiones físicas de la enfermedad y presentará evidencias en la etiopatogenia y, sobre todo, en las respuestas al tratamiento antidepresivo.

Aula LUNDBECK

Seminario: Abordaje de los pacientes hiperfrecuentadores

José Ángel Arbesú Prieto

Médico de Atención Primaria. Coordinador del grupo de Salud Mental de SEMERGEN.

Hiperfrecuentación

VALORACIÓN DE LA INCIDENCIA DE PACIENTES HIPERFRECUENTADORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Entre un 5 y un 10% de los pacientes atendidos por el médico de Atención Primaria (MAP) serían hiperfrecuentadores (HF) y aunque el porcentaje pueda no parecer alto consumen una parte importante del tiempo total dedicado a consulta y también otros recursos sanitarios como pruebas complementarias.

¿QUÉ PAPEL DESEMPEÑA EL MÉDICO DE AP EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERFRECUENTADORES?

El paciente HF es atendido fundamentalmente por el MAP debido a la accesibilidad de la AP y a que no requiere habitualmente técnicas de tratamiento especializadas ya sean hospitalarias o ambulatorias.

¿EN QUÉ MEDIDA LA HABILIDAD DEL MÉDICO DE AP AL HACER LA ENTREVISTA CLÍNICA ES LA HERRAMIENTA TERAPÉUTICA MÁS EFICAZ?

La habilidad en la entrevista clínica es la herramienta clave tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de estos pacientes, ya que las sucesivas pruebas complementarias no suelen aportar nada nuevo y los tratamientos farmacológicos prescritos no suelen mejorar de una forma definitiva al paciente que siempre vuelve a consulta presentando la misma u otra sintomatolología somatizadora.

¿QUÉ TRATAMIENTO SE OFRECE A ESTE TIPO DE PACIENTES?

El tratamiento se basa en una escucha activa, exploración física del paciente, si fueran necesarias pruebas complementarias y técnicas de psicoterapia al alcance del MAP como serían identificar estresantes o algún tipo de problema, analizar con el paciente el mismo y pautar formas posibles de abordarlo ya sea cambiando la forma de pensar ante ellos o el abordaje ante los mismos.

¿A QUÉ PORCENTAJE APROXIMADO DE PACIENTES SE LES DERIVA DE AP A SALUD MENTAL? ¿CUÁNTOS TERMINAN VOLVIENDO A AP? ¿POR QUÉ?

No tengo conocimiento de los porcentajes que se derivan aunque es posible que el MAP ante la sospecha de una enfermedad psiquiátrica envíe al paciente a Salud Mental para valoración de la misma y la posibilidad de instaurar tratamiento con psicofármacos o psicoterapia reglada.

Los pacientes en general vuelven todos al MAP pues es el especialista quien debe realizar su seguimiento y valorar toda sus nuevos síntomas.

INSATISFACCIÓN DE ESTOS PACIENTES CON EL SISTEMA SANITARIO

En general están más insatisfechos con el sistema sanitario si son derivados constantemente a especialistas con largas listas de espera; pueden realizar quejas debido a que se consideran enfermos que deben ser atendidos lo

más pronto posible; cuando el tratamiento es realizado por el MAP de acuerdo con las normas aconsejadas de buena práctica clínica no suelen tener quejas en el funcionamiento del sistema sanitario.

Seminario: Adherencia terapéutica en los trastornos mentales

Elena Villalva Quintana

Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar. Alcalá de Henares. Madrid.

El término adherencia terapéutica hace referencia a toda una amplia gama de comportamientos en relación con la salud que va más allá de la simple toma de medicamentos. Implica la participación activa a lo largo de todo el proceso en el plan terapéutico consensuado con el médico y el personal de enfermería.

El problema de la falta de adherencia, aunque ampliamente discutido, ha sido relativamente descuidado en el marco de las prestaciones de servicios de Atención Primaria, a pesar de que supone un grave problema a la hora de tratar trastornos crónicos, tales como hipertensión, diabetes o depresión, ya que se estima que al menos el 50% de las personas con problemas crónicos de salud presentan mala adherencia a los tratamientos, lo que repercute directamente en una peor evolución y un mayor número de complicaciones, incluida la muerte.

En este taller se analizará el problema que supone la mala adherencia a los tratamientos y recomendaciones médicas, haciendo especial hincapié en los trastornos mentales, y se mostrarán algunas líneas de actuación para intentar paliar esta situación.

Seminario: El estigma de la depresión y ansiedad: la realidad "sin etiquetas" desde un prisma cinematográfico. Una responsabilidad de todos

José Ángel Arbesú Prieto

Médico de Atención Primaria. Coordinador del grupo de Salud Mental de SEMERGEN

El objetivo de la actividad es erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales; es uno de los objetivos más importantes en el desarrollo de la Estrategia Nacional de Salud Mental (2007) del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, y así viene recogido en la primera línea estratégica de la misma, cuyas recomendaciones entre otras al respecto se resumen en:

– Implantar mecanismos que permitan identificar las barreras existentes que impidan el ejercicio de la ciudadanía a las personas con trastornos mentales.

– Intervenciones dirigidas a profesionales de la salud, comunicadores, educadores, escolares, empresarios, agentes sociales y asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares.

En la línea de formación a profesionales se desarrolla esta actividad interactiva dirigida a los participantes del XXXI Congreso Nacional de Semergen con la exposición de tres vídeos titulados:

1. "En zapatillas", con una duración de 12 minutos.

2. "Nuestras estrategias", con una duración de 18 minutos.

3. "Tres tigres", con una duración de 12 minutos.

Se fomentará la interactividad con los asistentes evaluando el contenido de los vídeos, los aspectos clínicos más importantes de los mismos, su adecuación a las realidades del paciente con enfermedad mental y su utilidad social para la erradicación del estigma.

Aula NOVARTIS

Seminario: Actualización en HTA: de la evidencia científica a la práctica clínica

Emilio Ildefonso García Criado

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de la Fuensanta (Córdoba). Miembro del Grupo de Hipertensión Arterial de SEMERGEN.

Desde que el Reverendo Sthephans Hales en 1733 fuera el primero en obtener un registro directo de la presión arterial y retomara los estudios sobre la onda de presión con un procedimiento que le permitió no sólo medir la fuerza capaz de movilizar la sangre en el interior del cuerpo, sino establecer con precisión que el latido era rítmico, han sido muchos los investigadores y los esfuerzos realizados a nivel mundial para luchar contra una de las patologías que más vidas se ha cobrado en la historia de la humanidad, la enfermedad cardiovascular.

Actualmente la enfermedad cardiovascular constituye la principal causa de muerte en todo el mundo, provocando más de 17,5 millones de muertes al año, de las cuales aproximadamente 7,6 millones se producen debido

a infarto agudo de miocardio y alrededor de 5,7 millones a ictus. Se prevé que a escala mundial, como consecuencia de esta enfermedad en 2020 se produzcan aproximadamente unos 25 millones de muertes, cifras que cuanto menos no nos deben dejar indiferentes.

A la vista de los datos expresados no cabe otra solución que priorizar en nuestra práctica clínica "la prevención cardiovascular", en todos sus niveles como la única actuación adecuada para evitar esta realidad venidera.

Se ha estimado que más del 80% de los pacientes con hipertensión arterial son íntegramente valorados por médicos del primer nivel de asistencia sanitaria, lo que constituye un gran reto para dichos profesionales, ocupando buena parte de su tiempo en consulta. Por ello, el médico de familia se encuentra en un lugar de privilegio para, no solo acometer esta labor preventiva, sino en vista de la evidencia actual, llevar a la buena práctica clínica los resultados de ensayos que están demostrando una reducción de la morbimortalidad en pacientes con hipertensión arterial y riesgo vascular añadido.

Recientemente hemos asistido a la publicación de nuevos consensos y directrices sobre el manejo de la hipertensión arterial. Como es sabido, está próximo a publicarse el octavo informe del *Joint National Committee* para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial (JNC VIII), que casi con toda probabilidad va a suponer la guía esencial que fundamentará nuestras decisiones clínicas y es lógico pensar que su aplicación práctica en el campo de la hipertensión arterial, en el ámbito de la Atención Primaria, sea un objetivo adecuado y lógico a alcanzar para todo profesional.

Por otro lado, como antes mencionábamos, las directrices para el tratamiento de la hipertensión que de forma conjunta han editado la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial y la Sociedad Europea de Cardiología, suponen el primer intento por parte de las comunidades científicas europeas de englobar dichos conocimientos en hipertensión arterial, de forma separada, enfatizando las posibles diferencias que pudiesen encontrarse en la población europea, y estableciendo por tanto unas guías propias e individualizadas en las que se contemplasen las particularidades sociales y sanitarias regionales.

A la vista de esto y en una línea coherente, el médico de familia no solo deberá atender la prevención primaria, secundaria en el control y tratamiento de la hipertensión arterial y sus complicaciones, sino que se esforzará en su correcto diagnóstico, así como en el uso de las tablas de riesgo vascular, según las distintas ecuaciones de riesgo utilizadas en la población española. Ello le llevará a una adecuada estratificación del riesgo vascular para un mejor tratamiento global de la hipertensión y sus factores de riesgo.

Para concluir, comentar que es mucho lo que se ha logrado en cuanto a la mejoría de la calidad de vida de los hipertensos y del control de la enfermedad cardiovascular y en cuanto a la prevención de las complicaciones mortales o incapacitantes de esta patología, si bien sabemos que aún queda mucho por conseguir. No obstante, somos optimistas y esperamos que este siglo XXI sea definitivo ante la lucha contra la hipertensión arterial y en general contra las enfermedades cardiovasculares.

Aula ALMIRALL

Seminario: Enfoque múltiple en el control del riesgo vascular de los hipertensos. ¿Hacia dónde nos dirigimos?

Salvador Lou Arnal[a] y Francisco Javier Alonso Moreno[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Utebo. Zaragoza.
[b]Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

Durante años las recomendaciones clínicas en prevención cardiovascular se han dirigido al manejo unifactorial de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), como la hipertensión arterial (HTA) o la dislipemia, estableciendo recomendaciones por separado para cada FRCV y tomando como única o principal variable para determinar la necesidad y el tipo de tratamiento los niveles de severidad del FRCV considerado. Sin embargo, es sobradamente conocido que los FRCV tienden a asociarse en un mismo individuo y que su relación con el riesgo cardiovascular (RCV) global es sinérgica. Además, la elevada prevalencia de FRCV, la limitación de los recursos y el adecuado balance riesgo-beneficio y coste-beneficio que debe guiar cualquier actividad preventiva, obligan a establecer una estrategia de priorización en la prevención cardiovascular, que debe dirigirse hacia los grupos de mayor riesgo, en los que el impacto y la eficiencia clínica de la intervención será mayor.

En la actualidad existe un amplio consenso científico en considerar que la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares (ECV) a partir de los valores de un FRCV aislado, como la HTA, es insuficiente para identificar realmente a los individuos de alto riesgo, por lo que es necesaria una valoración conjunta de estos factores para realizar una estimación del RCV global del paciente que permita identificar a los sujetos de mayor riesgo, pasando a ser esta valoración del RCV un elemento clave dentro de las guías de práctica clínica relacionadas con la prevención primaria de las ECV.

Por otro lado, numerosos estudios han venido a confirmar el efecto beneficioso de las estatinas en la prevención de la ECV. Esta evidencia científica indica que la magnitud del beneficio clínico del tratamiento con estatinas se relaciona más con el RCV basal de cada individuo y con la magnitud de la reducción del colesterol, que

con los valores basales individuales del colesterol. Por tanto, cambia el enfoque del tratamiento hipolipemiante, que pasa a ser más una estrategia de reducción del riesgo (indicada en pacientes de riesgo elevado, con independencia de sus cifras de colesterol), similar a la de la antiagregación plaquetaria, que una estrategia de control del factor de riesgo ("normalización" de las cifras de colesterol en el paciente con hipercolesterolemia).

Este enfoque multifactorial, basado en el concepto de RCV global, y las evidencias derivadas de los ensayos clínicos implican un cambio sustancial en los objetivos de manejo del hipertenso, que pasa de centrarse en la "normalización" de las cifras tensionales a centrarse en la reducción del RCV, pasando así de una estrategia de "control del factor de riesgo" a otra de "reducción del riesgo". Y en ese cambio de enfoque han surgido no pocas controversias que serán analizadas en este seminario mediante la exposición y discusión de casos clínicos, entre ellas cómo evaluar el RCV, cuándo y cómo iniciar el tratamiento antihipertensivo, los objetivos de control tensional y las posibles indicaciones de otros fármacos (estatinas, antiagregantes) en la prevención de la ECV en el paciente hipertenso.

Seminario: Diabetes y enfermedad cardiovascular. ¿Actuamos correctamente?

Mateu Seguí Díaz[a] y Andrés Ollero[b]

[a]Médico de Familia. UBS Es Castell. Menorca.
[b]Médico de Familia. Centro de Salud Alagón. Zaragoza.

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica debida fundamentalmente a una alteración del metabolismo glucídico. Si bien es cierto que la diabetes, al margen de presentar una hiperglucemia elevada, tendría otros factores que la harían considerarla en ciertos casos como una enfermedad con un riesgo de presentar un evento cardiovascular semejante al de haber padecido una enfermedad cardiovascular previa.

El riesgo cardiovascular (RCV) elevado de la DM tipo 2 (DM2) se debe, a grandes rasgos, a que antes del diagnóstico ya existen alteraciones vasculares arterioscleróticas de medianos y grandes vasos en mayor proporción que en el individuo no diabético (macroangiopatía), y que sus factores de riesgo de padecerlos son mayores que en la población general; de tal modo que su reloj arteriosclerótico se haya puesto en marcha muchos años antes de alterarse el metabolismo glucídico.

Tanto el *United Prospective Diabetes Study* (UKPDS) en diabéticos tipo 2, como el *Diabetes Control and Complication Trial* (DCCT) con diabéticos tipo 1, observaron el hecho de que ser diabético duplicaba o triplicaba la mortalidad cardiovascular con relación a la población normoglucémica, comportándose la glucemia como un factor de RCV independiente de otras variables. Por ello, el 80% de las muertes en el diabético son debidas a afectaciones cardiovasculares frente al 30% de la población general. De ahí que no es de extrañar que se considere la diabetes como una enfermedad cardiovascular de origen metabólico[1,2].

El estudio Cardiotens en España demostró que el 74% de los pacientes con DM2 presentaba hipertensión arterial (HTA), el 41% era obesos el 49% dislipémicos y el 60% de los enfermos de DM2 presentaba cardiopatía isquémica[3].

Así pues, existirían distintos mecanismos que harían que los pacientes con DM2 tuvieran mayor RCV que la población general y que tendría que ver con una glucosilación no enzimática de las proteínas no específicas de la pared arterial por un exceso de glucosa, con una alteración de la coagulación, una alteración inflamatoria sistémica, y por efecto del hiperinsulinismo, al ser la insulina un eficaz factor de crecimiento de las células musculares lisas de las arterias.

El síndrome metabólico (SM) sería el factor aglutinante de todos estos factores, al concurrir una base fisiopatológica común basada en la resistencia a la insulina que a la vez agrupa distintos factores de riesgo; tal es el caso de una alteración del metabolismo hidrocarbonatado, la HTA, la obesidad, el aumento del perímetro abdominal, y alteraciones de los lípidos (HDL y triglicéridos)[4].

La resistencia a la insulina, base de esta entidad, se encontraría a caballo entre una susceptibilidad genética y unos factores ambientales influidos por el sedentarismo, el sobrepeso, una alimentación hipercalórica, el exceso de grasas saturadas, etc., factores todos ellos modificables. En dicho concepto se han barajado distintas definiciones atendiendo al mayor o menor peso de la obesidad troncular. Así se ha confrontado el criterio de obesidad según la Organización Mundial de las Salud (OMS) (índice de masa corporal [IMC]) frente al del depósito de grasa visceral -perímetro de la cintura- del *Adult Treatment Panel III* (ATP-III) del *National Cholesterol Education Program* (NCEP) y el IDF 2005 para definir en mayor o menor grado la insulinoresistencia[5,6].

En España, las cifras de prevalencia del SM en la población general van desde un 17% en Segovia a un 24,4% en las Islas Canarias, según las distintas definiciones. En el CLYDIA[7] se mostró que existían criterios de SM según el ATP III en el 37% de la población española con enfermedad cardiovascular en España, mayor entre mujeres (51,5 frente al 31,8%). De ahí que se muestre la importancia de la insulinorresistencia en el RCV[8].

Dentro de los factores que influyen en el RCV de diabético, la HTA sería uno de los factores determinantes pues al diagnóstico de la enfermedad diabética el 30% de los pacientes ya padecen esta condición. De tal modo, que el tratamiento de la HTA en el diabético sería la solución más eficaz y más coste-efectiva que existe para la prevención cardiovascular de la DM2.

Trabajos publicados tras el estudio de Framingham han demostrado que la HTA sistólica condiciona el riesgo cardiovascular de manera más importante que la HTA diastólica, habida cuenta que ésta eleva en mayor medida el trabajo cardiaco y tiene mayor repercusión a nivel cerebral.

En este sentido, en el estudio CORONARIA se demuestra que los pacientes hipertensos diabéticos presentan un RCV mayor y una mayor dificultad para controlar sus FRCV, y que el control de la presión arterial (PA) mejora el RCV en mayor proporción que en los pacientes no diabéticos[9].

En este aspecto los diabéticos presentan mayor proporción de individuos con hipertensión refractaria y por ello mayor dificultad de manejo y tratamiento.

Todas las guías admiten que la PA debe reducirse por debajo de 130/80 mmHg, salvo que existiera afectación renal, en cuyo caso las cifras deben reducirse a 125/75 mmHg[10-12]. Para ello puede utilizarse cualquier tipo de fármaco, salvo los alfaadrenérgicos, pero los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y los ARA2 son los fármacos recomendados a nivel general.

El UKPDS demostró que los factores que más influyeron en la cardiopatía isquémica, el LDL alto, el HDL bajo junto con la HbA_{1c} elevada, fueron determinantes, y a partir de aquí el control glucémico fue considerado un factor generador de macroangiopatía en el diabético[13]. El control estricto de la glucemia y de todos los factores de riesgo, en el STENO-2[14] se ha visto fundamental para disminuir la morbimortalidad cardiovascular.

Por otro lado, el estudio DECODE demostró que la glucemia a las dos horas de la ingesta es un predictor cardiovascular incluso mayor que la glucemia basal[15].

Por todo ello, el control glucémico en el diabético sería un factor que no hay que descuidar en el control cardiovascular del diabético 2.

El diabético tiene un perfil lípido más aterogénico manifestado por unas LDL más pequeñas y densas, que junto con unas alteraciones de la inflamación general (proteína C reactiva), leptina y alteraciones de la coagulación, contribuyen a crear una alteración macrovascular más precoz que en el individuo que no tiene esta condición.

Otros factores como la obesidad, que afecta al 40% de los diabéticos, la nefropatía diabética y el hábito tabáquico están relacionados con el aumento de los eventos cardiovasculares.

El estudio de Haffner et al[16] desarrollado en Finlandia, postuló que el riesgo de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) no diabéticos y el de los diabéticos sin IAM es equivalente, es decir que un paciente con DM2 tiene una probabilidad de menos del 20% de tener un evento cardiovascular en los 7 años que duró el estudio. A partir de éste se postuló que la DM2 era un equivalente de CI.

Este trabajo ha influido en el ATP-III del NCEP y algunas conocidas tablas de riesgo cardiovascular donde no consideran la DM2 como un factor de riesgo más, sino como un equivalente coronario. De tal modo, que la DM2 sería considerada una situación de prevención secundaria, como si su riesgo fuera el mismo de aquel que ya hubiera padecido un evento cardiovascular.

No obstante, trabajos posteriores realizados con distinta población diabética no han confirmado estos datos aunque sí un mayor riesgo –doble o triple– cardiovascular en la DM2, que en algunos casos se aproximaría al del paciente cardiovascular[17].

A partir de aquí, ¿sería necesario utilizar las tablas de riesgo cardiovascular en el diabético o lo consideramos como a un paciente con un riesgo semejante al que ya ha tenido un evento cardiovascular?

El RCV no es más que la probabilidad de presentar un evento cardiovascular en un período entre 5 y 10 años y se determina a partir de tablas poblacionales de RCV (morbimortalidad CV). Habitualmente las dos enfermedades que se incluyen en el cálculo del RCV son la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. Las más utilizadas son las de Framingham que se encuentran disponible desde 1967[18].

Es sabido que el RCV varía según el país estudiado, de tal modo que las tablas de riesgo cardiovascular SCORE diferencian entre países de norte o del sur de Europa por la distinta mortalidad cardiovascular detectada[19].

Por ello, y siguiendo la ecuación de Framingham y en nuestro país, se han desarrollado otras tablas de riesgo, tal es el caso de REGICOR[20], en las que se incluye individualmente el ser diabético como un factor de riesgo añadido más.

En este aspecto, las tablas SCORE, que son las que recomienda utilizar la Guía Europea de Prevención de la Arteriosclerosis, estiman a nivel global este razonamiento (duplica el riesgo para los varones y cuadruplica para las mujeres), que no es compartido por tablas de riesgo nacionales en las que existen tablas diferenciadas para este grupo de pacientes[21].

No cabe duda que los planteamientos de los primeros y de los segundos coinciden en el riesgo cuando se aplican a diabéticos de entre 15-20 años de evolución, y con complicaciones y tratamiento médico, pero que sobreestimarían en el resto.

BIBLIOGRAFÍA

1. UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive Blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet. 1998;352:837-53.
2. Diabetes Control and Complication Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med. 1993;329:977-86.
3. González Juanatey JR, Alegría Ezquerra E, Garcia Acuña JM, González Maqueda I, Vicente Lozano J. Impacto de la diabetes en las enfermedades cardíacas en España. Estudio Cardiotens 1999. Med Clin (Barc). 2001;116:686-91.
4. Real JT, Carmena R. Importancia del síndrome metabólico y de su definición dependiendo de los criterios utilizados. Med Clin (Barc). 2005;124:376-8.
5. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Cholesterol in Adults (Adults Treatment Panel III). JAMA. 2001;285:2486-97.
6. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J; IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome new worldwide definition. Lancet. 2005;366:1059-62.

7. Palma Gámiz JL, Conget Donlo IC, Bertomeu González V, Ascaso Gimilio JF, González Juanatey JR; Grupo CLYDIA. Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con enfermedad cardiovascular en España: estudio CLYDIA. Med Clin (Barc). 2007;128(11):407-13.
8. Álvarez Cosme A, López Fernández V, Suárez García S, Arias García T, Prieto Díaz MA, Díaz González L. Diferencias en la prevalencia del síndrome metabólico según las definiciones del ATP-III y de la OMS. Med Clin (Barc). 2005;124:368-70.
9. Cosín Aguilar J, Rodríguez Padial L, Hernándiz Martínez A, Arístegui Urrestarazuc R, Masramón Morelle X, Armada Peláez B, et al. Riesgo cardiovascular en diabetes mellitus e hipertensión arterial en España. Estudio CORONARIA. Med Clin (Barc). 127:126-32.
10. Chobanian et al; The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA. 2003;289:2560-72.
11. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of hypertension. J Hypertens. 2003;21:1001-53.
12. Guidelines for management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2007:25:1105-87.
13. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35). BMJ. 2000;21:405-12.
14. Gaede, et al. Effect of multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008;358:580-91.
15. The DECODE Study Group. Glucose tolerance and mortality. Comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. Lancet. 1999;354:617-21.
16. Haffner SM, Lehto S, Ronnemaa T, Pyorala K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in non-diabetic subjects with and without prior myocardial infarction. N Engl J Med. 1998;339:229-34.
17. Evans JMM, Wang J, Morris AD. Comparison of cardiovascular risk between patients with type 2 diabetes and those who had had a myocardial infarction: cross sectional and cohort studies. BMJ. 2002;324:939-43.
18. D'Agostino RB, Grundy S, Sullivan LM, Wilson P, for the CHD Risk Prediction Group. Validation of the Framingham Coronary Heart Disease Prediction Scores. Results of a multiple ethnic groups investigation. JAMA. 2001;286:180-7.
19. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J. 2003;24:987-1003.
20. Marrugat J, D'Agostino R, Sullivan L, Elosúa R, Wilson P, Ordovas J, et al. An adaptation of the Framingham coronary risk function to Southern Europe Mediterranean areas. J Epidemiol Community Health. 2003;57:634-8.
21. Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004.

Jornadas Científicas y Profesionales

JORNADA DEL RESIDENTE

Mesa redonda: Cómo ser residente de Medicina Familiar y no morir en el intento

Moderador: Ignacio Andrés Bergareche

Médico de Familia. Adjunto de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Indudablemente la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria es un largo camino lleno de alegrías tanto a nivel profesional como personal, pero también de momentos difíciles, de encrucijadas donde se han de tomar decisiones que afectarán tanto al transcurso de la residencia como al posterior periodo de especialista. La gran carga de la vertiente asistencial, las situaciones conflictivas del día a día, la mala gestión del propio estrés, etc., son una constante en todos y cada uno de los residentes que inician esta andadura.

En esta mesa redonda pretendemos desmenuzar uno por uno los cuatro años de residencia, deteniéndonos en esos momentos críticos, en los que una decisión puede ser determinante de cara al futuro profesional en todos sus aspectos. Esperamos que este análisis, fruto de experiencias vividas, sirva de orientación tanto a los residentes que comienzan como a aquellos que están terminando.

¿Por qué los residentes de Medicina Familiar optamos por alternativas diferentes a la Atención Primaria al término de la residencia?

Marco Antonio Esquivias Campos

Médico Interno Residente 4º año. CS Zona 8 – Albacete.

Al terminar la residencia debemos tomar la decisión de trabajar en Atención Primaria, 112/061, ESAD, Pediatría en Atención Primaria o Urgencias Hospitalarias.

Diversos factores (como la vocación personal, el temor a la nueva responsabilidad y al número de pacientes, el tiempo de desplazamiento hasta el centro laboral y, sobre todo la calidad del contrato) influyen en nuestra decisión final que, muchas veces, será diferente a la que nos motivó a iniciar la residencia de Medicina Familiar.

Otra visión de la Medicina de Familia: período formativo en Brasil

Clara Ferrando Aznar

Médico residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

Experiencia de rotación externa en la ciudad brasileña de Petrópolis (RJ, Brasil) durante dos meses. Contacto con centros de Salud de áreas con dificultades socio-económicas. Diferencias y similitudes sobre la implantación de la Atención Primaria en Brasil y España. ¿Merece la pena salir de nuestro hospital?

R1, objetivo: sobrevivir

Eva Trillo Calvo

Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Mi intervención en primer lugar se centrará en el comienzo de la residencia, en los primeros cuatro meses de aterrizaje en el centro de salud con los respectivos tutores, donde tuvimos un primer contacto con el sistema sanitario, donde íbamos a desempeñar nuestro trabajo y donde perdimos el miedo a dirigirnos a nuestros pacientes, entendiendo de una vez que ya éramos médicos

y no estudiantes de la facultad y empezamos a comprender lo que realmente significaba ser médico de familia y a darnos cuenta de que habíamos elegido bien, muy bien.

En segundo lugar hablaré de las primeras guardias; del miedo que nos invadía cuando pensábamos que en unas semanas íbamos a ser partícipes de un "genocidio colectivo"; comenzaba el estrés de querer ir de mochila a una guardia con un residente mayor para intentar ver cómo funcionaba todo aquello. De conseguir mucha literatura para llevar todos los bolsillos del pijama y de la bata llenos de ciencia. De frustrarnos porque no entendíamos ningún electro y pensar que todos los pacientes iban a infartar. Y, por supuesto, el miedo a los "villanos" adjuntos, motivado por todas las leyendas urbanas que nos habían contado antes de poner un pie en el servicio.

Y por último dedicaré un minuto a explicar la caótica vida del recién R1, a entender que nuestros días tienen 24 horas y que en ese tiempo debíamos compaginar cursos de la unidad docente, cursos del doctorado, guardias, multitud de rotatorios, sesiones clínicas, cursos por las tardes, sacar tiempo para estudiar y por supuesto, alimentar nuestra gran vida social: primeras cenas, primeras fiestas hospitalarias, primeros actos de bienvenida, primeros congresos... Al final, comprendimos que la cosa no pintaba tan mal como creíamos.

Cuando todo avance no es un progreso

Ángel Vicente Molinero

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. CS Utebo. Zaragoza. Servicio Aragonés de la Salud.

El R-4 de Familia se planteó como un progreso "revolucionario" desde arriba hacia abajo, esto es, desde la Comisión Nacional de la Especialidad así como de determinadas sociedades científicas. Se nos vendió y nosotros lo compramos como un medio de legitimación más hacia el hospital que hacia la Atención Primaria. Aunque para mí, la experiencia ha sido del todo positiva como consolidación de habilidades y conocimientos, tengo la sensación de que ha servido para actuar como "peones útiles" en las guardias hospitalarias y de mano de obra barata para ser usada discrecionalmente por los centros para evitar contrataciones de otros compañeros.

La idea no es mala, aunque entiendo que se hace necesaria una adecuada reflexión de su articulación en lo que es la residencia en su conjunto y podría ser una buena oportunidad para articular posibles itinerarios que tienen su sentido dentro del desarrollo actual y futuro de nuestra especialidad; el asistencial, el de gestión, el de salud pública y el de urgencias, entre otros.

Seminario: Antiagregación en Atención Primaria

Ángel Vicente Molinero

Médico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utebo. Zaragoza.

La aterotrombosis, que incluye la enfermedad coronaria, la cerebrovascular y la arteriopatía periférica, es actualmente la principal causa de muerte en el mundo.

Los antiagregantes plaquetarios constituyen uno de los pilares del tratamiento y de la prevención de la enfermedad aterotrombótica. Para explicar el crecimiento del consumo de antiagregantes plaquetarios se deben considerar distintos factores:

- El aumento de la prevalencia de enfermedades cardiovasculares donde estos fármacos están indicados, lo cual se relaciona tanto con el envejecimiento de la población, como con una mayor incidencia de síndromes coronarios agudos recurrentes (consecuencia de la menor letalidad) y un número creciente de intervenciones coronarias de alto riesgo (*by-pass*, etc.).

– Mayor proporción de población incluida dentro del grupo de alto riesgo cardiovascular, que requiere prevención de eventos aterotrombóticos.

– Mayor sensibilización del médico para la prescripción de estos fármacos como prevención primaria y secundaria ante la publicación de estudios que han alertado sobre un deficiente uso de medicación cardioprotectora.

El aumento progresivo de las indicaciones terapéuticas en la práctica clínica, no exentas de gran controversia en las principales publicaciones científicas, hace que sea un ámbito de estudio de especial relevancia para la atención primaria, tanto por el número de pacientes a tratar como por el impacto económico para los sistemas sanitarios que su prescripción conlleva.

Seminario: Violencia de género y sus documentos médico-legales para médicos residentes

Eva Trillo Calvo

Médico residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

El objetivo de mi ponencia es ofrecer orientaciones a los profesionales del sistema sanitario para la atención integral –física, psicológica y emocional– a las mujeres que son o han sido víctimas de violencia física, psicológica o sexual por parte de su pareja o expareja, y que acuden a un centro sanitario.

Los objetivos específicos que debemos alcanzar son:

– Dar a conocer la magnitud del problema.

– Informar sobre las consecuencias de los malos tratos y la violencia en la salud de la mujer y, en el caso de que existan, de los hijos.

– Facilitar un instrumento para la detección y atención de la violencia de pareja en el marco de los centros y dispositivos sanitarios.

– Establecer una pauta de actuación normalizada para los profesionales del Sistema de Salud de Aragón.

– Apoyar a la mujer en el desarrollo de sus derechos legalmente reconocidos.

– Establecer un informe médico exhaustivo y común para todos los profesionales del Sistema de Salud de Aragón que pueda servir como instrumento de apoyo a la mujer en un proceso judicial.

– Dar a conocer y facilitar el acceso a los recursos no sanitarios (sociales, jurídicos, económicos, etc.) a los que tienen derecho las mujeres que son víctimas de violencia de pareja.

– Promover la capacitación de la mujer para el reconocimiento de su situación de maltratada y para la búsqueda de soluciones a este problema.

Taller: ¿Qué debe saber un residente de Primaria sobre electrocardiografía?

Roberto Genique Martínez

Médico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

Se trata de un taller destinado a residentes de Medicina Familiar y Comunitaria cuyo objetivo es que aprendan la sistemática de interpretación del electrocardiograma normal, así como a identificar las principales alteraciones que pueden presentarse en un electrocardiograma.

Para ello, el taller se compondrá de un repaso teórico junto con la interpretación de electrocardiogramas de cada caso que ayuden a asimilar los conceptos expuestos.

1. ECG normal. Parámetros normales
1.1 Escala en la tira de papel de ECG
1.2 Sistemática de interpretación
2. Crecimientos de cavidades
2.1 Crecimiento auricular derecho
2.2 Crecimiento auricular izquierdo
2.3 Crecimiento ventricular izquierdo
2.4 Crecimiento ventricular derecho
3. Bloqueos de rama
3.1 Bloqueo de rama derecha
3.2 Bloqueo de rama izquierda
3.3 Hemibloqueo anterior
3.4 Hemibloqueo posterior
3.5 Bloqueos bifasciculares y trifasciculares
4. Arritmias
4.1 Bloqueos auriculoventriculares
4.1.1 Bloqueo AV de primer grado
4.1.2 Bloqueo AV de segundo grado
4.1.3 Bloqueo AV de tercer grado
4.2 Extrasístoles
4.2.1 Extrasístoles supraventriculares
4.2.2 Extrasístoles ventriculares
4.3 Bradicardia sinusal
4.4 Paro sinusal
4.5 Taquiarritmias de QRS estrecho
4.5.1 Taquicardia sinusal
4.5.2 Taquicardia auricular
4.5.3 Fibrilación auricular
4.5.4 *Flutter* auricular
4.6 Taquiarritmias de QRS ancho
4.6.1Taquicardia ventricular
4.6.2 Fibrilación ventricular
4.6.3 *Flutter* ventricular
5. Cardiopatía isquémica
5.1 Isquemia
5.2 Lesión
5.3 Necrosis
5.4 Localización
5.5 Evolución
6. Otros hallazgos de interés

ECG: electrocardiograma.

Taller: Infiltración de hombro

Ignacio Andrés Bergareche

Médico de Familia. Adjunto de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Se trata de un taller destinado a los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria cuyo objetivo es que los asistentes aprendan de forma práctica a realizar una infiltración de hombro por vía anterior y posterior. Para ello, haremos un breve repaso anatómico del hombro, aprenderemos a reconocer aquellas patologías susceptibles de precisar una infiltración, a preparar el material necesario y a llevar a cabo dicha técnica mediante una simulación práctica.

Taller: Vendaje funcional de tobillo

Marco A. Esquivias Campos

Médico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 8. Albacete.

El esguince de tobillo es un motivo frecuente de consulta en las urgencias de Atención Primaria y hospitalarias. Por lo tanto, el vendaje funcional de tobillo (con motivos

preventivos, terapéuticos iniciales y posterior rehabilitación) es una técnica que todo residente de Medicina Familiar debe conocer y dominar.

En este taller repasaremos técnicas conocidas de vendaje funcional de tobillo y luego se practicarán entre los participantes hasta conseguir el dominio de la técnica.

Taller: Vías alternativas en la administración medicamentosa: vía intraósea y subcutánea

Omar Daoud Aziman[a] y Clara Ferrando Aznar[b]

[a]Médico residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Sur. Zaragoza.
[b]Médico residente de 3[er] año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

La elección de este tema no es casual, la formación del médico de familia está encaminada al manejo del paciente tanto en situación de salud como de extrema emergencia, hospitalaria y extrahospitalaria.

El fin de esta apuesta es hacer llegar a nuestros co-residentes el redescubrimiento de una vía que además de poco conocida es esencial en la urgencia pediátrica como, y más con el paso del tiempo, en situaciones de extrema emergencia o difícil acceso y colapso hemodinámico del paciente adulto.

El taller se divide en dos partes bien diferenciadas.

1. Parte teórica: definición de la vía ósea, aplicaciones, manejo y contraindicaciones.

2. Parte teórica: taller práctico con familiarización con el aparataje de manejo de la vía ósea y aprendizaje de la colocación de la vía en niño y adulto.

VÍA SUBCUTÁNEA

Concepto de agonía. Indicaciones y contraindicaciones de vía subcutánea. Técnica y material necesario. Métodos de administración. Fármacos utilizados en vía subcutánea. Educación del cuidador. Práctica de aplicación de la vía subcutánea.

JORNADA DE URGENCIAS

Taller: Doctor, mi hijo tiene fiebre. Manejo por el médico de familia

Eva Bengochea Botín

Médico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander.

La fiebre en Pediatría es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias (25-30%). Es también un elevado porcentaje de diagnóstico al alta (10-15%).

Si en la mayoría de los casos la causa es banal y autolimitada, es importante plantearnos su manejo como un reto diagnóstico y terapéutico, ante la posibilidad de una patología grave subyacente. De ahí la necesidad de presentar este taller, eminentemente práctico, en el que utilizaremos varios supuestos (en formato *roll-playing*), con el objetivo de abordar el concepto de fiebre y su manejo clínico, orientado desde el punto de vista de un Servicio de Urgencias.

También se tratará el concepto de fiebre sin foco, fiebre de origen desconocido además de cómo realizar una anamnesis y exploración sistematizada, del empleo de pruebas complementarias básicas de las que se dispone en Atención Primaria y de las complicaciones propias de la fiebre.

JORNADA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Mesa redonda: Prevención del riesgo laboral en el personal sanitario

Moderadora: Paloma Casado Pérez

Médico de Familia. Centro de Salud Canillejas. Área IV. SERMAS. Madrid.

OBJETIVOS

– Mejorar la información de los profesionales sanitarios referente a las medidas preventivas a realizar para su propia protección.

– Conocer los riesgos de contagio de patología infecciosa en la consulta de Atención Primaria.

– Mejorar la actitud de los profesionales, evitar el abandono de las técnicas básicas de protección frente a las infecciones y estimular la implementación de los procesos adecuados de protección frente a las vías de transmisión de dichas enfermedades.

– Incorporar a la práctica habitual los principios básicos de ergonomía en la consulta.

INTRODUCCIÓN

No es habitual que se plantee una mesa de prevención de riesgo laboral para profesionales sanitarios, y desde SEMERGEN hemos querido hacer esta apuesta novedosa para de alguna forma demostrar la preocupación o la relevancia que como sociedad científica queremos darle a nuestros socios.

A veces, los médicos descuidamos el mantenimiento de las mínimas medidas de protección frente al contagio de las enfermedades infecciosas a las que estamos constantemente expuestos; minimizamos la sensación de peligro, imbuidos en la rutina cotidiana y en el constante contacto con enfermedades de este tipo; y aunque es cierto que a nivel de Atención Primaria el riesgo es menor, no debemos nunca bajar las defensas.

Además debemos recordar que en nuestro caso, como profesionales sanitaros que somos, no solo es una responsabilidad individual, sino que también es un deber ético, al entrar a formar parte de la cadena de transmisión (enfermedades respiratorias), como hemos podido comprobar con la muy reciente epidemia de gripe H1N1; en este último caso, los médicos hemos podido comprobar cómo se extremaban las medidas de prevención con el último fin de cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.

Recordaremos los pasos a seguir en caso de sufrir una exposición a material biológico, y las últimas evidencias en quimioprofilaxis en caso de contacto con material contaminado.

Por último, en la mesa hemos introducido una última parte en la que tratamos la ergonomía en el puesto de trabajo, donde queremos plantear cómo pueden incidir los factores físicos (luz, temperatura…) y la estructura funcional de nuestra consulta tanto en nuestro bienestar como en el mejor desarrollo de nuestra actividad laboral.

CONCLUSIONES

– Recordar siempre la importancia de mantener de forma constante las medidas básicas de protección: lavado de manos, uso de medidas de protección física en las actividades que así lo requieran.

– Los profesionales debemos mantener al día nuestro estado vacunal: hepatitis B, tétanos/difteria, gripe.

– Es fácil poder implementar algunas medidas de ergonomía en nuestro puesto de trabajo, y es recomendable empezar a ejercitar una correcta higiene postural.

– Los médicos debemos empezar a exigir a la Administración que nos contrata, que nos provea de unas adecuadas instalaciones para el correcto desarrollo de nuestro trabajo.

– Todo lo que se haga por cuidar la salud y el bienestar del médico, redundará en una mejor atención a los ciudadanos.

Prevención de la infección respiratoria en el personal sanitario

José Luis Cañada Merino

Centro de Salud de Algorta. Bizkaia. Coordinador del grupo de la infección SEMERGEN.

El personal que trabaja en el ámbito sanitario constituye un grupo de riesgo de adquisición y de transmisión de determinadas enfermedades infecciosas, muchas de las cuales pueden ser prevenidas de una forma efectiva mediante inmunización activa.

1. Infecciones con puerta de entrada respiratoria a prevenir en el personal sanitario: gripe, tuberculosis, neumonía bacteriana, tos ferina, infección meningocócica, otras infecciones víricas con puerta de entrada respiratoria, exacerbación aguda de la bronquitis crónica.

2. Medidas para minimizar el riesgo de infección respiratoria: pautas de estricto cumplimiento, lavado de manos, rápida adopción de aislamiento adecuado, vacunación apropiada.

3. Infecciones respiratorias que se pueden evitar por la vacunación: contagio por inhalación, gripe, varicela, sarampión, contagio por gotas, tos ferina, infección meningocócica.

4. Medidas preventivas postexposición: confirmar que la fuente tiene la enfermedad, determinar que podría haberse producido la transmisión (por ejemplo, contacto estrecho con *B. pertussis*), comprobar que el sanitario es susceptible, establecer si se dispone de profilaxis específica y está recomendada, informarle sobre el riesgo de transmisión, valorar si se debe de limitar su actividad, consultas de seguimiento.

5. Definición de exposición.

– Gripe: cohabitación en ambiente cerrado o contacto cara a cara en espacio abierto.

– Sarampión: cohabitación en ambiente cerrado o contacto cara a cara en espacio abierto (sanitario no inmune).

– Infección meningocócica: contacto directo de personas infectadas (por ejemplo, examen de orofaringe).

– Tos ferina: contacto directo con secreciones respiratorias o gotitas de vías respiratorias.

– Varicela: cohabitación en ambiente cerrado o contacto cara a cara en espacio abierto con un paciente con lesiones activas o dentro de las 48 horas del desarrollo de las lesiones.

6. Vacunación de la gripe: personas que pueden transmitir la gripe a otras personas con alto riesgo de complicaciones:

– Profesionales sanitarios de la Atención Primaria (médicos, DUE, etc.).

– Profesionales sanitarios del ámbito hospitalario y en especial aquellos que se encuentran en contacto con personas pertenecientes a alguno de los grupos de riesgo descritos (UCI, unidades de diálisis, oncología y neumología).

– Personal de residencias de la 3ª edad, geriátricos, etc. así como el perteneciente a servicios sociales de ayuda a domicilio.

7. Objetivos de la vacunación a sanitarios:

– Proteger a los trabajadores de contraer determinadas enfermedades transmisibles.

– Evitar que sean fuente de contagio para los pacientes, para otros trabajadores o para la comunidad.

– Son susceptibles de la aplicación del calendario de vacunación del adulto (no hay que olvidar llevar un registro de vacunaciones).

– Evitar el absentismo, como consecuencia de enfermedades adquiridas en el desempeño de sus funciones.

Seminario: Cáncer de mama

Esther Redondo Margüello

Médico de Familia. Especialista en Patología Mamaria y Senología. Centro Monográfico de Salud Internacional. Madrid Salud. Madrid.

El objetivo del taller "Exploración mamaria" es trasladar los médicos de Atención Primaria (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 el 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...) 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, 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 fase lo 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 desarrollados. La incidencia de cáncer de mama en España fue de 15.979 nuevos casos en 2003. Lo que representa que 1 de cada 24 mujeres desarrollará cáncer de mama antes de los 75 años y el 66%-67% son postmenopáusicas.

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 más precoz, pero, el número de muertes se mantiene estable y las tasas de mortalidad descienden, debido sobre todo a un mejor resultado de los tratamientos.

En España se diagnostican cada año 15.000 nuevos casos y el índice de curación ronda el 60%. 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%.

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 solo 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).

COMUNICACIONES ORALES DE MÉDICOS DE FAMILIA

COMUNICACIONES

2699. DEPRESIÓN, POSIBLE FACTOR DE RIESGO EN EL DETERIORO COGNITIVO

Martínez Altarriba, M.C.; Rodríguez Morató, M.L.; Casanova, M.A.; Rodríguez López, M.; Fernández Escobar, E. y Vidiella, I
CAP Horta Barcelona.

Objetivos. En muchas ocasiones asociación depresión-deterioro cognitivo (DC) puede ser pródromo de demencia. Estudiar relación depresión y deterioro cognitivo en ancianos, con fin de detección, diagnostico y tratamiento precoz.
Metodología. Estudio en 3.000 pacientes mayores 65 años, 67% mujeres y 33% varones pertenecientes 2 áreas de salud. La depresión se diagnosticó por test de Hamilton y se siguieron criterios de DSM IV, y el deterioro cognitivo se evaluó por el Minimental MMSE, clasificándose en 4 grupos: 1º sin deterioro, 2º leve (+ de 8 puntos), 3º moderado (4-8 puntos), 4º grave (menos de 4 puntos). Se realizó una revisión de historias clínicas para comprobar la fecha de diagnóstico de depresión y del deterioro cognitivo, con el fin de saber cuál fue el problema de salud previo.
Resultados. El 55% del total padecían depresión (33% mujeres, 22% hombres). Asociación depresión DC: 1er grupo 7%, 2º grupo 13%, 3er grupo 25%, 4º grupo 10%. Asociación depresión Alzheimer 30%, asociación depresión demencia vascular 70%. En demencias vasculares la depresión fue anterior al diagnóstico de demencia en 70%, en Alzheimer 35%.
Conclusiones. La asociación entre depresión y posterior deterioro cognitivo sugiere la existencia de un posible factor neurodegenerativo (vascular, endocrino, etc.) común en la etiología de ambos trastornos. La presencia de depresión clínica aumenta el riesgo de deterioro cognitivo a largo plazo. Los síntomas de deterioro cognitivo mejoran en los pacientes cuando se les disminuye los síntomas afectivos, por lo que es muy importante la detección precoz en Atención Primaria de los trastornos afectivos que pueden ser los primeros síntomas de una demencia.

2703. ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN EN EL SÍNDROME PLURIMETABÓLICO

Martínez-Altarriba, M.C.; Rodríguez-Morató, M.L.; Samperio, A.; Milian Márquez, M.; Vidiella Duch, I. y Fernández-Escobar, E.
CAP Horta Barcelona.

Objetivos. Estudiar la prevalencia de depresión en pacientes con síndrome plurimetabólico, investigando la asociación depresión y cada una de las enfermedades del síndrome, con el fin de mejorar el control de la enfermedad y la calidad de vida de pacientes.
Metodología. Se realizó estudio prospectivo en 4.500 pacientes con síndrome metabólico de 2 ± áreas de salud. La selección de diabéticos, hipertensos y dislipémicos se hizo mediante revisión de historias clínicas y el programa informático µdel trabajo en el centro de salud .La depresión fue diagnosticada por test de Hamilton y criterios DSM IV.
Resultados. Hubo 650 diabéticos, 1.200 hipertensos, 2.000 dislipémicos, 300 diabetes e hipertensión, 400 diabetes y dislipemia, 350 hipertensión, diabetes y dislipemia. *Diabéticos:* 11% tenía depresión mayor y 31% tenía síntomas de depresión. *Hipertensos:* 4% y dislipemia 2%. Después del tratamiento de la depresión mejoró el control: diabetes 54%, hipertensión 14%, dislipemia 10%.
Conclusiones. Investigaciones recientes demuestran que los diabéticos tienen el doble de tasa de depresión que las personas sin diabetes. La depresión está asociada a mal control de diabetes debido a que cuando se padece depresión no se lleva adecuadamente la dieta y al mal cumplimiento en la toma de medicamentos. Estrés emocional está asociado con elevación del azúcar en sangre y mayores riesgos de complicaciones para la diabetes. En estos pacientes vimos que la mejoría de depresión se tradujo en mejor control de diabetes y mejor calidad de vida. El estudio no deja duda de que depresión está asociada a diabetes. Es necesario investigar la interacción compleja de los factores genéticos, físicos y psicológicos que afectan a esta asociación .En diabéticos preexistentes, la depresión es factor de riesgo independiente para sufrir una enfermedad coronaria cardíaca. Es necesario investigar para identificar mecanismos fisiológicos y conductuales que provocan que los diabéticos tengan mayor riesgo de padecer depresión y es necesario detectarla y tratarla precozmente.

2704. ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN ANCIANOS

Martínez Altarriba, M.C.; Rodríguez Morató, M.L.; Fernández Escobar, E.; Casanova, M.A. y Rodríguez López, M.
CAP Horta. Barcelona.

Objetivos. Caídas causan dependencia e inmovilidad en ancianos, caídas importante fuente morbilidad y mortalidad de ancianos, pretendemos estudiar factores de riesgo y consecuencias de caídas en ancianos (CA), con fin detección precoz de dichos factores y instauración medidas para los, mejorando calidad de vida en ancianos.
Metodología. Estudio prospectivo en 3.000 ancianos de 2 áreas de salud. Realización 3 cuestionarios: a) registro de incidentes de caídas, casi-caídas, miedo a caer, consecuencias en actividades básicas cotidianas (ABC) y autopercepción en salud, b) registro datos demográficos (edad, sexo, vivienda, convivencia etc.), c) problemas de salud, fármacos, lugar de la caída y complicaciones posteriores.
Resultados. 45,9% tuvieron 1 caída en último año. 11% varias. 34,8% 1 casi-caída, diferencia estadística entre institucionalizados y no institucionalizados ($p < 0,05$). Caídas repetitivas más frecuentes varones, 65% tenía miedo a caer, y 26% de ellos tenían ABC limitadas. Principales consecuencias caídas fueron fracturas; 5%, 1% de ellas fracturas cadera. Y entre 40 y 50% lesiones menores, heridas, contusiones o hematomas. 8% suspensión de ABC 10% depresión. Edad media caídas 75 años. nº caídas mayor grupo que no realizaba ejercicio 71%. Factores de riesgo más importantes fueron problemas visuales, uso benzodiacepinas, caídas previas. Relación edad y posibilidad caer, envejecimiento factor de riesgo. Factores predisponentes. *Ambientales:* Suelos resbaladizos, camas altas, escaleras sin barandillas, escalones altos y estrechos, iluminación deficiente, muebles u objetos mal ubicados (obstáculos para el desplazamiento) ropa y calzado inapropiado. *Enfermedades:* osteoporosis, osteomalacia, osteoartrosis; gonoartrosis, coxoartrosis, espondiloartrosis, alteraciones del pie, amiotrofias. Hipotensión ortostática. Demencias.
Conclusiones. Resultados estudio sugieren que el ejercicio previene CA, aumenta autopercepción de salud y menor disminución ABC por ese temor. Es muy importante en Atención primaria evaluación y detección precoz de factores de riesgo y toma de medidas para evitarlos. Necesario continuar estudios sobre CA, por las consecuencias que traen para su calidad de vida.

2713. PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR CORTICOIDES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Montero Alcaraz, J.C.; Férriz Villanueva, G.; Riera Nadal N.; Riera Nadal C.; Monclús González M. y Dueñas Martín S.
CAP Sagrada Familia, Barcelona.

Objetivos. Evaluar la prevención de la osteoporosis inducida por corticoides en Atención Primaria.
Metodología. Revisión de tratamientos durante 2006,2007 y 2008 a dosis ≥ 2,5 mg diarios de prednisona o equivalente durante un perio-

do ≥ 3 meses. Se estratifican dosis en: 2,5-5 mg/dia; 5-7,5 mg/día y > 7,5 mg día. Se descartan tratamientos repetidos en un mismo individuo, transplantados. Neoplásicos. Evaluamos: edad, género, menopausia, tipo de corticoide, dosis, indicación, densitometría, factores de riesgo de osteoporosis/fractura, fracturas, tratamiento antiresortivo.
Resultados. Hombres 26%, mujeres 74%. Tratamientos 109: prednisona 78,8%, deflazacort 11,9%, metilprednisolona 9%. Indicación: polimialgia reumática 16,5%, respiratoria 15,5%, artritis reumatoide 14,6%, lupus eritematoso sistémico 11,9%, desconocido 11,9%. Densitometría: 7,3%. Registro resultado: 62%. Registro factores de riesgo de osteoporosis < 1%. Fractura 10,9%: vertebral 55,5%, fémur 27,7% Tratamiento antiresortivo en fracturados 72%. Dosis ≥ 7,5 mg 35,7%: no tratamiento 43,5%, calcio y vitamina D 23%, difosfonatos calcio y vitamina D 20,5% (alendrónico 87,5%, risedrónico 12,5%). Dosis 5 mg-7,5 mg 53,2%: no tratamiento 41,3%, calcio y vitamina D 22,41%, difosfonatos calcio y vitamina D 18,95% (alendrónico 72,2%, risedrónico 18,1% ibandronato 9,09%).Dosis 2,5-5 mg 11,9%: no tratamiento 38,4%, calcio y vitamina D 15,3%, difosfonatos calcio y vitamina D 38,4% (alendrónico 60%, risedrónico 40%).
Conclusiones. Prevalencia de tratamiento corticoideo menor que en población general. Principal indicación reumática. Bajo registro de factores de riesgo de osteoporosis, fractura, densitometría. Necesidad de incluir sistemas de registro informático de factores de riesgo y densitometrías. Escaso reconocimiento del problema. Menor utilización de difosfonatos en los pacientes que reciben mayores dosis de corticoide. Importancia de difundir guías sobre el tema.

2829. EVOLUCIÓN DE INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Mourelle Varela, R.; Borras Calvo, A.; Martín Correa, E.; Valero Rodríguez, J.; Puente Balaguer, M. y Fernández González, M.
EAP 4 Riu Nord Sud, Santa Coloma de Gramanet.

Objetivos. Conocer la evolución de la incidencia y prevalencia de los diferentes factores de riesgo cardiovascular (FRCV) a lo largo de los últimos 5 años y su relación con factores socio demográficos.
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 todos los diagnósticos relacionados con Riesgo Cardiovascular y registrados 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 2005.
Resultados. La prevalencia para los diferentes FRCV fue del 8,23% para diabetes mellitus (DM), 20,29% para hipertensión arterial (HTA), 23,91% para hipercolesterolemia (CLT), 9,64% tabaquismo activo (TA) y para obesidad en el año 2008. Por lo que respecta a incidencia, la incidencia acumulada en los 5 años a estudio (2004-2008) en el caso de la DM fue de 0,754; 0,811; 0,59; 0,689 y 0,615; para HTA fue de 2,035; 1,329; 1,264; 1,324 y 1,19; para CLT fue de 2,676; 2,975; 1,942; 1,424 y 0,882; para TA de 0,0565; 0,205; 0,1245; 0,0822; 0,05; y para obesidad de 1,72; 1,315; 1,277; 0,8735 y 0,597.
Conclusiones. Resultados similares a los esperados en prevalencia excepto para tabaquismo y obesidad en los que se sospecha infraregistro (requiere estudio posterior). Progresivo incremento de prevalencia en todos FRCV excepto de tabaquismo. Mientras el resto de FRCV muestran aumento de incidencia dislipemia y obesidad han descendido.

2831. CARACTERÍSTICAS DE COMUNICACIONES PRESENTADAS Y ACEPTADAS EN CONGRESO DE MEDICINA DE FAMILIA

Mourelle Varela, R.; Molina Guasch, C.; Domínguez Gutiérrez, A.; Ramírez Moreno, E.M.; Ropero Jiménez, E. y Orihuela Casaramona, R.
EAP 4 Riu Nord Riu Sud, Santa Coloma de Gramanet.

Objetivos. Conocer las características de las comunicaciones presentadas en congreso de CAMFiC.
Metodología. *Diseño:* estudio observacional, transversal y descriptivo. Población: todas las comunicaciones presentadas al congreso de la CAMFiC. Medidas Principales: Se diseña estudio para conocer los temas sobre los que se investiga en Cataluña y que son aceptadas en el congreso de la CAMFiC. Se revisaron todas las comunicaciones recogiendo tipo de estudio, metodología empleada, forma de exposición y tema investigado.
Resultados. 146 estudios presentados, 23 (15,75%) se aceptaron como comunicación oral el 50% de los cuales eran cualitativos. Del total de estudios, sólo 16 (11,18%) fueron de investigación cualitativa. La mayoría de estudios 109 (74,65%) fueron observacionales, de los que 93 (65,03%) transversales y 16 retrospectivos (11,18%). Del resto 3 (2,10%) fueron ECA, 2 (1,40%) estudios antes/después, 2 estudios de pruebas diagnósticas, 3 (2,10%) de cohortes, 1(0,70%) revisión bibliográfica y 1 caso clínico. Del total 4 (2,80%) fueron multicéntricos. Los temas más estudiados fueron FRCV 29 (20,27%) de los cuales destacan DM2 y tabaco, gestión 15 (10,48%), anciano/ATDOM 14 (9,79%), enfermedades infecciosas 12 (8,39%), tratamientos y exploraciones complementarias cada una 10 (6,91%), Psiquiatría/Salud Mental 6 (4,19%), TAO y Ginecología 5 (3,49%) cada una. Del resto de temas, con frecuencia mucho menor destacan Endocrinología, Fibromialgia, Nefrología, Neumología y técnicas diagnósticas
Conclusiones. Más posibilidades de selección como comunicación oral del estudio si es de investigación cualitativa y/o ensayo clínico. La mayor parte de estudios presentados fueron observacionales transversales. Como temas más estudiados destacan FRCV, anciano/ATDOM e infecciosas.

2868. ACERCAMIENTO A LA REALIDAD DE EUROPA DEL ESTE

Yezerska, I.; García Gurrutxaga, M. y Burillo Julián, I.
Santander-Laredo. GAP 1. Cantabria.

Objetivos. a) Acercamiento a la realidad de la inmigración en el ámbito de AP en España. b) Al ser los centros de salud y los servicios de urgencias los primeros puntos de acceso al sistema sanitario por parte de los inmigrantes, es beneficioso para los profesionales conocer la vivencia de salud-enfermedad que tiene la población a la que atienden. c) Comprender las vivencias, la alimentación, las costumbres, los acontecimientos y las creencias de los lugares de los que provienen, nos ayuda a dirigir de una manera más certera las posibles patologías que puedan presentar.
Metodología. Dicha presentación se basa en datos estadísticos de los artículos publicados sobre el tema, al igual que los estudios realizados por la Cruz Roja, sumado a experiencia personal descriptiva acerca de las costumbres y cultura de los países del Este de Europa.
Resultados. Formando a los EAP y los demás profesionales para fomentar la formación de aspectos relacionados con la inmigración (comunicación intercultural, enfermedades importadas, respeto a los valores de otras culturas, entre otras) mejoramos el acceso de los inmigrantes a la consulta de AP, y evitamos su acceso a los Servicios de Urgencias por causas posibles de solucionar en nuestra consulta
Conclusiones. - Elaboración de guías y protocolos de atención al paciente inmigrante es un elemento imprescindible para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria y disminuir la variabilidad en la práctica clínica. - Implementar una visita inicial de acogida a inmigrantes nuevos con objeto de informar sobre los recursos existentes en el centro, la forma de obtenerlos y aumentar la confianza del paciente inmigrante en el sistema sanitario español es imprescindible para mejorar la relación paciente- E AP. - El interesarnos sobre el país de procedencia de nuestros pacientes nos aporta datos acerca de las posibles patologías que puede presentar.

3054. USO DE ANTIBIÓTICOS EN LA EXACERBACIÓN DE LA EPOC EN AP

Herrero López, A.[a]; Valle García, N.[b]; González Loyo, R.[b]; Martín Lesende, I.[c]; Aldaz Sola, I.[c] y Sánchez Sindín, G.[d]
[a]Especialista en MFYC. Centro de salud Bajo Pas. Cantabria. [b]Especialista en MFYC. Centro de Salud Cotolino, Castro Urdiales. Cantabria. [c]R-4 MF Centro de Salud Cotolino, Castro Urdiales. Cantabria. [d]R-3 MF Centro de Salud Cotolino, Castro Urdiales. Cantabria.

Objetivo. Conocer el uso de antibióticos en exacerbaciones-EPOC en AP. Propuesta de mejora.
Metodología. *Diseño:* Descriptivo transversal. Emplazamiento: Centro Salud urbano; cupo de 1.600 pacientes. Sujetos estudio: diagnosticados

de EPOC. *Tiempo estudio:* 1-1-2008 hasta 1-1-2009. Fuentes información: historias clínicas. Mediciones: variables demográficas; tabaquismo; comorbilidad, severidad de EPOC (GOLD), agudizaciones bacterianas (aumento disnea, volumen esputo y purulencia), antibióticos, ingresos y fallecimientos.
Resultados. Incluidos 44 pacientes, 40 hombres, 4 mujeres; edad media 70,4 años, desviación típica 9,14, límites 48-86; prevalencia > 40 años: 4,2%; Fumadores 26,3%, exfumadores 68,4%, no fumadores 5,3%; severidad: Leves 0, moderados 77%, severos 20,5%, muy severos 2,3%. Comorbilidad 86,4%, > 1 patología 29,7%; tratamientos: 1 fármaco 44% (anticolinérgico/beta 2 de corta), > 1 fármaco 56%; exacerbaciones bacterianas: 10 pacientes 1 agudización, 7 pacientes 2-3 agudizaciones, 3 pacientes 4 o más agudizaciones; antibióticos: amoxicilina -clavulánico 34,3%, moxifloxacino o levofloxacino 25%, macrólidos 18,7%, cefuroxima 12,7%, ciprofloxacino 9,3%; ingresos > 48 horas: 5 de 38 episodios de exacerbaciones (14,7%), ninguno > 1 ingreso, todos co-morbilidad; fallecimientos: 8; 2 relacionados con EPOC, 3 neoplasias pulmón, 1 neoplasia cerebral, 1 IAM, 1 Alzheimer (6 relacionados con el tabaco).
Conclusiones. 1) Baja prevalencia de EPOC: Infradiagnostico/infrarregistro. Propuesta de mejora: captación, sobre todo formas leves, anamnesis tabáquica y espirometrías. 2) Tratamiento insuficiente en EPOC moderado. Adecuar tratamiento según severidad y GPC. 3) Mejorar uso de antibióticos: guías y consensos según severidad de EPOC, número de agudizaciones /año, antibióticos previos, corticoides orales, etc. 4) Conocer resistencias de la zona para optimizar antibiótico.

3056. ACTITUD Y CONOCIMIENTO DEL PACIENTE ANTE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Orellana Miguel, M.A.[a] y Gómez Lus, M.L.[b]
[a]CEP Pontones, Madrid. [b]Departamento Microbiología Facultad de Medicina. Universidad Complutense, Madrid.

Objetivos. Analizar el conocimiento y la actitud del paciente ante las ITS.
Metodología. Se realiza encuesta epidemiológica, previo consentimiento, a 270 varones con petición de exudado uretral, que acude al laboratorio para la toma de muestra, durante el año 2007. Los parámetros recogidos fueron: edad, nacionalidad, sintomatología, factores de riesgo (más de 1 pareja sexual en los últimos 6 meses, relaciones sexuales con personas del mismo sexo, existencia previa de ITS).
Resultados. La media de edad de los pacientes fue 33,1 ± 10 años, siendo el intervalo de 16-73 años. La nacionalidad de los pacientes fue: España 52,6%; Sudamérica 29,3%; África 4,8%; Asia 3,3%; Europa 10,0%. La sintomatología más frecuente fue: dolor 17,0%; secreción 40,0%; picor 21,5%; escozor 39,3% y molestias inespecíficas 11,8%. El porcentaje de varones homosexuales fue del 29,3%. El 61,8% de los pacientes tuvieron > 1 pareja sexual en < 6 meses. El 31,8% refirió haber tenido alguna ITS previa. El 67,4% de los pacientes con una ITS previa, continuaron teniendo relaciones sexuales de riesgo. En el grupo de pacientes homosexuales, el 79,8% han tenido > 1 pareja sexual en < 6 meses y el 44,3% han padecido una ITS previa. En el grupo de pacientes heterosexuales, han tenido > 1 pareja en < 6 meses el 55,4% y padecido alguna ITS previa el 26,2%.
Conclusiones. Más de la mitad de los pacientes encuestados han mantenido relaciones sexuales de riesgo. -Aproximadamente el 70% de los pacientes continúan manteniendo relaciones sexuales de riesgo, a pesar de haber presentado en alguna ocasión una ITS y tener conocimiento de los mecanismos de transmisión, siendo este comportamiento más frecuente en el grupo de pacientes que tienen relaciones sexuales con personas del mismo sexo. -Existe una marcada discrepancia entre el conocimiento y la actitud ante las ITS.

3061. INSUFICIENCIA CARDÍACA: ¿SABEMOS QUÉ ES Y CUÁNTO LES AFECTA? Y ¿ENFERMERÍA TAMBIÉN? Y ¿LOS PACIENTES QUE SABEN DE ELLA, SERÁN CAPACES DE CUIDARSE?

Silvestre Puerto, V.M; Zamorano Ologaray J.P.; Manzotti, C.; Mateo Viladomat E.; Carrasco García, A. y Urbano Fernández, M.
Casap Can Bou Castelldefels. Barcelona.

Objetivos. Realizamos un estudio transversal de prevalencia de esta patología en nuestra población, aplicaremos una sesión formativa de ICC e introduciremos el programa de Paciente Experto al grupo seleccionado de pacientes.
Metodología. Tras la búsqueda informática se detectan 212 pacientes correspondiendo al 1% de nuestra población asignada.
De todos 87 son varones (40%) y 125 son mujeres (60%), pero pedimos colaboración del resto de equipos de Atención Primaria para seleccionar un grupo más o menos uniforme donde poder desarrollar el programa Paciente Experto. Tras la selección del equipo quedaron reclutados 34 pacientes de los que 26 eran hombres (74,3%) y 8 eran mujeres (23,5%), con una media de edad de 71 años para este grupo (54-88 años).
Resultados. Aumentamos y reciclamos el grado de conocimiento de esta patología no solo en personal médico sino también en enfermería implicando a ambos al mejor control y seguimiento de este proceso crónico. Aumentamos el grado de conocimiento de la enfermedad y del autocuidado al grupo formado mediante el programa de Paciente Experto.
Conclusiones. Estamos en pleno proceso de realización de este programa y en los siguientes meses comprobaremos si aumenta la prevalencia poblacional de esta patología en nuestra área así como si a pesar de ello se reducen las visitas de control por parte de personal médico y aumenta el control por parte de enfermería como en otras enfermedades crónicas.

3062. APLICACIÓN DEL PROGRAMA PACIENTE EXPERTO, UN NUEVO CONCEPTO GRUPAL DE INTERVENCIÓN SANITARIA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

Silvestre Puerto, V.M.; Manzotti, C; Zamorano Ologaray, J.P.; Mateo Viladomat, E.; Jareño Sanz, M.J. y Santamaría Martín, M.I.
Casap Can Bou Castelldefels. Barcelona.

Objetivos. Proyecto de educación grupal de nuestra población asignada, ubicada en área urbana para la intervención mediante la formación de un paciente, llamado experto.
Metodología. Se realiza una selección de todos los pacientes codificados con IC por equipo y de los 217pacientes seleccionados el propio equipo de medicina/enfermería realiza una primera selección excluyendo a priori a no aptos para este proyecto grupal, los motivos de exclusión previa son: deterioros cognitivos, físicos, atención domiciliaria, conflictivos o nada motivados. Se realiza una sesión formativa a todos pacientes preseleccionados, de los que solo quedan 34 y a ellos se les hace firmar un consentimiento informado para compromiso de asistencia a las siguientes 9 reuniones propuestas. Los formados como Observadores, serán quienes elijan de este grupo al candidato o Paciente Experto (PE), personaje clave, con habilidades comunicativas, capacidad de liderazgo y empatía. Formaremos al PE, y convocaremos a todos de nuevo. El PE impartirá las sesiones preparadas conjuntamente, con material didáctico proporcionado por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
Resultados. No podemos obtener un resultado objetivo porque dicho proyecto se está llevando a cabo, pero pretendemos formar pacientes motivados, con la finalidad del incremento de su autonomía y la consiguiente reducción de nuestra carga asistencial.
Conclusiones. Al igual que el resultado, están pendientes de sacar evaluaciones cuantitativas y cualitativas en autocuidado, cumplimiento terapéutico, motivación y grado de conocimiento de la propia patología que suceden.

3069. CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE CÁNCER DE CÉRVIX EN UNA ZONA URBANA

García León, M.; Conde Sayago, A.; Muñoz Romero, T.; Manzano Gómez, F. y Pérez de León Rabadán, J.A.
Unidad de Gestión Clínica Huelva – Centro, Huelva.

Introducción. A pesar de disponer de una técnica fiable para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero, observamos que las mujeres de nuestro entorno o bien no la conocen o bien la hacen de forma no reglada.
Objetivos. Saber el grado de implementación de programa en nuestra zona y el conocimiento que hay sobre el programa de detección precoz.
Metodología. Estudio descriptivo realizado mediante cuestionario de respuestas abiertas a todas la mujeres que acuden a nuestro centro para realizarse citología de screening desde enero a marzo 2009.

Resultados. De las 158 mujeres estudiadas el 1,9% conocen el programa, el 31% responden no y el resto, al ser de respuestas abiertas, refieren innumerables teorías, la mayoría alejadas del conocimiento del programa. Sobre realización de la técnica solo el 3,8% describen correcta o aproximadamente la misma. El 24% de las encuestadas refieren no haberse hecho nunca una citología. El 49% acuden tras ser informadas por su médico mientras que solo el 39% lo hacen por iniciativa propia.
Conclusiones. El proceso para la detección del cáncer de cérvix está poco extendido entre las mujeres de nuestra zona. Además, muy pocas saben para qué se realiza, lo que condiciona una falta de constancia en las visitas sucesivas. Menor aún es el número de mujeres que conocen la técnica. Se hace necesaria una mayor difusión tanto de la importancia del programa como de que las propias mujeres asuman su implicación en el desarrollo y continuación del mismo.

3092. PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS EN MAYORES DE 65 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

López Martí, E.[a]; Ocaña Padilla, A.[b]; Rama Martínez, T.[a]; Montellà Jordana, N.[c]; García Vicente, J.A.[c] y Bagán Mezquita, L.L.[a]
[a]CAP El Masnou. [b]CAP Ocata. [c]SAP Badalona – Sant Adrià, Barcelona.

Objetivos. Estimar la prevalencia de ≥ 65 años con prescripción de fármacos potencialmente inapropiados, los polimedicados y las interacciones farmacológicas.
Metodología. Estudio epidemiológico descriptivo transversal. Población: sujetos ≥ 65 años de dos zonas básicas de salud seleccionados aleatoriamente. *Variables:* edad, sexo, número de fármacos activos, número de fármacos potencialmente inapropiados según criterios de Beers (2003), grupo farmacológico y presencia de interacciones farmacológicas. Fuente de datos: historia clínica informatizada de Atención Primaria. Comparación de proporciones mediante la prueba χ^2.
Resultados. Se incluyeron 234 sujetos, 61,1% mujeres (IC95:54,9%-67,3%) de edad significativamente mayor respecto a los hombres (77,3años vs 73,7años, p = 0,001). Un 11,1% (IC95:7%-15%) estaba institucionalizado. El 81,6% (IC95:76%-86%) tenían prescrito al menos un fármaco; el 38% (IC95:32%-44%) entre 5 y 9 fármacos y un 9,8% (IC95:6%-13,6%) 10 o más. De los que tomaban fármacos el 15,7% (IC95:10,5%-20,9%) tenía prescrito uno potencialmente inapropiado y el 3,1% dos (IC95:0,7%-5,6%). No encontramos pacientes con ≥ 3. Detectamos 11 grupos farmacológicos potencialmente inapropiados, entre los que destacaban: ansiolíticos (30,6%), antiarrítmicos (22,2%), hipotensores (19,4%) y antidepresivos (16,7%). La escala de severidad (Beers) para 8 de ellos era elevada. Presentaron interacciones farmacológicas el 13,5% (IC95:8,4%-18,6%) de los pacientes que tomaban ≥ 2 fármacos (n = 170) y el 28,6% (IC95:13,6%-43,6%) de quienes recibían fármacos inapropiados.
Conclusiones. La prevalencia de medicación inapropiada en nuestra población es similar a la descrita en la literatura. El conjunto de fármacos identificados representan menos de la tercera parte de los presentes en la escala de Beers. Se debería incluir en esta escala los tratamientos más frecuentes en nuestro medio.

3111. CORRECTA INDICACIÓN DE LA DENSITOMETRÍA ÓSEA SEGÚN EL PAAPS

Escobar Oliva, A.B.; Lacasta Tintorer, D.; Montañés Alcántara, F.; Cánovas Zaldúa, Y.; Gili Riu M. y Comín Junquera, J.
ABS La Salut. Institut Català de la Salut.

Objetivos. Evaluar la indicación de densitometría ósea (DMO) en mujeres > 40 años y analizar la indicación de tratamiento según recomendaciones del PAAPS.
Diseño y métodos. Estudio descriptivo transversal, centro urbano (6218 mujeres > 40 años). Selección aleatoria de mujeres > 40 años según historias clínicas informatizadas (programa OMI-AP). Indicación DMO: si enfermedad osteopenizante (EO) o puntuación de riesgo (según presencia de factores de riesgo de fractura, FRF) > 2 puntos (p) en pacientes entre 60-75 años y > 1p en > 75 años. FRF: fractura vertebral > 50 años (2p), fracturas periféricas > 50 años (1p), antecedentes familiares (AF) de fractura (1p), IMC < 19 (1p).
Resultados. n = 311 (media edad 63,1). Puntuación según FRF: 0p el 90,3% de los pacientes, 1p el 5,7%, 2p el 3,2% y 3p el 0,7%. El 20,3% presentaban EO. Ningún AF registrado. De los pacientes sin EO, deberían tener una DMO el 4,8% y de éstos, la tienen realizada el 26,7%. El 20,6% de los pacientes con EO tienen la DMO realizada. El 25,7% de los pacientes sin criterios para recibir tratamiento tienen prescrito algún fármaco. De los pacientes en tratamiento, el 20% reciben tratamiento específico (bifosfonatos, raloxifeno, ranelato) sin calcio y en cambio un 44,4% reciben calcio como único fármaco.
Conclusiones. Infrautilización de la DMO según criterios del PAAPS. Infrarregistro de los AF, con influencia en la decisión de solicitar DMO. Una cuarta parte de los pacientes que no precisan tratamiento lo tienen prescrito. Se observa una tendencia a indicar calcio sin ningún otro tratamiento coadyuvante y a pautar tratamiento específico sin calcio.

3121. EL PROGRAMA DE OBESIDAD: EL PATITO FEO DE LA CARTERA DE SERVICIOS

Ballesteros-Pérez, A.M.; Castillo-Galindo, J.; Chiva-Ballesteros, B.; Iborra-Victoria, O. y Marin-Tamayo, R.
Centro de Salud Los Dolores – Cartagena, Murcia.

Objetivos. Analizar el perfil del paciente obeso incluido en el programa de obesidad de un consultorio periférico (CP) a 30 de abril de 2009.
Metodología.: *Diseño:* Estudio descriptivo transversal. *Sujetos:* Total pacientes (N = 39) incluidos en programa. *Criterios exclusión:* Menos de 1 mes en programa; No confirmar citas cada 15 días; No querer ser incluido en estudio. *Variables:* socio-demográficas, patologías crónicas, índice masa corporal (IMC) y peso al inicio y final, meses en programa, tratamiento, cumplimiento. Material y método: datos recogidos de la historia-clínica electrónica de las visitas programadas por la enfermera en hoja diseñada para el estudio entre 2/11/2007 a 30/04/2009. Análisis estadístico: descripción variables, ji-cuadrado, T-test.
Resultados. 86,5% mujeres (IC95%: 76-97,8%). Edad: 48,32 años (IC95%: 23,04-73,6); 57,9% (IC95%: 11-93%) con patología crónica. 94,7% dieta, consejo y ejercicio. 63,2% (IC95%: 48-78%) cumple el tratamiento. Peso al inicio: 91,7 kg (IC95%: 62,2-121,3) e IMC = 36,6. Peso al final: 86,5 kg (IC95%: 56,7-116,3). E IMC = 34,4. Tiempo medio estancia: 8,68 meses. No relación significativa entre cumplimiento y patología crónica (p > 0,05). A mejor cumplimiento, mayor pérdida peso (p = 0,007) y menos estancia en el programa (p = 0,008).
Conclusiones.1. La mayoría de pacientes son mujeres. 2. No relación entre cumplimiento y patologías. 3. La pérdida media de peso son cinco kilos. 4. Habría que valorar otra forma de abordaje del obeso desde Atención Primaria.

3122. EL MANEJO CARDIOVASCULAR GLOBAL EN EL PACIENTE CON ICTUS. ¿CONTROLAMOS MEJOR A LOS PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO?

Oriol Torón, P.A.[a]; Jiménez Jiménez, C.[a]; Granado Corzo, S.[a]; García Jordán, M.J.[b]; Badía Farrè, T.[a] y Marín Moya, M.[a]
[a]ABS Martorell Urbá. [b]SAP BAIX Llobregat Nord.

Objetivos. Conocer el número de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y el control obtenido sobre los mismos en pacientes con ictus, que asocian diabetes mellitus y/o afectación isquémica en otros territorios.
Metodología. Estudio: descriptivo, transversal. *Ámbito:* Servicio de Atención Primaria con 9 centros de asistencia. *Sujetos:* pacientes atendidos con AVC previo (650). N:100, por muestreo aleatorio simple. Mediciones: edad, sexo; hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP), tabaquismo, diabetes(DM), gramos enol/semana, IMC, valvulopatía, fibrilación auricular, cardiopatía isquémica(CI), arteriopatía periférica (AP); número (nº) FRCV asociados; nº FRCV controlados. Análisis: variables cualitativas: proporciones; cuantitativas: medidas de tendencia central y dispersión. IC 95%. Se comparan las medias del nº FRCV presentes y nº FRCV bien controlados en función de la presencia o no de DM, CI yAP (T Student); en caso de no cumplir normalidad, U Mann-Whitney.
Resultados. Edad: 74,9 ± 10,61, sexo:61%varones; HTA:76% (66,4-84), DLP: 54% (43,7-64), DM: 36% (26,6-46,2), Tabaquismo: 14% (7,87-22,7); CI:14% (7,87-22,4), AP: 4% (1,10-9,93); media nº FRCV en pacientes totales:2,18 ± 1,167; media nº FRCV en pacientes diabéticos: 2,97 ± 1, y en no diabéticos: 1,73 ± 1,01 (p:0,000); media nº FRCV pacientes con CI:3,14 ± 0,663 y sin CI: 2,02 ± 1,16 (p:0,000);

media nº FRCV pacientes con AP:3,50 ± 0,577 y sin AP: 2,13 ± 1,15 (p:0,017); media nº FRCV controlados pacientes totales:2,09 ± 1,036; media nº FRCV controlados en pacientes diabéticos:2,42 ± 1,251 y en no diabéticos:1,91 ± 10,85 (p:0,034); media nº FRCV controlados en pacientes con CI:2,86 ± 1,099 y sin CI:1,97 ± 0,97(p:0,003); media nº FRCV controlados en pacientes con AP:3,75 ± 1,258 y sin AP 2,02 ± 0,97 (p:0,011).
Conclusiones. En los pacientes donde se asocian enfermedad cerebrovascular, diabetes y/o patología isquémica cardíaca o de extremidades inferiores, se observa un mayor nº FRCV, y un control global significativamente mejor de los mismos. Se controlan mejor los pacientes de muy alto riesgo, considerando como tales a diabéticos y afectos de isquemia en otros territorios.

3136. ESTADO NUTRICIONAL Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN LA POBLACIÓN DE 85 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Badía Farré, T.[a]; Granado Corzo, S.[a]; Serra Burillo, R.[b]; Esteve Balagué, L.L.[a]; Arizaga Cordia, B.[a] y Fontiveiro García – Izquierdo, E.[a]
[a]ABS Martorell. [b]ABS Alt Bergueda.

Objetivos. Estudiar el estado nutricional y los hábitos alimentarios en la población de 85 años en un centro de Atención Primaria.
Metodología. *Diseño:* descriptivo, transversal. *Ámbito:* municipio urbano de 26,784 habitantes de 106 individuos de 85 años. *Sujetos:* individuos de 85 años asignados a centro de Atención Primaria, no institucionalizados, obtenidos por muestreo aleatorio simple a partir de registro central en Atención primaria (n: 44). *Variables:* sexo, convivencia. Estado nutricional según índice masa corporal. Ingesta de comidas completas al día; consumo alimentario de lácteos/día; huevos y legumbres/semanal; carne, pescado o aves/día; consumo alimentario de frutas y verduras/día e ingesta líquidos/día. Análisis estadístico: proporciones y medidas de tendencia central y dispersión IC 95%.
Resultados. Sexo: 63,4% mujeres. Viven solos 27,3%. IMC:27,53DE ± 4,15. Desnutrición: 2,2%; normopeso: 18,2%; sobrepeso: 54,6% (75% mujeres); obesidad I: 25% (63,6% mujeres). El 70,4% de individuos realizan 3 comidas completas al día. El 43% consumen lácteos a diario, 95% consumen huevos- legumbres semanalmente; 79,5% consumen carne, pescado-aves diariamente; el 84,1% frutas-verduras diariamente y el 54,5% realizan ingesta líquida entre 3-5 vasos al día.
Conclusiones. -Un elevado porcentaje de individuos presentan obesidad o sobrepeso, especialmente en mujeres. Se obtienen unos valores esperados en malnutrición. La mayoría de individuos realizan 3 comidas completas al día. Consumo adecuado de grupos alimentarios proteicos y ricos en fibra (frutas y verduras) recomendados en la dieta mediterránea. Aporte insuficiente en el hábito dietético diario de lácteos. La mayoría de individuos no consumen la cantidad mínima aconsejada de ingesta líquida.

3137. ESTADO FUNCIONAL Y NUTRICIONAL EN LA POBLACIÓN DE 85 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Jiménez Jiménez, C.[a]; Badía Farré, T.[a]; García Jordán, M.J.[b]; Jurado Hamound, C.[a]; Riera Martínez, E.[a] y Domínguez Carmona, J.[b]
[a]ABS Martorell. [b]SAP Baix Llobregat Nord.

Objetivos. Analizar el estado nutricional y funcional en la población de 85 años de un centro de Atención Primaria y factores explicativos a malnutrición.
Metodología. *Diseño:* descriptivo, transversal. *Ámbito:* municipio urbano de 26,784 habitantes, 106 individuos de 85 años. *Sujetos:* individuos de 85 años asignados a centro de Atención Primaria, no institucionalizados, obtenidos por muestreo aleatorio simple a partir de registro central (N: 44). *Variables:* sexo, convivencia. Estado nutricional: Mini Nutricional Assessment (MNA). Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): índice de Barthel. Actividades. *Instrumentales de la vida diaria (AIVD):* índice Lawton. *Análisis estadístico:* proporciones, medidas de tendencia central y dispersión IC 95%. Se aplica significación estadística 0,05, T Student para cuantitativas y χ^2 cualitativas.
Resultados. Sexo: 63,4% mujeres. Viven solos 27,3%. MNA: Normal 63,6%; riesgo de malnutrición: 29,5%; malnutrición: 6,8%. ABVD: autónomos-dependencia leve: 93,2%. AIVD: autónomos-dependencia leve: 63,6%.El 47,7% presentan dependencia para ir a comprar. La dependencia a las AIVD se relaciona con riesgo de presentar malnutrición o riesgo de malnutrición (p < 0,001). Dependencia en las funciones del uso del teléfono, ir a comprar, preparar comida, cuidar la casa y usar transporte se asocia a algún grado de malnutrición (p < 0,05).
Conclusiones. - Un tercio de individuos viven solos en su domicilio. La situación funcional en las actividades básicas-instrumentales es buena. El 36,4% de individuos presentan algún grado de malnutrición. - Dependencia en las AIVD así como alteración en las funciones uso del teléfono, ir a comprar, preparar comida y usar transporte se asocia a algún grado de malnutrición.

3159. EVALUACIÓN DEL PERFIL DEL PACIENTE ARTRÓSICO QUE PRECISA AINE EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Giménez Basallote, S.[a]; Abad Sánchez, S.[a]; Pardo Muñoz, Y.[a], Castañeda Sánchez, J.A.[a]; Ginel Mendoza, L.[b] y Carrasco López, F.[c]
[a]Centro de Salud Del Limonar, Málaga. [b]Centro de Salud Ciudad Jardín, Málaga. [c]Centro de Salud Del Torcal, Málaga.

Objetivos. Evaluar el perfil de riesgo gastrointestinal y/o cardiovascular de los pacientes con artrosis en tratamiento con AINE en las consultas de Atención Primaria y su calidad de vida en relación a los problemas gastrointestinales derivados del tratamiento.
Metodología. Estudio observacional, realizado en CS de Atención Primaria. Se recogieron datos demográficos, clínicos, factores de riesgo gastrointestinal y cardiovascular y tratamiento para la artrosis. El riesgo gastrointestinal se atendiendo a 7 factores y el cardiovascular se según el modelo SCORE. La calidad de vida del paciente se evaluó mediante el cuestionario QoL-PEI.
Resultados. Se incluyeron 3243 pacientes con una media de edad de 64,4 ± 11,1 años de los que el 62,3% eran mujeres. El 51,0% presentaron un riesgo gastrointestinal alto, el 35,7% intermedio y el 13,3% bajo. El 48,9% era de riesgo cardiovascular alto, el 20,9% intermedio y el 30,2% bajo. Los pacientes presentaron un buen índice de calidad de vida con una media de 82,1 ± 15 en el Qol-PEI. El 70,4% de los tratados con un AINE tradicional recibía gastroprotección (55,9% en los de bajo riesgo, 61,1% en los de intermedio y 80,4% en los de con alto riesgo). El 36,2% de los pacientes tratados con un AINE selectivo de COX-2 tenían gastroprotección.
Conclusiones. Hay una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y gastrointestinales en los pacientes con artrosis que requieren AINE. En general se siguen las recomendaciones de prevención de eventos adversos asociados al uso de AINE aunque parece que se abusa de la gastroprotección en pacientes de bajo riesgo.

3160. UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA BREVE EN PREVENCIÓN SECUNDARIA DE ICTUS. ¿MEJORA EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR?

Jiménez Jiménez, C.; Granado Corzo, S.; Cols Sagarra, C.; Marín Moya, M.; Oriol Torón, P.A. y Badía Farré, T.
ABS Martorell.

Objetivos. Evaluar la eficacia de una intervención educativa breve dirigida a sanitarios, sobre el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en el paciente con ictus.
Metodología. Estudio antes-después con grupo control. *Ámbito:* 2 Equipos de Atención Primaria con 9 centros y 60.000 usuarios asignados. *Sujetos:* 650 pacientes con ictus. Un EAP es intervención (GI) y el otro control (GC). Se realiza dentro de cada grupo muestreo aleatorio simple de los pacientes con ictus y visitados en 2008 (65 GI, 58 GC). Intervención: sesión formativa dirigida a médicos y enfermeros/as de una hora de duración sobre manejo de la prevención secundaria cerebrovascular. Mediciones: 1. basales: sociodemográficas, FRCV: hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP), diabetes (DM). 2. porcentaje buen control pre y post-intervención (9 meses): Tensión Arterial (TA), ldl colesterol, HbA1c. Análisis: comparativo basal entre las 2 muestras, utilizando Ji cuadrado para proporciones y T Student para cuantitativas. En cada grupo, medidas pre/post T Student (cuantitativas), McNemar (cualitativas). Nivel de significación de 0,05.
Resultados. Grupo intervención: edad: 75,26 ± 10,949; 58,5% varones. HTA: 76,9% (buen control pre: 27,3%, post: 25,5%); DLP:37% (buen control pre: 21,8%, post:25,5%); DM: 35,4% (buen control pre:55%, post:40%); TAS media pre:136,67 ± 16,266, post:132,49 ±

14,586; TAD media pre:73,62 ± 8,753, post:73,56 ± 8,601. Grupo control: edad: 75,84 ± 11,660; 58,6% varones. HTA: 75,9%(buen control pre: 18%, post: 20%); DLP:41,4% (buen control pre:14%, post:20%); DM: 34,5% (buen control pre 52,6%, post: 36,8%). TAS media pre: 139,21 ± 12,135, post: 133,93 ± 12,576 (p:0,050); TAD pre: 82,97 ± 10,136, post: 76,10 ± 7,813 (p:0,001).
Conclusiones. No se han obtenido mejoras significativas en el control de los FRCV estudiados. En el grupo control observamos de forma significativa mayor optimización de HTA. Una intervención formativa realizada sobre sanitarios, como la de nuestro estudio, no parece efectiva para mejorar el control cardiovascular del paciente con ictus.

3166. EVALUACIÓN DE LA MALNUTRICIÓN EN LA POBLACIÓN DE 85 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Badía Farre, T.; Salvador Gareta, D.; Rosende Castillo, S.; Molina Pérez, M.J.; Hernaiz Valle, S. y Escardo Font, C.
ABS Martorell.

Objetivos. Estudiar los indicadores del estado de malnutrición según paramentos antropométricos, bioquímicos, inmunológicos y escalas de valoración en la población de 85 años de un centro de Atención Primaria.
Metodología. *Diseño:* descriptivo, transversal. *Ámbito:* municipio urbano de 26,784 habitantes, 106 individuos de 85 años. *Sujetos:* individuos de 85 años asignados a centro de Atención Primaria, no institucionalizados, obtenidos por muestreo aleatorio simple a partir de registro central en Atención primaria (N: 44). *Variables:* sexo, convivencia. Comorbilidad: índice Charlson. *Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):* índice de Barthel. Malnutrición Mini Nutricional Assessment (MNA), peso (kg), índice masa corporal (IMC), circunferencia braquial (CB) (cm), albúmina (g/dl), linfocitos (cél/ l). *Análisis estadístico:* proporciones, medidas de tendencia central y dispersión IC 95%. Se aplica significación estadística 0,05, T Student para cuantitativas y λ^2 cualitativas.
Resultados. Sexo: 63,4% mujeres. Viven solos 27,3%. Comorbilidad baja-moderada: 31,9%. ABVD: autónomos: 27,3%, dependencia leve: 65,9%; moderada 6,8%. MNA: normal 63,6; riesgo de malnutrición; 29,5%; malnutrición 6,8%.Desnutrición (DN) según IMC: 2,3%; DN según peso: 4,5%; DN según CB: 4,5%; DN según albúmina: 27,3%; DN linfocitos: 38,6%. La presencia de riesgo de malnutrición o malnutrición el 75% son mujeres, 25% viven solos, 37,5% comorbilidad baja –moderada y el 75% dependencia leve.
Conclusiones. La valoración del estado de malnutrición según IMC, peso, CB y MNA es similar, en cambio el porcentaje de malnutrición según albúmina y linfocitos es superior, probablemente útil para el diagnóstico precoz de malnutrición. La mayoría de los individuos con malnutrición son mujeres, con buen estado funcional y baja-moderada comorbilidad.

3168. ESTUDIO SOBRE LAS NEUMONÍAS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA EN NUESTRA ÁREA BÁSICA DE SALUD

Ródenas Aguilar, J.L.; Serra Vázquez, A.; Baranda Muñoz, M.; Pérez Pérez, C.; Buezo Reina, I. y Bonet Ivars, V.
EAP Badalona 6, Llefià.

Objetivos. Estudiar las características y la evolución de los pacientes de edad igual o superior a 65 años diagnosticados de neumonía de nuestra área básica de salud.
Metodología. Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un centro de salud urbano. Se revisaron las historias de los 112 pacientes con 65 años o más diagnosticados de neumonía durante los años 2006 a 2008. *Variables:* edad, sexo, lugar de diagnóstico, tabaquismo, enolismo, comorbilidad asociada, clínica, exploración física, afectación radiológica, derivaciones, tratamiento antibiótico, realización de radiografía de control de la curación y presencia de complicaciones.
Resultados. Edad media de 76,7 años. 60,7% hombres. El 53,5%se diagnosticaron en hospitales de referencia y 41,9% en Atención Primaria. Hábitos tóxicos: 14.4% Fumadores, 12% enol. Comorbilidad: EPOC 27,7%, asma 11,6%, diabéticos 30,4%, demencias y avc 19,7%, insuficiencia cardíaca 28,6%, neoplasias 17,9%. Los síntomas que con más frecuencia se registran son la tos (33,9%), fiebre (26,8%) y la expectoración purulenta (17,9%). Afectación radiológica: lóbulo inferior derecho 30.4%, lóbulo inferior izquierdo 17,9%, lóbulo medio derecho 12,5%. Se deriva al hospital el 35,5% de los diagnosticados en el centro de salud. El antibiótico más prescrito en primaria fue la amoxicilina/clavulánico (26,7%), levofloxacino (24,4%) y amoxicilina (15,6%) y en hospital, levofloxacino (59,5%), seguido de amoxicilina/clavulánico (32,4%). Se solicitó radiología de control en el 41,1%. Se presentaron complicaciones en el 7,1%.
Conclusiones. En los casos estudiados, las neumonías se presentan con mayor frecuencia en hombres con comorbilidad grave y con cuadro clínico típico. Un elevado porcentaje son diagnosticadas y tratadas en primaria.

3173. ESTUDIO SOBRE NECESIDADES DE FORMACIÓN Y HÁBITOS DE PRESCRIPCIÓN EN EL ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE LA HTA

Díaz Rodríguez, A. [a]; Fierro González, D.[a]; Torres González-Zabaleta, M.C.[a]; García-Norro Herreros, F.J.[b]; Mahmoud Atoui, O.[a] y Garavis González, J.L.[c]
[a]Centro de Salud Bembibre, León. [b]Centro de Salud Condesa, León. [c]Centro de Salud Elena Ginel, Salamanca.

Objetivos. Evaluar las necesidades formativas en HTA, evaluar los hábitos de prescripción del médico AP en el tratamiento farmacológico de HTA según perfil del paciente.
Metodología. Estudio epidemiológico transversal de ámbito nacional; incluye 977 médicos de AP expertos en HTA que han realizado un cuestionario de opinión validado y avalado por SEMERGEN sobre necesidades formativas y hábitos de prescripción en función del perfil del paciente hipertenso. Resultados expresados en porcentajes con IC del 95%.
Resultados. Las fuentes formativas más utilizadas: recomendaciones SEH-LELHA, las menos: cursos on-line (89% vs 58%). Criterio de prescripción más importante: eficacia y protección cardiovascular, menos importante: coste (98% vs 32%). ARAII e IECA están más indicados en DM2 con microalbuminuria (60vs33%), son alternativa a diuréticos en ancianos con gota (65% vs 25%), de primera elección en jóvenes obesos y dislipémicos (50% vs 22%), tienen un perfil más favorable en SdM (90% vs 84%); diuréticos y betabloqueantes más desfavorable (20% vs 18%). Bloqueadores beta (38%) y ARAII (34%) son primera opción en HTA+HVI. Alfa-antagonistas (62%) y bloqueadores beta (28%) no son primera opción en I. Cardíaca. Olmesartan es ARAII más potente y con un mecanismo de acción más rápido, Eprosartan el menos potente (79%vs1%). Combinación ideal: ARAII+diurético (54%), ARAII+CA (33%); la peor CA+BB (1%). Olmesartan es el ARAII de elección en HTA+arterioesclerosis (80%).
Conclusiones. La formación de los médicos de AP es buena; siguen mayoritariamente las recomendaciones españolas, aunque el uso de Internet y de los cursos on-line es todavía bajo. Los hábitos de prescripción son aceptables en la mayoría de las situaciones planteadas, existiendo un amplio margen de mejora.

3175. ¿SABEMOS POR QUÉ NO SE CONTROLAN NUESTROS PACIENTES ANTICOAGULADOS?

González Gamarra, A.[a]; Sarría Sánchez, T.[b]; Mata Benjumea, F.[c]; Cacharrón Bricio, R.[d]; Campos Rodríguez, J.C.[e] y Salvador Calvo, A.[f]
[a]Centro de Salud Don Ramón. [b]Centro de Salud Baviera. cCentro de Salud Castello. [d]Centro de Salud Lagasca. [e]Centro de Salud Potos I. [f]Centro de Salud Jorge Juan.

Objetivo. Analizar las causas por la que nuestra población esta frecuentemente fuera de rango terapéutico.
Metodología. Estudio retrospectivo llevado a cabo en población anticoagulada de 7 Centros Salud (barrio Salamanca-Chamartín) del área 2 de Madrid por 16 médicos de estos equipos. Se definió fuera de rango cuando del paciente presentaba 2 controles fuera de las cifras marcadas en un periodo de 6 meses (desde octubre a abril 2008).
Resultados. Los pacientes fuera de rango eran 233 (124 varones, 109 mujeres). La edad media fue de 72,74 y 78,08 años. El nivel cultural fue sin estudios un 12,35%, primarios 41,17%, bachillerato 26,47% y universitarios 20%. El rango terapéutico fue de 2-3 en 85%. La indicación de la anticoagulación fue por fibrilación 71,24%, prótesis 12%, TEP 4,29%, valvulopatía 8,15%. La precisión de las maquinas mostro una variabilidad menor del 10% en todos los casos. La causa más frecuente fue desconocida en el 48%, por problemas con la medicación 19%, incumplimiento terapéutico 6,86%, olvidos 10,3%, cambios dieta 5,57 alcohol

7,72%, gea 3%, vómitos 0,85% cirugía programada 6% extracción dental 5,15%, otros procesos 13,73%. Un 9,44% presentaba deterioro cognitivo y de estos 2 pacientes vivían solos, 4 con cuidadora profesional.
Conclusiones. Es muy frecuente que los pacientes tengan valores fuera del rango, lo que sucedió en 58,4% de los casos. Los coagulometros son muy fiables. La comorbilidad, la polimedicación, la ingesta de alcohol y el incumplimiento terapéutico son las principales causas. Es muy frecuente que no se haga un interrogatorio exhaustivo, no conociendo la causa. El deterioro cognitivo dificulta el manejo.

3176. ESTUDIO SOBRE EL CONOCIMIENTO DEL COLESTEROL Y SUS EFECTOS

Díaz Rodríguez, A.[a]; Fierro González, D.[a]; Mahmoud Atoui, O.[a]; De Abajo Olea, S.[b]; García-Norro Herreros, F.J.[c] y Torres González-Zabaleta, M.C.[a]

[a]Centro de Salud Bembibre, León. [b]Centro de Salud San Andrés de Rabanedo, León. [c]Centro de Salud Condesa, León.

Objetivos. Estudiar el conocimiento de la población española sobre la hipercolesterolemia, saber qué medidas se adoptan contra ella y la frecuencia con la que se acude al médico para vigilar cifras del colesterol.
Metodología. Encuesta poblacional sobre personas > 15 años en España. Se realiza un muestreo aleatorio estratificado por edad, sexo y CCAA. La selección de muestra y recogida de datos se realiza mediante dos herramientas informáticas (OMNIBUS y CAPI). Se recogen variables sociodemográficas, 15 preguntas específicas de conocimiento de colesterol, comportamientos y cambios de actitud ante hiperlipemias. Los resultados se expresan en porcentajes con un nivel de confianza del 95%, un error de muestreo de 3,1% para n = 100 si p = q = 50%.
Resultados. N = 2.023(1030 mujeres), con distribución homogénea por quintiles de edad. El 20% conoce y entiende los parámetros (el 7% sabe nivel óptimo). El 55% no se vigila el colesterol por falta de percepción de enfermedad, y de éstos el 80% no tiene pensado hacerlo. Solo la mitad de los que se controlan afirman modificar sus hábitos tras saber que está alterado. El 8% está en tratamiento y afirman buena cumplimentación el 95%.El 7% son además diabéticos, y es en este grupo donde hay mayor preocupación por colesterol.
Conclusiones. La mayoría de la población no se preocupa de saber su colesterol y desconoce los valores que debe tener. El hecho de conocerlo no induce cambios conductuales a no ser que coexista otra enfermedad como diabetes. Existen diferencias importantes entre CCAA.

3177. PERFIL DEL FUMADOR EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA CON TERAPIA SUSTITUTIVA NICOTÍNICA Y LA ABSTINENCIA A LARGO PLAZO

Torrecilla García, M.[a]; Herrero Antón, R.M.[a]; Tabera Hernández, M.C.[a]; Barrueco Ferrero, M.[b]; Plaza Martín, D.[c] y Valladares Lobera, B.[a]

[a]Centro de Salud San Juan, Salamanca. [b]Unidad Tabaquismo. Hospital Universitario Salamanca. [c]Centro de Salud Sisinio de Castro, Salamanca

Objetivos. Buscar un perfil-tipo del fumador que consigue dejar de fumar y mantener la abstinencia a largo plazo (5 años) y su relación con el abandono del tratamiento prescrito.
Metodología. Estudio longitudinal de cohortes cuasiexperimental (N = 121). La abstinencia se valoró según intención de tratar y el éxito como la abstinencia a los 5 años desde la intervención. Se aplicaron las pruebas estadísticas descriptivas para los porcentajes de abstinencia y para la comparación de porcentajes el chi cuadrado/corrección de Yates. Nivel de significación del 5%. Las variables analizadas fueron: cumplimiento terapéutico, género, patrón tabáquico y presencia de patología.
Resultados. A los 5 años la abstinencia puntual y mantenida fue respectivamente del 20,7% (13,8%-29,0%) y 13,2% (13,9%-27,6%). Los resultados según el cumplimiento terapéutico fueron:
Conclusiones. Con los datos observados no se puede demostrar un perfil que predisponga al cumplimiento terapéutico, aunque el perfil del fumador mal cumplidor sería el de mujer con mayor consumo de cigarrillos y mayor dependencia nicotínica. Existe una relación clara, por otra parte lógica, entre el cumplimiento terapéutico y el éxito terapéutico.

3189. NECESARIA COLABORACIÓN ENTRE MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y MÚTUAS DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Solé Claus, I.; Guasch Badell, R.; López Rodrigo, C.; Cullet Campeny, E.; Bardavío Lacasa, A.J. y Güell Ubillos, J.A.

Mutua Universal.

Objetivo. La legislación prevé que la expedición de baja médica (BM) por Incapacidad Temporal (IT) sea competencia del Médico de Atención Primaria (MAP) y que la prestación económica sea competencia de las Mútuas. La expedición de BM como inicio de situación de IT constituye un acto con amplia repercusión social y genera consecuencias para trabajador, Mutua aseguradora, empresa y sociedad. El objetivo consiste en evidenciar situaciones en que se encuentra una Mutua a partir de una BM expedida por MAP.
Metodología. Posibles situaciones que se presentan tras emisión de BM por parte del MAP teniendo en cuenta varios escenarios: 1 Baja con patología incapacitante: 1.1. Paciente citado a valoración por Mutua según seguimiento previsto en la LGSS, no acude. 1.2. Paciente que recupera su capacidad laboral y simultanea BM con realización de actividad laboral. 1.3. Paciente en lista de espera de sanidad pública para realización de pruebas/tratamientos. 2 Baja sin patología incapacitante: no necesita asistencia sanitaria o no está incapacitado para trabajar. Utilización de información proporcionada por registros de la actuación de Mutua en cada una de estas situaciones en periodo 01.01.08 a 31.12.08.
Resultados. 1 Porcentaje de casos para cada una de estas situaciones sobre total casos IT. 2 Coste total de casos en estas situaciones: nº casos × duración media.
Conclusiones. Resulta imprescindible establecer una cooperación horizontal entre MAP y Mútuas para ofrecer la óptima calidad en la gestión de las BM y conseguir reducir tiempos de espera evitando situaciones que comporten repercusiones para la sociedad.

Tabla 1. (3177)

	Abandono tratamiento	Tratamiento correcto	Significación
Abstinencia (5 años)			
Puntual	24% (9,4%-45,1%)	76% (54,9%-90,6%)	
Mantenida	12,5% (1,6%-38,3%)	87,5% (61,7%-98,4%)	(p < 0,05)
Varones	39,3% (27,1%-52,7%)	60,7% (47,3%-72,9%)	
Mujeres	48,3% (35,2%-61,6%)	51,7% (38,4%-64,8%)	(p > 0,05)
Edad	40,1 (DE 10,8)	39,2 (DE 11,0)	(p > 0,05)
Cigarrillos /día	30,8 (DE 15,9)	29,3 (DE 12,2)	(p > 0,05)
Años fumador	21,8 (DE 8,7)	21,5 (DE 10,6)	(p > 0,05)
Fagerström	7,7 (DE 1,9)	7,2 (DE 1,9)	(p > 0,05)
CO	26,7 (DE 8,0)	25,9 (DE 11,3)	(p > 0,05)
Presencia patología	43,6% (27,8%-60,4%)	56,4% (39,6%-72,2%)	
No patología	43,9% (33,0%-55,3%)	56,1% (44,7%-67,0%)	(p > 0,05)

3190. ¿TIENEN HIPERTENSIÓN Y SÍNDROME METABÓLICO LOS JÓVENES DE COLLBLANC?

Fañanás Lanau, N.; Aguilar Amo, M.A.; García Pérez, M.; Sevillano Cano, S.; Riba Samarra, A. y Fernández Durán, T.
ABS Collblanc, Hospitales de Llobregat.

Objetivos. Determinar la prevalencia de PA normal-alta (NA) y síndrome metabólico (SM) en la población joven atendidos en el ABS urbano de Collblanc (L'Hospitalet, Barcelona) en dos meses. Distribución según procedencia geográfica (mucha inmigración), edad (sub-grupos de 15-30 años (a) y de 31-45 a) y sexo. Determinar variables que permitan definir sub-poblaciones de mayor riesgo a presentar PA normal-alta.
Metodología. Estudio descriptivo, prospectivo, aleatorio. Hombres y mujeres de 15-45a que acuden a la consulta por cualquier motivo: se escogen los 5 primeros de la lista. Consentimiento informado escrito. Examen básico de salud (antecedentes familiares y personales, exploración física), ECG, análisis de orina y sangre. Mínimo 2 visitas posteriores por la mañana. Aparato OMRON M4-I (HEM-712C) BHS. Se excluyen gestantes. Se instruye en la correcta medida de PA.
Resultados. Descripción de la muestra: 15-30a: 38 mujeres (M)-23 hombres (H); 31-45a: 54M-25H. Españoles 42%, inmigrantes 58% de 18 nacionalidades. 45% toman medicación. 5 varones (4 españoles) cintura > 102 cm, 20 mujeres (9 españolas) cintura > 88cm. Media PAS 116 ± 12,4 mmHg (91,6-156,6). Media de PAD 74,8 ± 8,7 (56,6-104,3). PA NA (2007 ESH-ESC): 43pc (31%) de entre los que 26 (60%) tienen de 31-45a. SM (NCEP ATPIII): 6pc (4,2%).
Conclusiones. Mayores cifras de PA e incidencia ECV con la edad. No diferencias en esta muestra entre PA NA y SM según procedencia geográfica ni sexo. Considerar SM como método de cribado de paciente a riesgo de ECV desde la Atención Primaria.

3209. SOBRECARGA, ESTRÉS Y AUTOESTIMA EN LOS CUIDADORES DE ENFERMOS CRÓNICOS ANCIANOS CON LIMITACIONES FÍSICAS Y PSÍQUICAS, EN UNA ZONA URBANA

Sánchez González, M.; Sigüenza Navarro, J.M.; Moreno Leal, A.; Grueso Díaz, J.; Suárez Franco, M. y Gómez García, S.
DCCU Sevilla.

Objetivos. Conocer perfil y nivel de dependencia de nuestros pacientes crónicos ancianos con trastorno psíquico. Describir perfil del cuidador-tipo, estimar su prevalencia de sobrecarga y la influencia del papel de cuidador en su vida cotidiana.
Metodología. Estudio: descriptivo-observacional. Población: cuidadores de enfermos crónicos con limitaciones psíquicas y físicas, que pusieron aviso domiciliario urgente entre abril y mayo de 2009, seleccionados por muestreo aleatorio simple (n = 91).Se instruyó al personal para pasar tres test validados al cuidador del enfermo crónico (Sobrecarga del cuidador de Zarit, Índice de Estrés del Cuidador y Test de Autoestima de Rosenberg). Además pasamos al paciente las Escalas de la Cruz Roja (CR), para identificar limitaciones físicas (LF) y psíquicas (LP). Análisis: SPSS v16.0.
Resultados. Cuidador: mujer (88,6%), edad: 59,29 a (Rango: 39-78a); el 51,4%,de 41 a 60a); Paciente: mujer (62,9%), edad: 80,54a(Rango:50-100a),alta dependencia física (Grado ≥ 3 de Escala de CR:60,0%) y psíquica (Grado ≥ 3 de Escala de CR: 51,5%). El estrés del Cuidador (IEC) es: Alto: 74,3%, siendo mayor cuando la LF del paciente es muy alta (Grado 5:22,90%) o baja (Grado ≤ 2: 31,4%) y la LP-baja (Grado1:28,6%) o intermedia (Grado 3-4: 28,6%). La Sobrecarga del Cuidador (Zarit): es muy alta (85,7%) siendo mayor en LF-grave (Grado 5: 27,5%) y LP-ligera (Grado 1:34,3%) o intermedia (Grado 3-4:34,3%).La autoestima del cuidador (Rosenberg) fue baja para LF-grave (Grado 5:17,1%) y ligera (Grado 2:14,3%) y LP-ligera (Grado 1:17,2%) o intermedia-alta (Grado 4:11,4%). Los niveles empeoran cuando el cuidador tiene: 41-60 años y el paciente > 80 años.
Conclusiones. Los índices de sobrecarga, estrés y baja autoestima entre nuestros cuidadores son elevados. Contamos con instrumentos (Test de Zarit, IEC y Escala de Rosenberg) de enorme utilidad para detectarlos. Con personal instruido adecuadamente, podrían ser utilizados de forma rutinaria en Atención Primaria de Salud y en servicios sociales.

3216. CONSECUENCIAS DE LA INERCIA CLÍNICA EN EL SÍNDROME METABÓLICO: ESTUDIO ICTUS-AP

Alfaro González, J. V.[a]; Morales Payan, J.A.[b]; Guirao Sánchez, L.[b]; García-Giralda Ruíz, L.[c]; Casas Aranda, I.[c] e Izquierdo Ros, M.T.[c]
[a]Centro de Salud de Archena. [b]Centro de Salud de Alguazas. [c]Centro de Salud de Murcia-centro; Gerencia de Atención Primaria de Murcia. SMS.

Objetivos. Conocer el perfil de los pacientes que sufren ictus y los cambios de tratamiento efectuados para el control óptimo del síndrome metabólico en los 3 años previos al desarrollo de un ictus en pacientes de Atención Primaria.
Metodología. Estudio retrospectivo observacional, donde se valoran los controles sobre glucemia basal, tensión arterial, triglicéridos, colesterol HDL y obesidad abdominal, en los 3 años previos a la instauración de un ictus, así como los cambios en el plan terapéutico para adecuar este control a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.
Resultados. Valorados 255 pacientes, edad media 72,4 años (57-96), con un nivel de instrucción alto del 12,55% (11 mujeres y 21 varones), medio del 64,31% (97 m y 67 v) y bajo del 23,14% (39 m y 20 v). Ningún paciente tenía menos de 2 factores de riesgo cardio-vascular, el 32,94% (45 mujeres y 39 varones) presentaba 3 factores, el 36,08% (52 m y 40 v) tenía 4 factores, y el 12,16% (16 m y 15 v) padecía 5 o más factores de riesgo. Los pacientes con síndrome metabólico consumen 3,63 fármacos de media: estatinas el 52,94%, AAS y otros antiagregantes el 79%, antihipertensivos el 80%, y antidiabéticos el 34,51%. Los controles durante los 3 años previos al ictus sobre la glucemia en ayunas, los triglicéridos, el colesterol HDL, la tensión arterial y la obesidad abdominal, no superaron en conjunto el 16,3% las recomendaciones de las guías. Sólo en el 40,67% de los controles en los pacientes se introdujeron cambios en los tratamientos para mejorar su síndrome metabólico.
Conclusiones. Es preciso mejorar los registros en la historia clínica, utilizando la estructura del sistema informático para seguimiento de pacientes y explotación de datos. El control de los FRCV para la prevención de ictus es muy bajo, especialmente en el caso del síndrome metabólico, donde sólo lo consiguen 1 de cada 6 pacientes a lo largo de 3 años. No podemos dejarnos llevar por la inercia clínica, debemos ser más agresivos y contundentes, utilizando el arsenal terapéutico para conseguir el control de los FRCV que aconsejan las guías de práctica clínica.

3218. CRIBADO ALEATORIO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PARA PRUEBAS ANALÍTICAS

Ortiz de Saracho y Sueiro, L.; Calzado Sánchez-Elvira, C.; Pardo Tomás, C.; Roig Fernández, L.; Gómez Gras, A. y Cabrera Ferriols, M.A.
Centro de Salud San Blas, Alicante.

Introducción. Estudio de corte transversal realizado en el C de S de San Blas, Alicante a una muestra de pacientes mayores de 30 años, de ambos sexos, que acuden a pruebas analíticas con la finalidad de valorar el grado de control de la PA en hipertensos conocidos y nuevos e identificar los casos nuevos ó no correctamente tratados. (15-20 pacientes diarios cogidos aleatoriamente de forma voluntaria durante cinco meses consecutivos.
Objetivos. Valorar el grado de control de la PA en pacientes conocidos. Identificar casos nuevos. Valorar el grado de HAS y su relación con la edad. Identificar enfermedades asociadas.
Metodología. *Diseño:* estudio de corte transversal y multicéntrico. Ámbito del estudio: C de S de San Blas.-Alicante. *Sujetos:* pacientes de más de 30 años que acuden en ayunas para pruebas analíticas. *Variables:* edad, sexo, antec de hipertensión, tratamiento si lo hay, enfermedades asociadas y control de la presión arterial en ambos brazos en posición sentada tras diez minutos de reposo. Intervenciones: recogida de datos y tabulación sobre la base de datos establecida en Microsoft Access con texto en sistema Microsoft Word.
Resultados. Total de población adulta 18.492.- Población entre 14-30 a: 5.009.-Población > de 30a 13.483 (72,90%). Número de pacientes cribados: 1.540. *Variables:* sexo y edad: 1540.-V: 721.-H: 819. Hipertensos: 383 (24.87%)-V: 222(57,96%).-H:161 (42,04%); hipertensos controlados 293 (95,82%), hipertensos no controlados 74 (20,17%)-

56 tomaban solamente un fármaco-18 tomaban dos fármacos y 22 eran diabéticos.- V 40-H: 34, HTA nuevos 16 (4,17%).-V 13.-H: 3. Enfermedades asociadas: diabéticos 53 (14%), dislipémicos 27 (7%), cardiopatía 15 (4%) y obesidad 61 (16%).
Conclusiones. 1º.-El cribado aleatorio nos confirma la mayor prevalencia de HTA en los mayores de 71 años con una proporcionalidad del 55,09%, frente al 36,03% (51-70 a.) y un 8,87% (30-50 a). 2º. Los pacientes no controlados alcanzan a 74 (20,17%) con predominio de varones (50/24) así como la utilización de un solo fármaco (56/18) lo que conduce a un mal control de la PA en muchos pacientes. 3º. La presencia de 16 p. que desconocían su enfermedad y el predominio marcado de varones (13/3). 4º. La gran coexistencia de asociaciones (42,2%) destacando obesidad y diabetes.

3224. UTILIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR DEL PACIENTE HIPERTENSO (REGISTRO FAPRES)

Sánchez Ruiz, T.[a]; Llisterri Caro, J.L.[a]; Morillas Blasco, P.J.[b]; Pallarés Carratala, V.[c] y Sanchís Domenech C[d]; en representación de los investigadores del Registro FAPRES
[a]Centro de Salud Joaquín Benlloch. Valencia. [b]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan. Alicante. [c]Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas. Castellón. [d]Centro de Salud de Algemesí. Valencia.

Objetivos. Conocer el grado de empleo de fármacos anticoagulantes y/o antiagregantes en el paciente hipertenso ≥ 65 años con fibrilación auricular (FA).
Metodología. Estudio transversal y multicéntrico realizado en AP y unidades de hipertensión arterial de la Comunidad Valenciana. Se incluyeron los tres primeros pacientes hipertensos que acudieron a la consulta el primer día de visita de la semana de cada investigador, durante las 5 semanas que duró el período de selección. Se registraron factores de riesgo cardiovascular, lesión de órgano diana, enfermedad cardiovascular asociada y tratamientos farmacológicos. Se realizó un ECG que fue analizado por dos cardiólogos de manera independiente para identificar la FA.
Resultados. Participaron en el estudio 61 investigadores que incluyeron 1.028 pacientes. La edad media era de 72,8 años, con un 52,7% de mujeres. El 6,7% de los pacientes presentaban fibrilación auricular en el ECG (69 pacientes), de los que en el 24,6% no era conocida. Del total de pacientes en FA, el 58% recibían tratamiento anticoagulante, el 11,6% antiagregante y el 1,4% ambos tratamientos. Sólo el 1,4% de los pacientes presentaban alguna contraindicación para la anticoagulación. Al clasificar a los pacientes en función de si la FA era previamente conocida o no, observamos que el porcentaje de anticoagulación en los pacientes con FA conocida asciende al 71,2% y el 3,8% recibía terapia antiagregante.
Conclusiones. Tres de cada 4 pacientes hipertensos en FA reciben tratamiento preventivo del embolismo cardiaco, porcentaje muy superior al comunicado por otras series.

3228. ESTUDIO RADIOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿PETICIONES A LA CARTA?

Jiménez Martínez, J.; Benedicto Sánchez, J.R.; Mocciano Lovechio, A.; Menéndez López, A.C.; Fernández de Simón Bermejo, J.F. y Argente del Castillo, J.
Centro de Salud Mar Menor, El Algar, Cartagena.

Objetivos. Estudiar si el resultado de una exploración radiológica determina un cambio en la actitud terapéutica. Analizar qué porcentaje de peticiones radiológicas cumplen con las indicaciones recomendadas. Saber qué tipo de peticiones de radiología simple son las más frecuentes. Conocer si un factor influyente es quien sea el médico predictor de la exploración radiológica (el titular, un sustituto o un MIR).
Metodología. *Diseño:* descriptivo, observacional, transversal. Fuentes de datos: historia clínica OMI-AP, Programa Informático Selene, hoja derivación. Muestreo: aleatorio simple. Tamaño muestral 726. Criterios exclusión: no residir regularmente 6 meses previos. Criterios inclusión: ser mayor de 14 años, habérsele indicado exploración radiológica durante 2008. *Variables:* edad, género, centro de origen (cabecera, periférico), motivo de solicitud (control, diagnóstico), tipo de exploración radiológica (radiografía o ecografía), urgente o rutinaria, tipo de radiografía simple (cráneo, tórax, abdomen, ósea), tipo de ecografía (cuello, abdomen, ginecológica, mamaria o músculo- tendinosa), cambio en la actitud terapéutica, el médico prescriptor: titular, sustituto o MIR, cumple criterios de indicación. Análisis de datos: análisis bivariante, Chi cuadrado (cualitativas). T de Student, ANOVA (cuantitativas).
Resultados. Las peticiones de radiología simple las más frecuentes, el 80% tórax y ósea. El 74% se solicitan con finalidad diagnóstica. El 46% a mayores de 50 años, 20-30% peticiones innecesarias. Desde el centro cabecera se hacen más solicitudes.
Conclusiones. Adecuado conocimiento de indicaciones y riesgos de exploraciones radiológicas, y mejora en conocimientos y conciencia de la población, debería llevarnos a la mínima exposición a la radiación.

3235. ¿DIAGNOSTICAMOS Y TRATAMOS CORRECTAMENTE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

Tejero López, P; Garcia Castillo, O.; Rico Alcántara G.; Escobedo Espinosa, F y Díaz Barroso, A.
ABS Llefia. Badalona.

Objetivos. Analizar si diagnosticamos y tratamos la hipertensión arterial (HTA) según las guías de práctica clínica (ESH/ESC 2007).
Metodología. Estudio descriptivo trasversal, centro de salud urbano (36.000 habitantes). Se analizaron todos los diagnósticos de HTA realizados en el año 2007, historia clínica informatizada OMI-AP. *Variables:* edad; sexo; FRCV; diagnostico correcto (3 tomas de TA > 140/90 o > 130/80 si DM o ECV en 2 meses); estadio de HTA; AMPA/MAPA; creatinina, filtrado glomerular, microalbuminuria, HVI, estatificación del riesgo cardiovascular; si el tratamiento de la HTA fue correcto, primer fármaco pautado. Análisis estadístico SPSS 8.0.
Resultados. De 480 historias se excluyeron 230(47,7%): diagnósticos previos, en otro centro, crisis hipertensivas y pérdidas. Estudiamos 250 pacientes. Edad media: 58,6 años (DE 12,4). El 42,8%mujeres. FRCV: 52,4% dislipemia, 45,2% obesos, 26,2% fumadores, 24% diabéticos. Diagnostico correcto: 56% de pacientes. Número de tomas insuficiente fue la principal causa de error. Estadio de HTA constaba en el 40,8%. AMPA o MAPA en el 18,1% de casos. Riesgo adicional: 10% bajo, 45,4% moderado, 31,3% alto y 13,3% muy alto. El tratamiento era correcto en el 63,5%, el 26,5% estaban supratratados. 10% infratratados. Por grupos de riesgo adicional: bajo: 52% supratratados, medio: 46,9% supratratados, alto: 25,6% infratratados, muy alto: 15,2% infratratados. Los fármacos más utilizados inicialmente: 43% IECA, 20,1% diuréticos.
Conclusiones. - La mitad de diagnósticos de HTA no se ajustan a las recomendaciones de la guías de práctica clínica (ESH/ESC 2007). No pensamos en la HTA de bata blanca. El tratamiento se realiza correctamente en algo más la mitad de casos. Uno de cada dos pacientes con riesgo medio-bajo está sobretratado. No valoramos el perfil de riesgo del paciente al tratar la HTA.

3238. PREVALENCIA DE AUSENCIA DE APOYO SOCIO-FAMILIAR Y RIESGO DE TRASTORNOS AFECTIVOS EN PACIENTES QUE DEMANDAN AVISO A DOMICILIO URGENTE POR MOTIVO BANAL EN UNA ZONA URBANA

Sánchez González, M.; Torres Martínez, J.C.; Guisado González, M.J.; Grueso Díaz, J.; Sigüenza Navarro, J.M. y Moreno Leal, A.
DCCU Distrito Sevilla.

Objetivos. Conocer la prevalencia de dolencias inespecíficas como motivo de demanda de aviso domiciliario urgente, la relación entre los avisos considerados banales, con la ausencia de apoyo familiar y/o social del paciente. Estimar la prevalencia de posibles trastornos afectivos (Ansiedad-Depresión) en los pacientes objeto de este estudio y valorar la hiperfrecuentación por estos pacientes, con la consiguiente sobrecarga asistencial.
Metodología. Estudio descriptivo transversal, prospectivo. Población: todas las personas que avisan al Servicio de Urgencias en abril-mayo de 2009, solicitando visita domiciliaria, por motivos considerados banales por los médicos que las atienden. Recogimos: Filiación, Estructura familiar (y Etapa del ciclo vital, siguiendo a De la Revilla), FFRCV, consumo de psicotropos, Test de apoyo familiar (Family-APGAR), Test de Apoyo social (DUKE-UNK) y Escala de Ansiedad-Depresión (Golberg), cumplimentadas por personal instruido que atendió al paciente.
Resultados. Edad media de los pacientes: 74,3años (Rango 43-84 a); Mujeres: 76,5%; Horario nocturno: 61,8%; existía cuidador: 50%. En

41,4% llamó un familiar y en 29,4% el interesado. Independiente para ABVD: 61,8%. Estructura familiar: persona sola (23,5%) o pareja sin hijos: (26,5%). No recibe ayuda externa: 26,5%. Recibe ayuda de hijos: 32,4% o tiene Teleasistencia: 17,6%.Aseo correcto y vivienda habitable: 91,2%. Tiene FFRCV: 67,6%. Limitaciones en la movilidad: 38,2%. Usa psicotropos: 58,8%. APGAR-Familiar: Grave: 17,6% y leve: 32,4%. Escala de Ansiedad Golberg: 41,12%; Depresión: 11,8% y Ansiedad+Depresión: 11,8%. DUKE-UNK: Apoyo social Bajo: 50%.
Conclusiones. Muchos avisos considerados "banales" encierran un trasfondo relacionado con trastornos afectivos y falta de redes de apoyo familiar y/o social, que podríamos detectar aquellos profesionales que tenemos acceso al paciente en su entorno.

3241. ¿EL ROL DE GÉNERO DETERMINA A QUÉ RIESGOS SE EXPONEN Y QUÉ PROBLEMAS TIENEN LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES?

Corella Ferrán, T.; Rebollo Gala, G.; Olabarrieta Zaro, E.; Jiménez Oya, J.; Jonquera Martí, S. y Riera Rebollo, S.
Área Básica Salud de SALT, Girona.

Objetivos. Los adolescentes son un segmento poblacional vulnerable. Edades donde por primera vez se entra en contacto, experimenta, conoce y decide sobre aspectos esenciales de la vida, como la sexualidad, el consumo de drogas o los hábitos alimentarios. El objetivo es conocer si existen diferencias en cuanto a la exposición a riesgos y problemas en función del sexo i sobretodo del género, puesto que a hombres y mujeres se educa en valores diferentes y se espera que sus conductas se ajusten a ellos.
Metodología. Se estudiaron durante doce años (de 1993 a 2005) a 967 adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. El 50,4% eran mujeres. Se definieron como conductas de riesgo y problemas de salud: sexualidad, alimentación, consumo de drogas legales e ilegales, conducción de vehículos, salud mental, déficit de horas de sueño, sobrepeso/obesidad, sedentarismo, HTA y alteraciones analíticas.
Resultados. Encontramos que en hombres las prevalencias de los riesgos son superiores en: conducción 8,90% (prevalencia global), el 70,9% hombres $p < 0,0001$, consumo riesgo alcohol 8,17%, el 82,3% hombres $p < 0,0001$, consumo riesgo cánnabis 5,59%, el 75,9% hombres $p < 0,0001$, consumo otras drogas 6,62%, el 71,9% hombres y HTA 3,69% el 85,3% hombres $p < 0,0001$. En mujeres son: trastornos de la conducta alimentaria 9,03% (prevalencia global), el 68,2% en mujeres $p < 0,0001$, salud mental 21,73% el 56,4% en mujeres $p < 0,024$, sedentarismo 58,92% el 59,2% mujeres $p < 0,0001$ y alteraciones analíticas 40,45%, el 51,5% en mujeres $p < 0,038$.
Conclusiones. El rol, es decir, los valores y comportamientos con que se nos socializa a hombres y mujeres nos determina en el futuro. Mientras en hombres predomina el riesgo, lo temerario, lo agresivo como la conducción de vehículos y el consumo de drogas, en mujeres son lo relacionado con aspectos emocionales, TCA, salud mental y el sedentarismo. Dado que existe un evidente déficit de información y habilidades en el manejo de los riesgos habría que hacer campañas e intervenciones en función de aquellos más prevalentes, en relación al sexo/género.

3243. REFLEJO DEL MALESTAR EMOCIONAL DE NUESTROS PACIENTES EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: REGISTRO DE LOS CÓDIGOS Z

Romacho Canudas, M. y Membrilla Pastor, S.
CAP Ramona Vía, Prat-1.

Objetivos. Determinar la prevalencia de códigos Z en nuestros pacientes de Atención Primaria con el objetivo de evitar la "psiquiatrización" de situaciones transitorias.
Metodología. Revisión de historias clínicas de pacientes que tienen diagnósticos que incluyen códigos Z del CIE-10. Se analizan las siguientes *Variables:* prevalencia del código (se evalúan 17 de los más frecuentes), sexo y edad del paciente, médico que realiza el diagnostico y año de registro del código.
Resultados. Se han detectado 503 pacientes. Los códigos estudiados corresponden a situaciones de duelo, problemas económicos, acultura, problemas de soporte familiar y conyugal, trastornos emocionales, problemas laborales, incumplimiento terapéutico, problemas de vivienda. Distribución de la muestra: 70% son mujeres y 30% hombres; la media de edad es de 52 años. Los códigos mas prevalentes hacen referencia a problemas económicos, duelo, alteraciones en la relajación y el descanso y la acultura. No hay diferencias significativas entre edad y sexo de los médicos que diagnostican.
Conclusiones. Se observa que hay una prevalencia considerable de códigos Z a pesar de la sospecha de infradiagnóstico. Faltaría comprobar bajo que diagnósticos psiquiátricos se catalogan a los pacientes que serian candidatos a un código Z. Aumentar la sensibilización para una correcta codificación ayudaría a ofrecer una visión más realista de los problemas que afectan a la salud mental en Atención Primaria.

3246. AUMENTO DE LA EXPOSICIÓN AL TABAQUISMO PASIVO: EFECTOS EN LA PATOLOGÍA RESPIRATORIA AGUDA INFANTIL

Vallejo Domingo, A.[a]; Pera Blanco, G.[b]; Fernández Salas, B.[a]; Giné Badia, M.[a]; Cardona Egea, M.[a]; y Fernández Soriano, M.T.[a]
[a]CAP Badalona 7A-B "La Salut", Badalona. [b]IDIAP Jordi Gol i Gurina, Mataró.

Objetivos. Determinar el efecto del aumento de exposición al humo del tabaco durante el fin de semana sobre la incidencia de patología aguda respiratoria (PAR) en niños fumadores pasivos (FP)
Metodología. *Diseño:* estudio analítico observacional. *Ámbito:* Atención Primaria. Criterio de selección: niños atendidos en urgencias de Atención Primaria los lunes, jueves y viernes de Marzo de 2009. Muestra: 141. *Variables:* datos sociodemográficos, diagnóstico PAR, días de evolución, tabaquismo pasivo infantil (TPI), datos obtenidos mediante entrevistas en sala de espera y revisión de historias clínicas informatizadas. Se comparó incidencia de PAR tras fin de semana respecto del resto de días laborables. Método de análisis: análisis univariante de los datos sociodemográficos y diagnósticos, bivariante (Chi cuadrado): Incidencia de PAR entre FP y no FP tras fin de semana respecto días laborables y incidencia en PAR entre fin de semana y laborables en FP respecto no FP y multivariante (regresión logística): Control de los factores de confusión.
Resultados. Media edad 4'59 años (Desviación estándar 2'84); niñas 46'8%; FP 51'8%, Grupo Lunes: 70 pacientes. Odds Ratio (OR) de incidencia de PAR tras fin de semana (FS) respecto de días laborables en: niños FP 1,40($p = 0,549$) niños No-FP 0,8($p = 0,710$). OR de incidencia de niños FP con PAR respecto niños No-FP con PAR tras FS respecto laborables 1.55 ($p = 0,252$).
Conclusiones. Aunque los datos no son significativos, la incidencia de PAR en niños FP parece ser mayor durante el fin de semana y en mayor proporción que los no fumadores pasivos. La continuación de este estudio pretende confirmar estas tendencias

3248. IMPLANTACIÓN DE UNA ACTIVIDAD GRUPAL PARA LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CENTRO DE SALUD LA CALETA. GRANADA

Sabatel Gómez–Román, J.L. y Soriano Carrascosa, L.
Centro de Salud La Caleta, Granada.

Objetivos. 1.Implantar una actividad grupal de Prevención y Promoción de la Salud, referida al Cáncer de mama y dirigida a profesores y miembros del APA en Colegios e Institutos de la zona básica 2. Identificar otros temas sanitarios de interés en la población.
Metodología. Se envía una carta a los Directores de las instituciones educativas, detallándose el contenido del taller. Concertada la fecha, se elabora un atractivo Cartel Informativo que se coloca en los tablones del Centro. La sesión teórica dura unos 20 minutos y se apoya con una presentación de powert point, los contenidos versan sobre epidemiología, anatomía, fisiología, factores predisponentes, diagnóstico, autoexploración y cronograma de actividades preventivas. Y se distribuyen folletos informativos. La realización de la autoexploración mamaria está tutelada por profesionales sanitarios y para preservar la intimidad se habilita una sala. Se realiza una encuesta de satisfacción en la que además de evaluar el taller, se proponen otros temas sanitarios para nuevos talleres.
Resultados. Se desarrollaron 4 talleres con 82 asistentes. La satisfacción de la actividad ha sido buena o muy buena. En todas las instituciones educativas se han solicitado nuevos talleres. Identificándose otros temas sanitarios de interés como la RCP básica.
Conclusiones. La implantación de actividades grupales de educación sanitaria estrecha los vínculos con la comunidad, permite y favorece la

realización de nuevas intervenciones y facilita la identificación de temas sanitarios de interés.

3253. VALORACIÓN DE LA CONSULTA DE ANTICOAGULANTE ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Borreguero Guerrero, E.; García Sancho, M.C.; Morón Ugalde, A.; Salvador Salvador, A.M.; De Diego Cabanes, M.C. y Martín Lorente, A.M.

ABS La Granja-Torreforta, Tarragona.

Introducción. Uno de los retos actuales de los servicios sanitarios es mejorar la accesibilidad del paciente para que su control de anticoagulante oral (TAO) se realice lo más cerca posible de su centro de Atención Primaria (AP). Se facilita así la visión integral de la AP, coordinada con el servicio de Hematología de referencia, manteniendo la buena calidad técnica conseguida.
Objetivos. Valorar la satisfacción de los usuarios que acceden a la consulta de TAO.
Metodología. Estudio descriptivo transversal mediante selección aleatoria sistematizada de los usuarios. Se realiza encuesta de satisfacción vía telefónica. Criterios inclusión: diagnostico CIM 10 (Z92.1). Antecedentes personales de tratamiento actual con anticoagulantes orales.
Conclusiones. De una muestra total de 75 usuarios codificados se realiza entrevista telefónica a 61 de ellos. Se han obtenido los siguientes resultados: 87% considera adecuada la valoración de la proximidad al centro; 83% considera adecuado a sus necesidades el horario de la consulta; 91% considera que recibe una buena atención de los profesionales que intervienen en el proceso de control de TAO. La valoración global de la consulta es de 9 sobre 10. Una vez analizados los resultados, podemos concluir que la valoración global de la consulta de TAO percibida por los usuarios es positiva.

3259. APLICACIÓN DE MEDIDAS QUE PERMITAN LA IMPLANTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LA LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS EN UN CENTRO DE SALUD

Sabatel Gómez-Román, J.L. y Soriano Carrascosa, L.

Centro de Salud La Caleta, Granada.

Objetivos. Implantar los mecanismos necesarios para garantizar y proteger el tratamiento de los datos personales, a que hace referencia la LOPD, a cuyo cumplimiento están obligados todos los centros sanitarios.
Metodología. Solicitud de una auditoría externa a la Unidad de Gestión de Riesgos Digitales de Servicio Andaluz de Salud, sobre la situación de la Unidad Clínica respecto al cumplimiento de la LOPD. Los auditores visitaron el Centro, inspeccionaron, solicitaron documentación y se entrevistaron con los profesionales. Con la información recabada se elaboró un informe que se comunicó al Director de la Unidad.
Resultados. Se identificaron 39 medidas correctoras. La Unidad Clínica abordó aquellas que no requerían intervención de terceros y se podía llevar a cabo desde el propio Centro. 1) Se realizaron sesiones de equipo formativas e informativas sobre la LOPD, 2) Se elaborado una ficha para comunicación de incidencias 3) Se abrió el correspondiente REGISTRO custodiado bajo llave en las dependencias del SAU. 4) Se elaboraron documentos de autorización de envíos. 5) Se solicitó un equipo de destrucción de documentos con datos de carácter personal, 6) Elaboración de documento de control de envíos y firma de recibí sin manipulación, 7) Apertura de registro de personas autorizadas a los traslados de documentos con DCP (ubicado en SAU y custodiado), 8) Actualización de contraseñas y permisos de acceso.
Conclusiones. Una auditoría externa en materia de protección de datos permite identificar las áreas de mejora, y establecer una estrategia para implantar los procedimientos administrativos y organizativos necesarios para cumplir la LOPD.

3272. PACIENTES Y FAMILIARES DE TRATO "DIFÍCIL" EN AVISOS DOMICILIARIOS URGENTES EN UN DCCU URBANO

Sánchez González, M.; Medina Ortega, S.I.; Gómez García, S.; Suárez Franco, M.; Guisado González, M.J. y Moreno Leal, A.

DCCU Distrito Sevilla.

Objetivos. Identificar a pacientes y familiares «de trato difícil» (PD y FD), describir su perfil y las opiniones y vivencias que generan en los médicos que los atienden.
Metodología. *Diseño:* estudio descriptivo transversal. *Emplazamiento:* zona urbana. *Muestra:* PD seleccionados del total de pacientes atendidos en domicilio por equipos móviles del DCCU, entre abril y mayo de 2009. Se identificaron mediante los criterios diagnósticos de Ellis ("pacientes que provocan nudo en el estómago") y O´Dowd (pacientes capaces de producir distrés/malestar). Método: se recogió información sobre los PD visitados (edad, sexo, clasificación, estudios y comorbilidad) y FD (edad aproximada, nivel social y actitud). Se utilizó la clasificación de Groves modificada (pasivo-dependiente, exigente-agresivo, manipulador-masoquista, negador-autodestructivo, somatizador, emotivo-seductor). Analizamos sentimientos y actitud que generaron en 6 médicos del servicio.
Resultados. Seleccionamos 90 pacientes (prevalencia: 2,64% de los avisos realizados), el 55,6% eran mujeres. Edad media: 69,11años (DE, 13,6). Predominó la paciente exigente-agresiva (33,4%) y la pasiva-dependiente (11,1%), nivel social bajo (66,7%), patología crónica (94,4%), limitación de movilidad (66,7%), calidad de vida aceptable (83,3%) y algún trastorno psiquiátrico (44,4%).Los sentimientos que predominantemente generaron en los médicos: irritabilidad (22,3%) y cansancio (16,7%).Actitud del médico: Profundizar en el abordaje (55,6%), reafirmación (22,3%), frialdad e indiferencia (16,7%). El familiar-tipo: mujer (61,1%), de nivel medio-bajo (61,1%), con actitud demandante (38,9%) o desconfiada/suspicaz (11,1%). Actitud del médico: Pacto/negociación (22,2%) y empatía (22,2%) o irritabilidad/rechazo (16,7%).Se derivó al hospital: 16,7% por presión del paciente/familiar.
Conclusiones. Aunque cuantitativamente los PD y FD no se consideran problema relevante, provocan gran impacto emocional, especialmente para profesionales que trabajamos en la calle cuando la actitud es agresiva. Las habilidades y estrategias para manejarlos son limitadas y consideramos necesarios formación/entrenamiento específicos en entrevista clínica dadas las dificultades que presenta su abordaje.

3278. ESTUDIO SOBRE APLICACIÓN DE MEDIDAS DE CONTENCIÓN EN GERIATRÍA

Arana i Madariaga, A.[a]; Rapelli Tassano, J.[b]; Obiols i Torrebadella, M.[c]; Farràs i Serra, P.[a]; Closas i Solé, A.[d] y Company i Soler, J.[d]

[a]Médicos de Familia ABS Súria. [b]Médico residente MFyC ABS Súria. [c]Médico residente MFyC ABS Manresa – 2. [d]Enfermeras Residencia Geriátrica Bell Repòs de Súria.

Introducción. Las medidas de contención física suponen la inmovilidad parcial o general de la mayor parte del cuerpo. La sujeción está considerada como una medida terapéutica con el fin de garantizar la seguridad del paciente en diferentes situaciones de peligro de la propia integridad o de terceras personas. La indicación de las medidas de contención es siempre responsabilidad del médico después de efectuar la valoración integral del paciente.
Hipótesis de estudio. La mayoría de la población institucionalizada requiere medidas de contención.
Objetivos. Determinar las medidas de contención aplicada en la Residencia Geriátrica Bell Repòs de Súria y conocer las diferentes indicaciones de medidas de contención y su distribución por edad y sexo.
Metodología. Estudio observacional retrospectivo realizado en Residencia Geriátrica Bell Repos. Población estudiada: Población geriátrica institucionalizada entre enero 2008 i mayo 2008. Recogida de datos: Sobre la población en estudio se recogen las variables siguientes: edad, sexo, existencia de medidas de contención, causa de la medida, tipo de contención. Estadística: estadística descriptiva
Resultados. La población estudiada es de 113 individuos, 88 mujeres y 25 hombres. Un 44,2% (50) requieren medidas de contención, un 44% por riesgo de caída, 40% por demencia, 14% por inestabilidad y el 2% por otras razones. La contención nocturna (baranda) son un 20,35% de la población, exclusivamente diurna 0%, contención nocturna 7,97% y contención permanente 15,93%. El 77,8% de les contenciones son en mujeres, y la franja de edad más afectada es entre 85-89 años 41,5% de población con contención.
Conclusiones. La mayoría de la población (56%) no requiere medidas de contención. Todos los que requieren contención usan como mínimo la baranda nocturna. Los residentes que requieren contención son un 95% de mujeres i un 5% de hombres. La franja de edad más afectada está entre 85-89 años (41,5%).

3287. IMPACTO EN LOS FACTORES DE RIESGO Y OUTCOME CARDIOVASCULAR EN SUJETOS CON DIABETES TIPO 2 TRATADOS EN MONOTERAPIA CON LIRAGLUTIDA O GLIMEPIRIDA

López Hernández, X.[a]; Blonde, L.[b] y Sullivan, S.D.[c]

[a]Novo Nordisk, Madrid, España. [b]University of Washington, Seattle, WA, USA. [c]Ochsner Medical Center, New Orleans, LA, USA..

Objetivos. El objetivo de este estudio es determinar el impacto clínico y económico a largo plazo del tratamiento con liraglutida, un nuevo análogo humano de GLP-1.
Métodología. Se utilizaron los resultados de un estudio de 12 meses randomizado, doble-ciego y controlado con placebo, con liraglutida vs. glimepirida en monoterapia1. Para simular un seguimiento a 30 años, se utilizó un modelo de diabetes ya establecido, el "CORE diabetes model".
Resultados. La sobrevida fue mayor para 1,8 mg y 1,2 mg de liraglutida comparado con glimepirida (16,5%, 13,6% y 7,3% respectivamente). La mayor diferencia en eventos fatales se relacionó con muertes asociadas a insuficiencia renal grave, aunque la principal causa de muerte en todos los grupos fueron eventos cardiovasculares. Los eventos renales y oculares no fatales también fueron menores con liraglutida en comparación con glimepirida. Las neuropatías que ocasionaron la primera o la recurrencia de amputaciones, fueron más frecuentes con glimepirida en comparación con liraglutida. El coste acumulativo promedio por paciente a los 30 años fue US$9,367 más para glimepirida vs 1,8 mg de liraglutida, y US$6,491 más para glimepirida vs 1,2 mg de liraglutida. El componente principal de este coste se relacionó con el manejo de eventos cardiovasculares.
Conclusiones. Utilizando el modelo CORE para diabetes y los datos del estudio con liraglutida y glimepirida en monoterapia1, la proyección de sobrevida, complicaciones de diabetes y coste económico en servicios de salud a largo plazo, favorecieron a 1,8 mg y 1, 2mg de liraglutida en comparación con glimepirida en el tratamiento de la diabetes tipo 2.
Bibliografía.
1. Garber A, et al. Lancet. 2009; 373(9662):473–81.

3293. "RUIDOS EN EL PECHO Y OTRAS PSICOFONÍAS…" ESTUDIO DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS COMO MOTIVO DE AVISO DOMICILIARIO URGENTE DE LOS DCCU EN UNA ZONA URBANA

Sánchez González, M.; Medina Ortega, S.I.; Suárez Franco, M.; Sigüenza Navarro, J.M.; Grueso Díaz, J. y Gómez García, S.

DCCU Distrito Sevilla.

Objetivos. Conocer el perfil del usuario que demanda aviso a domicilio por síntomas respiratorios al Servicio de Urgencias. Valorar la gravedad real. Concordancia entre prioridades previa y posterior a la asistencia. Conocer el manejo que hacemos según juicio clínico y el grado de resolución en domicilio de estas patologías.
Metodología. Estudio descriptivo transversal. Revisión de todas las historias clínicas con motivo de consulta respiratorio, marzo-2009(Total = 3398). *Variables:* edad, y sexo del paciente, prioridad-EPES/DCCU, cronas-CCU/DCCU, antecedentes personales, Exploración Física, constantes y pruebas complementarias, juicio clínico, tratamiento administrado y prescrito. Derivación. Traslado.
Resultados. Paciente-tipo: mujer (58,9%); edad: 76 ± 12años (30-94a); avisa en franja horaria: 8:00-16:00h (39,4%); cardiópata (45,6%); DM (31,2%); EPOC: (41,2%); no fumadora (91,9%); con buena calidad de vida (64,4%); Motivo de consulta: asfixia (82,9%), ruidos en el pecho (5,7%); resfriado, tos (3,8%), dolor de garganta (1,2%). Presenta BEG (79,7%); respiración paradójica (24,7%); tiraje (18,4%); exploración: ACR: (98,7%); TA (86,1%) $SatO_2$ (94,3%); T[a](46,8%); ECG: (28,5%). Banales (25,6%); juicio clínicos: EPOC reagudizada (32,9%); CVA (13,3%); bronquitis aguda (13,3%); disnea cardíaca (7%); ansiedad (8,2%). Prioridad- EPES/DCCU: emergencias: 0,6%/8,1%; urgencias no demorables (UND): 86,9%/57,5%; demorables (UD): 10,6%/11,9%; avisos domiciliarios (AD): 0,6%/21,2%; coincidencias EPES-DCCU: 58,2%. Derivación hospitalaria: 27,8% (resolución: 72,2%). Tratamiento aplicado: O_2 (52,5%); broncodilatadores (41,1%); corticoides IV/IM (44,9%); psicotropos (12%); demora EPES: 50,89 min; DCCU: 14,57 min. Tiempo-asistencial: 31,82 min. (7-117). Tiempo-total: 46,34 min (12-130).
Conclusiones. Los motivos respiratorios son frecuentes en consultas de urgencia domiciliaria, la mayoría no revisten gravedad aunque producen disconfort y alarma sobre todo en pacientes con patología crónica (especialmente cardiopatías y EPOC).

3295. IMPACTO DE AÑADIR LIRAGLUTIDA, UN NUEVO ANÁLOGO HUMANO DE GLP-1 PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2, AL TRATAMIENTO EXISTENTE: EVIDENCIA DE UN META-ANÁLISIS

Mezquita, P. [a]; Pratley, R.[b] y Nauck, M.[c]

[a]Hospital Torrecárdenas, Almería. [b]University of Vermont College of Medicine, Burlington, VT, USA. [c]Diabeteszentrum Bad Lauterberg, Bad Lauterberg im Harz, Germany.

Objetivos. En la práctica clínica de la diabetes tipo 2 (DT2), los tratamientos normalmente se añaden, no se substituyen por terapia existente. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la adición de liraglutida, un análogo humano de GLP-1 de administración única diaria, al tratamiento antidiabético previo.
Metodología. Se realizó un metanálisis de 6 ensayos clínicos randomizados doble-ciego con pacientes con DT21-6. Mediante regresión logística, se comparó el impacto de añadir liraglutida a la terapia existente (n = 1683), vs. sustituirla por un antidiabético oral (ADO) (n = 2284).
Resultados. Se observó mayor disminución de la HbA1c cuando liraglutida se añadió que cuando se substituyó por el ADO previo (-1,4% vs.-1,0 con 1,8 mg de liraglutida, y -1,4% vs. -0,9% con 1,2 mg de liraglutida). La proporción de sujetos (95% IC) que alcanzaron el objetivo de HbA1c < 7% con la adición de liraglutida vs. la substitución del ADO previo fue de 71% [65%; 75%] vs. 57% [49%; 64%] con liraglutida 1,8 mg (p = 0,0014); 59% [51%; 67%] vs. 50% [41%; 58%] con liraglutida 1.2 mg; y 18% [12%; 26%] vs. 14% [10%; 20%] con placebo. El efecto en la disminución del peso corporal y presión arterial sistólica observado con liraglutida, no se vio influenciada por la adición vs. la substitución del ADO existente.
Conclusiones. Este análisis demuestra que 1,2 y 1,8 mg de liraglutida reduce la HbA1c de manera importante, un 1,4% cuando se utiliza como en la práctica clínica, añadiéndola a la terapia existente, alcanzando una HbA1c media de 6,96-7,05%.
Bibliografía.
1. Marre M, et al. Diabetic Medicine. 2009.
2. Nauck MA, et al. Diabetes Care. 2009;32;84–90.
3. Garber A, et al. Lancet. 2009; 373(9662):473–81.
4. Zinman B, et al. Diabetes Care. 2009 March 16, Epub ahead of print.
5. Russell-Jones, et al. Diabetes. 2008;57 Suppl. 1:A159.
6. Buse J, et al. Lancet. 2009, in press.

3303. LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 TRATADOS CON LIRAGLUTIDA ES SUPERIOR EN COMPARACIÓN CON EXENATIDA, CUANDO SE AÑADEN A METFORMINA, UNA SULFONILUREA O LOS DOS

Varillas, F.[a]; Montanya, E.[b]; Buse, J.[c] y Schmidt, W.[d]

[a]Hospital de Fuerteventura, Las Palmas. [b]IDIBELL Hospital Universitari, Bellvitge, Barcelona. [c]UNC School of Medicine, Chapel Hill, NC, USA. [d]St Josef-Hospital, Bochum, Germany.

Objetivos. Liraglutida y exenatida son análogos de GLP-1 para el tratamiento de la diabetes tipo 2 (DT2). Ambas se administran por vía subcutánea sin embargo liraglutida se administra una vez al día sin restricción horaria vs. 2 veces al día con dependencia del horario de comidas con exenatida. Este estudio evalúa la calidad de vida en pacientes con DT2, tratados con liraglutida vs. exenatida.
Metodología. Adultos con DT2 tratados con metformina y/o una sufonilurea con una HbA1c entre 7–11%, se randomizaron a 1.8mg de liraglutida una vez al día o 10 µg de exenatida 2 veces al día durante 6 meses. Posteriormente, todos los pacientes recibieron liraglutida durante 14 semanas. Los pacientes completaron el cuestionario estandarizado "Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire" (DTSQ) en la semana 0, 26, 34 y 40.
Resultados. A la semana 26, con liraglutida la reducción de HbA1c fue superior (p < 0.001) y la incidencia de hipoglucemias menor (p=0,01) vs. con exenatida. La satisfacción general de los pacientes fue mejor con liraglutida (p < 0,0001). La proporción de pacientes "satisfechos" fue del 94% con liraglutida y del 86% con exenatida (p=0,0176). Los pacien-

tes percibieron una mayor reducción de la hypoglucemia con liraglutida vs. exenatida (p=0,0193), y una mayor reducción de la hyperglycemia (p=0,0007). Durante la fase de extensión, la puntuación del DTSQs permaneció estable en los pacientes con liraglutida, y mejoró significativamente (p=0,0131) en los que cambiaron de exenatida a liraglutida.
Conclusiones. Estos resultados demuestran que la satisfacción del paciente mejora con el tratamiento con liraglutida, y además de manera superior que con exenatida.

3324. PREVALENCIA DE PATOLOGÍA TIROIDEA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

Díaz Benito, J.A. y Muñoz Garde, L.V.
Centro de Salud Peralta, Navarra.

Objetivos. Conocer la prevalencia de hipotiroidismo e hipertiroidismo en nuestros pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), y los posibles factores asociados.
Metodología. Estudio descriptivo transversal, en un centro de salud semiurbano, mediante el estudio de los 194 pacientes con DM2 que tenían en su historia clínica una determinación de tirotropina (TSH). El criterio para la definición de hipotiroidismo fue la presencia de TSH > 5,5 y/o tratamiento sustitutivo con hormonas tiroideas. Para el diagnóstico de hipertiroidismo se utilizó, de acuerdo con los valores de referencia del laboratorio, el valor de TSH < 0,35 en ausencia de tratamiento sustitutivo. Se analizarón variables sociodemográficas, antropométricas, clínicas y de laboratorio.
Resultados. Media de edad de 70,8 años (DE: 11,7), con un 49,5% de mujeres. La función tiroidea está alterada en el 9,27% de nuestros pacientes con DM2, con un predominio estadísticamente significativo en mujeres ($\chi^2 = 4,1$; $p < 0,05$). La mayoría de la patología se enmarca dentro del hipotiroidismo, con un 8,76%, frente al 0,51% del hipertiroidismo.
Conclusiones. La prevalencia de patología tiroidea en nuestros pacientes con DM2 es del 9,27%, con un predominio en mujeres, estadísticamente significativo.

3330. CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE LA POBLACIÓN HIPERTENSA > 64 AÑOS INCLUIDA EN EL ESTUDIO PRESCAP 2006 SEGÚN LAS DIFERENTES ZONAS GEOGRÁFICAS ESPAÑOLAS

Rodríguez Roca G.C.[a]; Llisterri Caro, J.L.[b]; Barrios Alonso, V.[c]; Prieto Díaz, M.A.[d]; Lou Arnal, S.[e] y Gonzalez-Segura Alsina, D.[f]
[a]Centro de Salud de La Puebla de Montalbán, Toledo. [b]Centro de Salud Joaquín Benlloch, Valencia. [c]Hospital Ramón y Cajal, Madrid. [d]Centro de Salud Vallobín-La Florida, Oviedo. [e]Centro de Salud de Utebo, Zaragoza. [f]Departamento Médico. Almirall, S.A., Barcelona. En representación del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Grupo HTA / SEMERGEN) y de los investigadores del estudio PRESCAP 2006.

Objetivos. Analizar el control de la PA de los pacientes > 64 incluidos en el estudio PRESCAP 2006 en las diferentes zonas geográficas españolas.
Metodología. Estudio transversal y multicéntrico realizado en AP en hipertensos > 64 años de las 17 CCAA que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo. La PA se consideró bien controlada cuando era < 140/90 mmHg (< 130/80 en pacientes con DM, nefropatía o enfermedad cardiovascular). El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS versión 15.0.
Resultados. Se analizó a 4.595 pacientes (edad media 73,4 ± 5,9 años; 58,5% mujeres). La zona Norte (N) -Galicia, Asturias, Aragón, Cantabria, País Vasco, Navarra y Rioja- incluyó a 1.080 pacientes, la Mediterránea (M) -Baleares, Cataluña y Comunidad Valenciana- a 1.369, la Centro (C) –Castilla La Mancha, Castilla y León, Madrid y Extremadura- a 1.118 y la Sureste (SE) -Andalucía, Canarias y Murcia- a 1.028. La zona SE presentó menor edad (72,2 vs 73,8 años; p < 0,0001). El sedentarismo (66,7%), la obesidad abdominal (66,3%), dislipemia (55,6%) y DM (36,9%) fueron más frecuentes en la zona SE (p < 0,05), y la ingesta elevada de alcohol (15,2%) en la N (p < 0,0001). El control de la PA fue mayor (p < 0,0001) en las zonas C (43,0%; IC 95%: 40,1-45,9) y M (39,4%; IC 95%: 36,8-42,0) que en las zonas N (34,0%; IC 95%: 31,2-36,8) y SE (34,2%; IC 95%: 31,3-37,1).
Conclusiones. El control de PA de los hipertensos > 64 incluidos en el estudio PRESCAP 2006 es mayor en las zonas geográficas C y M.

3341. SÍNDROME DEL PROFESIONAL QUEMADO

Martínez Jarreta, B.; Gascón Santos, S.; Ezpeleta Ascaso, I.; Elizalde Pérez de Ciriza, I.; Aguaron Joven, E. y Alonso Robles, A.
GAP Huesca, UDMT- EPMT Zaragoza.

Objetivos. Evaluar el nivel en cada una de las dimensiones de "burnout" –síndrome del profesional quemado– en médicos de Atención Primaria, así como analizar cuáles son las variables que se muestran con mayor poder predictivo en su origen y mantenimiento.
Método. *Participantes:* 211 médicos de Atención Primaria pertenecientes a 14 centros de salud, rurales y urbanos de dos Comunidades Autónomas. Instrumentos: MBI: Cuestionario de Burnout de Maslach y Jackson; Six Areas of Worklife (Leiter y Maslach); Listado de Temores y Estresores en la Práctica Clínica (Gascón y Martínez-Jarreta, 2006).
Resultados. El hallazgo más significativo encontrado fue que, aunque se encontraron altos índices de sobrecarga laboral, las variables que mejor predecían el índice de burnout, especialmente en las dimensiones de Cansancio Emocional (CE) y Despersonalización (DP), fueron: el conflicto de valores (entre los valores del profesional y los del sistema sanitario) y la falta de justicia y de recompensas (entendidas éstas, no como el salario, sino como las gratificaciones intrínsecas de la profesión).
Conclusiones. De entre los estresores comunes en el mundo laboral, el sentimiento de falta de justicia o equidad, resultó ser –mediante análisis de regresión– la variable que mejor explicaba el inicio del síndrome del profesional quemado.

3382. ¿EL CONSUMO DE ALIMENTOS FUNCIONALES DE NUESTROS USUARIOS ES ADECUADO A SUS PATOLOGÍAS?

Gàllego Bademunt, C.; Roselló Farràs, D.; Salvatella Pàmies, J.; Matas Foz, C.; Campmajó Almodóvar, C. y Pascual Doménech, M.
CAP Adrià, EAP Marc Aureli, Barcelona.

Objetivos. Evaluar el consumo de alimentos funcionales de nuestros usuarios en relación a sus patologías.
Metodología. Estudio descriptivo realizado en un Centro de Salud urbano. Se incluyeron 182 usuarios consumidores de alimentos funcionales atendidos consecutivamente en nuestras consultas de medicina, en octubre de 2008. Analizamos: edad, sexo, estudios (primarios, secundarios o universitarios), tipo de alimento, frecuencia (ocasional o habitual), indicación (iniciativa propia o profesional de la salud), relación con patología, tipo de patología y adecuación del consumo a la patología.
Resultados. Los participantes tenían 61,6 años de media (DE, 17,35; rango 17 a 100). El 76,9% eran mujeres, el 62,1% los consumía habitualmente y el 86,8% por iniciativa propia. El consumo se relacionaba con patología tributaria del mismo en el 51,6% y era adecuado en el 49,2%. Alimentos más consumidos: 33% lácticos con bífidos, 24,7% bebidas con soja, 20,9% lácticos con L.casei, 19,2% fitoesteroles y 15,4% alimentos con fibra. Patologías más frecuentes: estreñimiento 24,7%, hipercolesterolemia 14,8%, síntomas del climaterio 9,9%, otras 18,7% y, sin patología 32,4%. El consumo fue adecuado a las patologías significativamente en: hipercolesterolemia (fitoesteroles) 96,3% (p < 0,001); estreñimiento (lácticos con bifidus y alimentos con fibra) 97,8% (p < 0,001); osteoporosis (alimentos enriquecidos con calcio y vitamina D) 100% (p = 0,006); y síntomas del climaterio (bebidas con soja) 94,4% (p < 0,001).
Conclusiones. En nuestros usuarios el consumo se relacionó con patología tributaria del mismo en el 51,6% y fue adecuado a sus patologías en el 49%.

3386. FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL PACIENTE HIPERTENSO: APORTACIONES DEL REGISTRO FAPRES

Llisterri Caro, J.L.[a]; Morillas Blasco, P.J.[b]; Pallarés Carratala, V.[c]; Sánchez Ruiz, T.[a]; Sanchís Doménech, C.[d]; en representación de los investigadores del Registro FAPRES
[a]Centro de Salud Joaquín Benlloch, Valencia. [b]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan. Alicante. [c]Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas, Castellón. [d]Centro de Salud de Algemesí. Valencia.

Objetivos. Determinar la prevalencia y características clínicas de la fibrilación auricular (FA) en el paciente hipertenso de edad ≥ 65 años.
Métodología. Estudio transversal y multicéntrico realizado en AP y unidades de hipertensión arterial de la Comunidad Valenciana. Se incluyeron los tres primeros pacientes hipertensos que acudieron a la consulta el primer día de visita de la semana de cada investigador, du-

rante las 5 semanas que duró el período de selección. Se registraron factores de riesgo cardiovascular, lesión de órgano diana y enfermedad cardiovascular asociada. Se realizó un ECG que fue analizado por dos cardiólogos de manera independiente. El estudio fue aprobado por el CEIC del Hospital General de Castellón.
Resultados. Participaron en el estudio 61 investigadores que incluyeron 1.028 pacientes, edad media 72,8 años (52,7% de mujeres). La presión arterial media fue 146,7/81,1 mmHg. El 6,7% de los pacientes presentaban FA en el ECG (69 pacientes), de los que en el 24,6% no era conocida. Los factores asociados a la presencia de FA en el ECG fueron la edad (OR: 1,08; IC 95%: 1,03-1,13; p = 0,001), la ingesta de alcohol (OR: 3,53; IC 95%: 1,20-10,35; p < 0,05), el ejercicio físico (OR:0,51; IC 95%: 0,27-0,97; p < 0,05) la enfermedad cardíaca (OR: 4,68; IC 95%: 2,74-7,99; p < 0,001) y la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) en el ECG (OR: 2,41; IC 95%: 1,20-4,85; p < 0,05).
Conclusiones. Siete de cada 100 pacientes presentan FA en el ECG. Los factores más relacionados fueron la edad, cardiopatía previa o HVI en el ECG.

3388. ASISTENCIA A LA MUJER PUÉRPERA EN UN CENTRO DE SALUD. ¿EN QUÉ FALLAMOS?

Campillos Páez, M.T.; González Pascual, J.L.; Del Castillo Berruguete, M.; Santamaría Calvo, Y.; Romero Fernández, A.B. y Cordero Puebla, P.
Centro de Salud Potes, Área 11 de Atención Primaria de Madrid.

Objetivos. Principal: estudiar asistencia a mujer puérpera (MP) en un EAP. Secundarios: identificar fallos, implementar medidas preventivas.
Metodología. *Diseño:* descriptivo retrospectivo. Ámbito estudio: EAP urbano. *Sujetos:* listado de recién nacidos que constan en EAP desde 12/03/2008 hasta 13/03/2009 y a través de éstos, estudiamos asistencia prestada a madres en periodo puerperal. Mediciones: *Variables:* datos filiación madre, ¿registramos protocolo de puerperio? (Servicio 303 cartera servicios), tipo asistencia prestada a MP: valoración funcional, EF, cuidados, tratamiento; ¿realizamos visita domiciliaria a MP?, tiempo transcurrido desde parto hasta atención puerperal.
Resultados. Doscientos tres neonatos en periodo estudio (54,2% varones, 45,8% niñas). Padres inmigrantes 33,5%. En 65 casos no consta madre en registro familiar OMI-AP, por tanto estudiamos 138 madres. Edad media de 138 mujeres 28,5 años (DE 5,7); mayoritariamente casadas. De 138 mujeres, completamos 5 protocolos puerperio (3,6%); realizamos visita domiciliaria en 4 casos. En 55,8% de MP no prestamos ninguna asistencia sanitaria. En 44,2% restante, cuando demandan asistencia los principales tipos atención prestada son: EF (59%), plan de cuidados y tratamiento (41%). Media del tiempo transcurrido desde parto hasta asistencia 12,9 días (DE 41,48). MP demanda asistencia en 4-15 días si motivo consulta relacionado con episiotomía/cesárea/mastitis y demora 45-75 días si solicitan contracepción. De 138 madres, registramos episodio gestación en 105 (76,1%).
Conclusiones. Descubrimos área de mejora al constatar una deficitaria atención a MP. Interesante implementar protocolos con ítems a registrar, como protocolo de PUERPERIO de OMI-AP. Recordar a profesionales necesidad de registro correcto, con búsqueda activa de MP, e incidir en necesidad de atención integral en este periodo vital.
Palabras clave: puerperio, calidad asistencial, cartera de servicios.

3393. EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN NUESTRA POBLACIÓN DIABÉTICA

Roig Fernández, M.L.; Pardo Tomás, C.; Calzado Sánchez-Elvira, C.; Gómez Gras, A.; Ortiz de Saracho y Sueiro, L. y Berenguer Blay, J.L.
Centro de Salud San Juan, Alicante.

Introducción. La DM sobre la base de una enfermedad endocrina es un importantísimo problema de salud con un alto impacto socio-sanitario (alta prevalencia, severas complicaciones crónicas y elevada tasa de mortalidad). La coexistencia de FRCV hace que el factor aterogénico se acentué en intensidad y en tiempo, incremente sustancialmente la mortalidad y reduzca considerablemente la calidad de vida.
Objetivos. 1. calcular la proporcionalidad de diabéticos existentes en nuestro centro que cumplen los criterios de control marcados por las distintas sociedades científicas (DECODE, ADA, AESD Y OMS). 2. Observar la prevalencia de FRCV asociados a los mismos.
Metodología. *Diseño:* estudio descriptivo. *Ámbito de estudio:* C.S. S. Blas de Alicante (seis cupos). *Sujetos:* muestras de 252 HC de pacientes (DM1 y DM 2) extraídas del archivo de Abucasis. *Variables:* edad (30-96 años), HbA1c < 7. IMC < 27, PAS < 130, PAD < 80. TG < 150, c-LDL < 100, no tabaco, no microalbuminuria, índice de control (I.C.) y FRCV. Intervenciones: recogida de datos y tabulación sobre la base de datos SCORE.
Resultados. Pacientes: 252 H: 57% (144) M: 43% (108), IMC: 52, H 57% (30) M 43% (22). I.C.: - 20.6%, HbA1c:146, H: 59% (86), M: 41% (60), IC: - 57,9%; Lípidos: 108. H: 62,9% (68), M: 37% (40) IC: -42,8%. PAS: 99, H: 71% (70), M: 28,2% (29), IC -39,2%. No tabaco: 24, H: 82% (122), M: 98% (106), IC 47%. No microalbuminuria: 215, H: 81,1% (121), M: 93,1(85,31%) IC: 85,31%.
Conclusiones. En el centro de salud llama la atención que hacemos un mal control de las glucemias, de los lípidos y de la presión arterial al mismo tiempo que más de un 38% de los diabéticos no reúnen los criterios de control establecidos. Si los objetivos de control para el portador de una enfermedad vascular en todas sus vertientes (CI, vasculopatía periférica, alteraciones lipídicas...) necesitan ser rigurosos, un inadecuado control de la enfermedad diabética los coloca en una situación de RCV elevado que nos obliga a ser más agresivos en la búsqueda de objetivos de un mejor control de estos pacientes.

3395. PREVALENCIA DE DIABETES Y PREDIABETES EN LA PROVINCIA DE CÁCERES

Barquilla García, A.[a]; Martínez Sánchez, J.M.[b]; Polo García, J.[c]; Gómez-Martino Arroyo, J.R.[d]; Gómez Barrado, J.J.[d] y Benito del Sol, S.[a]
[a]EAP de Trujillo. [b]ICO Barcelona. [c]EAP de Torrejoncillo. [d]HSPA de Cáceres.

Objetivos. Determinar la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y prediabetes (glucemia basal alterada, GBA) en la población adulta de la provincia de Cáceres utilizando criterios de la OMS y de la ADA 2003.
Metodología. Estudio de corte transversal observacional multicéntrico. Se realiza un muestreo aleatorio por conglomerados trietápico. Se analizan los datos de 1498 individuos mayores de 14 años de ambos sexos, (670H 828M) a los que se realizó anamnesis sobre antecedentes familiares y personales de patología cardiovascular, determinación de la tensión arterial, peso, talla, perímetro abdominal y de valores analíticos: glucemia basal, triglicéridos y HDL.
Resultados. DM2 conocida: 8,8%; DM2 sin diagnóstico previo: 1,9%; Total DM2: 10,7% (mayor del 30% en mayores de 70 años); GBA OMS (110-125): 5,8% (máximo en década de los 50: 10%); GBA ADA 2003 (100-125): 14,2% (máximo en década de los 60: 20%). No hay diferencias significativas entre géneros (p es siempre > 0,05) en ningún caso. En los diabéticos conocidos tiene un control óptimo de su glucemia basal sólo el 41% si consideramos los criterios de la ADA (GB < 130) y el 22% si usamos los de la IDF (GB < 110).
Conclusiones. La prevalencia de DM2 en Cáceres es elevada y similar a la encontrada en otros estudios realizados en nuestro país. No hay diferencias entre géneros y aumenta considerablemente con la edad. La prevalencia de GBA tampoco presenta diferencias entre géneros y si usamos los criterios de la ADA 2003 se multiplica por 2,5. Es superior a la encontrada en recientes estudios en Canarias y Murcia, similar a la encontrada en Madrid y más baja que la encontrada en Valencia (10,8 OMS) y Málaga (12,4 OMS). Si usamos los criterios ADA un cuarto de la población cacereña mayor de 14 años tiene alteraciones del metabolismo de la glucosa (DM2 o GBA). El grado de control es bastante deficiente usando criterios de glucemias basales.

3402. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Escobedo Espinosa, F.; Gutiérrez Toca, O.; Marconcini, C.; Giménez Bayas, T.; Díaz Barroso, A. y Tejero López, P.
Centro de Salud Llefia, Badalona, Barcelona.

Objetivos. Describir los tratamientos de la insuficiencia cardíaca (IC) sistólica (ICS) y diastólica (ICD) de la población de un CS urbano y analizar la adecuación del tratamiento con IECAs según los criterios de la Guía Europea de IC 2005.
Metodología. Estudio descriptivo transversal en AP. *Sujetos:* pacientes de Llefia (37.000) diagnosticados de IC en la historia clínica informati-

zada (OMI-AP) hasta el 2007. *Variables:* tratamientos de la IC. Ecocardiograma, fracción de eyección (FE), ingresos hospitalarios y especialista que controla la IC. Consideramos ICS si FE < 45% y ICD si FE > 45% según la Guía Europea de IC.
Resultados. Doscientos noventa y nueve pacientes diagnosticados de IC. Doscientos cuarenta y cinco tenían registro de ecocardiograma (81,9%). Un 78,4% eran ICD, 21,6% ICS. En la ICS el 47,6% recibían tratamiento con IECA y el 70% tratamiento con IECA o ARAII. No había diferencias significativas entre el tratamiento con IECA, ARA II, betabloqueantes o antagonistas del calcio entre ICS y ICD. El tratamiento con nitratos y digoxina era significativamente mayor en ICS. EL 24,4% habían ingresaron en el último año, sin que hubieran diferencias significativas entre ICS y ICD. El 80% de los pacientes son controlados por AP (40%) y cardiólogo de zona (39%).
Conclusiones. Tratamos igual la ICS que la ICD a pesar de la poca evidencia científica que existe para el tratamiento de la ICD. Seguimos las recomendaciones de las guías de práctica clínica en cuanto al tratamiento con IECA en la ICS. No hay diferencias significativas en cuanto al número de ingresos en ICS o ICD. El 80% de control de la IC se hace entre cardiólogo de zona y Atención Primaria.

3404. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE SALUD DE LOS MARINEROS DEL LITORAL CATALÁN

Alcolea García, R.M. [a]; Estopà Pujol, H.[b]; López-Marina, V.[c]; Rama Martínez, T.[d]; Costa Bardají, N.[e] y Orduña Casado, J.[f]
[a]ABS. Besós, Barcelona. [b]Instituto Social de la Marina, Barcelona. [c]ABS. Piera, Barcelona. [d]ABS. Masnou, Barcelona. [e]ABS. Río de Janeiro, Barcelona. [f]Sistema de Emergencias Médicas, Barcelona.

Objetivos. Describir el estado de salud de los marineros que trabajan en el Litoral Catalán.
Metodología. Datos informatizados de la historia clínica de los marineros > 44 años que se embarcaron en 2007. Se dan proporciones, medias (X) e IC [95%], con estadística descriptiva utilizando para las variables cualitativas la χ^2.
Resultados. 1941 trabajadores embarcados, el 17,1% (333) con una edad media de 54,7 años (rango 44-71). Cargos: 9 buzos, 89 capitanes, 39 trabajadores en máquinas (TM) y 195 sin datos. Anamnesis y exploración física: abuso de alcohol 4,8%, ex alcohólicos 1,6%; fumadores 39,6%, ex fumadores 11,7%; p > 0,05 para las relaciones cargo/tabaco, cargo/alcohol, tabaco/alcohol. IMC (X e IC [95%]): buzos (25,4 y 23,6-27,2); capitanes (28,9 y 27,8-29,9); TM (29,4 y 27,9-30,9); p 0,02, entre buzos y capitanes. HTA 18,2%. Vacunación antitetánica 49,5%: buzos 87,5%, capitanes 67,2%, TM 78,1%; p 0,33. EKG: 2,7% alterado, 10,2% normal, 87,1% sin datos; relación EKG/cargo p > 0,05. Cumplimiento terapéutico correcto al estar en el mar 16,5%, mal cumplimiento 45%; sin datos 38,5%. Analítica: 54,6% hiperlipidemias; 42,8% sin datos. Alteraciones en la glucemia 15,9% (DM-2 7,8%, hiperglucemia 8,1%); sin datos 45%. Transaminitis 14,4%; relación cargo/alcohol p > 0,05. Hiperuricemia 9,6%. Patología vésico-prostática 5,7%; PSAt (X e IC[95%]): 1,32 y 1,07-1,57; relación cargo/ PSAt p > 0,05.
Conclusiones. 1. Al realizar la estadística inferencial sólo encontramos relación en el aumento de peso y el cargo de capitán respecto al buzo. 2. Hay un infraregistro de muchos parámetros estudiados. 3. Se ha de mejorar el control de los factores de riesgo cardiovascular.

3409. ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

García Castillo, O.; Carreter Parreño, J.; Ródenas Aguilar, J.L.; Gómez Saldaña, A.; Bermejo Cacharrón, Y. y Villar Garrido, I.
ABS Llefià. Badalona.

Objetivos. Describir las características del adolescente y del consumo de drogas, así como la relación existente entre ellos; obteniendo la información de las opiniones de los grupos sociales implicados: adolescentes, padres de adolescentes, profesionales sanitarios y profesores de secundaria, para posteriormente elaborar nuevas estrategias de prevención.
Metodología. Es un estudio cualitativo realizado mediante grupos focales. Se establecieron cuatro grupos de trabajo: adolescentes de 14-18 años, padres de adolescentes, profesores y sanitarios del EAP Llefià. Se realizaron reuniones hasta que se saturó la información, completando 15 reuniones en total, con una duración media de una hora. Se procedió a la transcripción de las reuniones y se procesaron los datos mediante el programa Atlas.ti realizando etiquetas verbales (códigos) para segmentar la información y las conclusiones (memorias) que se deducen del texto, obteniendo un mapa de significados para cada grupo a estudio.
Resultados. A través de la información extraída de la opinión de los participantes se han obtenido variables que permiten describir las características del adolescente, el perfil y contexto sociofamiliar del consumidor, así como los factores de riesgo y la problemática del consumo.
Conclusiones. El adolescente tiene sensación de invulnerabilidad y aunque está informado minimiza riesgos. Existe gran magnitud de consumo y gran accesibilidad a los tóxicos. Las drogas de entrada son alcohol y tabaco que se inician en un contexto social, el cannabis es con diferencia la droga ilegal más consumida. El fracaso escolar y los trastornos psiquiátricos son factores de riesgo y/o consecuencias del consumo.

3412. EL CONTROL DE NUESTROS DIABÉTICOS. LOS DATOS OBJETIVOS

Ledesma Martín, M.C.; Delgado Alonso, P.; Pacho Vázquez, B.; Pérez Andueza, F.; Díaz Muñoz, J.A. y López Domínguez, P.
Centro de Salud de Piedrahita, Ávila.

Objetivos. Conocer el control en los diabéticos (n = 324) de la Zona Básica (HbA1c, retinopatía diabética, afectación renal, hipertensión y lipidemia). Correlacionar los datos de control glucémico en la evaluación de cartera con los obtenidos directamente del laboratorio. Ver efecto de la implantación de tele-retinografía y monitorización ambulatoria de la tensión arterial (MAPA). Reducir la derivación a endocrinología.
Metodología. Se realiza una evaluación inicial "subjetiva" sobre datos de cartera de servicios y dos observaciones objetivas a los 12 y 24 meses accediendo a través del programa Galeno a parámetros analíticos y a informes de retinografías. Registro de la MAPA para hipertensión y Pacto de Gestión para derivaciones a endocrinología.
Resultados. El 41,04% tienen HbA1c ≤ 7; El 50,30% tienen retinografía; de ellos el 32% presenta algún grado de retinopatía (RD) (62% RD no proliferativa leve, 21% RD no proliferativa moderada, 4% RD severa). 67,28% tiene un registro de lípidos y 30,55% tienen un c-HDL ≤ 100, el 53,39% tiene hecha una microalbuminuria, de ellos en el 21% es positiva. 20,78%tiene realizada una MAPA y el 61% tiene la tensión media ≤ 135/85. Las derivaciones a endocrino se habían incrementado un 73,1% en 2007 y se han reducido en un 7,55% en 2008. Los datos de evaluación de cartera (HbA1c ≤ 7 el 62%) son significativamente distintos de los recogidos objetivamente.
Conclusiones. Acceder a los datos reales por observadores imparciales, permite conocer el verdadero nivel de control y de riesgo. Los datos recogidos objetivamente correlacionan con los publicados en otros estudios a diferencia de los datos aportados para evaluación de cartera. La tele-retinografía mejora el control oftalmológico, la interrelación de niveles y la formación continuada; la MAPA es una alternativa mejor que una determinación aislada de la tensión. Se ha frenado el aumento de derivaciones a endocrinología.

3413. COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES FUERA DE RANGO TERAPÉUTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

González Gamarra, A.[a]; Vicuña Castrejón, B.[a]; Guzón Centeno, M.[a]; Ortega Herranz, C.[a]; Casado de Pedro, P.[b] y Revuelat Puigdoller, M.L.[c]
[a]Centro de Salud Don Ramón de la Cruz. [b]Centro de Salud Prosperidad. [c]Centro de Salud Baviera. Área 2 de Madrid.

Objetivos. Estudiar las complicaciones de los pacientes fuera de rango terapéutico atendidos en Atención Primaria.
Metodología. Estudio retrospectivo llevado a cabo en población anticoagulada de 7 Centros de Salud (barrio Salamanca-Chamartín) del área 2 de Madrid por 16 médicos de estos equipos. Se definió fuera de rango cuando del paciente presentaba 2 controles fuera de las cifras marcadas en un periodo de 6 meses (desde octubre a abril 2008). Se recogieron las complicaciones del año anterior.
Resultados. Hubo varias complicaciones graves, entendiendo como grave que precisaron asistencia hospitalaria; 8 episodios graves y un fallecimiento: un episodio de una hemorragia intraocular, un hematoma

en un muslo, 3 hematurias, una rectorragia y 2 INR mayores de 7,5 que se puso tratamiento con vitamina K. El fallecimiento, ocurrió en una persona con demencia que tras sufrir un traumatismo craneoencefálico presentando una cifra de INR en rango terapéutico, a los pocos días hizo una hemorragia intracerebral falleciendo. Hubo 4 episodios trombóticos, 2 accidentes isquémicos transitorios y 2 ictus. No encontramos ningún infarto de miocardio.
Conclusiones. Ser mayor no es una contraindicación para la anticoagulación, pero la comorbilidad, mayor edad y la polimedicación fueron factores presentes en las complicaciones graves. La paciente que falleció era mayor de 90 años y con riesgo de caídas. Los rangos terapéuticos más altos se asocian con más complicaciones

3414. ¿CUÁL ES EL SIGNIFICADO DE LAS VARIACIONES IMPORTANTES DEL FILTRADO GLOMERULAR?

González Gamarra, A.[a]; Bernis Carro, C.[b]; Ruiz Alonso, S.[c]; Fernández Gutiérrez, I.[a]; Gálvez Cañamaque, E.[a] y Barbero Sacristán, P.[a]
[a]Centro de Salud Don Ramón de la Cruz. [b]Hospital Universitario de la Princesa. [c]Dirección Informática Área 2 de Madrid.

La enfermedad renal crónica es una enfermedad frecuentemente asintomática manejada en Atención Primaria. La creatinina infraestima el filtrado glomerular por lo que se hace necesario el uso de formulas para valorar el deterioro de la función renal. La tasa de caída del filtrado glomerular es de 1ml/min/1,73 al año aproximadamente.
Objetivos. Determinar el significado de las variaciones de la función renal mayores de 25 ml/min en un periodo de dos años calculando mediante la fórmula de MDRD en población adulta menor de 65 años sin variaciones en los niveles de creatinina plasmática.
Metodología. Se analizaron los registros informáticos del programa OMI-AP del Centro de Salud de Don Ramón de la Cruz que atiende a una población de 27566 adultos entre 14 y 65 años. Se compararon los datos de los pacientes en una evolución de 2 años. El aclaramiento de creatinina se calculo por la formula abreviada MDRD. Se recogieron los datos analizando los factores de riesgo cardiovascular y la patología asociada de los pacientes con variaciones mayores de 25 ml/min.
Resultados. Encontramos 5380 pacientes con registros analíticos. Dentro de estos 83 pacientes presentaban variaciones > 25 ml/min (46 varones, 37 mujeres). El 28,91% eran diabéticos, el 40,96% eran hipertensos, fumaban 16,86%, presentaban dislipemia 42,17%, obesidad 16,86%, había una paciente con bulimia, 9,63% tenían una cardiopatía, 4,81% ACVA, 10,84 tenían una neoplasia asociada, 4,81% disfunción eréctil, 9,63% habían presentado reacciones adversas a medicamentos y dos pacientes eran monorenos.
Conclusiones. Las variaciones del aclaramiento de creatinina pueden ser útiles y deberían realizarse en los pacientes con riesgo cardiovascular para prevenir la evolución hacia un mayor deterioro de la función renal.

3415. TASAS DE FILTRADO GLOMERULAR BASADAS EN UN ESTUDIO COMUNITARIO: IMPACTO DE LA EDAD

González Gamarra, A.[a]; Bernis Carro, C.[b]; Rosso Manzanares, C.[a]; Pastor García, R.[a]; Fernández Cuartero Rebollar, B.[a] y Lozano Fernández, T.[a]
[a]Centro de Salud Don Ramón de la Cruz. [b]Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

La enfermedad renal crónica frecuentemente es manejada por los médicos de Atención Primaria y esta infra diagnosticada. El uso de los sistemas informáticos es muy útil en la evolución de la función renal medida por las tasa de filtrado glomerular en población general.
Objetivos. Estudiar la evolución de las tasas de filtrado glomerular en el centro de salud de Goya del área 2 de Madrid en 27.566 adultos de 14 a 65 años.
Metodología. Se cogió los datos de la base informática OMI-AP de la población de 14 a 65 años de nuestro centro y se identifico a los pacientes que tenían dos creatininas la primera en 2006 y la segunda en el 2008 de los pacientes ambulatorios. Se identificó la edad, sexo, y los datos clínicos. El laboratorio uso para determinar la creatinina el método cinético modificado de Jaffe (variabilidad menor del 3%).El filtrado glomerular se calculo por la formula abreviada de filtrado glomerular MDRD en ml/min/1,73. Calculamos las tasas de filtrado y las tasas de descenso. Se excluyeron los casos de fallo renal agudo.
Resultados. Se encontraron 5.380 pacientes, 1.927 varones y 3.563 mujeres de edad 58 ± 13 años y 60.7 ± 16 años. Los hombres tenían una tasa de descenso de 1,2 ml/min/1,73 y las mujeres 1,3. Los varones menores de 50 años era 0,8 y los mayores 1,8 .Las mujeres menores eran de 0,6 y los varones de 1,9.
Conclusiones. La tasa de filtrado glomerular promedio fue de 86,8 en los hombres y disminuía 1,2 ml/min en dos años. Las mujeres tenían una tasa de 84,6 y disminuían 1,3.Estos descensos son superiores a las indicadas por las guías

3421. VALORACIÓN DEL RIESGO LABORAL DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

Bardavío Lacasa, A.J.[a]; Vadell Mas, C.[b]; Cullet Campeny, E.[a]; Güell Ubillos, J.A.[a]; Sole Claus, I.[a] y Treviño Monjas, S.[a]
[a]Mutua Universal, Barcelona. [b]Gestio i Serveis Medics, S.L., Barcelona.

Objetivos. Analizar los criterios de valoración de los posibles riesgos laborales que pueden afectar a la mujer embarazada y/o en periodo de lactancia natural y la creación de una herramienta de apoyo informativo al profesional sanitario para la valoración del riesgo laboral durante el embarazo y la lactancia.
Metodología. Revisión de distintos protocolos y guías existentes evaluando los factores de riesgo que pueden repercutir negativamente sobre la fertilidad y/o sobre la mujer gestante o en periodo de lactancia y a su hijo. Definición de un algoritmo de proceso para valorar la existencia o no de riesgo y medidas a tomar de forma individualizada.
Resultados. De la revisión del análisis de riesgos que pueden afectar a la mujer embarazada o en periodo de lactancia se desprende que estos son múltiples, variados y frecuentemente se presentan de forma asociada. Se presta a confusión el embarazo de riesgo subsidiario de incapacidad temporal y riesgo durante el embarazo por exposición laboral subsidiario de modificación de lugar de trabajo o cambio de puesto de trabajo y si la modificación no es posible suspensión de contrato por subsidio de riesgo en el embarazo y/o lactancia.
Conclusiones. La protección de la mujer embarazada y/o en periodo de lactancia y a su hijo, exige evitar determinados riesgos, de ahí la necesidad de realizar una valoración exhaustiva y reglada de los mismos con el fin de asegurar un entorno seguro a la mujer en esta situación.

3426. CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES ANTICOAGULADOS

Morales Naranjo, J.[a]; Ginel Mendoza, L.[b]; Fernández Vargas, F.[a]; García-Martínez Cañavate, M.D.[a]; Aycart Valdés, G.[a] y Muñoz Galán, D.[a]
[a]Centro de Salud Victoria, Málaga. [b]Centro de Salud Ciudad Jardín, Málaga.

Objetivos. Conocer el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en los pacientes anticoagulados en un centro de salud.
Metodología. Centro de salud urbano 24.000 habitantes. Estudio descriptivo transversal. Total de pacientes en programa de tratamiento anticoagulante oral (TAO) desde hace 5 años. Datos de historia digital Diraya. Variables a estudio: Edad, sexo, causa de anticoagulación, HTA, diabetes, dislipemia, tabaquismo, obesidad, presencia cardiopatía isquémica (CI), accidente cerebrovascular, cifras tensión arterial, perfil lipídico, índice de masa corporal (IMC), número de fármacos utilizados, control de HTA y si modifican medicación con HTA descontrolada.
Resultados. Total pacientes 211. Edad media 71,16; rango 16 a 93; menores de 60 años 12,8%; 60 a 69 23,7%; 70 a 79 37,44%; más de 80 26,06%. Sexo: hombres 42,18%, mujeres 57,82%. Causa de TAO: FA 26,40%; ACV 11,85%; TVP 6,16%; TEP 3,32%; prótesis valvular 8,53%; IAM 1,42%; WPW 0,47% y no consta 11,85%. HTA 78,77%; diabetes 35,54%; dislipemia 26,54%; fumadores 10,43%; obesidad 13,74%; no registro 67,77%; CI 22,75%; ACV 19,91%; TAS 133, TAD 75, colesterol total 198mg/dl, HDL 48 mg/dl, LDL 122mg/dl, triglicéridos 152 mg/dl. IMC 29,3, no consta en 69,19%. Número de fármacos utilizados: media 7,18. Grado de control de la HTA 47,39%. Modificación del tratamiento si mal control HTA en 40,29%.
Conclusiones. Más frecuente el programa TAO en mujeres mayores de 70 años con FA, falta de registros en historia especialmente de constantes. Son pacientes polimedicados, más de 7 fármacos. Más de la mitad los hipertensos están mal controlados y no hacemos nada.

3427. ¿CONTROLAMOS BIEN EL USO DE BENZODIAZEPINAS EN NUESTRA POBLACIÓN ANCIANA?

Pardo Tomás, C.; Calzado Sánchez-Elvira, C.; Roig Fernández, L; Ortiz de Saracho Sueiro, L.; Gómez Gras, A. y Cabrera Ferriols, M.A.

Centro de Salud de San Juan, Alicante.

Introducción. El uso frecuente de benzodiacepinas (BZ) en nuestras consultas, ya sea como hipnótico, ansiolítico o en otras aplicaciones, se suman las características que presenta el paciente mayor desde el punto de vista farmacológico y farmacocinético que acentúan la acción de las BZ y consecuentemente sus efectos secundarios, pueden constituir un problema añadido, sin olvidar la coexistencia de otras patologías.
Objetivos. Conocer la prevalencia de su uso en personas mayores de 75 años, tipo de BZ y vida media del fármaco así como factores de riesgo asociados.
Metodología. *Diseño:* análisis descriptivo retrospectivo. Ámbito del estudio: Centro Urbano San Blas–Zona Sur Alicante *Sujetos:* datos de registro de historia clínica enero-junio 2007 con datos de filiación, edad, sexo y patologías asociadas en pacientes entre 75-92 años. Mediciones e Intervenciones: edad y sexo, enfermedades asociadas, tipo de BZ consumida (vida corta, intermedia y larga).
Resultados. De un total de 6.930 pacientes adultos, el 14% son pacientes entre 75-92 años (984). Muestreamos 260 historias clínicas con una edad media de 82 años sobre la base de consumo de BZ de vida corta, intermedia y larga, encontrando 91 pacientes consumidores habituales de BZ (35%). Factores de riesgo asociados: patología OM 23 (25,2%); incapacitados 12 (13,2%); demencias 4 (4.4%); HTA-diabetes 29 (31,8%), otros 18 (19,7%) en 5 pacientes no se encontró patología valorable.
Conclusiones. Observamos un consumo de BZ que alcanza un 35%. La proporcionalidad de toma es de 28 varones (30%) y de 63 hembras (70%). De los tres tipos de BZ valoradas en nuestro estudio las de vida intermedia las han consumido 61 pacientes (67%), de vida media larga 18 (19,7%) y de vida corta 12 (13,1%). Se ha comprobado que 11 pacientes consumían más de una BZ y que 74 (78%) presentaban factores agravantes asociados Se exige la necesidad de un buen control de la prescripción de las BZ y en el caso de su utilización proceder al uso de las de vida corta por el menor peligro de complicaciones.

3428. EFECTO DEL CONSUMO DE TERNASCO DE ARAGÓN EN EL PERFIL LIPÍDICO Y ESTADO NUTRICIONAL DE JÓVENES SANOS

Santaliestra-Pasías, A.M.[a]; Mesana Graffe, M.I.[a]; Fleta Zaragozano, J.[a]; Campo Arribas, M.M.[b]; Sañudo Astiz, C.[b] y Moreno Aznar, L.A.[a]

[a]Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Zaragoza. [b]Facultad de Veterinaria, Universidad de Zaragoza.

Objetivos. Valorar el efecto del consumo de la carne de ternasco comparada con el consumo de pollo en el perfil lipídico y en el nivel de vitaminas y minerales.
Metodología. Se ha realizado un estudio randomizado y cruzado en una población constituida por 68 jóvenes (16-25 años) sanos e institucionalizados. La muestra se ha dividido en dos grupos al azar, así como la secuencia de consumo del tipo de carne. Las dos etapas tienen una duración de 8 semanas separadas por un "periodo de limpieza" de tres. Las dos dietas han tenido las mismas características generales, en una se ha ingerido ternasco y en otra pollo. La frecuencia de ingesta ha sido de tres ocasiones por semana, siendo equivalentes la pieza y la preparación. La valoración clínica se ha realizado al principio y final de cada período, consistiendo en una valoración de la composición corporal, de los parámetros biológicos y encuestas dietéticas y de actividad física.
Resultados. De la totalidad de la muestra reclutada (n = 68), 59 jóvenes han cumplido los criterios establecidos para el adecuado cumplimiento de la intervención y de las correspondientes valoraciones Se ha realizado un seguimiento continuado de la intervención a lo largo del curso escolar, quedando pendiente la última valoración del estudio.
Conclusiones. De los jóvenes incluidos en el estudio una proporción importante (87%) ha cumplimentado las distintas fases del estudio, ha seguido adecuadamente la intervención y ha participado en las distintas valoraciones. Los resultados del perfil lipídico y del estado nutricional se presentarán en el congreso.

3430. PERFIL CLÍNICO Y ACTITUD TERAPÉUTICA ANTE EL PACIENTE HIPERTENSO, DE ELEVADO RIESGO Y NO CONTROLADO EN ESPAÑA

De la Figuera von Wichmann, M.[a]; García Puig, J.[b]; Banegas Banegas, J.R.[c]; De la Cruz Troca, J.J.[c] y Quijano Martín, J.J.[d]

[a]EAP Sardenya, CatSalut Barcelona. [b]H.U. La Paz, Madrid. [c]UAM, Madrid. [d]RECORDATI ESPAÑA, S.L., Madrid. En representación de los investigadores del estudio ATTITUDE.

Objetivos. Conocer actitud terapéutica ante el paciente hipertenso, de riesgo muy alto y con evento cardiovascular, en consultas de AP.
Metodología. Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico de ámbito nacional. Pacientes > 18 años, en consulta de AP con diagnóstico y tratamiento de HTA (al menos 1 año), no controlados y con evento cardiovascular documentado. Reclutamiento mediante casos consecutivos.
Resultados. Mil seiscientos ochenta y tres pacientes (62,6% Varones). Edad 66,5 ± 10,8, con 9,2 ± 6,4 años de evolución, IMC de 29,4 ± 4,9 Kg/m2, 34% DM, 68% dislipemia, 53% LOD y 36% HVI. El 26% colesterol > 250 mg/dl, 43% LDL > 150 mg/dl, 19% HDL < 40/48 mg/dl. PAS 143,4 ± 16,1 mmHg, y PAD 84,9 ± 11,2, 39% control (< 140/90) y 11,5% (< 130/80). 29% monoterapia, 42% 2 fármacos y 29% ≥ 3. Las terapias más utilizadas: diurético+IECA 8%; calcioantagonistas 7%; IECA 6,6%; ARAII 6,4%; diurético+ARAII 5%; bloqueador beta+IECA 5%; el resto de posibles combinaciones < 4%. El fármaco más administrado (solo o en combinaciones): diurético 43%; calcioantagonista 40%; IECA (39%); bloqueador beta 31%; ARA II (30%); el resto < 10%. Los menos modificados: calcioantagonista 81%; bloqueador beta 86%; diuréticos, betabloqueantes y ARAII sobre 40%; IECA sobre 25%. Casi 90% de cambios por falta de eficacia, sólo 3% por intolerancia.
Conclusiones. Los grupos más pautados en los pacientes estudiados son diuréticos, calcioantagonistas, IECA, bloqueadores beta y ARAII. Las modificaciones, producidas casi en su totalidad por falta de eficacia, se producen con mayor frecuencia en IECA, diuréticos, bloqueadores beta y ARAII, siendo los menos modificados los bloqueadores beta y calcioantagonistas.

3431. ACTITUD DEL MÉDICO ANTE EL PACIENTE HIPERTENSO, DE ELEVADO RIESGO Y NO CONTROLADO EN ESPAÑA

De la Figuera von Wichmann, M.[a]; García Puig, J.[b]; Banegas Banegas, J.R.[c]; De la Cruz Troca, J.J.[c] y Quijano Martín, J.J.[d]

[a]EAP Sardenya, CatSalut Barcelona. [b]H.U. La Paz, Madrid. [c]UAM, Madrid. [d]RECORDATI ESPAÑA, S.L., Madrid. En representación de los investigadores del estudio ATTITUDE.

Objetivos. Conocer la actitud del médico de AP ante el paciente hipertenso, de riesgo muy alto y con evento cardiovascular.
Metodología. Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico de ámbito nacional. Pacientes > 18 años, en consulta de AP con diagnóstico y tratamiento de HTA (al menos 1 año), no controlados y con evento cardiovascular documentado. 321 investigadores participantes. Reclutamiento mediante casos consecutivos.
Resultados. Mil seiscientos ochenta y tres pacientes (62,6% Varones). Edad 66,5 ± 10,8 años. Casi 90% de cambios terapéuticos por falta de eficacia, solo 3% por intolerancia. El control en el grupo por falta de eficacia no llega al 0,5%, en modificaciones por otras causas es del 20%. La mayoría se citan en 1 mes (41%) o 15 días (29%), 12% se cita a 2 meses y 10% a 3. Solo 4% se cita en más de 3 meses. Los controlados son 4% en los citados en menos de 1 mes, 11% en citados al mes y más del 20% en citados en ≥ 2 meses. El 83% usan guías de HTA o prevención cardiovascular: 68% guía de las sociedades europeas de HTA y Cardiología de 2008, 42% la guía de la sociedad española de HTA 2006, 35% informe JNC VII, 8.8% otras guías, destacan guías locales de Semfyc, semergen, osakidetza o editadas por la conselleria.
Conclusiones. Dependiendo del control de la HTA, los pacientes son citados mayoritariamente entre 15 días y un mes. La mayoría conocen y consultan las guías de HTA, siendo la más usada la europea de 2008.

3433. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON PRESIÓN NORMAL-ALTA SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL REGISTRO MAPAPRES. PROYECTO CARDIORISC–MAPAPRES

Llisterri Caro, J.L.[a]; Alonso Moreno, F.J.[b]; Gorostidi, M.[c]; De la Sierra, A.[d]; De la Cruz Troca, J.J.[e] y Banegas Banegas, J.R.[f]

[a]Centro de Salud Joaquín Benlloch. Valencia. [b]Centro de Salud Sillería. Toledo. [c]Hospital San Agustín. Avilés, Asturias. [d]Hospital Clínico. Barcelona. [e]Departamento Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma. Madrid. [f]Hospital 12 de Octubre. Madrid. En representación de los investigadores del Proyecto CARDIORISC-MAPAPRES. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA).

Objetivos. Determinar las principales características demográficas y clínicas, de los pacientes con presión arterial (PA) normal-alta incluidos en el registro MAPAPRES.

Metodología. Estudio transversal y multicéntrico sobre pacientes de edad ≥ 18 años y PA normal-alta sin tratamiento farmacológico antihipertensivo incluidos en el proyecto CARDIORISC–MAPAPRES. Entre 2004 y 2008 se obtuvo una base de datos de 68.045 registros de MAPA que cumplieron estándares de calidad preestablecidos. Se definió como PA normal-alta valores en consulta de 130-139/85-89 mmHg para PA sistólica (PAS)/PA diastólica (PAD), respectivamente. A todos los pacientes se les efectuó monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) y se registraron los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lesión de órgano diana (LOD), enfermedad cardiovascular (ECV) asociada, prevalencia de HTA enmascarada (PA clínica normal y PA por MAPA 24 h elevada) y perfil circadiano.

Resultados. Se identificaron 3.199 pacientes (4,7%), edad media 51,2 ± 15,1 años (53,6% varones), 26,4% obesidad (IMC ≥ 30 kg/m^2). La PAS/PAD media fue de 132,5 ± 5,2/81,5 ± 6,3 mmHg en consulta y por MAPA 24 h de 123,9 ± 10,4/75,8 ± 8,2 mmHg para PAS/PAD respectivamente. El 75,1% (n = 2403) presentaba FRCV asociados (10,7% diabetes), el 3,9% (n = 125) LOD y el 5,5% (n = 177) ECV asociada. El 24,3% de los pacientes presentaban un riesgo cardiovascular (RCV) alto o muy alto. La prevalencia de HTA enmascarada fue del 39,5%, mostrando el 47,1% de los pacientes un perfil circadiano no dipper (8,1% riser).

Conclusiones. Uno de cada 4 pacientes con PA normal-alta presenta RCV elevado. La prevalencia de HTA enmascarada y de alteraciones en el perfil circadiano es considerable.

3434. APORTACIONES DEL ESTUDIO PRESCAP 2006 AL CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ESPAÑA

Llisterri Caro, J.L.[a]; Rodríguez Roca, G.C.[b]; Alonso Moreno, F.J.[c]; González-Segura, D.[d]; Lou Arnal, S.[e] y Rama Martínez, T.[f]

[a]Centro de Salud de Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. [b]Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo. [c]Centro de Salud de Sillería. Toledo. [d]Departamento Médico Almirall. Barcelona. [e]Centro de Salud de Utebo. Zaragoza. [f]Centro de Salud El Masnou-Alella. Barcelona. En representación del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Grupo HTA/SEMERGEN) y de los investigadores del Estudio PRESCAP.

Objetivos. Analizar el control de la presión arterial (PA) por subgrupos de pacientes en la población incluida en el estudio PRESCAP 2006.

Metodología. Estudio transversal y multicéntrico en población asistida en Atención Primaria (AP). Se incluyeron a pacientes ≥ 18 años hipertensos que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo. Se consideró buen control de la HTA cuando la PA fue < 140 y < 90 mmHg en general (< 130 y < 80 mmHg en pacientes con diabetes, nefropatía o enfermedad cardiovascular). Se analizó el control de la PA en diabéticos, ancianos, menores de 55 años, obesos, por CCAA, ámbito de asistencia y según riesgo cardiovascular.

Resultados. Se incluyó a 10.520 pacientes (53,7% mujeres) con una edad media de 64,6 ± 10,8 años. Las tasas de control de las diferentes situaciones clínicas analizadas se reflejan en la tabla.

Conclusiones. En España el control de la HTA ha mejorado ostensiblemente en los últimos años, aunque el porcentaje de pacientes controlados óptimamente sigue siendo todavía a todas luces deficitario, especialmente en población diabética y anciana.

Tabla 1.

Situación	n	% control
Población total	10.520	41,4
Diabetes	2.673	15,1
Mayores de 64 años	5.385	38,2
Mayores de 79 años	885	35,6
Menores de 55 años	1.915	49,8
Obesidad	3.902	35,6
Ámbito de asistencia		
Rural/semiurbano	3.500	39,1
Urbano	6.447	42,8
Comunidad Autónoma (peor control)		
Asturias	237	34,2
Castilla-Mancha	398	36,2
Riesgo cardiovascular (ESH/ESC 2003)		
Sin riesgo añadido	334	100
Riesgo añadido bajo	2.267	91,7
Riesgo añadido medio	2.229	19,4
Riesgo añadido alto	3.372	27,4
Riesgo añadido muy alto	1.851	6,8

3435. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA OCULTA EN MUJERES HIPERTENSAS MAYORES DE 65 AÑOS (ESTUDIO MERICAP)

Llisterri Caro, J.L.[a]; Barrios Alonso, V.[b]; De la Sierra Iserte, A.[c]; Bertomeu Martínez, V.[d]; González-Segura Alsina, D.[e] y Garrido Costa, C.[f]

[a]C.S. Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. [b]Servicio de Cardiología Hospital Ramón y Cajal, Madrid. [c]Unidad de Hipertensión. Hospital Clinic. Barcelona. [d]Servicio de Cardiología Hospital San Juan. Alicante. [e]Departamento Médico Almirall. Barcelona. [f]ADKNOMA Health Research, S.L. Barcelona. En representación de los investigadores del estudio MERICAP.

Objetivos. Estimar la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) oculta y los factores relacionados con la misma en pacientes hipertensas mayores de 65 años.

Metodología. Estudio transversal en pacientes hipertensas seleccionadas consecutivamente en AP de toda España. Se diagnóstico ERC cuando la tasa de filtrado glomerular (TFG) era inferior a 60 ml/min/1,73 m^2 (MDRD4) y ERC oculta cuando la tasa de filtrado glomerular (TFG) era inferior a 60 ml/min/ 1,73 m^2 (MDRD4) con valores creatinina < 1,2 mg/dl. Se evaluaron datos sociodemográficos, clínicos, factores de riesgo cardiovascular, estadio funcional de ERC y tratamientos farmacológicos.

Resultados. sS incluyó a 3.782 pacientes, edad media 73,6 ± 6,1 años e IMC de 29,5 ± 4,8 kg/m^2. El 53,4% (n = 2020) presentaba una TFG < 60 mL/min/1,73 m^2 (50,0% estadio 3, 3,2% estadio 4 y 0,2% estadio 5 de la NKF) y de estas el 48,1% (n = 972) tenía una creatinina sérica < 1,2 mg/dl (ERC oculta). Las pacientes con ERC tenían, respecto a las pacientes sin ERC, una mayor edad, mayor presión arterial, niveles de colesterol total, colesterol LDL, triglicéridos, glucosa, creatinina sérica, HbA1c más elevados y menos HDL-colesterol (prueba Mann-Whitney; p < 0,05). Del mismo modo las pacientes con ERC presentaban más antecedentes de cardiopatía isquémica, de enfermedad cerebrovascular y de enfermedad arterial periférica, respecto las pacientes sin ERC (prueba Chi-cuadrado; p < 0,05).

Conclusiones. Más de la mitad de las mujeres hipertensas mayores de 65 años atendidas en AP presentan ERC, y de éstas casi la mitad tienen valores de creatinina normales.

3442. ANTIAGREGACIÓN Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABÉTICOS DE UN CENTRO DE SALUD

Ginel Mendoza, L.[a]; Morales Naranjo, J.[b]; Mesa González, S.[a]; Izquierdo Martínez, M.[a]; Milán Fernández, A.[a] y Frapolli Rodríguez, F.[a]

[a]Centro de Salud Ciudad Jardín, Málaga. [b]Centro de Salud Victoria, Málaga.

Objetivos. Conocer el porcentaje de pacientes diabéticos con medicación antiagregante así como la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados.

Metodología. *Ámbito:* Centro de salud urbano de 38.000 habitantes. Tipo de estudio: observacional, descriptivo transversal. Muestreo aleatorio simple por conglomerados (cupos). Periodo de estudio: mayo de 2009. Variables a estudio: sexo, edad, años desde diagnostico de diabetes, presencia de hipertensión arterial (HTA), dislipemia, tabaquismo, obesidad, lesión de órgano diana (LOD) o enfermedad cardiovascular establecida, número de FRCV mayores y LOD, presencia de antiagregación, fármacos para antiagregación y presencia de anticoagulación oral.
Resultados. Total de diabéticos del Centro de Salud 2116. Total de diabéticos estudiados 202. Hombres 59,9%, mujeres 61,1%. Edad media 67,61 años. Años de evolución, media 6,97. HTA 75,0%, dislipemia 58,1%. Tabaquismo: fumadores 15,9%, no fumadores 75,1%, no consta registro 14,4%. Obesidad: si 49% no 41%, no consta registro 10%. Lesión de órganos diana o enfermedad cardiovascular establecida 32.0%. Número de FRCV mayores asociados y LOD o enfermedad cardiovascular establecida: ninguno 8%, uno 21%, dos 26%, tres 24%, cuatro 19% cinco 1%. 52% toman ácido acetilsalicílico, 2% triflusal, 1% clopidogrel. 6% utilizan anticoagulantes orales.
Conclusiones. Sólo algo más de la mitad de nuestros pacientes diabéticos están antiagregados a pesar de la frecuente asociación de otros FRCV.

3445. DOLOR EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA: ¿CONSEGUIMOS CONTROLARLO?

Ortiz Oliete, O.[a]; García Muñoz, M.[a]; Rodríguez Latre, L.[b] y Karaki Karaki, M.[c]
[a]ABS Sant Ildefons de Cornellà de Llobregat. [b]SAP Baix Llobregat centre Cornellà de Llobregat. [c]ABS Mutua de Tarrasa de Rubí.

Objetivos. Conocer el nivel de dolor de nuestras pacientes con fibromialgia y si conseguimos controlarlo.
Metodología. Estudio descriptivo transversal en mujeres con FM de una ABS(Área Básica Salut) urbana. Criterios inclusión: mujer con FM, edad ≤ 65años. Criterios exclusión: varón, edad > 65 años, enfermedades reumatológicas inflamatorias. De 320 mujeres con FM extrajimos muestra aleatoria de 100; en consulta pasamos cuestionario con datos de filiación, sociodemográficos, tratamiento y EVA dolor.
Resultados. 91% > 50 años. Media edad 56,3 (DE 7,05) .46% amas de casa; 88% estudios primarios.85% casadas o viven en pareja, de éstas 88% tienen de 1-3 hijos.
Media EVA dolor 7,74 (DE 1,67), EVA ≥ 7 76%.88% toman analgésicos y un 18% relajantes musculares. Del 76% que presentan EVA ≥ 7 un 12% no recibe tratamiento analgésico, y solo tenemos un 24% de pacientes con EVA ≤ 6.
Conclusiones. Toman analgésicos el 88% de pacientes pero no conseguimos controlar el dolor, media EVA dolor 6,94. Además encontramos un 12% de pacientes que a pesar de tener un EVA ≥ 7 no reciben tratamiento específico para el dolor. Tenemos que intensificar el tratamiento analgésico y plantearnos otras terapias alternativas para mejorar el dolor de nuestras pacientes con FM, ya que mejorando el dolor conseguiremos mejorar su calidad de vida.

3446. FUNCIONALIDAD EN FIBROMIALGIA (FM) Y ESCALAS DE VALORACIÓN

Ortiz Oliete, O.[a]; García Muñoz, M.[a]; Rodríguez Latre, L.[b] y Karaki Karaki, M.[c]
[a]ABS Sant Ildefons de Cornellà de Llobregat. [b]SAP Baix Llobregat centre Cornellà de Llobregat. [c]ABS Mutua de Tarrasa de Rubí.

Objetivos. Comparar grado funcionalidad en pacientes con FM según resultados observados mediante cuestionario s-FIQ y escala de valoración FM propuesta por Institut Català de la Salut (EICS).
Metodología. Estudio descriptivo transversal en mujeres con FM de ABS urbana. Criterios inclusión: mujer con FM, edad ≤ 65años.Criterios exclusión: varón, edad > 65 años, enfermedades reumatológicas inflamatorias. De 320 mujeres con FM se extrae muestra aleatoria de 100. Se pasó un cuestionario en consulta: datos filiación y sociodemográficos, cuestionario s-FIQ y escala de valoración EICS.
Resultados. 91% > 50 años. 26% trabajan fuera de casa y de éstas el 61% en situación de baja laboral. 85% casadas o viven en pareja, de éstas 88% tienen de 1 a 3 hijos. s-FIQ: media 69,17 (DE 14,17); valor ≥ 50 89% y ≥ 70 50%. EICS: media 7,3 (DE 2,69); valor ≥ 5 88% y ≥ 7 68%. Comparación sFIQ y EICS: sFIQ ≥ 50 y EICS: sensibilidad (S) 74%, especificidad (E): 82%, valor predictivo positivo (VPP): 97%, valor predictivo negativo (VPN): 28%. Razón de probabilidad positiva (RPP):4,11. sFIQ ≥ 70 y EICS: S:88%, E:52%, VPP:65%, VPN: 81%, RPP:1,83. Índice Kappa 0,262.
Conclusiones. La escala s-FIQ es un instrumento ya validado para la población española, según nuestro estudio la escala EICS presenta resultados no equiparables al s-FIQ ya que presentan una fuerza de concordancia débil (índice Kappa), esto puede deberse a las características de nuestra población o a la propia escala EICS. Por tanto creemos que la escala EICS debería validarse antes de ser utilizada, ya que de su resultado puede depender el grado de incapacidad que se reconoce a los pacientes con fibromialgia.

3447. SEGUIMIENTO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)

Ortiz Oliete, O.; Díaz Hernández, M.L. y López López, C.
ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

Objetivos. Conocer si realizamos de forma adecuada seguimiento pacientes con ERC. Proponer objetivos mejora.
Metodología. Estudio descriptivo. Muestra: pacientes visitados durante marzo 2009 con diagnostico ERC. *Criterios buen control:* 1) Control factores riesgo cardiovascular (FRCV) semestralmente. 2) Registro estadiaje enfermedad (filtrado glomerular (FG). 3) Varón > 60 años descartar patología obstructiva urinaria. 4) seguimiento periódico según estadío. 5) Analítica (hemograma, glucosa, creatinina, urea, Na, K, Ca, P, albúmina, colesterol, FG), cociente albumina/creatinina y sedimento de orina si alteraciones previas, a partir de ERC estadio 3. 6) Presión arterial (PA). 7) Revisión medicación. 8) Seguimiento hábitos dietéticos.
Resultados. Treinta pacientes: 22 mujeres, 8 hombres, entre 33 y 87 años.1) 92% registro FRCV. 2) 62% registro estadio actualizado según FG; 38% no registro. 3) 75% ecografía renal. 4) 100% periodicidad adecuada. 5) 33% seguimiento analítico sangre y orina completo; 57% falta algún parámetro; grado cumplimiento 90%. 6) 83% registro cifras PA en cada visita, 4% anual; grado cumplimiento 87%. 7) 30% revisión medicación y ajuste según FG; 43% revisión por otro especialista; grado cumplimiento 73%. 8) 4% consejo dietético; 16% por otro especialista; 80% no presenta registro.
Conclusiones. Adecuado seguimiento pacientes ERC, en consulta, analítico y de FRCV. Objetivos de mejoras Debemos mejorar el estadiaje ERC. Importante dar consejo dietético para evitar o disminuir complicaciones como anemia, trastornos electrolíticos o osteodistrofia renal. Debemos optimizar revisión medicación en consulta para disminuir yatrogenia. Ajustar medicación según FG y evitar fármacos nefrotóxicos. Solicitar en controles cociente albúmina/creatinina y FG, añadir calcio y fósforo séricos en analíticas. Sería deseable crear perfil de seguimiento ERC en petitorio analítica.

3449. MEJORA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DE LA CONSULTA DEL MÉDICO RESIDENTE

Pascual Pascual, P.[a] y Urdaniz Rezusta, M.M.[b]
[a]Centro de Salud de Rochapea. [b]Centro de Salud Echavacoiz.

Objetivos. Mejorar la gestión del retraso en la consulta del residente y las emociones asociadas a dicho retraso.
Metodología. Basada en la mejora de calidad. Se priorizó como problema el retraso en la consulta. Se cuantificó el tiempo de retraso y la escala emocional, de 1 a 10, asociada a ese retraso. Se analizaron las causas de dicho retraso, se intervino sobre ellas, se midió el tiempo de retraso posterior así como la escala emocional posterior a la intervención. Causas del retraso: dependientes del paciente (pluripatología, paciente complejo, varios motivos consulta, patología psiquiátrica, problemática social); dependientes profesional (deficiente manejo programa informático, falta protocolo abordaje patologías frecuentes, falta habilidades manejo consulta). Intervenciones: taller gestión de consulta, taller entrevista clínica y manejo paciente difícil, formación OMI, consulta con trabajador social, preparación de protocolos de patologías frecuentes, habilidades de manejo de emociones negativas.
Resultados. Se ha pasado de un retraso medio de 2'40" por consulta inicial a 1' final. Emociones asociadas han pasado de: ansiedad (8 a 6), sensación de ineficacia (6 a 4), incomodidad (8 a 5), insatisfacción personal (8 a 4).

Conclusiones. La experiencia docente ha sido muy positiva, ha partido de su necesidad sentida, logrando con ello una alta motivación a la mejora. Objetivamente ha mejorado un 140% el retraso acumulado en la consulta. También ha mejorado las emociones negativas asociadas a ese retraso a las que se ha añadido la sensación de percepción de demora adecuada.

3450. PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y PREHIPERTENSIÓN EN LA PROVINCIA DE CÁCERES

Barquilla García, A.[a]; Martínez Sánchez, J.M.[b]; Polo García, J.[c]; Araujo Ramos, I.[d]; Prieto Romo, J.I.[e] y Nicolau Ramos, J.[a]
[a]EAP Trujillo. [b]ICO Barcelona. [c]EAP Torrejoncillo. [d]EAP Jaráiz de la Vera. [e]EAP Navalmoral de la Mata.

Objetivos. Determinar la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y prehipertensión (pre HTA) en la población adulta de la provincia de Cáceres utilizando criterios del JNC VII.
Metodología. Estudio de corte transversal observacional multicéntrico. Se realiza un muestreo aleatorio por conglomerados bietápico. Se analizan los datos de 1498 individuos mayores de 14 años de ambos sexos, (670H 828M) a los que se realizó anamnesis sobre antecedentes familiares y personales de patología cardiovascular, determinación de la tensión arterial, peso, talla, perímetro abdominal y de valores analíticos: glucemia basal, triglicéridos y HDL.
Resultados. Por género (tabla 1).
Conclusiones. La prevalencia de HTA en Cáceres es elevada y similar a la encontrada en otros estudios realizados en nuestro país. No hay diferencias significativas entre géneros para la HTA conocida pero hay un infradiagnóstico superior en las mujeres para la HTA. La prehipertensión es significativamente más frecuente en hombres tanto en la categoría de presión normal como en la de normal alta, y la presión óptima es mucho más habitual en mujeres.

3453. PROBLEMAS DE SALUD SENTIDOS POR LOS ADOLESCENTES FRENTE A LOS PERCIBIDOS POR LOS PROFESORES EN UNA ZONA DE SALUD URBANA

Aguilar Vázquez M.; Gil Martínez C.; Apolo Sánchez M.; Gragera Vara M.J.; Maynar Mariño M.A. y Gómez Encinas J.
Centro de Salud El Progreso, Badajoz

Objetivos. Conocer los problemas y necesidades de salud sentidos por la población adolescente (de 12 a 19 años) frente a los percibidos por los profesores que trabajan con ellos, en una zona de salud de la ciudad de Badajoz.
Metodología. Estudio de investigación- acción participativa de la situación de salud de la población adolescente. Los datos cualitativos se han obtenido a través de dos grupos focales de profesores (14 participantes como informadores claves) y seis de alumnos (70 participantes). Confrontamos los problemas percibidos por los profesores con los sentidos por los jóvenes.
Resultados. Población total: 7.565; población entre 10-19 años: 994 (13,13%); Varones 549 (55,23%); Mujeres: 445 (44,77%). Los problemas más frecuentes sentidos por los adolescentes participantes son: consumo de tóxicos a edades tempranas, falta de limpieza en el barrio, robos en la calle, vandalismo en la calle, embarazos a edades tempranas, conducción temeraria-ilegal, delincuencia, agresividad y violencia, falta de educación cívica y malas condiciones de la vía pública. De otra parte, los percibidos por los profesores son: abuso de nuevas tecnologías, consumo de tóxicos a edades tempranas, deficiente higiene corporal, desestructuración familiar, dificultad para asimilar la información sexual, embarazos a edades tempranas, inicio precoz de las relaciones sexuales, mala higiene del sueño, malos hábitos alimenticios.
Conclusiones. Hay una diferencia llamativa entre lo que sienten los adolescentes y lo que perciben los profesores. Del cruce de los datos obtenidos en ambos grupos se han hallado únicamente dos coincidencias relacionadas con el consumo de tóxicos y los embarazos precoces.

3454. PROBLEMAS DE SALUD SENTIDOS POR LOS ADOLESCENTES FRENTE A LOS PERCIBIDOS POR LOS PADRES EN UNA ZONA DE SALUD URBANA

López Herrero B.; Gragera Vara M.J.; Gil Martínez C.; Apolo Sánchez M.; Batalla Rebollo N. y Fernández López M.D.
Centro de Salud El Progreso, Badajoz.

Objetivos. Conocer los problemas y necesidades de salud sentidos por la población adolescente (de 12 a 19 años) frente a los percibidos por los padres, en una zona de salud de la ciudad de Badajoz.
Metodología. Estudio de investigación- acción participativa de la situación de salud de la población adolescente. Los datos cualitativos se han obtenido mediante realización de un grupo focal de padres (6 participantes como informadores claves) y seis grupos focales de adolescentes (70 participantes). Confrontamos los problemas percibidos por los padres con los más repetidos por los jóvenes.
Resultados. Población total: 7.565; población entre 10-19 años: 994 (13,13%); Varones 549 (55,23%); Mujeres: 445 (44,77%). Se recogieron un total de 32 problemas de salud (sentidos/21 y percibidos/19) Los problemas coincidentes entre los jóvenes y el grupo de padres fueron 8: consumo de tóxicos a edades tempranas, falta de limpieza en el barrio, robos en la calle, vandalismo en la calle, embarazos a edades tempranas, delincuencia, agresividad y violencia, deficiente higiene en la población y falta de lugares de ocio, instalaciones deportivas y comercios.
Conclusiones. Existe una baja coincidencia entre los problemas sentidos y los percibidos, aunque en los coincidentes si se refleja una sensibilidad compartida hacia la problemática social que está presente en esta comunidad. Llama la atención que frente a la problemática social existente no aparezca ningún problema relacionado con la disfunción familiar como problema compartido.

3455. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN UNA ZONA DE SALUD URBANA

Apolo Sánchez, M.; Gragera Vara, M.J.; Gil Martinez, C; Nieto Ramírez, R.; Maynar Mariño, M.A. y Maynar Mariño, I.
Centro de Salud El Progreso, Badajoz.

Objetivos. Conocer los problemas y determinantes de salud de la población adolescente (de 12 a 19 años) en una zona de salud urbana para el posterior abordaje de los mismos.
Metodología. Estudio de investigación- acción participativa de la situación de salud de la población adolescente de la Zona de Salud El Progreso (Badajoz). Población con un nivel socio-económico bajo. Se han obtenido datos cualitativos mediante realización de grupos focales de informadores clave (80 participantes) y entrevistas a testigos privilegiados (6).
Resultados. Población total: 7.565; población entre 10-19 años: 994 (13,13%); Varones 549 (55,23%); Mujeres: 445 (44,77%). Los diez problemas más frecuentes que afectan a la población adolescente son: consumo de tóxicos a edades tempranas, embarazos a edades tempranas, deficiente higiene en la población, vandalismo en la calle, malos hábitos alimenticios, falta de limpieza en el barrio, robos en la calle, falta de lugares de ocio e instalaciones deportivas y comercios, inicio prematuro de relaciones sexuales, permisividad paterna.

Tabla 1. (3450)

n	1498	828	670	
	Total (%; IC95%)	Mujeres (%; IC95%)	Hombres (%; IC95%)	p
HTA previa	24 (21,8-26,2)	25 (22,1-27,9)	22 (18,9-25,1)	> 0,05
HTA desconocida	8 (6,6-9,4)	6 (4,4-7,6)	11 (8,6-13,4)	< 0,05
Pre HTA 120-129/80-84	19 (17-21)	15 (12,6-17,4)	25 (21,7-28,3)	< 0,05
Pre HTA 130-139/85-89	10 (8,5-11,5)	7 (5,3-8,7)	14 (11,4-16,6)	< 0,05
Óptima <120/80	38 (35,5-40,5)	46 (42,6-49,6)	28 (24,6-31,4)	< 0,05

Conclusiones.: De los resultados obtenidos observamos que los problemas sentidos por la población adolescente podrían tener su base en un escaso desarrollo económico-social que podría implicar una insuficiente educación socio-sanitaria. Una vez más se constata la necesidad de un abordaje multidisciplinar de los problemas detectados en los adolescentes.

3456. CONOCIMIENTOS Y PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES SOBRE LA MEDICACIÓN PRESCRITA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS RURALES DE ALLO

Sarrasqueta Sáenz, P., Rapún Gárate, M. J., Nogueras Ormazabal, E., Martínez Izurzu, N. Abaurrea Alzueta, G. y Ganuza Abascal, M.C.

Centro de Salud Allo, Navarra.

Objetivos. Valorar los conocimientos y preferencias de la población de un genérico frente a una marca comercial. Conformidad con el cambio del laboratorio fabricante.
Metodología. Universo: pacientes que acudieron, durante el mes de Abril de 2009, al servicio de urgencias rurales de Allo (S. U. R). Excluidos: atenciones domiciliarias, urgencias vitales y las repeticiones. Método: cuestionario de 11 preguntas cerradas.
Resultados. Todos aceptaron. Fueron: 36 mujeres (72%) y 20 hombres (28%). Media de edad: 30, 6 años. 60% era activo y 40% pensionista. Profesiones: 39,2% ama de casa; 21,4% agricultor; y 39,4% otras. 71% conocía los genéricos, 28% no o tenían una idea errónea. 52%(21) no encontraban diferencias entre genérico y marca; 47% en el precio. Preferencia de una marca frente genérico: 97,5% indiferentes; 2,5% prefería genéricos; 0% marca. Elegían genérico: 85% por coste y 15% coste y recomendación administrativa. 12, 5% leales a marca comercial, 82% no y 5, 3% dudaba. Admitía el cambio por el farmacéutico: 39,2%, 55,3% contrarios. Razones contra el cambio: 20 seguridad, 11 no contestan.
Conclusiones. Conocen y prefieren el genérico frente a una marca, por su menor coste. No detectamos los mitos contra los genéricos. Se debería prohibir el cambio del laboratorio fabricante del genérico por farmacéutico. El bajo porcentaje de uso de genéricos, no es por rechazo de los pacientes.

3457. PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DE PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA

Vergara, I.[a]; Río, I.[·] Ibáñez, B.[a]; Idoiaga, M.T.[c]; Pérez, V.[c] y Zuazagoitia Nubla, J.F.[c]

[a]Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias BIOEF. [b]Ayuntamiento de Bilbao. Área de Salud y Consumo. [c]Centro de Salud Santutxu Solokoetxe, Servicio Vasco de Salud Osakidetza.

Objetivos. Valorar los beneficios de un programa de actividad física reglada dirigido a la población anciana de un Centro de Salud de Bilbao por medio de una colaboración entre Osakidetza y el Ayuntamiento de Bilbao.
Metodología. Se estudió a un grupo de personas mayores de 65 años, sedentarias con factores de riesgo cardiovascular adscritas a un Centro de Atención Primaria. Se estudiaron valores de Actividad Física (tabla de METS), PAS, EQ-5D medido en términos de utilidad mediante la tarifa social (EVA) y termómetro EQ-5D de autovaloración recogidos todos ellos en tres momentos de evaluación (pre-intervención, post-intervención y a los 3 meses).
Resultados. El nivel de actividad física (AF) se incrementó una media de β = 2000 puntos por persona ($p < 0,001$). Esta mejoría se mantuvo en el tiempo, siendo la diferencia entre el control realizado inmediatamente tras la intervención y a los 3 meses de su finalización no significativa ($p = 0,473$), pero todavía significativa a los 3 meses con respecto al valor basal ($p < 0,001$), con una media de 2.465 puntos de incremento total. Son las personas más sedentarias las que más modifican su AF. Los valores de PAS muestran decremento significativo entre el momento pre y el momento post intervención de aproximadamente 5 puntos de media ($p < 0,001$). En cuanto a la evolución de la autovaloración de salud percibida a lo largo del seguimiento, tanto EVA como el Termómetro muestran incrementos positivos de calidad de vida.
Conclusiones. Descenso de la PAS. Incremento de su nivel de actividad física habitual de una forma continuada y sostenida en el tiempo. Aumento de la calidad de vida autopercibida. Mejoría del estado de salud de los participantes.

3466. REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL PROCESO DIABETES

Mancera Romero, J.; Ruiz Vera, S.; Martos Cerezuela, I.; Sánchez Pérez, M.R.; Baca Osório, A. y Paniagua Gómez, F.

Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga. Málaga.

Objetivos. 1. Conocer el grado de registro en la historia clínica digital de variables relacionadas con el proceso diabetes. 2. Analizar si existen diferencias en el registro entre médicos y enfermeros.
Metodología. Estudio descriptivo transversal. Auditoría. Centro de salud urbano con 38.000 habitantes. 20 médicos de familia. Hay 2.281 pacientes incluidos en el proceso asistencial integrado de diabetes. Muestreo aleatorio sistemático con 374 casos seleccionados. Año 2008. *Variables:* registros asignados al médico (tipo de diabetes, año de diagnóstico, hemoglobina glucosilada, cálculo del riesgo vascular, fondo de ojo), asignados a enfermería (presión arterial, perímetro abdominal, índice masa corporal, exploración pies), asignados indistintamente a cualquiera de los profesionales (antecedentes familiares, ejercicio, hábito tabáquico). Medidas de frecuencia y asociación.
Resultados. Edad media de 65 años (DE 13,6). 52,1% mujeres. Grado de registro de las *Variables:* Médicas (tipo de diabetes: 27%, año de diagnóstico: 38,2%, hemoglobina glucosilada: 49,5%, cálculo riesgo vascular: 61,4%, fondo de ojo: 24,9%). Enfermería (presión arterial: 54%, perímetro abdominal 18,7%, índice masa corporal: 28,9%, exploración pies: 27,5%). Indistintas (antecedentes familiares: 20,3%, ejercicio: 26,5%, hábito tabáquico: 57%). Grado de registro total: Variables asignadas a los médicos: 40,2%, variables asignadas a enfermería: 32,6% y las indistintas: 32,2%. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los registros asignados a cada grupo profesional.
Conclusiones. 1. Discreto registro en la historia clínica de las variables analizadas. 2. No existen diferencias significativas entre l médicos y enfermeros. 3. Existe un evidente margen de mejora.

3467. VARIABILIDAD EN EL REGISTRO DE LOS ANTECEDENTES MÉDICOS EN LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL

Paniagua Gómez, F.; Sánchez Pérez, M.R.; Linares Castro, M.L.; Antón Cortés, M.; Fernández Tapia, M.L. y Mancera Romero, J.

Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga. Málaga.

Objetivos. 1. Conocer el grado de registro en la historia clínica digital de variables relacionadas con los antecedentes médicos. 2. Analizar si existen diferencias en el registro entre los médicos del centro de salud.
Metodología. Estudio descriptivo transversal. Centro de salud urbano con 38.000 habitantes. 20 médicos de familia. Muestreo aleatorio simple de los pacientes que acuden a consulta médica a demanda en la tercera semana del mes de mayo del año 2009. *Variables:* Antecedentes familiares, antecedentes personales, hábitos (tabaco, alcohol y tóxicos) y alergias-contraindicaciones farmacológicas. Medidas de frecuencia y asociación.
Resultados. Muestra de 1.000 historias digitales. Edad media de 50 años (DE 18,9). 58% mujeres. Grado de registro de las *Variables:* Antecedentes familiares 14% (oscilan entre el 0 y el 66%); antecedentes personales 22% (entre el 2 y el 72%); hábitos 17% (entre el 0 y el 70%) y alergias y contraindicaciones 35% (entre 12 y 100%). Hay 6 médicos que superan la media de los registros de los antecedentes familiares y de los antecedentes personales y cinco médicos superan las medias de los registros de los hábitos y de las alergias. Solamente dos cupos superan los valores medios de todas las variables analizadas. En las mujeres se registran más los antecedentes familiares ($p = 0,015$) y los antecedentes personales ($p = 0,003$) que en los hombres.
Conclusiones. 1. Discreto registro en la historia clínica digital de las variables analizadas. 2. Hay marcadas diferencias de registro entre los diferentes médicos del centro. 3. Existe un evidente margen de mejora.

3572. ABRIENDO LOS OJOS

Canudo Azlor, M.D.[a]; Burgos Díaz, M.V.[b]; Martínez Sánchez, R.[c]; Juan Germán, M.[d]; Ledesma Romano, C.[c] y Coarasa Monter, P.[d]

[a]Centro de Salud Berbegal, Huesca. [b]Centro de Salud Sariñena, Huesca. [c]Centro de Salud Grañén, Huesca. [d]Centro de Salud Perpetuto Socorro, Huesca.

Objetivos. Sensibilizar y provocar cambio de actitudes para la detección del maltrato y su influencia en el proceso de enfermar de las mujeres. Trasmitir líneas comunes de trabajo, en detección de violencia de

género. Abrir los ojos a etiologías silenciadas (violencia de género) como detonante de enfermedad en la mujer.
Metodología. 1) Grupo focal, sobre la pregunta: ¿qué precisamos las/los profesionales, para detectar el maltrato? 2) Cuestiones debatidas: ¿por qué se tarda tanto en pensar en maltrato? ¿qué necesidades tenemos? ¿qué impedimentos encontramos? 3) DAFO para analizar los resultados.
Resultados. 1) La formación sobre el maltrato nos ha hecho reflexionar sobre nuestras actitudes, prejuicios y miedos. 2) El maltrato es causa de enfermedad de las mujeres. 3) Hay diferentes formas de violencia que hacen enfermar a las mujeres. 4) El maltrato produce diferentes formas de enfermar.
Conclusiones. 1) La violencia es un problema de cultura y de identidad de género. Es preciso reflexionar y cuestionar los valores androcéntricos tradicionales y trabajar en la construcción de una masculinidad no ligada al uso de la fuerza y de una feminidad no asociada a la sumisión. 2) Debemos ayudar a las mujeres a tomar conciencia sobre los estereotipos de la cultura en que estamos inmersos. 3) Es necesario conocer y utilizar los recursos sociales y sanitarios con los que contamos. 4) Necesitamos promocionar las relaciones no violentas. 5) Toma de conciencia por parte de los profesionales de la importancia de la formación en género y salud para una praxis no discriminatoria.

CASOS CLÍNICOS

3042. TUMOR CARCINOIDE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Lucas Lerga, F.J.; Clemos Matamoros, S.; Sánchez Hernández, B.; Tejero Luna, A.C. y Sánchez Martínez, A.C.
Hospital Reina Sofía de Tudela, Navarra.

Descripción del caso. Presentamos el caso de un varón de 42 años en cuyos antecedentes médicos destacan HTA, DM2, hiperlipemia y SAOS diagnosticado en Málaga en 2005. No tiene IQ previas ni alergias conocidas. Exfumador de 80 cigarrillos día. No bebedor. El paciente es visto en numerosas ocasiones en su centro de salud por cuadros de tos en forma de accesos y abundante expectoración blanquecina. Es tratado de manera ambulatoria con mucolíticos y antibioterapia (quinolonas y beta lactámicos) sin mejoría clínica. Tras seguir una evolución lenta decide acudir a nuestro servicio de urgencias. En la anamnesis destaca cuadro de más de un mes de evolución de tos con expectoración blanquecina y dolor en hemitorax izquierdo de características mecánicas.
Exploración y pruebas complementarias. En la exploración destaca una ligera hipoventilación l con abundantes roncus en ambos campos pulmonares por lo que se realiza una radiografía de tórax donde se aprecia un engrosamiento parahiliar izquierdo sin otras alteraciones. Hemograma y bioquímica dentro de la normalidad. Se decide ingreso para estudio intrahospitalario del hallazgo radiológico. Ya en el ingreso se le realiza una espirometría con resultado de normalidad. Se realiza posteriormente un TAC en la que se describe un probable tapón mucoso en bronquio lingular con atelectasia laminar asociada y probable adenomas suprarrenales. Con estos hallazgos se realiza broncoscopia donde se aprecia en el árbol bronquial derecho hipertrofia glandular y mucosa y el segmento anterior de la língula se encuentra ocluido por una masa de aspecto mucoide que sangra al mínimo roce. Se toman biopsias y se cepilla. Los resultados de las biopsias son compatibles con carcinoma neuroendocrino bien diferenciado (tumor carcinoide). Con este diagnóstico se derivó a nuestro hospital de referencia (HPN) donde se le realizó una lobectomía superior izquierda sin complicaciones.
Juicio clínico. Tumor carcinoide bronquial.
Diagnóstico diferencial. Las neoplasias benignas de pulmón que representan el 5% de todos los tumores primarios, comprenden los adenomas bronquiales y los hamartomas (el 80% de este tipo de lesiones) y un grupo de neoplasias muy infrecuentes (condromas, lipomas, fibromas, hemangiomas, leiomiomas, teratomas, pseudolinfomas y endometriosis). El diagnóstico y el tratamiento primario son idénticos en todas estas neoplasias. Se presenta en forma de masas centrales que provocan obstrucción de la vía respiratoria provocando tos, hemoptisis y neumonitis. Otras veces se pueden presentar sin síntomas en forma de nódulo pulmonar solitario.
Comentario final. Ante todo paciente con cuadro de bronquitis o neumonía de repetición se debe realizar un estudio completo que comprenda radiografía y TAC y conforme a los resultados seguir realizando exploraciones que no lleven al diagnóstico definitivo.

Bibliografía recomendada.
Neoplasias pulmonares benignas. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JD, Kasper DL, et al, editores Harrison: Principios de medicina interna. 14ª ed. Madrid. McGraw-Hill Interamericana, p 640.
Revista de asociación de neumólogos del sur. 1997;9(4).

3058. SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO TIPO I O DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEJA

Silvestre Puerto, V.M,; Urbano Fernández M.; Bernades Carulla, C.; García Tristante D.; Arcas Ferre, M. y Vilalta Garcia, S.
Casap CAN Bou Castelldefels Barcelona.

Descripción del caso. Varón de 47 años que acudió a urgencias hospitalarias por pincharse accidentalmente con la hoja de una palmera en 2º dedo mano izda, a las 24 horas vuelve en dos ocasiones mas extrayéndosele una parte de dicha palmera en la segunda visita del día por dolor. A los 7 días visitado por Trauma lo cataloga de Celulitis y pauta mas antibiótico oral y curas tópicas sin desbridar la herida de la mano. Han pasado 21 días con el dedo de paciente eritematoso, duro, caliente y doloroso, y tomando en todo este periodo antibióticos de amplio espectro sin mejoría del dolor y con curación completa de la herida.
Exploración y pruebas complementarias. Observo un dedo caliente, tumefacto, rígido, doloroso con gran hipersensibilidad e hiperalgesia, impotencia funcional, el tamaño dobla al dedo de la mano contralateral, aumento del vello localmente y acrocianótico. Cumple todos los criterios de Kozin y colaboradores y está en etapa 1 de Bonica.
Pruebas complementarias. A los 21 días solicito varias pruebas, entre ellas una radiografía ósea, analítica general y una gammagrafía y pauto Rehabilitación. Rx: normal sin alteraciones. Analítica: no alteraciones hematológicas ni de factores reactivos de fase aguda. Gammagrafía:- hipercaptación de todo el territorio de 2 dedo de mano Izda compatible con algioneurodistrofia. Rehabilitación: recuperar la funcionalidad de la mano y disminuir el dolor.
Juicio clínico. Algioneurodistrofia o Síndrome doloroso regional complejo tipo I.
Diagnóstico diferencial. Artritis infecciosa, artritis reumática, artropatía inflamatoria, trombosis venosa y arteriopatía periférica, esclerodermia y osteonecrosis.
Comentario final. Es una enfermedad incluida dentro del archivo de las enfermedades raras, aunque no es tan infrecuente y si se inicia precoz, en los tres primeros meses, podemos obtener una buena evolución, si se demora, el trastorno se puede extender a toda la extremidad y los cambios óseos y musculares pueden llegar a ser irreversibles.
Objetivos del tratamiento aliviar el dolor, recuperar la función articular, reducir la éxtasis vascular, reducir la ansiedad y depresión asociadas. Es escalonado en orden creciente de complejidad técnica, 1.tratamiento farmacológico, 2 bloqueos nerviosos, 3 simpatectomía, 4 estimulación medular, 5 infusión intratecal. A largo plazo el pronóstico es favorable. Sin embargo, su evolución es imprevisible, pudiendo afectar la calidad de vida de estos pacientes. Las secuelas se presentan en el 20- 40% de los casos, aunque son de escasa relevancia, pero molestas como dolor y edema residuales, y en casos más severos pueden ocasionar trastornos vasculares y retráctiles, que pueden ser subsidiarios de diversas intervenciones quirúrgicas y/o amputaciones. A su vez hay una predisposición genética asociada a HLA-DQ1.
Bibliografía recomendada.
Kemler MA; Van de Vusse AC; Van den Berg-Loonen EM; Barendse GA, Van Kleef M, Weber WEJ. HLA-DQ1 associated with reflex sympatethetic dystrophy. Neurology. 1999;53:1350-1.
Neira F, Ortega JL. El síndrome doloroso regional complejo y medicina basada en la evidencia. Rev Soc Esp Dolor. 2007;2:133-46.
Reig E, García A.Tratamiento farmacológico del SDRC tipo I. Rev Esp Reumatol. 1998;25:284-9.

3066. ADCA. BRONQUIOLOALVEOLAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Lucas Lerga, F.J.; Clemos Matamoros, S.; Sánchez Hernández, B.; Calvo Alba, M.A. y Tejero Luna, A.C.
Hospital Reina Sofía de Tudela, Navarra.

Descripción del caso. Describimos el caso de una paciente, mujer de 42 años sin antecedentes médicos de interés que consulta por cuadro

de tos irritativa de 4 meses de evolución que no cede con antitusígenos y que en la última semana se acompaña de disnea de medianos esfuerzos, motivo por el que vuelve a la consulta. Ante la persistencia de los síntomas a pesar de la medicación prescrita se decide derivación al servicio de urgencias para la realización de radiografía de tórax.

Exploración y pruebas complementarias. En el servicio de urgencias se encuentra con buen estado general, normocoloreada y normohidratada. Hemodinámicamente estable. En auscultación pulmonar destacan crepitantes finos en ambos hemitorax. Auscultación cardíaca y abdominal normal. Se realiza radiografía de tórax en la que se describe un patrón intersticial difuso de predominio en la periferia. Mediastino y silueta cardíacas normales. Dada la escasa clínica y los escasos factores de riesgo (contacto con animales domésticos, fármacos, viajes al extranjero, relación con polvo orgánico e inorgánico, exposición activa y pasiva al humo del tabaco) junto con la edad se piensa en una etiología infecciosa iniciándose antibioterapia y corticoterapia, no respondiendo al tratamiento prescrito. A la vez se realizan las diferentes pruebas complementarias (TAC, citología, broncoscopia con biopsia, etc.) y se va acotando el diagnóstico que en este caso fue de adenocarcinoma bronquioloalveolar.

Juicio clínico. Adenocarcinoma bronquioloalveolar.

Diagnóstico diferencial. Se debe hacer con las EPI (enfermedad pulmonar intersticial) tanto de causa conocida: infecciones: TBC, micosis profundas, virales. Inhalación de partículas inorgánicas (neumoconiosis), silicosis, asbestosis, beriliosis, inhalación de partículas orgánicas (neumonitis por hipersensibilidad): pulmón del granjero o el pulmón de los criadores de palomas, inhalación de gases, humos, vapores y aerosoles, aspiración crónica de RGE, edema pulmonar crónico y neoplasias: linfangitis carcinomatosa y metástasis, como de causa desconocida: fibrosis pulmonar idiopática (neumonía intersticial usual), sarcoidosis, enfermedad del colágeno: esclerodermia, artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico. Histiocitosis X, neumonía intersticial descamativa, neumonía intersticial no específica, neumonía en organización con bronquiolitis obliterante, linfangioleiomiomatosis. Vasculitis pulmonares: granulomatosis de wegener, sd de churg-strauss. Eosinofilias pulmonares. Proteinosis alveolar. Enfermedades hereditarias. Sd pulmonares hemorrágicos: Sd de Good-Pasture, hemosiderosis pulmonar idiopática.

Conclusiones. El patrón radiológico hallado engloba gran número de patologías respiratorias, entre las cuales, unas son benignas y autolimitadas, otras evolucionan a la cronicidad e irreversibilidad y un tanto por ciento acaban siendo rápidamente progresivas y de pronóstico infausto. Dentro de los carcinomas broncopulmonares, el adenocarcinoma representa el 35-40%. Al no ser de células pequeñas se pueden resecar quirúgicamente. Si se diagnostica en estadio I-II, la supervivencia media a los 5 años del 45-85%, de ahí la importancia de hacer un correcto y amplio diagnóstico diferencial, con la consiguiente celeridad a la hora de realizar todas las pruebas, aún a pesar de los pocos signos de alarma que en este caso nos había ofrecido la paciente tanto en la anamnesis como en la exploración física.

Bibliografía recomendada.

Chaparro C. Manejo de las neumonías de los adultos. En: Camacho F, Awad C, editores. Enfermedades del tórax. Santafé de Bogotá: Editorial Médica Zambon; 1992.

Cotran RS, Kimar V, Collins. Patología estructural y funcional. 6ª ed. McGraw-Hill. Interamericana; 2000.

Guía de diagnóstico y tratamiento. Asociación Argentina de medicina respiratoria, sección de patología intersticial y difusa del pulmón. Revista de Medicina Respiratoria. 2002; año 2, número 1.

3093. RABDOMIÓLISIS TRAS EJERCICIO FÍSICO FORZADO Y MANTENIDO

Calzado Sánchez-Elvira, C.; Roig Fernández, L.; Pardo Tomás, C.; Ortiz de Saracho y Sueiro, L.; Gómez Gras, A. y Cabrera Ferriols, M.A.

Centro de Salud de San Blas, Alicante.

Descripción del caso. Antecedentes personales. No RAM. No HTA ni diabética. Fumadora habitual de un paquete/día. No toma medicación alguna y no hay antecedente de drogas. Motivo de la consulta: Mujer de 28 años que acude a consulta porque desde hace dos días presenta astenia, adinamia, dolores musculares intensos y progresivos fundamentalmente en extremidades y más en las inferiores al mismo tiempo que orina color "coca cola", tras someterse a ejercicio físico intenso y prolongado (superior a 4-5 horas/diarias-dos días) sin estar habituada a ello, en horario de sol con hidratación insuficiente. Trastornos del estado de ánimo por conflicto familiar.

Exploración y pruebas complementarias. Ansiosa y sudorosa. N/A en c y c. Cuello sin adenopatías ni bocio. N/A cardiopulmonar. PA de 110/60 y FC regular de 88 l. Abdomen blando y depresible sin megalias. No se aprecian edemas en extremidades, pero la palpación de masas musculares (bíceps, tríceps, cuadriceps y gemelos) provoca dolor. Hipersensibilidad en dichas zonas. *Complementarias.* -Laboratorio: H, recuento y fórmula normales. Coagulación normal. Glucosa 67. Urea 20. Creat 0,64. Na 125 mg. Potasio 4,96. Ca 9.1-Fosf. 4.2.A.Urico 3.1.CT: 147.-TG 68.-GOT 1019-GPT:488-GGT 22.-LDH: 1482.-CK:8000.-CKMB:3000.-Orina con Hb ++++. -Radiologia: tórax y abdomen normales. -ECG: trazado dentro de la normalidad. Ante la sospecha de una miopatía adquirida tras ejercicio forzado (rabdomiólisis) se procede a su ingreso en el HGUA Servicio de M. Interna siguiendo la evolución del paciente. A su ingreso se inicia fluidoterapia, analgesia y alcalinización de la orina (pH = 7) con mejoría de la función renal, manteniendo un balance positivo durante cuatro días, con disminución marcada de la sintomatología La analítica de alta señala CK 1353-CK-MB 46.-SGOT 153.-GPT: 283.Perfil férrico y coagulación dentro de la normalidad. Gasometría venosa normal. En Orina Leuc: 25-Nitritos ++.-Proteínas 75 mg.-Hb 250. Sedimento: Cilindros granulosos frecuentes y células de epitelio plano. Alta con recomendaciones de 1 c. de bicarbonato cada 8 horas, reposo durante unos días y después iniciar ejercicio de forma moderada y progresiva realizando controles analíticos pasadas tres a cuatro semanas.

Juicio clínico. Rabdomiólisis adquirida tras ejercicio forzado y mantenido. *Formas Clínicas:* Las formas mas comúnmente aceptadas son las formas adquiridas y las formas hereditarias.

Diagnóstico diferencial. Miopatías sin necrosis muscular ó elevación de la fosfocinasa de la creatina, como causas endocrinas de hipertiroidismo ó síndrome de Cushing. Otras causas de mialgia como influenza. Polimialgia reumática. Otros déficits enzimáticos.

Comentario final. La rabdomiolísis es una polimiopatía necrosante con destrucción rápida de las fibras del musculo estriado por sobrecarga de calcio en el retículo sarcoplasmático que conduce a una activación de enzimas degradativa y suelta de suelta de mioglobina y otras proteínas musculares que entran en la sangre y aparecen en la orina que muestra un color rojizo"coca cola" siendo múltiples las causas ó agentes que la causan desde abuso del alcohol, pasando por la toma de estatinas, organofosforados,…sin olvidar que la hemoglobinuria es una característica importante presente tras grandes esfuerzos (marchas, bailes, ejercicio excesivo) como ha sido en éste caso. No olvidar la posibilidad de complicaciones graves como el fallo cardiaco y renal. A las dos semanas del alta hubo normalización de la analítica.

Bibliografía recomendada.

Harriston SA. Review of rabdomyolisis.-dimensions of critical care Nursing. 2004;23(4):155-62.

Holt S, Moore K. Pathogenesis of renal failure in rabdomyolisis: the role of mioglobina. Exp Nephrol.2000;8:72-6.

Sinnerr R, Kohl L, Rainone T. Exercise-induced Rabdomyolisis. Ann Emerg Med. 1996;23:1301-6.

Vanholder R, Server M, Ere KE, Lameire N. Disease of the month: rhabdomyolisis.J Am Soc Nephrol. 2000;13:1153-61.

3116. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UN DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Garcia Castillo, O.; Tejero López, P.; Giménez Baya, T. y Díaz Barroso, A.

ABS Llefia. Badalona.

Descripción del caso. Varón de 63 años, con antecedente de dislipemia, sin alergias medicamentosas. Refiere desde hace dos semanas artralgias en tobillo izquierdo, rodillas, hombros y mano derecha con rigidez matutina de más de un hora. A la exploración presenta artritis en la segunda articulación metacarpo-falángica mano derecha y en tobillo izquierdo. Diez días después consulta por presentar exantema persistente, pruriginoso, macular, de borde eritematoso generalizado de predominio en extremidades inferiores y tronco y episodio de artritis interfalangica proximal 3er dedo mano derecha.

Exploraciones complementarias. Analítica general: VSG, calcio, fosforo, PSA y TSH normal. Anemia normocitica (HBN 11,5 g/dl), PCR 2,38 mg/l y Anticuerpos antinucleares (ANA) positivos 1/320 con

patrón homogéneo. Ac antiDNA, Anti-Sm, lúes y factor reumatoide negativo. Radiografía de tórax normal.
Juicio clínico. Estamos ante un paciente con poliartritis asimétrica periférica, exantema macular, anemia normocítica, PCR elevada, FR negativo y ANA + con patrón homogéneo.
Diagnóstico diferencial. Artritis reumatoide: No cumple criterios diagnósticos, presentaba artritis de articulaciones de manos pero no el resto de criterios (rigidez matinal < 1h, más de tres articulaciones, simétrica, nódulos reumatoideos y FRpositivo) Enfermedad de Still del adulto: no cumple criterios aunque la presencia de artritis, FRnegativo y Rash cutáneo puedan ser compatibles. Fiebre reumática: se descartó: presentaba poliartritis, artralgia y exantema, pero no infección estrepotocócica previa ni el resto de criterios. Enfermedad de Lyme: se descartó por no ser área endémica y no presentar exantema característico. Lupus eritematoso sistémico (LES): se realizó el diagnostico de sospecha dado que el paciente presentaba artritis compatible, anemia normocítica y ANA+ con patrón homogéneo característico de LES. El exantema era sugestivo de la forma anular-policíclica del LES subagudo.
Comentario final. Ante la sospecha de LES iniciamos tratamiento con prednisona 30 mg/día y remitimos al paciente a reumatología. En analítica posterior se observo linfopenia, ANA + 1/2850 homogéneo y Anti Ro positivo y que la anemia era hemolítica autoinmune combs positivo, confirmándose el diagnostico de LES. Clínicamente el paciente fue empeorando, agravándose la anemia (Hbn 7,9 g/dl), fue necesario ingresarlo para transfusión y tratamiento intravenoso (prednisona 1 mg/kg). Las poliartralgias es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria, dado que puede ser un síntoma de enfermedades sistémicas graves es importante valorar todos los signos y síntomas concomitantes para realizar una adecuada orientación diagnóstica. En nuestro caso la presencia de anemia hemolítica y títulos elevados de ANA con patrón homogéneo fueron claves en el diagnostico, aunque el exantema no era el más frecuente en el LES (eritema malar, fotosensibilidad) era compatible con una forma subaguda del mismo. El LES es más frecuente en mujeres jóvenes, en mayores de 50 años se denomina LES del anciano. El paciente presentó una forma grave de la enfermedad con anemia hemolítica severa, el haber realizado un rápido y correcto diagnostico precoz permitió una rápida respuesta terapéutica (prednisona a dosis altas intravenosa). Actualmente el paciente está recuperado.
Bibliografía recomendada.
Gavira L, Rodelo J. LES del anciano. Rev Clin Reumatol. 2004;11(4): 333-8.
Rovensky J, Tuchynova A. Systemic lupus erytematosus in the elderly. Autoimmun Rev. 2008;7(3):235-9.
Sociedad Española de Reumatología. Manual de enfermedades reumáticas. Editorial Panamericana; 2001.

3141. INFECCIÓN DE ORINA RECIDIVANTE

Ródenas Aguilar, J.L.; Serra Vázquez, A.; Brenes Bermúdez, F.J.; Buezo Reina, I.; Lleal Barriga, C. y Pares Ubach, M.Q.
EAP Badalona 6, Llefià.

Descripción del caso. Se trata de una paciente de 24 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, con antecedentes patológicos de trastorno de ansiedad y colon irritable que habían sido controlados por un médico privado. Consulta a su médico de familia por infección de orina (primer episodio), de inicio en su viaje de luna de miel, tratado con antibiótico con desaparición de los síntomas. En menos de un mes, recidivó la clínica y desde entonces el síndrome miccional ha persistido a lo largo de 1 año con cultivos patológicos y se ha acompañado de un empeoramiento de la sintomatología de ansiedad y un aumento de la frecuencia de los episodios de diarrea alternados con estreñimiento sin presentar en ningún momento rectorragias.
Exploración y pruebas complementarias. La paciente presentó en todo momento un buen estado general, sin síndrome febril ni sospecha de pielonefritis. La exploración abdominal y ginecológica fueron normales. Los hemogramas han resultado normales, así como la función renal. Los cultivos se han mantenido persistentemente positivos y el germen que con mayor frecuencia se ha aislado es E. Colli. La ecografía solicitada desde la primera recidiva informaba de "engrosamiento mural vesical" y recomendaban cistoscopia, que realizó el urólogo de referencia sin objetivar patología. Dada la persistencia de los síntomas, su médico de familia solicitó TAC abdominal, que apreció un engrosamiento parietal de aspecto inflamatorio en las últimas asas ileales con áreas de estenosis segmentaria. Se solicitó colonoscopia y se derivó a digestivo, obteniéndose el diagnostico definitivo y la causa de las infecciones de orina a través de una resonancia magnética nuclear de la vejiga urinaria.
Juicio clínico. Infecciones de orina de repetición secundarias a fístula enterovesical producida por enfermedad de Crohn.
Diagnóstico diferencial. Infecciones de orina de repetición por uso de espermicidas o factores mecánicos por coito, rectocele, cistocele, prolapso uterino, vejiga neurógena, diabetes mellitus, enfermedad neurológica, malformaciones urinarias, inmunodepresión, intervenciones urológicas previas, cistitis intersticial.
Comentario final. Las fístulas en la enfermedad de Crohn son frecuentes, pero lo es mucho menos que exista una fístula que comunique con la vejiga urinaria. Con el tratamiento corticoideo e inmunosupresor de la enfermedad de Crohn no se consiguió el cierre de la fístula y en este momento se ha iniciado tratamiento con Infliximab (anticuerpo monoclonal derivado de ADN recombinante). Si no se obtiene respuesta se ha de valorar cirugía. Hemos de remarcar la importancia de sistematizar el estudio de las infecciones urinarias de repetición desde la Atención Primaria de salud.
Bibliografía recomendada.
Brenes FJ. Generalidades de las ITUs. En: Brenes FJ. Manual de evaluación diagnóstico y terapéutico de las Infecciones del Tracto Urinario (ITUs). Abordaje desde la Atención Primaria. Semergen. IM&C, S.A; 2003.p.13-25.
Naval E, Ródenas JL. ITU en la mujer. En: Brenes FJ. Manual de evaluación diagnóstico y terapéutico de las Infecciones del Tracto Urinario (ITUs). Abordaje desde la Atención Primaria. Semergen. IM&C, S.;2003.p.59-68.
Van Deventer SHJ, van Hogezand R, Present D, et al. Controlled study of anti-TNF-a treatment for enterocutaneous fistulae complicating Crohn's disease. Gut. 1997;41:A2.

3227. VASCULITIS CHURG Y STRAUSS

Jareño Sanz, M.J.; Silvestre Puerto, V.M.; González Azuara, S.; Bosch Romero, E.; Santamaría Marín, M.I. y Urbano Fernández, M.
Casap CAN Bou Castelldefels Barcelona.

Descripción del caso. Varón de 52 años ex-fumador, enol leve, Directivo de multinacional Antecedentes personales: Asma alérgica y Sinusitis intervenida No alergias conocidas a fármacos, intolerancia AAS. En agosto acude a la consulta de urgencias por fiebre de 38º, mialgias, MEG++ de dos días de evolución que no remite. Lesiones maculopapulosas palpables en sacro y ambos pies.
Exploración física y pruebas complementarias. MEG, fiebre 38º, Palidez, astenia. AC: TA. 110-58, FC. 120 χ^2, rítmico sin soplos. AR: Crepitantes bibasales, alguna sibilancia. EA: Polo hepático dos traveses ligeramente doloroso a la palpación, esplenomegalia de un través, no se palpan adenopatías No meningismo Reflejos presentes y simétricos. Debido al MEG que presenta lo derivo al servicio de urgencias destaca eosinofilia 2400 × 10^9 /l, AST 0,57 µk/l, CK 6,56 µmol/l. RX tórax: se aprecia infiltrado pulmonar basal. Tratado como rickettsiosis iniciando el tratamiento con doxiciclina a la espera de las serologias pero al mes, un episodio similar que le obliga la ingreso en UCI. Eco cardio: FE cardíaca 31%, VI no dilatado, disminución severa de la función sistólica global, derrame pericardico retro cardiaco. Biopsia: lesiones cutáneas: lesiones petequiales formadas por granulomas eosinofilicos. Toracocentesis: líquido inflamatorio.
Juicio clínico. Angeitis o granulomatosis alérgica por Churg y Strauss.
Diagnóstico diferencial. Vasculitis o enfermedad de Wegner, vasculitis de Scholein Henock, Ricketissiosis, enfermedad de Lyme.
Comentario final. El pronóstico de la fase en la que se diagnostique la vasculitis, siendo pero cuando la fase sea más avanzada, su tratamiento está basado en corticoides y/o inmunosupresores que modelaran la fase de respuesta eosinofílica controlando en parte la evolución de la enfermedad. Este paciente actualmente se encuentra controlado por diferentes servicios, siendo su insuficiencia cardíaca la más grave en cuanto a morbimortalidad. Y en cuanto a las patologías que aparecen en antecedentes todas ellas han sido controladas con el uso de inmunosupresores.
Bibliografía recomendada.
Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al, editors. Harrison. Principios de Medicina Interna. 17a ed. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. 2009.

3300. GINECOMASTIA UNILATERAL SIN DIAGNÓSTICO PRECISO, QUE SE DESARROLLA BILATERAL

Martín Rodrigo, J.L.; Díaz Herranz, S.; Salguero Bodes, I.D.; García Reina, M.; Irribarren Arrobas, P. y Roldán Pérez, A.

Centro de Salud La Paz, Badajoz.

Descripción del caso. El caso que nos ocupa es un varón de 33 años de edad sin hábitos tóxicos y sin antecedentes personales ni familiares de interés cuyo único tratamiento habitual es el finasteride (1 mg/día) desde hace dos años por alopecia androgénica. El paciente acude a la consulta de Atención Primaria por aumento unilateral e indoloro de la mama derecha de cuatro meses de evolución y con sensación de tensión mamaria ocasional.

Exploración y pruebas complementarias. En la exploración física es evidente durante la inspección la asimetría de tamaño de la mama derecha respecto de la izquierda, siendo la derecha de consistencia normal a la palpación y sin secreción espontánea ni provocada por el pezón. Sin otros estudios complementarios se decide derivar a cirugía, ya que supone una alteración estética importante para el paciente, para extirpar el tejido glandular y se realiza dicha intervención sin otras incidencias. Ocho meses más tarde el paciente consulta de nuevo por aumento tamaño de la mama contralateral y en ese momento se decide iniciar el estudio de las posibles causas de la ginecomastia, se realiza radiografía de tórax, hemograma, bioquímica y estudio hormonal(LH, prolactina, B-hCG, testosterona, TSH y T4), siendo normales todas las pruebas.

Juicio clínico. Ginecomastia bilateral secundaria a finasteride.

Diagnóstico diferencial. El diagnóstico diferencial se debe establecer con diversas anomalías que pueden dar aumento de la mama, tales como trastornos sistémicos (insuficiencia renal, insuficiencia hepática, hipo/hipertiroidismo, hipogonadismo, enfermedades neoplásicas, obesidad, etc.); déficit de testosterona (anorquia, síndrome de Klinefelter, etc.); tumores testiculares secretores de estrógenos; o el efecto de diversas drogas y fármacos.

Comentario final. Cabe destacar con especial importancia que la investigación clínica debe ser minuciosa en los pacientes que consultan por ginecomastia para poder establecer un diagnóstico etiológico adecuado, así pues debemos interrogar sobre el tratamiento que realiza el paciente, entre los fármacos a consultar debemos incluir el finasteride, para poder ofrecer las diferentes alternativas de tratamiento, entre ellas la retirada del fármaco como medida más conservadora ya que la cirugía tampoco está exenta de riesgos. Actuación que no se realizó en la primera consulta de nuestro paciente y sí después de una segunda consulta por el mismo motivo, independientemente de que, en nuestro caso, se decidiera de igual modo el tratamiento quirúrgico.

Bibliografía recomendada.

Frantz AG, Wilson JD. Endocrine disorders of the brest. En: Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM, Larsen PR. Williams textbook of endocrinology. 9ª ed. Filadelfia: Wb Saunders; 1998..p.887-900.

Martín C, Laso FJ. Ginecomastia. En: Diagnóstico diferencial en Medicina Interna. 2ª ed. .p.417-20.

Tresguerres JAF, Vilarel Latorre E, Audi L, Goday A, Halperin I. Enfermedades de las gónadas. En: Rozman C, director. Medicina interna. 12ª ed. p. 2156-8.

Wilson JD, Aiman J, MacDonald PC. The pathogenesis of gynecomastia. Adv Intern Med. 1980;25:1-32.

3335. PÉRDIDA DE VISIÓN EN PACIENTE CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Beramendi Garciandía, F.; Castro Neira, M.; Alonso Martinez, S.; Ayats Vidal, S.; Molina Samper, V. y Sola Larraza, A.

Centro de Salud Iturrama; Centro de Salue Chantrea; Servicio de Oftalmología Hospital Virgen del Camino; Servicio Urgencias de Hospital Virgen del Camino.

Descripción del caso. Paciente de 77 años, asintomático previamente y con buena calidad de vida, que acude al médico de cabecera por percibir desde hace 2 días fotopsias en campo visual derecho acompañado de cefalea occipital intensa. Refiere que progresivamente ha ido cediendo la cefalea persistiendo el déficit visual derecho que le produce inestabilidad e inseguridad al caminar. Se le detectó ateromatosis carotídea como hallazgo casual en un estudio por parte de Neurología hace cuatro años. En tratamiento con antiagregante e IECA por HTA. Se explora al paciente y se deriva a Urgencias ante los hallazgos físicos (déficit visual y fondo de ojo).

Exploración y pruebas complementarias. PA: 163/74 mm Hg; Pulso: 76 '; Tª: 36.6º. Exploración neurológica: consciente y orientado. No asimetrías faciales. MOE conservados. Campimetría por confrontación: hemianopsia homónima derecha. Fuerza y sensibilidad conservadas. ROT apagados simétricos. Marcha con aumento de base de sustentación, tándem inestable. Romberg negativo. FO: papila blanca bilateral con disminución de vasos retinianos. ACP: normal. No soplos carotídeos. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Pulsos temporales palpables. ECG: ritmo sinusal. No signos de HVI. Analítica (en Urgencias): normal. Interconsulta Oftalmología (en Urgencias): Atrofia papilar bilateral de contorno bien definido. Mácula con degeneración pigmentaria. Los hallazgos de la exploración no justifican la hemianopsia temporal. A descartar la posibilidad de que sea secundaria a papiledema crónico (por compresión de vía óptica ó hipertensión intracraneal de larga evolución) o neuropatía óptica isquémica (arterítica o no arterítica). TAC en Urgencias): infarto en fase subaguda- aguda en territorio de ACP izquierda.

Diagnóstico diferencial. Neuropatía óptica isquémica arterítica: arteritis de la temporal. Neuropatía óptica isquémica no arterítica: isquemia en territorio anterior. Lesiones compresivas a nivel de cintillas y quiasma óptico (adenoma hipofisario, menigioma). Tóxicos.

Conclusión final. Las causas de la atrofia papilar son muy variadas. Puede aparecer como secuela de la neuropatía óptica isquémica anterior, del papiledema de larga evolución o de las neuritis ópicas retrobulbares. Además, existen causas propiamente oculares de la atrofia papilar como el glaucoma, la retinitis pigmentaria o la enfermedad de Leber, y enfermedades sistémicas clásicas, como la atrofia papilar asociada a la sífilis terciaria o a la utilización de fármacos como el etambutol. Ante el descubrimiento de una atrofia papilar siempre es necesaria una evaluación oftalmológica y neurológica complementaria

3392. DOLOR CENTRO–TORÁCICO TRAS UN PARTIDO DE TENIS

Cova Díaz, I.J.; Ferreira García, C. y Zafra Andrés, F.

Centro de Salud de Icod de los Vinos, Tenerife.

Descripción del caso. Historia actual: paciente de 61 años de edad que se presenta en urgencias con dolor centro torácico leve, opresivo con reacción vegetativa de sudoración palidez, tras jugar un partido de tenis que por ende pierde. Antecedentes personales: sin interés médico quirúrgico, no alergias conocidas a medicación ni sustancias. No fumador no bebedor conocido, practica deporte habitualmente.

Exploración y pruebas complementarias. Exploración: auscultación cardíaca ritmo a 57 p/min con una disminución del tono cardiaco, no arritmias, no dolor a la presión torácica sin modificaciones del dolor de base. Auscultación pulmonar murmullo vesicular en ambos campos pulmonares ligeros subcrepitantes bibasales, eupnéico. Abdomen blando depresible, ruidos intestinales presente no órgano-megalias, Blumberg (-), psoas (-), puño percusión negativa bis. Piel sudor frío que se aprecia en toda la superficie corporal., presentando palidez en la cara. SNC pupilas isocóricas normo reactivas reflejos y pares craneales dentro de la normalidad. Tratamiento de urgencias: media ampolla de morfina e.v., un comprimido de AAS 500 mg v.o. junto a perfusión con solinitrina. Trasladándose al hospital de referencia con el médico de guardia. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 57 p/min. Con una elevación ST de 5 mm en cara inferior V4R y V8 y descenso ST de V1a V3 posterior, p-r normal supradesnivelación en de 0,5 mm ST en DII y DIII. qR en V6 con T negativa en cara inferior y V6. TA 110/70. Se deriva UMI donde se fibrinolisa con 10.000 de TNK quedando asintomático a las tres horas. Pico máximo de Troponina I fue 222 y CPK 4454. Ecocardiograma: V.I. normal (DTDVI 55 mm) y FE 55% Hipoquinesia inferolateral AI de 41 mm. Cateterismo: TCI y DA normal CX: Tronco OM buen vaso. Lesión en ostium de 1.ª OM del 50% y 2.ª OM del 85%, 50% en CD media. Tratamiento Sten directo MicroDriver en ostium de 1.ª O.M. ACTP Y stent Drivera 2.ª O.M. Analítica: hemograma y pruebas de coagulación normales; bioquímica glucemia 82, creat. 0,9 iones normales, ac. úrico 6,TG76, CT122, HDL 40, TGS 76 LDL 66.BT 2,2 BI1,48, BD 0,72 COT 54, GPT 63 prot tot 7, TSH 2,8. Datos antropométricos previos: TA 120/70 peso 92 kg, talla 175, IMC 30,20; perímetro abdominal de 103 cm. Factor de riesgo cardiovascular de 13% según Framinhan.

Juicio clínico. Juicio diagnóstico IAM inferior KILLIP I con F.E. normal, Lesion DA media-severa con Cx angioplastia y stent no recubierto A1 y " OM.

Comentario final. En Atención primaria a pesar de nuestros esfuerzos por reducir los factores de riesgos cardio-vasculares, los eventos CV. Son imprevisibles amen de analítica previas aparentemente normales. El esfuerzo y el estado de ánimo negativos tras perder una partidas de tenis, son el detonante de este caso del infarto. El registro electro cardiológico de urgencias fue la piedra angular del diagnóstico junto a la historia clínica.

3465. RETINOGRAFÍA NO MIDIRIÁTICA EN DIABÉTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: 4 CASOS CLÍNICOS

Mendo Giner, L.; Forcada Huguet, N.; Pérez Feito, D.; Palanca Gracia, E.; Romero Abad, D. y García Pérez, L.
Zoná Básica Valtierra – Caderita. Centro de Salud Tudela – Este, Navarra.

Descripción del caso. *Caso 1:* retinopatía diabética no proliferativa (RDNP) leve: microaneurismas (Ma), hemorragias (H) retinianas leves, exudados duros y exudados blandos. *Caso 2:* RDNP moderada lesiones más avanzadas que en la leve pero menos que la regla 4-2-1. *Caso 3:* RDNP grave uno cualquiera de la regla 4-2-1. Ma/H graves en 4 cuadrantes. Arrosariamiento Venoso en al menos 2 cuadrantes. Anomalías microvasculares intrarretinianas AMIR en al menos un cuadrante. *Caso 4*: retinopatía diabética proliferativa, presencia de neovascularización en papila.
Exploración y pruebas complementarias. Retinografo no midriático. Programa de retinografía no midriática en Atención Primaria, pacientes derivados desde medicina y enfermería de toda el área de salud de Tudela, la prueba la realiza una enfermera y es informada por un médico de Atención Primaria, que envía un informe a los médicos solicitantes que pueden visionar la foto en su ordenador.
Juicio clínico. Retinopatía diabética no proliferativa y proliferativa.
Diagnóstico diferencial. Desprendimiento de retina, edema de mácula, degeneración de macula, hemorragias vítreas, melanoma, retinitis pigmentaria.
Comentario final. La retinopatía diabética es la causa más frecuente de ceguera en nuestro medio, en trabajos realizados en Atención Primaria sobre el seguimiento de los pacientes diabéticos el fondo de ojo y el pie diabético no tienen la cobertura necesaria en estos pacientes, con el desarrollo de estos programas de retinografía no midriática en Atención Primaria se contribuye al mejor control de nuestros diabéticos, mejorando la cobertura.
Bibliografía recomendada.
American Diabetes Association. Position Statement. Screening for diabetic retinopathy. Diabetes Care. 1997;20 Suppl 1:S28.
Diabetic Retinopathy Study Research Group. Photocoagulation treatment of proliferative diabetic retinopathy: The second report of DRS findings. Ophthalmology. 1978;85:82.
Ferris FL III. How effective are treatments for diabetic retinopathy? JAMA. 1993;269:1290.
Porta M, Bandello F. Diabetic retinopathy: A clinical update. Diabetología. 2002;45:1617.
Roy MS, Klein R, O'Colmain BJ, et al. The prevalence of diabetic retinopathy among adult type 1 diabetic persons in the United States. Arch Ophthalmol. 2004;122:546.

COMUNICACIONES ORALES DE RESIDENTES

COMUNICACIONES

2745. INTOXICACIONES AGUDAS Y SU INTENCIONALIDAD EN UN ÁREA SANITARIA DE ASTURIAS

González Fernández, D.[a] y Alonso Fernández, M.[b]
[a]MIR 2º MFyC Hospital San Agustín de Avilés. [b]Centro de Salud de la Ería en Oviedo. Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo.

Objetivos. Conocer la incidencia de intoxicaciones agudas (IA), intencionalidad, tóxicos empleados y temporalidad en un Área Sanitaria.
Metodología. Estudio descriptivo, prospectivo. Mediante revisión de historias clínicas de pacientes atendidos por IA en Urgencias del Hospital de referencia durante 2007.
Resultados. Incidencia: 333 casos/100.000/año. Intencionalidad: el 95,3% (491) voluntarias (IAV) y el 4,7% (24) accidentales. Dentro de IAV el 23,2% (n = 114) se realizaron con intención suicida (IAVS) y 377 (76,8%) se produjeron por drogas de abuso y/o alcohol (IAVD). Las 114 IAVS corresponden a 96 pacientes pues 15 acudieron más de una vez por el mismo motivo; del mismo modo, las 377 IAVD corresponden a 301 pacientes pues 39 fueron reincidentes, incluso alguno fue atendido más de 5 veces. Edad media de IAVS fue 37 ± 11 con predominio de mujeres (62,3%, n = 71); en las IAVD la edad media fue 43 ± 16 con predominio masculino (76,1%, n = 287). Los tóxicos más utilizados en IAVS fueron benzodiacepinas (86%), antidepresivos (7%) y analgésicos (6%). El alcohol fue detectado en el 95% de IAVD. El 70% de IAVS se atendieron por la tarde no mostrando ninguna diferencia en cuanto a días de la semana o meses. Las IAVD fueron atendidas mayoritariamente durante la noche (45%) y en fin de semana (40%).
Conclusiones. El 23% de IAV ser producen con intención suicida, son más frecuentes en mujeres, el toxico más utilizado son benzodiazepinas y no muestran un patrón temporal característico. El resto de IAV son más frecuentes en varones, se producen durante la noche del fin de semana y el alcohol es el toxico más frecuente.

3038. PERFIL DEL ASMA BRONQUIAL INFANTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA

García Quevedo, E.; Quintana Cabieces, S.; Bercedo Saiz, A.; Castro Ramos, I.; Roble Fernández, I. y Celorrio Bustillo, C.
Centro de Salud Buelna.

Objetivos. El asma bronquial a pesar de ser la enfermedad crónica pediátrica más prevalente son pocos los estudios realizados basados en la historia clínica de Atención Primaria (AP). En este sentido, conocer sus características clínicas y etiopatogénicas ayudará a conocer la verdadera magnitud que el asma representa en AP.
Metodología. Estudio transversal de todos los niños de 6 a 15 años de edad con diagnóstico de asma bronquial adscritos a cuatro cupos de pediatría de AP de Cantabria en los que se describe el perfil clínico, epidemiológico y alérgico encontrado a partir de los datos de sus historias clínicas hasta septiembre de 2008. La población inicial de estudio fue de 2478 pacientes de 6 a 15 años de edad con Tarjeta Sanitaria.
Resultados. La prevalencia de asma encontrada fue del 11,90% (295 niños), [IC 95%: 10,7-13,2%] con variaciones desde un 14,4% hasta el 7,4% dependiendo del cupo estudiado. La prevalencia de asma activo con crisis de asma en el último año fue del 8,3% (206 niños). El 59% (174) de los asmáticos fueron varones. Como antecedentes familiares destacaban la presencia de asma en alguno de los padres en el 30,5%, de rinitis alérgica en el 40,3%, de dermatitis atópica en el 27,1% y de tabaquismo en el 52,9%, con un 55,3% [IC 95%: 49,5-60,8%] de niños asmáticos afectados de tabaquismo pasivo en sus domicilios. Un 55,3% de los pacientes habían presentado bronquiolitis. El 61% de los niños asmáticos asociaron rinitis alérgica y un 48,8% dermatitis atópica. El nivel de gravedad del asma fue un 68,5% asma episódico ocasional, un 18,7% asma episódico frecuente, un 12,5% asma persistente moderado y un 0,3% asma persistente grave. El número de consultas por asma en el último año en el Centro de Salud fue una mediana de 2 mientras que el número de crisis de asma en el último año entre los que han tenido alguna crisis (69,8%) fue de 2,2 crisis/año. Un 24,7% de los niños asmáticos requirieron acudir a urgencias hospitalarias o de AP en el último año. Los meses con más crisis de asma fueron septiembre y octubre con otro pico también en el mes de mayo. En relación al tratamiento el 59,6% no tenían tratamiento de base, el 16,9% usaban corticoides inhalados, un 22% tratamiento combinado (β 2 de acción larga y corticoide inhalado), 2,4% montelukast y un 10,5% inmunoterapia. En cuanto al perfil alérgico un 68,5% presentaba alergia a ácaros del polvo, un 34,6% alergia al polen de las gramíneas, un 12,9% alergia al epitelio del perro, un 11,5% al gato, un 3,4% a malezas, un 2% a árboles, un 1% frente a hongos. En un 5,4% se encontraron otras alergias destacando el marisco, frutos secos, epitelio de caballo y centeno. Finalmente, la mediana de la duración de la lactancia materna en la población estudiada fue de 90 días, existiendo una relación inversa casi significativa entre la duración de la lactancia materna y la gravedad del asma (Prueba de log-Rank, p = 0,08).
Conclusiones. El conocimiento del las características clínico-epidemiológicas de los pacientes asmáticos controlados en AP permitirá mejorar el manejo de esta enfermedad, conocer mejor su impacto real, así como valorar la tendencia futura y la gravedad de esta enfermedad en

Cantabria. Se confirma la existencia de una prevalencia alta de asma bronquial por diagnóstico médico de forma similar a las encontradas en la Cornisa Cantábrica.

3096. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA COBERTURA VACUNAL DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN NUESTRO CENTRO DE SALUD?

Antón García, F.[a]; Pruteanu, D.F.[b] y Máñez Andrés, A.[a]

[a]Centro de Salud Fuensanta, Valencia. [b]Residente. Centro de Salud Fuensanta, Valencia.

Objetivos. Valorar la influencia del nivel socioeconómico y la presión asistencial en la cobertura vacunal de los niños de 2-2.5 años atendidos en dos zonas distintas de nuestro centro de salud.
Metodología. Nuestro centro atiende dos zonas geográficas distintas: Zona 1 (Z1): 2 pediatras, nivel socioeconómico bajo, 950 pacientes/cupo. Zona 2 (Z2): 2 pediatras, nivel socioeconómico medio, 600 pacientes/cupo. Hemos evaluado, en la historia clínica informatizada, el nivel de cobertura vacunal completa del Tétanos (recomendada y financiada por el sistema público de salud) y del Neumococo (no financiada) en los niños de 2-2.5 años atendidos en las dos zonas de nuestro centro. Análisis datos: SPSS.
Resultados. Han sido evaluadas 218 historias, 151 en la Z1 y 67 en la Z2. Tétanos: Z1 87,4% correctamente vacunados, Z2 97% (diferencia 9,6% p = 0,027). No hay diferencias en la cobertura entre sexos de los niños. Entre pediatras sólo hay diferencias en la Z1: Pediatra1 (P1) 93,3%, Pediatra2 (P2) 81,6% (diferencia 11,7% p = 0.029). Neumococo: en Z1: 9,9% vacunados, en Z2: 61,2% vacunados (diferencia 51,3% p < 0,000). No hay diferencias entre sexos de los niños. Entre pediatras sólo hay diferencias en la Z1: el P1 16% y el P2 3.9% (diferencia 12,1% p = 0,014).
Conclusiones. El nivel socioeconómico y la presión asistencial influyen en la cobertura vacunal de los niños (2-2.5 años) atendidos en dos zonas de nuestro centro, tanto en la vacuna financiada (tétanos) como, sobre todo, en la no financiada (neumococo). En la zona con nivel socioeconómico bajo y con mayor presión asistencial hay diferencias también entre los pediatras.

3107. ¿EXISTE CORRELACIÓN ENTRE LOS VALORES DE PULSIOXIMETRÍA EN ENTREMEDIDADES INFERIORES Y EL ÍNDICE TOBILLO – BRAZO?

Miskovic Karacsonyi, N.[a]; Lekuona Irigoyen, A.[a]; Iturralde Iriso, J.[a]; Mediavilla Tris, G.[b]; Rodríguez Fernández, A.A.[b] y Orue Junguitu, A.[a]

[a]Centro de Salud Casco Viejo. [b]Comarca Araba. Osakidetza.

Objetivos. Estudiar la asociación de la claudicación intermitente con la pulsioximetría y compararlo con la sensibilidad del doppler.
Metodología. *Población:* pacientes diabéticos de una consulta de Atención Primaria. *Criterios de exclusión:* < 40 años, Claudicación Intermitente conocida o síntomas típicos, imposibilidad para permanecer tumbado. *Variables:* medición tobillo-brazo, medición de la saturación de oxígeno en el dedo índice de la mano y en el primer dedo del pie en posición supina y con 15 cm de elevación, y un doppler de las extremidades inferiores. Índice tobillo-brazo (ITB) anormal → < 0,9. Saturación de O_2 pie anormal → si diferencia mayor del 2% respecto a la de la mano o con la elevación de 15 cm. La combinación se considera positiva si una de las dos mediciones son positivas, y negativa, si ambas son negativas. Se realiza un análisis estadístico mediante una correlación de valores.
Resultados. N = 33. Correlación yao derecho-saturación derecha 0º: 0,18 (0,36). Correlación yao derecho-saturación derecha 45º: 0.19 (0,51). Correlación yao izdo-saturación izquierda 0º: 0,04 (-0,08). Correlación yao izdo-saturación derecha 45º: 0,05 (-0,30). (valores entre paréntesis: correlación eliminando los valores con ITB > 1 debido a que pueden ser debidos a calcificaciones arteriales).
Conclusiones. No datos suficientes para afirmar correlación entre las mediciones de oxigenación tisular verificadas mediante pulsioxímetro con la existencia de enfermedad arterial obstructiva comparado con el índice tobillo brazo. Es necesaria muestra más grande para resultados significativos. El estudio está abierto para ampliar muestra y volver a valorar.

3125. ¿CÓMO ES EL ESTADO DE SALUD DE NUESTROS EMIGRANTES?

Alarcia Ceballos, M.L.[a]; Ibáñez Ruiz de Arcaute, I.[a]; Ibars Cervera, M.J.[a]; Iturralde Iriso, J.[a]; Mendaza de la Hoz, M.J.[a] y Aguirre Lejarcegui, G.[b]

[a]Centro de Salud Casco Viejo. [b]Comarca Araba. Osakidetza.

Objetivos. General: conocer el estado de salud que presenta la población inmigrante del centro de salud Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz. Específicos: 1. Contabilizar número de personas con dificultad de comunicación con sanitario. 2. Captar deficiencias de hábitos saludables. 3. Detectar enfermedades infecto-contagiosas. 4. Analizar calendario vacunación de cada individuo y adecuarlo al nuestro.
Metodología. Estudio descriptivo transversal, con corte de enero a mayo de 2009, de la población inmigrante que pertenece a un cupo médico. *Procedimiento:* 1ª Consulta médica con peticiones analíticas (básicas y específicas según lugar origen) y tuberculina. Consulta enfermería con recogida datos (antecedentes personales y sanitarios, hábitos y vacunaciones) 2ª Consulta médica: Exploración física, interpretación de datos recogidos.
Resultados. Muestra 70 personas (11,6% de los inmigrantes del cupo). En la consulta diaria un 27% pertenece a dicha población, de ellos 16% no acude y el 26% presenta dificultad idiomática. Es población joven, entre 20-30 años, 65% hombres. Procedencia destaca Norte África 65%. El 25% bebe alcohol, 25% fuma, 43% refiere ducha diaria y la higiene bucal es deficitaria. El 18% no come pescado y el 35% poca fruta y verdura. 100% no o mal vacunados. Aparecen 2 casos de quistes *Entamoeba Hystolítica*, 2 *Blastocystis Hominis*, 2 *Giardia Lamblia*, 1 VHC y 3 portadores de VHB.
Conclusiones. 1. Se precisa herramienta que facilite comunicación entre sanitario e inmigrante. 2. La población inmigrante precisa actualizar calendario vacunación. 3. Se necesita actualizar conocimientos en patologías específicas de otras zonas geográficas. 4. Sería conveniente sesiones sobre hábitos alimentarios, según hábitos culturales.

3126. PERFIL DEL PACIENTE INCLUIDO EN PROGRAMA RIESGO CARDIOVASCULAR DE DOS CENTROS DE SALUD

Simón Padilla, O.J.; Romero Aguilar, J.F., Yago Calderón CA, Buforn Jiménez, M.; Lucena Ariza, J. y Buforn Galiana, A.

Centro de Salud Carranque, Centro de Salud Puerta Blanca, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos. Conocer perfil de los pacientes con riesgo cardiovascular (RCV) moderado-alto atendidos en consultas de Atención Primaria (AP), y así determinar la prevalencia de síndrome metabólico, prevalencia de EAP y control de factores RCV.
Metodología. Estudio multicéntricos, descriptivo, sin intervención terapéutica realizado en AP. Se analizan 60 pacientes > 50 años incluidos en Programa "Riesgo Cardiovascular" y con RCV moderado-alto de 2 centros de salud. Se excluyen pacientes con esperanza de vida < 6 meses y/o deterioro cognitivo ó físico avanzados. Se recoge la información del programa informático DIRAYA. Se utilizará el programa SPSS y EXCEL 2007.
Resultados. Edad media 64,13 años; varones 86,7%; diabéticos 53,4%; HTA 96,7%; dislipemia 56,7%; Fumadores 36,7%; sedentarismo 63,3%; obesidad 30%; IMC 28,6%; Claudicación 17,9%; ITB 0,99 (< 0,9 el 23,3%/0,9 a 1 el 46,6%/> 1 el 3,3%); síndrome metabólico 40%.
Conclusiones. En nuestro estudio se ha detectado EAP (ITB < 0,9) en el 23,3% lo cual coincide con la literatura existente. EAP subclínica en un 5,4%. La prevalencia del síndrome metabólico es del 40%. Los FRCV más prevalentes son la HTA, hipertrigliceridemia, obesidad abdominal, alteración glucemia basal, HDL < 40. Existe un buen control de los pacientes diabéticos., así como de los valores de TA. Existe un deficiente control del metabolismo lipídico en nuestros pacientes. Destaca que presentan hábito sedentario el 63,3%.

3179. REPERCUSIÓN FUNCIONAL PULMONAR Y CONSUMO DE TABACO

Herrero Antón, R.M.[a]; Tabera Hernández, M.C.[a]; Torrecilla García, M.[a]; Plaza Martín, D.[b]; Valladares Lobera, B.[a] y Bernabé Barrios, M.J.[c]

[a]Centro de Salud San Juan de Salamanca. [b]Centro de Salud Sisinio de Castro de Salamanca. [c]Hospital Universitario de Salamanca.

Objetivo. Valorar la repercusión funcional pulmonar de los pacientes con historial tabáquico y su relación con el índice paquetes año.

Metodología. Estudio transversal descriptivo. Las variables analizadas de los sujetos con historial tabáquico se incluyeron el estudio (n = 73) fueron: edad, sexo, índice paquetes-año, Flujo espiratorio máximo (FEM), pulsioximetría, y los valores espirométicos, FEV1, FEV1/FVC FEF25-75. Se aplicaron la pruebas estadísticas Chi cuadrado/de Kruskal-Wallis. Nivel de significación del 5%.
Resultados. De los 73 sujetos estudiados 51 (69,9%) fueron varones y 22 mujeres (30,1%). La edad media fue de 63,2 años, (67 y 54,3 años respectivamente). El consumo medio de cigarrillos fue:17,2 (DE: 10,45); 18,7 (DE:10,6) en varones y 13,6 (DE:9,3) en mujeres ($p < 0,05$); el tiempo medio de fumador de 37 años (DE: 15,1); 41,8 (DE: 13,7) y 25,9 (DE: 12,6) ($p < 0,05$); y el índice paquetes/año medio fue de 32,9 (DE:21,4); 37,7 (DE: 20,4) y 22 (DE: 19,9) respectivamente ($p < 0,05$). Los sujetos con patología respiratoria presentaban un índice paquetes/año medio de 38,1 (DE: 22,8) vs 30,5 (DE: 20,6) ($p > 0,05$). Tras la realización de espirometrías el porcentaje de pruebas patológicas fue 31,9% (21,4-44,0%) en el total de la muestra; 36,5% (24,7%-75,3%) en mayores de 45 años [13% (2,8-33,6%) con patrón obstructivo; 65,2% (42,7-83,6%) restrictivo y 21,7% (7,5-43,7%) mixto]. El 46,6% (34,8-58,6%) presentaban FEF25-75% menor al 65% aún siendo la interpretación espirométrica normal en el 38,2% (22,2-56,4%) de ellos ($p < 0,05$). Los porcentajes respectivos en los mayores de 45 años fueron de 52,4% (39,4-65,1%) y 36,4% (20,4-54,9%).
Conclusiones. Aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, la patología respiratoria parece estar directamente relacionada con el índice paquetes-año. Es necesario realizar espirometrías a los pacientes con historial tabáquico para conocer la situación real de su función pulmonar.

3237. DERMATÓLOGO CONSULTOR EN UN ÁREA DE SALUD, REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

Cerrada Cuesta, A.M.[a]; Gracia Moliner, M.[a]; Fernández Palacios C.[b]; Casado Pérez P.[c]; Fernández Guarino M.[d] y de las Heras Alonso E.[d]

[a]Residentes 3º Año C.S. Canillejas, Área 4 Madrid. [b]Residente 4º Año C.S. Canillejas, Área 4 Madrid. [c]Médico de Familia y Tutora autoras d C.S. Canillejas, Área 4 Madrid. [d]Adjuntos de Dermatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Área 4 Madrid.

Objetivo. Describir la patología derivada por los Médicos de Familia (MF) y Pediatras para valoración conjunta con el Dermatólogo Consultor (DC) en un área de salud.
Metodología. Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo multicéntrico, revisando todos los motivos de consulta y el resultado tras la evaluación en las sesiones celebradas durante el 2008.
Resultados. Desde 2007 en el Área 4 de la Comunidad de Madrid se implanta el DC. Con periodicidad quincenal, se valoran 10-15 pacientes en sesión conjunta con MF y Pediatras, con objetivo docente. Durante el 2008 se valoraron un total de 2496 pacientes de 10 Centros de Salud del Área 4. Las patologías más frecuentes fueron por el siguiente orden: queratosis actínica (144 pacientes), nevus (140 pacientes), dermatitis atópica (120 pacientes), queratitis seborreica (117 pacientes), verruga vírica (115 pacientes).
Conclusiones. La mayoría de los casos derivados para valoración conjunta con el DC son patologías de alta prevalencia en las consultas de Atención Primaria (AP), que no deberían suponer un problema diagnóstico para el MF, y con un manejo accesible desde AP salvo en el caso de los carcinomas basocelulares. El alto número de consultas de este tipo indica la necesidad de una mayor formación continuada en dermatología, siendo el DC una buena oportunidad de mejora en este aspecto. Otra causa de derivación puede ser la mejor accesibilidad a opciones terapéuticas que se establecen en este tipo de consultas (biopsias, crioterapia) y diagnósticos de confirmación mediante el uso de dermatoscopio.

3252. PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EFERVESCENTES EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

Vera García, S.[a]; Mata Beltrán, K.[a]; Carbonell Casañ, I.[a]; García Tolosa, F.[a]; Sánchez Ruiz, T.[b] y Llisterri Caro, J.L.[b]

[a]Residente MFyC. Centro de Salud Joaquín Benlloch, Valencia. [b]Tutor MFyC. Centro de Salud Joaquín Benlloch, Valencia.

Objetivos. Los fármacos efervescentes tienen contenido sódico y por tanto no son aconsejables en la hipertensión arterial. El objetivo fue analizar el grado de prescripción de medicamentos efervescentes (que utilizan como excipiente el carbonato y/o bicarbonato sódico) de forma crónica en pacientes hipertensos.
Metodología. Estudio descriptivo y transversal realizado en AP. Se incluyeron pacientes hipertensos de 3 cupos de médicos tutores de MFyC. Se calculó el tamaño muestral para una proporción esperada del 17,6% (estudios previos), nivel de confianza del 95% y precisión de 0,05, resultando ser de 150 pacientes (más un 20% para compensar posibles pérdidas). Los datos de los pacientes se obtuvieron por acceso a la historia informatizada registrándose variables clínicas de interés y tratamientos farmacológicos.
Resultados. Se incluyeron 178 pacientes (52,2% mujeres), edad media (DE) de 66,2 (13,47) años y un índice de masa corporal medio de 29,22 (5,36) kg/m2. Los principales FRCV fueron la dislipemia (43,3%) y la diabetes (26,4%). Las patologías más prevalentes fueron la cardiopatía isquémica (10,7%), enfermedad cerebrovascular (9,6%), enfermedad renal crónica (7,9%), insuficiencia cardíaca (3,9%), fibrilación auricular (1,7%) y arteriopatía periférica (1,7%). El 6,7% tomaban medicamentos efervescentes, siendo la toma de éstos mayor en mujeres (10,7%) que en hombres (2,3%). Por principios activos el más utilizado fue el calcio (4,5%), seguido del paracetamol (2,8%) y no se observó ningún caso de prescripción de ibuprofeno.
Conclusiones. En nuestro estudio, comparado con previos, encontramos una baja prevalencia de ingesta de medicamentos efervescentes (1 de cada 15 pacientes frente a 1 de cada 6).

3265. PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Herrero Antón, R.M.[a]; Plaza Martín, D.[b]; Torrecilla García, M.[a]; Tabera Hernández, M.C.[a]; Gómez-Escolar Pérez, M.[a] y Valladares Lobera, B.[a]

[a]Centro de Salud San Juan de Salamanca. [b]Centro de Salud Sisinio de Castro Salamanca.

Objetivos. Valorar la repercusión del consejo sanitario sobre la prevención del tabaquismo que tiene en los padres de los niños que acuden a la consulta de pediatría.
Metodología. Estudio longitudinal multicéntrico, realizado en 9 consultas de pediatría, con dos cortes: inicial y a los 6 meses tras la intervención (n = 1013). Se aplicaron pruebas estadísticas descriptivas y, para la comparación de porcentajes, el chi cuadrado/corrección de Yates. Nivel de significación del 5%.
Resultados. Al inicio de la intervención el porcentaje de padres fumadores fue del 35,1% (32,2-38,2%), a los 6 meses disminuyó al 30,3% (27,4-33,3%). De los padres que se reconocían fumadores el 36,7% (31,7-42,0%) no se planteaba el abandono del tabaco, porcentaje que descendió al 26% (21,3-31,3%) tras la información facilitada. De igual forma un 6,3% de los padres fumadores dejaron de fumar en el domicilio: se pasó del 80,3% (75,7-84,3%) al 74,0% (68,7-78,7%). Se tomó mayor conciencia sobre la influencia del tabaquismo pasivo y del 21,8% (19,4-24,5%) que no consideraba el humo del tabaco tan perjudicial como el inhalado, se pasó al 14,4 (12,3-16,8%) y respecto a la consideración del tabaco como droga, se pasó del 91% (89,0-92,7%) al 92,9% (91,0-94,4%). El 78,0% (75,3-80,5%) de los padres pensaba que el hecho de que ellos fueran fumadores podría influir en el inicio al consumo de tabaco de sus hijos. Tras la información facilitada dicho porcentaje fue del 81,2% (78,5-83,6%)
Conclusiones. La información ofrecida desde la consulta de pediatría es eficaz, por lo que debería asumirse dicha actividad y responsabilizarse en la prevención del tabaquismo.

3294. ¿CÓMO ATENDEMOS A NUESTROS ANCIANOS ASMÁTICOS?

Baztán Romeo, M.[a]; Morente López, M.[a]; Merino Díaz de Cerio, C.[a]; Rodríguez Cañas, R.[a]; Requena Santos, R.[b] y Babace Isturiz C.[a]

[a]Centro de Salud Rodríguez Paterna, Logroño. [b]Centro de Salud Haro, La Rioja.

Objetivos. Conocer la prevalencia registrada de asma en la población mayor de 65 años de una zona básica de salud urbana de La Rioja, y evaluar si el proceso de atención al asmático se ajusta a los criterios de la GEMA 2009.

Metodología. *Diseño:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud Rodríguez Paterna de Logroño. *Sujetos:* todos los pacientes mayores de 65 años con episodio de asma o bronquitis asmática registrado en OMI (CIAP R- 96), con evidencia de criterios clínicos y/o funcionales de asma, que hayan consultado en los 2 últimos años. (N = 39). Mediciones: variables sociodemográficas, de confirmación diagnóstica, registro de clasificación, grado de clasificación, y pautas de tratamiento según la GEMA 2009.
Resultados. Prevalencia de asma en mayores de 65 años: 2%. Mujeres 84,6%. Diagnóstico con espirometría y test broncodilatador: 46,2%. Variabilidad noche día: 7,7%. Diagnosticados por especialista: 30,8%. El 43,6% no están clasificados. Clasificados según intensidad: 56,4%. Asma intermitente 28,2%. El 48% se encuentran en el escalón 1 de tratamiento según la GEMA 2009.
Conclusiones. Aproximadamente una tercera parte de los pacientes son diagnosticados en Atención Especializada. Hay una infrautilización de las pruebas funcionales en Atención Primaria para su diagnóstico. Existen pocos datos clínicos y funcionales en las historias clínicas que permitan clasificar el tipo de asma, y establecer el grado de control de nuestros pacientes asmáticos. No se realiza seguimiento monitorizado. No nos adecuamos a los criterios de la GEMA 2009.

3332. CORRELACIÓN DE LA PROTEÍNA C REACTIVA CON EL TAMAÑO DEL INFARTO DE MIOCARDIO DURANTE EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Ramírez Castro, V.H.[a]; Diego Domínguez, M.[b]; Muriel Díaz, P.[a]; Ruano Perez, R.[b]; Cruz González, I.[b] y Martín Moreiras, J.[b]
[a]Centro de Salud Miguel Armijo. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Salamanca. [b]Hospital Clínico de Salamanca.

Objetivos. Determinar los niveles de PCR antes y durante la presentación de un SCA. Correlacionar la PCR con el tamaño de infarto de miocardio y su pronóstico clínico.
Metodología. Estudiamos 472 pacientes que ingresaron por urgencias con diagnóstico de SCA, además de los marcadores miocárdicos tradicionales se determinó la PCR, cada 6 horas durante 48 horas, después diariamente hasta el alta. Retrospectivamente se obtuvieron los niveles previos de PCR. Se excluyeron los pacientes con procesos inflamatorios crónicos o previos al SCA. Se dividieron en 3 grupos: Infarto Agudo de Miocardio IAM con elevación del ST, IAM sin elevación del ST y Angina Inestable AI. Se valoraron el tamaño del IAM, la función ventricular izquierda VI y los signos de disfunción isquémica ventricular (dilatación y caída de la función VI al esfuerzo) por medio de un SPECT de perfusión miocárdica estrés/reposo antes del alta o de que se cumpliese un mes del SCA.
Resultados. En los 3 grupos aumentaron significativamente los valores de PCR durante el SCA respecto de los previos al evento (p = 0,0001). Hubo una correlación positiva entre los valores máximos de PCR con el tamaño del IAM, en todos los grupos, excepto en el grupo AI, donde no se objetivo infarto. Niveles de PCR > 3 mg/l se relacionaron con IAM superiores al 18% de masa VI (p = 0,001) y con función VI menor del 40% (p = 0,008), sin diferencias entre los grupos. Los signos de disfunción isquémica no se relacionaron con los niveles de PCR (p = 0,55).
Conclusión. El aumento de los valores de Proteína C Reactiva sugiere un papel importante del proceso inflamatorio durante el SCA y se relacionan con el tamaño del infarto y un peor pronóstico clínico.

3401. CONSUMO DE HIPNÓTICOS EN ANCIANOS CON INSOMNIO

Fitó Egea, I.[a]; Pizarro Romero, G.[a]; Vázquez Blanco, J.R.[a]; Montellà Jordana, N.[b]; De la Fuente Cadenas, J.A.[b] y López Marina, V.[c]
[a]CAP Llefià, Badalona. [b]CAP Dr Robert, Badalona. [c]CAP Piera, Piera.

Objetivos. Describir las características de pacientes ≥ 65años diagnosticados de insomnio en tratamiento crónico con hipnóticos y realizar una intervención para reducir su consumo.
Metodología. Estudio descriptivo transversal y subestudio longitudinal de intervención. Pacientes ≥ 65años con insomnio en tratamiento con hipnóticos > 3 días/semana > 1 año en una consulta de ámbito urbano. Criterios de exclusión: patología neuropsiquiátrica grave, abuso de sustancias. *Variables:* sociodemográficas, tipo de insomnio, horas y calidad de sueño, fármaco prescrito, percepción de efectos secundarios, efectividad de intervención (reducción programada de dosis a 6 meses con visitas de seguimiento).
Resultados. 65 pacientes con insomnio: 17 exclusiones [6 ilocalizables, 1 exitus, 3 abuso y 7 neuropsicopatología],14 sin criterio de inclusión. De 34 pacientes incluidos, 62% son mujeres, edad 73,8 ± 6,8años. El 68% presentan sueño reparador, media de descanso nocturno = 6,5 horas y diurno = 18 minutos. El principio activo más prescrito es lorazepam. Casi el 50% había intentado remedios naturales sin respuesta, el 20% había realizado intentos previos de abandono del tratamiento. La mayoría no tiene percepción de efectos secundarios. 10 pacientes aceptaron intervención (4 años más jóvenes p = 0,09; < 5 años de tratamiento y sueño no reparador), 3 han abandonado el fármaco y 3 toman mitad de dosis inicial.
Conclusiones. La mayoría de pacientes consumidores crónicos de hipnóticos tienen percepción de descanso y consideran el medicamento poco nocivo. Una pauta programada de reducción de dosis es más probable de ser aceptada a menor edad, menos años de tratamiento y sueño no reparador. Buena efectividad de la intervención.

3410. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Báguena García, A.[a]; Escriche Ros, R.[a]; Pueyo Salavera, C.[a]; Pemán Muñoz, T.[a]; Romeo Gutiérrez, A.[a] y Haman Alcocer, S.[b]
[a]Centro de Salud Almozara, Zaragoza. [b]Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos. Conocer la situación y las características epidemiológicas y clínicas del paciente en tratamiento con anticoagulación oral en nuestro Centro de Salud.
Metodología. *Diseño:* estudio descriptivo retrospectivo. *Ámbito:* Atención Primaria. *Sujetos:* todos los pacientes en tratamiento anticoagulante oral a fecha 1 Enero de 2009. Duración del estudio: 1 enero 2009 a 1 marzo 2009. *Variables estudiadas:* demográficas, INR, diagnósticos asociados, duración del tratamiento, pluripatología y polimedicación, asociación con antiagregantes, interacciones y complicaciones asociadas.
Resultados. Tamaño muestral: 280 pacientes. 25% control capilar. 50% hombres, 50% mujeres. Edad media: 74,69 años, rango de edad 42-91 años. Diagnósticos asociados: 65% ACXFA; 9,2% prótesis valvulares; 8,2% eventos trombóticos; 17,6% otros diagnósticos. El 79% de la muestra presenta más de dos enfermedades crónicas. Tiempo de tratamiento: 10,4% < 1 año; 14,7% 1-2 años; 8,5% 2-3 años; 65,4% > 3años; 56,4% pacientes plurimedicados. Asociación con antiagregantes: 14,6%. Interacciones con fármacos: 51% de la muestra. Destacan: 32,3% omeprazol, 14,2% simvastatina; 11,7% AAS; 11,7% amiodarona; 7,8% levotiroxina; 4,4% alopurinol; 17,9% otros. El 52,8% tienen INR dentro del rango. Complicaciones asociadas a alteración de INR: 5 hemorragias agudas, 8 ingresos, 1 enfermedad terminal y 3 de inicio reciente del acenocumarol.
Conclusiones. Uno de cada cuatro pacientes con acenocumarol llevan control capilar. Más de la mitad de la muestra presenta algún tipo de interacción medicamentosa con acenocumarol. A pesar del alto porcentaje de pacientes con alteración del INR muy pocos de ellos presentan complicaciones. La presencia de polimedicación y pluripatologia en este grupo, hace necesario diseñar actividades que incrementen la seguridad clínica de estos pacientes así como su nivel de implicación.

3411. EVENTOS E INTERACCIONES ASOCIADAS A LAS ALTERACIONES DEL INR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Escriche Ros, R.[a]; Báguena García, A.[a]; Pemán Muñoz, T.[a]; Pueyo Salavera, C.[a]; Iglesia Ara, S.[a] y Escriche Ros, R.[b]
[a]Centro de Salud Almozara, Zaragoza. [b]Centro de Salud Perpetuo Socorro, Huesca.

Objetivos. Conocer los eventos e interacciones farmacológicas asociadas al paciente en tratamiento con anticoagulación oral en nuestro centro de Salud.
Metodología. *Diseño:* estudio descriptivo retrospectivo. *Ámbito:* Atención Primaria. *Sujetos:* todos los pacientes en tratamiento anticoagulante oral a fecha 1 enero de 2009. Duración del estudio: 1 enero a 1 mar-

zo de 2009. Variables estudiadas: relación de interacciones farmacológicas de tratamientos agudos y crónicos con acenocumarol. Complicaciones específicas asociadas a INR alterado.
Resultados. Tamaño muestral: 280 pacientes. El 51% de la muestra presenta interacciones medicamentosas con acenocumarol. En el momento del estudio el 47,2% de los pacientes tenían alteración del INR. El 8,2% de la muestra relacionaba tratamiento agudo con alteración de INR, de éstos 30,4% alopurinol, 22% omeprazol, 22% analgésicos, 17% prednisona y 8,6% antibióticos. En el 6% de la muestra se asociaron complicaciones específicas con los episodios de INR alterado (30% sangrados, 47% hospitalizaciones). El 26% de los pacientes con interacciones farmacológicas por tratamientos crónicos presentaban INR alterado, siendo los más frecuentes: omeprazol (36%), AAS (20%), simvastatina (17%), amiodarona (14%), sertralina (8%) y levotiroxina (5%).
Conclusiones. La mitad de la muestra asocia interacciones medicamentosas con acenocumarol. La alteración del INR de los pacientes de la muestra se relaciona en muy pocos casos con interacciones farmacológicas agudas o con complicaciones especificas. Una cuarta parte de los pacientes con interacciones farmacológicas crónicas presentaron un INR alterado en el momento del estudio. La elevada frecuencia de interacciones medicamentosas halladas en este grupo, hace necesario plantear una intervención en el equipo de salud.

3416. ADECUACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE OSTEOPENIA Y OSTEOPOROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fitó Egea, I.[a]; Pizarro Romero, G.[a]; Vázquez Blanco, J.R.[a] y López-Marina, V.[b]
[a]ABS Llefià, Badalona. [b]ABS Piera, Piera.

Objetivos. Evaluar la adecuación diagnóstica y terapéutica de osteopenia y osteoporosis en una consulta de Atención Primaria.
Metodología. *Diseño:* Estudio descriptivo transversal. *Sujetos:* Todos los pacientes mayores de 14 años diagnosticados de osteopenia y osteoporosis. Datos obtenidos del registro informatizado OMI-AP. *Ámbito de estudio:* CAP urbano. *Variables:* diagnóstico, sexo, edad, datos DMO, hábitos fisiológicos y tóxicos, factores de riesgo (FR) clínico-farmacológico, adecuación terapéutica y grado de control.
Resultados. Ciento veintinueve pacientes registrados, 36,4% osteopenia (EM: 65,4 años; 97,8% mujeres) y 63,3% osteoporosis (EM: 69,9 años; 90% mujeres). 19,2% de osteoporosis establecidas (fractura por fragilidad). DMO osteopenia: 68,1%, osteoporosis: 42,7%. FR farmacológico: quimioterápicos: 10,1%, corticoides orales: 9,3%, diuréticos de asa: 8,5%. FR clínico: Hipertiroidismo/diabetes/insuficiencia renal: 13,2%, EPOC/asma: 7%, menopausia precoz: 5,4%, T. score media (osteopenia) fémur: -1,19 de, c. lumbar: -2,13 de. T. score media (osteoporosis) fémur: -2,22 de, c. lumbar: -2,76. adecuación del tratamiento: osteopenia: 68,1%%, osteoporosis: 58,5%. combinación más utilizada en osteopenia raloxifeno+suplemento (6,3%), osteoporosis: suplementos + bifosfonato (42,6%). DMO disponibles: osteopenia: 68,1%, osteoporosis: 42,7%. Grado de control en ABS: osteopenia: 65,9%, osteoporosis: 57,3%.
Conclusiones. Elevado número de diagnósticos no confirmados con baja disponibilidad de registros de otros niveles asistenciales. Deficiente adecuación del tratamiento en osteoporosis, con incremento de riesgo de fracturas. Necesidad de potenciar el cribado y el control de esta patología en Atención Primaria preferentemente en mujeres con factores de riesgo clínico farmacológicos.

3436. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA OCULTA EN PACIENTES HIPERTENSOS MAYORES DE 65 AÑOS

Carbonell Casañ, I.[a]; García Tolosa, F.[a]; Vera García, S.[a]; Mata Beltrán, K.[a]; Sánchez Ruíz, T.[a] y Llisterri Caro, J.L.[b]
[a]Residentes MFyC Centro de Salud Joaquín Benlloch, Valencia. [b]Centro de Salud Joaquín Benlloch, Valencia.

Objetivos. Estimar la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) oculta y los factores relacionados con la misma en pacientes hipertensos mayores de 65 años.
Metodología. Estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes hipertensos ≥ 65 años seleccionados por muestreo aleatorio simple. Para una proporción esperada del 30%, nivel de confianza del 95% y precisión de 0,05, el tamaño muestral preciso es de 102 pacientes (más un 20% para compensar posibles pérdidas). Se diagnosticó ERC cuando la tasa de filtrado glomerular (TFG) era inferior a 60 ml/min/1,73 m^2 y ERC oculta cuando la TFG < 60 ml/min/1,73 m^2 con valores creatinina < 1,3 mg/dl en varones y < 1,2 mg/dl en mujeres. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, factores de riesgo cardiovascular y variables bioquímicas.
Resultados. Se incluyó a 118 pacientes, edad media (DE) 76,2 (8,5) años y un IMC medio de 29,0 (4,2) kg/m^2. Los valores medios de PA sistólica/diastólica fueron 142,1(8,5)/78,5 (3,9) mmHg respectivamente. El 48,3% de los pacientes (n = 49) presentaron un TFG < 60 ml/min/1,73 m^2. La proporción de pacientes con ERC oculta fue del 44% (33,3% varones y 50% mujeres). Cuando se comparó a los pacientes con y sin ERC oculta los primeros tenían más edad, más enfermedad cardiovascular y menor IMC (p < 0,05).
Conclusiones. Más de 4 de cada 10 pacientes hipertensos ≥ 65 años presentan ERC oculta. Las variables que se asocian con una mayor probabilidad de ERC son el sexo femenino, tener más edad y un menor IMC.

3461. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES

Álvarez Perera, A.; Márquez González, J.C.; León Luis, S.; Pérez García, I. y Díaz Muñoz, J.A.
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Zona 1, Santa Cruz de Tenerife. Gerencia de Atención Primaria.

Objetivos. Valorar la efectividad, a medio y largo plazo, de una intervención comunitaria sobre sida y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) en adolescentes.
Metodología. *Diseño:* estudio cuasiexperimental antes-después de ámbito comunitario. *Ámbito:* cuatro institutos públicos de ESO. *Población:* adolescentes de 14-18 años. *Método:* se realizó una intervención educativa por médicos de familia y residentes tipo seminario interactivo. El contenido versaba sobre aspectos preventivos, diagnóstico y tratamiento de ETS. Los adolescentes cumplimentaron un cuestionario anónimo validado, antes y después de la intervención (a los dos meses y al año), de 35 ítems (14 sobre SIDA y 21 de otras ETS). *Análisis estadístico:* se comparó la media total de aciertos y la específica de sida y otras ETS (test T-Student) así como el porcentaje de alumnos que aprobaron el cuestionario(test Chi-cuadrado) del pretest en relación al postest (a los dos meses y al año), considerando aprobado la mitad o más de respuestas acertadas.
Resultados. Doscientos noventa y cinco adolescentes intervenidos, 52% varones, edad media 15,24 (DT: 1,00). La media de aciertos global aumentó tras la intervención pretest-postest (2 meses)-postest (al año): 15 vs 21 vs 18; p < 0,0001), así como el parcial de sida (8 vs 10 vs 9,5; p < 0,0001) y el de otras ETS (7 vs 11 vs 8,6; p < 0,0001). El porcentaje de adolescentes que aprobó el cuestionario global pasó de 28% a 70,4% (a los dos meses) y a 54,5% (al año) (p < 0,0001).
Conclusiones. La intervención se muestra efectiva en mejorar globalmente los conocimientos sobre las ETS. Sería necesario valorar si estos resultados se mantienen a más largo plazo.

3463. VALORACIÓN DE LOS ESPIRÓMETROS EN LOS CENTROS DE SALUD DE CANTABRIA

Gómez Molleda, F.; Gutiérrez García, R.; Batalla Calvín, P.; Blanco Siendones, L; Almaraz García, M. y Viejo Casas, A.
Centro de Salud Camargo, Cantabria.

Objetivos. Principal: evaluar el estado de los espirómetros en todos los centros de salud de Cantabria. Secundario: formación en el manejo del paciente-espirómetro.
Metodología. Es un estudio de campo realizado por los R4 de MFYC del C.S. Camargo, Cantabria. Se han visitado los centros de salud (36). Tuvimos una entrevista con un profesional de cada centro y se evaluó mediante cuestionario.
Resultados. Los espirómetros tienen una antigüedad inferior a 10 años, más del 50% están en buen estado. Dos centros no disponen de espirómetro. La mitad se ubican en las consultas de enfermería. Todos disponen de boquillas desechables y pinzas nasales, el 83% de filtros. El 42% hace más de 1 año que no se calibran, el 21% no se han cali-

brado nunca o no saben. El 27% dispone de jeringa de calibración, siendo enfermería ó un técnico externo los encargados de esta actividad. En el 43% de los casos existe un profesional que realiza las espirometrías a todos los pacientes del centro. Menos del 30% de los profesionales tiene formación específica y el reciclaje es nulo. El número de espirometrías/mes es muy variable, siempre menos de 100 (depende de programación). La actividad se registra en la historia del paciente (OMI), un centro realiza registro estadístico mensual.

Conclusiones. Los aparatos se encuentran en buen estado. Los profesionales no disponen de formación. Se solicitan pocas espirometrías debido a la poca fiabilidad de los resultados (manejo del paciente e interpretación).

CASOS CLÍNICOS

3032. MIOCLONÍA DEL VELO PALATINO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Clemos Matamoros, S.[a]; Lucas Lerga, F.J.[b]; Sánchez Hernández, B.[c]; Sánchez Martínez, A.C.[b]; Garde Borao, M.L.[a] y Tejero Luna, A.C.[b]

[a]Centro de Salud Tudela Este. [b]Hospital Reina Sofía, Tudela. cCentro de Salud Tudela Oeste.

Descripción del caso. Paciente mujer de 37 años, sin antecedentes de interés. A raíz de episodio infeccioso faringo-amigdalar, comienza a frecuentar de manera casi diaria la consulta de Atención Primaria por referir sensación de taponamiento ótico bilateral, otalgia bilateral irradiada a mandíbula, zumbido y chasquido ótico así como sensación de mareo que define de manera inespecífica. Acusa gran componente emocional así como demanda de un diagnóstico y tratamiento urgente por la alta afectación a nivel laboral y social que le produce el cuadro.

Exploración y pruebas complementarias. Se realiza en la consulta exploración neurológica, otoscopia bilateral, exploración de la articulación temporo-mandibular así como ECG y toma de constantes. Todos los resultados fueron negativos para patología. Se inicia tratamiento con sedantes vestibulares sin mejoría del cuadro. Se remite a consultas de ORL donde se realizan audio/impedanciometría y se reexplora a la paciente, con resultados anodinos sin encontrarse causa aparente del cuadro. Dada la persistencia del cuadro de mareo, sin aparente relación con patología vestibular se remite a Neurología, se realiza TAC + RMN craneocervical, sin hallazgos de patología orgánica. La paciente insiste en necesidad de segunda valoración por parte de ORL por lo que se remite a Hospital de Referencia. Se realiza Nasofaringoscopia flexible donde se objetiva por primera vez varios accesos de movimientos involuntarios del velo del paladar coincidiendo con episodio de acúfeno y mareo.

Juicio clínico. Mioclonía palatina de origen Idiopático.

Diagnóstico diferencial. Se realizó en un primer momento posibilidad diagnóstica con disfunción tubárica, ototubaritis, acúfenos persistentes, mareo inespecífico de probable causa vagal, disfunción articulación temporo-mandibular así como probable trastorno somatomorfo de la personalidad.

Comentario final. El temblor del velo del paladar es un raro trastorno del movimiento caracterizado por contracciones rítmicas de los músculos del paladar, habitualmente bilaterales y, a diferencia de otras formas de mioclonías, persistentes durante el sueño. Generalmente se desarrollan de forma secundaria a procesos cerebrales (mioclonía palatina sintomática), pero en algunos pacientes no se encuentra evidencia de lesión vascular, traumática, desmielinizante, tumoral, infecciosa, degenerativa ó metabólica (Mioclonía Palatina Esencial). Los chasquidos de oídos (producidos por movimientos de la trompa de Eustaquio) son uno de los síntomas más típicos). El tratamiento es generalmente poco eficaz. Se han descrito resultados variables con benzodiacepinas (clonazepam, diazepam), anticolinérgicos (trihexifenidil), carbamazepina, baclofén y otros, así como, según datos recientes con sumatripán y flunaracina. Existen casos publicados de buen resultado inyectando toxina botulínica en paladar blando.

Bibliografía recomendada.

Bakheit A, Behan P. Palatal myoclonus successfully trated with Clonazepam. J. Neurosurg Psych. 1990;53:806.

Buchanan N, Snars J. Crisis pseudoepilépticas. Guía para el tratamiento. Barcelona: Ancora; 1996.

Grandas FJ, Salas X. Síndromes mioclónicos. En: Jiménez-Jiménez Fj, Luquín MR, Molina JA. Tratado de los trastornos del movimiento. Madrid: IM&C; 1998. Ranawata DR, Lang A. Psychogenic dyskinesias in patients with organic movement disorders. 1990:5(2):127-33.

Tizón JL. Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: Ediciones Doyma; 1992.

3067. ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN PACIENTE ADULTO

Clemos Matamoros, S.; Lucas Lerga, F.J.; Tomás Herreros, M.N.; Sánchez Hernández, B.; Sánchez Martínez, A.C. y Tejero Luna, A.C.

Hospital Reina Sofía, Tudela, Navarra.

Descripción del caso. Presentamos el caso de un varón de 24 años sin antecedentes de interés, de profesión electricista y fumador de 10 cigarrillos por día. No refiere alergias conocidas. Durante una semana es tratado en su centro de salud con antitérmicos por un cuadro consistente en odinofagia, fiebre y artromialgias. Ante la no remisión de la sintomatología acude al servicio de urgencias para valoración. Ya en nuestro servicio nos refiere cuadro de una semana de evolución consistente en los síntomas ya citados anteriormente a los que se añaden sangrado al mínimo roce de las encías, aumento de la sensibilidad a la temperatura de los alimentos e imposibilidad para la deglución. No refiere disnea ni palpitaciones ni dolor torácico en ningún momento.

Exploración y pruebas complementarias. En urgencias presenta estabilidad hemodinámica (TA y FC), se encuentra afebril tras la toma de nolotil en domicilio, con una FR de 20 pm y una Sat O_2 del 99%. Normohidratado, normocoloreado, otoscoia normal. *Boca:* Con lengua depapilada, mucosas eritematosas (enantema), conductos salivares eritematosos y edematosos. *Faringe:* eritematosa. *Cuello:* adenopatía submandibular izquierda dolorosa y móvil. ACP: normal. En la exploración abdominal presenta dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho. *Bazo:* normal. Genitales externos: escroto eritematoso y descamativo. *Articulaciones:* palmas de las manos edematosas, eritematosas y descamativas al igual que las plantas de los pies. Se realiza analítica de urgencia en la que se encuentra discreta leucocitosis y elevación de la GOT (50) Se realiza radiografía de tórax sin hallazgos de interés. ECG se describe como dentro de la normalidad. Ecografía abdominal normal. Ya en el ingreso se realizan hemograma en el que se detecta elevación de la VSG y de la PCR. En la bioquímica se encuentran la GOT, GPT, gamma GT elevadas y fosfatasa alcalina. Se realizan además serologías para treponema, Epstein-barr, VHB, y VIH negativas. Toxoplasma gondii negativo, Chlamydia, Coxiella, Legionella y Mycoplasma negativas. Fiebre botonosa mediterránea negativa y matoux leído a las 72 horas negativo. Posteriormente se hace una interconsulta con dermatología reuniendo criterios diagnósticos suficientes para enfermedad de Kawasaki. Se inicia tratamiento con Inmunoglobulinas a dosis de 2 g/kg en una sola dosis y AAS 2 g diarios. Afebril desde el primer día presenta una evolución sin complicaciones. El paciente es dado de alta al domicilio previa realización de eccocardiograma transtorácico que fue normal, con Adiro 300 mg 1cp en la comida u omeprazol 20 mg en la comida.

Juicio clínico. Vasculitis sistémica tipo enfermedad de Kawasaki.

Diagnóstico diferencial. El diagnóstico diferencial se plantea con enfermedades febriles que cursan con erupción cutánea: escarlatina, síndrome de piel escaldada, síndrome de shock tóxico síndrome de Stevens-Johnson, reacción a drogas, artritis reumatoidea juvenil, infecciones virales (adenovirus), sarampión, leptospirosis, infección por ricketsias. Habitualmente estas entidades pueden diferenciarse por medio de la clínica. La infección viral por adenovirus puede tener presentación clínica similar a enfermedad de Kawasaki. La detección de antígenos virales por medio de tests rápidos (inmunofluorescencia) en aspirado nasofaríngeo de secreciones puede ayudar al diagnóstico.

Conclusiones. La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica de etiología desconocida que puede producir daños en las arterias coronarias hasta en un 25% de los casos no tratados. Es una enfermedad que se presenta en mayo en niños de corta edad y es excepcional en la edad adulta. Es importante hacer un temprano y certero juicio clínico basado en los criterios diagnósticos. El diagnóstico se basa en el reconocimiento de los aspectos clínicos, que incluyen: fiebre de más de cinco días de duración; presencia de cuatro de cinco criterios principales

(afectación ocular, cambios en labios y boca, erupción cutánea, cambios en las extremidades, adenopatía de cuello) sin otra causa que explique la enfermedad. El error diagnóstico nos llevaría a no tratarla y con ello a exponernos a la aparición de complicaciones sobre todo a nivel cardiaco (dilataciones aneurismáticas de las coronarias) y a otras manifestaciones menos frecuente pero por ello no menos importantes como la pericarditis, las arritmias y la valvulopatía de predominio mitral.

Bibliografía recomendada.

Burns JC, Kushner HI, Bastian JF, Sjike H, Shimizu C, Matsubara T, et al. Kawasaki Disease: a brief history. Pediatrics. 2000;106(2): 27.
Gómez de Diego JJ, García Fernández MA, Sales Sales JR. Enfermedad de Kawasaki. Rev Esp Cardiol. 2005;58:1224-5.
Kawasaki T. Pediatric acute mucocutaneous lymph node syndrome: clinical observation of 50 cases. Jpn J Allergy.1967;16:178-222.

3138. MICROFILARIASIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Vela Iglesia, B.[a]; Lucas Lerga, F.J.[a]; Clemos Matamoros, S.[b]; Sánchez Hernández, B.[c] y Pérez Feito, D.[b]

[a]Hospital Reina Sofía, Tudela. [b]Centro de Salud Tudela Este. [c]Centro de Salud Tudela Oeste.

Descripción del caso. Paciente de 63 años, procedente de Guinea, llegada a España en el último mes. Acude a consultas de Atención Primaria por referir desde su llegada, cuadro de malestar general así como mialgias generalizadas sobre todo a nivel lumbo-sacro. A su vez también refiere dolor torácico, sensación disneica y accesos de tos con expectoración blanquecina. Varios picos febriles sobre todo nocturnos, en torno a los 39º C. Astenia y anorexia. No nauseas nomitos. No diarreas. No lesiones dérmicas a ningún nivel pero sí prurito intenso generalizado. EXPLORACIÓN FÍSICA: TA: 220/120, Tª axilar: 36ºC. Cuello: adenopatías inespecíficas. A.C. soplo sistólico eyectivo, *A. Proncus* y crepitantes en base izquierda. *Abdomen:* hepatomegalia a 3 traveses de arcada costal. Región inguinal: adenopatías inespecíficas. No edemas.
Pruebas complementarias. Hemograma y bioquímia: ácido úrico 4,9, colesterol 172, HDL: 47, triglicéridos 38, calcio 9,8, hierro 37; GOT: 26, GPT: 20, GGT: 43, FA.: 331, Na: 139, K: 4,1, TSH: 1,6, ferritina: 50,2, vit B_{12} 916, Ácido fólico 2,9. Radiografía de tórax: cardiomegalia, elongación aórtica. Sin imagen clara de condensanción. Ante dichos resultados se decide extracción de sangre para visualización de filarias durante la noche así como para PCR. Se objetivaron microfilarias en sangre periférica y se envío para PCR al Centro Nacional de Majadahonda para tipaje hallándose dos tipos diferentes: Loa-Loa y *Mansonella perstans*.

Juicio clínico. Infestación por filarias de dos tipos (Loa-Loa y Mansonella perstans).

Diagnóstico diferencial. Patologías de origen infeccioso que cursan con adenopatías, fiebre y afectación del estado general. TBC pulmonar, sífilis (*Treponema palidum)*, fiebre tifoidea (*Salmonella typhii*), linfogranuloma venereo (*Chlamydia trachomatis*), enfermedad por arañazo de gato (*Rochalimea henselae*), *Brucella*, toxomasplosmis y tripanosomiasis.

Comentario final. Dada la creciente afluencia de población inmigrante originaria de zonas de riesgo a nuestro país, debería plantearse la necesidad de realizar cribaje para loasis, aunque el cribaje sistemático es una práctica discutida, poco evaluada y aún no protocolizada. En general, desde Atención Primaria, estaría indicado practicar test de cribado con determinación de microfilaremia a la población inmigrante procedente de África Central y Oeste, independientemente de la presencia de eosinofilia o clínica compatible, siempre y cuando se disponga de medios necesarios.

Bibliografía recomendada.

Carrillo E, Iglesias B, Gómez J, Guinovart C, Cabezos J. Cribaje de microfilariasis sanguínea en la población inmigrante de zonas endémicas. Rev Esp Salud Pública. 2004;78:623-30.
Fontenla JR, Grau M, Pita D. Afección ocular en las enfermedades por helmintos. Med Integral. 2003;41:88-95.
García LS, Brucker DA. Diagnostics medical parasitology. 2.ª ed. Washington: American Society for Microbiology; 1993. p.237-65.
Klotz SA, Penn CC, Negvesky GJ, Butrus SI. Fungal and parasitic infections of the eye. Clin Microbiol Rev. 2000;13:662-85.
Orihel TC, Eberhard ML. Zoonotic filariasis. Clin Microbiol Rev. 1998;11:366-81.
Valerio L, Sabriá M, Fabregat A. Las enfermedades tropicales en el mundo occidental. Med Clin (Barc). 2002;118:5.

3223. ¡MALDITA TOS!

Torrubia Fernández, M.J.[a]; Genique Martínez, R.[b]; Gracia Aznar, A.[b]; Gracia Tonel, P.[b]; Latorre Ginés, V.[b] y Peña León, I.[a]

[a]Centro de Salud San José Centro, Zaragoza. [b]Centro de Salud San José Norte, Zaragoza.

Descripción del caso. Mujer de78 años. Acude por dolor en flanco derecho de 3 días de evolución en el contexto de catarro de vías altas con importante tos. El dolor aumenta de intensidad con la tos y esfuerzos físicos. Afebril. No clínica miccional ni digestiva. No síndrome constitucional asociado. No náuseas, no vómitos. Antecedentes personales: trombopenia, HTA, hipotiroidismo, VHC crónica.

Exploración y pruebas complementarias. Afebril, buen estado general, tensión arterial 130/75, auscultación cardiopulmonar normal. Se palpa tumoración endurecida y dolorosa en hemiabdomen derecho. Analítica sanguínea: leucocitos 3.500, plaquetas 93.000, hemoglobina 11 g/dl, hematocrito 34,2%, coagulación normal. Ecografía abdominal: en hemiabdomen derecho coincidiendo con la tumoración palpable se identifica hematoma de recto anterior derecho de unos 11 × 11 cm y 3,5 cm de profundidad.

Juicio clínico. Hematoma de recto anterior derecho.

Diagnóstico diferencial. Tumor ovárico, colecistitis, torsión de quiste ovárico.

Comentario final. El hematoma espontáneo de la vaina del músculo recto anterior del abdomen es una patología infrecuente. Como factores predisponentes: alteraciones de la coagulación, el embarazo y la cirugía previa sobre la zona; otros factores coadyuvantes son la edad y la HTA. El factor desencadenante encontrado con mayor frecuencia es la tos. El hematoma del recto abdominal puede simular cualquier patología abdominal. Puede presentar repercusión en la serie roja o incluso alteraciones en la coagulación. El método más utilizado en la actualidad para el diagnóstico es la ecografía. El tratamiento es conservador, con hielo, reposo y analgesia.

Bibliografía recomendada.

Pedro Conal J, Alises Sanz R, Plaza Llamas R, Medina García M, Martínez Peñalver I, Cuberes Monserrat, et al. Hematoma espontáneo del músculo recto anterior del abdomen. A propósito de un caso. Cir Esp, 1996;59:87-8.
Simón Diego C, Feri Romero I, Molina Escobar B, Alarcón López A, Carrera Gutiérrez J, Murillo Peregrina J, et al. Hematoma de la vaina de los rectos: aportación de cuatro nuevos casos. Cir Esp, 2000;67:200-3.

3270. VARÓN DE 76 AÑOS CON DETERIORO COGNITIVO AGUDO

Litago Cortés, A.[a]; Bailó Minués, L.[b]; Monge Sanz, Y.[c]; Cereceda Satué, M.[a]; Domínguez Barcelona, L.[a] y Magdalena Belio, J.F.[a]

[a]Centro de Salud Torreramona, Zaragoza. [b]Centro de Salud Fuentes Norte, Zaragoza. [c]Centro de Salud Torrero – La Paz, Zaragoza.

Descripción del caso. Varón de 76 años, antecedentes de diabetes mellitus insulinodependiente desde hace mes y medio, hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento. Acude a la consulta acompañado por su esposa, que refiere cuadro de pérdida de memoria y desorientación de varios días de evolución; acudieron a urgencias, diagnosticándose de diabetes. El paciente refiere encontrarse bien, algo hipotímico, a pesar de la insistencia familiar de encontrarlo más confuso, con cambios en el carácter y deterioro cognitivo. Durante la entrevista nos cuenta pérdida de peso y apetito coincidiendo con el inicio de la insulinización. La exploración neurológica es normal, pese a lo cual se deriva a urgencias para valoración, donde se realizan pruebas de imagen informadas como normales. Tres días después acude a la consulta la esposa por no mejoría, solicitándose analítica. Al día siguiente vuelve de nuevo preocupada, ya que el paciente lleva tres días sin comer ni beber; en la analítica se objetiva elevación de CEA y CA19.9. Se remite de nuevo a urgencias e ingresa en el Servicio de Neurología.

Exploración y pruebas complementarias. Tensión arterial 125/75. Afebril. Frecuencia cardíaca 60 lpm. Saturación O_2 96%. Consciente, desorientado en tiempo. Glasgow 15. Pupilas isocóricas, normorreactivas. No soplos carotídeos. Lenguaje normal, poco fluente. Agrafia, alexia, apraxia gestual, ideomotora y constructiva. Incapacidad para discriminar derecha-izquierda. Agnosia digital. Resto de exploración normal. Analítica: glucosa 112, HbA1c 7%. Función renal, hepática y tiroidea normal. CEA 66,5, CA19.9 38, CA125 2733.3, CA15.3 98,2.

Plaquetas 106.000. Actividad protrombina 58%. TAC craneal normal. RNM caneoencefálica: áreas de alteración de señal parieto-occipital izquierda con brillo en difusión compatible con lesión isquémica reciente. Microinfarto reciente en hemisferio cerebeloso izquierdo. Áreas de alteración de señal periventriculares secundarias a isquemia crónica. TAC toracoabdominal: Masa sólida hipodensa en cuerpo pancreático, sin demostrarse infiltración vascular por contigüidad. Hepatomegalia tumoral metastático. Masa hipodensa mal definida que desfleca el contorno cortical en polo inferior de riñón derecho, sospechosa de naturaleza metastásica. EEG: foco permanente de actividad delta en áreas parieto-temporales izquierdas, de gran intensidad, más constante ante las activaciones. Ecodoppler troncos supraaórticos: incipiente ateromatosis en carótida común e interna. Biopsia hepática: adenocarcinoma muy indiferenciado.

Juicio clínico. Infarto cerebral izquierdo de origen indeterminado. Posible neoplasia pancreática con metástasis.

Diagnóstico diferencial. Alteraciones metabólicas (descompensación diabética), déficits nutricionales, enfermedades neurológicas (enfermedad cerebrovascular, neoplasia), estrés emocional.

Comentario final. Nos encontramos ante un cuadro de deterioro cognitivo agudo en un paciente con factores de riesgo, en los que la exploración y radiología iniciales fueron normales. Unas pruebas complementarias negativas no siempre descartan patología, de ahí la importancia de la historia clínica, tanto al paciente como a la familia. A la vez, gracias a una anamnesis detallada se sospecha posible etiología tumoral, confirmándose en el estudio posterior. El paciente presentaba alteraciones en la coagulación, objetivándose en TAC hematomas subdurales, que fueron intervenidos, con mala evolución posterior, y fallecimiento del paciente.

Bibliografía recomendada.

Mateos Hernández J. Afectación pancreática en procesos sistémicos. Medicine. 2004;9(12):726-31.

Sánchez Manso JC, Baquero Toledo M, Vílchez JJ. Síndrome confusional agudo: manejo diagnóstico y terapéutico. Medicine. 2007;9(77): 4969-73.

3284. ATENCIÓN, UN CASO DE SARNA

Ruiz Martínez, M.M.; Falces de Andrés, E y Fernández García, A.I.

Centro de Salud 7 Infantes.

Descripción del caso. Mujer española de 58 años, enfermera, como antecedentes osteoporosis y síndrome del túnel del carpo del que está operada, acude a nuestra consultal porque desde hace un mes presenta picor por todo el cuerpo con pequeñas lesiones pruriginosas por lo que presenta lesiones de rascado. Se solicita analítica que es normal y coprocultivo. Vuelve a por resultados, no tiene síntomas digestivos pero continúa con lesiones y prurito, se pauta metronidazol 750 cada 8 horas. A los 15 días algo mejor, con lesiones menos intensas, mismo picor y su marido comenta que está igual, las lesiones impresionan de infeccioso. Se pauta proderma. A los 5 días el marido presenta lesiones en las manos que recuerdan a surcos acarinos. Se trata con permetrina. A los 8 meses nos cuenta que ha sido vista por los Dermatólogos en la calle, se le vuelve a remitir a este servicio porque la ha tratado por granulomas postescabióticos y picor residual pero continua igual

Exploración y pruebas complementarias. Bioquímica: glucosa, creatinina, ác úrico, iones, triglicéridos, colesterol, got, gpt, ggt, normales. Alergia: Inmunoglobulina E negativa Anisakis < 0,35. Hormonas: TSH 5,48; T4 normal hemograma: normal, coproculltivo: *Blastocystis hominis* 5/campo.

Diagnóstico diferencial. Dermatitis, eccema piodermitis.

Comentario final. La sarna humana es una enfermedad infecciosa y contagiosa de la piel que cursa con prurito intenso causada por sarcoptes scabieis que se disemina por contacto íntimo entre miembros de una familia, contacto sexual y por convivencia en guarderías e instituciones cerradas. El periodo de incubación es de 2-3 semanas. Las hembras cavan túneles en la capa córnea y puede originar reacciones inflamatorias secundarias, causando los síntomas correspondientes: Surcos acarinos que son elevaciones cutáneas filiformes arqueadas en cuyo extremo está el ácaro-hembra vivo, reacciones inflamatorias papulo urticariformes con lesiones de rascado, frecuente infección secundaria bacteriana con costras. Se localizan en manos, axila, genitales y planta del pie. Hay 3 formas especiales: discreta, nodular y costrosa. Tratamiento: permitrina, de los contactos y sinstomático

Bibliografía recomendada.

Guías para la Consulta de atención Primaria de Fisterra. 3ª ed. 2008.

Rassner G, Steinert U. Atlas descriptivo de Dermatología. 3ª ed. Barcelona: Doyma; 1992.p72-3.

3285. DOCTOR, TENGO FIEBRE

García Arrúe, E.M.; González Díez, S.; Fernández Muro, M. y Olloqui Mundet, J.

Centro de Salud Joaquín Elizalde, Logroño.

Descripción del caso. Varón de 40 años que acude a la consulta por presentar malestar general, temperatura de hasta 37,5 ºC, cefalea y tos escasa de 8-10 días de evolución. Es deportista, no fumador y sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Exploración y pruebas complementarias. A la exploración se observa una faringe discretamente hiperémica, la auscultación cardiopulmonar es normal y el resto sin interés. Se pauta tratamiento con paracetamol 1 g/8 horas y se decide mantener una actitud expectante. A los 3 días, el paciente acude de nuevo por persistencia de la febrícula (37,5 ºC) y haber comenzado con expectoración escasa y ligero estorbo faríngeo. La exploración sigue siendo normal. Se solicita analítica con serología y radiografía de tórax. Se añade al tratamiento acetilcisteína 600 mg/24 horas y amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 mg/8 horas. En la radiografía se objetiva una consolidación parenquimatosa pulmonar en la región anterolateral del lóbulo superior. En la analítica destaca una PCR de 66 y VSG de 55. Ante los resultados se añade al tratamiento anterior azitromicina 500 mg/24 horas y se indica reposo y un adecuado aporte hídrico. A los 3 días el resultado de la serología resulta positivo para *Chlamydia pneumoniae*. Se realiza seguimiento en la consulta de la evolución del paciente, y a los 4 días del tratamiento antibiótico está afebril y con mejoría del estado clínico.

Juicio clínico. Neumonía atípica por *Chlamydia pneumoniae*.

Comentario final. Los microorganismos que con mayor frecuencia causan neumonía adquirida en la comunidad (NAC) son Streptococcus pneumoniae y los microorganismos causantes de neumonía atípica como pueden ser *Mycoplasma pneumonia*, *Chlamydia pneumoniae*, *Coxiella burnetti* y *Legionella pneumophila*. Ante la presencia de un cuadro de inicio insidioso de tos seca o escasamente productiva y predominio de manifestaciones extrapulmonares como la cefalea, artromialgias y fiebre menos elevada, con relativa escasez de datos auscultatorios hay que pensar en una neumonía atípica. Una analítica con leucocitosis con desviación izquierda, la velocidad de eritrosedimentación (VSG) o la proteína C reactiva (PCR) elevadas y un infiltrado parcheado o con un patrón intersticial en la radiografía, apoyan la sospecha de neumonía atípica. (Una PCR inferior a 20 mg/l descarta el diagnóstico de neumonía; si es superior a 100 mg/l, su diagnóstico es prácticamente seguro). Las pruebas microbiológicas permiten identificar el agente causal y así dirigir el tratamiento. Si la presentación clínica y/o los antecedentes epidemiológicos sugieren que puede tratarse de un microorganismo causante de neumonía atípica, como ha sido nuestro caso, los macrólidos (claritrocimicina, azitromicina) constituyen el tratamiento de elección.

Bibliografía recomendada.

Falcó Ferrer V. Protocolo terapéutico de las infecciones de las vías respiratorias bajas en adultos. Medicine. 2006;9(50):3297-301.

Llor Vilá C. Infecciones del tracto respiratorio. AMF. 2005;1(5):257-68.

Nuevo González JA, Terrancle de Juan I, Cuevas Tascón G, Pardo Guimera V. Neumonía en Urgencias. Medicine. 2007;9(90):5787-92.

3322. DOCTOR, TENGO UN BULTO EN EL CUELLO

Domínguez Barcelona, L.M.[a]; Guelbenzu Morte, F.J.[a]; Deza Pérez, M.C.[b]; Litago Cortés, A.I.[a] y Mahuela, L.[a]

[a]Centro de Salud Torre Ramona, Zaragoza. [b]Centro de Salud Torrero-La Paz, Zaragoza.

Descripción del caso. Mujer de 53 años con antecedentes de glaucoma en tratamiento con asociación de latanoprost y timolol tópico y fumadora de 20 cigarros/día que acude a la consulta por dolor que describe como descargas eléctricas en ambos incisivos inferiores desde hace unos días. Refiere haber estado con sintomatología catarral ya en resolución desde hace unos días y la aparición de un "bulto en el cuello".

Exploración y pruebas complementarias. En la exploración se objetivan piezas dentales en mal estado y con sarro, sin flemón dentario ni

aftas en la zona. La orofaringe aparecía levemente congestiva sin otros hallazgos. A la exploración del cuello destacaba una masa laterocervical en triángulo posterior derecho de unos 4 cm de diámetro, bien delimitada, dura y no dolorosa a la palpación, sin signos inflamatorios superficial y adherida a planos profundos. Según cuenta en el interrogatorio, la masa había presentado un crecimiento continuo desde hace aproximadamente 10 días y lo relacionaba con el catarro sin darle mayor importancia. No se palpaban adenopatías en el resto de cadenas ganglionares. Había permanecido afebril y negaba pérdida de peso en los últimos meses. Se decide pautar tratamiento sintomático con ibuprofeno 600 mg/8 h y la petición en esta primera consulta de una analítica con bioquímica, hematimetría, hormonas tiroideas y perfil hepático sin apreciarse alteraciones en los resultados. A su vez se solicita una radiografía de tórax, que mostraban signos de hiperinsuflación sin otros hallazgos, y una ecografía de partes blandas del cuello. A los 20 días se recibe el resultado de la ecografía: tumoración en región laterocervical derecha, de ecoestructura mixta, de predominio quístico, multitabicada, con flujo en la parte sólida de la lesión, de 48 mm de diámetro mayor, bien delimitada, en contacto con polo inferior de parótida y de la submaxilar derecha. Tiroides, submaxilares y parótidas sin alteraciones. Se recomienda a su vez la realización de un TAC/RM y/o punción aspiración con aguja fina para su filiación. Se envía de manera muy preferente a Otorrinolaringología para continuar con el estudio.

Juicio clínico. Los datos obtenidos mediante la clínica y la exploración de la masa cervical, edad de la paciente, localización, la evolución que había presentado entre las consultas (con un crecimiento continuo) y los datos obtenidos con las primeras pruebas complementarias indicaban la necesidad de continuar el estudio de la tumoración cervical por presentar características sugestivas de malignidad.

Diagnóstico diferencial. Según la edad de la paciente, mayor de 40 años, y la localización laterocervical en triángulo posterior, los diagnósticos diferenciales de masa cervical que se pueden establecer se podrían dividir en: congénito-desarrollo (quiste tímico, quiste braquial, sialoadenopatía, linfagioma), inflamatorio (adenitis bacteriana, viral o granulomatosa, sialoadenitis) y neoplásicas (linfoma, metastásicas, orofaringe, cavidad oral, hipofaringe, vascular, neurogénica, salival).

Bibliografía recomendada.

García Alcántara F. Protocolo diagnóstico de las adenopatías cervicales. Medicine. 2007;9(91):5904-7.
Martínez Novoa MD, Mas Mercant S. Diagnóstico diferencial de las masas cervicales. Semergen. 24(11):926-30.
Ramírez Camacho R, Algaba J, Cenjor C. Manual de Otorrinolaringología. 2002;373-83.

3331. PARÁLISIS FACIAL

Falces de Andrés, E.; Fernández García, A.I. y Ruiz Martínez, M.M.
Centro de Salud Siete Infantes de Lara.

Descripción del caso. Varón de 33 años que acude a nuestra consulta por dolor faríngeo izquierdo sin fiebre, y sin otra sintomatología acompañante, por lo que se prescribe ibuprofeno haciendo un diagnóstico provisional de faringitis. Vuelve a los tres días porque nota alteración en hemicara izquierda que describe como "acorchamiento", escozor en dicho ojo y desviación de comisura bucal.

Exploración y pruebas complementarias. En la exploración neurológica se observan músculos frontales paréticos y signo de Bell. Adenopatía dolorosa a nivel submandibular izquierdo. Elevación normal de hemivelos y se aprecia reflejo nauseosos bilateral. Otoscopia izquierda tapón de cerumen. Fuerza, tono y reflejos normales. Coordino-equilibración normal.

Juicio clínico. Parálisis facial periférica.

Diagnóstico diferencial. Inflamatorias: otitis media, mastoiditis, herpes zóster, absceso lóbulo temporal, paperas, varicela, Mycoplasma, meningitis, enfermedad por arañazo de gato, Lyme, VIH, Gullain-Barré. Traumáticas: fractura de base craneo, cirugía facial. Neoplasias: astrocitoma cerebeloso, meningioma, colesteatoma, tumor de glomus, carcinomatosis meníngea. Hematológicas: histiocitosis, hemofilia, leucemia. Congénitas: osteopetrosis, malformación arteriovenosa intracerebral. Otras: hipertensión arterial y embarazo.

Comentario final. La parálisis de Bell es la forma más frecuente (60-75%) de parálisis facial periférica con una incidencia anual de 23/100.000 habitantes. El origen de la parálisis facial puede ser periférico o central, siendo muy importante realizar una exhaustiva exploración física para determinar la localización de la lesión en nuestras consultas de Atención Primaria y explicar con todo detalle al paciente de qué se trata. En este caso, nuestro paciente, no conforme con nuestro diagnóstico acude a Urgencias donde se le realiza un TAC objetivándose una malformación arteriovenosa cerebral.

Bibliografía recomendada.

Cinesi Gómez C, Caballero Sánchez MM, Álvarez de los Heros F. Parálisis facial periférica en Atención Primaria. Semergen. 2003;29:350-4.
May M, Klein SR. Differential diagnosis of facial nerve palsy. Otolaryngol Clin North Am. 1991;24:613-45.
Pettersen E. Bell's Palsy: the spontaneous course of 2500 peripherical facial nerve palsies of different eiologies. Acta Otolaryngol Suppl. 2002;549:A-30.
Ronthal M. Bell's palsy. UpToDate. Last literature review for version 17.1: enero 1, 2009.
Serrano Borraz V, Novell Teixidó F. AMF. 2006;2(10):575-82.

3333. EMBOLISMOS SÉPTICOS PULMONARES ASOCIADOS A RESERVORIO DE QUIMIOTERAPIA

Beramendi Garciandía, F.; Castro Neira, M.; Lasa, M.; Alarcón Meléndez, M.; Arana Alonso, E. y Sola Larraza, A.
Centro de Salud Iturrama; Centro de Salud Rochapea; Hematología Hospital Virgen del Camino.

Descripción del caso. Mujer, de 52 años que acude al médico de Atención Primaria por dolor torácico derecho y malestar general. En radiografía tórax se objetiva un infiltrado en lóbulo medio derecho. Se le pauta levofloxacino a pesar de lo cual presenta fiebre alta los 4 primeros días pero después evoluciona satisfactoriamente. Dos días después de fin de tratamiento, comienza con dolor en hemitórax izquierdo por lo que su MAP le realiza de nuevo radiografía y se objetiva mejoría del infiltrado derecho y aparición de uno nuevo izquierdo. Tos sin expectoración, disnea y fiebre sin tiritona. Ante los hallazgos radiológicos se deriva a Urgencias. Portadora de reservorio subcutáneo en brazo izquierdo por tratamiento quimioterápico por una neoplasia de recto (última dosis hace más de un año).

Exploración y pruebas complementarias. Buen estado general, eupneica y normocoloreada. ACP: auscultación cardíaca rítmica sin ruidos patológicos y ligera hipoventilación en base izquierda. *Abdomen:* blando y depresible. Cicatriz de intervenciones previas y hernias múltiples no complicadas. No doloroso a la palpación. Peristaltismo presente. EEII: se palpan pulsos periféricos simétricos. No edemas. Buen estado de port-a-cath, sin signos inflamatorios. No adenopatías cervicales, axilares ni inguinales. Presión arterial: 135/67 mm Hg; Pulso: 101 x'; temperatura axilar: 37,4 ºC. Sat.O_2: 98% FR: 18 rpm; FiO_2: 21%. Pruebas complementarias: analítica de sangre: 8.900 leucos con desviación izquierda; PCR: 17,38; gasometría arterial: pH 7.5; CO_2:31 mmHg; O_2: 80 mmHg. Resto normal. TAC torácico: múltiples focos consolidativos parcheados, alguno cavitado y otros con broncograma aéreo, en ambos campos pulmonares.

Diagnóstico diferencial. Infeccioso: aspiraciones, bacteriemia (endocarditis, neo colon, port-a-cath....), hongos (aspergillus, histoplasma...). Inflamatorio: Wegener, Churg-Strauss, AR. Neoplásica.

Juicio clínico. Embolismos sépticos pulmonares en relación con reservorio subcutáneo.

Comentario final. La bacteriemia y la tromboflebitis séptica pueden generar émbolos sépticos pulmonares de 0,3-0,5 cm con predilección por la periferia de campos inferiores pulmonares. La cavitación es común.

3334. INTOXICACIÓN POR LITIO

Castro Neira, M.; Beramendi Garciandía, F.; Arana Alonso, E.; Alarcón Meléndez, M.; Ruiz, M. y Molina Sanper M.V.
CS Iturrama y CS Rochapea.

Descripción del caso. Paciente de 59 años con antecedentes de trastorno esquizoafectivo de diez años de evolución, que acude al médico de Atención Primaria por cuadro de diarrea y fiebre desde hace 2 días. Indican los familiares, disminución progresiva del nivel de conciencia y mioclonías generalizadas. En el último mes estuvo baja de ánimo, con cierta inquietud psicomotriz, alteración del ciclo sueño-vigilia y abandono de actividades habituales. Fue valorada en Centro de Salud

Mental de manera ambulatoria. Lleva tratamiento con litio 400 1 comprimido por la mañana desde hace más de cinco años. Se decidió aumentar en medio comprimido la dosis diaria. Tras la exploración inicial de la paciente en Centro de Salud se decide su derivación a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias. Presión arterial: 115/68 mm Hg; pulso: 79 x'; temperatura axilar: 39 ºC; Sat.O_2: 88%; frecuencia respiratoria: 32 resp/min; FiO_2: 21%. Mal estado general. Pupilas normorreactivas e isocóricas. Glasgow 8. Inquietud, ligera rigidez. Fasciculación facial. Lenguaje ausente. ROT: exaltados. ACP: normal; abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalias. Peristaltismo aumentado. Se palpan pulsos periféricos simétricos. Analítica: 19.200 leucos con desviación izquierda; creatinina 3,35; urea 192; natremia 133; potasio: 3; litemia 4,38; pH: 7,35. Sedimento: nitritos positivos. 20-100 leucos por campo. Bacterias. TAC craneal: normal y punción lumbar traumática por dificultad anatómica. Urocultivo: E. coli > 100.000 sensible a ciprofloxacino. A su ingreso se canaliza vía y se inicia hemodiálisis. Se mantiene diuresis forzada con expansión de volumen y acetazolamida. Estabilidad hemodinámica y respiratoria. En el momento del alta está consciente, colaboradora, con lenguaje apropiado y sin aparente ideación delirante.

Juicio clínico. Trastorno esquizoafectivo. Intoxicación por litio. Insuficiencia renal aguda prerrenal.

Diagnóstico diferencial. Deshidratación por GEA. Proceso expansivo intracraneal. Encefalitis. Intoxicación por otros tóxicos.

Comentario final. El litio es un fármaco ampliamente utilizado en el tratamiento de los trastornos maniaco-depresivos. Sin embargo, el litio tiene muy pequeño rango entre la dosis terapéutica y la dosis tóxica. La mortalidad es de un 25% en la intoxicación aguda y aproximadamente un 10% tendrán secuelas neurológicas a consecuencia de la misma. Existe correlación entre los litemia plasmática y los síntomas. Los niveles plasmáticos de litio están normalmente entre 1,5 y 2,5 mEq/l en intoxicaciones leves y entre 2,5 y 3,5 mEq/l en intoxicaciones. Los hallazgos clínicos más frecuentes incluyen: aumento de la excitabilidad neuromuscular, movimientos tremóricos, fasciculaciones, rigidez motora, debilidad muscular, ataxia, náuseas y vómitos, diarrea, bradicardia sinusal e hipotensión.

3338. DERMATOMIOSITIS Y CÁNCER DE LARINGE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Clemos Matamoros, S.[a]; Sánchez Hernández, B.[b]; Lucas Lerga, F.J.[a]; Sánchez Martínez, A.C.[a]; Pérez Feito, D.[a] y Orte Pascual, M.[b]

[a]Centro de Salud Santa Ana, Tudela. [b]Centro de Salud Gayarre.

Descripción del caso. Varón de 69 años, poco frecuentador de nuestro servicio, y fumador de 20 cigarros/día, que acude por aparición de lesiones cutáneas pruriginosas, eritematosas e induradas a nivel facial por lo que iniciamos tratamiento con corticoides y antihistamínicos v.o. A la semana regresa a nuestro centro por persistencia de lesiones y aparición de disfagia para sólidos desde hace 5 días.

Exploración y pruebas complementarias. A la exploración observamos persistencia de placas eritematosas induradas a nivel facial y cuello, sin palpar denopatias laterocervicales ni otros hallazgos a la exploración laríngea, por lo que derivamos a consultas de dermatología. Durante el tiempo de espera para la citación, visita servicio de urgencias hospitalarias por empeoramiento de síntomas, donde tras ser valorado por dermatólogo se solicitan pruebas serológicas e interconsulta con servicio de otorrino desde donde observan tumoración a nivel cricoidea tras realizar laringoscopia indirecta. Se ingresa al paciente realizando biopsia, obteniendo tumor laríngeo T1N0M0, por lo que se decide realizar laringuectomía + RT y QT posterior. Se continúa con tratamiento corticoideo debido a la evolución en brotes de las lesiones cutáneas.

Comentario final. La primera asociación de dermatomiosistis con T. malignos fue en 1916. Hoy se puede concluir que la dermatomiosistis está asociada con mayor incidencia de tumores malignos. El diagnóstico de malignidad puede preceder, ocurrir simultáneamente o seguir al diagnóstico de dermatomiositis. El tratamiento de tumores malignos puede o no tener efectos sobre las enfermedades cutáneas.

Bibliografía recomendada.

Bodni R. Dermatomiositis amiopática: resonancia magnética en la evaluación muscular. Dermatol Arg. 2005;11(1):24-30.

Bohan A, Peter JB, Bowman RL, Pearson CM. Computer-assisted analysis of 153 patients with polymyositis and dermatomyositis. Medicine-1977;56:255-86-

Euwer Rl, Sontheimer Rd. Amyopathic dermatomyositis (dermatomyositis sine miositis). J Am Acad Dermatol. 1991;24:959-66-

Sontheimer Rd. Dermatomiositis. En: Fitzpatrick Tb, Freedberg IM, Eisen Az, et al. Dermatología en medicina general. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004.p.2126-40.

Sontheimer Rd. Cutaneous features of classic dermatomyositis and amyopathic dermatomyositis. Curr Opin Rheumatol. 1999;11:475-82.

Sontheimer Rd. Would a new name hastens the acceptance of amyopathic dermatomyositis (dermatomyositis sine miositis) as a distinctive subset within the idiopathic inflammatory dermatomyopathies spectrum of clinical illness? J Am Acad Dermatol. 2002;46:626-36.

3344. OSTEOPOROSIS SECUNDARIA A CORTICOTERAPIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Vela Iglesia, B.[a]; Lucas Lerga, F.J.[b]; Clemos Matamoros, S.[a]; Pérez Feito, D.[a] y Garde Borao, M.L.[a]

[a]Centro de Salud Tudela Este. [b]Hospital Reina Sofía, Tudela.

Descripción del caso. Paciente mujer de 36 años, antecedentes de dermatomiositis (DMJ) diagnosticada a los 16 años, un total de 6 recaídas a lo largo de su enfermedad. Último brote 6 meses previos a consulta en su Centro de Salud que debutó con pérdida generalizada de fuerza muscular, rash típico y aumento de CPK. Tratamiento con metilprednisona 2mg/kg/día y metotrexato 20 mg semanal. Acude a consulta con su médico de A.P. por referir dolor lumbar de características mecánicas que no cede ni con reposo ni con analgesia habitual.

Exploración física. Dolor espinal espontáneo y con la palpación lumbar y dorsal. No irradiación a EEII ni signos de déficit sensitivo ni motor a nivel distal. Lesiones en tercio distal de ambas piernas compatibles con posible vasculitis. Resto de exploración por aparatos negativa. Pruebas complementarias. Rx dorso-lumbar: osteopenia severa, múltiples aplastamientos vertebrales dorsales y lumbares con disminución altura de cuerpos 3,4 5º lumbares y acuñamientos 11, 12 dorsal y 1 y 2 lumbar. Analítica: leucocitosis, LDH 459, FA 200, 25-Hidroxivitamina D descendida así como calciuria en 24 horas elevada.

Juicio clínico. Osteoporosis corticoidea, osteoporosis idiopática juvenil, osteogénesis imperfecta, hiperfosfatasia idiopática, enfermedad de Paget infantil, displasia fibrosa poliostótica.

Comentario final. La pérdida de masa ósea es un efecto secundario frecuente del tratamiento prolongado con corticoides. La osteoporosis, frecuente efecto secundario de dicho tratamiento, se presenta frecuentemente en adultos y niños en el curso de enfermedades reumatológicas, como artritis reumatoidea juvenil, lupus eritematoso sistémico o dermatomiositis. La osteoporosis de los cuerpos vertebrales puede ocasionar fracturas por compresión que determinan dolor incapacitante en muchas ocasiones. La pauta de tratamiento utilizado en nuestro caso fue Alendronato semanal, Calcio y Vitamina D, con buena tolerancia así como desaparición del dolor a los 3 meses de iniciado el tratamiento. En la Rx de control al año se objetivaron signos francos de remineralización ósea.

Bibliografía recomendada.

Alsufyani KA, Ortiz-Alvarez O, Cabral DA, et al. Bone Mineral Density in children and adolescents with systemic lupus erythematosus, juvenile dermatomyositis, and systemic vasculitis: relationship to disease duration, cumulative corticosteroid dose, calcium intake and exercise. J Rheumatol. 2005;32:729-33.

Perez MD, Abrams SA, Koenning G, Stuff JE, O'Brien KO, Ellis KJ. Mineral metabolism in children with dermatomyositis. J Rheumatol. 1994;21:2364-9.

Reid IR. Glucocorticoid osteoporosis- mechanisms and management. Eur J Endocrinol. 1997;137:209-17.

Shane E, Epstein S. Immunosuppressive therapy and the skeleton. Trends Endocrinol Metab. 1994;5:169-75.

Stewart WA, Acott PD, Salisbury SR, Lang BA. Bone mineral density in juvenile dermatomyositis: assessment using dual x-ray absorptiometry. Arthritis Rheum. 2003;48:2294-8.

Weinstein RS, Jilka RL, Parfitt AM, et al. Inhibition of osteoblastogenesis and promotion of apoptosis of osteo-blasts and osteocytes by glucocorticoids. Potential mechanisms of their deleterious effects on bone. J Clin Invest. 1998;102: 274-82.

COMUNICACIONES PÓSTERS DE MÉDICOS DE FAMILIA

COMUNICACIONES

2711. ENCUESTA SOBRE FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS CON EL "RECLAMO" DE UNA DENSITOMETRÍA PERIFÉRICA EN FALANGE

Rodríguez Fernández, E.; Gómez Rodríguez, M.E.; Gómez Moraga, A.; Moreno Molina, R.E. y López Puche, J.M.
Centro de Salud Archena, Murcia.

Objetivos. Usuarios internos (UI): Reciclaje en osteoporosis. Ventajas e inconvenientes de la densitometría periférica. Usuarios externos (UE): Encuesta sobre factores de riesgo de osteoporosis y realización de densitometría periférica (pDXA).
Metodología. Estudio descriptivo, transversal. Se utilizó densitómetro periférico de doble energía en falange. Se realizó estudio estadístico de medias y porcentajes en 114 encuestas/densitometrías a mujeres mayores de 40 años.
Resultados. UI: se realizaron tres sesiones clínicas y varias reuniones de trabajo. UE: 1) T-score: 2,77% presentó osteoporosis. 2) Edad: 55,55% más de 65 años. 3) Antecedentes de fracturas: 54,16% de radio; 16,66% aplastamiento columna dorsal. 4) Consumo de fármacos osteopenizantes: el 12,03%, destacando corticoides. 5) Tratamiento farmacológico previo de osteoporosis: 46,29%, destacando risedronato y calcio. 6) Tiempo de duración: el 46% más de un año. 7) Índice de masa corporal: 77,77% tenían sobrepeso/obesidad. 8) Historia familiar de fracturas en primer grado: 6,48%. 9) Fumaban el 5,55%. 10) Menopausia precoz: 5,55%. 11) Enfermedades osteopenizantes: 16,66%, destacando diabetes. 12) Consumo de lácteos: 92,60%. 13) Cuantificación de consumo calcio/día según lácteos: 48,15% consumían menos de 500 mg/día.
Conclusiones. 1) Esta experiencia ha permitido aumentar los conocimientos e implicación de los usuarios internos. 2) La pDXA en falanges se puede utilizar como tamizaje de osteoporosis. En casos positivos es conveniente la realización de DEXA axial para confirmación diagnóstica. 3) El 2,77% presentó osteoporosis. El 77,77% tenían sobrepeso/obesidad. Destaca un bajo consumo de calcio en la ingesta diaria de lácteos. Antecedentes de fractura de radio y diabetes. Consumo de corticoides y ácido risendrónico.

2718. GESTIÓN DE LA VISITA NO PROGRAMADA, PROTOCOLO DE VISITA ESPONTÁNEA E INCORPORACIÓN DE LA ENFERMERA DE TRIAJE A LA ATENCIÓN PRIMARIA

Ferriz Villanueva, G.; Rojas Blanc, M.; Montero Alcaráz, J.C.; Monclús González, M.; Riera Nada, C. y Riera Nadal, N.
ABS Sagrada Familia, Barcelona.

Objetivos. Evaluar la gestión de la demanda de visita urgente (VE) o no programada mediante la aplicación del protocolo de visita espontánea (PVE).
Metodología. Estudio descriptivo en una área básica de salud (ABS) urbana con una población atendida de 13.341. Análisis del PEV mediante el cual se realiza una primera valoración del paciente por enfermería, se revisa el programa de actividades preventivas y promoción de la salud (PAAPS) y se derivan al médico únicamente las visitas que precisan de su valoración. Revisión del 50% de las VE realizadas en el ABS durante dos meses.
Resultados. Novecientas dos VE. 56% mujeres. 26(3%) no acudieron a visita aún habiéndola pedido el mismo día. Población activa (< 65 años) 78%, precisaron baja laboral (33,5%). Tiempo de espera: 46% ≤ 10 minutos, 30% ≤ 5 minutos. Motivos consulta: 26% trámites administrativos (TA): 44% recetas; 16%. Patología respiratoria: 55% catarros; 13,5% Digestiva: 82% gastroenteritis 8% Osteo-muscular: 75% raquialgias; 7,6% Otorrinolaringológica: 60% amigdalitis; 6,6% Patología crónica 43% controles hipertensión arterial; 5%Técnicas enfermería (TEN): 70% curas; 1,1% Urgencias médico-quirúrgicas. 39% VE resueltas sin valoración médica: 29%TA, 14,5%TEN y 9%gastroenteritis. En 64%VE se actualizó el PAAPS.
Conclusiones. La VE es demandada mayoritariamente por población activa, por trámites administrativos y patología no grave. El PVE facilita la accesibilidad y la actualización del PAAPS. Así mismo, más de un tercio de las VE se resolvió sin precisar valoración médica. Concluimos que la incorporación activa de enfermería en la gestión de la VE, puede mejorar la capacidad resolutiva de la asistencia no urgente en primaria.

2719. HIPERFRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿SOBRECARGA ASISTENCIAL O MALA GESTIÓN?

Rojas Blanc, M.; Riera Nadal, N.; Férriz Villanueva, G.; Montero Alcaraz, J.C.; Liste Salvador, V. y Dueñas Martín, S.
ABS Sagrada Familia, Barcelona.

Objetivos. Describir el perfil del hiperfrecuentadores(HF) en nuestra Área Básica de Salud (ABS),sus motivos de consulta y la carga asistencial que genera.
Metodología. Estudio descriptivo retrospectivo en una ABS urbana con una población atendida ≥ 15años durante el año 2007 de 16341 personas. Muestra aleatoria de 178 pacientes de un total de 908 con ≥ 21 visitas en el ABS durante 2007.Revisión datos: edad, sexo, situación laboral, días de baja laboral (ILT), inclusión en programa ATDOM, nº de fármacos, visitas que realizan por estamentos, patología crónica que presentan y motivo más frecuente de consulta registrado.
Resultados. Desde 1/1/07 al 31/12/07 los 908 HF realizaron 28.742 visitas (31,58% de las realizadas en el Centro en el mismo periodo). El 68,39% de los HF realizaron entre 21 y 30 visitas, el 17,9% entre 31 y 40, el 10,47% entre 41 y70, un 1,87% entre 71 y 100 y el 1,32% ≥ 100. 66,85% ≥ 65 años. Mujeres: 64,6%. Pensionistas:73,59%. De los activos, el 82,97% precisaron baja (media días IT:146,48). ATDOM: 25,3%. 51,7% toman < 5 fármacos; 37,1% entre 5-9 y 11,2% > 10. Del total de visitas realizadas, el 43,6% son con el médico y 56,4% para procedimientos diagnósticos (pruebas complementarias) y terapéuticos (enfermería). Patología crónica que presentaban: 64,04% factores de riesgo cardiovascular (FRCV: hipertensión arterial, dislipemia, obesidad); osteomuscular: 30,33%, cardiovascular: 29,77%, endocrina: 27,52%, respiratoria: 22,47%, psiquiátrica (PSQ): 21,91%, neurológica (NRL): 12,92%, neoplásica: 9,55%, digestiva: 9,55%, urológica: 6,17%. Principales motivos de consulta: control FRCV (33,1%), dolor (14,6%), úlceras (11,8%), PSQ (9%), burocracia (7,9%), NRL (5,6%).
Conclusiones. Los pacientes hiperfrecuentadores representan sólo el 5,5% de nuestra población atendida, pero consumen la tercera parte de las visitas totales realizadas, consultando principalmente por patología crónica. Son necesarios circuitos de mejora en el seguimiento de sus patologías, fomentando su autocontrol y estableciendo las visitas previsibles adecuadas en cada patología para disminuir la presión asistencial y mejorar la accesibilidad al ABS.

2739. RELACIÓN ENTRE LA UTILIZACIÓN DEL MÓVIL Y EL TABACO EN LOS ALUMNOS DE BACHILLERATO DE LOS INSTITUTOS (I.E.S.) DE SANT CUGAT DEL VALLÈS. BARCELONA

Torras Salles, J.[a] y Galán Urbano, M.A.[b]
[a]Medico Titular, Sant Cugat del Vallès. [b]C.A.P. Sant Andreu.

Objetivos. 1) Estudiar la relación que puede haber entre la utilización de móviles y el consumo de tabaco. 2) Tabaquismo entre los estudiantes de bachillerato de los institutos de nuestra ciudad. 3) Adicción al teléfono móvil que presentan estos jóvenes.
Metodología. Estudio descriptivo realizado mediante encuesta anónima autocumplimentada por todos los alumnos de bachillerato de los institutos existentes en Sant Cugat del Vallès.
Resultados. Las encuestas se realizan a una población total de 508 alumnos, comprendidos entre 16 y 23 años. Responden a los cuestionarios 431 personas (84,84%), de ellas 190 son varones (44,08%), y 241 mujeres (55,91%). No contestaron 77 personas, (15,15%). Los fumadores son 160 (37,12%), 57 son varones (35,62%), y 103 mujeres (64,37%). De forma habitual fuman 76 personas (47,50%), 22 varones (28,94%), y 54 mujeres (71,05%). De forma esporádica 84 personas (52,50%), 35 varones (41,66%) y 49 mujeres (58,33%). Ciento dos estudiantes llevan tabaco al instituto, lo que corresponde a un 63,75% de los fumadores. Preguntados sobre la intención de dejar el tabaco, han contestado 144 personas, un 90% de los fumadores. 63,88% lo dejarían, 92 personas, 30 varones (32,60%) y 61 mujeres (66,30%). Un 25% no lo dejarían, 36 personas, 18 varones (50%), y 18 mujeres

(50%). Un 11,11% no lo saben, son 16 personas, 5 varones (31,25%) y 11 mujeres (68,75%). Tienen móvil 424 personas (98,37%), 185 son varones (43,63%) y 239 mujeres (56,36%). De las 424 personas con móvil, 225 (53,06%) llevan además otros aparatos (MP3, MP4, IPOD,…) de éstos 102 son varones, (45,33%) y 123 mujeres (54,66%). Dieciséis personas tienen necesidad de fumar mientras están usando el móvil, lo que equivale a un 10% de los fumadores, de ellos 3 son varones (18,75%), y 13 mujeres (81,25%).
Conclusiones. 1) La adicción al móvil es muy alta en la adolescencia, casi todos lo utilizan y además más de la mitad llevan otros aparatos. 2) Un 37,12% de la población estudiada son fumadores, las mujeres superan en un 28,75% a los hombres. 3) El sexo femenino también supera en un 62,50% al masculino en la necesidad de fumar mientras se está utilizando el móvil.

2751. INTERRUPCIONES EN PROGRAMA INFORMÁTICO 2007

Cova Díaz, I.J.; Piñero Barrera, G.; Gonzalez Castilla, J.G.; Perez de Castro, M. y Burgo Ojeda, A.
Centro de Salud de Icod de los Vinos, Servicio Canario de Salud.

Objetivos. Análisis del número, cuando y que actividad se realizaba durante de la interrupción informática en una unidad del SCS de APS en una monitorización de dos meses octubre y noviembre en el año 2007.
Metodología. Se recoge todos los sucesos de interrupción y mediante el procedimiento de impr Pant y pegado en wordpad, para su análisis posterior de la variable actividad. Se distinguen para el análisis las variable tiempo, tipo de interrupción y actividad.
Resultado. El número de interrupciones detectadas 93, ocurrieron μ 10,57 ± γ 1,6 (7,58-15,08) moda de 10,48 horas a.m. El 44,1% de los bloqueo se realizan al acceder al programa, 35,5% al repetir fármacos, 18,3% desconexiones y retardo con la impresora. El 24,8% de los errores o bloqueo se comunicaron por el médico centinela de apoyo en el seguimiento.
Conclusiones. La razón interrupción R I/D 1,52 la razón D/I 0,65.Se detecta una tendencia a que falle el inicio al programa que se debe de entender como una consecuencia lógica de softwares poco testeados. Y que las interrupciones acontecen a las diez de la mañana que coincide con el momento de más uso del PC en la red. Los bloqueos en las actividades están en consonancia al trabajo diario de la consulta.

2753. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN COORDINADO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS

Elena Sorando, E.[a]; Sanchidrián González, MDR.[b]; Marcos González, A.[b]; Peleado Gistau, P.[a] ; Juanes del Valle, F.[a] y Blanco Álvarez, A.[a]
[a]Hospital Universitario Salamanca. [b]Centro de Salud Tórtola, Valladolid.

Objetivos. Plantear un abordaje multidisciplinar para el tratamiento de los pacientes con úlceras por presión (UPP) incidiendo en los puntos clave: prevención, diagnóstico, tratamiento y derivación.
Metodología. Revisión bibliográfica de las Guías para la Práctica Clínica sobre el manejo de los pacientes con UPP. Puesta en común de la experiencia clínica de Médicos de Familia, Médicos de Urgencias, Cirujanos Plásticos, Cirujanos Generales y Traumatólogos que coinciden trabajando en el Hospital Universitario de Salamanca.
Resultados. Los puntos clave en el tratamiento de los pacientes con UPP coinciden plenamente entre los distintos profesionales: prevención, es el punto más importante destacado por las Guías más reconocidas, el diagnóstico y clasificación es el aspecto más conocido por todos los profesionales, el tratamiento se resume en medidas generales y locales, y sobre los criterios de derivación no existe unanimidad, si bien los especialistas coinciden en que el desbridamiento quirúrgico urgente o programado y la reconstrucción requieren tratamiento especializado.
Conclusiones. Los pacientes con UPP consumen gran cantidad de recursos, su tratamiento requiere un enfoque integral coordinado desde Atención Primaria. Estos pacientes precisan cuidados generales, específicos, y ocasionalmente su derivación especializada urgente o programada manteniendo siempre una fluida continuidad asistencial.

2754. LA MANO EN URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD: EXPLORACIÓN FUNCIONAL

Elena Sorando, E.[a]; Sanchidrián González, MDR.[b]; Marcos González, A.[b]; Peleado Gistau, P.[a]; García Cepeda, I.[a] y Pescador Hernández, D.[a]
[a]Hospital Universitario Salamanca. [b]Centro de Salud Tórtola, Valladolid.

Objetivos. Exponer de forma simple una sistemática de exploración básica para las heridas de la mano atendidas en urgencias del Centro de Salud. Proporcionar criterios claros de derivación hospitalaria.
Metodología. Puesta en común por parte de Médicos de Familia, Traumatólogos, Cirujanos Plásticos y Médicos del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Salamanca de la experiencia clínica referente al tratamiento de los pacientes con heridas en la mano que acuden a urgencias. Revisamos la bibliografía habitual que recoge los protocolos de actuación ante estas heridas. Se sintetiza de forma sistemática la exploración funcional de las heridas de la mano, resaltando la importancia de identificar la lesión de estructuras profundas: nervios, tendones, ejes vasculares, articulaciones y/o huesos.
Resultados. Se diferencian las áreas: dorsal y palmar de la mano en relación a la distribución anatómica de los tendones, nervios y arcos palmares. Aportamos iconografía descriptiva de la exploración sistemática. La mayor parte de las heridas de la mano atendidas de forma urgente en Atención Primaria no presentan afectación profunda, no obstante pueden pasar inadvertidas secciones neurotendinosas si no se realiza una correcta exploración. Las implicaciones médico-legales pueden acarrear graves problemas al paciente y al médico.
Conclusiones. La exploración sistemática de la mano herida es un procedimiento sencillo y obligado que todo médico que trabaje en atención urgente debe conocer, aplicar y dejar constancia documental. Ante la sospecha de estructuras neurotendinosas el paciente debe ser derivado al especialista.

2755. DOCTOR: TENGO MUCHO PECHO Y ME DUELE LA ESPALDA, ¿ESTO SE OPERA?

Elena Sorando, E.[a]; Sanchidrián González, MDR.[b]; Marcos González, A.[b]; Peleado Gistau, P.[a]; García Cepeda, I.[a] y Doménech Centeno, B.[a]
[a]Hospital Universitario Salamanca. [b]Centro de Salud Tórtola, Valladolid.

Objetivos. Algunas pacientes con hipertrofia mamaria sufren dorsalgias de repetición que requieren tratamiento urgente del dolor y valoración de su patología mamaria, se pretende aportar al Médico de Cabecera un instrumento informativo que pueda entregar a las pacientes que presentan hipertrofia mamaria y consultan demandando tratamiento quirúrgico.
Metodología. Se detecta entre las pacientes que acuden a las consultas de cirugía plástica del Hospital Universitario de Salamanca dudas referentes al tratamiento quirúrgico de la hipertrofia mamaria. Al mismo tiempo se constata por parte del Médico de Familia la necesidad de conocer más en profundidad las indicaciones, riesgos, complicaciones y secuelas, para poder derivar con mayor eficiencia a estas pacientes al especialista. Se confecciona una Guía Informativa para las pacientes con hipertrofia mamaria.
Resultados. La Guía Informativa elaborada recoge de forma amena, cercana e ilustrada las cuestiones más frecuentes que preocupan a las pacientes con hipertrofia mamaria. Se informa sobre temas como: posibilidad de lactancia materna después de una reducción mamaria, alteración de la sensibilidad, cicatrices, recurrencia, entre otras. La aceptación de la Guía entre las pacientes de las consultas de cirugía plástica es buena. La distribución en Atención Primaria se prevé a corto plazo.
Conclusiones. La Guía Informativa sobre el tratamiento de la hipertrofia mamaria puede ser un instrumento útil para el Médico de Atención Primaria que contribuya a mejorar la calidad asistencial y la derivación eficiente de estas pacientes al especialista.

2756. TERAPIA DE VACÍO CONTINUO, SU APLICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Elena Sorando, E.[a]; Sanchidrián González, MDR.[b]; Marcos González, A.[b]; Peleado Gistau, P.[a]; García Martínez, L.[a] y Arranz López, J.L.[a]

[a]Hospital Universitario Salamanca. [b]Centro de Salud Tórtola, Valladolid.

Objetivos. Presentar el tratamiento novedoso con vacío continuo sobre las úlceras crónicas y su aplicación en Atención Primaria. Presentar también las posibles consultas en urgencias derivadas de su aplicación ambulatoria.

Metodología. La terapia con sistemas de vacío continuo para la úlceras crónicas se está actualmente aplicando en los hospitales a pacientes con indicaciones muy concretas. Este tratamiento obliga a mantener al paciente ingresado en el hospital estancias de varias semanas. Se demanda que este sistema pueda aplicarse ambulatoriamente por parte del Equipo de Atención Primaria. Los laboratorios que distribuyen este sistema, han respondido a esta demanda adaptando sus equipos. Se realiza un estudio descriptivo prospectivo de la aplicación de este tratamiento entre pacientes con úlceras crónicas de etiología diversa, aportamos abundante iconografía.

Resultados. Este tratamiento mejora el trofismo tisular fomentando la granulación del lecho de la úlcera y la retracción de los márgenes. La mayor parte de los pacientes tratados responden positivamente al tratamiento, si bien el ingreso hospitalario para aplicarlo conlleva movilización del entorno familiar y estrés añadido al paciente. Tras la aplicación del vacío continuo algunas úlceras pueden injertarse y otras epitelizan por sí mismas.

Conclusiones. La terapia con vacío continuo sobre úlceras crónicas, con indicación precisa, es un instrumento eficaz que el Médico de Familia debe tener a su alcance. La ambulatorización de este procedimiento puede contribuir a mejorar la satisfacción del paciente, optimizando la utilización de los recursos y proporcionando una asistencia médica de calidad.

2758. ÚLCERAS TUMORALES, SU DESPISTAJE EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Elena Sorando, E.[a]; Sanchidrián González, MDR.[b]; Marcos González, A.[b]; Peleado Gistau, P.[a]; Núñez Serrano, A.[a] y Sánchez Jiménez, R.[a]

[a]Hospital Universitario Salamanca. [b]Centro de Salud Tórtola, Valladolid.

Objetivos. Destacar la importancia del Médico de Familia en el diagnóstico precoz de lesiones tumorales malignas que clínicamente se manifiestan como una úlcera atípica. Se pretende mostrar las características clínicas más indicativas de malignidad.

Metodología. se realiza un trabajo retrospectivo descriptivo a través de la experiencia clínica multidisciplinar de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Urgencias, Cirugía General, Dermatología y Cirugía Plástica que coinciden en el servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario de Salamanca (Facultativos Adjuntos de plantilla y MIR en rotación). Se examina la historia clínica de pacientes con biopsia diagnóstica de neoplasia sobre úlcera de evolución tórpida.

Resultados. Los tumores malignos o premalignas que asientan sobre lesiones ulceradas más frecuentes son: carcinoma espinocelular o epidermoide, carcinoma basocelular, sarcoma de partes blandas (fibrohistiocitoma maligno) y queratoacantoma.

Las características clínicas más reveladoras son: la evolución tórpida de la úlcera que no responde a los tratamientos convencionales, antecedentes de inflamación crónica, quemadura, radioterapia, o cirugía oncológica previa. Los motivos de consulta urgente: dolor y sangrado. La exploración orientativa suele mostrar: lesión exofítica sobre lecho ulcerado, fisuración crónica, crecimiento rápido y márgenes irregulares, entre otros.

Conclusiones. El Médico de Familia debe incluir la patología tumoral entre los diagnósticos diferenciales de las úlceras cuya evolución y etiología no concuerda con sus antecedentes médicos. La derivación oportuna y precoz posibilita la instauración del tratamiento oncológico adecuado.

2857. ESTUDIO DE DERIVACIONES DE PACIENTES EN URGENCIAS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN CONTINUADA DE PRIMARIA

Burgaña Agoües, A.; Hernández Resa, R.; Bistuer, M.; Joven Llorente, B.; Barriendos Pérez, N. y Sunyer De la Puente, N.

CAP Sant Cugat, Sant Cugat del Vallès, Barcelona.

Objetivos. Estudiar las características y valorar la idoneidad de las derivaciones realizadas desde urgencias de un centro de atención continuada de primaria en Sant Cugat del Vallés (Barcelona) al hospital de referencia del 15 de junio al 15 de julio del 2008.

Metodología. Estudio descriptivo prospectivo transversal. Utilizándose hojas de derivaciones consensuadas cumplimentadas por el médico derivador y revisión de historias clínicas informatizadas de AP y del hospital. Se recogieron datos sociodemográficos asistenciales y de opinión.

Resultados. Cuatro mil seiscientas setenta y siete visitas médicas realizadas (media: 150 visitas/día), 69 pacientes derivados (2,22 derivaciones/día, 65,2% hombres y 34,8% mujeres, media de edad de 44,68 años). El 67,8% de los derivados necesitó asistencia médica hospitalaria (44,8% pruebas complementarias (p.c) y 23,9% tratamiento hospitalario). El 31,3% restante no se pudo realizar seguimiento por falta de informatización de datos. Ingresaron 19 pacientes (28,4% de las derivaciones). Los problemas traumatológicos, infecciosos, quirúrgicos y otros suman más del 60% en los derivados. Los motivos de derivación más frecuentes: la gravedad 31,3%, y la realización de p.c y radiografías. 25,45%. Casi la mitad de las derivaciones (47,8%) se realizaron de 20:00- 9:00h a.m, El 51,6% se trasladó en ambulancia y el 48,4% en medios propios. 93,3% de los pacientes estuvo de acuerdo con la derivación.

Conclusiones. El centro presenta una elevada frecuentación con una gran capacidad resolutiva y un grado de idoneidad de las derivaciones alta (más de 2 de cada 3 pacientes requiere alguna prueba o tratamiento hospitalario), presentando la mayoría de los pacientes acuerdo en la derivación.

2861. ¿QUÉ HAY DE CIERTO EN LA RELACIÓN HEMOGLOBINA GLICOXILADA Y COMPLICACIONES DIABÉTICAS?

Martínez Altarriba, M.C.; Teixidó Fontanillas, E.; Samperio González, A.; Vidiella Duch, I.; Selvi Blasco, M. y Almendro Almendro, E.

Medicina de Familia-Cap Horta Barcelona.

Introducción. El tratamiento de diabetes y complicaciones asociadas provocan elevado coste social y sanitario que hacen de dicha enfermedad importante problema de salud .Evidente interrelación existente entre cantidad glucosa y gravedad de enfermedad y complicaciones. El control de la HbA1, ha cambiado el seguimiento de estos pacientes mejorándolo.

Objetivos. Valorar control diabético y sus complicaciones en función valores HbA1 obtenidos.

Metodología. Estudio prospectivo en 2.770 diabéticos tipo II de 2 aéreas de salud urbanas con seguimiento durante 2 años comparando resultados analíticos desde comienzo al final del estudio, se practicaron analíticas cada 3 meses .Conocimiento problemas de salud y complicaciones diabéticas se realizo mediante revisión historias clínicas electrónicas .Fueron divididos en 2 grupos HbA1controlada y no para posteriormente realizar comparación de resultados en ambos grupos.

Resultados. Un 77% mujeres, 33% hombres .1º Grupo HbAl controlada, edad media 73 años HbAl media 5,9, 33% HTA,20% complicaciones neurológicas, 10% retinopatía, 5% nefrológicas 2º Grupo HbAl no controlada, edad media 70 años .HbAl media 7,7,50% HTA, 20% neurológicas, 35% retinopatía, 20% nefropatía.

Conclusiones. Mayor control HbAl en grupo media edad más elevado, posible influencia en que nº importante pacientes de este grupo están en residencias que les controlan la dieta, así dieta influye importantemente en control HbAl .Complicaciones fueron mayores en grupo de HbAl no controlada, principalmente cardiovasculares y retinopatía. Estudio deduce necesidad mejorar control y seguimiento de HbAl, con finalidad disminución y prevención de complicaciones diabéticas y mejora de calidad vida.

2863. HERIDAS PALPEBRALES, SU TRATAMIENTO EN URGENCIAS

Elena Sorando, E.[a]; Sanchidrián González, MDR.[b]; Díaz Reques, E.[a]; Romo Melgar, A.[a]; Crespo Martínez, C.[a], Miramontes González, J.P.[a]

[a]Hospital Universitario Salamanca. [b]Centro de Salud Tórtola, Valladolid.

Objetivos. Presentar nuestra experiencia clínica en el tratamiento de las heridas palpebrales en pacientes que acuden a un centro de urgencias. Proponer una pauta de manejo de estas lesiones y criterios de derivación para tratamiento especializado.
Metodología. Se realiza una puesta en común de la experiencia clínica multidisciplinar de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Urgencias, Cirugía General, Dermatología y Cirugía Plástica que coinciden en el servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario de Salamanca (Facultativos Adjuntos de plantilla y MIR en rotación), en el tratamiento de pacientes con heridas palpebrales sin afectación ocular. Se intenta delimitar la competencia profesional del tratamiento urgente, seguimiento y peculiaridades de esta patología (se aporta iconografía).
Resultados. Los factores más importantes a considerar: afectación ocular y/o anejos, mecanismo de producción, edad (pediátrica, adulta, ancianos). Características de la herida: ¿existe pérdida de sustancia?, inclusión de cuerpos extraños, localización de la herida, dirección (¿respeta las líneas de expresión?). Exploración: descartar afectación ocular, exploración corneal, motilidad intrínseca y extrínseca, motilidad palpebral, integridad de vías lacrimales, mímica y sensibilidad facial. Se proponen los tipos de anestesia y sutura más adecuados en estas lesiones, tratamientos tópicos y seguimiento.
Conclusiones. Las heridas palpebrales extraoculares requieren una exploración exhaustiva, un conocimiento preciso de la anatomía funcional y un manejo muy respetuoso de los tejidos por su precoz tendencia al edema. La derivación al especialista es obligada si existe: pérdida de sustancia, afectación de las vías lacrimales o distorsión de líneas de expresión.

2864. QUEMADURAS EN LAS MANOS DE LOS NIÑOS, SU TRATAMIENTO EN URGENCIAS

Elena Sorando, E.[a]; Sanchidrián González, MDR.[b]; Romo Melgar, A.[a]; Díaz Reques, E.[a]; Juanes del Valle, F.[a] y García Cepeda, I.[a]

[a]Hospital Universitario Salamanca. [b]Centro de Salud Tórtola, Valladolid.

Objetivos. ¿Qué hacer cuando un niño acude a urgencias con quemaduras en las manos? Se pretende presentar en base a los protocolos habituales y la experiencia clínica unas pautas básicas de actuación y criterios de derivación para tratamiento especializado
Metodología. Basándonos en los múltiples protocolos sobre el tema y principalmente en nuestra experiencia clínica, hemos puesto en común nuestros modos de actuación (Médicos de Atención Primaria, Médicos de Urgencias, Cirujanos Plásticos, Dermatólogos y Traumatólogos) ante las quemaduras que afectan las manos de los niños, zona de especial atención por sus implicaciones clínicas y posibles secuelas.
Resultados. La historia clínica elaborada en urgencias es clave: hora de la lesión, mecanismo, profundidad, extensión, localización y lesiones concomitantes. La exploración de los niños con quemaduras requiere sedar el ambiente, minuciosidad y atención a cualquier signo o síntoma dificultada en edades neonatales y preescolares. El tratamiento (desbridamiento, curas, vendajes individualizados y analgesia) requiere conocimientos y habilidad básicos imprescindibles. La derivación para tratamiento especializado es obligada cuando el mecanismo es eléctrico, químico y/o la localización puede conllevar afectación articular.
Conclusiones. Las quemaduras en las manos de los niños son lesiones potencialmente graves, su exploración adecuada, tratamiento urgente y oportuna derivación especializada (en algunos casos) facilita su curación y puede prevenir el desarrollo de secuelas.

2913. TRATAMIENTO CON NITRATOS EN EL PACIENTE POSTINFARTADO

Escobar Oliva, A.B.[a]; Fuentes Rodríguez, S.[b]; Gili Riu, M.[a]; Barreiro Montaña, M.C.[c]; Gallardo Guerra, M.J.[d] y Soler Solé, N.[e]

Institut Català de la Salut. [a]CAP La Salut, Badalona. [b]CAP Santa Rosa, Santa Coloma de Gramenet. [c]CAP Rocafonda, Mataró. [d]CAP Llaume Soler, Cornellá. [e]CAP Creu de Barbara, Sabadell.

Objetivos. Evaluar el uso correcto de nitratos en el post-IAM. Analizar si el tratamiento del post-IAM sigue las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC). Estimar la prevalencia de la angina post-IAM (API).
Metodología. Estudio multicéntrico descriptivo transversal en tres ABS (62000 pacientes). Participantes: pacientes con diagnóstico de IAM según historia clínica informatizada. Excluimos pacientes con insuficiencia cardíaca en tratamiento con nitratos + hidralazina.
Resultados. Ciento cuarenta y cinco pacientes (75% hombres, media edad 67 años), 56 (39%) en tratamiento con nitratos, 39% diabéticos, 61% dislipémicos, 56% hipertensos y 63% activo/exfumadores. Presentaban API 42 pacientes (29%), 67% correctamente tratados con nitratos. Los pacientes sin API recibían el siguiente tratamiento: 27% nitratos, 68% betabloqueantes, 26% calcio-antagonistas, 55% IECA/ARA II, 89% antiagregantes, 85% estatinas y 30% diuréticos. Entre los pacientes con nitratos, no recibían tratamiento betabloquente un 41%, IECA/ARA II un 39% y antiagregante un 14%. 40% de los pacientes no llevaban tratamiento óptimo según GPC (betabloqueantes, antiagregantes y estatinas). El 32% de los pacientes con tratamiento óptimo y el 48% con tratamiento no óptimo estaban tratados simultáneamente con nitratos (p = 0,038). El análisis de regresión logística identifica API (OR 6,7; CI95% 2,8-15,7) y edad (OR 1,07; CI95% 1,03-1,11) como factores de riesgo independientes (FRI) para el tratamiento con nitratos post-IAM.
Conclusiones. Existe sobreutilización de nitratos en el post-IAM sin angina. El uso de nitratos es más alto en pacientes sin tratamiento óptimo del post-IAM. FRI para el uso de nitratos son la edad avanzada y la API .La prevalencia de API en nuestra área es similar a la de otros estudios.

3048. ¿QUE RIESGO TIENEN NUESTROS PACIENTES OSTEOPORÓTICOS?

Andrés Mantecón, F.[a]; Pérez Martín, A.[a]; Diego Diego, A.[a]; López Lanza J.R.[a]; Izquierdo Martínez, M.[b] y Avellaneda Fernández, A.[b]

[a]Médico Familia. Centro de Salud Los Valles, Cantabria. [b]Médico familia. Centro de Salud Los Cármenes, Madrid.

Objetivos. Analizar la indicación de realización de densitometría ósea para el estudio de osteoporosis según FRAX y diferentes escalas basadas en factores de riesgo en la población que acude a consulta de Atención Primaria.
Metodología. Estudio de corte transversal de todos los pacientes atendidos en una consulta de AP durante 1 semana de enero de 2009. Se han aplicado el FRAX y los criterios de indicación de densitometría de Organización Mundial Salud (OMS), Comité Internacional de Guías Clínicas en Osteoporosis (CIGCO), Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña (AETM) y National Osteoporosis Foundation (NOF).
Resultados. Se analizaron 86 sujetos (67,4% mujeres), con una edad media de 63,99 ± 16,17 años. Al aplicar FRAX el 64,5% tenían riesgo de fractura total (vertebral, cadera, muñeca, hombro) y el 36,8 de cadera solo; utilizando criterios de OMS la indicación de dexa era del 17,4%; con criterios CIGCO la indicación fue del 72,1%; con NOF tenían indicación el 62,8%. La concordancia del riesgo del FRAX para cadera fue moderada para AETM (k = 0,43), débil para NOF (k = 0,33) y CIGCO (k = 0,26) y pobre para WHO (k = 0,11) y para fractura total fue buena para CIGCO (k = 0,53), moderada para NOF (k = 0,43), débil para AETM (k = 0,22) y pobre para WHO (k = 0,04).
Conclusiones. Muchos de los pacientes que acuden a consultar en AP tienen riesgo de fractura según FRAX. Existe mucha variabilidad en la indicación de densitometría según los diferentes criterios aplicados, siendo los de CIGCO los que clasifican más candidatos y los de la OMS y AETM los más selectivos.

3050. EVOLUCIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN UN CENTRO DE SALUD DURANTE 11 AÑOS

Antón García, F.; Máñez Andrés, A.; Pruteanu, D.F.; Cubides Núñez, A. y Richard Rufino, M.J.

Centro de Salud Fuensanta, Valencia.

Objetivos. Valorar las sesiones realizadas en un CS urbano durante 11 años (1998-2008).
Metodología. A partir del registro de sesiones se han evaluado las *Variables:* año, mes, tipo (organizativa, tema, caso clínico, bibliográfica…), ponente (interno-externo), realización o no.
Resultados. Sesiones programadas: 1116 (954 (85.5%) ponente interno, 162 externo), sesiones realizadas: 878 (78,7%) (724 ponente interno (75,9%), 154 externo (95,1%) p = 0,000). El porcentaje de realización ha oscilado entre el 69,3% de 2004 y 88,6% de 2008 (p = 0,013). Dentro de las realizadas por ponente interno: Médico general 711 programadas (76.9% realizadas), Pediatra 80 (52,5 realizadas), Enfermería 50 (82% realizadas), Equipo 64 (realizadas 92,8%). Tipo sesión: Tema clínico 572 (51,3% del total) y Organizativas 102 (9,1%). No hay diferencias significativas cuando comparamos las sesiones programadas-realizadas en 2 bloques de 5 años (excluimos las de 2003), salvo en el Tipo de sesión que en último bloque: las bibliográficas han pasado del 13,3 al 0,2%, los temas clínicos del 44,4 al 56,2% y los casos clínicos del 14,3 al 1,8%.
Conclusiones. Consideramos que se han mantenido buen nivel de realización de las sesiones clínicas (2,5 sesiones programadas/semana, 2 sesiones realizadas/semana, excluyendo periodos vacacionales) con un discreto descenso de las programadas en los 2 últimos años (85 y 88) pero con un elevado porcentaje de realización (83,5 y 88,6%). Los médicos generales son los que han cargado con el peso de las sesiones (63,7%). Un buen número de sesiones de Equipo (64) han sido programadas con una elevada realización (93%).

3052. CALIDAD DE SUEÑO Y SU REPERCUSION SOBRE LA SEVERIDAD CLINICA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Sánchez Villar, R.[a]; Casanueva Fernández, B.[b]; Pérez Martín, A.[c]; Rodero Fernández, B.[d] y González-Gay, M.A.[e]

[a]Centro de Salud El Zapatón, Cantabria. [b]Clínica de Especialidades Cantabria, Cantabria. [c]Centro de Salud Los Valles, Cantabria. [d]Centro Rodero, Cantabria. [e]Hospital Xeral, Lugo.

Objetivos. Analizar si la calidad del sueño tiene implicaciones sobre el dolor, fatiga, patrón psicológico, impacto de la enfermedad, estrés, calidad de vida y discapacidad en pacientes con fibromialgia.
Metodología. Se incluyeron 510 pacientes diagnosticados de fibromialgia según criterios ACR de 1.990, evaluándose el retraso diagnóstico, incapacidad laboral, síntomas asociados, EAV de dolor, P*ain Catastrophizing Scale, McGill Pain Questionnaire, Fatigue Severity Scale, Beck Depression Inventory, Zung Self-rating Depression Scale, Beck Anxiety Inventory, Hamilton Anxiety Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Symptom Checklist-90, Arthritis Self-Efficacy Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Fibromyalgia Impact Questionnaire, Stanford Health Assessment Questionnaire, Daily Stress Inventory, Medical Outcomes Survey Short Form-36 y London Handicap Scale*.
Resultados. Tras la aplicación del PSQI, los pacientes se clasificaron en 4 grupos: Buenos dormidores (BD) (PSQI ≤ 5). Malos dormidores en grado leve (MDL) (PSQI: 6-8). Malos dormidores en grado moderado (MDM) (PSQI: 9-11) y malos dormidores en grado severo (MDS) (PSQI ≥ 12). Los MDS presentaban diferencias estadísticamente significativas respecto a los BD, MDL y MDM en el número de síntomas, dolor, fatiga, depresión, ansiedad, calidad de vida, impacto de la enfermedad, estado de salud y nivel de estrés. Los MDL presentaban diferencias significativas respecto a los MDM en el nivel de dolor, fatiga, impacto de la FM, catastrofismo, función física, percepción de salud general y vitalidad.
Conclusiones. Los grupos de calidad de sueño que clasifica el PSQI presentan diferencias significativas en numerosas manifestaciones clínicas. Las puntuaciones obtenidas con este cuestionario pueden tener valor como marcador global de severidad.

3053. ¿EXISTEN DIFERENCIAS CLÍNICAS DE GÉNERO EN LA FIBROMIALGIA?

Casanueva Fernández, B.[a]; Sánchez Villar, R.[b]; Peña Sagrado, J.L.[c]; Pérez Martín, A.[d]; Rodero Fernández, B.[e] y González-Gay, M.A.[f]

[a]Clínica de Especialidades Cantabria, Cantabria. [b]Centro de Salud El Zapatón, Cantabria. [c]Hospital Marqués de Valdecilla, Cantabria. [d]Centro de Salud Los Valles, Cantabria. [e]Centro Rodero, Cantabria. [f]Hospital Xeral, Lugo.

Objetivos. Analizar posibles diferencias de género en una amplia población de pacientes diagnosticados consecutivamente de fibromialgia.
Metodología. Se incluyeron 528 pacientes diagnosticados según criterios del American College of Rheumatology de 1990, realizándose una evaluación que incluía el retraso diagnóstico, incapacidad laboral, síntomas asociados, EAV de dolor, *Pain Catastrophizing Scale, McGill Pain Questionnaire, Fatigue Severity Scale, Beck Depression Inventory, Zung Self-rating Depression Scale, Beck Anxiety Inventory, Hamilton Anxiety Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Symptom Checklist-90, Pittsburgh Sleep Quality Index, Fibromyalgia Impact Questionnaire, Stanford Health Assessment Questionnaire, Daily Stress Inventory, Medical Outcomes Survey Short Form-36 y London Handicap Scale*.
Resultados. La edad media de las 498 mujeres era de 50,98 años y la de los 30 varones era de 44,86 años. La media de retraso en el diagnostico para las mujeres fue de 12,8 años y la de los varones de 9,89 años. El 14,26% de las mujeres tenía concedida algún tipo de incapacidad laboral, cifra que ascendía al 26,66% en los hombres. Un 11,94% de las mujeres había sufrido abuso físico o sexual, dato que se producía en el 20% de los varones. Aunque el FIQ (73,97 versus 71,26) y la mayoría de los parámetros analizados resultaban con peor puntuación en los varones, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los parámetros analizados.
Conclusiones. Nuestros datos apoyan la hipótesis de que en la fibromialgia no existen claras diferencias de género en las principales manifestaciones clínicas, patrón psicológico, impacto de la enfermedad, calidad de vida o nivel de discapacidad.

3055. TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SUAP)

León Rodríguez, C.[a]; Ruiz Núñez, M.[b]; Castillo Obeso, J.[c]; Moriones Almaraz, M.B.[d]; Ruiz Durante, M.P.[e] y Moreno Moreno, G.[f]

[a]Centro de Salud Altamira, Puente San Miguel, Cantabria. [b]Centro de Salud Laredo, Laredo, Cantabria. [c]Centro de Salud José Barros, Camargo, Cantabria. [d]Centro de Salud Zapatón, Torrelavega, Cantabria. [e]Centro de Salud Astillero, Astillero, Cantabria. [f]Centro de Salud Colindres, Colindres, Cantabria.

Objetivos. Conocer el tratamiento sintomático que utilizan y determinar el grado de conocimiento que tienen de los triptanes los pacientes migrañosos que acuden a los SUAP en función de su grado de incapacidad así como saber el tratamiento administrado en Urgencias y pautado al alta.
Metodología. Estudio descriptivo transversal con recogida de datos (cuaderno de recogida de datos) prospectiva durante 10 meses en los SUAP sobre una población consultante por migraña. Cumplimentación del cuaderno de recogida de datos con análisis posterior de los ítems relacionados con el grado de incapacidad, conocimiento de triptanes, tratamientos empleados por el paciente, tratamientos pautados en los SUAP y al alta.
Resultados. 108 pacientes consultaron por migraña. En el 60% generaba un alto grado de incapacidad. Conocían los triptanes el 42%. El tratamiento más usado son los AINES, tanto por los pacientes (44%) como por los SUAP (70%). El tratamiento más prescrito al alta en las migrañas de bajo grado de incapacidad fueron los AINE y en las de medio-alto grado de incapacidad, los triptanes.
Conclusiones. La migraña genera un alto grado de incapacidad, pero menos de la mitad de estos pacientes conoce los triptanes. Por ello el tratamiento más utilizado por los pacientes son los AINE. El tratamiento administrado en los SUAP no se ajusta a las Recomendaciones 2006 de la SEN, quizá influenciado por la ausencia de triptanes en las consultas. Por otro lado, la prescripción al alta concuerda con dichas recomendaciones (triptanes en medio-alto grado de incapacidad y AINE en bajo grado).

3059. ¿CÓMO SON NUESTROS INMIGRANTES EN CAN BOU CASTELLDEFELS?

Silvestre Puerto, V.M.; Vilalta Garcia, S.; Carrasco Garcia, A.; Bernades Carulla, C.; Jareño Sanz M.J. y Arcas Ferre, M.

Casap CAN Bou Castelldefels Barcelona.

Objetivo. Descripción de nuestra población inmigrante Castelldefels.
Metodología. Revisión y análisis de los pacientes adscritos a nuestro ABS desde el año 2006 al 2009.
Resultados. En torno a una población de 21.138 pacientes atendidos, 3.820 son inmigrantes, agrupándose en 89 nacionalidades diferentes; entre ellas la más predominante es la argentina (14%), seguido de la italiano (10,5%), y en menor medida por uruguayos, rumanos y franceses. Agrupados por continentes diferenciamos: Americanos: 1795 (46,98%). Provienen de 23 países diferentes, predominando Argentinos y Uruguayos. Europeos: 1656 (43,35%). Provienen de 35 países diferentes, predominando italianos y franceses. Africanos: 201 (5,26%). Provienen de 12 países diferentes. Asiáticos: 168 (4,39%). Provienen de 16 países, predominando de China, Pakistán y Turquía. En cuanto a distribución por sexos: 2.097 (54,9%) mujeres y 1.723 (45,10%) hombres, existiendo algunas diferencias en cuanto a cada nacionalidad. Por edades: más del 80% se encuentran entre 15 y 65 años, el 11% son menores de 15 años y sólo el 4,1% tienen más de 65 años, llegando hasta los 100 años de una mujer china.
Conclusiones. En nuestro ambulatorio se atiende a un 18% de población inmigrante, en su mayoría italo-argentinos, puesto que muchos Argentinos tienen pasaporte italiano. El perfil es inmigrante en edad media joven de origen sudamericano de unos 32, 7 años y en donde por agrupaciones familiares se hayan porcentajes de sexo similares. Todavía faltan muchos datos sobre la población atendida puesto que existen muchos en situación ilegal y dificultades idiomáticas y burocráticas.

3060. LA SIGUIENTE AMENAZA DE ESPAÑA, EL MOSQUITO TIGRE Y LOS VIRUS QUE PUEDE TRANSMITIR

Silvestre Puerto, V.M.; Bosch Romero, E.; Manzotti, C; Gonzalez Azuara, S.; Garcia Tristante, D. y Santamaría Martín, M.I.

Casap CAN Bou Castelldefels Barcelona.

Objetivos. Se realiza una revisión bibliográfica del material publicado en referente al mosquito tigre o *Aedes albopictus*.
Metodología. El hábitat inicial del mosquito era selvas húmedas asiáticas. La importancia de la prevención de la picadura y de la revisión del problema es la concienciación que este tipo de vector es un potencial capaz de transmitir 23 virus diferentes, entre ellos el *Chikungunya* y el dengue menor, incluso podría contagiar hasta la fiebre amarilla, como vector. Es capaz de viajar desde en coche en el "bambú de la suerte" y neumáticos. Las hembras llegan a poner 80 huevos. Anidando en los tiestos y agua acumulada en jardines, se instala lejos de las casas pero se desplaza para picar, atacando a todos lo que se mueva, mamíferos, aves, reptiles y anfibios. Tiene hábitos diurnos y es capaz de atravesar la ropa, la picadura muy dolorosa. Aguanta incluso la desecación y es capaz de completar una generación entre 10 a 20 días.
Resultados. La infestación desde Asia comenzó en 1979 en Albania, y en nuestro país en St Cugat del Valles en 2004.
Conclusiones. Las hembras fecundadas pican porque precisan de sangre para desarrollar los huevos, y son capaces de transmisión transovárica de algunos virus como ocurrió en Italia, siendo los hijos portadores de la carga viral. Hay que revisar pequeños recipientes que contienen agua son básicos para su desarrollo en pleno verano, cada 7 días, ciclo de 10.

3068. PROCEDIMIENTO INFORMÁTICO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE DEMENCIAS DESDE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Velasco Marcos, M.A.[a]; Lagándara López, M.L.[b]; Vicente García, P.A.[c]; Bernad Vallés, M.[d]; Funcia Barrueco, A.I.[d] y Juanes Méndez, J.A.[e]

[a]Centro de Salud Tejares. Salamanca. [b]Desarrollos Informáticos Abadía. Madrid. [c]Centro de Salud Santa Marta. Salamanca. [d]Centro de Salud San Juan. Salamanca. [e]Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.

Objetivos. la demencia no es un problema de salud aislado, sino una patología familiar y comunitaria, de ahí la importancia que juegan los equipos de Atención Primaria para su seguimiento, y garantizar así una atención de calidad desde el inicio de la sintomatología. Nuestro objetivo ha sido generar una herramienta informática que garantice un buen diagnóstico de la enfermedad, permitiendo la identificación de esta patología y ayudando a un manejo más efectivo de estos pacientes.
Metodología. el desarrollo esta soportado por tecnología punto net, que nos permite una total integración entre el manejo de una base de datos ODBC y la interface hombre maquina, facilitando, una simbiosis entre los criterios de usabilidad y la rápida interacción con la gestión de la historia clínica electrónica. Esta tecnología ha permitido obtener el sistema innovado Report Clincal Server, una potente herramienta generadora de informes clínicos personalizados para el facultativo. El interface es de fácil de manejo, tanto en sus aspectos formales (color, distribución en el espacio, etc.), como en lo referente a la interacción con el usuario.
Resultados. Nuestro desarrollo incluye los criterios clínicos estandarizados para confirmar el diagnóstico, correspondientes a pruebas validadas por la Sociedad Española de Neurología. Permitirá valorar si cuando se producen los primeros datos de pérdida de memoria, problemas de conducta o disminución de rendimiento, nos encontramos ante una demencia incipiente o ante una manifestación de envejecimiento normal. Se incluyen diferentes pruebas psicométricas que permitirán confirmar un diagnóstico de deterioro cognitivo y cuantificar así la severidad del mismo y seguir su evolución.
Conclusiones. Nuestro desarrollo informático permitirá conocer el estado de deterioro del paciente, mediante distintos test, índices o escalas de valoración y análisis de esta patología; siendo una poderosa herramienta para el diagnóstico de demencia.

3070. LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN ADULTOS: FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS

Cabrera Mateos, J.L[a].; Fenoy Bretones, M.M.[b]; Carvajo Azábal, S.[c]; Lucas López, M.C.[d]; Naverán Eiriz, P.E.[e] y González Sánchez, A.[f]

[a]C.L. Pto. del Carmen, Tias-Lanzarote. [b]Centro de Salud Mala, Haría. [c]Centro de Salud Tías, Tías. [d]C.L. Playa Honda, Arrecife. [e]Centro de Salud Yaiza, Yaiza. [f]Centro de Salud Valterra, Arrecife de Lanzarote.

Objetivos. Conocer la prevalencia y características de los trastornos del sueño en la población adulta.
Metodología. Estudio descriptivo, transversal. Instrumento de medida empleado: Cuestionario del sueño de Oviedo. Muestreo aleatorio: 464 pacientes de 5 consultas de Atención Primaria. Edad media: 51,6 (DE: 16,14).
Resultados. 109 pacientes presentaron Insomnio (23,5%; IC 95%; 19,5-27,5), con menor edad media (48,85 frente a 52,44; p = 0,043) y mayor número de unidades de cambio vital (UCV) (258,6 frente a 162,5 p < 0,001) que aquellos sin insomnio. Hipersomnio en 18 pacientes (3,9%; IC95%: 2-5,7%). Presentaron más UCV que los no hipersomnes: 267,3 frente a 156,9 (p = 0,008). Prevalencia de síntomas relacionados con parasomnias: Ronquidos: 197 pacientes (42,5%; IC 95%: 37,9-47,1%), más frecuentes en varones (53 frente a 33,6%) (P < 0,001), con mayor edad media (57,3 años frente a 47,4) (p < 0,001). Más prevalente en obesos (56,6% frente a 36,7%) (p < 0,001). Ronquidos con ahogos: 24 pacientes (5,2%; IC 95%:3,1-7,3), más frecuente en obesos (13,9% frente a 2,3%) (p < 0,001). Movimientos de piernas: 73 pacientes (15,7%; IC 95%: 12,3-19,2). Más UCV (259,6 frente a 171,2) (p < 0,001). Pesadillas: 76 pacientes (16,4%; IC95%:12,9-19,9). Con menor edad: 48,4 frente a 52,2 años (p = 0,055); y mayor número de UCV: 291,2 frente a 164,3 (p < 0,001).
Conclusiones. El trastorno del sueño más frecuente fue el insomnio, relacionado con los acontecimientos vitales estresantes. Los síntomas relacionados con parasomnias más frecuente fueron los ronquidos con predominio en varones de mayor edad y obesos.

3071. ¿INFLUYE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LA PRESIÓN ASISTENCIAL EN LA COBERTURA VACUNAL DE LOS ADOLESCENTES?

Antón García, F.; Pruteanu, D.F. y Máñez Andrés, A.

Centro de Salud Fuensanta. Valencia

Objetivos. Valorar la influencia del nivel socioeconómico y la presión asistencial en la cobertura vacunal de los adolescentes de 14 años de dos centros urbanos.
Metodología. Se extraen los datos de cobertura vacunal del tétanos y del Virus del Papiloma Humano (VPH), ambas recomendadas y finan-

ciadas por el sistema público de salud, de la historia clínica informatizada de los pacientes de 14 años atendidos en dos zonas: Zona 1 (Z1): 2 pediatras, nivel socioeconómico bajo y 950 pacientes/cupo. Zona 2 (Z2): 2 pediatras, nivel socioeconómico medio y 6.00 pacientes/cupo. Análisis datos: SPSS.
Resultados. Z1: 85 adolescentes (55,3% chicos). Z2: 86 (53,5% chicos). Vacunación correcta Tétanos: Z1 67%, Z2 75,6% (p = 0,24). Cuando comparamos los 4 pediatras (la vacunación correcta oscila entre 62,2% y 76%) no existen diferencias estadísticas significativas (p = 0,51) tampoco cuando comparamos los pediatras de cada centro entre sí (Z1: 70,8 y 62,2% p = 0,40, Z2: 75% y 76% p = 0,91) No hay diferencias al comparar cobertura vacunal correcta según sexo: chicos 67,7%, chicas 75,6%; p = 0,31. Vacunación correcta VPH (sólo en chicas): Z1 (38 chicas) 84,2%, Z2 (40 chicas) 100% p = 0,009. En el Z1 no hay diferencias entre los 2 pediatras.
Conclusiones. Aunque no existen diferencias estadísticas (quizá por el bajo número de adolescentes del estudio) si hay diferencias clínicas en la cobertura vacunal del Tétanos entre los 2 centros, siendo las chicas las mejor vacunadas. Existen diferencias (clínicas y estadísticas) en la cobertura vacunal del VPH. El nivel socioeconómico y la presión asistencial parecen influir en la cobertura vacunal.

3078. ¿SEGUIR LAS GUÍAS CLÍNICAS MEJORA EL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL ESTUDIO DE LA DISPEPSIA?

Rodenas Aguilar, J.L.; Serra Vázquez, A.; Pérez León, N.; Sequera Requero, R.M.; Carreter Parreño, J. y Bermejo Cachorrón, Y.
EAP Badalona 6, Lleficà.

Objetivos. Comparar los resultados de las fibrogastroscopias solicitadas en el estudio de la dispepsia siguiendo las recomendaciones de la guía de práctica clínica del Institut Català de la Salut con los resultados de aquéllas que se solicitaron sin seguir las recomendaciones.
Metodología. Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un centro de salud urbano. Se revisaron historias de 164 pacientes con petición de fibrogastroscopia desde la consulta del médico de familia durante el año 2007. 95 fueron solicitadas por dispepsia. *Variables:* edad, sexo, sobrepeso, tabaquismo y alcoholismo, prescripción de antiinflamatorios, tipología del dolor, antecedentes de ulcus previo, existencia de signos de alarma (disfagia, vómitos repetidos, anemia o sangrado, pérdida de peso, hallazgos en la exploración física). La presencia de edad superior a 45 años, la existencia de signos de alarma, y una puntuación igual o superior a 7 en la escala de signos y síntomas en menores de 45 años justifican la solicitud de fibrogastroscopia.
Resultados. El 70,5% de las peticiones de fibrogastroscopias se adecuan a las recomendaciones. De ellas, 36.3% normal, 21,2% hernia de hiato, 13,6% no presentados, 7,5% antritis erosiva, 6% cardias laxo, 3% esofagitis por reflujo, 3% Ulcera gástrica/duodenal, 1.5% cáncer gástrico, 7,5% otros. Los resultados de las fibrogastroscopias incorrectamente solicitadas: 31% normal, 20,7% hernia de hiato, 37,9% No presentados, 6,9% cardias laxo, 3,4% esofagitis por reflujo.
Conclusiones. El seguimiento de las recomendaciones mejora el rendimiento diagnóstico de las fibrograstroscopias de los pacientes con dispepsia. No se encontró patología grave en las incorrectamente solicitadas y sorprende el elevado número de no presentados en este grupo.

3079. EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LA DIABETES INCIPIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO DÍA

Sánchez Ruiz, T.[a]; Aranda Lara, P.[b]; Sanchís Doménech, C.[c]; Segura de la Morena, J.[d]; De Álvaro Pérez, C.[e] y Campo Sien, C.[e]
[a]Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. [b]Hospital Carlos Haya, Málaga. [c]Centro de Salud Algemesí, Valencia. [d]Hospital Doce de Octubre, Madrid. [e]Abbott Laboratorios S. A., Madrid.

Objetivos. Describir el manejo de los pacientes con DM antes y después de su diagnóstico.
Metodología. Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron pacientes seguidos en AP y diagnosticados de DM durante el último año.
Resultados. En el año previo al diagnóstico de DM se ha observado que de los 894 pacientes estudiados no existía registro de ninguna determinación de glucemia basal en un 21,7%; de c-LDL en 40,6%; de c-HDL en 39,6%; de creatinina en 31,3%; y no constaba el cociente albúmina/creatinina en 93,1%. Solo un 0,7% tenían recogido el ITB; un 3,5% una prueba de SOG y a un 27,2% se les había realizado una exploración del fondo de ojo. Durante los tres meses siguientes al diagnóstico de DM, el 60% de los pacientes fue clasificado de RCV alto y se intensificaron los objetivos de control de la hipertensión y la dislipemia en más del 65%. En cuanto a las pruebas complementarias recogidas en las historias clínicas, a pesar de la DM, se observó la ausencia de glucemia basal en 3,1%; c-LDL en 22,4%; c-HDL en 19,6%; creatinina en 16,4%; cociente albúmina/creatinina en 83,1%; ITB en 97%; prueba de SOG en 94,7%; y fondo de ojo en 35,9%.
Conclusión. En el ámbito de AP, tras el diagnóstico de DM se observó una mejora en el registro de casi todos los parámetros analíticos, una intensificación de los objetivos de control y de los tratamientos farmacológicos, aunque aún existe margen para mejorar el manejo clínico de estos pacientes.

3094. ¿HAY DIFERENCIAS EN LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO EN HIPERTENSOS SEGÚN LA ZONA GEOGRÁFICA? ESTUDIO PRESCAP 2006

Rama Martínez, T.[a]; Beato Fernández, P.[a]; Llisterri Caro, J.L.[b]; Divisón Garrote, J.A.[c]; Prieto Díaz, M.A.[d] y Rodríguez Roca, G.C.[e]
[a]CAP El Masnou, Alella, Barcelona. [b]Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. [c]Centro de Salud Casas Ibáñez, Albacete. [d]Centro de Salud Vallobín, La Florida, Oviedo. [e]Centro de Salud La Puebla de Montalbán, Toledo.

Objetivos. Conocer las variaciones geográficas en la prevalencia de realización de ejercicio físico en hipertensos asistidos en Atención Primaria en nuestro país.
Metodología. Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico realizado en hipertensos seleccionados mediante muestreo consecutivo. Criterios de inclusión: hipertensos ≥ 18 años de edad, con tratamiento farmacológico. *Variables:* Edad, sexo, práctica de ejercicio físico, zona geográfica. Se consideró hacer ejercicio físico caminar activamente media hora/día o practicar deporte ≥ 3 veces/semana. Consideramos 4 regiones geográficas. Zona Norte: Galicia, Principado de Asturias, Cantabria, País Vasco, La Rioja, Navarra y Aragón, zona Mediterránea: Cataluña, Comunidad Valenciana e Islas Baleares, zona Centro: Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad de Madrid y Extremadura, y zona Sur-Este: Andalucía, Islas Canarias y Región de Murcia.
Resultados. Se incluyeron 8.687 hipertensos. Edad media: 64,6 ± 11,3 años (53,8% mujeres). Del total, el 41,1% refieren hacer ejercicio habitualmente y el 57,9% (IC 95%; 57,0-59,0) reconocen ser sedentarios. Por zonas geográficas: 22,6% proceden del Norte, 29,4% del Mediterráneo, 22,3% del Centro y 25,7% del Sur-Este. Hacen habitualmente ejercicio: 46,4% de los del Norte, 40,8% de los del Mediterráneo, 45,9% de los del Centro, y 32,9% de los del Sur-Este. En la mitad norte de la península-zona Norte y Mediterránea-, el 43,5% de hipertensos refieren hacer ejercicio habitualmente; el 39,2% en la mitad Centro y Sur-Este (p < 0,0001).
Conclusiones. Se encuentran diferencias geográficas respecto a la práctica de ejercicio por los hipertensos atendidos en Atención Primaria. En el norte de España se tiende más a hacer ejercicio que en las comunidades del sur.

3095. ¿SON DIFERENTES LOS HIPERTENSOS QUE VIENEN POR LA MAÑANA DE LOS VIENEN POR LA TARDE? ESTUDIO PRESCAP 2006

Rama Martínez, T.[a]; Beato Fernández, P.[a]; Divisón Garrote, J.A.[b]; Llisterri Caro, J.L.[c]; Rodríguez Roca, G.C.[e] y Lou Arnal, S.[e]
[a]CAP El Masnou, Alella, Barcelona. [b]Centro de Salud Casas Ibáñez, Albacete. [c]Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. [d]Centro de Salud La Puebla de Montalbán, Toledo. [e]Centro de Salud Utebo. Zaragoza.

Objetivos. Comparar el grado de control de la presión arterial (PA) y las características de los hipertensos según la toma de la PA en horario de mañana o tarde.
Metodología. Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico, realizado en hipertensos asistidos en Atención Primaria seleccionados mediante muestreo consecutivo. Incluimos pacientes de ≥ 18 años, con tratamiento farmacológico. *Variables:* edad, sexo, PA, IMC ≥ 30, obesidad

Tabla 1.

	Toma de PA matutina	Toma de PA vespertina	p
Edad (años)	65 ± 11,2	63,9 ± 11,6	0,001
Promedio PAS/PAD (mmHg)	138,1/80,7	135,9/79,7	< 0,0001
Control PA (%)	40,8	48,8	< 0,0001
ECV (%)	27,6	25,3	0,068
Enfermedad cerebrovascular (%)	3,5	3,4	NS
Nefropatía (%)	8,5	9,9	NS
HVI (%)	7,6	7,4	NS
DM (%)	27,8	26,3	NS
Dislipemia (%)	51,4	49,5	NS
IMC ≥ 30 (%)	29,2	28,8	0,005
Obesidad abdominal (%)	57,5	54,4	0,058
Tabaco (%)	19,6	21,7	0,066
Uso de terapia combinada (%)	46,8	51,4	< 0,0001

abdominal, antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) y/o cerebrovascular, nefropatía, hipertrofia ventricular izquierda (HVI), diabetes (DM), tabaco, uso de terapia combinada. Consideramos PA bien controlada si < 140/90 mmHg en general y PA < 130/80 mmHg si DM, insuficiencia renal o ECV y/o cerebrovascular.

Resultados. Se incluyeron 8.611 hipertensos (54% mujeres). Al 83,4% se les tomó la PA en horario matutino (83% de las mujeres-83,8% de los hombres) (tabla 1).

Conclusiones. En los hipertensos que acuden en horario de tarde se observa un porcentaje más alto de control de PA, promedios inferiores de PA, menor porcentaje de obesidad y un mayor uso de terapia combinada. De manera no significativa también presentan menor porcentaje de ECV, enfermedad cerebrovascular, HVI, DM, dislipemia, obesidad abdominal y tabaquismo.

3099. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE UNA POBLACIÓN ANCIANA RURAL

Saiz Cáceres, F.[a] y Gosálvez Mariño, I.[b]

[a]Centro de Salud Santiago de Alcántara, Cáceres. [b]Centro de Salud Salorino, Cáceres.

La malnutrición en ancianos conlleva un aumento de la morbimortalidad y un mayor riesgo de institucionalización y hospitalización.

Objetivos. Evaluar la situación nutricional de los ancianos de una zona de salud rural mediante la utilización del cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA).

Metodología. Estudio descriptivo. A todos los mayores de 65 años se les pasó el cuestionario.MNA y el test de Barber (cribado de anciano frágil). Otros datos recogidos fueron la edad y el nº de fármacos.

Resultados. Un total de 79 pacientes (47 mujeres y 32 hombres) con edad media de 80´6 años (DE 4,32). El 66% presentaban un estado nutricional bueno (MNA > 24), el 31,2% riesgo de malnutrición (MNA 17-24) y el 2,6% estaban malnutridos (MNA < 17). En el grupo de ancianos frágiles (76% de los ancianos), el 35% tenían riesgo de malnutrición y el 4% malnutrición. El nº medio de fármacos en los desnutridos era de 7 (DE 1,4); 3,7 (DE 1,3) en el grupo de riesgo y 2,6 (DE 1.3) en el grupo de MNA > 24.

Conclusiones. La malnutrición y el riesgo de malnutrición afectan a un porcentaje considerable de los ancianos de la comunidad, sobre todo a los frágiles. La polifarmacia puede ser un factor de riesgo para la malnutrición. El MNA es un cuestionario sencillo, validado como screening de malnutrición en ancianos y recomendado para la detección temprana de malnutrición, por lo que debería estar integrado dentro de la valoración de los ancianos en Atención Primaria.

3102. FACTORES ASOCIADOS A EXACERBACIONES EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Álvarez Rodríguez, M.D.[a]; De La Rosa Carrillo, D.[b]; Ocaña Padilla, A.[c]; Roca Sánchez, C.[d]; Maltas Hidalgo, Y.[c] y Roldán López, N.[b]

[a]ABS Fondo, Barcelona. [b]Hospital Plató, Barcelona. [c]CAP Ocata-Teià, Barcelona. [d]CAP Masnou-Alella, Barcelona.

Objetivos. Valorar si los parámetros del índice BODE (6'-walking test, grado de disnea, FEV1 e Índice de masa corporal), el porcentaje de grasa corporal, las comorbilidades, y la polimedicación se relacionan con el número de exacerbaciones por EPOC.

Metodología. Se determinó el BODE a pacientes con EPOC estable (no agudizaciones en las últimas 4 semanas), atendidos en consultas de Atención Primaria y de neumología. Se estudiaron además: tabaquismo, exacerbaciones e ingresos en el año previo, comorbilidad, porcentaje de grasa corporal y tratamientos.

Resultados. Valoramos 85 pacientes (76.5% hombres), edad media 72., ± 9,5 años. La comorbilidad más frecuente fue la HTA (51,8%). Los tratamientos respiratorios eran ß-agonistas de acción prolongada (71,8%), esteroides inhalados (69,4%) y anticolinérgicos (62,4%). La mayoría de pacientes eran EPOC Gold 2 (57,6%) y 3 (28,2%). Sólo 21,7% tenía un BODE ≥ 5. 44,7% de los pacientes había presentado 2 o más exacerbaciones, y 16,5% había ingresado al menos una vez. Las mujeres eran más jóvenes y con más exacerbaciones. No encontramos relación significativa entre las exacerbaciones de la EPOC y el BODE (ni con ninguno de sus componentes por separado). Tampoco se relacionaron con la edad, el% de grasa corporal, los tratamientos ni el hábito tabáquico. Sí encontramos relación del BODE con los ingresos hospitalarios, que también se relacionaron con FEV1 e IMC bajos.

Conclusiones. El BODE, el FEV1 y el IMC son factores asociados a ingresos hospitalarios, aunque no a la aparición de exacerbaciones. Las mujeres aún siendo más jóvenes, presentan más exacerbaciones.

3104. ¿QUÉ CONOCEN NUESTROS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE SUS DERECHOS?

Muñoz Arranz, C.[a]; Sánchez Reales, A.[a]; Pereñíguez Barranco, J.E.[a]; Romero Palanco, J.L.[b]; Luna Maldonado, A.[c] y Pérez-Cárceles, M.D.[c]

[a]Centro de Salud de Espinardo, Murcia. [b]Área de Medicina Legal y Forense. Universidad de Cádiz. [c]Área de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia.

Objetivos. Analizar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes españoles acerca de sus derechos.

Metodología. Se realizó una encuesta entre 775 pacientes escogidos al azar en centros de Atención Primaria en la provincia de Cádiz. 54,3% eran mujeres, el 38,7% tenía una edad inferior a 30 y 9,9% mayores de 65 años; el 39,6% había completado la educación secundaria

Resultados. el 86,8% no conoce sus derechos derivados de la Ley española 41/2002, relativa a la autonomía del paciente. En lo que respecta a los derechos individuales, los siguientes porcentajes sabían que tenían un derecho a la información (92,5%), a elegir su tratamiento (73,3%), a rechazar el tratamiento (80,4%), a tener la oportunidad de que se les proporcione el consentimiento informado (86,1%), a tener constancia por escrito de su proceso médico (85%), a la confidencialidad (88,9%), y a conocer el derecho a las Instrucciones Previas (73,9%). Los mayores de 65 años y aquéllos con los más bajos niveles de educación conocen en menor proporción sus derechos en general.

Conclusión. El derecho a la información es el mejor conocido por los pacientes y la elección de tratamiento el que conoce el menor porcentaje. La edad y nivel de estudios establecen diferencias significativas en el conocimiento de sus derechos.

3106. EFECTO SOBRE EL DOLOR, FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ARTROSIS DE UNA INTERVENCIÓN PARA EVITAR LA INERCIA CLÍNICA

León Vázquez, F.[a]; Gómez de la Cámara, A.[b] y Tejedor Varillas, A.[a]

[a]Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, semFYC, España. [b]Unidad de Investigación, Hospital Universitario 12 de Octubre, CIBERESP, Madrid, España.

Objetivos. Evaluar el efecto que una intervención proactiva realizada sobre el médico de familia, con el fin de evitar la inercia clínica, tendría en la calidad de vida, dolor y funcionalidad de los pacientes con artrosis de la cadera y/o rodilla.
Metodología. Estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorio, de grupos paralelos y por conglomerados. Médicos que trabajan en el mismo centro durante más de seis meses fueron asignados a uno de los dos grupos de estudio. Los médicos del Grupo 1 recibieron una sesión educativa de 45-60 minutos encaminada a reducir la inercia clínica, mientras que los del Grupo 2 no. Los médicos de ambos Grupos fueron informados sobre la utilización de las escalas SF-12, EVA y WOMAC. Cada médico incluyó los tres primeros pacientes con artrosis de cadera y/o rodilla que cumplieran los criterios de inclusión. Los efectos fueron medidos en dos visitas separadas seis meses entre sí.
Resultados. En total fueron incluidos 1.361 médicos. No se observaron diferencias significativas en cuanto al beneficio clínico entre los pacientes asignados al Grupo 1 (n = 1.208) y Grupo 2 (n = 2.868). Sin embargo, se observó una mejoría significativa en el conjunto de la población (Grupos 1+2) en las escalas SF-12 ($p < 0,001$), EVA ($p < 0,001$) y WOMAC ($p < 0,001$) en la Visita 2, en comparación con la Visita 1.
Conclusiones. La intervención dirigida a evitar la inercia clínica diseñada por nosotros no produjo un beneficio clínico adicional a los pacientes. Sin embargo, intervenciones menores, como el uso de escalas de funcionalidad y dolor, parecieron mejorar la calidad de vida percibida por los pacientes.

3110. ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES EN EL ÁREA DE SALUD VI DE ASTURIAS DEL 2000 AL 2008

Cerrato Rodríguez, M.E.; Saavedra Miján, J. y Pérez Suárez, J.A.

Gerencia del Área VI de Salud de Asturias, Arriendas.

Objetivo. Estudiar las reclamaciones del periodo y zona referidos, realizando un análisis cualitativo.
Metodología. Estudio descriptivo, retrospectivo. Forman parte del mismo las reclamaciones presentadas por los pacientes entre el 1 de enero del 2000 y el 31 de diciembre de 2008. Se ha calculado el número de reclamaciones por mes, año y lugar; analizado el motivo de las mismas y tiempo de respuesta.
Resultados. El año de mayor número fue 2006; el mes, agosto; el lugar, Llanes. El 77% de las reclamaciones estaban relacionadas con la jornada ordinaria y el 22,3% con los Servicios de Urgencias de los Centros de Salud. Las relativas a proceso supusieron un mayor porcentaje (92,5%), que las de estructura (7,5%); yendo sobre todo referidas a la disconformidad con la asistencia, en el primer caso, y a deficiencias de organización y normalización, en el segundo. En el 92% de los casos se contestaron en un plazo inferior a 30 días.
Conclusiones. A pesar de que la población no ha aumentado significativamente en los años objeto del estudio, y de que el procedimiento instaurado para canalizar las quejas no ha variado durante este periodo, el incremento ha de deberse a otros factores. La mayor incidencia de las mismas durante la época estival obliga a estimar otras variables (mayor afluencia turística, personal eventual sustituto, etc.)El análisis ha detectado que la primera causa de reclamación son los defectos en la organización y normalización de los procesos; por lo que ésta debilidad del sistema debería constituir una prioridad para su mejora.

3117. ¿CIANOCOBALAMINA INTRAMUSCULAR MENSUAL?

Gili Riu, M.; Santisteban Herrero, O.; Escobar Oliva, A.B.; Fernández Soriano, M.T.; Fernández Almendros, M. y Montañés Alcántara, F.

CAP La Salut, Badalona 7, Institut Catalá de la Salut.

Objetivo. Estudiar las características de una población ambulatoria con déficit de vitamina B_{12} que precisa tratamiento sustitutivo.
Metodología. Estudio descriptivo transversal. Centro de salud urbano con 29.641 pacientes > 15 años. Se incluyó 142 pacientes a los que se les ha prescrito vitamina B_{12}. Datos: registros en historias médicas informatizadas. Mediciones: formas de presentación y etiología del déficit de B_{12}, parámetros eritrocíticos, tipo de tratamiento sustitutivo y el lugar de administración.
Resultados. Ciento cuarenta y dos pacientes, 57% mujeres, edad media 66 años. Diagnóstico: 33,1% anemia megaloblástica; 33,8% anemia multifactorial; 9,9% deterioro cognitivo; 3,5% alteraciones neurológicas; 19,7% diagnóstico no registrado. Etiología: 14,1% anemia perniciosa; 24,6% cirugía gastro-intestinal; 13,4% síndrome de malabsorción; 6,3% déficit alimentario; 4,9% alcoholismo crónico; 1,4% cirrosis hepática; 35,7% etiología no registrada. 73,9% tiene analítica reciente. Medias eritrocíticas: hemoglobina 12,73 g/dl; VCM 89,66 fL, hematocrito 38,65%. 36,6% tiene anemia. Niveles de B_{12}: 33% registrados, 12% mantiene déficit. 69% sigue tratamiento crónico mensual intramuscular con vitamina B_{12}: 11,2% en atención domiciliaria. Sólo 1 paciente en tratamiento oral. Tratamiento temporal con B_{12}: 20.0% cirugía gastrointestinal; 33,3% anemia multifactorial; 12,4% anemia megaloblástica. Otros tratamientos crónicos prescritos que interfieren en la absorción de B_{12}: metformina 19.4%; antiulcerosos 43,9%; estatinas 32,7%.
Conclusiones. La anemia multifactorial no megaloblástica es la forma de presentación más frecuente del déficit de vitamina B_{12}, sobretodo en ancianos. Casi un tercio abandona el tratamiento crónico. Este estudio es el resultado preliminar de un estudio longitudinal para valorar la efectividad del cambio a vitamina B_{12} oral.

3118. IMPLICACIONES DEL CAMBIO DE CRITERIO DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSIS SEGÚN LOS CRITERIOS DE OMS DE 1994 Y 2008

Orozco López, P.[a,b]; Díaz Salcedo, E.[a] y García Florian, G.[a]

[a]Departamento Medicina, Universidad de Barcelona. [b]CAP Gòtic, Barcelona.

Objetivo. En 1994 un comité de expertos de la OMS estableció los criterios diagnósticos de osteoporosis a través de DXA como una t-score ≥ -2,5 DE en cualquiera de las localizaciones en columna, fémur o radio. En 2008 este comité la modificó y recomendó utilizar como criterio diagnóstico la t-score de cuello femoral. El objetivo del estudio es conocer las características de los pacientes que quedarían excluidos del diagnóstico de osteoporosis según este nuevo criterio.
Metodología. Se incluyeron 110 pacientes consecutivos de ambos sexos (103 mujeres) diagnosticados de osteoporosis según criterios OMS-1994 en nuestro centro antes del año 2008. Las variables incluidas fueron: factores de riesgo de osteoporosis, dmo y tratamiento antiresortivo. Se analizaron las diferencias entre los grupos que cumplían o no con los criterios de osteoporosis OMS-2008 (si-op2008, no-op2008), a través de test χ^2 y T-student aceptándose una $p < 0,05$.
Resultado. El 52% de los pacientes no cumplían con el nuevo criterio. Comparando ambos grupos, los no-op2008 eran mujeres, más jóvenes (63 vs. 69 años, $p < 0,005$), con mayor prevalencia de enfermedades osteopenizantes (50,9% vs. 32,1%, $p < 0,05$) que los si-op2008, pero sin diferencias con respecto al IMC, t-score lumbar (-3,2 vs. -2,9 DE), presencia de fractura previa (35,1% vs. 52,8%), fractura cadera padres (10,5% vs. 15,1%), tabaco (14% vs. 18,9%), corticoides crónicos (1,8% vs. 5,7%), alcohol (3,5% vs. 1,9%), recibir tratamiento antiresortivo (61,4% vs. 60,4%).
Conclusión. El nuevo criterio diagnostico OMS-2008 reduce a la mitad los diagnósticos de osteoporosis. Curiosamente el grupo excluido según el nuevo criterio no difirió con respecto a factores de riesgo de fractura y t-score lumbar.

3119. MOTIVOS DE NO PARTICIPACIÓN EN UN ENSAYO CLÍNICO DE CAIDAS Y MALNUTRICIÓN EN PERSONAS DE 85 AÑOS

Tobella Príncep, M.A.[a]; Perarnau Gelabert, A.[b]; Padrós Soler, G.[c]; Fernández Danés, N.[d]; Copetti Fanlo, S.[e] y Avilés Cigüela, S.[f]

[a]ABS Martorell Rural, Barcelona. [b]ABS Sant Andreu de la Barca, Barcelona. [c]Laboratori Clínic L' Hospitalet-Cornellà, Barcelona. [d]ABS Centre L' Hospitales, Barcelona.

Objetivo. Describir motivos de no participación en ensayo clínico por sexo, y presión asistencial de centros en Atención Primaria.
Metodología. De la muestra inicial (N = 696), proveniente de 7 áreas básicas se realizó en una primera fase del reclutamiento la depuración

de datos según listados SIAP (sistema informático Atención Primaria). Tras citación por carta y telefónica, se procedió a segunda fase de depuración de datos para obtención por muestreo aleatorio de N final calculada en 328. Motivos exclusión se agruparon: causas del sistema (error datos, no localizable, desplazados y éxitus anteriores no registrados) o causas personales (ingreso residencia, no aceptación, éxitus durante periodo estudio). En análisis bivariante se categorizaron centros según presión asistencial (Total ≤ 1.200 pacientes asistidos/médico; pacientes > 64 años/medico).
Resultados. Doscientos ochenta y tres (40,7%) eran los sujetos excluidos para muestra final; en una primera fase 19,5% y 26,2% en segunda. Motivos principales: residencias 10,9%, exitus 9,6%, desplazados 9,5%, no aceptación 5,6%, no localizable 4,2%. Existían 14,4% de exclusión por causas sistema, 26,3% por causas personales ($p < 0,0001$), y más mujeres excluidas por causa personal ($p < 0,006$). Los centros con mayor presión se asociaban a mayor exclusión, tanto índice total ($p < 0,037$) como mayores 64 años ($p < 0,04$).
Conclusiones. Se describe un elevado índice de exclusión cercano al 50% en fase de reclutamiento de esta población, con 14% de causas atribuibles al sistema probablemente evitables y una asociación significativa a ser mujer y a mayor presión asistencial, por lo que desde nuestros centros deberíamos velar por una mejora continua de los registros disponibles.

3124. INCIDENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA EN UNA POBLACIÓN DIAGNOSTICADA DE OSTEOPOROSIS

Guzón Centeno, M.[a]; Campos Rodríguez, J.C.[b]; Fernández Gutiérrez, I.[a]; Pastor García, R.M.[a]; Lozano Fernández, T.[a] y González Gamarra, A.[a]
[a]Centro de Salud Goya, Madrid. [b]Centro de Salud Castelló, Madrid.

Objetivos. Conocer la incidencia de enfermedad celiaca en una población adulta diagnosticada de osteoporosis y asignada a una consulta de AP.
Metodología. Estudio descriptivo observacional realizado 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 47 y 89 años, diagnosticados de osteoporosis. A estos pacientes se les realizó estudio analítico que incluyó hemograma, bioquímica con perfil básico, hepático, tiroideo, férrico, vitamina B_{12}, ácido fólico, vitamina D. iones, anticuerpos antigliadina IgA e IgG y antitransglutaminasa IgA. Como diagnóstico de confirmación se realizó biopsia intestinal de duodeno mediante endoscopia oral.
Resultados. Los pacientes seleccionados fueron 61, 7 de los cuales rechazaron participar en el estudio. De los 54 pacientes participantes (51 mujeres, 3 varones) con diagnóstico de osteoporosis, la determinación de anticuerpos fue positiva en 3 mujeres: el resultado de la biopsia intestinal demostró atrofia de vellosidades en los 3 casos.
Conclusiones. Hemos observado una incidencia del 5.6%, siendo superior a la estimada en la población general (1-2%). Todos los pacientes con osteoporosis y enfermedad celiaca tenían evidencia bioquímica de déficit de vitamina D. El resultado nos hace pensar que el cribaje para enfermedad celiaca puede tener un papel importante cuando se sospeche una osteoporosis secundaria.

3130. EVALUACIÓN PROGRESIVA DE LA INFORMATIZACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD

Antón García, F.; Máñez Andrés, A.; Pruteanu, D.F.; Cubides Núñez, A. y Richart Rufino, M.J.
Centro de Salud Fuensanta, Valencia.

Objetivo. Valoración, entre personal, tras cuatro años de implantar la historia clínica electrónica (HCE) comparándola con la valoración inicial.
Metodología. Realización de encuesta anónima entre el personal (16 médicos, 13 enfermeras, 10 profesionales apoyo). Mediciones: funcionamiento habitual, dificultad para recuperar información, repercusiones en la consulta (burocracia, retrasos, estrés…), en el centro (asistencia sesiones, relación con compañeros). Valoración global (0-10) antes de HCE, al inicio de implantación y tras 4 años.
Resultados. Personal sanitario: el funcionamiento del sistema informático ha mejorado. Discreta mejoría en manejo, visión global de la HCE, en la búsqueda de información y en la relación con el paciente. La mayoría de los médicos reconoce que sigue existiendo deterioro de la consulta (persistencia de retrasos, aumento stress y burocracia, utilización insuficiente de la HCE por especialistas). Las repercusiones iniciales en la marcha del centro en la actualidad se han solucionado. Personal apoyo: mejoría en todos los aspectos. Valoración antes HCE-inicio uso: médicos 7,4 y 4,8 (IC diferencia 1,4-3,8), enfermería 7,9 y 6,1 (IC 0,2-3,3), apoyo 5,4 y 6,6 (IC -3,2 a 0,8). Valoración antes HCE-actualmente: médicos 7,4 y 5,8 (IC 1,0-2,2); enfermería 7,9 y 7,5 (IC -0,1 a 1,0); apoyo 5,4 y 7,2 (IC -2,8 a -0,8). Valoración inicio HCE-actualidad: médicos 4,8 y 5,8 (IC -1,6 a -04); enfermería 6,1 y 75 (IC -1,9 a -0,8); apoyo 6,6 y 7,2 (IC -1,6 a 0,4).
Conclusiones. Todos los estamentos reconocen mejoría desde la implantación de la HCE. El personal sanitario, sobre todo el médico, cree que su trabajo era mejor antes.

3132. PACIENTES CON EPOC ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA VS PACIENTES CON EPOC ATENDIDOS EN NEUMOLOGÍA. DIFERENCIAS CLÍNICAS

Álvarez Rodríguez, M.D.[a]; De la Rosa Carrillo, D.[b]; Ocaña Padilla, A.[c]; Maltas Hidalgo, Y.[d]; Roca Sánchez, C.[c] y Camps Salat, R.[b]
[a]CAP Fondo, Santa Coloma de Gramenet. [b]Hospital Plató, Barcelona. [c]CAP Ocata-Teià, Barcelona. [d]CAP El Masnou, Barcelona.

Objetivos. Describir las diferencias clínicas entre un grupo de pacientes con EPOC controlado por Atención Primaria (AP) y un grupo controlado por Neumología (NM).
Metodología. Se valoró un grupo de pacientes con EPOC estable (sin exacerbaciones en el mes previo). Se determinaron los parámetros del índice BODE, porcentaje de grasa corporal, comorbilidad, tabaquismo, tratamientos, número agudizaciones e ingresos en el año previo.
Resultados. Estudiamos 85 pacientes (45 AP, 40 NM). Edad media, distribución por sexos, comorbilidad e índice BODE fueron similares en ambos grupos. Los pacientes de NM presentaban peor función pulmonar (52,5% eran Gold 3-4, frente al 24,5% en AP), IMC y % de grasa corporal más bajos. Los pacientes de AP presentaron una mayor puntuación de disnea. En el grupo de NM el uso de tratamientos inhalados fue mayor y seguía más la normativa GOLD. Beta2-larga duración: 87,5% vs. 57,8%; Anticolinérgicos: 80% vs. 46,7%; Esteroides inhalados: 87,5% vs. 53,3%. No hubo diferencias en el nº de exacerbaciones, pero el nº de ingresos fue mayor en el grupo de NM. El índice BODE bajo no se asoció a un mayor nº de exacerbaciones, pero sí a un mayor nº de ingresos.
Conclusiones. A pesar de que los pacientes de NM tenían peor función pulmonar, menor IMC y menor % de grasa corporal, presentaban menos disnea que los pacientes de AP. Esto podría estar motivado por un tratamiento más acorde a las normativas, que también podría influir en que el número de exacerbaciones fuera similar entre ambos grupos.

3134. ¿LOS HIPERTENSOS QUE SE TOMAN EL TRATAMIENTO EL DÍA DE LA VISITA SON DIFERENTES DE LOS QUE NO LO HACEN? ESTUDIO PRESCAP 2006

Rama Martínez, T.[a]; Beato Fernández, P.[a]; Prieto Díaz, M.A.[b]; Durá Belinchón, R.[c]; Sánchez Ruiz, T.[d] y Carrasco Carrasco, E.[e]
[a]CAP El Masnou, Alella, Barcelona. [b]Centro de Salud Vallalobín – La Florida, Oviedo. [c]Centro de Salud Burjassot, Valencia. [d]Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. [e]Centro de Salud Abarán, Valencia.

Objetivo. Comparar las características de los hipertensos según la toma o no del tratamiento antihipertensivo el día de visita.
Metodología. Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico realizado en hipertensos asistidos en Atención Primaria seleccionados mediante muestreo consecutivo. Se incluyeron pacientes de ≥ 18 años de edad, con tratamiento farmacológico. Variables analizadas: edad, sexo, presión arterial (PA), IMC ≥ 30, obesidad abdominal, antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV), cerebrovascular, nefropatía, hipertrofia ventricular izquierda (HVI), diabetes mellitus (DM), tabaco, uso de terapia combinada. Consideramos la PA controlada si < 140/90 mmHg en general y PA < 130/80 mmHg si DM, insuficiencia renal o ECV.
Resultados. Se incluyeron 9.585 hipertensos (53,7% mujeres). El 81,3% refiere haberse tomado la medicación el día de visita (84% de las mujeres-78,2% de los hombres). La tabla recoge las características de los pacientes según toma o no de medicación el día de visita (tabla 1).

Tabla 1.

	Toma la medicación el día de visita	No toma la medicación el día de visita	p
Edad (años)	65,3 ± 11,1	62,1 ± 11,3	0,0001
Promedio PAS/PAD (mmHg)	137,5/80,3	139,2/ 82	< 0,0001
Control PA (%)	42	40,6	NS
ECV (%)	28	24	0,01
Enfermedad cerebrovascular (%)	3,6	3,2	NS
Nefropatía (%)	8,6	8,4	NS
HVI (%)	7,7	7,1	NS
DM (%)	27,8	26,3	NS
Dislipemia (%)	50,5	52,1	NS
IMC ≥30 (%)	29,1	29,1	NS
Obesidad abdominal (%)	56,9	54,8	NS
Tabaco (%)	18,5	25,4	< 0,0001
Uso de terapia combinada (%)	57,1	51,2	< 0,0001

Conclusiones. Los hipertensos que no toman la medicación el día de la visita suelen ser hombres, de edad inferior, fumadores, tratados con monoterapia, y presentan un promedio de PA superior.

3146. HOY HAY FÚTBOL, NO VOY AL MÉDICO

López Marchena, S.; Lorenzo Ruiz, H. y Herrera Jiménez, C.
ABS Morera-Pomar, Badalona.

Objetivos. Conocer la influencia de eventos deportivos o festividades en la consulta de Atención Continuada. Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal según registro de visitas realizadas el año 2008 en los centros BSA de Atención Continuada con programa OMI-AP. *Ámbito:* 2 ABS urbanos con una población atendida de 74.445. *Sujetos:* toda la visita espontánea del año 2008. Total de visitas: 17.374.
Metodología. Análisis de las visitas por tramos horarios (8h-14:59h, 15h-19:59h y de 20h-24h) tanto de medicina como de enfermería, haciendo una media de visitas diaria y comparándola con los días donde acontecen los eventos deportivos y festividades.
Resultados. Pendiente resultados.
Conclusiones. Según resultados provisionales, se observa un descenso considerable de visitas espontáneas durante el evento deportivo o el día festivo.

3148. GRUPOS ABIERTOS DE TERAPIA (EXPERIENCIA DE 4 AÑOS) ¿QUÉ SON? ¿QUÉ OFRECEN? ¿SON ÚTILES?

Cardona Egea, M.ª; Giné Badia, M.ª; Ramentol Massana, I.ª; Lallana Montero, S.b; Vallejo Domingo, A.ª y Medrano Jiménez, R.ª
[a]ABS La Salut, Badalona. [b]CSMA, Badalona. Área de Salud Mental.

Objetivos. Definición del grupo terapéutico. Demostrar la utilidad de los grupos de terapia en la resolución de las patologías psiquiátricas leves.
Metodología. Estudio cualitativo y cuantitativo de los componentes de un grupo de terapia. Características personales y patologías tipo. Porcentaje de abandono y de fidelización al grupo.
Resultados. El grupo lo forman mayoritariamente, mujeres de mediana edad, amas de casa o trabajos poco cualificados. Las patologías más frecuentes son la ansiedad y depresión. El porcentaje de abandonos es pequeño. El finalizar el periodo de sesiones se observa que el 10% de pacientes no necesita la derivación a servicio de psiquiatría, en un 15% de pacientes se puede disminuir la prescripción farmacológica, el 20% de pacientes precisa menos control por el servicio de psiquiatría y aproximadamente un 5%, dejan el grupo para acceder a una atención más personalizada.
Conclusiones. Los resultados, confirman la importancia de la fuerza terapéutica del grupo. Así mismo, se aprecia, que son las mujeres las que solicitan y aceptan apoyo terapéutico más fácilmente. El número de participantes ha ido aumentando cada año, y, por otro lado, se aprecia que los desencadenantes y/o causantes de las patologías, en estos últimos 2 años, han cambiado en relación a los 2 años previos: el mobbing, el paro y patologías inherentes a la inmigración se han adicionado a otras causas frecuentes como los problemas familiares.

3149. PERFIL PACIENTE HIPERFRECUENTADOR EN UN C.A.P. URBANO

Lumbreras Garuz, D.; Bertran Fontelles, V.; Gómez Martín, S.; Serras Rigalt, E. y Silva Fernández, Y.
CAP Montnegre.

Objetivo. Conocer el perfil del paciente hiperfrecuentador. Definición: el concepto de paciente hiperfrecuentador (HF) o hiperutilizador es estadístico y arbitrario. No existe ningún acuerdo sobre cómo definirlos pero todos convergen en que los pacientes HF serían aquellos pocos que realizan muchas visitas. Aproximadamente el 20% de los HF consumen el 80% del total de visitas que recibe el médico de familia (MF). A pesar de que nuestro centro no presenta índices muy elevados de HF, nuestros pacientes consumen recursos económicos elevados y personales, ocasionando pruebas complementarias innecesarias, alto gasto farmacéutico y desgaste emocional de los profesionales que les atienden. *Diseño:* estudio descriptivo transversal, realizado a la población asignada a un C.A.P. Urbano. (CAP Montnegre- Barcelona).
Metodología. Del total de la población asignada al CAP seleccionamos una muestra de los pacientes HF de cinco médicos de familia, con la tasa de hiperfrecuentación más alta, en el periodo de enero a diciembre de 2008. Se recogen los motivos de consulta a través de la historia clínica informatizada y se analizan. Se establece un perfil de dichos pacientes con el objetivo de disminuir la HF a través de futuras intervenciones.
Objetivos. Identificar al paciente HF y sus motivos de consulta para realizar una serie de intervenciones que optimicen la consulta, y mejoren la asistencia y la relación médico/paciente.

3150. EL ANCIANO SOLO, UN CONDICIONANTE EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Casamajó Escuer, M.; Giménez Romeo, G.; Ortega Bravo, M.; Vilà Jovè, N.; Barco López, A. y Vidal Tolosa, A.
ABS Cappont.

Objetivos. Determinar la prevalencia de las personas que viven solas en su domicilio.
Metodología. Estudio epidemiológico descriptivo transversal de personas de más de 74 años de un centro de salud urbano. A través del programa informático e-cap se obtuvo el listado de personas de más de 74 años y se confirmó mediante una llamada telefónica si su situación actual era de vivir sola en el domicilio. El análisis estadístico se hizo con el programa Excel.
Resultados. Hay 12.431 personas adscritas al centro de salud. Son mayores de 74 años: 1037 (8,3%). Distribución por sexos: 32,9% eran hombres y un 67,1% eran mujeres. La edad media fue de 83,6 años, un 8,8% tenían más de 90 años. Se detectaron 158 personas que vivían solas en su domicilio, por tanto, la prevalencia de personas de más de 74 años que viven solas en nuestro medio es de un 15,2%.
Conclusiones. La prevalencia de personas que viven solas es alta, con un predominio importante de mujeres (67%) y una edad media que supera los 80 años. Es de destacar el dato que un 8,8% tenían más de 90 años. El envejecimiento de la población es un fenómeno que crece progresivamente, y con ello se prevé un aumento de la población que viva

sola. Sería importante tener presente este factor condicionante de nuestros pacientes en las consultas de Atención Primaria.

3151. ¡¡¡¡¡VIVE SIN TABACO!!!!!

Pellitero Santos, M.A.; Ortega Bravo, M.; Barco López, A.; Vilà Jové, N.; Bordalba Layo, M.A. y Vidal Tolosa, A.
ABS Cap-pont.

Objetivos. Analizar las características de los usuarios que acuden a una consulta de deshabituación tabáquica, así como el porcentaje de abandono del hábito.
Metodología. Estudio epidemiológico descriptivo prospectivo en individuos adscritos al programa de deshabituación de un Centro de Salud urbano. Variables mediante entrevista individual: edad, sexo, cigarrillos/día, paquetes/año, motivación, dependencia, intentos anteriores, fase del cambio, tratamiento sustitutivo de nicotina (TSN), vareniclina, evolución a 1/2, 1, 2, 3, 4, 5 y 6 meses. Análisis estadístico con el programa Epi Info.
Resultados. Muestra de 40 individuos: 60% hombres y 40% mujeres. Edad media 45,2 años (DE ± 13,5). Consumo medio cigarrillos/día 21,8 (DE ± 10,2), paquetes/año 30,1 (DE ± 21,3). El 67,5% en fase de acción; 22,5% en contemplación; 10% en precontemplación. Media del test de motivación: 7,5 (DE ± 1,6). Media del test de dependencia: 6,4 (DE ± 1,8). El 52,5% no utilizó TSN, 30% parches de 21 mg, 10% parches de 14 mg, 2,5% parches de 7 mg, 2,5% chicles, 2,5% vareniclina. El 65% ningún intento anterior, 30% un intento, 5% dos intentos. Seguimiento: 1 mes: abstinencia (A) 38,9%, perdido (P) 36,1%, recaída (RC) 22,2%, reducción 2,8%; 2 meses: A 25,7%, P 42,9%, RC 31,4%; 3 meses: A 20,7%, P 55,2%, RC 24,1%; 4 meses: A 23,1%, P 57,7%, RC 19,2%; 5 meses: A 20,8%, P 58,3%, RC 20,8%; 6 meses: A 16,7%, P 66,7%, RC 16,7%.
Conclusiones. La motivación era media-alta. El 70% estaba en fase de acción y dependencia moderada. Un 53% no utilizó TSN. A los 6 meses la abstinencia era alta (16,7%), aunque el 65% no había hecho ningún intento anterior. Resaltamos la conveniencia de la intervención intensiva, además del consejo breve, en la deshabituación tabáquica.

3153. CONTROL DE LA MICROALBUMINURIA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

Magaña Orta, S.[a]; Lagarón Cabello, B.[b]; Pérez Feito, D.[c] y Landeo Fonseca, A.[d]
[a]Centro de Salud Ribaforada, Navarra. [b]Centro de Salud Corella, Navarra. [c]R3 Centro de Salud Santana, Tudela, Navarra. [d]R2 Centro de Salud Santana, Tudela, Navarra.

Objetivos. De una identificación precoz de riesgo elevado y daño incipiente de órganos diana se derivaría una intervención más estricta sobre hábitos de vida y una utilización más eficaz de fármacos capaces de corregir y facilitar la regresión del daño orgánico precoz. Los factores de riesgo hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes mellitus y tabaco son predictores de morbimortalidad cardiovascular y renal y su control se traduce en una reducción de los eventos clínicos por dichas enfermedades.
Metodología. Estudio descriptivo de los pacientes diabéticos tipo 2 con microalbuminuria, sean hipertensos o no, excluyéndose los pacientes con insuficiencia renal.
Resultados. De los 100 pacientes diabéticos tipo 2 de nuestro cupo, hemos encontrado 13 con microalbuminuria.
Conclusiones. Tras 6 meses de intensificar las medidas farmacológicas se ha conseguido mejorar la microalbuminuria en un 80%.

3161. MEJORÍA EN EL DIAGNÓSTICO Y REGISTRO DE LA INSUFICIENCIA RENAL OCULTA (IRO) GRACIAS AL CÁLCULO AUTOMÁTICO FG (MDRD)

Raspall Coromina, B.; Cruz Doménech, J.M.; Vázquez Morales, N.; Sánchez Fibla, S.; Álvarez Martínez, M.J. y Martín Callejón, L.
Ambulatorio ABS Riera, Badalona.

Objetivos. Evaluar si el cálculo automático analítico del FG mediante la fórmua MDRD ha favorecido un mejor diagnóstico y registro de la insuficiencia renal oculta (IRO).
Metodología. Tipo de estudio: multicéntrico retrospectivo transversal en una población durante el periodo de marzo de 2006 a junio de 2007 y de julio de 2007 a junio de 2008. Ámbito del estudio: urbano, con una población atendida de 114.000 habitantes y 6 ambulatorios de Atención Primaria. Muestra: un volumen total de 54.548 analíticas realizadas entre el año 2007 (26.813) y el 2008 (27.735). Mediciones e intervenciones: las variables de estudio fueron la edad, el sexo, la creatinina sérica (Cr) mg/dl, el FG estimado mediante la fórmula MDRD-4 y el diagnóstico de patología renal crónica. Análisis mediante Chi cuadrado, ANOVA Programa SPSSWIN, con $p < 0,05$.
Resultados. Se realizaron 54.548 analíticas. Edad media 55,54 (DE:17,99), mujeres 57,8%, Cr: 0,86 (DE 0,26) y FG: 89,57 (DE: 30,72). La prevalencia de IRO es 3,9% (2.148), con edad media de 75,06 (DE: 10,79), mujeres 5,9% (1.869), Cr: 1,08 (DE: 0,097) y FG: 54,80 (DE: 4,03). En el año 2007 hubo 102 registros de patología renal crónica (12 casos de IRO), y en el 2008 se registraron 187 (49 casos de IRO). En mujeres se ha pasado de 10 casos a 42 ($p < 0,000$) y en hombres de 2 a 7 ($p = 0,091$).
Conclusiones. Disponer del cálculo automático del FG nos ha permitido diagnosticar casi el triple de pacientes con IRO en 2008; mejorar el registro de patología renal crónica que anteriormente se infradiagnosticaba; concienciar a todos los compañeros de la importancia de dicho diagnóstico, para así evitar una progresión en el deterioro renal e individualizar la actitud a seguir en cada paciente.

3162. ¿TODOS TRATAMOS IGUAL LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR?

Cols Sagarra, C.; Granado Corzo, S.; Jiménez Jiménez, C.; Oriol Torón, P.A.; Badía Farré, T. y García Jordán, M.J.
ABS Martorell.

Objetivos. Describir la estrategia terapéutica y grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en prevención secundaria de ictus en dos Áreas Básicas de Salud.
Metodología. Estudio descriptivo, transversal. *Ámbito:* dos Equipos de Atención Primaria con 9 centros y 60.000 usuarios asignados. *Sujetos:* 650 pacientes con ictus. Se realiza dentro de cada grupo un muestreo aleatorio simple de los pacientes con ictus y visitados en 2008 (EAP-1: 58; EAP-2: 65). Mediciones: sociodemográficas: edad y sexo; FRCV: hipertensión arterial (HTA) y dislipemia (DLP); fármacos: antihipertensivos (IECA, ARAII y diuréticos), antiagregantes (AAS) e hipolipemiantes. Análisis: comparativo entre las dos muestras, utilizando Ji cuadrado para proporciones. Nivel de significación de 0,05.
Resultados. EAP-1: edad: 75,84 ± 11,66; 58,6% varones. Antiagregantes 89,7% (AAS 55,2%). Antihipertensivos 69% (IECA 36,2%, ARAII 19%, diuréticos 44,8%). Hipolipemiantes 32,8%. Buen control: HTA 17,2%; DLP 15,5%. EAP-2: edad: 75,26 ± 10,949; 58,5% varones. Antiagregantes 89,2% (AAS 41,5%). Antihipertensivos 62,8% (IECA 41,5%, ARAII 29,2%, diuréticos 56,9%). Hipolipemiantes 58,5% ($p = 0,004$). Buen control: HTA 29,2%; DLP 20%.
Conclusiones. Sólo la mitad de los pacientes reciben el antiagregante (AAS) de primera elección en ictus. Nuestros pacientes son tratados preferentemente con IECA y diuréticos, familias farmacológicas que han demostrado eficacia en la prevención de recidivas cerebrovasculares. Se prescriben un mayor número de hipolipemiantes en EAP-2, de manera significativa, aunque esto no se correlaciona con un mejor control de las cifras de colesterol LDL.

3184. IMPACTO ASISTENCIAL DE UNA CONSULTA DE TELEDERMATOLOGÍA

Curós Torres, S.[a]; Hernández Hernández, A.[b]; García Román, D.[a]; Cardelús Fontdevila, A.[a] ; Igua Masalles, E.[a] y Rodríguez Gaspà, L.[a]
[a]CAP Calella. [b]Hospital Sant Jaume de Calella.

Objetivos. 1) Facilitar a los médicos de familia una comunicación directa y asesoramiento de los especialistas de referencia. 2) Asegurar un diagnóstico rápido de las lesiones sospechosas de malignidad. 3) Reducir la lista de espera de la especialidad de Dermatología.
Metodología. Se ha hecho un estudio descriptivo basándose en la recogida de datos con un programa Excel de 174 consultas realizadas entre octubre de 2007 y abril de 2009 a través de la tele-consulta de Dermatología, que consiste en solicitar valoración a los dermatólogos de las lesiones cutáneas que los médicos de familia fotografían en sus consultas.
Resultados. El 35% de las consultas ha sido resuelto sin ver al paciente. El 10,3% se citó directamente a quirófano. El promedio de respuesta es de 7 días y un 42% antes de 48 horas. En el 2008 el 25% de las

consultas derivadas del CAP a este servicio fue a través de la tele-consulta. Y en el segundo período del análisis (del 1 de enero al 1 de abril del 2009) superamos el 50%.
Conclusiones. 1) Alta resolución de la tele-consulta. 2) Tiempo de respuesta considerablemente inferior al tiempo habitual de respuesta de la interconsulta en papel. 3) Reducción de la lista de espera de Dermatología. 4) Rápido diagnóstico y tratamiento de lesiones graves o potencialmente malignas. 5) Aumento de la utilización debido a la buena consideración de profesionales y usuarios.

3185. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

Nieto García, M.; García Castillo, L.; Valverde Morillas, C.; Taboada Sance, P.; Morata Céspedes, C. y Moreno Lorenzo, C.
Centro de Salud La Zubia, Granada.

Objetivos. Revisar y analizar la prevalencia de las lesiones tratadas en cirugía menor, así como analizar las lesiones más frecuentes y el grado de satisfacción del usuario.
Metodología. Población de referencia: población de una zona del área metropolitana. Población de estudio: usuarios derivados por criterio de su médico o a petición del paciente. Criterios de inclusión: lesiones susceptibles de cirugía menor (CM) y consentimiento informado del paciente. Criterios de exclusión: lesiones sospechosas de malignidad, localizadas en cara o lesiones extensas y pacientes anticoagulados. Muestreo: resultados de Anatomía Patológica de todas las intervenciones realizadas durante 3 horas semanales a lo largo de cuatro meses. *Diseño:* estudio observacional transversal. Variables dependientes: tipo de lesión, complicaciones posquirúrgicas y grado de satisfacción (cuestionario de satisfacción). Variables independientes: edad y sexo. Recogida de datos: informes de Anatomía Patológica y libro de registro donde se recoge el tipo de intervención, el nombre, la edad y NUSSA. Análisis de datos: programa SPSS calculando medias y desviaciones típicas para las variables numéricas y porcentajes para las cualitativas.
Resultados. Edad media 40,5 años; 59,1% mujeres y 40,6% hombres; 68,8% de tumores benignos del tejido fibroso; 26,6% nevus melanocíticos; 11,7% quistes cutáneos; 11,70% queratosis seborreicas; 5,3% pólipos fibroepiteliales; 3,9% tumores de vasos sanguíneos; 1% otros.
Conclusiones. Se realiza más CM en mujeres, se intervienen lesiones benignas de tejido fibroso seguidas de nevus. Alto grado de satisfacción del usuario.

3186. DÉFICIT DE VITAMINA D. EL SOL NO ES SUFICIENTE

Guzón Centeno, M.[a]; Campos Rodríguez, J.C.[b]; Martínez Grandmontagne, M.[a]; Gálvez Cañamaque, E.[a]; Peñuelas Carcavilla, M.C.[a] e Iglesias Papadopoulou, S.[a]
[a]Centro de Salud Goya, Madrid. [b]Centro de Salud Castelló, Madrid.

Objetivos. Conocer la prevalencia del déficit de vitamina D en una población adulta asignada a una consulta de AP.
Metodología. Estudio descriptivo realizado en una consulta de AP del CS Goya de Madrid, con 1.759 personas adscritas. La muestra estaba constituida por personas de ambos sexos, con edades entre 15 y 96 años, que acudieron espontáneamente a esta consulta en el periodo abril 2008-2009, solicitándoseles analítica por otros problemas de salud e incluyendo determinación de 25-hidroxivitamina D. Se establecieron dos valores de corte: 30 ng/ml (cantidad mínima para aumentar la absorción intestinal de calcio) y 20 ng/ml (límite inferior de normalidad en nuestro laboratorio de referencia).
Resultados. Se incluyeron 502 pacientes (71,3% mujeres). La concentración media de 25-hidroxivitamina D fue 20,39 ng/ml (DE 6,2), con un intervalo 6,35-44,51 ng/ml. El 94% tuvo valores inferiores a 30 ng/ml, siendo del 100% en varones menores de 50 años y mayores de 71. Igualmente, en mujeres menores de 20 años y mayores de 90. Con punto de corte menor de 20 ng/ml, la prevalencia de hipovitaminosis fue del 53%. No hubo diferencias significativas entre ambos sexos.
Conclusiones. Casi todos los pacientes incluidos en el estudio tenían déficit de vitamina D. Es una buena oportunidad para garantizar un aporte adecuado y persistente de vitamina D en la población, puesto que la vitamina D es esencial para asegurar la absorción intestinal del calcio de la dieta, la mineralización normal del hueso, la prevención de hiperparatiroidismo secundario, la conservación de la fuerza muscular y el equilibrio y la disminución del riesgo de fracturas.

3187. ¿TERAPIAS COMPLEMENTARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA?: SÍ, GRACIAS

Abilla Lumbiarres, A.; Sarlat Ribas, M.A.; Moreno González, S.; Álvarez Pérez, B.; Sauri Bertrán, M. y Bonillo Gómez, A.
CAP Consell de Cent-Magoria.

Objetivos. Evaluar el tipo, el motivo, la resolución y la satisfacción en terapias complementarias que presentan los pacientes de un centro de Atención Primaria urbano.
Metodología. Revisión de historias clínicas de una consulta médica en las que consta el diagnóstico de utilización de otros tratamientos médicos (Z51.8). Se realizó protocolo de recogida de datos atendiendo a las siguientes *Variables:* edad, sexo, tipos de terapias, motivos, resolución, satisfacción y uso de tratamientos concomitantes.
Resultados. Se evaluaron 405 pacientes, media 51,6 años (DE 17,6), amplitud 15-93 años; 81,8% mujeres. Terapias utilizadas: flores de Bach: 24,9%, homeopatía: 23,7%, oligoterapia: 22,9%, fitoterapia: 19,5%, acupuntura: 5,1%, terapias manuales: 3,9%. El 13% realizó más de una terapia de forma simultánea. Al 86,25% se le prescribió tratamiento desde la consulta de sanidad pública. Al 35,5% se le pautó tratamiento alopático y complementario simultáneamente. La patología psicoemocional y osteoarticular fueron las que crearon más demanda. La resolución total de los problemas de salud se consiguió en el 41,7%, mientras que la satisfacción de los pacientes fue del 91%.
Conclusiones. El usuario demandante de terapias complementarias suele ser mujer de mediana edad con trastornos psicoemocionales u osteoarticulares, con preferencias al uso de homeopatía y flores de Bach, con unos resultados de alta satisfacción.

3192. LUCHA ANTITABACO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Lafarga Giribets, M.A.; Pérez Olano, B.; Ferré Cornadó, P.; Rodrigo Claverol, M.D.; Martín Miguel, V. y Sarmiento Cruz, M.
Bordeta-Magraners.

Objetivos. Estudiar las características de los usuarios de una consulta antitabaco, la eficacia de la intervención y la de los tratamientos utilizados.
Metodología. Estudio descriptivo transversal en una consulta antitabaco en área de salud urbana durante 8 meses. Variables estudiadas: sexo, edad, test de Richmond de motivación, cuestionario de Fagerström de dependencia de nicotina, número de visitas-control, tratamiento deshabituador, abandono del tabaco y coximetría en la primera visita.
Resultados. Muestra de 48 usuarios, 47,9% hombres. La edad media fue de 40,37 ± 11,9 años. Abandonaron el hábito el 8,3%. La puntuación media del cuestionario Richmond fue 8,82 ± 1,14 (9,2 ± 0,95 y 8,72 ± 1,16, según abandonaron o no el hábito tabáquico, respectivamente) y la del cuestionario Fagerström fue de 6,21 ± 1,96 en hombres y 5,13 ± 2,23 en mujeres, siendo superior en los usuarios que lograron abandonar el hábito. El número de visitas-control fue significativamente mayor entre quienes abandonaron el tabaco (1,5 ± 0,55 frente a 0,65 ± 1, $p < 0,05$, respectivamente). Respecto al tratamiento, el 63,6% no usó ningún método, el 18,2% usó chicles de nicotina, el 15,2% parches y el 3% utilizó bupropión, sin diferencias entre ellos en cuanto al éxito obtenido. Existió correlación entre el cuestionario de Fagerström y el valor de la primera coximetría ($R = 0,487$, $p < 0,004$).
Conclusiones. El perfil de usuario de la consulta antitabaco es de una persona joven, con motivación media y dependencia moderada-alta. El seguimiento del personal sanitario fue fundamental para el éxito. Valores altos en el cuestionario de Fagerström se corresponden con valores altos de coximetría, lo que supone que esta sería un buen método directo para valorar la dependencia a la nicotina.

3194. LA PREVENCIÓN SECUNDARIA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Lafarga Giribets, M.A.; Sarmiento Cruz, M.; Espino García, A.; Pérez Olano, B.; Rodrigo Claverol, M.D. y Martín Miguel, V.
Bordeta-Magraners.

Objetivos. Conocer el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica (CI).
Metodología. Estudio descriptivo transversal en población diagnosticada de CI en Área Básica de Salud Urbana. Mediante la revisión de his-

torias clínicas se recogen los resultados del último control de 2008. *Variables:* edad, sexo, diagnóstico (angina/IAM), diabetes, HbA1c, tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD), colesterol (total, HDL, LDL), triglicéridos, tabaco, IMC y ejercicio físico.
Resultados. Muestra de 102 pacientes (67,6% varones). Edad media: 68,29 ± 12,18 años en varones y 64 ± 11,43 años en mujeres. No fumadores en 81,4%. Diabéticos en 39,2% con HbA1c media 7,57 ± 1,12. El colesterol total, c-HDL, c-LDL y triglicéridos fue 182,47 ± 38,37, 52,05 ± 13,80, 100,67 ± 31,50 y 161,01 ± 139,42 mg/dl, respectivamente. El 51,4% presentó c-LDL < 100 y el 32,4% de diabéticos tenían HbA1c < 7. La TAS y TAD fueron 129,38 ± 15,14 y 72,2 ± 8,64 mmHg, respectivamente. El 53% de los pacientes presentaba sobrepeso. El diagnóstico de IAM predominó en varones (76%), mientras que el de angor fue superior en mujeres (57,6%). Los diabéticos con peor control metabólico presentaron c-LDL superior a los bien controlados (102,37 ± 40,35 frente a 81,80 ± 17,20, p < 0,052). Las mujeres que realizaron ejercicio físico tenían niveles de triglicéridos menores que las sedentarias (143,88 ± 51,48 frente a 241 ± 129,10, p < 0,049).
Conclusiones. Dado que casi la mitad de nuestros pacientes presenta mal control lipídico, desde Atención Primaria es fundamental resaltar la importancia del control metabólico, sobre todo en diabéticos por el mayor riesgo cardiovascular que presentan; también hay que incidir en la prescripción de ejercicio físico para disminuir el riesgo cardiovascular.

3196. ESCUELA DE ESPALDA: EXPERIENCIA DE UN AÑO EN UN CENTRO DE SALUD

Latorre Gálvez, M.A.[a]; Rueda Guzmán, M.J.[a]; Lozano Vázquez, M.D.[b]; Pérez Unanua, M.P.[c]; Mateo Pascual, C.[c] y Muñoz González, Y.[c]

[a]Fisioterapeuta. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Área 5. Madrid. [b]DUE. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Área 5. Madrid. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Área 5. Madrid.

Introducción. La Escuela de Espalda es un programa de educación sanitaria destinado a la población general, y preferentemente a pacientes con dolencias de espalda. El Servicio de Fisioterapia de nuestro Centro de Salud organiza periódicamente desde hace 8 años grupos de educación para la salud (EPS) con el objetivo de transmitir conocimientos sobre la espalda y consejos de higiene postural.
Objetivo. Evaluar el trabajo desarrollado en el último año por el Servicio de Fisioterapia del Centro de Salud. Estudio: descriptivo prospectivo. Población: ámbito urbano.
Resultados. Durante los meses de junio de 2007 a junio de 2008 se llevaron a cabo en el centro de salud 18 talleres de EPS, 9 en horario de mañana (50%) y 9 en horario de tarde (50%). El número total de pacientes que asistieron fue 278, distribución por sexos: 64 varones (23,02%) y 214 mujeres (76,97%). El rango de edad de los pacientes que asistieron fue de 10 a 83 años: 4 menores de 15 años (1,43%), entre 15-30 años, 20 (7,19%), entre 30-45 años, 42 (15,10%), entre 45-60 años, 89 (32,01%), entre 60-75 años, 96 (34,53%) y mayores de 75 años, 27 (9,71%). Los síntomas aquejados por los pacientes fueron cervicalgia (38,05%), dorsalgia (22,30%) y lumbalgia (39,63%).
Conclusiones. El interés de los pacientes y la frecuencia tan elevada de patología de espalda apoyan el esfuerzo realizado por los profesionales para la realización de estos talleres.

3199. CONOCIENDO A NUESTROS OBESOS

Morán Bueno, N.; Ventura Olivé, A.; Lorenzo Ruiz, H. y Herrera Jiménez, C.

ABS Morera Pomar.

Objetivo. Conocer la prevalencia de obesidad y sobrepeso en nuestra ABS. Conocer el grado de comorbilidad asociada a obesidad en nuestros pacientes y la prevalencia de síndrome metabólico según criterios de la AHA 2005. Tipo de estudio: descriptivo transversal según registro de historias informatizadas con programa OMI-AP. *Ámbito:* ABS urbano de13.363 habitantes. *Sujetos:* pacientes con diagnóstico de sobrepeso u obesidad (con código CIAP T83 y T82) mayores de 14 años.
Metodología. Análisis de población de estudio según tres grupos de edad (14-34 años, 35-64 años y > 65 años), sexo, códigos CIAP T82 (Obesidad), T83 (Sobrepeso), K86 (HTA), T90 (DM) y T93 (Dislipemia) y valores de TAS, TAD, HDL, perímetro abdominal, glucemia basal y triglicéridos.
Resultados. Pendiente de resultados definitivos.
Conclusiones. Pendiente de conclusiones definitivas.

3201. OBESIDAD: ¿UNA EPIDEMIA INFRADIAGNOSTICADA?

Morán Bueno, N.; Lorenzo Ruiz, H.; Ventura Olivé A. y Herrera Jiménez, C.

ABS Morera Pomar.

Objetivo. Evaluar la existencia de infradiagnóstico de obesidad y/o sobrepeso en nuestra población, teniendo en cuenta la prevalencia registrada. Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal según registro de historias informatizadas con programa OMI-AP. *Ámbito:* ABS urbano de13.359 habitantes. *Sujetos:* todos los pacientes mayores de 14 años que acuden a la consulta de AP durante un período de 2 meses.
Metodología. Durante un período de 2 meses, se registra de forma sistemática el IMC de todos los pacientes mayores de 14 años que acuden a consulta de medicina y/o enfermería, y se comprueba cuántos de ellos presentan diagnóstico de sobrepeso (CIAP T83) u obesidad (código CIAP T 82) cuando el IMC es superior o igual a 25 kg/m^2 en caso de sobrepeso, y superior o igual a 30 kg/m^2 en caso de obesidad.
Resultados. Pendiente de resultados definitivos.
Conclusiones. Según el análisis provisional de los datos obtenidos hasta el momento, parece haber un infradiagnóstico, sobre todo de sobrepeso, en nuestra población.

3202. SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LA AMERICAN DIABETES ASSOCIATION POR UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Gracia Tonel, P.; Latorre Ginés, V.; Peña León, I.; Torrubia Fernández, M.J.; Genique Martínez, R. y Gracia Aznar, A.

Centro de Salud San José Norte.

Objetivos. Observar la adherencia de los médicos de familia de nuestro centro de salud a las recomendaciones de la American Diabetes Association (Standards of Medical Care in Diabetes-2007) sobre la periodicidad de controles en diabéticos.
Metodología. Estudio descriptivo basado en la revisión de 59 historias clínicas de pacientes diagnosticados de DM tipo 2, seleccionadas por números aleatorios, registrando el control de HbA1c, autoanálisis capilar, peso, fondo de ojo, hábito tabáquico, asociación con HTA y uso de antiagregación.
Resultados. La media de edad de los pacientes estudiados es 71 años, 57% mujeres. En tratamiento con dieta 8,4%, fármacos orales 64,6%, insulina 20,3% y fármacos orales e insulina 6,7%. Sobre hábito tabáquico: no constaba en 3%, 12% fumadores y 85% no fumadores. El grado de cumplimiento de las recomendaciones: autoanálisis capilar: ningún control 34%, menos de tres 17% y tres o más 49%. Peso: ningún control 40,5%, menos de tres 24% y más de tres en 35,5%. HbA1c: ningún control 41%, menos de dos 49% y dos 10%. Fondo de ojo: no constaba 52,5%, normal 34% y retinopatía 19,5%. Asociado a HTA en el 76% de pacientes y el 62% tratados con antiagregación.
Conclusiones. La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad con una prevalencia estimada en torno al 9% en población adulta; en nuestro C.S. urbano con aproximadamente 20.000 pacientes, 1.191 pacientes están diagnosticados de diabetes. Es clave el EAP en su seguimiento; los parámetros no solicitados impiden la evaluación de la eficacia de tratamiento y el buen control.

3206. VALORACIÓN POR LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS A DOMICILIO Y NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS MISMOS

Sánchez González, M.; Sigüenza Navarro, J.M.; Moreno Leal, A.; Torres Martínez, J.C.; Gómez García, S. y Guisado González, M.J.

DCCU Distrito Sevilla.

Objetivos. Conocer el perfil del usuario de avisos a domicilio urgentes, el uso que realizan del servicio y su nivel de satisfacción con la atención prestada.
Metodología. Estudio descriptivo-observacional. *Población:* usuarios de asistencias a domicilio del DCCU de una zona urbana (abril-mayo, 2009). *Selección:* muestreo aleatorio simple. Pasamos un cuestionario diseñado con los ítems considerados en la bibliografía como más ade-

cuados para medir satisfacción en urgencias. Total: 30 ítems: filiación, iniciativa, orientación al servicio, información telefónica, juicio clínico, gravedad autopercibida, tiempo de evolución, justificación, resolución, valoración de actuación y actitud del paciente.
Resultados. Mujeres: 58,7%; edad: 73,02 años (rango: 26-100 años). El 75% ≥ 62 años (P25). El 82,0% sin estudios/primarios. El 74,3% pensionistas. Avisaron por iniciativa propia: 50,3%. De los demás: familiar (61,0%)/teleasistencia (24,0%). Al 41,9% se informó demora y al 42,5% sobre alternativas posibles. El tiempo de espera se consideró normal (38,3%) o poco (25,7%). Juicios clínicos: dolores osteomusculares (13,2%), disnea (9%) y dolores torácicos (8,5%). Gravedad autopercibida alta (44,3%), no correlacionada con el juicio clínico. Justificaban el aviso a domicilio por sensación de gravedad (35,3%) o limitaciones físicas crónicas (29,3%)/agudas (17,4%). El 5,4% porque "no tenía transporte", 1,8% porque "era mejor que esperar en urgencias" y el 4,8% por desconocimiento del servicio. El 93,4% consideró que la atención domiciliaria había mejorado bastante/mucho su problema. El 99,4% volvería a llamar. La valoración total del equipo fue de 4,95 (sobre 5), aunque la actitud del paciente y/o la familia fue desconfiada/hostil en el 18%.
Conclusiones. La población que más utiliza este recurso (aviso domiciliario urgente) es anciana, tiene limitaciones físicas importantes, conoce el servicio y lo demanda por patologías de toda índole, la mayoría leves, pero que causan disconfort. En general, muestra gran satisfacción con la atención prestada, que considera muy resolutiva y cómoda, evitando desplazamientos a otros niveles del sistema.

3210. ESTUDIO DE LA PREVALENCIA Y MANEJO DEL DOLOR EN UN CENTRO DE SALUD

Rodrigo Claverol, M.D.; Martín Miguel, V.; Espino García, A.; Pérez Olano, B.; Peñascal Pujol, E. y Urgeles Castillón, M.C.
ABS Bordeta, Lleida.

Objetivos. Determinar la prevalencia de dolor en nuestra área básica de salud. Evaluar el nivel de dolor en el momento del estudio; describir las características del dolor. Evaluar si toman tratamiento y si consigue el control del dolor.
Metodología. Estudio descriptivo transversal. Mediante encuesta individualizada pasada por los médicos en la consulta. Muestra: pacientes que acuden a consulta de Atención Primaria por cualquier motivo. Durante febrero-marzo 2008. Variables de estudio: sexo, edad, tener dolor, duración y tipo de dolor, EVA (escala visual analógica), localización anatómica, si tratamiento, cuál y satisfacción.
Resultados. Muestra de 298 pacientes, 186 (62%) mujeres. Edad: 20% entre 20-30 años, 23% 30-40 años, 14% 40-50 años, 13% 50-60 años, 11,7% 60-70 años, 11,4% 70-80 años, 5,2% mayores de 80 años. De los pacientes encuestados, 153 (51,31%) presentaban dolor; 98 (64%) dolor crónico (> 3 meses duración). Media EVA 6 (dolor crónico 6,7, dolor agudo 5,7). Tipo: 99 osteomuscular, 21 visceral, 20 neuropático, 13 mixto. Localización predominante: 87 tronco, 52 extremidades inferiores, 48 lumbar. Tomaban tratamiento 116 y referían poca satisfacción 54, bastante 48, mucha 12. Tratamientos: AINE 83, paracetamol 62, antidepresivos 19, opioides menores 12, anticonvulsivantes 6, opioides mayores 3.
Conclusiones. La mayoría eran mujeres de 20-40 años. Predominaba dolor crónico con media de EVA 6,7 (considerado moderado-alto), afectando tronco y tipo osteomuscular. A pesar de que muchos toman tratamiento, el control es poco satisfactorio. Predomina el uso de AINE y paracetamol; destacando el escaso uso de opiodes (tienen menos complicaciones gástricas y renales). Desde la Atención Primaria deberíamos perder el miedo a utilizar los opioides; ya que con un uso racional de estos fármacos probablemente obtendremos mejor control del dolor.

3211. "VOLANDO VOY…". DERIVACIONES URGENTES AL HOSPITAL EN LAS UVI MÓVILES DE UN DCCU URBANO

Sánchez González, M.; Blanquero Callialta, M.; Recio González, J.; Guisado González, M.J.; Torres Martínez, J.C. y Leco Lamela, J.M.
DCCU Distrito Sevilla.

Objetivos. Conocer las condiciones de traslado al hospital de pacientes atendidos en domicilio y/o vía pública, así como las barreras que dificultan nuestro trabajo. Comparar con datos en período similar del año pasado.
Metodología. Estudio observacional descriptivo-prospectivo de avisos domiciliarios o en la vía pública donde realizamos traslados urgentes al hospital. ZBS-Sevilla (699.145 habitantes). Doce profesionales cumplimentaron hojas sobre traslados realizados durante dos meses (abril-mayo, 2009). Ítems: uso de gálibos-sirenas al inicio y/o final del aviso (GSI/GSF), hombres/mujeres del equipo, características del paciente: obesidad/corpulencia, agitación/agresividad; colaboración del paciente y/o familia; vivienda (accesibilidad y barreras arquitectónicas), climatología, material, apoyo externo, colaboración de otros servicios públicos, equipo electromédico, sueroterapia y oxigenoterapia para traslado.
Resultados. GSI: 68,4%; GSF: 57,8%. Miembros del equipo: 2 hombres + 1 mujer: 89,5%; celador-conductor: hombre: 97,4%; paciente obeso/corpulento: 50% o agitado/agresivo: 21,1%. No colaboraba nada o sólo se ponía de pie: 65,7%. El 23,7% sin ascensor, de ellos: el 75% se bajaron 2 pisos, teniendo el 18,4% escaleras difíciles. Encontramos otras barreras arquitectónicas (bolardos, coches mal aparcados, etc.): 92,1%. Usamos: silla-trineo: 23,7%; silla-ruedas: 52,6%. Precisamos apoyo para traslado en: 2,6%. La policía nos asistió: 10,5% (avisos potencialmente conflictivos). El paciente bajó con monitor + oxígeno sueroterapia: 28,9%. La familia colaboró: 39,5%. En el 50% consideramos que el clima dificultaba el traslado. No hay diferencias cualitativas estadísticamente significativas respecto al mismo período del año anterior, si bien ha aumentado el número de avisos y traslados realizados (4,1%).
Conclusiones. Creemos que la labor del servicio de urgencias extrahospitalario con atención domiciliaria o en vía pública, por las características del paciente, entorno y ambiente donde se desarrolla -en ocasiones muy hostil- no tiene parangón y es infravalorada. Es un servicio donde el trabajo en equipo adquiere su máxima expresión, y donde médico y enfermero a menudo "cuelgan el fonendoscopio" para echar una mano al celador-conductor en los traslados.

3214. EMBARAZO Y ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MEDIO RURAL

Gandía Moya, C.; Macián Cerdá, A.; Pons Ruiz, A.M.; Santandereu García, C.; Rabanaque Mallen, G. y Obrer Ibáñez, A.
Centro de Salud Segorbe, Castellón.

Objetivos. Valorar la percepción de las embarazadas de una Zona Rural sobre la atención sanitaria durante el seguimiento del embarazo.
Metodología. Estudio descriptivo, transversal, cualitativo. *Ámbito:* AP de 3 zonas rurales (4.778 mujeres en edad fértil); 168 embarazadas atendidas para control de embarazo durante 2007. Muestreo consecutivo de 72 hasta saturación de información. Consentimiento informado. Cuestionario semiestructurado, preguntas cerradas con variables sociodemográficas, sobre atención y necesidades asistenciales. Entrevistas individuales grabadas. Técnica conversacional dirigida. Trascripción de información. Triangulación. Información observacional de matrona como informadora clave.
Resultados. Ciento cuarenta y dos de 2 centros de salud con seguimiento del embarazo y preparación al parto; 26 de 3ª zona que configura la Comarca, con sólo control de embarazo. El 84,2%, españolas, 15,8% inmigrantes. Edad media 26,7 años (20-46), estudios no universitarios 74%. Nivel económico medio-alto 86,7%. El 48,7% es primípara. El 74,5% de las 142 hace preparación al parto, el 25,5% que no lo hace son musulmanas, multíparas y por motivos laborales. El 10% que controlan su embarazo en ginecólogos privados hacen preparación al parto en el centro de salud. Las de la zona en que no se hace preparación al parto manifiestan descontento y reivindican la necesidad de su implantación. Especialmente las primíparas refieren desconocimiento sobre el embarazo y el parto, la necesidad de información, formación y apoyo, que esperan encontrarlo en matronas y médicos de familia, además de controles protocolizados con Ginecología.
Conclusiones. AP es el ámbito que favorece la accesibilidad y la comunicación personal sanitario-embarazada. Es importante potenciar y actualizar programas multidisciplinares de control de embarazo y preparación al parto que ofrezcan formación y apoyo.

3215. ¿CUÁL ES EL ESTADO DE SALUD PERCIBIDA EN UNA POBLACIÓN DE 85 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Badia Farré, T.[a]; García Jordán, M.J.[b]; Henares Sánchez, B.[a]; Esteve Balague, Ll.[a]; Salvador Gareta, D.[a] y Jiménez Jiménez, C.[a]
[a]ABD Martorell. [b]SAP BAIX Llobregat Nord.

Objetivos. Analizar la calidad de vida y los factores explicativos asociados al estado de salud percibida en la población de 85 años en un centro de Atención Primaria.

Metodología. *Diseño:* descriptivo, transversal. *Ámbito:* municipio urbano de 26.784 habitantes, 106 individuos de 85 años. *Sujetos:* individuos de 85 años asignados a centro de Atención Primaria, no institucionalizados, obtenidos por muestreo aleatorio simple a partir de registro central en Atención primaria (N: 44). *Variables:* sexo, convivencia. Co-morbilidad: índice de Charlson. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): índice de Barthel. Cuestionario de calidad de vida: EUROQOL-5D. Análisis estadístico: proporciones, medidas de tendencia central y dispersión IC 95%. Se aplica significación estadística 0,05, t de Student para cuantitativas y λ^2 para cualitativas o U de Mann-Whitney.
Resultados. Sexo: 63,4% mujeres. Viven solos 27,3%. ABVD: autónomos-dependencia leve: 93,2%. Comorbilidad baja-moderada: 31,9%. EQ-5D: problemas en dimensión dolor: 59,1%; ansiedad-depresión: 45,4%; movilidad: 45%. Percepción estado de salud actual: EVA 63,57, DE ± 17,04: Estado de salud comparativa últimos 12 meses: mejor: 18,2%; igual: 52,3%; peor: 29,5%. Índice de valores de preferencia: 0,67 DE ± 0,26. De las variables estudiadas, la situación de dependencia funcional está relacionada con la percepción del estado de salud actual y el índice de valores de preferencia ($p < 0,001$).
Conclusiones. Un tercio de individuos viven solos, con buen estado de salud y dependencia funcional. Un elevado porcentaje de individuos presentan alteraciones en las dimensiones del dolor, movilidad y presencia de ansiedad/depresión. La mayoría de individuos refiere una buena percepción del estado de salud actual y comparativa en los últimos 12 meses, relacionada con la dependencia funcional. Un tercio de ellos ha percibido un empeoramiento de su estado general en el último año.

3217. ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS (UCCUS) DE UN DISTRITO URBANO

Sánchez González, M.; Fernández Miñano, M.C.; Rubio Palomino, M.C.; Medina Ortega, S.I.; Blanquero Callialta, M. y Recio González, J.
DCCU Distrito Sevilla.

Objetivos. Conocer las características de la población que demanda anticoncepción poscoital de emergencia (APE) en los puestos fijos de urgencias (UCCU), los motivos principalmente aducidos en la petición y la postura del profesional sanitario ante la demanda.
Metodología. Estudio descriptivo transversal, mediante análisis de ficha de recogida de datos, cumplimentada por un médico en el momento de la demanda. Emplazamiento: todos los centros periféricos de urgencias del área urbana de Sevilla (8).Población: todas las mujeres que demandaron APE entre enero de 2008 y marzo de 2009 (total = 2.300). Intervenciones: se pautan como APE dos métodos hormonales: Yuzpe y Levonogestrel. *Variables:* analizamos la edad, el anticonceptivo habitual, APE previa, administración de APE o motivos de no administración.
Resultados. Por edades, el intervalo más frecuente es 20-24 años (799, 34,73%). Método anticonceptivo habitual más frecuente: preservativo: 1.868 (81,21%). Motivo más frecuente de demanda: rotura del preservativo 1.561 (67,86%). No habían usado APE previa: 1.097 (47,69%) y se intervino en 2.261 (98,30%), siendo el método más usado: Levonogestrel. Se derivaron a otro centro: 11 (0,47%). No se administró APE a 27 (1,17%), sobre todo por mínimo riesgo de embarazo.
Conclusiones. La población demandante es joven, conoce el método y lo utiliza, sobre todo cuando surgen problemas con el preservativo. Es importante saber que no debe utilizarse como método anticonceptivo habitual, por lo que debemos insistir en la adecuada educación sexual, más teniendo en cuenta que va a dispensarse en breve en farmacias a todas las usuarias que lo soliciten.

3222. CONTROL ANTICOAGULACIÓN ORAL EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA URBANO

Escoda Mingot, J.[a]; García Fortea, M.[a]; Ulltrell Olaria, A.[a]; Armengol Badía, O.[a]; González Medina, M.[a] y Sánchez Colom, J.M.[b]
[a]ABS Poblenou, Barcelona. [b]ABS Santa Margarida de Montbui, Barcelona.

Objetivos. Revisar el grado de cumplimiento de los pacientes en tratamiento con acenocumarol. Comparativa de los pacientes tratados en un Centro de Atención Primaria (CAP) respecto a los pacientes controlados en el hospital de referencia.
Metodología. Estudio descriptivo transversal de pacientes en tratamiento con acenocumarol en un CAP urbano. Variables de estudio: edad, sexo, antecedentes patológicos, índice de Charlson, rango terapéutico estricto y ampliado.
Resultados. De los 293 pacientes en tratamiento con acenocumarol, un 63,13% se controlan en el CAP. De ellos, el 73,4% son fibrilaciones auriculares. El resto corresponde a pacientes con enfermedad cerebrovascular, embolia pulmonar o prótesis valvular. El índice de comorbilidad de Charlson aplicado a los pacientes es de 3,6 frente al 3,05 de los pacientes con control hospitalario. El promedio de edad es de 77 años para la Atención Primaria y de 70,7 años para la atención hospitalaria. El control en rango terapéutico estricto es de un 58,59% y un 73,31% en rango ampliado. El tiempo en rango es de un 85,18% en rango ampliado y un 73,33% en rango estricto.
Conclusiones. Los pacientes en tratamiento anticoagulante controlados en Atención Primaria presentan una comorbilidad similar a los controlados hospitalariamente y un buen control terapéutico según bibliografía consultada.

3225. PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL ATENDIDOS POR EL DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS (DCCU) EN UNA ZONA URBANA

Sánchez González, M.; Medina Ortega, S.I.; Grueso Díaz, J.; Gómez García, S. y Torres Martínez, J.C.
DCCU Distrito Sevilla.

Objetivos. Conocer el perfil-tipo de pacientes atendidos en domicilio por dolor abdominal (DA), características del síntoma, cronas de nuestro centro coordinador (CCU) y unidades móviles del DCCU (EM), gravedad percibida en consulta telefónica (prioridad-CCU) y tras valoración domiciliaria (prioridad-DCCU), juicio clínico, manejo del cuadro e índice de resolución.
Metodología. Estudio observacional descriptivo. Revisión de historias de marzo-2009 (total: 3.398). Recogimos datos de todas las HC de pacientes visitados en domicilio, que consultaron por "dolor abdominal". *Variables:* edad, sexo, antecedentes personales, calidad de vida, cronas y prioridad-CCU y DCCU-móviles, síntomas asociados, sospecha diagnóstica, tratamiento y derivación.
Resultados. Paciente-tipo: mujer (67,5%); de 69 ± 17años (rango 16-89 años); demencia: 10%; terminal: 5%; inmovilización: 7,5%; buena calidad de vida: 87,5%; HTA: 57,5%; DM: 30%; cardiopatía: 25% (arritmias: 10%); alteraciones biliopancreáticas: 12,5%; neoplasias: 7,5%; síntoma más asociado: náuseas/vómitos (30%); exploración abdominal consta en el 85%; no se realizó ECG -probablemente indicado por protocolo- en el 32,5%.No se practicó test de gestación indicado: 5% (no procedía en el 90%). No se realizó Bmtest en el 5% de los diabéticos con DA. La mayoría consultó en horario nocturno (52,5%). Prioridad-EPES: urgencia no demorable (UND): 87,5%; prioridad-DCCU: 40% (UND) y 40% aviso-domiciliario (AD). Demora-EPES: 70,9 min (rango: 4-404 min); demora-DCCU: 14,28 min (rango: 2-59 min). Tiempo de asistencia medio: 28,6 min. Tiempo total medio: 42,92 min. Se administró analgesia: 65,0% y se derivó al hospital: 20,0% (resolución 80%).
Conclusiones. El DA pone a prueba la calidad y efectividad de los dispositivos de urgencias. Su característica de plurietiológico, con gravedad potencial, confiere a su abordaje la necesidad de seguir protocolos de actuación estandarizados, para que el acto asistencial sea resolutivo, evitando los circuitos habituales, que provocan para los pacientes: retrasos injustificables, incertidumbres y riesgos.

3251. ADICCIÓN A NUEVAS TECNOLOGÍAS (VIDEOJUEGOS) EN ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO Y HÁBITOS TÓXICOS

Cabrera Mateos, J.L.[a]; Toledo Perdomo, I.[b]; Mendoza Luzardo, M.C.[c]; Santana Farsi, A.[d]; Báez Álvarez, A.[e] y García Zerpa, R.[f]
[a]C.L. Pto. del Carmen, Tias-Lanzarote. [b]Hospital Gral. José Molina Oroza, Arrecife de Lanzarote. [c]Centro de Salud San Bartolomé-Tinajo, San Bartolomé de Lanzarote. [d]Centro de Salud Haria, Haria. [e]Centro de Salud Yaiza, Yaiza. [f]Z.B.S. Arrecife I, Arrecife de Lanzarote.

Objetivos. Conocer la prevalencia de la adicción a videojuegos en adolescentes y su relación con trastornos del sueño y consumo de tabaco y alcohol.
Metodología. Estudio descriptivo transversal. Tamaño muestral = 1.700 adolescentes (muestreo aleatorio por conglomerados). Instrumento de medida: cuestionario autoadministrado incluyendo test de adicciones ge-

neral (aplicado a videojuegos) (rango: 11-77). Fueron válidos 1.532. Eran varones 777 (50,7%). Edad media corregida = 15,31 años (DE: 1,79).
Resultados. Puntuación media del test de adicciones a videojuegos = 27,78 (DE: 12,67). Superior en varones: 29,38 frente a 26,15 (p < 0,001). Disminuye con la edad (desde 29,57 a los 12 años hasta 23,43 a los 18; p < 0,001) (mujeres de 28,56 a 21; p = 0,001) (varones de 30,48 a 25,83; p = 0,067). Los adolescentes con insomnio puntuaron más que los no insomnes (29,14 frente a 27,39; p = 0,025) y presentaron mayor prevalencia de posible adicción (19,7% frente a 13%; p = 0,002). Los que presentaron ronquidos con ahogo también presentaron mayor prevalencia de adicción (31,8% frente a 14,2%; p = 0,03). Los pacientes con pesadillas puntuaron más en el test (29,47 frente a 27,43; p = 0,017) y presentaron una mayor prevalencia de adicción (22,3% frente a 12,8%; p < 0,001). Mayor prevalencia en los que habían bebido alcohol alguna vez (16,4% frente a 8,2%; p < 0,001) o en los últimos 12 meses (16,1% frente a 11,5%; p = 0,015). Menor puntuación del test en el grupo que había bebido en el último mes (26,5 frente a 28,7; p = 0,001).
Conclusiones. La adicción a los videojuegos es más frecuente en adolescentes varones de menor edad, que presentan con mayor frecuencia trastornos del sueño y que alguna vez han tomado alcohol.

3254. ESTUDIO DE LA "DISNEA" COMO MOTIVO DE AVISO DOMICILIARIO URGENTE DE LOS DCCU EN UNA ZONA URBANA

Sánchez González, M.; Gómez García, S.; Medina Ortega, S.; Sigüenza Navarro, J.M.; Grueso Díaz, J. y Blanquero Callialta, M.
DCCU Distrito Sevilla.

Objetivos. Conocer el perfil del usuario que demanda aviso a domicilio por "disnea" al Servicio de Urgencias. Valorar la gravedad real del paciente. Concordancia y discordancia entre sospecha diagnóstica de la valoración telefónica y diagnóstico final del médico que lo atiende. Conocer el manejo que hacemos según el juicio clínico y el grado de resolución en domicilio.
Metodología. Estudio descriptivo transversal. Revisión de todas las historias clínicas con motivo de consulta "asfixia" o "disnea", de marzo-2009 (total = 3.398). *Variables:* edad y sexo del paciente, prioridad-EPES/DCCU, cronas-CCU/DCCU, antecedentes personales (neumopatías, FRCV, etc.), exploración física, constantes y pruebas complementarias, juicio clínico, tratamiento administrado y prescrito. Derivación. Traslado.
Resultados. Paciente-tipo: mujer (59,5%); edad: 77 años (37-97 años); avisa en franja horaria: 8:00-16:00 h (39,9%); HTA (55,7%); cardiópata (43,7%); DM (22,8%); EPOC: (43,7%); no fumadora (92,4%); con buena calidad de vida (85,4%); presenta BEG (79,7%); respiración paradójica (24,7%); tiraje (18,4%); exploración: ACR: (98,7%); $SatO_2$ (94,3%); Tª (86,1%); ECG (31%). Se practicó ECG al 23,07% de los que tenían "ansiedad"; banales (25,9%); juicio clínico: EPOC reagudizada (32,9%); CVA (13,3%); bronquitis aguda (13,3%); disnea cardíaca(7%); ansiedad (8,2%). Prioridad-EPES/DCCU: emergencias: 0,6/8,2%; urgencias no demorables (UND): 88/58,2%; demorables (UD): 10,8/12,0%; avisos domiciliarios (AD): 0/21,5%; coincidencias EPES-DCCU: 58,2%. Derivación hospitalaria: 27,6% (resolución: 72,4%). Tratamiento: O_2 (52,5%); broncodilatadores (41,1%); corticoides IV/IM (44,9%); psicotropos (12%); demora EPES: 50,89 min; DCCU: 14,57 min. Tiempo-asistencial: 31,82 min. Tiempo-total: 46,34 min.
Conclusiones. Los motivos de disnea son infinitos y variopintos, sin embargo no encontramos diferencias significativas en el manejo del cuadro y en las pruebas realizadas para discernir el diagnóstico. Si bien los motivos banales son frecuentes (25,9%), dilatan el tiempo de asistencia empleado de idéntica forma que los motivos graves, tal vez por: la demanda del paciente con demasiada información, mal dirigida, y la tendencia a la medicina defensiva extendida en los últimos tiempos que obliga a estandarizar los protocolos de actuación.

3255. PSICOTERAPIA DE TIEMPO LIMITADO EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN TRATAMIENTO ÚTIL EN TRASTORNOS AFECTIVOS

López López, F.[a]; Reviriego Jaén, G.[b]; Aranda García, Y.[b]; Cano Espin, A.[c] y Reverte Asuero, C.[a]
[a]Centro de Salud Vicente Muzas, Madrid. [b]Centro de Salud Barajas, Madrid. [c]CA Canillejas, Madrid.

Objetivos. Derivar al profesional formado en psicoterapia de orientación dinámica, pacientes susceptibles de atención psicoterapéutica. Mejorar la evolución clínica de los trastornos afectivos mediante tratamiento psicoterapéutico y farmacológico. Realizar un tratamiento precoz que disminuya el sufrimiento inicial de los pacientes. Ofertar una alternativa terapéutica en el escenario de la atención primaria.
Metodología. Estudio transversal de 65 pacientes. *Variables:* puntuación en la escala de Hamilton para la depresión (HDRS-17) antes y después del tratamiento con psicoterapia de tiempo limitado. Medición de la mejoría clínica por comparación de resultados de la escala de Hamilton (EH). Realización del tratamiento mediante 14 sesiones de 30 minutos de duración y en frecuencia semanal, divididas en: encuadre, evaluación psicopatológica, tratamiento y seguimiento del paciente.
Resultados. N: 65, mujeres 82% y hombres 18%. Diagnósticos más frecuentes: ansiedad 22%, depresión 50%, distimia 7%, TOC 6%, trastorno reactivo 15%.
Conclusiones. Hay mejoría clínica en pacientes en tratamiento combinado de psicoterapia y psicofármacos, medida por la EH, ya que reducen su puntuación en esta escala en más del 50%. Asimismo, los pacientes valoran esta alternativa como muy adecuada a su patología.

3260. MONITORIZACIÓN DEL EQUIPO DE PARQUE MÓVIL DEL DCCU DE UNA ZONA URBANA, RESULTADOS A LOS DOS AÑOS DEL COMIENZO

Sánchez González, M.; León Álvarez, J.L.; Fernández Miñano, M.C.; Rubio Palomino, M.C.; Blanquero Callialta, M. y Recio González, J.
DCCU Distrito Sevilla.

Objetivos. Dar a conocer el funcionamiento del parque móvil de un DCCU urbano. Evaluar los resultados después de dos años de instauración de la Monitorización del Servicio de Mantenimiento que realizamos en el garaje de nuestros Equipos Móviles (EM). Analizar los logros alcanzados e identificar los aspectos mejorables.
Metodología. Análisis del Equipo del Parque Móvil (EPM) del DCCU, Distrito-Sevilla, que cuenta con Jefe de Parque, 32 celadores-conductores de EM, 30 de puestos fijos (UCCU), 13 de Garaje y 12 de Plantilla de Continuidad Asistencial (PCA). Funciona 24 horas, 365 días/año. Tiene: 11 ambulancias medicalizadas (para 32-EM) y 12 VUM (vehículos de uso múltiple, para: avisos programados de Enfermería, avisos domiciliarios [AD] de médicos de Atención Primaria de dos zonas de Sevilla y apoyo en urgencias demorables [UD] en aumento de demanda asistencial). Todos los días activamos 12 ambulancias. Funciones EPM: 1) Organizativas: recepción/entrega de vehículos, telefonía-móvil/PDA; custodia de historias clínicas y registros de cronas, rodaje, combustible, equipación e incidencias tras cada guardia; auxilio logístico de UCCU (horarios nocturnos/festivos). 2) Mantenimiento mecánico: limpieza/fumigación, revisiones periódicas, inspecciones técnicas (itv) y sanitarias de vehículos (its); control de averías. 3) Mantenimiento sanitario: revisión-reposición del material (auxiliares). 4) Mantenimiento electromédico: control de averías/gestiones técnicas. 5) Mantenimiento del material de movilización-inmovilización: camillas, tableros-espinales, colchón-vacío, férulas-neumáticas/vacío, etc.
Resultados. Desde que la monitorización comenzara, ha mejorado la organización del servicio: las condiciones de trabajo en ambulancias (habitabilidad, temperatura, etc.); disminución de averías (35%, respecto a años anteriores), control de pérdidas/gasto, conservación-ordenación del material. Disminución (-13%) del tiempo de activación EM. Reducción de AD para EM (-16%), cuando salen los VUM.
Conclusiones. Ha mejorado notablemente el mantenimiento, debido a la monitorización y a la incorporación hace dos años de la PCA, con formación y experiencia en el manejo de ambulancias. Sabiendo que aún nos queda mucho por hacer, creemos haber logrado una asistencia con un soporte logístico organizado, eficaz, eficiente y efectivo.

3261. VALORACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES Y CREENCIAS DEL PACIENTE SOBRE EL MISMO

Moreno Barranco, N.; Girona Amores, A.; Pizarro Romero, G. y Fitó Egea, I.
ABS Badalona-6, Badalona.

Objetivos. Valorar: 1) La adecuación de la prescripción de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y la adherencia al tratamiento. 2) Las creencias del paciente acerca de su efecto. 3) La necesidad de diagnóstico de dispepsia no filiada.

Metodología. La selección de la muestra se hizo sobre los pacientes consumidores habituales de IBP que acuden a dos consultas de nuestro centro durante el mes de abril. *Variables:* cuestionario específico para responder los objetivos 1 y 2 y sobre la correcta indicación utilizamos la guía clínica de Gencat/ICS.
Resultados. Reclutados 34 pacientes, el 53% tiene correcta indicación de tratamiento con IBP, prescrito por el médico de familia en el 62% de los casos, representando el omeprazol 20 mg un 86% de los casos. Un 38% cree que protege contra todos los medicamentos, sólo el 23% tiene creencia correcta acerca del mecanismo de acción y en general no atribuyen efectos secundados a la toma de IBP. Un 26% lo toma ante dispepsia ocasional (la mitad de los casos asociado a alcalinos). Un 29% necesita estudio endoscópico por dispepsia no filiada.
Conclusiones. Prescripción correcta aunque con poca adherencia al tratamiento quizá debido a la creencia errónea del paciente sobre el efecto del IBP, influenciado tal vez por la calificación de "protector" que utilizamos para referirnos a este grupo de fármacos. Remarcar que los IBP presentan interacciones farmacológicas y efectos secundarios relevantes. Debemos estudiar la dispepsia de larga evolución sin enmascarar la sintomatología de lesión maligna con toma prolongada de antiulcerosos.

3262. RIESGO DE FRACTURA Y MENOPAUSIA: CON Y SIN INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA

Afonso Navarro, C.M.[a]; Díaz Paquez, F.[b]; Duque Hernández, J.G.[c]; Bethencout Marante, J.S.[d]; Montes Gómez, E.[b,e] y Cantabrana Aluti, A.[e]

[a]Centro de Salud Finca España, Tenerife. [b]Centro de Salud Anaga, Tenerife. [c]Centro de Salud Dr. Guigou, Tenerife. [d]Centro de Salud Laguna Mercedes, Tenerife. [e]Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife.

Objetivos. A la vista de los resultados descriptivos de dos muestras de mujeres menopáusicas con (MT) y sin tratamiento (MNT) para la osteoporosis, comparamos ambas para intentar encontrar los motivos de la intervención farmacológica.
Metodología. Dos grupos de mujeres de edad similar, 173 MNT de 62,4 ± 9,2 años, y 129 MT de 64,8 ± 9,6 años, elegidas al azar en nuestras consultas. Se compararon los factores de riesgo recogidos con la herramienta FRAX. Ante la evidencia que señala la improcedencia de emplear el FRAX en mujeres con tratamiento, se investigó la situación basal de las MT antes de que hubieran sido medicadas.
Resultados. El 34,1% de las MT superaba los 70 años, frente al 22,0% de las MNT. Con similar edad de menopausia, en las MT la causa fue inducida en el 10,4% frente al 1,3% de las MNT ($p < 0,012$). Ambos grupos fueron similares en IMC ($p < 0,216$), fractura de cadera en padres ($p < 0,584$), glucocorticoides ($p < 0,901$), artritis reumatoide ($p < 0,435$) y alcohol ($p < 0,089$). Las MT presentaron más fracturas por fragilidad (15,5% frente a 3,5%, $p < 0,000$), tabaquismo (19,4% frente a 10,4%, $p < 0,027$) y osteoporosis secundaria (6,2% frente a 0,6%, $p < 0,004$). El nivel de intervención para las fracturas mayores osteoporóticas (≥ 20%) lo alcanzaron 2 MT y ninguna de las MNT (p = NS), y el de cadera (≥ 3%), 21,1% de MT y el 12,7% de MNT ($p < 0,001$).
Conclusiones. La diferencia en el riesgo de fractura de cadera en las MT, pensamos sea debido al peso que la edad y las fracturas previas tienen en el cálculo realizado mediante la herramienta FRAX.

3263. MENOPAUSIA Y RIESGO DE FRACTURA DE NUESTRA POBLACIÓN

Bethencout Marante, J.S.[a]; Toledo Marante, M.M.[b]; Mirpuri, P.G.[b]; Montes Gómez, E.[c]; Pérez Martín, M.P.[c] y González García, L.M.[d]

[a]Centro de Salud Laguna Mercedes, Tenerife. [b]Centro de Salud Dr. Guigou, Tenerife. [c]Centro de Salud Anaga, Tenerife. [d]Centro de Salud ARONA I.

Objetivos. El FRAX es una herramienta presentada por la OMS para el cálculo del riesgo de fractura. Los factores de riesgo (FR) que evalúa y su fácil aplicación lo convierten en un método rápido y accesible para utilizar en la consulta diaria. Los límites de riesgo de fractura a 10 años que plantea para la intervención son, en fractura de cadera ≥ 3%, y ≥ 20% en otro tipo de fracturas.
Metodología. Para verificar su utilidad y describir nuestra población elegimos una muestra al azar de 173 mujeres, entre 40 y 90 años, menopáusicas y sin tratamiento para osteoporosis, que acudieron a consulta entre enero y marzo de 2009.
Resultados. La edad media fue 62,4 ± 9,2 años, con menopausia natural en el 98,7% a la edad de 50,9 ± 2,5 años. La incidencia de los FR analizados fue: índice de masa corporal < 24,9 kg/m^2, 20,3%; fractura por fragilidad previa, 3,5%; fractura de cadera en padres, 10,4%; fumadora activa, 10,4%; glucocorticoides, 1,7%; artritis reumatoide, 1,7%; osteoporosis secundaria, 0,6%, y alcohol, 0,6%. El 95,9% no presentó ningún FR. El riesgo de fracturas osteoporóticas mayores en ningún caso superó el 20%, y para fractura de cadera 22 mujeres (12,7%) superaron el 3% de probabilidad de fractura a 10 años.
Conclusiones. Se constató la facilidad de aplicación del FRAX en una consulta ordinaria informatizada, así como la concordancia entre los FR encontrados, y los riesgos de fractura encontrados, sobre todo en la incidencia de la edad sobre el riesgo de fractura de cadera.

3264. MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS EN NUESTROS CENTROS DE SALUD

González García, L.M.[a]; Duque Hernández, J.G.[b]; Afonso Navarro, C.M.[c]; Díaz Paquez, F.[c]; Toledo Marante, M.M.[a,d] y Cantabrana Aluti, A.[e]

[a]Centro de Salud Arona I, Tenerife. [b]Centro de Salud Dr. Guigou, Tenerife; [c]Centro de Salud Finca España, Tenerife. [d]Centro de Salud Anaga, Tenerife. [e]Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife.

Objetivos. Los datos publicados indican deficiencias en la indicación del tratamiento para la osteoporosis. Para evaluar nuestra realidad, y utilizando, por su sencillez, las variables de la herramienta FRAX, analizamos en mujeres menopáusicas tratadas las características de la prescripción de su tratamiento.
Metodología. Estudio descriptivo sobre 129 mujeres (40-90 años) menopáusicas y en tratamiento, captadas al azar en nuestras consultas entre enero y marzo de 2009, y a las que se les aplicó un cuestionario de variables basado en el FRAX y datos relativos al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.
Resultados. La edad media fue de 64,8 ± 9,6 años, con inicio de la menopausia a los 49,8 ± 4,3 años. Al 38% se le indicó DMO al menos en alguna ocasión, fundamentalmente por traumatólogos y ginecólogos el 63,3% de las veces. Los FR de la muestra fueron: ninguna paciente con peso insuficiente; 15,5% fracturas previas; 8,5% fracturas cadera padres; 19,4% tabaquismo; 1,6% glucocorticoides; 3,1% artritis reumatoide; 6,2% osteoporosis secundaria, y 3,1% consumía alcohol. El 60% de ellas no presentaba FR alguno, y sólo el 27,6% valores densitométricos de osteoporosis. En el 55% el traumatólogo prescribió tratamiento, seguido del ginecólogo (24,8%), Atención Primaria (12,4%) y reumatólogo (4,7%). El inicio del tratamiento se produjo en el 45,6% de las ocasiones en los primeros 10 años de menopausia de nuestras mujeres.
Conclusiones. Encontramos una baja participación de Atención Primaria en el manejo de la osteoporosis, baja indicación de DMO y alta tasa de tratamiento ante una mayoritaria ausencia de FR y de indicación densitométrica.

3267. RM Y TC EN LA FRECUENCIA DE LAS DISTINTAS METÁSTASIS Y VÍAS DE METASTATIZACIÓN INTRACRANEALES

Álvarez Tutor, J.; Álvarez Tutor, E.y Sauret, J.

Centro de Salud de Ermitagaña.

Objetivos. Observar la frecuencia de metastatización y la vía por la que se diseminan al cerebro, desde los distintos órganos del resto del cuerpo.
Metodología. Se recogieron los hallazgos descubiertos por RM y TC de los distintos pacientes que fueron sometidos a dichos estudios, por sospecha clínica de metástasis cerebrales en tumores primarios ya conocidos.
Resultados. Se encontraron 34 pacientes con metástasis intraparenquimatosas por vía hematógena: a) 13 carcinomas de mama; b) 11 carcinomas de pulmón; c) 3 melanomas; d) 2 carcinomas de colon; e) 2 linfomas no Hodgkin; f) 1 carcinoma anaplásico de tiroides; g) 1 leucemia linfoide aguda, y h) 1 adenocarcinoma de ovario. Ocho pacientes tuvieron metastatización a través del líquido cefalorraquideo (LCR): a) 3 meduloblastomas; b) 2 ependimomas; c) 2 glioblastomas multifor-

mes, y d) 1 pinealoblastoma. Tres pacientes presentaron diseminación hematógena carcinomatosa leptomeníngea: a) 1 carcinoma pulmonar; b) 1 adenocarcinoma de ovario, y c) 1 carcinoma de vejiga.
Conclusiones. La vía más frecuente de metastatización al cerebro es la hematógena, con un 82,22% de los tumores, siendo el carcinoma de mama con un 28,88% la neoplasia que más frecuentemente metastatiza, seguida del carcinoma pulmonar, con un 26,66%. Los tumores que metastatizan a través del LCR son todos primarios del sistema nervioso central (SNC), siendo el más frecuente el meduloblastoma, con un 6,66%. La diseminación hematógena carcinomatosa leptomeníngea con afectación exclusiva de las meninges es una rareza y no parece seguir un patrón de conducta propio de ninguna tumoración primaria.

3268. ESTUDIO MEDIANTE RM DE LA MIELOPATÍA TRANSVERSA AGUDA NO TRAUMÁTICA

Álvarez Tutor, J.; Álvarez Tutor, E. y Sauret, J.
Centro de Salud de Ermitagaña.

Objetivos. La mielopatía transversa aguda es aquella lesión a cualquier nivel de la médula que, independientemente de su longitud, afecta todo su espesor, con inicio clínico brusco y un tiempo de instauración inferior a 4 semanas. Relacionamos las imágenes obtenidas mediante RM en enfermos con mielopatía transversa aguda con el diagnóstico y evolución del cuadro clínico.
Metodología. Hemos estudiado 29 casos de mielopatía transversa aguda, mediante RM, valorando sobre todo las secuencias largas potenciadas en T2, en el momento de la instauración y posteriormente en su evolución de forma seriada.
Resultados. Hemos analizado 9 casos de esclerosis múltiple, 6 de encefalomielitis aguda diseminada, 4 de neuromielitis óptica, 4 de naturaleza infecciosa, 2 parainfecciosos, 1 de mielitis lúpica, 1 de neurosarcoidosis, y 2 casos de mielitis idiopática. En todos ellos apareció inicialmente un engrosamiento medular difuso con hiperintensidad en T2 y FLAIR.
Conclusiones. La esclerosis múltiple con afectación medular puede debutar como una mielopatía transversa aguda. Valoraremos las imágenes por RM con la clínica para analizar su evolución. La hiperintensidad en T2 y FLAIR tiende a desaparecer cuando la clínica es favorable y el paciente va mejorando en sus funciones nerviosas, aunque una persistencia de hiperintensidad difusa en T2 y FLAIR a veces no guarda relación con la clínica. El hallazgo de peor pronóstico es la atrofia medular.

3269. ASPECTOS ECOGRÁFICOS DEL CARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR

Álvarez Tutor, J.; Álvarez Tutor, E.y Sauret, J.
Centro de Salud de Ermitagaña.

Objetivos. El carcinoma de vesícula biliar es asintomático en su fase precoz. Cuando se hace sintomático es indistinguible de otras enfermedades vesiculares, como la colecistitis. Hemos revisado nuestra casuística entre 2005 y 2007, valorando la presentación clínica, los hallazgos ecográficos y la histopatología.
Metodología. Se revisan 19 pacientes con una edad media de 70 años, siendo 14 (74%) de ellos mujeres y 5 hombres, por lo que podemos ver una relación de frecuencia de 4:1 del carcinoma vesicular a favor de las mujeres. Se estudian los 19 casos con ecografía, punción biopsia ecodirigida, e histopatología de las lesiones.
Resultados. Los hallazgos ecográficos del carcinoma vesicular presentan los siguientes aspectos: 1) Masa ocupando el lecho vesicular: 9 pacientes (47%). 2) Engrosamiento focal o difuso de la pared vesicular: 3 pacientes (16%). 3) Masa intravesicular: 7 pacientes (37%). 4) Invasión hepática: 10 pacientes (50%). 5) Colelitiasis: 17 pacientes (90%). La histología presentó los siguientes hallazgos: 1) Adenocarcinoma: 17 pacientes (90%). 2) Carcinoma de células escamosas: 2 pacientes (10%). La presentación clínica más frecuente en estos pacientes se presentó de las siguientes formas: 1) Síndrome constitucional: 13 pacientes (68%). 2) Dolor cólico en hipocondrio derecho: 12 pacientes (63%). 3) Ictericia: 12 pacientes (63%). 4) Dolor abdominal generalizado: 14 pacientes (74%).
Conclusiones. De acuerdo con otros autores, pensamos que son datos sospechosos de neoplasia vesicular la sustitución de la misma por una masa, la invasión hepática y la presencia de masa intraluminal de borde irregular. La colelitiasis predispone al carcinoma vesicular. No hay correlación clínica entre las imágenes radiológicas y el tipo histopatológico de la neoplasia, siendo, con mucho, más frecuente el adenocarcinoma. Por ello, siempre hemos de realizar una punción biopsia ecodirigida, para su análisis y posterior tratamiento.

3271. HALLAZGOS ECOGRÁFICOS DE LAS DIFERENTES ENTIDADES PATOLÓGICAS QUE PUEDEN SIMULAR UNA APENDICITIS

Álvarez Tutor, J.; Álvarez Tutor, E. y Sauret, J.
Centro de Salud de Ermitagaña.

Objetivos. Los diferentes métodos diagnósticos radiológicos en pacientes con sospecha de patología inflamatoria apendicular pueden ser útiles para excluirla o detectar otras enfermedades. Queremos mostrar las entidades patológicas que tienen un patrón ecográfico similar a una apendicitis, y que clínicamente simulan una enfermedad inflamatoria apendicular.
Metodología. La ecografía de la fosa ilíaca derecha (FID) es bastante dificultosa de realizar ya que aparte del paquete intestinal, y vásculo-nervioso, no hay órganos sólidos que puedan hacer de ventana acústica, por lo que la realización de la misma hay que hacerla con paciencia, con conocimiento de la anatomía del área, y teniendo experiencia en el tema. Los casos expuestos corresponden a una revisión de 45 pacientes que fueron enviados a nuestro servicio con la sospecha clínica de apendicitis aguda como primera posibilidad diagnóstica, desde 2004 hasta 2007, y que posteriormente tras la cirugía se evidenció que no lo fue. Los estudios realizados fueron una radiografía simple de abdomen y una ecografía abdominal utilizando transductores de 3,5 y 7,5 MHz.
Resultados. Las entidades observadas tras el acto quirúrgico de apendicectomía fueron las siguientes: 1) Linfadenitis mesentérica, 18 pacientes (40%). 2) Ileocolitis bacteriana, 11 pacientes (24,5%). 3) Enfermedad de Crohn, 5 pacientes (11,1%). 4) Cálculo ureteral, 4 pacientes (8,8%). 5) Quiste ovárico, 2 pacientes (4,4%). 6) Otras, 5 pacientes (11,1%). Entre estas últimas tenemos varios procesos que pueden hacernos confundir con una apendicitis aguda, como otras alteraciones ginecológicas: torsión anexial, embarazo ectópico, absceso tubo-ovárico y endometrioma, y otras alteraciones gastrointestinales como: diverticulitis de Meckel, carcinoma cecal y la invaginación íleo-ileal. Todos estos procesos mencionados son muy raros, por lo que aunque no se den con frecuencia, hay que tenerlos en cuenta.
Conclusiones. Numerosas entidades pueden debutar clínicamente simulando patología inflamatoria apendicular. Es importante conocer sus hallazgos radiológicos (signo del anillo o del donut, imagen fija en FID no compresible, falta de peristaltismo) para poder hacer correctamente el diagnóstico diferencial. La linfadenitis mesentérica propia de niños y adolescentes es la causa más frecuente de confusión en el diagnóstico de una apendicitis aguda, seguida por una ileitis bacteriana.

3273. ECOGRAFÍA DOPPLER EN LOS TUMORES TESTICULARES NO SEMINOMATOSOS

Álvarez Tutor, J.; Álvarez Tutor, E.y Sauret, J.
Centro de Salud de Ermitagaña.

Objetivos. Los tumores seminomatosos o seminomas son los más frecuentes de los tumores testiculares, generalmente en pacientes jóvenes, existiendo múltiples estudios sobre los mismos. El siguiente trabajo evalúa los tumores testiculares no seminomatosos con ecografía tanto en modo B como con ecografía doppler.
Metodología. Se estudiaron 8 tumores en 7 pacientes entre 2004 y 2006. En todos los pacientes se realizó un estudio ecográfico, tanto en modo b, como doppler color y doppler pulsado. Se analizó el flujo arterial intratumoral, midiendo sobre todo el índice de resistividad (IR) y el pico sistólico de velocidad (PSV). En todos los casos se estableció el diagnóstico anatomopatológico tras la cirugía.
Resultados. De los 8 tumores, 4 fueron carcinomas embrionarios (50%), 1 teratocarcinoma (12,5%), 1 teratocarcinoma con focos de carcinoma embrionario (12,5%), 1 teratoma maduro (12,5%) y 1 linfoma (12,5%). El linfoma se presentó como una infiltración difusa hipoecogénica y los 7 tumores restantes como masas heterogéneas. El tamaño osciló entre 1 y 4 cm. Se detectó flujo intratumoral en todos, excepto en el teratoma maduro. Hubo dos tumores menores de 1,5 cm, que fueron hipovasculares; el linfoma difuso y el resto de los tumores se presentaron como hipervasculares. El IR osciló entre 0,43-0,75 y el PSV entre 7-12 cm/seg.

Conclusiones. Los tumores de mayor tamaño se asocian a un mayor grado de vascularización, de manera que las variables de IR y PSV no permiten mejorar la especificidad diagnóstica. De todas formas la hipervascularización en un tumor testicular medido por doppler color nos hace sospechar la malignidad de la entidad ecográfica, una vez descartado un proceso inflamatorio, aunque a veces se pueden encontrar signos inflamatorios en los procesos tumorales. Según nuestra casuística los tumores no seminomatosos más frecuentes son los carcinomas embrionarios.

3274. PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) MEDIANTE CONTROL ECOGRÁFICO DE LOS NÓDULOS MAMARIOS. CORRELACIÓN ANÁTOMO-RADIOLÓGICA

Álvarez Tutor, J.; Álvarez Tutor, E. y Sauret, J.
Centro de Salud de Ermitagaña.

Objetivos. La ecografía mamaria es definitiva en las lesiones quísticas. Sin embargo, las lesiones sólidas plantean dudas semiológicas que obligan a una punción ecoguiada complementaria, siendo fundamental en el nódulo sólido no palpable, y cuando existe dificultad en los nódulos palpables. Nuestro objetivo es diagnosticar todo nódulo sólido.
Metodología. Se puncionan mediante PAAF ecoguiada o control ecográfico 126 nódulos sólidos, cuyo rango de edad iba desde los 25 hasta los 67 años, durante el primer semestre de 2008. Ecográficamente fueron clasificados como benignos, malignos y dudosos. Se valoraron los signos o la semiología ecográfica para poder clasificar las lesiones en una de esas tres posibilidades, apreciando la ecogenicidad del nódulo, la transmisión del ultrasonido a través del mismo, el refuerzo ecográfico posterior, el tamaño y la morfología.
Resultados. Del total de los nódulos, 42 medían menos de 1 cm (33,3%), con lo que disminuyó de forma importante el diagnóstico correcto. La sensibilidad diagnóstica ecográfica es baja para las lesiones malignas, con un 67,74% (21/31), en la globalidad de todos los nódulos estudiados, antes de saber el resultado citológico. La citología de las lesiones la componen: 61 fibroadenomas (48,41%), 31 carcinomas (24,6%), 6 adenopatías metastásicas (4,76%), 10 lesiones sólidas benignas parecidas citológicamente (y ecográficamente) a un fibroadenoma (7,93%), como la necrosis grasa, mastopatía fibroquística, ectasia ductal, adenomatosis, etc. En 18 casos no se obtuvo material citológico para el diagnóstico (14,28%).
Conclusiones. La ecografía mamaria debe realizarse ante cualquier nódulo mamario descubierto por mamografía, por autoexploración o en una ecografía mamaria de rutina, ya que la sensibilidad diagnóstica de este método de imagen para hallar un nódulo mamario sólido es de aproximadamente el 100% de los casos según autores, siempre que el nódulo sea mayor de 5 mm. La sensibilidad diagnóstica ecográfica es baja para la malignidad o benignidad de un nódulo y disminuye aún más cuanto más pequeño sea el nódulo (0,5-1 cm). Por ello consideramos imprescindible la PAAF ecoguiada ante todo nódulo mamario sólido, como hacemos en nuestro centro, ya que el diagnóstico final nos lo dará la citología en aquellos casos en los que haya material suficiente para su evaluación. Se repetirá la punción, en caso contrario, hasta encontrar un diagnóstico definitivo.

3275. PATOLOGÍA ESCROTAL AGUDA ANALIZADA MEDIANTE ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

Álvarez Tutor, J.; Álvarez Tutor, E. y Sauret, J.
Centro de Salud de Ermitagaña.

Objetivos. Mostrar todos los casos más representativos de la patología escrotal aguda, y analizar el diagnóstico diferencial mediante ecografía, para valorar el posible tratamiento urgente tanto médico como quirúrgico.
Metodología. Hemos revisado 102 casos de escroto agudo en un periodo de dos años, desde 2005 hasta 2007, remitidos desde la urgencia. A todos los pacientes se les realizó ecografía en modo B y doppler color.
Resultados. Los motivos de consulta fueron los siguientes: 1) Dolor. 2) Inflamación. 3) Antecedentes traumáticos. 4) Aparición de masa. Las patologías encontradas se distribuyeron como sigue: 1) Epididimitis: 20 pacientes (19,6%). 2) Orquiepididimitis: 17 pacientes (16,6%). 3) Hidrocele: 16 pacientes (15,6%). 4) Persistencia de comunicación peritoneo-vaginal: 11 pacientes (10,7%). 5) Quiste de epidídimo: 7 pacientes (6,8%). 6) Torsión testicular: 6 pacientes (5,8%). 7) Torsión de hidátide: 4 pacientes (3,9%). 8) Hematoma de pared escrotal: 4 pacientes (3,9%). 9) Laceración testicular: 4 pacientes (3,9%). 10) Varicocele: 3 pacientes (2,9%). 11) Hematocele: 3 pacientes (2,9%). 12) Hernia inguino-escrotal: 2 pacientes (1,9%). 13) Tumor testicular: 2 pacientes (1,9%). 14) Hematoma de epidídimo: 2 pacientes (1,9%). 15) Piocele: 1 paciente (0,9%).
Conclusiones. La ecografía con doppler color representa un método no invasivo ideal para valorar la patología escrotal aguda. En manos de un usuario experto supone una herramienta diagnóstica muy útil, sobre todo en aquellas patologías subsidiarias de cirugía inmediata, como la torsión testicular, que puede desembocar en una gangrena, y la torsión de hidátide y/o cualquier proceso isquémico agudo en el escroto. De todas formas la epididimitis y la orquiepididimitis son las causas más frecuentes de patología escrotal aguda en urgencias.

3276. EL ORDENADOR PERSONAL SATISFACE A LOS USUARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Ortega Bravo, M.[a]; Llort Samso, L.[b]; Vidal Tolosa, A.[c]; Bordalba Layo, M.A.[d]; Vilà Jové, N.[e] y Barco López, A.[f]
[a,c,d,e,f]ABS Cappont. [b]ABS Borges.

Objetivos. Describir las opiniones de los usuarios sobre la presencia y uso del ordenador durante la visita.
Metodología. Estudio descriptivo población ≥ 15 años, consulta Atención Primaria urbana/rural. Encuesta individualizada enero-mayo 2009. *Variables:* edad, sexo, su médico le ha explicado el papel que desempeña el ordenador en la consulta (sí/no) (S/N), el médico le escucha a pesar de tener el ordenador (S/N), el ordenador es una barrera para hablar con el médico (S/N), el ordenador mejora la calidad de la asistencia (S/N), utilizar el ordenador alarga el tiempo de visita (S/N), confía en que su médico tenga introducidos informes médicos, tratamientos, visitas (S/N), el ordenador puede afectar a la confidencialidad de los datos (S/N),con historia de papel (HP) la relación con el médico es más cercana (S/N). Análisis estadístico con EpiInfo.
Resultados. Doscientos doce individuos: 80,6% urbana. Mujer 60,4%, edad media 46,1 (DE ± 18,8). Al 55% no le han explicado el papel que desempeña el ordenador en la consulta. El 95% piensa que el médico le sigue escuchando aunque esté el ordenador. El 94% considera que el ordenador no es una barrera para hablar con el médico. El 88% opina que el ordenador mejora la calidad de la asistencia. Únicamente un 11,3% cree que el ordenador alarga la visita. El 96% confía que el médico tenga introducidos informes y tratamientos. Solo un 12,7% piensa que la historia informática (HI) puede afectar a la confidencialidad. Un 23% cree que con la HP la relación con el médico era más cercana.
Conclusiones. Cabría esperar que el ordenador fuese un inconveniente y alterase la relación médico-paciente. Sin embargo, el 88% piensa que se ha mejorado la calidad de la asistencia con la HI. Los ordenadores facilitan el trabajo de los profesionales sanitarios, incrementa las posibilidades clínicas y preventivas manteniendo una buena satisfacción del usuario.

3277. VALORACIÓN ECOGRÁFICA Y RADIOLÓGICA DEL TUMOR *PHYLLODES* MALIGNO

Álvarez Tutor, J.; Álvarez Tutor, E. y Sauret, J.
Centro de Salud de Ermitagaña.

Objetivos. El tumor phyllodes maligno es un tumor de mama de estirpe fibroepitelial, infrecuente (0,5% de todos los tumores de mama). Maligniza en pequeño porcentaje (3-5%). Aproximadamente un 25% recurre localmente, y un 10% puede metastatizar a distancia, generalmente por vía hematógena (pulmón, pleura, hueso, etc.). Queremos valorar la presentación radiológica, sobre todo mamográfica, y ecográfica de este tumor y analizar su anatomía patológica.
Metodología. Presentamos dos casos de tumor phyllodes maligno con metástasis pulmonares en ambos casos y cutáneas en uno de ellos, estudiados mediante mamografía, ecografía y radiología simple de tórax, con confirmación anatomopatológica de la pieza, ya que ambas fueron extirpadas para su análisis y posterior tratamiento.
Resultados. En la mamografía el tumor *phyllodes* maligno se presenta como un nódulo de gran tamaño, alta densidad, bien delimitado, con contornos lisos o lobulados, sin microcalcificaciones (aunque pueden presentar calcificaciones grandes y amorfas), ni especulaciones asocia-

das. Ecográficamente es un nódulo hipoecogénico, bien delimitado, con buena transmisión de los ultrasonidos, pudiendo presentar quistes intramurales. Característicamente, cuando tienen un rápido crecimiento presentan áreas anecoicas en su interior, debidas a necrosis o a dilataciones ductales.
Conclusiones. El tumor phyllodes maligno es indistinguible del benigno y del fibroadenoma mediante mamografía y ecografía, por lo cual el diagnóstico definitivo de confirmación debe hacerse mediante punción aspiración por aguja fina (PAAF) o punción biopsia ecodirigida y posterior análisis citológico y/o anatomopatológico.

3280. CONTROL DEL COLESTEROL EN EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2

Ras Vidal, E.; Luque Martí, P.; Tapia Barranco, E.; Español Pons, M.; Boj Casajuana, J. y Balseéis Ghiglione, J.
CAP Sant Pere, Reus-2.

Objetivo. Conocer el grado de control del colesterol LDL en los pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) según recomendaciones de la Asociación de Diabetes (ADA).
Metodología. Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. ABS Urbana. Muestra aleatoria de 335 pacientes DM2 mayores de 30 años visitados en el último año, de un total de 1.540 registrados con esta patología. Excluimos pacientes con enfermedad cardiovascular activa. Recogemos edad, sexo, factores de riesgo CV, seguimiento de las recomendaciones de la ADA, considerando un control metabólico correcto; colesterol LDL < 100 mg/dl y medicación recibida. Análisis estadístico: chi cuadrado.
Resultados. Ochenta y cuatro pacientes (25%) tienen niveles de c-LDL < 100 mg/dl, con edad media 64,9 ± 15,2 años. El 63,1% es hipertenso, 14,3% consume tabaco, 64,3% tiene un índice de masa corporal elevado, 22,6% presenta macro o micro proteinuria y 46,4% es dislipémico. Toma hipolipemiantes 52,4%: fibratos 7, estatinas 38, resinas de intercambio iónico 1, otros inhibidores de la absorción 5. Doscientos cincuenta y un pacientes (75%) tienen niveles de c-LDL > 100 mg/dl, con edad media 64,3 ± 13,7 años. El 58,2% es hipertenso, 17,1% consume tabaco, 62,2% tiene un índice de masa corporal elevado, 15,1% presenta macro o micro proteinuria y 51,4% es dislipémicos. Toma hipolipemiantes 37,1%: fibratos 13, estatinas 81, resinas de intercambio iónico 2. Otros inhibidores de la absorción 4. No observamos diferencias estadísticamente significativas por factores de riesgo ni por grupo de medicamentos.
Conclusiones. El deficiente control del c-LDL obtenido en los pacientes diabéticos tipo 2 plantea que ha de prestarse una actividad más intervencionista en el tratamiento para seguir las recomendaciones de las asociaciones.

3281. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ADULTO MAYOR

Ras Vidal, E.; Luque Martí, P.; Boj Casajuana, J.; Isaac Casajuana, A. y Sánchez-Marín Martínez, M.
CAP de Sant Pere, Reus-2.

Objetivo. Conocer la prevalencia de los trastornos del sueño en población demandante de consulta mayor de 65 años. Definir el perfil del paciente y conocer su percepción personal.
Metodología. Estudio observacional transversal. Muestra de 88 pacientes. Precisión 8%, error alfa 5%. Por entrevista personal recogemos: datos sociodemográficos y de filiación, antecedentes patológicos. Clasificación del trastorno del sueño según criterios DSM-IV, toma de fármacos, actitud médica propuesta y valoración subjetiva del proceso.
Resultados. El 52,3% son hombres. Edad 73,8 ± 6,3 años. Estado civil: 3,4% solteros, 48,9% casados, 45,5% viudos, 2,3% separados. Estudios: 60,2% primarios, 27,3% secundarios, 12,5% analfabetos. Antecedentes psiquiátricos 17%. Antecedentes patológicos: 11% osteoarticular, 48,9% cardiovascular y 10,2% endocrino-metabólico. El 59,1% afirma tener problemas para dormir, diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) por sexo y por presencia de antecedente psiquiátrico, 4,5 ± 0,8 horas de descanso nocturno. Tipo de problema: 88,5% insomnio (27 conciliación, 21 mantenimiento, 16 despertar precoz), 11,5% trastorno relacionado con la respiración, para el 65,4% el problema se inició hace más de dos años. Consumen psicofármacos un 35,2%. Tipo hipnótico: 2 benzodiacepina intermedia, 19 corta-intermedia, 8 hipnótico no barbitúrico. El 42,3% nunca ha consultado el problema. El 44,2% atribuye el problema a ser propio por la edad y el 32,7% a los nervios. Actitud del profesional: 55,8% pauta psicofármacos, 17,3% trata enfermedad de base, 11,5% deriva a salud mental, 25% medidas higiénicas. Valoración subjetiva: 3,8% no afecta en nada, 34,6% provoca irritabilidad, 90,4% fatiga, 42,3% dificultad de concentración.
Conclusiones. El insomnio es un problema de salud común en Atención Primaria en pacientes mayores, muchos no lo cuentan y lo asumen como un proceso normal.

3282. ANTICOAGULACIÓN DESDE LA PRIMARIA: UN NUEVO RETO

Ferré Cornadó, P.; Rodrigo Claverol, M.D.; Camats Escoda, E.; Manuel Martí, B.; Lafarga Giribets, A. y Pérez Olano, O.
ABS Bordeta-Magraners, Lleida.

Objetivos. Evaluar el control del Sintrom desde el Centro de Salud. Comparar la frecuencia de controles por paciente realizados en Primaria frente a Hospital. Determinar el grado de control del INR.
Metodología. Estudio descriptivo transversal; población Centro de Salud urbano. Muestra: pacientes que acuden al Centro para control de INR. Periodo junio 2008-abril 2009. *Variables:* edad, sexo, control Primaria/Hospital (AP/Hosp), diagnóstico que justifica anticoagulación, intervalo entre visitas, control INR.
Resultados. Muestra de 110 pacientes, 48% hombres. Edad media 74,94 (DE ± 9,96): AP 78,83 ± 6,69/Hosp 72,32 ± 10,8 ($p < 0,02$). Controlados en AP 38,2%/Hosp 61,8%. Diagnósticos: 46% fibrilación auricular (70,6% AP/27,5% Hosp), 2,7% valvulopatía (33% AP/66% Hosp), 1,8% trombosis venosa (100% Hosp), 4,5% prótesis valvular (100% Hosp), 0,6% cardiopatía isquémica (100% Hosp), 43,6% > 1 un diagnóstico (10,4% AP/89,6% Hosp). Intervalo entre visitas: AP 3,44 ± 0,5 semanas, Hosp 3,14 ± 0,52 ($p < 0,009$). Mal control INR 46%: AP 42%/Hosp 48% ($p > 0,05$).
Conclusiones. Este último año se ha iniciado el control del Sintrom desde los Centros de Atención Primaria de nuestra región sanitaria, pero esta tarea se sigue compartiendo con el Servicio de Hematología. Hemos objetivado que la edad media de los pacientes controlados en Primaria es significativamente superior. Y la distribución de diagnósticos es diferente y estadísticamente significativa según AP/Hosp ($p < 0,0001$). La media de semanas entre visitas es mayor en la Primaria y se consigue un mejor control del INR (el 58% están dentro del rango terapéutico); esto se podría atribuir a que los pacientes controlados en el Hospital tienen patología aguda, más grave o de mayor riesgo embolígeno. Finalmente, consideramos que desde Primaria podríamos controlar la mayoría de pacientes anticoagulados.

3283. VALORACIÓN DEL "DOLOR TORÁCICO" COMO MOTIVO DE AVISO DOMICILIARIO URGENTE DE LOS DCCU EN UNA ZONA URBANA. GRAVEDAD, INCIDENCIA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y AVISOS CONSIDERADOS BANALES

Sánchez González, M.; Grueso Díaz, J.; Suárez Franco, M.; Medina Ortega, S.I.; Guisado González, M.J. y Sigüenza Navarro, J.M.
DCCU Distrito Sevilla.

Objetivos. Conocer el perfil del usuario que demanda a nuestro servicio aviso a domicilio por "dolor torácico" (DT) o "dolor de pecho" (DP). Valorar la gravedad real del paciente. Concordancia/discordancia entre sospecha diagnóstica en la valoración telefónica y diagnóstico final del médico que lo atiende. Conocer el manejo que hacemos según el juicio clínico y el grado de resolución en domicilio.
Metodología. Estudio descriptivo transversal. Revisión de todas las historias clínicas con motivo de consulta DT o DP, marzo de 2009 (total = 3.398). *Variables:* edad y sexo del paciente, prioridad EPES/DCCU, cronas CCU/DCCU, antecedentes personales (FRCV), exploración física, constantes y pruebas complementarias, juicio clínico, tratamiento administrado y prescrito. Derivación. Traslado.
Resultados. Paciente-tipo: mujer (52,4%), edad: 71,29 años (20-94 años), que avisa entre las 0:00-16:00 h (81%); antecedentes: HTA (59,5%), cardiópata (59,5%), DM (21,4%), EPOC (9,5%), fumadora (9,5%), dislipemia (16,7%), calidad de vida aceptable (97,6%), toma

diuréticos (57,1%), IECA (26,2%), bloqueadores beta (23,8%), anticoagulantes (19,0%) o antiagregantes (31,0%). Exploración: BEG (81,0%), ACR (92,9%), TA (90,5%), Tª (47,6%), ECG (71,4%). Se consideraron "banales": 38,1%. Juicio clínico: SCA (9,5%), angor hemodinámica (2,4%), osteomuscular (11,9%), patología respiratoria (16,7%), dolor atípico no filiado (7,1%), ansiedad (16,7%) y sin patología urgente (7,1%). Prioridad EPES/DCCU: emergencias 0%/7,1%, urgencias no demorables (UND): 83,3%/38,1%, demorables (UD): 14,3%/21,4%, avisos domiciliarios (AD): 2,4%/33,3%. Coincidencias EPES-DCCU: 45,2%. Derivación hospitalaria: 31% (resolución: 69%). Tratamiento: nada, 21,4%, analgesia, 16,7%, psicotropos, 19,0%. Demora EPES: 43,45 min. DCCU: 13,17 min. Tiempo asistencial: 35,17 min. Tiempo total: 48,33 min.

Conclusiones. El DT es plurietiológico, alarma a la población -especialmente a la que ya tiene antecedentes de cardiopatía- aunque en su mayoría no reviste gravedad, siendo los avisos banales por este motivo muy frecuentes (38,1%). Dilata el tiempo de asistencia empleado por la profundidad que requiere su abordaje, por las connotaciones negativas que tiene para el paciente y por la gravedad potencial que oculta.

3286. TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Rodrigo Claverol, M.D.; Malla Clua, B.; Manuel Martí, B.; Rodrigo Claverol, E.; Ortega Bravo, M. y Capdevila Andreu, M.

ABS Bordeta, ABS Eixample, ABS Cappont, Lleida.

Objetivos. La discapacidad psíquica suele asociarse a problemas de comprensión y expresión oral, dificultando el habla, la comunicación y las relaciones sociales. La Terapia Asistida con Animales (TAA) es una intervención terapéutica donde el animal resulta un elemento motivador y facilitador. El objetivo fue evaluar la eficacia de un programa de TAA en pacientes con discapacidad psíquica y problemas de comunicación. Determinar la variación del nivel de comunicación.

Metodología. Estudio de intervención tipo antes-después. Muestra obtenida del Servicio de Terapia Ocupacional. Criterios de inclusión: > 18 años, diagnóstico de discapacidad psíquica asociado a problema de comunicación. Animal: perro. Se realizan 11 sesiones grupales, de 60 minutos, semanales; octubre 2008-enero 2009. *Variables:* edad, sexo, antecedentes patológicos, problema de comunicación, escala Holden antes-después del programa (Holden Total, Observación, Conocimiento realidad, Comunicación).

Resultados. Muestra de 12 pacientes. Sexo 10 (83%) hombres. Edad media 38,3 años (DT ± 12,6). Antecedentes: 4 (33%) parálisis cerebral, 2 (17%) hemiparesia, 1 (8%) ceguera, 1 (8%) autismo, 1 (8%) Down. Problemas de comunicación: 9 (75%) problema de expresión grave, 3 (25%) nivel de comprensión bajo, 2 (17%) afasia expresión. Test media (pre/post): Holden Total 17,33 (DT ± 10,2)/13,33 (DT ± 10,6) p = 0,003; Observación 6,25 (DT ± 3,5)/4,50 (DT ± 3,4) p = 0,015; Conocimiento-realidad 6,17 (DT ± 4,3)/4,58 (DT ± 3,7) p = 0,011; Comunicación 4,92 (DT ± 3,3)/4,25 (DT ± 3,9) p = 0,343.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes presenta problemas de expresión y comprensión graves, con lenguaje pobre y repetitivo. Se ha objetivado una mejoría estadísticamente significativa en el resultado total del test y en los subapartados Observación y Conocimiento de la realidad. Cabe destacar la dificultad para cuantificar la comunicación y la falta de tests propios para hacerlo. Desde la Atención Primaria resulta útil la TAA como intervención comunitaria en población discapacitada, niños y ancianos, para mejorar la función física, social, emocional y cognitiva.

3289. LA ENFERMEDAD CELÍACA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA: ¿DÓNDE ESTAMOS?

Ortiz Olinque, S. y Pedrol Llirinós, M.

Centro de Salud Sant Llatzer, Terrasa.

Objetivos. Determinar la prevalencia, las características clínicas y el manejo de la enfermedad celíaca (EC) en un Centro de Asistencia Primaria (CAP).

Metodología. Estudio descriptivo retrospectivo de la población adulta diagnosticada de EC en un CAP. Variables a estudio: edad, sexo, ámbito de diagnóstico, criterios diagnósticos (clínicos, analíticos y grupos de riesgo), estudios serológicos, biopsia, estudios genético y de familiares de primer grado, y seguimiento clínico.

Resultados. Los 44 pacientes diagnosticados de EC suponen una prevalencia de 1/740 (esperada población adulta española 1/100-250). Relación mujer/hombre: 1,8/1. Distribución homogénea de la edad del diagnóstico. El 36% fue diagnosticado en AP. Seguimiento clínico del 56%. El motivo de estudio más frecuente fue pertenecer al grupo de riesgo (28%), siendo 11 de 12 casos familiares de primer grado. El segundo, la clínica acompañada de alteración analítica (28%), y los síntomas clínicos aislados el tercer motivo (18%), con prevalencia de la clínica digestiva (diarrea/esteatorrea 32%, dolor abdominal 19%, pérdida de peso 19%, dispepsia 19%, estreñimiento 5%, intestino irritable 2%), frente a la extradigestiva (depresión 5%, astenia 2,5%, artromialgias 2%, dermatitis herpetiforme 2%). La alteración analítica fue motivo de estudio en 16% de los casos (ferropenia: 41%). Estudio serológico: Ac anti-transglutaminasa (42%). Biopsia en un 56% (88% de los pacientes biopsiados realizan seguimiento). En un 68% se practica estudio genético. Estudio familiar en 37% casos.

Conclusiones. La EC está infradiagnosticada, posiblemente en relación a la baja sospecha clínica y fundamentalmente la extradigestiva (la más frecuente en población adulta). Se observa una retraso diagnóstico (número parecido de casos en los diferentes grupos de edad). Uso no indiscriminado del estudio genético.

3290. MANEJO DE LA LUMBALGIA AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Magaña Orta, S.[a]; Lagaron Cabello, B.[b]; Magaña Orta, A.[c]; Landeo Fonseca, A.[d]; Perez Feito, D.[e] y Soto Arriazu, R.[f]

[a]C.S. Ribaforada, [b]C.S. Corella, [c]Residencia Corella 3.ª edad, [d,e,f]Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra.

Introducción. La lumbalgia es un problema que se caracteriza por la alta prevalencia en la población y por sus grandes repercusiones económicas y sociales, ya se ha convertido en una de las primeras causas de absentismo laboral. En la lumbalgia se produce una asociación entre factores musculares y psicosociales que generan conductas de evitación, miedo y atrofia muscular, provocando un círculo vicioso que favorece la cronificación e incapacidad. Cerca del 90% de los casos no presenta lesión demostrable, porque el problema se cataloga de lumbalgia inespecífica.

Objetivos. Describir el curso natural de la lumbalgia en pacientes que como único tratamiento recibieron analgesia y el consejo de permanecer en actividad.

Metodología. El estudio se realizó en una muestra de 20 pacientes que acudieron al centro de salud con lumbalgia con o sin irradiación; fueron seguidos durante un periodo de 4 semanas; en todas las visitas que se realizaron se recogió información relevante (incluida, entre otros aspectos, la existencia de signos que hicieran sospechar enfermedad grave, signos de compromiso neurológico, intensidad del dolor, grado de incapacidad y existencia o no de afectación sistémica).

Conclusiones. A las 4 semanas se obtuvo una mejoría casi completa del 95% de pacientes. Tras este periodo se recomendó a todos los pacientes medidas higiénicas e intervenciones en escuelas de cuidado de la espalda.

3292. PROMOCIÓN DE LA SALUD: ENSEÑAR A NUESTROS PACIENTES A RECONOCER Y ACTUAR ANTE UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Bailo Vinués, L.[a]; Cereceda Satué, M.[b]; Andrés Bergareche, I.[c]; González Viejo, N.[d]; Rubio Galán, J.[e] y Melguizo Bejar A.[f]

[a]Centro de Salud Fuentes Norte, Zaragoza. [b,d,e,f]Centro de Salud Torre Ramona, Zaragoza. [c]Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos. Evaluar los conocimientos sobre el accidente cerebrovascular en la muestra seleccionada. Posteriormente, informar de la clínica sugestiva de accidente cerebrovascular y de la importancia de acudir a un centro de asistencia sanitaria o avisar al número de emergencias para instaurar un tratamiento precoz. Finalmente, demostrar la eficacia de una intervención comunitaria mediante difusión de información escrita.

Metodología. Estudio descriptivo. Muestra: 60 pacientes entre 20 y 80 años que acuden a consulta entre el 1 de agosto y el 15 de septiembre de 2008. *Variables:* edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel de estudios y respuestas en la encuesta. Se analizarán mediante el programa SPSS v.15. Fase I: se ha realizado, previo consentimiento verbal, una primera encuesta a los 60 pacientes. Fase II: se difundirá un tríptico informativo. Contemplará aspectos preventivos, clínicos y de actuación

en esta patología. Posteriormente, se realizará la encuesta anterior evaluando de nuevo los resultados.
Resultados. Respuestas incorrectas: concepto:13,5%; síntomas: 25%; actuación: 11,5%; prevención primaria y secundaria: 11,5%.
Conclusiones. Existe un porcentaje de respuestas incorrectas en las encuestas de nuestros pacientes que debemos considerar porque el accidente cerebrovascular es una de las causas más frecuentes de mortalidad en nuestro medio y el conocimiento de los primeros síntomas, junto con una rápida actuación, condicionan tanto la supervivencia como las posteriores secuelas.

3296. ¿PRESENTAN UN BUEN CONTROL METABÓLICO NUESTROS DIABÉTICOS?

Ruiz Comellas, A.[a]; Velasco Carrera, M.[b]; Vila Gangolells, C.[c]; Padilla Hidalgo, I.[d]; García Riesco, F.[e] y Real, E.[f]
[a]ABS Sant Joan de Vilatorrada, [b]CAP Esparreguera, [c,d,e,f]SAP Bages Bergueda, Bages.

Objetivos. Conocer el grado de control glucémico y dislipémico de nuestros pacientes diabéticos mayores de 50 años, según las recomendaciones de la GEDAPS.
Metodología. Estudio multicéntrico descriptivo transversal en el ámbito de Atención Primaria. Población diana: diabéticos tipo 2 mayores de 50 años de una zona tanto rural como urbana. Muestra de 547 pacientes, muestreo sistemático con reemplazo. Período de recogida de datos: enero 2009-marzo 2009. Mediciones e intervenciones: se valora el grado de control glucémico y dislipémico en función de los siguientes criterios diagnósticos: dislipemia, buen control si colesterol total < 200 mg/dl, LDL < 100 mg/dl y TG < 150 mg/dl. Grado de control glucémico en función de la hemoglobina glicada: buen control hasta 6,6%, control aceptable 7,4% y control deficiente si > 7,4%.
Resultados. En cuanto el control lipídico, se alcanza un colesterol total por debajo de 200 mg/dl en un 61,6%, un colesterol LDL por debajo de 100 mg/dl en un 35% y unos TG por debajo de 150 mg/dl en un 56,7% de los pacientes. En cuanto el control glucémico, encontramos un buen control en un 52,8% de los pacientes, control aceptable en un 19,1% y un control deficiente en un 28,1%.
Conclusiones. El control glucémico en casi el 75% de los pacientes es bueno o aceptable, en cambio el control de la dislipemia en los diabéticos es difícil de alcanzar. Hemos encontrado pacientes que no estaban tratados con estatinas (25%), y otros que a pesar de estar tratados, no alcanzan los niveles óptimos de control. Interpretamos que a los médicos nos cuesta ser intervencionistas con la medicación, para conseguir los objetivos.

3298. VOLUMEN DE PACIENTES ATENDIDOS DE URGENCIAS EN CENTROS PERIFÉRICOS (UCCUS) Y EN DOMICILIO (EM-DCCU) DURANTE UN PERÍODO DE DOS AÑOS (2007-2008)

Sánchez González, M.; Rubio Palomino, M.C.; Fernández Miñano, M.C.; Sigüenza Navarro, J.C.; Blanquero Callialta, M. y Leco Lamela, J.M.
DCCU Distrito Sevilla.

Objetivos. Conocer el volumen de pacientes usuarios de urgencias extrahospitalarias que atienden las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias (UCCU) y los Equipos Móviles (EM) del DCCU.
Metodología. *Estudio:* descriptivo transversal observacional. *Método:* recogida de datos de los servicios administrativos del distrito de una zona urbana (con una población de 699.145 habitantes), recopilados durante dos años (2007-2008) por una administrativa del servicio.
Resultados. Asistencias médicas en UCCU (2007): 184.514 con una media anual por centros de 15.376; asistencias médicas en UCCU (2008): 184.764, con una media anual por centros de 15.397. Asistencias de Enfermería en UCCU (2007): 117.900, con una media anual por centros de 9.825; asistencias de Enfermería en UCCU (2008): 112.432, con una media anual por centros de 9.369. De la actividad de los EM, solo estaban recogidos los datos referentes a 2008. Total de asistencias (2008): 39.715. De ellas, 970 (2,44%) fueron Emergencias (EM-Prioridad 1), 17.966 (45,23%) fueron Urgencias No Demorables (UND-Prioridad 2), 12.657 (31,86%) fueron Urgencias Demorables (UD-Prioridad 3) y 1.805 (4,54%) fueron Avisos Domiciliarios No Urgentes (AD-Prioridad 4).
Conclusiones. Es importante la carga asistencial de los equipos periféricos de urgencias, tanto los de UCCU como los EM, contribuyendo a evitar la masificación en otros niveles asistenciales y concretamente la aglomeración de las Urgencias Hospitalarias, la saturación de los Equipos de Emergencias y la sobrecarga asistencial del médico de Atención Primaria.

3299. ¿BUSCAMOS LA VASCULOPATÍA PERIFÉRICA?

Ruiz Comellas, A.[a]; Velasco Carrera, M.[b]; Heras Fortuna, R.[c]; Álvaro Rangil, T.[d]; Beltrán Per, P.[e] y Miranda, R.[f]
[a,d]ABS Sant Joan de Vilatorrada; [b]CAP Esparreguera; [c]ABS Bergueda, Borreda; [e,f]SAP Bages Bergueda, Bages Bergueda.

Objetivos. Conocer la prevalencia de vasculopatía periférica en los pacientes diabéticos tipo 2 mayores de 50 años de una zona rural y urbana.
Metodología. Estudio multicéntrico descriptivo transversal en el ámbito de la Atención Primaria. *Sujetos:* población diana diabéticos tipo 2 mayores de 50 años de una zona rural y urbana. Muestra de 547 pacientes, muestreo sistemático con reemplazo. Período de recogida de datos: enero 2009-marzo 2009. Se realizó el cálculo del índice tobillo-brazo (ITB) mediante el doppler de bolsillo. Se consideró vasculopatía periférica un ITB igual o inferior a 0,9, y sugestivo de calcificación un ITB igual o superior a 1,25.
Resultados. La prevalencia de arteriopatía periférica antes del estudio era del 9,1% (50 pacientes) y después del estudio fue del 21,4% (117 pacientes). De estos pacientes con vasculopatía periférica, el 68,4% presentaban un valor de ITB entre 0,7-0,9: estenosis leve, el 23,9% un ITB entre 0,5-0,69: estenosis moderada, y el 7,7% un ITB < 0,5: estenosis grave. Se detectaron también 52 pacientes (9,5%) con un ITB igual o superior a 1,25: sugestivo de calcificación arterial.
Conclusiones. La vasculopatía periférica en Atención Primaria está infradiagnosticada. La utilización del doppler de bolsillo nos ha facilitado el diagnóstico, así como su estadiaje en función de la gravedad. Creemos que es un aparato que debería utilizarse en las consultas de Atención Primaria por tratarse de un instrumento de fácil manejo, económicamente accesible y que aporta gran información con mínimas molestias para el paciente.

3301. ESTUDIO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE CONTROL DE LA SEH-LELHA 2007 EN LOS HIPERTENSOS DE NUESTRO CENTRO DE SALUD

Poveda-Siles, S.[a]; Martínez-Candela, J.[b] y González-Navarro, M.D.[c]
[a,b]Centro de Salud Mariano Yago, Yecla; [c]Hospital Virgen del Castillo, Yecla.

Objetivos. Estudiar el grado de cumplimiento de dichos criterios en los hipertensos del C.S. Mariano Yago (Yecla) y Consultorio de Raspay y exposición de resultados al Equipo, para disminuir el incumplimiento de aquellos y mejorar la atención a nuestros pacientes.
Metodología. Estudio de calidad, descriptivo, transversal. Pacientes con tarjeta sanitaria adscritos a los cupos de dichos centros con diagnóstico en OMI-AP de hipertensión. Corte: 1 de enero de 2009. Muestreo aleatorio simple, no estratificado, n = 60. Criterios de exclusión: fallecidos o sin registros de tensión arterial (TA) en el último año. Pérdidas repuestas siguiendo el mismo muestreo. Criterios de control de TA de la SEH-LELHA 2007. Variables estudiadas: sexo, edad, talla, peso, creatinina plasmática, filtrado glomerular según MDRD 4 IDMS, insuficiencia renal crónica (IRC), diabetes (DM), ECV establecida, alto/muy alto riesgo cardiovascular (RCV), proteinuria, TA última toma, TA media y buen control. Se codificaron y analizaron con SPSS.
Resultados. Población hipertensa femenina peor control 47,1% frente 57,7% (± 12,6% IC95%). Pacientes con IRC mal controlados 70% (± 11,6% IC95%). Diabéticos descontrolados 85,7% (± 8,9% IC95%). Pacientes con ECV establecida sin control 63,6% (± 12,2% IC95%). Pacientes con RCV alto/muy alto no controlados 81,5% (± 9,8% IC95%). Solo en un 23,3% de los pacientes se recogieron datos de microalbuminuria/proteinuria, así no se pudo evaluar el criterio de control según proteinuria. Globalmente el 51,7% (± 12,6% IC95%) de los hipertensos de nuestro centro están controlados. El criterio más incumplido fue el de alto/muy alto RCV 45,8% (± 12,6% IC95%).
Conclusiones. El grado de control de nuestros hipertensos es equiparable al cercano 50% que mostró el estudio MAPAPRES, con datos a nivel nacional.

Bibliografía recomendada.
Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2007;28(12):1462-536.
Saturno Hernández PJ. Evaluación y Mejora de la Calidad en Servicios de Salud. EMCA; 156-77.

3302. RELACIONANDO DIABETES, CALCIFICACIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Ruiz Comellas, A.[a]; Velasco Carrera, M.[b]; Valldaura, C.[c]; Tarres, S.[d]; Sabria, I.[e] y Colillas, E.[f]
[a]ABS Sant Joan de Vilatorrada; [b]CAP Esparreguera; [c,d,e,f]SAP Bages Bergueda.

Objetivos. Características de los pacientes diabéticos mayores de 50 años con calcificación arterial.
Metodología. Estudio multicéntrico descriptivo transversal en el ámbito de la Atención Primaria. Población diana: diabéticos tipo 2 mayores de 50 años de una zona tanto rural como urbana. Muestra de 547 pacientes, muestreo sistemático con reemplazo. Período de recogida de datos: enero 2009-marzo 2009. Mediciones e intervenciones: a través del cálculo del índice tobillo-brazo (ITB) mediante el doppler de bolsillo, se detectan los pacientes con calcificación arterial (ITB igual o superior a 1,25).
Resultados. En 52 pacientes (9,5%) el ITB fue igual o superior a 1,25, sugestivo de calcificación. De estos, el 50% eran hombres. El 53,8% de los pacientes tenía una edad superior a 70 años. En cuanto a los antecedentes familiares, un 11,5% tenía antecedentes de arteriopatía periférica (AP), un 19,2% de cardiopatía isquémica (CI) y un 38,5% de accidente vascular cerebral (AVC). En relación con los antecedentes personales, un 7,7% tenía antecedentes de AP, un 11,5% de CI y un 9,6% de AVC. Son hipertensos un 73,1% de los pacientes. Un 34,6% son fumadores o ex-fumadores, el control de los niveles de lípidos es deficiente en un 63,5% (sobre todo por los niveles de LDL > 100), y el control de la diabetes es deficiente en un 32,7% (niveles de Hb glicada > 7,4%). En el estudio bivariante hay una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre calcificación arterial y riesgo cardiovascular elevado según las tablas de REGICOR.
Conclusiones. En pacientes diabéticos con calcificación arterial destacan unos antecedentes familiares de AVC, que la mayoría son hipertensos y con mal control lipídico y presentan un riesgo cardiovascular elevado.

3305. ¿ES SUFICIENTE LA ANAMNESIS Y LA EXPLORACIÓN FÍSICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA?

Ruiz Comellas, A.[a]; Velasco Carrera, M.[b]; Carrera, C.[c]; Ribera, R.[d]; Morros, C.[e] y Serra, S.[f]
[a]ABS Sant Joan de Vilatorrada; [b]CAP Esparreguera; [c,d,e,f]SAP Bages Bergueda.

Objetivos. Valorar la capacidad diagnóstica de la anamnesis y la exploración física en relación al doppler de bolsillo para realizar el diagnóstico de arteriopatía periférica.
Metodología. Estudio multicéntrico descriptivo transversal en el ámbito de la Atención Primaria. *Sujetos:* población diana diabéticos tipo 2 mayores de 50 años del Bages y del Berguedà. Muestra de 547 pacientes, muestreo sistemático con reemplazo. Período de recogida de datos: enero 2009-marzo 2009. Mediciones e intervenciones: se realiza anamnesis de clínica de claudicación intermitente, palpación de pulsos distales (tibiales posterior y pedis) y cálculo del índice tobillo brazo (ITB) mediante el doppler de bolsillo, que se considera la prueba de referencia, y se calcula la validez diagnóstica, sensibilidad (S = VP/[VP + FN]) y especificidad (E = VN/[VN + FP]), y valores predictivos (VPP = VP/[VP + FP] y VPN = VN/[FN + VN]).
Resultados. Una clínica de claudicación tiene una especificidad del 88,5%, y si en esta clínica de claudicación se asocia la ausencia de pulsos la especificidad aumenta al 96,26%. Presentar clínica de claudicación intermitente y/o ausencia de uno o más pulsos distales tiene una sensibilidad del 64,1% y un valor predictivo negativo del 81,81%.
Conclusiones. Una clínica de claudicación intermitente asociada ausencia de pulsos distales nos proporciona una alta sospecha diagnóstica de arteriopatía periférica.

3307. PÉRDIDAS DE SUSTANCIA DIGITALES EN LA INFANCIA, TRATAMIENTO EN LA URGENCIA

Elena Sorando, E.[a]; Sanchidrián González, R.[b]; Marcos González, A.[c]; Peleato Gistau, P.[d]; García Cepeda, I.[e] y Pescador Hernández, D.[f]
[a,d,e,f]Hospital Universitario Salamanca; [b,c]Centro de Salud Tórtola de Valladolid.

Objetivos. Las pérdidas de sustancia digitales en los niños son traumatismos habituales en la urgencia. Se pretende establecer unas pautas básicas de tratamiento para conseguir una favorable restitución funcional y estética en dichas lesiones.
Metodología. En el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Salamanca se atendieron en los últimos 10 meses un total de 59 pacientes con pérdidas de sustancia digitales en las manos. Se aplicaron los siguientes tratamientos: remodelación del muñón y cierre primario; cicatrización dirigida; reposición del fragmento amputado; injerto de piel de espesor parcial o total; colgajos locales.
Resultados. La mayor parte de las pérdidas de sustancia digitales en los niños no superaba el 50% de superficie del pulpejo ni alcanzaba plano óseo y su evolución tras tratamiento conservador en Urgencias fue muy favorable. En las que se realizó actuación quirúrgica de urgencia se observaron, asimismo, excelentes resultados a pesar de pérdidas mayores.
Conclusiones. En las pérdidas menores de sustancia la cicatrización dirigida resulta un tratamiento adecuado y con buenos resultados funcionales y estéticos. Este tratamiento puede realizarse en el Centro de Salud. Pérdidas de sustancia mayores del 50% de la superficie del pulpejo o con exposición ósea requieren un tratamiento quirúrgico de urgencia, y por tanto derivación. Si se dispone del fragmento amputado y este está en buenas condiciones, merece la pena prepararlo para derivar al paciente a urgencias hospitalarias. La capacidad de regeneración tisular y epitelización es mayor en la infancia que en la edad adulta.

3309. EN BUSCA DE LA NEFROPATÍA DIABÉTICA

Ruiz Comellas, A.[a]; Velasco Carrera, M.[b]; Rosanes, F.[c]; Rovira Algara, C.[d]; Morales, F.[e] y Santaulalia, L.[f]
[a]ABS Sant Joan de Vilatorrada; [b]CAP Esparreguera; [c]ABS Montserrat, Monistrol de Montserrat; [d,e,f]SAP Bages Bergueda.

Objetivos. Conocer la prevalencia de nefropatía diabética y saber si se cumplen los protocolos para detectar su presencia en pacientes diabéticos.
Metodología. Estudio multicéntrico descriptivo transversal en el ámbito de la Atención Primaria. Población diana: diabéticos tipo 2 mayores de 50 años de zona tanto urbana como rural. Muestra de 547 pacientes, muestreo sistemático por reemplazamiento. Período de recogida de datos: enero-marzo de 2009. Medidas e intervenciones: se valora el índice albúmina/creatinina en pacientes diabéticos, considerándose patológico dos valores superiores a 30 mg/g con tira de orina negativa, según el consenso sobre enfermedad renal crónica realizado conjuntamente por la semFYC y la SEN, en diciembre de 2007.
Resultados. De los 547 pacientes diabéticos estudiados, a 148 (27,1%) no se les ha realizado el cociente albúmina/creatinina. Se detecta un cociente patológico (alb/creat ≥ 30 mg/g) en 79 pacientes (19,8%). De éstos, a un 76,3% se les ha realizado una tira reactiva de orina y se ha confirmado el resultado con otra determinación del cociente albúmina/creatinina en un 65,8%. Solamente a un 53,9% de los diabéticos se les han realizado ambas pruebas tal y como aconseja el protocolo.
Conclusiones. El cribaje de nefropatía diabética se realiza en tres cuartas partes de nuestros pacientes, y solamente a la mitad de ellos se les aplica correctamente el protocolo establecido. Creemos que se debe mejorar la difusión de dichos protocolos entre el personal sanitario.

3310. PREDICTORES DE MORTALIDAD EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA NO ASOCIADA A CO-MORBILIDAD

Ciudad Sáez-Benito, M.[a]; Manero Elorza, H.[b]; Carrizo Sierra, S[c] y Marín Trigo, J.M.[d]
[a]Centro de Salud Miralbueno, Zaragoza; [b]Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza; [c,d]Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos. Evaluar predictores de mortalidad de pacientes con EPOC libres de otras enfermedades crónicas asociadas o de factores de riesgo cardiovascular.

Metodología. La cohorte la constituyen pacientes remitidos al Laboratorio de Función Pulmonar de un hospital terciario desde enero de 1996 hasta diciembre de 2007. Se recogieron datos antropométricos, grado de disnea, tabaquismo y medicación en uso. El diagnóstico de EPOC se estableció en casos de historia de tabaco > 20 paquetes/año y relación FEV1/FVC < 0,70. Se excluyeron los pacientes con cualquier otra enfermedad conocida. Todas las pruebas de función pulmonar (PFP) fueron realizadas por los mismos DUE y el mismo utillaje. El estado vital y la causa de muerte se evaluaron en el primer trimestre de 2008. Los predictores de supervivencia se obtuvieron mediante el análisis multifactorial de Cox.
Resultados. De las 8.856 PFP completas realizadas durante el periodo de inclusión, 713 cumplían los criterios de inclusión/exclusión. Tras una media de 62 meses de seguimiento, un 30,1% falleció. Las causas más frecuentes de muerte fueron: Ca de pulmón (32%), cardiovasculares (23%), insuficiencia respiratoria (18%), otras neoplasias (15%) y resto (12%). Tras incluir paso a paso las variables que se relacionaron con muerte por cualquier causa, permanecieron en el modelo multivariante (RR; IC 95%): edad (1,06; 1,02-1,09, p = 0,001), SaO_2 (0,87; 0,78-0,96, p = 0,009) y FEV1 (0,39; 0,17-0,87, p = 0,02).
Conclusiones. En pacientes con EPOC sin comorbilidad, la edad, el nivel de obstrucción medido por el FEV1% predicho y la SaO_2 en reposo resultaron ser los mejores predictores de muerte por todas las causas.

3311. SOBRECARGA EN CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA ASOCIADAS Y NO ASOCIADAS

Angulo Fernández-Larrea, B.[a]; Cordero Guevara, J.[b]; Goñi Imizcoz, M.[c]; Heras Balbás, V.[d] y Cortés Arrabal, H.[e]
[a,e]Centro de Salud Salas Infantes.; [b]G.A.P. Burgos; [c,d]Complejo Hospitalario de Burgos.

Objetivos. Estudiar la sobrecarga en los cuidadores de enfermos con demencia, relacionados o no con una Asociación de Familiares de Enfermos.
Metodología. Estudio transversal. Cuidadores familiares sin remuneración de enfermos con deterioro cognitivo leve a muy grave (GDS). Medida con escala validada de Zarit de 22 ítems, y respuesta del 1 al 5. Se ofreció participar a todos los cuidadores de cuatro asociaciones y a todos los citados en una consulta de Neurología durante el año 2008. Análisis estadístico con SPSS, nivel de significación 0,05.
Resultados. Se estudiaron 173 cuidadores, 67,6% mujeres, edad media de 60,2 años (DE: 13,65), el 67% asociadas. Sobrecarga media: Zarit: 58,45 en asociados y 50,2 en no asociados (p = 0,001). El GDS de los enfermos no tuvo diferencias significativas. El 75,4% de los cuidadores asociados vivían con el enfermo y el 68,4% de los no asociados (p = 0,217). La puntuación media del Zarit fue mayor (57,2 puntos) en los cuidadores que vivían con el paciente; los que acudían al domicilio del enfermo > 2 horas/5 días a la semana (51,9) y los que lo hacían < 2 horas/5 días semana (45,1) (p = 0,017).
Conclusiones. Tienen mayor sobrecarga los cuidadores asociados y los de convivencia más estrecha con los enfermos, probablemente su sobrecarga fue mayor antes de buscar ayuda externa en la Asociación. Son necesarios otros estudios para probar esta hipótesis.

3314. ANTIAGREGACIÓN Y TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN DIABÉTICOS: UNA ASIGNATURA EN LA QUE TRABAJAR

Ruiz Comellas, A.[a]; Velasco Carrera, M.[b]; Ribalta, A.[c]; Casas, R.[d]; Vila, C.[e] y Valldaura, C.[f]
[a]ABS Sant Joan de Vilatorrada; [b]CAP Esparreguera; [c,d,e,f]SAP Bages Bergueda.

Objetivos. Conocer cómo tratamos a nivel farmacológico a nuestros pacientes diabéticos, en función de sus factores de riesgo y patología concomitante, y valorar si se siguen la recomendaciones del Grup d'Estudis de la Diabetis a l'Atenció Primària de Salut (GEDAPS).
Metodología. Estudio multicéntrico descriptivo transversal en el ámbito de la Atención Primaria. Población diana: diabéticos tipo 2 mayores de 50 años de zona tanto urbana como rural. Muestra de 547 pacientes, muestreo sistemático con reemplazamiento. Período de recogida de datos: enero-marzo de 2009. Mediciones e intervenciones: se valora el tratamiento con ácido acetil salicílico (AAS) e hipolipemiante de todos los pacientes estudiados, en función de sus factores de riesgo y patología concomitante, teniendo en cuenta las recomendaciones del GEDAPS.
Resultados. De los 547 pacientes estudiados, 227 cumplían criterios para recibir tratamiento con AAS y no lo recibían, por tanto un 41,5% no estaría correctamente tratado. En cuanto a la medicación hipolipemiante, 136 pacientes tenían criterios para recibirla, pero no estaba pautada, por tanto, un 25% de los pacientes no estaría correctamente tratado.
Conclusiones. Existe una tendencia a infratratar a los pacientes diabéticos. En cuanto a la antiagregación, prácticamente la mitad de los pacientes que deberían recibir tratamiento no lo reciben, y una cuarta parta de los pacientes en los que estaría indicado recibir tratamiento con hipolipemiantes, tampoco lo reciben.

3316. HAY SEÑALES QUE NO DEBEMOS IGNORAR CUANDO ESTAMOS DELANTE DE UN PACIENTE DIABÉTICO

Ruiz Comellas, A.[a]; Velasco Carrera, M.[b]; Heras Fortuna, R.[c]; Casas, C.[d]; Ribalta, A.[e] y Ribera, R.[f]
[a]ABS Sant Joan de Vilatorrada; [b]CAP Esparreguera; [c,d,e,f]SAP Bages Bergueda.

Objetivos. Detectar los principales factores de riesgo de arteriopatía periférica en pacientes diabéticos mayores de 50 años.
Metodología. Estudio multicéntrico descriptivo transversal en el ámbito de la Atención Primaria. Población diana: diabéticos tipo 2 mayores de 50 años de una zona tan rural como urbana. Muestra de 547 pacientes, muestreo sistemático con reemplazo. Período de recogida de datos: enero 2009-marzo 2009. Mediciones e intervenciones: se registraron las siguientes *Variables:* a) edad y sexo; b) antecedentes familiares y personales de enfermedades cardiovasculares (AP, cardiopatía isquémica [CI] y accidente vascular cerebral [AVC]); c) factores de riesgo cardiovasculares; d) insuficiencia renal (filtrado glomerular < 60 mg/dl); e) signos y síntomas: claudicación intermitente, presencia de pulsos distales, edemas, vello, úlceras, atrofia cutánea o muscular en extremidades inferiores, y f) valor del índice tobillo/brazo (ITB), calculado mediante el doppler de bolsillo. Se consideró arteriopatía periférica un ITB ≤ 0,9. Los diabéticos con un ITB ≥ 1,25 se analizaron aparte.
Resultados. En el análisis bivariante, para la variable dependiente de arteriopatía periférica, se observa que las variables con relación estadísticamente significativa (p ≤ 0,05) son: antecedentes familiares de AVC, antecedentes personales de CI y AVC, edad superior a 70 años, hipertensión arterial, insuficiencia renal, clínica de claudicación intermitente, ausencia de pulso tibial posterior, atrofia cutánea, piel fría, piel pálida, caída de pelo y atrofia muscular.
Conclusiones. La arteriopatía periférica en nuestros pacientes diabéticos está relacionada con antecedentes personales de enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, edad avanzada y clínica de claudicación intermitente.

3317. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL HIPOTIROIDISMO PRIMARIO EN PACIENTES INMIGRANTES

Ferrer Menduiña, X.; Fabà Ollé, A.; Prego Casares, S.; Martín Peinado, R.; Carrillo Aparicio, C. y Morató i Griera, J.
ABS Raval Sud.

Objetivos. Describir la prevalencia y las características del hipotiroidismo primario (HP), clínico (HPC) y subclínico (HPSC) en población inmigrante (63% de un barrio de Barcelona).
Metodología. Estudio descriptivo transversal de casos HPC y HPSC diagnosticados en los últimos 3 años. Registro de edad, sexo, país de origen; diagnóstico y clínica más frecuente; presencia de bocio y/o estudio ecográfico; determinaciones de TSH, T4, T3; Ac anti-peroxidasa, anti-tiroglobulina; colesterol, hemograma, CPK; tratamiento.
Resultados. Treinta y un casos HPC y 56 HPSC. Edad media 40,6 años, 72,4% (63) mujeres. El 52,9% (46) indopaquistaníes, 4,1% (21) sudamericanos, 8% (7) magrebíes, 4,6% (4) centroamericanos, 4,6% (4) filipinos y 4,4% (4) otros. Diagnóstico de los 87 pacientes: hallazgo analítico 58,6% (51), síntomas típicos 24,1% (21), bocio 14,9% (13), otros 2,3% (2). De los que presentaban clínica (21): astenia 61,9% (13), ganancia de peso 19% (4), mialgias19% (4). De los 10 casos con bocio, 3 tenían Ac positivos (30%) y 5 valores de TSH > 10 (50%). Se solicitó ecografía tiroidea en 14 enfermos de los 87 estudia-

dos. En los HPC la media de TSH y T4 fue de 26,7 (0,4-5,0) y 0,68 (0,80-1,90), respectivamente. La determinación de anticuerpos en los HP fue positiva en 57% y 28% según fueran anti-peroxidasa y anti-tiroglobulina, respectivamente. Media colesterol: 172,3 mg/dl, hemograma patológico 20,6% (18), CPK muy elevadas en 4 enfermos con miopatía. Se trataron 48 enfermos de HP, a dosis generalmente de 25 o 50 µg/día.
Conclusiones. El HP en inmigrantes se da en jóvenes, con predomino subclínico y prevalencia autoinmunitaria (57%). Mayoría asintomática (67,8%). Baja presencia de bocio, posiblemente por mala palpación tiroidea y escasa solicitud ecográfica.

3319. ¿CUÁNTO TARDAMOS EN DIAGNOSTICAR EL MALTRATO A LAS MUJERES?

Benito Badorrey, B.; Saviola, V.; Portela, G.; Prego Casares, S.; Martín Peinado, R. y Piulats Egea, N.
ABS Raval Sud.

Objetivos. Describir las características clínicas relevantes de las mujeres víctimas de maltrato (VM), y valorar si existe retraso en el diagnóstico por parte del equipo de Atención Primaria (EAP) desde que se presentan síntomas de sospecha.
Metodología. Estudio descriptivo transversal en un centro de salud urbano. Mujeres ≥ 18 años con el diagnóstico de VM registrado en la historia clínica informatizada. Variables a estudio: edad, zona de procedencia, estado civil, antecedentes patológicos de sospecha y fecha del inicio de la clínica, visitas realizadas en el ABS en el último año, tipo de agresión, fecha de diagnóstico del maltrato, abordaje explícito por el EAP, tratamiento recibido y acciones administrativas emprendidas.
Resultados. Total de mujeres evaluadas: 125. Media de edad: 47,7 años (españolas 57,7 años, inmigrantes 37,4 años; p = 0,001). Procedencia: española 35,3%; hispanoamericana 38,2%, norteafricana 14,7%. El 55,2% vive en pareja. Patologías: psiquiátrica 58,8%, digestiva 17,7%, traumatológica 58,8%. Número de síntomas diferentes: un solo síntoma 35,3%, dos síntomas 32,35%, tres o más síntomas 20,6%. Media de visitas 12,12 (≥ 11 el 41,1%). Tipo de agresión: física 76,6%, psicológica 81%. Tiempo medio entre primeros síntomas y diagnóstico VM 1,6 años. Abordaje explícito 75,5% de los casos. Tratamiento: psicofármacos 50%, analgésicos 73,5%. Acciones administrativas: denuncia policial 38%, informe fiscalía 52,9%.
Conclusiones. Dos tercios de las pacientes diagnosticadas de VM son inmigrantes, jóvenes e hiperfrecuentadoras, con sintomatología previa psiquiátrica y traumatológica. El retraso diagnóstico es inferior al descrito en la literatura, con abordaje explícito importante por el EAP.

3325. DEJAR DE FUMAR ¿PROVOCA ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN?

Carbó Queraltó, A. y García Muñoz, M.
Sant Ildefons de Cornellà.

Objetivos. Conocer el perfil de los fumadores que acuden a nuestra consulta de deshabituación tabáquica y evaluar el grado de ansiedad y/o depresión que presentan, antes de la deshabituación y durante el primer mes de seguimiento.
Metodología. Estudio descriptivo transversal con una parte de intervención, en pacientes fumadores de un Centro de Salud Urbano. Consulta de tabaco semanal. Precisamos hoja de recogida de datos: filiación, características del hábito, test de Fagerström, Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, medidor de CO (Smokerlizer).
Resultados. Filiación: 78% hombres, edad media 43 años. Características del hábito: inicio, 15 años; media cigarrillos/día, 27; media intentos deshabituación, 3; tiempo máximo de abstinencia, 10 meses; 79% no ha utilizado ni tratamientos previos ni terapeuta. Dependencia alta 36%, moderada 50%. Tratamientos utilizados: consejo individualizado sin fármacos: 21%, terapia nicotínica oral 29%, parches de nicotina 7%, vareniclina 43%. Antes de iniciar la terapia el 36% presenta Goldberg Ansiedad +, que se incrementa a un 42% al mes de abstinencia, y aparecen un 11% de casos nuevos. Antes de iniciar la terapia un 28% presenta Goldberg Depresión + y al mes del tratamiento se mantiene sin incrementos.
Conclusión. Los fumadores que acuden a nuestra consulta son de edad media, la mayoría han realizado intentos de deshabituación sin tratamiento ni terapeuta y dos terceras partes tienen dependencia moderada-alta. Los pacientes con Goldberg Ansiedad + previo incrementan levemente su intensidad y un escaso porcentaje la manifiestan de nuevo, aumento a expensas de los pacientes que no recibieron tratamiento farmacológico. Los pacientes con Goldberg Depresión + lo mantienen sin experimentar incremento.

3326. CRIBADO DE CONSUMO DE ALCOHOL EN TRABAJADORES INMIGRANTES: COMPARATIVA ENTRE SUDAMERICANOS Y MARROQUÍES

Pereñiguez Barranco, J.E.[a]; Medina Abellán, M.D.[b]; Muñoz Arranz, C.[c]; Noguera Velasco, J.A.[d]; Luna Maldonado, A.[e] y Pérez Cárceles, M.D.[f]
[a,c]Centro de Salud Espinardo, Murcia. [b]Centro de Salud Vistabella, Murcia. [d]Departamento de análisis clínicos, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. [e,f]Departamento de Medicina Legal y Forense, Universidad de Murcia.

Objetivos. Valorar la necesidad de realizar un cribado de consumo de alcohol en trabajadores inmigrantes. Comparar los perfiles de consumo entre las dos poblaciones.
Metodología. Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Selección aleatoria de la muestra de trabajadores sudamericanos y marroquíes. Entrevista clínica con datos sociodemográficos y test AUDIT.
Resultados. Se trata, en ambos grupos, de hombres casados (50,5% marroquíes, 57,1% sudamericanos) que no precisan intérprete (76% marroquíes, 99,1% sudamericanos) y trabajan en la agricultura (79% de los marroquíes y 64,3% de los sudamericanos). El 68% de los marroquíes niega el consumo de alcohol frente al 38,4% de los sudamericanos, el 37,5% de estos admiten un consumo mensual. El 87% de los marroquíes nunca toma seis o más bebidas, el 26,8% de los sudamericanos lo hace una vez al mes. Nunca presentan remordimientos después de un consumo (96,5% marroquíes frente al 81% de los sudamericanos), son capaces de recordar lo que les pasa la noche anterior (97,5% de los marroquíes y el 92% de los sudamericanos) y su entorno no muestra preocupación por el consumo de alcohol (94,5% de los marroquíes y 89,3% de los sudamericanos). Sólo el 8% de los marroquíes y el 10,7% de los sudamericanos presenta un consumo de riesgo (AUDIT ≥ 8).
Conclusiones. Es fundamental definir el perfil del inmigrante consumidor para poder establecer programas específicos.

3328. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ¿VARÍA EL CONTROL SEGÚN EDAD?

Rama Martínez, T.[a]; Beato Fernández, P.[b]; Alcolea García, R.M.[c]; Fogo Vila, S.[d]; Huguet Aznar, L.L.[e] y Tenas Bastida, D.[f]
[a,b,d,e,f]CAP Masnou-Alella, Barcelona. [c]CAP Besòs, Barcelona.

Objetivos. Conocer el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes diagnosticados de enfermedad cerebrovascular (ECV) según edad.
Metodología. Estudio descriptivo transversal, realizado en tres centros de Atención Primaria semiurbanos. *Sujetos:* todos los pacientes diagnosticados de ECV. *Variables analizadas:* edad, sexo, presión arterial (PA), HbA1c (en diabéticos), colesterol total (CT), colesterol LDL, triglicéridos, IMC, tabaquismo. Consideramos buen control: PA < 130/80 mmHg, HbA1c < 7, CT < 200 mg/dl, LDL < 100 mg/dl, IMC < 30, no fumador o exfumador, tratamiento antiagregante y/o anticoagulante. Fuente de datos: historia clínica informatizada.
Resultados. Trescientos veintitrés pacientes con ECV, 53,2% mujeres. Edad media: 72,8 ± 11,3 años. Por grupos de edad: < 65 años, 26,3%

Tabla 1.

Edad (años)	< 65	≥ 65 y < 80	≥ 80
PA < 130/80 mmHg	17,6	21,4	16,8
HbA1C < 7 (diabéticos)	31,6	66,7	66,7
CT < 200 mg/dl	35,3	43,5	38,3
Colesterol LDL < 100 mg/dl	21,2	23.7	24,3
Triglicéridos < 150 mg/dl	44,7	60,3	48,6
IMC < 30	72	55,7	50,5
No fuman-exfumadores	30,3-26,8	48,1-20,6	53,3-11,2
Tratamiento antiagregante y/o anticoagulante (%)	69,4	87	74,8

(32,6% de los hombres) y ≥ 80: 33,1% (42,3% de las mujeres). Del total: 69% hipertensos, 29% diabéticos, 35,6% dislipémicos, 26,8% obesos, 10,5% fumadores. La tabla describe el porcentaje de control según edad (tabla 1).
Conclusiones. El porcentaje de control de la PA en todas las edades es muy inferior respecto al recomendado por las guías, especialmente en los más ancianos. Los pacientes con ECV de menor edad tienen peor control de la HbA1C, peor perfil lipídico y menor tratamiento antitrombótico; en cambio, hay un porcentaje superior de exfumadores e inferior de obesidad.

3336. ¿CÓMO ESTÁ EL CONTROL TENSIONAL DE NUESTROS HIPERTENSOS?

Guijarro Sánchez, M.J.; Catalán Macián, J.B.; Antón García, F.; Máñez Andrés, A.; González García, L. y García González, F.
Centro de Salud Fuensanta, Valencia.

Objetivos. Evaluar el grado de control evolutivo de los hipertensos de un centro urbano.
Metodología. Nuestro centro atiende 10.488 adultos en 7 consultas. Del archivo informático se han evaluado 166 hipertensos (muestra significativa) de más de 2 años de evolución. *Variables:* sexo, edad, presión sistólica (PS), diastólica (PD) (media 3 últimos registros de 2006 y 2008), número y tipo de fármacos antihipertensivos, factores de riesgo asociados (diabetes, dislipemia, tabaco, obesidad, etc.). Análisis de los datos: SPSS.
Resultados. Un 33,7% varones, edad media 72,7 años (DE 10,9). PS media (2006) 136,9 mmHg; PS media (2008) 135,7, diferencia 1,2 (IC 1,1 a 3,5) (p = 0,286). PD media (2006) 78,7; PD media (2008) 76,1, diferencia 2,6 (IC 1,3 a 3,9) (p = 0,000). PS en objetivo (≤ 140): en 2006 68,1%, en 2008 70,5%. PD en objetivo (≤ 90): en 2006 93,4%, en 2008 95,8%. Número de fármacos 2006: 0: 5,4%; 1: 34,9%; 2: 39,2%; 3: 16,3%; 4: 7,8%. En 2008: 0: 0,6%; 1: 33,1%; 2: 40,4%; 3: 18,1%; 4: 4,2%. Fármacos en 2006 y 2008: diuréticos: 66,3% y 69,3%; bloqueadores beta: 13,9% y 18,1%; IECA: 41,6% y 44,6%; ARA2: 25,3% y 32,5%; cacioantagonistas: 22,3% y 24,7%; alfa-bloqueantes: 9,6% y 9,6%. Factores de riesgo asociados: dislipemia 61,4%; obesidad 47,6%; diabetes 34,3%; tabaquismo 30,1%; insuficiencia cardíaca 9,6%; cardiopatía isquémica 8,4%; enfermedad cerebrovascular 7,8%.
Conclusiones. Nuestro centro tiene un buen grado de control de los hipertensos, con mejoría evolutiva, sobre todo la PD. La mayoría de los pacientes toman 2 o más fármacos (sobre todo diuréticos y IECA). Los factores de riesgo asociados más frecuentemente son: dislipemia, obesidad, diabetes y tabaquismo.

3370. ¿HAY RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE METFORMINA Y CONTROL DEL PACIENTE DIABÉTICO?

Miskovic Karacsonyi, N.[a]; Iturralde Iriso, J.[b]; Ortega Horrillo, M.E.[c]; Noriega Bosch, C.[d]; Mediavilla Tris, G.[e] y Martínez Gorostiaga, J.[f]
[a,b]Centro de Casco Viejo; [c,d,e,f]Comarca Araba, Osakidetza.

Objetivos. Conocer la relación entre la prescripción de metformina y el control de la diabetes mellitus en un área de salud.
Metodología. Estudio descriptivo transversal realizado en un área de salud de Atención Primaria que atiende a una población de 266.241 habitantes mayores de 13 años. Los datos de pacientes diabéticos y cifras de control de glucemia se extraen del programa OSABIDE de historia clínica informatizada. Los datos de prescripción de metformina y otros antidiabéticos se obtienen del programa de facturación de recetas médicas del Departamento de Sanidad. Se evalúan los resultados del año 2008. Utilizamos el programa Excel para el análisis estadístico.
Resultados. El número de diabéticos registrados es de 14.110 (6,64% de prevalencia). El 36,79% de los pacientes puede considerarse que tiene buen control analítico (hemoglobina glucosilada menor de 7%). El gasto de medicamentos antidiabéticos ha sido de 2.503.299 euros y se han prescrito 75.526 envases de metformina. El número medio de envases de metformina prescritos por paciente diabético ha sido de 5,6 al año. La correlación entre buen control de hemoglobina glucosilada y consumo de metformina ha sido de -0,21. La correlación entre el número de diabéticos por médico y el buen control de hemoglobina glucosilada es -0,57.
Conclusiones. No hay relación entre el mayor consumo de metformina y un mejor control de los pacientes diabéticos. Puede haber otros factores, farmacológicos o no farmacológicos, que influyen en el buen control de estos pacientes. Parece que a menor número de diabéticos por médico hay un mejor control.

3373. MÉDICO DE FAMILIA. LA OLIMPIADA DIARIA

Gombáu Aznar, E.; Bueno Lozano, M.; Pérez Beriain, R.; Sandua Sada, M.; Lasheras Díaz, G.; Guerra Martínez, M.P.
Centro de Salud Cascante, Navarra.

Objetivos. Conseguir entre todos, usuarios y profesionales, una Atención Primaria que preste un servicio sanitario accesible, digno y de calidad a la población y que cuente con la organización y los recursos necesarios. Demostrar que el día a día en la consulta se convierte para los profesionales en una carrera de obstáculos al afrontar no solo la gran afluencia de pacientes, sino también: burocracia, domicilios y llamadas con interrupciones, costes en la consulta, etc.
Metodología. El Área de Salud de Cascante tiene una población aproximada de 14.000 habitantes. Para asumir la asistencia sanitaria cuenta con: 7 médicos, 1,5 pediatras y 7 enfermeras. El 75% de los días la afluencia en el área es superior a la media, generando estrés al personal sanitario.
Resultados. 8:00 Inicio consulta. 8:10 Aviso urgente al centro (citado por admisión) 90% podrían esperar. 8:20 Reincorporación con retraso. Cada 7 minutos un paciente. Siendo el tiempo escaso, la demora aumenta. 9:12 Aviso urgente domiciliario (70 años, síncope). Acompañada de enfermería atendemos al enfermo, ocasionándose un retraso en consulta de una hora. 9.30 Pacientes resignados esperando, se impacientan. 11:30 Fin primera parte consulta, cuando debería haber terminado a las 10:45. Domicilio a las 11:45 y a las 12:00 Inicio segunda parte consulta.12:13 pasan de admisión consulta telefónica con paciente y avisan viene otro alegando "no puede esperar", acumulando retraso.13:10 Urgencia al centro. Último paciente citado 14:00, pero con el retraso termino a las 14:20. Queda un domicilio. 14:50 Regreso al centro y falta comprobar recetas, partes de baja y hablar con enfermería de pacientes comunes. De 8 a 15 Olimpiada conseguida.
Conclusiones. La calidad asistencial disminuye; se necesita contratar más personal y más tiempo de consulta por paciente.

3378. RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE SELENIO Y EL CÁNCER DE PRÓSTATA

Pérez Beriain, R.M.[a]; García de Jalón Comet, A.[b]; Bueno Lozano, M.[c]; Gombau Aznar, E.[d]; Lasheras Diaz, G.[e] y Urizar Calvo, I.[f]
[a,c,d,e,f]Centro de Salud Cascante, Navarra. [b]Servicio de Bioquímica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos. Estudiar la relación que existe entre la existencia de cáncer de próstata y las alteraciones en los niveles séricos de selenio.
Metodología. Recogimos el suero de 313 pacientes a los que se iba a realizar biopsia de próstata. Posteriormente, obtuvimos los resultados de la biopsia, clasificando a los pacientes en dos grupos: a) Resultado de carcinoma de próstata; b) resultado de hipertrofia benigna de próstata (HBP). Se compararon los resultados frente a un grupo control de sujetos sanos. La prueba estadística utilizada para la comparación de las medias de la edad y de los niveles de selenio de los grupos fue el análisis de la varianza (ANOVA).
Resultados. Realizamos una comparación entre la edad en los tres grupos. El resultado fue no significativo, las diferencias entre los niveles de selenio en los grupos no son debidas a la edad de los sujetos. Los niveles de selenio de los distintos grupos quedan reflejados en la siguiente tabla:

Tabla 1.

	N	Selenio (µg/l)
Grupo control	107	74,87
Hiperplasia benigna de próstata	197	75,54
Cáncer de próstata	116	69,90

El ANOVA muestra un resultado no significativo entre el selenio en el grupo control y el selenio de los pacientes cuyo resultado de biopsia fue de HBP. Entre estos dos grupos y el grupo de pacientes con cáncer de próstata, el resultado fue estadísticamente significativo con una p < 0,05.
Conclusiones. En nuestro estudio, los pacientes con neoplasia de próstata tienen unos niveles de selenio menores a los de la población general o a pacientes con HBP.

3379. RELACIÓN ENTRE EL USO DE ANTIAGREGANTES Y EL VALOR DEL INR

Gosálvez Mariño, I.[a]; Rodríguez Chamorro, M.A.[b]; Ojeda Pérez, M.J.[c]; Rodríguez Chamorro, A.[d]; Busquets Gil A.[e] y García-Jiménez, E.[f]
[a,c]Centro de Salud Salorino, Cáceres. [b,d,e,f]Farmacia de Herreruela, Cáceres.

Objetivos. Evaluar la no influencia del uso de antiagregantes en el valor del INR, en pacientes con factores de riesgo cardiovascular.
Metodología. Estudio descriptivo transversal realizado en el consultorio y en la farmacia de Herreruela. Se realizó un cuestionario a pacientes mayores de 25 años que presentaban algún FRCV. Fueron identificados dos grupos de pacientes: los que tomaban antiagregantes y los que no .La determinación del valor de INR se realizó mediante un coagulómetro portátil.
Resultados. Fueron identificados 18 pacientes que utilizaban antiagregantes orales. El 88,88% presentaba HTA, 44,44% DM2, dislipemia el 55,55% y el 16,66% era fumador. Presentó 1 FRCV el 44,44% de los pacientes, 2 FRCV 16,66%, 3 FRCV el 27,77% y 4 FRCV el 11,11%. El valor medio de INR de estos pacientes fue 1,066. En relación con el grupo de pacientes que no tomaban antiagregante, fueron identificados 23 pacientes. Con respecto a los FRCV, el 87,33% de pacientes presentaba HTA, el 13,04% DM2, dislipemia el 30,43% y tabaquismo el 21,73%. Presentó 1 FRCV el 60,87% de los pacientes, 2 FRCV el 30,43% y 3 y 4 FRCV, respectivamente, el 4,35%. El valor medio de INR de estos pacientes fue 1,008.
Conclusiones. El consumo de antiagregantes por los pacientes con algún FRCV del estudio no afecta al valor del INR.

3380. DETECCIÓN DE ALTO RIESGO DE DIABETES MELLITUS EN UNA POBLACIÓN ADULTA EN EL MEDIO URBANO

Fragua Gil, M.S.[a]; Arahuetes Benito, F.[b]; San José Rodríguez, A.[c]; Alonso Rodríguez, S.[d]; Barrio Márquez, A.[e] y Delgado Fraile, M.A.[f]
[a,b,c,d]Médicos de Familia; [e,f]Enfermeras. Grupo Estudio De Plan Centro de Salud Segovia I. Gerencia de AP, Segovia.

Objetivos. Identificar los factores de riesgo (FR) en una población no-diabética con alto riesgo de desarrollar diabetes mellitus.
Metodología. Estudio observacional. Periodo: septiembre-diciembre 2008. Población: > 45 años de un Centro de Salud (total: 10.673). Excluidos: pacientes diabéticos. Muestreo: números aleatorios (290 pacientes). Escala validada Findrisk (0-26 puntos): alto riesgo de desarrollar diabetes ≥ 14. Variables por sexo: índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura (PC), ejercicio, alimentación, hipertensión arterial (HTA), glucemias previas elevadas, familiares diabéticos, escala SCORE en ≤ 65 años, tabaquismo, tensión arterial (TAS), colesterol. Estadística descriptiva, intervalos de confianza 95% (IC95%), pruebas: comparación de medias Z $\alpha/2$, t-student, significativo (ES) p < 0,05.
Resultados. Total 21,7% personas con alto riesgo de diabetes mellitus (IC95% = 16,9-26,4). Edad media 65,2 años, DE = 10,8. Mujeres: 69,8% (IC95% = 58,7-88,9). Findrisk: hombres 16,0, DE = 1,9; mujeres 17,1, DE = 3,1, diferencia no ES. PC: hombres 68,4% > 102 cm (IC95% = 57,2-79,69), mujeres 86,4% > 88 cm (IC95% = 78,1-94,7), diferencia ES p < 0,04. Ejercicio diario: hombres 73,7% (IC95% = 62,8-84,6), mujeres 45,5% (IC95% = 32,2-57,8), diferencia ES p < 0,01. Colesterol medio hombres: 187,7, mujeres 204,5, diferencia ES p < 0,04. SCORE hombres: 3,9, mujeres: 2,3, diferencia ES p < 0,01. Resto, no diferencia ES hombres/mujeres: IMC medio 32,4/30,2. Alimentación sana 78,9% (IC95% = 68,2-88,9)/88,6% (IC95% = 80,7-96,5). HTA 57,9% (IC95% = 45,7-70,1)/54,5% (IC95% = 42,2-66,8), familiares diabéticos 84,2% (IC95% = 75,2-93,2)/79,5% (IC95% = 69,5-89,5). Fumadores 15,8% (IC95% = 6,8-24,8)/11,4% (IC95% = 3,5-19,2). Media TAS 135,6/129,6.
Conclusiones. 1) Casi la cuarta parte de la población adulta tiene alto riesgo de desarrollar diabetes. 2) Los familiares diabéticos, la HTA y la obesidad fueron los FR más prevalentes. 3) En las mujeres se añaden: a) el PC; b) la falta de ejercicio, y c) el colesterol elevado. 4) Conocer los FR en la población no-diabética pero con alto riesgo de desarrollarla es importante para establecer medidas preventivas que permitan modificar y/o controlar el riesgo de desarrollar diabetes.

3381. LA SOFROLOGÍA NOS AYUDA A AFRONTAR LA ANSIEDAD DE NUESTRA COMUNIDAD

Cánovas Zaldúa, Y.; Castaño Gea, M.; Gil Valero, E.; Ferrero Sanz, R.; Vallejo Domingo, A. y Medrano Jiménez, R.
EAP La Salut, Badalona, Barcelona.

Objetivos. En relación con el aumento de la demanda asistencial relacionada con problemas de ansiedad en nuestro Centro de Salud, nos planteamos una estrategia de intervención eficiente para cambiar la percepción individual y la manera de afrontar las vivencias estresantes. La sofrología es un método científico que engloba el equilibrio cuerpo-mente-espíritu, y facilita el autoaprendizaje de técnicas de relajación haciendo énfasis en la acción positiva.
Metodología. Desarrollo de un programa de educación grupal con 17 adultos voluntarios participantes que consta de 6 sesiones de contenido teórico-práctico consecutivas semanales de 1,5 horas de duración. En cada sesión se desarrolla un tema sobre hábitos saludables y se realiza una técnica de relajación. Los diferentes temas tratados son: introducción a la sofrología y respiración, alimentación equilibrada, eliminación, ejercicio físico, sueño y prevención de riesgos.
Resultados. A cada participante se le realiza en la primera y última sesión el test de ansiedad de Hamilton (puntuación máxima de 54 puntos). La media de puntuación previa fue de 28 puntos (ansiedad de intensidad moderada), y la posterior fue de 14 puntos (ansiedad de intensidad leve).
Conclusiones. Detectamos una gran acogida e interés constatando una gran satisfacción por parte de la población, habiéndose organizado ya nuevas sesiones para el próximo año. Disminución del nivel de ansiedad de los participantes según la escala de Hamilton (de 28 a 14 puntos). Mejor conocimiento y manejo por parte de los participantes de las técnicas para afrontar situaciones que generan ansiedad. Satisfacción por parte de la Comunidad con respecto a las iniciativas de educación grupal de nuestro Centro de Salud.

3384. RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE SELENIO Y EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Pérez Beriain, R.M.[a]; García de Jalón Comet, A.[b]; Gombau Aznar, E.[c]; Bueno Lozano, M.[d]; Guerra Martínez, M.P.[e] y Urízar Calvo, I.[f]
[a,c,d,e,f]C.S. Cascante, Navarra. [b]Servicio de Bioquímica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos. Estudiar la relación que existe entre la incidencia del infarto agudo de miocardio (IAM) y las alteraciones en los niveles séricos de selenio.
Metodología. Se recogió el suero de pacientes que acudían a Urgencias por sospecha de IAM. Como casos, se seleccionaron aquellos pacientes que fueron diagnosticados finalmente como infarto, según clínica, enzimas cardíacas o resultados electrocardiográficos. Como grupo control, e intentando paliar el sesgo que podría producirse como consecuencia del estrés, se seleccionaron aquellos pacientes que tras acudir al servicio de Urgencias con sospecha de infarto (como el grupo anterior), fueron dados de alta con diagnóstico de dolor de causa muscular. La prueba estadística utilizada para la comparación de las medias de la edad y de los niveles de selenio de los grupos fue la de la t de Student para muestras independientes.
Resultados. Realizamos una comparación entre la edad y el sexo en los dos grupos. El resultado fue no significativo, las diferencias entre los niveles de selenio en los grupos no son debidas a la edad ni al sexo de los sujetos. Los niveles de selenio de los distintos grupos fueron:

Tabla 1.

	N	Selenio (µg/l)
Grupo control	182	76,46
Grupo de IAM	73	59,28

La comparación de las medias utilizando la prueba de la t de Student para muestras independientes dio un resultado estadísticamente significativo con una $p < 0,001$.
Conclusiones. En nuestro estudio, los pacientes con IAM tienen unos niveles de selenio menores a los de la población general.

3387. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LOS HIPERTENSOS Y/O DIABÉTICOS DE NUESTRO CENTRO DE SALUD

Afonso Navarro, C.M.; Rodríguez Pérez, A.; Alvarado Montesdeoca, M.L.; Ruiznavarro Menéndez, C. y Rijo González, S.
Centro de Salud La Laguna-Finca España, Tenerife.

Objetivos. Determinar la prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) mediante estudio de la función renal o como la presencia de daño renal en hipertensos y/o diabéticos de nuestro Centro de Salud.
Metodología. Estudio descriptivo-transversal de la función renal de los hipertensos y/o diabéticos en nuestro Centro de Salud. La función renal se determinó aplicando la fórmula del estudio Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) y el daño renal mediante excreción urinaria persistente (cociente albúmina/creatinina en orina aislada). Se clasificó en estadios según criterios de la National Kidney Foundation.
Resultados. La muestra quedó formada por 765 pacientes, con edades comprendidas entre 23 y 90 años, con una edad media de 63,39 ± 12,69, donde el 47,18% eran hombres y el 52,82% mujeres. De estos, el 22,7% era diabético, el 47,18% hipertenso y el 30% hipertenso/diabéticos. Con un filtrado glomerular (FG) en el intervalo 60-89 ml/min/1,73 m^2 se situó el 31,5% de la muestra y con un FG < 60 ml/min/1,73 m^2 el 5,35%. En cuanto a la excreción urinaria de proteínas, el intervalo entre 30-300 mg/dl estuvo presente en el 9,4% y > 300 mg/dl en el 2%. La hipertensión/diabetes estuvo presente en el 43,90% de los casos con un FG < 60 y la excreción de proteínas en orina en el 52,76%.
Conclusiones. Los hipertensos/diabéticos son los que presentan más enfermedad renal. Para una mejor captación de los mismos, no basta solo con el FG por fórmula, también debemos hacerlo teniendo en cuenta el cociente albúmina/creatinina.

3391. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE EN UN DISTRITO SANITARIO URBANO

Campillos Páez, M.T.[a]; González Pascual, J.L.[b]; Garrote Peñuelas, M.J.[c]; Delgado Valera, M.A.[d]; Lesmes González, J.[e] y Campillos Páez, M.A.[f]
[a,b,c,d,e]Centro de Salud Potes, Área 11 de Atención Primaria de Madrid. [f]Hospital Universitario La Princesa, Área 2 de Madrid.

Introducción. El síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL) es la muerte brusca, inesperada del lactante, sano, menor de 1 año, inexplicable tras investigación.
Justificación. El SMSL es la primera causa de muerte posneonatal en muchos países. Europa: mueren anualmente 5.000 lactantes. España: 1/1.000 bebés (> 1 muerte diaria). Infrecuente antes del mes y después de 6 meses.
Hipótesis de trabajo. Proporcionar información sobre el SMSL capacitará a padres/cuidadores para adoptar medidas preventivas y reducirá la incidencia.
Objetivos. Principal: aumentar el conocimiento en madres sobre SMSL como problema de salud prevenible. Secundarios: formar al sanitario, valorar la aplicación del programa, disminuir la incidencia del SMSL.
Metodología. *Diseño:* población diana: embarazadas (> 24 semanas gestación) pertenecientes a EAP del distrito de estudio con consulta obstétrica. Realizaremos educación sobre SMSL durante: 1) Controles prenatales (en tercer trimestre). 2) Clases de preparación al parto. 3) Valoración puerperal. 4) Controles pediátricos hasta el año de vida. Actividades previas a la intervención: 1) Educación del sanitario mediante jornadas. 2) Implantación del programa de atención al embarazo, donde registraremos datos referentes a educación sanitaria. Cronograma: a partir de 1 de enero de 2010: 1) Carteles informativos en C.S. del estudio y consultas matronas, entregaremos pegatinas con recomendación de dormir boca. 2) Captación y educación individualizada a madres sobre SMSL y formas de prevención, entregaremos folleto informativo. Realización pretest. 3) Evaluación en segundo y sexto mes tras nacimiento sobre cumplimiento de recomendaciones preventivas. 4) Al año de vida realizaremos test postintervención.
Resultados. Primer cuatrimestre 2011: 1) Comparación test pre y postintervención. 2) Comprobar aplicación del programa (porcentaje total de madres incluidas en el programa, porcentaje de madres que cumplen las recomendaciones) . 3) Comprobar la formación del sanitario (encuesta sobre muestra).

3397. VARIABLES PREDICTORAS DE ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD DE PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SU INFLUENCIA EN LA OBTENCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA SEXUAL

Tijeras Úbeda, M.J.[a]; Alarcón Rodríguez, R.[b]; Jurado López, A.R.[c] y Ayala Maqueda, R.[d]
[a,d]Centro de Salud La Cañada, Almería, Distrito Sanitario Almería. [b]Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería. [c]The Medical Centre San Pedro-Marbella, Málaga.

Objetivos. Conocer el porcentaje de profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP) que preguntan la historia clínica sexual (HCS), motivos de los que no lo hacen y analizar si influyen variables predictoras de actitudes hacia la sexualidad.
Metodología. Estudio descriptivo transversal, mediante encuesta administrada a profesionales de AP del Distrito Sanitario Almería y Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Almería. Se analizan variables socio-demográficas, ideológicas y religiosas; variables referentes a la historia clínica sexual (si le preguntan o no a sus pacientes y motivo del no). Se usó el programa estadístico SPSS 15.0 para el análisis descriptivo de frecuencias variables cualitativas y se compararon con la prueba de Chi cuadrado.
Resultados. Contestaron 51,1% de profesionales (242), 61,5% mujeres, 41,7% entre 46-55 años, 50,8% creyentes-no practicantes, 48,7% tendencia de izquierdas y 40,8% médicos/as. Solo el 29,3% de los profesionales (0,4% pediatras, 6,8% enfermeros/as) preguntan la HCS. El motivo del "no" más frecuente, médicos/as 19,5% "falta de tiempo en la consulta", enfermeros/as 13,8% "pertenece a la intimidad del paciente". Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a "falta de tiempo en consulta" y profesión, $p < 0,001$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las variables de sexo, edad, orientación religiosa y profesión.
Conclusiones. El sexo, la edad, la orientación religiosa y la opción política, consideradas variables influyentes en las actitudes hacia la sexualidad, se muestran independientes a la hora de recoger la HCS. Hay que recordar a los profesionales sanitarios de AP (en especial a pediatras y enfermeros) la importancia de realizar la HCS de sus pacientes con independencia de su edad.

3398. ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS RELACIONADAS CON LOS PROBLEMAS Y DISFUNCIONES SEXUALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Tijeras Úbeda, M.J.[a]; Jurado López, A.R.[b] y Alarcón Rodríguez, R.[c]
[a]Centro de Salud La Cañada, Almería, Distrito Sanitario Almería. [b]The Medical Centre San Pedro-Marbella, Málaga. [c]Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería.

Objetivos. Conocer los tipos y frecuencias de las demandas de problemática sexual y disfunciones sexuales (DS) en consultas de Atención Primaria (AP).
Metodología. Estudio descriptivo transversal, mediante encuesta de elaboración propia, anónima y voluntaria administrada a profesionales sanitarios de AP del Distrito Sanitario Almería y médicos/as Residentes de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Almería. Se analizan variables socio-demográficas (sexo, edad, profesión); referidas a temas sobre sexualidad que consultan pacientes hombres y mujeres y DS consultadas en los dos últimos años. Se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0 para el análisis descriptivo de las frecuencias de las variables cualitativas y se compararon con la prueba de Chi cuadrado.
Resultados. Contestaron 51,1% de profesionales (242), 57,4% médicos/as, 37,1% enfermeros/as, 14,6% y 5,4% otras. Un 38,5% de hombres y 61,5% de mujeres; 41,7% entre 46-55 años. Los temas que más consultaron los hombres fueron DS 51,5% y relaciones de pareja

36,4%; las mujeres por salud sexual y reproductiva 24,6% y relaciones de pareja 24,6%. La disfunción eréctil (DE) 63,4%, vaginismo y dispareunia 35,8% y trastornos del deseo femenino 34,9% son las DS más consultadas en los dos últimos años. Las profesionales mujeres fueron menos consultadas por DE, eyaculación precoz y trastornos del deseo masculino. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, p < 0,001.
Conclusiones. Los problemas de índole sexual y las DS son motivos frecuentes de consulta en AP. Los profesionales sanitarios de AP debemos conocer las diferencias entre la sexualidad masculina y femenina y la dificultad de los pacientes varones para hablar de sexualidad con las profesionales sanitarias mujeres.

3405. IDONEIDAD DE LA INDICACIÓN DEL MAPA Y CAPACIDAD DE INDUCCIÓN DE CAMBIOS A POSTERIORI

Vidal Peñarroya, P.; Teixidó Vargas, C.; Sabata Mondragón, J. y Gros García, T.
CAP Ronda Cerdanya Mataró, Barcelona.

Objetivos. Establecer si la prueba está indicada correctamente y si a partir de los resultados se induce un cambio terapéutico y/o de frecuencia de visitas.
Metodología. Prueba de monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) de 24 horas en pacientes con sospecha de HTA clínica aislada, HTA no controlada, sistólica aislada o HTA refractaria. Revisión en la historia clínica informatizada de las siguientes *Variables:* indicación de MAPA registrada específicamente en la historia clínica, número de visitas realizadas los 6 meses anteriores a la realización de MAPA, cambio terapéutico posterior a MAPA en relación a los resultados del mismo, número de visitas realizadas durante los 6 meses posteriores a la fecha de MAPA (con un intervalo libre de 4 meses para descartar incremento de visitas por intensificación de terapia).
Resultados. No hemos observado diferencias significativas entre el pre y post-MAPA. El resultado ha inducido cambios terapéuticos en un 30% de los casos y la frecuentación ha disminuido un 26%.
Conclusiones. En los sujetos investigados de nuestro estudio no se han registrado correctamente las indicaciones de realización de MAPA y los cambios esperados no se han confirmado.

3408. LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: LA CENICIENTA DE LAS ENFERMEDADES

Alonso Sancho, T.; Biendicho Palau, M.P.; Cortes Genesca, J.; Guiu Amill, E.; Monseny Vilarasau, A. y Astals Bota, E.
CAP Balaguer, Balaguer.

Objetivos. Comparar el diagnóstico y/o seguimiento de tres enfermedades crónicas de alto impacto en Atención Primaria del Centro de Atención Primaria (CAP) de Balaguer.
Metodología. Análisis transversal de los 15.889 usuarios adscritos al CAP mayores de 14 años. Se revisan las historias clínicas informatizadas. Se establecen tres grupos a estudio: 1) Hipertensión arterial (HTA). 2) Diabetes mellitus tipo 2 (DM). 3) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Se recogen las pruebas complementarias efectuadas en cada grupo para diagnóstico o seguimiento. Se escogen: realización del electrocardiograma (ECG) en hipertensos, determinación de hemoglobina glicada (HbA1) en diabéticos y la espirometría en EPOC.
Resultados. Observamos una prevalencia de HTA del 17,8% (2.829 pacientes) sobre una esperada del 25%, con ECG en el 53,9%. La prevalencia observada en diabéticos es del 5,7% (911 pacientes) sobre una esperada del 6% y control de HbA1 del 79,03%. Por último, la prevalencia hallada en EPOC es del 2,5% (391 pacientes) sobre una esperada de 9% y espirometría realizada en el 52%.
Conclusiones. La EPOC está infradiagnosticada en nuestro centro, ¿por qué no diagnosticamos EPOC? Es paradójico observar cómo en la mitad de ellos no consta el estudio espirométrico, aunque para el diagnóstico sea imprescindible su realización, ¿cómo diagnosticamos? Debemos romper con esta realidad y fomentar una actitud proactiva entre los profesionales sanitarios. El control de la HTA dista de lo óptimo. En DM hay buenos indicadores diagnósticos y pruebas de seguimiento efectuadas. Parece que resulta difícil y compleja la realización de técnicas, mientras que la extracción analítica está más arraigada en nuestros hábitos.

3419. ¿REALIZAMOS UN CORRECTO CONTROL Y TRATAMIENTO A NUESTROS PACIENTES OBESOS?

Vega Galindo, M.V.[a]; Vallecillos Segovia, I.[b]; Sánchez Garzón, J.[c] y Labrador Camacho, F.L.[d]
[a]C.S. Huelma, Jaén. [b]C.S. Alhama de Granada, Granada.

Objetivos. Determinar la eficiencia del tratamiento de obesidad en pacientes con factores de riesgo (FR) asociados.
Metodología. *Diseño:* estudio observacional retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Zona Básica de Salud rural con una población asignada de 5.987 personas. *Sujetos:* a partir del registro de FR, seleccionamos una muestra aleatoria de 120 pacientes obesos definidos por un índice de masa corporal (IMC) superior a 25 y que además presentaban alguno de los siguientes FR: dislipemia, diabetes, hipertensión. Criterios de inclusión: evidencia de consejo dietético, controles periódicos de peso y seguimiento al menos de un año (2008). *Variables analizadas:* edad, sexo, talla, FR, número de visitas, peso e IMC inicial y final, datos obtenidos de las historias clínicas personales de cada uno de los pacientes estudiados.
Resultados. Setenta y un pacientes (50 mujeres y 21 hombres) cumplían criterios de inclusión. La edad media fue de 62 años, el IMC inicial medio fue 32,8. La disminución de peso observada media fue de 0,747 kg, sin que se apreciasen diferencias significativas en relación a ninguna de las variables analizadas. Un 11% de los obesos presentó una pérdida de peso superior al 12% de su peso inicial, pero un 4,7% presentó un aumento de peso de parecida magnitud.
Conclusiones. El tratamiento de la obesidad en nuestro ámbito es poco eficiente. Si estudios multicéntricos confirman esta conclusión, sería conveniente reorientar los recursos utilizados en esta actividad para obtener en los sucesivos estudios que se realicen una mayor eficiencia y efectividad en los resultados.

3420. PERFIL DEL USUARIO CON UNA MALA ADHERENCIA A LA CITA PREVIA

Vallecillos Segovia, I.[a]; Sánchez Garzón, J.[b]; Vega Galindo, M.V.[c] y Labrador Camacho, F.L.[d]
[a]Centro de Salud Alhama de Granada, Granada. [b]Centro de Salud Huelma, Jaén.

Objetivos. Aplicación de circuitos de mejora de calidad en la cita previa para un control más eficiente de la demora en Atención Primaria, mediante la identificación de los usuarios que presentan mala adherencia a las citas solicitadas e instaurar medidas oportunas para optimizar su cumplimiento.
Metodología. Muestreo aleatorio de 412 citas concertadas en los últimos dos meses mediante cita previa en un centro de salud rural.
Resultados. De las historias clínicas informatizadas se detectaron 53 citas de 412 ofertadas (12,86%) en las que el usuario no acudió a la cita solicitada. Perfil predominante del usuario incumplidor: mujer 63,83%; edad media 38,15 años; frecuentación media anual 7,25; régimen activo 66,26%; patología crónica 40,98%; factores de riesgo cardiovascular 35,74%. En el 54,87% existía, en el mismo año, constancia de ausencia en otra citación. Se registró una cita en el mes previo a la fecha del incumplimiento en el 66,32%.
Conclusiones. El perfil del usuario incumplidor responde a una mujer joven, régimen activo, reincidente en el incumplimiento, con escasa patología asociada y alta tasa de frecuentación. Consideramos necesario identificar en la historia clínica de forma notoria la circunstancia de no acudir a la cita concertada, para realizar en visitas posteriores una concienciación al usuario identificado, así como la necesidad de un uso racional de la cita previa a través de una anulación de la misma cuando no se pueda acudir. De esta manera se contribuye a optimizar el control de la demora en Atención Primaria.

3424. ¿ACUDEN LOS PACIENTES POR PATOLOGÍAS REALMENTE URGENTES A UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS RURALES?

Saiz Careaga, M.T.[a]; Rodríguez Porres, M.T.[b]; Montalvillo Delgado, E.[c] y Pérez Llerandi, A.[d]
[a,b]Centro de Salud Liébana, Potes. [c]Centro de Salud López Albo, Colindres. [d]Centro de Salud Zurbarán, Bilbao.

Objetivos. Analizar los motivos de consulta y patologías más frecuentes valorados en un Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de un Centro de Salud Rural.

Metodología. Estudio descriptivo transversal. Ámbito del estudio: Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de una zona básica de salud situada a más de 100 km del hospital más cercano. Se estudia la población total que acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria durante dos meses del otoño (61 días consecutivos); no se realiza muestreo. Se recogen variables sociodemográficas, la edad expresada en años se estratifica, y se tipifican los motivos de consulta urgente agrupándolos por patologías relacionadas siguiendo un modelo clásico de clasificación por aparatos y sistemas. Consideramos como pérdidas todos aquellos en los que nos falta el dato correspondiente. El análisis se realiza con el programa de análisis estadístico SPSS.
Resultados. N = 1.213. Edad: 0-16: 206; 17-29: 179; 30-49: 350; 50-64: 167; 65-79: 189; > 80: 103; pérdidas: 19. Sexo: varones: 572; mujeres: 622; pérdidas: 19. Patologías observadas: cardiovascular: 21; digestiva: 160; ginecológica: 10; neurológica: 60; oftalmológica: 43; ORL: 186; piel: 98; psiquiátrica: 14; respiratoria: 102; traumatológica: 244; urológica: 41; miscelánea: 124; pérdidas: 110.
Conclusiones. Los pacientes más frecuentadores son los que corresponden al intervalo de la edad media de la vida y los niños (que ya lo habíamos intuido antes de realizar el estudio), siendo significativo, en este caso, la frecuentación de la población mayor de 80 años. La patología más frecuente es relacionada con traumatismos, algo esperable en el tipo de población que tenemos, seguida de los problemas ORL, faringoamigdalitis y otitis fundamentalmente; digestivos, gastroenteritis y epigastralgias; y respiratorios, infecciones respiratorias graves proporcionalmente con mayor incidencia en la población anciana.

3432. PAPEL DE LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN EL CONTROL DE LA OBESIDAD

González Béjar, M.[a]; Blesa Mayordomo, M.[b]; Gomara, M.J.[c]; Rodríguez Ollero, A.M.[d] y Carrazo, R.[e]
[a,b,c,d]Atención Primaria, Área 2, Madrid. [c]Unidad de Obesidad, Hospital de La Princesa, Madrid.

Objetivos. Valorar la efectividad de un programa de educación nutricional como intervención integrada entre niveles asistenciales (AP y AE) en el tratamiento de la obesidad y sus complicaciones.
Métodos. Se reclutaron 50 mujeres que consultaban por obesidad IMC: 33,2 (DE: 4,5) en diferentes centros de AP y se asignaron aleatoriamente al grupo seguido con tratamiento convencional (MAP y enfermera) o al grupo intervención, en que además del seguimiento convencional se recomendaba asistir a unas clases de educación nutricional mensuales, por dietista en el hospital de referencia. A los 6 meses, se compararon parámetros como: peso, IMC, perímetro de cintura, TA, glucemia y perfil lipídico, así como frecuencia de síndrome metabólico (según ATP III).
Resultados. El grupo que recibió educación nutricional adelgazó más: -5,6 (4,3) kg frente a 1,6 (4,5) de los controles, con $p < 0,01$; el IMC disminuyó -2,36 kg/m2 (1,6) frente a -0,66 (1,8) del grupo control ($p < 0,05$); el perímetro de cintura se redujo -5,33 cm (6,0) frente a -0,83 (5,8) de los controles ($p < 0,02$). Finalmente, la frecuencia de síndrome metabólico se redujo del 64% al 46,3% en el grupo de educación, mientras que en el de control lo hizo al 59,5%.
Conclusiones. Los resultados indican la gran efectividad de medidas de educación del paciente, realizadas en un marco de integración entre AP y AE, en el tratamiento de la obesidad. Este estudio fue realizado con ayuda FIS 06/1779.

3437. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN POBLACIÓN DIABÉTICA ASISTIDA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

García Tolosa, F.[a]; Carbonell Casañ, I.[b]; Vera Garcia, S.[c]; Mata Beltrán, K.[d]; Sánchez Ruiz, T.[e] y Llisterri Caro, J.L.[f]
[a,b,c,d,e]Residentes MFyC Centro de Salud Joaquín Benlloch, Valencia. [f]Centro de Salud Joaquín Benlloch.

Objetivos. Determinar la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes diabéticos mayores de 65 años y los factores asociados a la misma.
Metodología. Estudio descriptivo y transversal en diabéticos ≥ 65 años seleccionados por muestreo aleatorio simple para un tamaño muestral calculado de 134 pacientes (proporción esperada del 31,1%, nivel de confianza del 95% y precisión de 0,05). Se consideró ERC si la creatinina sérica era ≥ 1,5 mg/dl en varones y ≥ 1,4 mg/dl en mujeres o cuando la tasa de filtrado glomerular (TFG) era inferior a 60 ml/min/1,73 (MDRD). Se evaluaron datos socio-demográficos, clínicos, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), características de la diabetes, estadio funcional de ERC y tratamientos farmacológicos.
Resultados. Se incluyó a 160 pacientes (54,4% mujeres), edad media (DE) 75,4 (6,9) años e IMC medio de 29,19 (4,1) kg/m2. Los principales FRCV asociados fueron la hipertensión arterial (66,9%) y la dislipemia (28,1%). Trece pacientes (13%) presentaron ERC por valores de creatinina sérica y 35 (24,2%) una TFG < 60 ml/min/1,73 m^2. El 62,8% (91 pacientes) estaba en un estadio 2 de la NKF. La prevalencia de ERC oculta (creatinina normal con TFG < 60 ml/min) fue del 15,1%. La probabilidad de presentar ERC se relacionó con el sexo femenino, la HTA y la dislipemia.
Conclusiones. Dos de cada 10 pacientes diagnosticados de diabetes presentan ERC. La creatinina plasmática sobreestima el grado de función renal y no es adecuada su utilización como único marcador para la valoración de la ERC.

3439. INOCULACIONES ACCIDENTALES EN ATENCIÓN PRIMARIA, SECTOR HUESCA, 2006-2009

Ezpeleta Ascaso, I.; Elizalde Pérez de Ciriza, M.I.; López Sanjuán, P.; Torres Ramón, J.; Campo Remacha, A.I. y Segura Galé, P.
Centro de Salud Pirineos y Unidad Básica Prevención, Sector Huesca, Servicio Aragonés de Salud.

Objetivos. Conocer el perfil del accidente biológico en Atención Primaria de nuestro sector entre los años 2006 y mayo de 2009.
Metodología. Estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva a partir del análisis de los partes de comunicación de inoculación accidental.
Resultados. El número total de inoculaciones fue de 63 casos. Enfermería es la categoría profesional con mayor incidencia, con 43 casos (68,2%). En el 80,9% de los casos el motivo del accidente fue el pinchazo. En 10 casos (15,8%) se precisó seguimiento. El 17,4% (11 casos) demoró la declaración > 72 horas. Cuatro casos no tenían la inmunización correcta antihepatitis B.
Conclusiones. Se debe insistir en la prevención primaria de los accidentes así como en su correcta y rápida declaración y registro. El médico de Atención Primaria, dadas las características de dispersión y accesibilidad a la unidad de prevención, debe implicarse en la primera asistencia a los trabajadores de su ámbito. Es preciso optimizar la declaración y registro de las inoculaciones accidentales por las implicaciones legales y epidemiológicas que conllevan.

3441. CRIBAJE DE RETINOPATÍA DIABÉTICA: MEDIDA Y EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

Nieto García, M; Bravo Martín, J.M.; Medina Ortega, J.M.; García Castillo, L.; Tejeda Paredes, P. y Nieto García, I.
Hospital Clínico de Granada. Centro de Salud La Zubia, Granada.

Objetivos. 1) Evaluación de las retinografías realizadas en una UCG. 2) Conocer la prevalencia de retinografías remitidas a Atención Especializada.
Metodología. Población de estudio: pacientes diabéticos tipo 2 sin retinopatía diagnosticada. Intervalo de estudio: marzo-septiembre 2007. Criterios de inclusión: pacientes susceptibles de realizar prueba con consentimiento informado. Criterios de exclusión: pacientes no susceptibles de realizar dilatación pupilar con colirio tropicamida durante 10-15 minutos. La técnica de dilatación pupilar y la retinografía se realizaron por personal de enfermería entrenado; retinógrafo TOP-COM 100 o 200. Se efectúan 3 retinografías en cada ojo, posición nasal, central y temporal. El procesado de las imágenes se lleva a cabo mediante el sistema informático asociado al retinógrafo. El médico formado visualiza las imágenes. Las retinografías catalogadas como patológicas o dudosas son remitidas vía intranet al oftalmólogo de referencia, que tras valoración las remite nuevamente al Centro de Salud. Diseño del estudio: observacional descriptivo retrospectivo.
Resultados. Retinografías revisadas n = 373. Informadas por el médico de AP como normales n = 100, 26,8%; remitidas al oftalmólogo de referencia e informadas como revisadas sin anomalías n = 170, 63,4%; revisadas con anomalías n = 72, 19,30%; imágenes valoradas por oftalmólogo como dudosa n = 11, 2,94%; anuladas 20, 5,35%.

Conclusiones. Accesible al paciente; técnica fácil, pero exige entrenamiento, favorece el trabajo en equipo. La alta prevalencia de derivaciones al oftalmólogo de referencia (63,4%) se justificaría para evitar la incertidumbre diagnóstica en AP y el escaso tiempo de instauración del proceso.

3458. MODIFICACIÓN FARMACOLÓGICA PARA EL INSOMNIO, EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA, DESPUÉS DE APLICAR UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA

Fogo Vila, S.; Beato Fernández, P.; Rama Martínez, T.; López Martí, E.; Roig Cabo, P. e Isnard Blanchar, M.M.
Equipo de Atención Primaria El Masnou. ABS El Masnou-Alella, Barcelona.

Objetivos. Valorar la evolución farmacológica de tratamiento del insomnio en pacientes con fibromialgia, después de haber aplicado un programa de educación sanitaria para mejorar el sueño.
Metodología. Estudio analítico experimental (con grupo intervención [GI] y grupo control [GC]), con asignación aleatoria sucesiva de los pacientes atendidos en una consulta de Centro de Atención Primaria semiurbano. *Variables:* a) personales; b) socio-laborales; c) médico-psicológicas; d) de control: test Nottingham Health Profile (NHP), test del Buen Dormir. Duración: 12 meses. Intervención consistente en formación sanitaria centrada en los trastornos del sueño, abordando: concepto de sueño normal; insomnio: hábitos y problemática asociada; higiene del sueño; técnicas conductuales.
Resultados. Muestra estudiada: 72 pacientes (98,6% mujeres). Edad media: 51,93 años. No existen diferencias significativas sociolaborales ni médico-psicológicas. La disminución en la toma de medicación ha sido de un 23,53% en el GI y de un 8,82% en el GC. El porcentaje de pacientes sin medicación en el GI (pre) era del 25%, pasando a un 32,35% post-intervención. En el GC (pre) la no toma era del 36,11%, pasando al 38,24% post-intervención. Las diferencias son significativamente < 0 entre GI y GC, teniendo valor estadístico.
Conclusiones. 1) El programa de educación sanitaria para mejorar el insomnio a pacientes con fibromialgia varía significativamente sus pautas farmacológicas respecto a dicha alteración, reduciendo tanto su posología como su administración. 2) La disminución de fármacos para el insomnio produce en el paciente fibromiálgico un valor añadido consistente en la percepción de una mejora en su calidad de vida.

3459. ESTUDIO SOBRE APLICACIÓN DE MEDIDAS DE CONTENCIÓN EN GERIATRÍA

Arana i Madariaga, A.[a]; Rapelli Tassano, J.[b]; Obiols i Torrebadella, M.[c]; Farràs i Serra, P.[d]; Closas i Solé, A.[e] y Company i Soler, J.[f]
[a,d]Médicos de Familia ABS Súria. [b]Médico residente MFyC ABS Súria. [c]Médico residente MFyC ABS Manresa-2. [e,f]Enfermera Residencia Geriátrica Bell Repòs de Súria.

Introducción. Las medidas de contención física son una medida terapéutica para garantizar la seguridad del paciente y su indicación es responsabilidad del médico tras efectuar la valoración integral del paciente. Hipótesis de estudio. La mayoría de la población institucionalizada requiere medidas de contención.
Objetivos. Determinar las medidas de contención aplicadas en Residencia Geriátrica. Conocer las diferentes indicaciones de medidas de contención.
Metodología. Estudio observacional retrospectivo realizado en Residencia Geriátrica Bell Repòs. Población estudiada: población geriátrica institucionalizada entre enero de 2008 y mayo de 2008. Recogida de datos: se recogen las variables siguientes: edad, sexo, existencia de medidas de contención, causa de la medida, tipo de contención. Estadística: estadística descriptiva.
Resultados. La población estudiada es de 113 individuos, 88 mujeres y 25 varones. Requiere medidas de contención el 44,2% (50), un 44% por riesgo de caída, 40% por demencia, 14% por inestabilidad y el 2% por otras razones. La contención nocturna (baranda) se aplica al 20,35% de la población, exclusivamente diurna 0%, contención nocturna 7,97% y contención permanente 15,93%. El 77,8% de las contenciones es en mujeres, y la franja de edad más afectada es entre 85-89 años, 41,5% de población con contención.
Conclusiones. 1) Un 56% de la población no requiere medidas de contención. 2) Todos los que requieren contención usan como mínimo la baranda nocturna. 3) Por sexos, requieren contención el 95% de mujeres y el 5% de hombres. 4) El intervalo de edad predominante está entre 85-89 años (41,5%).

3464. MEJORA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Velázquez Rodrigo, M.J. y Lorenzana Cadenas, L.
MG del Centro de Salud de Barco de Ávila, Ávila.

Objetivos. Un estricto control de la tensión arterial mediante una antiagregación plaquetaria y comprobar cómo disminuyen las complicaciones vasculares de los pacientes.
Metodología. Estudio descriptivo transversal de casos y controles. Se realiza de forma sistemática una antiagregación plaquetaria y se comprueba si disminuyen las complicaciones vasculares de los pacientes. IT/B a pacientes diabéticos de la ZBS. Pacientes que superan estos parámetros analíticos: HbA1, TA, LDL, HDL, TG y P. abdominal. Realizar FO y AV para valorar la retinopatía diabética. Hallar el RCV mediante la tabla SCORE.
Resultados. Sobre una población diana de 298 *Sujetos:* 1) Resultados IT/B, sobre 80 pacientes diabéticos (27% de la población diana): 62 dentro de la normalidad; 4 pacientes con arteria no elástica; 13 pacientes con EAP moderada; 1 paciente con EAP grave; el 22,6% presenta EAP en distintos estados. 2) Resultados obtenidos con retinógrafo, captados 60 pacientes diabéticos (20%) se han obtenido: 42 con normalidad (70%) y 18 con retinopatía diabética (30%).
Conclusiones. Estos resultados se han obtenido al año del comienzo del estudio. La puesta en marcha de este proyecto ha mejorado la atención del paciente diabético. La antiagregación plaquetaria de los pacientes ha supuesto una no progresión y un no aumento de las complicaciones vasculares. Se ha diagnosticado un porcentaje del 6% de la población diana de EAP asintomática (diagnóstico precoz). El seguimiento de los pacientes diabéticos supone un mejor control de la HbA1.

3571. INTERVENCIÓN FACILITADORA PARA LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN INTERNA Y EL FUNCIONAMIENTO DE UN CENTRO DE SALUD

Pardos Cañardo, A.[a] y Gavilán Moral, E.[b]
[a]Médico SESCAM. Facilita® Consultoría y facilitación de procesos. [b]Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria de Plasencia, Cáceres. Gerencia Área de Salud Plasencia, Servicio Extremeño de Salud.

Objetivos. Mejorar el funcionamiento, relaciones interpersonales y clima laboral de un Equipo de Atención Primaria (EAP) mediante una intervención facilitadora.
Metodología. Un experto en facilitación de procesos realizó una intervención sobre un EAP y la gerencia correspondiente. El EAP que fue pionero en la Comunidad está ahora estancado, sobrecargado y con dificultades de relación interna y con la gerencia. Se adaptó la metodología constructivista C3, consistente en varios pasos: sensibilización, comprensión del problema y desarrollo de nuevas actitudes y capacidades. Posteriormente el facilitador se reunió con el equipo para conocer el entorno laboral y recoger sus necesidades sentidas. Continuaron con reuniones grupales para realizar un diagnóstico situacional (análisis DAFO y árbol de problemas), definir participativamente la Visión, Misión y Valores del EAP, generar posibles soluciones y líneas de trabajo, objetivos e indicadores de evaluación. Se realizaron también reuniones del facilitador con la gerencia e impartió formación en auto-cuidado profesional, comunicación y prevención de conflictos.
Resultados. Las relaciones entre gerencia y equipo parecen haber mejorado. Los coordinadores del equipo perciben mayor reconocimiento; esto los hace más resolutivos, necesitando menos supervisión desde la gerencia. Se han organizado trece comisiones: la de clima laboral ha realizado varios eventos secundados por la mayoría de los miembros del equipo. Se han acordado los turnos de sustituciones, que habitualmente generaban tensiones, y se ha creado un horario para mejorar la eficiencia de la coordinación.
Conclusiones. La facilitación de procesos permite mejorar las relaciones interpersonales y el funcionamiento del equipo sanitario aun partiendo de una situación compleja.

3574. VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE DEPENDIENTE DEL TABACO EN LA POBLACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD URBANO DE ZARAGOZA

Lomba García, B; Hernández Casero, L; Ceña, J.I.C.; Mendi Metola, C; Bibian Miguel T. y Casillas Ferrándiz, L.

Centro de Salud La Jota, Zaragoza.

Objetivos. Investigar y analizar las causas de fracaso en la detección de tabaquismo, así como proponer medidas correctoras.
Metodología. Se trata de un estudio cuantitativo retrospectivo, en el que se busca, en una muestra significativa de la población adulta del Centro de Atención Primaria La Jota (Zaragoza), que cubre una población adulta de más de 30.000 personas, el porcentaje de pacientes que tienen correctamente registrada la intervención preventiva antitabáquica, los que la tienen incorrectamente y los que no la tienen en ninguna forma. Los datos obtenidos se compararán con la auditoría, que sobre este ítem nos ha hecho la dirección médica del Área de Salud. Posteriormente se proponen medidas para corregir los malos resultados obtenidos en la auditoría.
Resultados. En el estudio se ha encontrado un elevado porcentaje de historias en las que la actuación antitabáquica se encontraba registrada fuera del lugar destinado para ello en la historia clínica. En un menor porcentaje no se encontró registrada la actuación.
Conclusiones. Es necesario iniciar un programa destinado a los profesionales sanitarios del Centro de Salud, que les informe respecto a la metodología correcta en el registro de las intervenciones preventivas antitabáquicas, así como que les motive para continuar la búsqueda de pacientes dependientes del tabaco, e impartirles consejo antitabáquico.

CASOS CLÍNICOS

2765. FÍSTULA ARTERIOVENOSA BRAQUIAL POR PUNCIÓN ASPIRATIVA

Sáez Pérez, J.M.

Centro de Salud Malvarrosa, Valencia.

Descripción del caso. Presentamos el caso de un varón de 18 años que debutó con frémito, parestesias y aumento del sistema venoso en cara anterointerna del antebrazo derecho sin claudicación de la extremidad tres meses después de punción venosa para estudio analítico de rutina. La exploración puso de manifiesto *thrill*, junto con soplo continuo irradiado hasta muñeca homolateral, que desaparecía al presionar la zona anatómica descrita. Tras estudio ecográfico con ecodoppler duplex (EDD) y angiorresonancia magnética (ARSM) se le diagnosticó trayecto fistuloso arteriovenoso (AV) que se intervino quirúrgicamente.
Exploración y pruebas complementarias. Tras la exploración médica, se objetivó el aumento del sistema venoso, frémito y un soplo continuo a la auscultación, que se irradiaba hasta la muñeca homolateral. Pulso radial conservado y no claudicación de dicho miembro superior derecho. La EDD color pone de manifiesto vena basílica con un gran aumento del flujo de retorno con señales arterializadas, así como turbulencia importante con paso del flujo en aproximadamente un 80% a vena basílica a través de fístula, que fue confirmado por ARSM que evidencia una repleción casi instantánea de la arteria braquial a la vena basílica, lo que indica la existencia de una gran fístula AV, a la altura de la flexura del codo y más concretamente a la altura de la eminencia bicipital del radio.
Juicio clínico. Fístula AV braquial derecha.
Diagnóstico diferencial. Hay que realizarlo con el pseudoaneurisma, como se puede ver en la tabla 1.
Conclusiones. Dado el gran número de procedimientos analíticos que se solicitan en la práctica médica diaria, queremos con este caso mostrar que, aunque infrecuentes, son posibles cierto número de lesiones iatrogénicas que pueden provocar las punciones venosas. En ocasiones se quiere realizar una gasometría arterial a nivel de la flexura del codo, por no poder obtenerla de la arteria radial, hay que tener cuidado, pues se punciona la vena y se podría crear una fístula, al margen de la mezcla de sangre. El médico de Atención Primaria debe conocer dicha posibilidad, establecer la sospecha cuando se produzca y solicitar los estudios pertinentes para confirmar dicha sospecha.
Bibliografía recomendada.
Bical O, Laborde F, Lecompte Y, Leca F, Hazan E, Neveux JY. Iatrogenic arteriovenous fistulas in infants. Arch Fr Pediatr. 2007;39:691-2.
Kasper AS, Walter M. An arteriovenous fistula in an unusual site. Zentralbl Chir. 2005;120:657-9.
Kazama S, Nie M, Miyoshi Y. Arteriovenous fistula complicating chest tube insertion. Ann Thorac Surg. 2009;67:294-5.
Lai JH, Yan HC, Kao SJ, Lee SC, Shon CY. Intercostal arteriovenous fistula due to pleural biopsy. Thorax. 2007;45:976-8.
Nair R, Chetty R, Woolgar J, Naidoo NG, Robbs JV. Spontaneous arteriovenous fistula resulting form HIV arteritis. J Vasc Surg. 2005;33:186-7.

2869. UN MOTIVO DIFERENTE DE INCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES MAYORES

Yezerska, I.; de Santiago, C. y Gurrutxaga, M.C.

Zona de Santander-Laredo, GAP 1 y 2.

Descripción del caso. Paciente mujer de 68 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a la consulta de Atención Primaria por una clínica de un mes de evolución. Presenta dolores osteomusculares que afectan extremidades superiores e inferiores, con tumefacción objetiva en manos. Importante incapacidad funcional, astenia y aparición de febrícula. Durante el último mes, también rigidez matutina. Valorada ya por el Servicio de Reumatogía, se descartó arteritis de la temporal.
Exploración física y pruebas complementarias. Exploración física: sin hallazgos de interés, excepto dificultad para la elevación de ambos brazos. Pruebas complementarias: hemograma normal, bioquímica normal, VSG 42, PCR 16 mg/l, Rx de codo, pies, manos, cintura escapular y pélvica normal.
Juicio clínico. Diagnóstico de polimialgia reumática.
Diagnóstico diferencial. Polimialgia reumática: enfermedad reumática de etiología desconocida, caracterizada por dolor, rigidez e impotencia funcional, especialmente referido a la cintura escapular y pelviana. Etiología: aparece en personas mayores de 50 años, edad promedio 70 años; es el doble de frecuente en el sexo femenino; más frecuente en la raza blanca. Cuadro clínico: dolor de tipo inflamatorio que afecta a cuello, cintura escapular y pélvica; existe rigidez matinal; puede presentarse en el 25-50% de los casos acompañado de síndrome constitucional: febrícula, astenia, disminución de peso y cefalea. Diagnóstico: dolor y rigidez en los hombros; desarrollo de la enfermedad en un periodo inferior a dos semanas; VSG superior a 40 mm/hora; rigidez matutina de duración superior a una hora; edad mayor a 65 años; depresión y/o pérdida de peso; dolor en cintura pelviana y escapular. Diagnóstico diferencial: arteritis de las células gigantes; miopatía tirotóxica; mieloma múltiple; osteoartritis; síndrome fibromiálgico; parkinsonismo; hipotiroidismo; depresión en el anciano. Tratamiento: corticoides.

3047. DOCTORA, QUÉ SUERTE VERLA DE NUEVO

García Pulido, M.C.; Lista Arias, E.; Valer Martínez, A.; Ruipérez Guijarro, L.; Rodríguez Pascual, M. y Valle Cardoso, F.

CAP María Bernades, Viladecans.

Descripción del caso. Varón de 83 años que acude a urgencias hospitalarias por aumento de su disnea habitual. Antecedentes personales: exfumador desde hace 20 años 20 paquetes/día, HTA, DM-2, DLP en tratamiento. Portador de MCP VVI por AC × FA. TBC en la juventud, EPOC GOLD III. Anemia ferropénica, politransfundido por gastritis crónica y metaplasia intestinal, VHB+. Nefrectomía izquierda por neoplasia renal en el 2002. Barthel 100.

Tabla 1.

Parámetros	Flujo venoso	Pulso distal	Parestesias y alteraciones motoras	*Thrill*	Tumoración local
Pseudoaneurisma	Normal	Normal	No	Sí	Marcada
Fístula arteriovenosa	Aumentado	Disminuido	Sí	Sí	Escasa

Exploración física. Destaca SaO_2 85% basal, con ventimask al 24% alcanza 95%. AR: hipofonesis izquierda con roncus de predominio en hemitórax derecho. Destaca erupción polimórfica con vesículas, pústulas y costras con afectación palmar de distribución craneocaudal, con afectación más intensa en cuero cabelludo, espalda, tórax, brazos y palmas, de menor intensidad en EEII, no pruriginosas. Afebril (36,3 ºC).

Exploración y pruebas complementarias. El motivo de consulta es la disnea, y dados los antecedentes personales, se orienta inicialmente como EPOC agudizada. En la sala de espera de urgencias del hospital de referencia se administra inicialmente tratamiento broncodilatador en espera de ubicación en box y realización de radiografía de tórax. Una vez ubicado, desnudo ya el paciente, se detectan las lesiones cutáneas con aspecto clínico de varicela. Sin embargo, la ausencia de prurito, la ausencia de datos analíticos de linfopenia y el desconocimiento del propio paciente de haberla padecido, genera confusión diagnóstica ante lo cual se solicita PCR de vesícula que confirma la etiología por VVZ. Se aisla al paciente y se decide ingreso para descartar afectación neurológica y pulmonar, que finalmente se descarta. El antecedente epidemiológico de exposición era que su esposa, 72 horas antes, acudía por lesiones en muslo compatibles con herpes zóster, y que el paciente realizaba las curas de las costras a su esposa. Casualmente, la doctora que había visitado a la señora es la misma que lo visita a él posteriormente, facilitando y acelerando el diagnóstico.

Diagnóstico diferencial. Enfermedades vesiculoampollosas del anciano infecciosas: primoinfección por varicela frente a varicela diseminada, no infecciosas (pénfigos frente a penfigoides).

Conclusiones. La varicela en el anciano se manifiesta de forma atípica. El factor epidemiológico es clave, que lo aporta el médico de familia (en este caso, realizando guardias hospitalarias). La alta sospecha diagnóstica permite actuar de forma rápida para el aislamiento del paciente en una sala de urgencias abarrotada de pacientes. El hecho de que un mismo médico sea el que pueda seguir a sus pacientes "allá donde vayan" (modelo inglés) facilita el trabajo a todos los especialistas, ya no solo en la labor diagnóstica, sino en la terapéutica. En nuestro caso, el paciente ingresa por 72 h en el hospital. Su cónyuge queda "descuidada", por lo que consideramos que la puesta en común con la Primaria en tal decisión ayudaría a mejorar la asistencia en domicilio del matrimonio. Creemos que deben estrecharse los lazos entre hospital y Primaria. Sería adecuado un equipo de enlace desde los servicios de urgencias. El acceso al historial compartido es un arma útil para poder explorar aspectos sociofamiliares que en urgencias se desconocen.

3075. URTICARIA EN PACIENTE DISLIPÉMICO

Espino García, A.; Rodrigo Claverol, M.D.; Lafarga Giribets, M.A.; Pérez Olano, B.; Martín Miguel, V. y Sarmiento Cruz, M.

ABS Bordeta-Magraners.

Descripción del caso. Varón de 55 años con antecedentes de dislipemia y sin antecedentes familiares de interés. Consulta por aparición de una erupción cutánea eritematosa en tronco con intenso prurito y malestar general.

Exploración y pruebas complementarias. En la exploración física destaca la presencia de máculo-pápulas[1] confluentes en tórax, espalda y brazos. Resto de exploración normal. En la anamnesis comenta la toma de fluvastatina[2,3] para el control de su dislipemia desde hace 1,5 meses y la aparición de mialgias4 en extremidades inferiores desde su introducción. No toma otros fármacos.Tratado con monodosis de cortisona y antihistamínico oral. Las lesiones mejoran pero a las 24 h presenta rebrote de la erupción, intenso prurito, temblores y diatermia. Se retira la fluvastatina y se realiza analítica para valorar creatincinasa y función hepática. A las 48 h presenta discreta mejoría. En la exploración física todavía destaca la presencia de máculo-pápulas de predominio exclusivamente en tronco, que desaparecieron a los 7 días. Los valores de creatincinasa fueron de 424 U/l, función hepática y resto de analítica sin alteraciones. La creatincinasa se normalizó al mes de la retirada de fluvastatina, con desaparición progresiva de las mialgias.

Juicio clínico. Urticaria por fluvastatina.

Diagnóstico diferencial. Las erupciones medicamentosas[5] son de diferentes tipos: exantemáticas, urticariformes, liquenoides, pustulosas y erupción fija medicamentosa. La reacción urticariforme a fármacos es la segunda más frecuente después de la exantemática. Caracterizada por la aparición de habones y placas urticariformes con prurito, similares a una urticaria convencional que aparece tras la administración del fármaco. El diagnóstico diferencial se hace con el exantema vírico, que puede ser indistinguible del exantema tóxico, aunque la sintomatología acompañante y los antecedentes orientan el diagnóstico diferencial.

Comentario final. Hacer el diagnóstico de certeza de una reacción medicamentosa[6] resulta dificultoso por la falta de hallazgos clínicos e histopatológicos específicos, pacientes polimedicados, y que la reacción puede aparecer días o semanas después de tomar el fármaco. El diagnóstico se basará en una buena anamnesis, la relación temporal entre el medicamento y la reacción adversa, la vía y la frecuencia de administración, su posible ingesta y erupciones con el fármaco en el pasado. El tratamiento consiste en la retirada del fármaco sospechoso; eliminar todos los medicamentos no indispensables y reincorporarlos paulatinamente; tratar la sintomatología con antihistamínicos, tratamiento tópico con secantes o pastas inertes y glucocorticoides para reacciones bullosas graves.

Bibliografía.

1. Krasovec M, Elsner P, Burg G. Generalized eczematous skin rash possible due to HMG-CoA reductasa inhibidors. Dermatology. 1993; 186(4):248-52.

2. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AGEMED). Ficha técnica de fluvastatina.

3. Winkler K, Ablethauser CB, Gimpelewicz C, Bortolini M, Isaacsohn JL. Risk reduction and tolerability of fluvastatin in patients with the metabolic syndrome: a pooled analysis of thirty clinical trials. Clin Ther. 2007;29(9):1987-2000.

4. Murinson BB, Maragakis NJ, Jacobson TA. Fluvastatin, rhabdomyolysis and myotoxicity. Mayo Clin Proc. 2008;83(11);1296; author reply 1297.

5. Thual N, Penven K, Chevallier JM, Dompmartin A, Leroy D. Fluvastatin induced dermatomyositis. Ann Dermatol Venerol. 2005;132(12 Pt 1):996-9.

6. Sebök B, Tóth M, Anga B, Harangi F, Schneider I. Lichenoid drug eruption with HMG-CoA reductasa inhibidors (fluvastatin and lovastatin). Acta Derm Venereol. 2004;84(3):229-30.

3076. PIODERMA GANGRENOSO COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DE ADENOCARCINOMA DE COLON

López Herranz, A.B.; González Sanz, G.; Saudi Moro, S. y Gutiérrez Díez, M.

Centro de Salud Ciudad de los Ángeles.

Descripción del caso. Mujer de 79 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, artrosis, trombosis de vena cava e intervenida quirúrgicamente por adenocarcinoma de ciego en enero de 2007, realizándose hemicolectomía derecha. La paciente refiere, 11 meses más tarde, febrícula asociada a la aparición de una tumoración ulcerada y dolorosa en vacío izquierdo, de 5 × 3 cm, con claros signos inflamatorios y supuración multiforme a través de una escara necrótica que es refractaria al tratamiento con mupirocina tópica. También refiere dos lesiones necróticas más pequeñas en la extremidad inferior izquierda. Se remite a Dermatología.

Exploración y pruebas complementarias. Analítica sanguínea, leucocitosis con desviación izquierda. Biopsia en cuña con anestesia local. TAC tóraco-abdominal que demuestra la existencia de metástasis hepáticas y pulmonares.

Juicio clínico. Pioderma gangrenoso, con lesiones histológicas concordantes. Se instauró tratamiento con corticoides por vía oral y tópica, inicialmente con dacortín asociado a diprogenta, siendo este último sustituido por clobetasol posteriormente, y un antibiótico de amplio espectro, con evolución satisfactoria.

Diagnóstico diferencial. Úlceras venosas, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, granulomatois de Wegener, poliarteritis nodosa, infecciones cutáneas primarias como TBC o herpes simple tipo 2 o amebiasis cutánea, compromiso cutáneo de leucemias o linfomas, picaduras, paniculitis y otras dermatosis neutrofílicas.

Comentario final. El pioderma gangrenoso está incluido en un grupo de enfermedades cutáneas inflamatorias denominadas dermatosis neutrofílicas. El 75% de los casos de pioderma gangrenoso está asociado a una enfermedad sistémica, más comúnmente a enfermedad inflamatoria intestinal activa o no activa. También se describe en múltiples enfermedades con fenómenos autoinmunes. Parece relevante su relación con tumores digestivos, siendo el más frecuentemente asociado al pioderma gangrenoso el tumor colorrectal.

3077. HIPERHOMOCISTEINEMIA COADYUVANTE DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Guerra Hernández, I.M.; Fandiño Cobo, M.E.; Madán Pérez, M.T.; Hernández Sanabria, F.; Rodríguez Cabrera, A.B. y Rodríguez Domínguez, C.D.
Centro de Salud Taco.

Descripción del caso. Varón de 49 años, portador heterocigoto del déficit de cistationina-beta-sintetasa (CBS), isquemia en primer dedo de pie izquierdo hace 3 años, urolitiasis, gota, hipertensión arterial grado 2 (ibersartan 300), obesidad tipo 1, dislipemia (DLP) (simvastatina 20) y glucosa basal alterada. Sedentario, no bebedor ni fumador. Antecedentes familiares: hijo de 20 años con homocistinuria clásica. Acude a consulta programada para valorar pruebas complementarias.
Exploración y pruebas complementarias. Buen estado general, índice de masa corporal (IMC): 34, tensión arterial: 130/100 mmHg, pulsos pedio/tibial posterior normales, índice tobillo-brazo (ITB) normal/borderline: 0,93, resto normal. Electrocardiograma: ritmo sinusal 60 lpm, eje izquierdo (-30), PR: 204 ms, DQRS: 93 ms, QTc: 385 ms, no hipertrofia. Bloqueo auriculoventricular primer grado y hemibloqueo anterior. Analítica: glucosa basal: 118 mg/dl, ácido úrico: 9,4 mg/100 ml, triglicéridos: 240 mg/d, colesterol: 189 mg/dl, colesterol HDL: 40 mg/dl, colesterol LDL: 101 mg/dl, hemoglobina glucosilada: 5,8%, vitamina B_{12}: 156 pg/ml, homocisteína (Hyc): 18,6 µmol/ml. Riesgo cardiovascular (RCV) Framingham 8% (riesgo bajo). Ecocardiografía normal. Derivado a Digestivo para estudiar posible déficit de absorción de vitamina B_{12}. Esperando el resultado, y ante los datos analíticos y antecedentes, se añadió a su tratamiento ácido fólico/vitamina B_{12} y AAS. Posteriormente aportó informe de Digestivo con resultado normal.
Juicio clínico. Déficit de vitamina B_{12}, hiperhomocisteinemia (HHyc) y portador heterocigoto de déficit CBS asociado a HTA; dislipemia y obesidad.
Diagnóstico diferencial. Causas de déficit de B_{12}: ingesta inadecuada, defectos de absorción, fármacos y otras (atrofia mucosa gástrica, destrucción autoinmune de células parietales). Causas HHyc: homocistinuria clásica por déficit CBS (autosómica recesiva), portador heterocigoto déficit CBS, alteraciones del metabolismo de folatos y vitamina B_{12} y sus deficiencias nutricionales, posmenopausia, hipotiroidismo, leucemias, psoriasis, fármacos (metotrexato, óxido nitroso, isoniacida, antiepilépticos).
Comentario final. La Hyc es el paso intermedio entre la metionina y la cisteína. Niveles moderadamente elevados de Hyc en plasma constituyen un factor de riesgo vascular (FRCV) independiente para enfermedad coronaria, cerebrovascular, arterial periférica y trombosis venosa profunda. Actúa sinérgicamente con los FRCV tradicionales. La HHyc es aterogénica/trombofílica, aumentando el riesgo de enfermedad vascular prematura (25-64 años), generando pérdida de calidad y años de vida por eventos mortales precoces como ictus, infarto y tromboembolismo pulmonar. Niveles elevados de Hyc (41-110 µmol/ml) ocasionan 6,8-18,4 años de vida perdidos. La HHyc es un indicador pronóstico de morbimortalidad en la enfermedad arteriosclerótica y un marcador de concentración inadecuada de folatos y vitamina B_{12}. La situación privilegiada del Médico de Familia, cercana a la población, le obliga a tener presente este problema en cuanto a prevención primaria de eventos vasculares, tanto cuando la HHyc actúa como factor de riesgo independiente (portadores heterocigotos), como cuando es coadyuvante con otros FRCV, así como vigilar los niveles de Hyc, vitamina B_{12} y folatos en pacientes jóvenes con episodios vasculares previos.
Bibliografía recomendada.
Gori AM, Corsi AM, Fedi S, et al. A proinflammatory state is associated with hyperhomocysteinemia in the elderly. Am J Clin Nutr. 2005;82(2): 335-41.
Moat SJ, McDowell IF. Homocysteine and endothelial function in human studies. Semin Vasc Med. 2005;5(2):172-82.
Selhub J, Jacques PF, Rosenberg IH, et al. Serum total homocysteine concentrations in the third National Health and Nutrition Examination Survey (1991-1994): population reference ranges and contribution of vitamin status to high serum concentrations. Ann Intern Med.1999; 131(5):331-9.
Symons JD, Rutledge JC, Simonsen U, et al. Vascular dysfunction produced by hyperhomocysteinemia is more severe in the presence of low folate.Am J Physiol Heart Circ Physiol.2006;290(1):H181-91.
Szucs TD, Caser A, Riesen WF. Economic impact of homocysteinemic in Switzerland. Cardiovasc Drugs Ther. 2005;19(5):365-9.

3081. LAS NEUROPATÍAS HEREDITARIAS, ¿PENSAMOS EN ELLAS?

Andreu Alcocer, R.M.[a]; Fabra Noguera, A.[b]; Sabate Cintas, V.[c]; Pablos Herrero, E.[d]; Rubio Villar, M.[e] y Bare Mañas, M.[f]
[a,b,c,f]CAP Creu Alta. [d]CAP Sant Oleguer, Sabadell. [e]CAP Canaletas, Cerdanyola del Vallès, MFyC, Barcelona.

Descripción del caso. Caso 1: varón, 26 años, marroquí, albañil, sin hábitos tóxicos ni antecedentes patológicos, que acude por debilidad muscular a nivel de extremidades inferiores (EEII) y parestesias. Síntomas similares durante el mes anterior que su mutua laboral orientó como lumbo-ciatalgia aguda efectuando tratamiento con antiinflamatorios y relajantes musculares. Al no mejorar se realizó RMN lumbar, que fue normal. Con reposo y el tratamiento efectuado sólo mejoró el dolor lumbar. Caso 2: mujer, 41 años, primera visita, se reconoce hipertensa, último control hace 2 años, últimamente está más cansada, le cuesta realizar tareas habituales, fue diagnosticada hace 23 años (atrofia distal EEII, alteración de la marcha, pies cavos y atrofia tenar en manos) de CMT con EMG compatible y biopsia positiva. Dice: debe ser por el "Charcot", no le da mucha importancia por el hecho de que siempre ha andado con cierta dificultad a pesar de la intervención hace 21 años de sus pies cavos.
Exploración y pruebas complementarias. Caso 1: EMG: trazado compatible con neuropatía sensitivo-motora de tipo Charcot-Marie-Tooth (CMT). Actualmente pendiente de valoración por Neurología. Caso 2: obesidad, TA 136/80, protesta porque le practicamos detección de glucemia capilar: 223 mg y glucemia venosa: 262 mg y le diagnosticamos diabetes mellitus tipo 2 (DM2); iniciamos dieta, tratamiento y seguimiento.
Juicio clínico. La enfermedad de CMT es la neuropatía hereditaria más frecuente. Es una neuropatía distal sensitivo-motora crónica que cursa con atrofia muscular, deterioro sensitivo distal y pies cavos. Prevalencia estimada: 15 a 20 casos por 100.000 habitantes. Leve predominio en hombres.
Diagnóstico diferencial. Otras neuropatías hereditarias: neuropatía hereditaria por vulnerabilidad excesiva a la presión, polineuropatías amiloidóticas familiares, neuropatías sensitivas y disautonómicas hereditarias, neuropatías hereditarias (atrofia muscular espinal), neuropatía bulboespinal ligada al cromosoma X.
Comentario final. Estamos ante dos casos de pacientes con CMT: el primero se presenta con un cuadro muy habitual en Atención Primaria, la lumbalgia, pero no pensaríamos en esta patología inicialmente. Este caso ilustra la importancia de realizar el seguimiento de las patologías en la consulta clínica diaria, pues detrás de una simple lumbo-ciatalgia nos podemos encontrar enfermedades más graves. El segundo caso es una paciente ya diagnosticada de CMT previamente, que atribuye su nueva clínica a su patología crónica. Es importante, en estos pacientes "crónicos", que cualquier síntoma nuevo que aparezca sea consultado a su medico de familia, pues con una buena anamnesis y exploraciones complementarias básicas pertinentes (una analítica básica) podemos desenmascarar otras patologías concomitantes (DM2), en este caso de fuerte asociación con la patología previa (CMT).
Bibliografía recomendada.
Avellaneda A, Izquierdo M. Enfermedad de Charcot Marie Tooth. Instituto de investigación de enfermedades raras. Enero 2004.
Jani-Acsadi A, Krajewski K, Shy ME. Charcot-Marie-Tooth neuropathies: diagnosis and management. Semin Neurol. 2008;28(2):185-94.
La Biblioteca Cochrane Plus (ISSN 1745-9990). De La Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd; 2008; número 3.
Padua L, Cavallaro T, Pareyson D, Quattrone A, Vita G, Schenone A; Italian CMT QoL Study Group. Charcot-Marie-Tooth and pain: correlations with neurophysiological, clinical, and disability findings. Neurol Sci. 2008;29(3):193-4.

3082. ENFERMEDAD DE OLLIER

Andreu Alcocer, R.M.[a]; Fabra Noguera, A.[b]; Sabate Cintas, V.[c]; Marcos Aldea, G.[d]; Pablos Herrero, E.[e] y Bare Mañas, M.[f]
[a,b,c,d,f]CAP Creu Alta. [e]CAP Sant Oleguer, Sabadell, MFyC, Barcelona.

Descripción del caso. Mujer, 52 años, sin alergias ni hábitos tóxicos, acude por dolor en el quinto dedo de la mano. Antecedentes patológicos: HTA en tratamiento con losartan. Intervenida por tumor maligno de mama en 2003. Enfermedad actual: hace 2 meses presenta golpe en

la mano derecha por caída casual. Desde entonces presenta dolor y déficit funcional de la articulación metacarpofalángica del quinto dedo de la mano derecha que ha ido en aumento, así como limitación funcional y pérdida de fuerza. Exploración: tumefacción generalizada del quinto dedo con dolor en la metacarpofalángica y limitación de la flexión.
Exploración y pruebas complementarias. Radiografía mano derecha: displasia fibrosa de los dedos largos. Gammagrafía ósea: hipercaptación del segundo al quinto metacarpianos y falanges de la mano derecha, así como en hueso pisiforme del carpo derecho. Acumulaciones patológicas en tercio distal del húmero y región proximal de cúbito-radio derechos y en límite externo derecho del tercio distal del esternón. El radiólogo lo informa como afectación poliostótica que sugiere displasia fibrosa, pero, al afectar también a zonas epífiso-metafisarias con lesiones insuflantes, sugiere el diagnóstico de encondromatosis múltiple o enfermedad de Ollier. La paciente se deriva al especialista para valoración y tratamiento.
Juicio clínico. Los encondromas son tumores cartilaginosos, habitualmente benignos, que se encuentran a nivel intraóseo desarrollándose en las proximidades del cartílago de crecimiento. La presentación en forma múltiple se denomina encondromatosis o enfermedad de Ollier. La prevalencia estimada es de 1/100.000. Las manifestaciones clínicas suelen aparecer en la primera década de la vida.
Diagnóstico diferencial. El principal diagnóstico diferencial del encondroma solitario es con el infarto óseo medular. También se debe diferenciar del condrosarcoma de bajo grado, transformación sarcomatosa, tumor de células gigantes, quiste óseo solitario, quiste epidermoide y osteocondroma.
Comentario final. La enfermedad de Ollier se caracteriza por una distribución asimétrica de las lesiones cartilaginosas y una gran variabilidad de presentaciones. La clínica incluye deformidades óseas y riesgo potencial de malignizar a condrosarcoma. Se denomina síndrome de Maffucci cuando se asocia a hemangiomas. La causa proviene de un defecto genético o por combinaciones de mutaciones. El diagnóstico se basa en la clínica y en pruebas radiológicas convencionales. El diagnóstico histológico se realiza sólo en sospechas de malignidad. Esta enfermedad no tiene tratamiento médico y la cirugía se indica en las complicaciones como fracturas patológicas, defectos de crecimiento o transformación maligna. El pronóstico es variable según las formas de aparición (más grave cuanto más precoz). Debemos tener en cuenta el riesgo de malignización de los encondromas a condrosarcomas.
Bibliografía recomendada.
Fletcher CDM, Unni K, Mertens F, editors. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and genetics. Tumors of Soft Tissue and Bone. Lyon: IARC Press; 2002. p. 427.
Maroteaux P, Le Merrer M. Les maladies osseuses de l'enfant. Paris: Médecine-Sciences, Flammarion; 2002.
Silve C, Jüppner H. Ollier disease. Orphanet J Rare Dis. 2006;1:37.
Unni KK. Cartilaginous lesions of bone. J Orthop Sci. 2001;6:457-72.
Whyte M. Acquired disorders of cartilage and bone. Washington DC: American Society for Bone and Mineral Research; 2003.

3083. VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA

Fabra Noguera, A.[a]; Andreu Alcocer, R.M.[b]; Pablos Herrero, E.[c]; Rubio Villar, M.[d]; Bare Mañas, M.[e] y Sabate Cintas, V.[f]
[a,b,e,f]CAP Creu Alta. [c]CAP Sant Oleguer, Sabadell. [d]CAP Canaletas, Cerdanyola del Valles, MFyC, Barcelona.

Descripción del caso. Paciente de 74 años que consulta por la aparición de lesiones a nivel de las piernas, desde el tobillo hasta la rodilla; son lesiones puntiformes, palpables, rojo vinoso, asintomáticas. Dado que toma Sintrom, una vecina le ha advertido que acudiera rápidamente a consultar. No tiene fiebre, sí artromialgias, hace dos semanas faringoamigdalitis y el médico de guardia le prescribió un antibiótico que no recuerda.
Exploración y pruebas complementarias. Analítica con función renal y consultamos con dermatólogo de referencia, quien nos indica que verá a la paciente y efectuará biopsia de la lesión. Los resultados analíticos estaban dentro del rango de normalidad y la anatomía patológica nos confirmó la sospecha de vasculitis leucocitoclástica.
Juicio clínico. La vasculitis por hipersensibilidad o vasculitis leucocitoclástica es la forma más frecuente de vasculitis, representando entre el 17-29% de los casos de vasculitis. Ante la sospecha clínica de vasculitis deberíamos determinar la etiología, la extensión de la afectación vascular y establecer tratamiento adecuado: 1) Confirmar el diagnóstico de vasculitis mediante la realización de una biopsia cutánea (ver el tipo de infiltrado, el tamaño del vaso afecto y realizar estudios de inmunofluorescencia directa para demostrar la presencia de inmunocomplejos). 2) Examinar la afectación de los órganos sistémicos para establecer si existe afectación cutánea o sistémica. 3) Estudiar las posibles causas, intentando determinar si es una vasculitis primaria (dentro de los síndromes de vasculitis primarios) o secundaria. Tratamiento: de soporte: reposo, elevación de las partes declives y protección frente a traumatismos y frío. Antiinflamatorios: corticoides tópicos, antiinflamatorios no esteroideos. Antiagregantes plaquetarios: ácido acetil salicílico, dipiridamol. Sistémicos: corticoides sistémicos y medicaciones inmunosupresoras. A la paciente se le prescribió corticoides orales a dosis de 1 mg/kg, reposo y se añadió diclofenaco.
Diagnóstico diferencial. Trombopenia, CID, en este caso las lesiones no son palpables. Vasculitis primarias: arteritis temporal, síndrome de Kawasaki, síndrome de Wegener, síndrome de Churg-Strauss, vasculitis leucocitoclástica primaria, panarteritis nodosa. Vasculitis secundarias: lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, infecciones. Neoplasias, medicaciones.
Comentario final. El mecanismo principal de producción es el depósito de inmunocomplejos, que pueden activar el sistema de complemento, produciendo la fracción C3 y C5, lo que produce la quimiotaxis de polimorfonucleares, que liberan enzimas lisosomales que producen el daño tisular. El origen de los complejos Ag-Ac es idiopático en el 50%. Un 20% se asocia a infecciones especialmente víricas y bacterianas, un 22% se asocia a medicaciones y un porcentaje menor a enfermedades del tejido conectivo (12%) y a antígenos tumorales (< 5%), especialmente de origen linfoproliferativo o mieloproliferativo. En este caso se realizó estudio con biopsia en el que la AP nos confirma el diagnóstico, y dado que había padecido un cuadro de faringoamigdalitis por el que tomó antibiótico, creemos que ya tenemos el desencadenante del episodio.
Bibliografía recomendada.
Bosch X, Guilabert A, Font J. Antineutrophil cytoplasmic antibodies. Lancet. 2006;368(9533):404-18.
Carlson JA, Chen KR. Cutaneous vasculitis update: small vessel neutrophilic vasculitis syndromes. Am J Dermatopathol. 2006;28:486-506.
González-Gay MA, García-Porrua C, Pujol RM. Clinical approach to cutaneous vasculitis. Curr Op Rheumatol. 2005;17:56.
http://www.uv.es/derma/CLindex/CLvasculitis/CLvasculitis.html.

3084. RECORDANDO EL MARSA

Bare Mañas, M.; Fabra Noguera, A.; Andreu Alcover, R.M.; Marcos Aldea, G.; Gali Gorina, F. y Valverde Calzado, R.
CAP Creu Alta, Sabadell, Barcelona.

Descripción del caso. En el último mes hemos detectado tres casos de MARSA (Staphylococcus aureus resistente a meticilina) ambulatorios con antecedente de contacto con los servicios sanitarios: 1) Mujer de 83 años en programa de atención domiciliaria, con pluripatología. Ingresos hospitalarios reiterados. Presenta úlcera de decúbito, gigante, en glúteo, y piernas con secreción purulenta en la última semana. 2) Mujer de 81 años, diabética, hipertensa, fibrilación auricular, isquemia crónica de extremidades inferiores y úlcera vascular de evolución tórpida y signos de sobreinfección. 3) Hombre de 29 años con material protésico con dolor, eritema y supuración en la herida. Los pacientes son tratados según resultado del cultivo y antibiograma. En los tres casos se trató con cefuroxima axetilo 500 mg/12 h (+ clindamicina 300 mg/ 6 h en un caso). Curación de la infección tras 10 días de tratamiento. Bien tolerado. Se extremaron las medidas higiénicas en el domicilio: lavado enérgico de manos antes y después de manipular al enfermo, uso de guantes, mascarilla, bata, desinfección de piel y pelo con soluciones antisépticas, tirar el material de cura en doble bolsa y tapar la úlcera.
Exploración y pruebas complementarias. Cultivo del exudado en los tres casos positivo para MARSA, sensible a cefuroxima y un caso también positivo a enterococo sensible a clindamicina. Frotis de fosas nasales en cuidadores negativos para MARSA.
Juicio clínico. El MARSA ha estado considerado clásicamente un patógeno nosocomial, pero también está presente en centros residenciales y actualmente ha aumentado su importancia como patógeno comunitario. La trascendencia clínica recae en que dificulta el tratamiento y obliga a establecer una serie de medidas higiénicas de control que en el ámbito hospitalario y sociosanitario están muy protocolizadas. El contagio de persona a persona se hace a través de las manos y objetos contami-

nados. Las personas más vulnerables a los microorganismos resistentes son aquellas que tienen contactos repetidos con los servicios sanitarios (inmunodeprimidos, portadores de sondas, catéteres, protésicos, úlceras crónicas), requisito que cumplían nuestros tres pacientes.
Diagnóstico diferencial. Con todas las sobreinfecciones por microorganismos oportunistas en este tipo de pacientes, sobre todo Pseudomonas, estreptococos, enterococos y gramnegativos.
Comentario final. La infección por MARSA es una realidad en Atención Primaria. Se deben detectar los casos precozmente y tomar las medidas que recomiendan los protocolos existentes, teniendo en cuenta que los principales transmisores de la infección son los cuidadores familiares y el propio personal sanitario. Creemos necesaria la elaboración de un protocolo para el manejo de la infección por MARSA en Atención Primaria en nuestro entorno.
Bibliografía recomendada.
Mesures per al control de les infeccions en centres sanitaris. Departament de Salut, 2000.
http://www.col-legidemetges.ad/docs/marsa.
http://www.gpnotebook.
Sopena N, Sabrià M. Stafiloccoccus aureus resistente a la meticilina. Med Clin (Barc). 2002;118(17); 671-6.

3085. MUJER GOTOSA

Bare Mañas, M.; Fabra Noguera, A.; Andreu Alcover, R.M.; Marcos Aldea, G.; Vila Moneny, J. y Sabate Cintas, V.
CAP Creu Alta, Sabadell, Barcelona.

Descripción del caso. Mujer de 60 años sin alergias conocidas, antecedentes clínicos de hipertensión y controles óptimos, obesidad, bocio multinodular eutiroideo, artrosis de rodilla con prótesis total, enolismo rehabilitado, hepatopatía crónica con estudio etiológico negativo y estable en analíticas de control, hiperuricemia ocasional < 9 mg/dl en analíticas de rutina, asintomática. Tratamiento habitual: terapia triple antihipertensiva (incluye 12,5 mg de hidroclorotiazida). La historia actual: artralgias de dos semanas de evolución, de pequeñas articulaciones de las dos manos, pies y tobillos, con signos flogóticos e impotencia funcional. No fiebre. No cambios de medicación. Niega consumo actual de alcohol. Se inicia tratamiento con ibuprofeno 600 mg/8h 1 semana + colchicina 1 mg/12 h. Mejora el dolor pero aparece diarrea muy abundante con la colchicina. Se retira colchicina y se inicia alopurinol 300 mg/día, que también retiramos por intolerancia gastrointestinal. Analítica de control: destaca ácido úrico 17 mg/dl. Se deriva a consulta hospitalaria, donde se instaura tratamiento uricosúrico con benzbromarona 100 mg/día hasta la actualidad. Bien tolerada. Se han normalizado los niveles de ácido úrico y los tofos casi han desaparecido. Las artralgias han mejorado.
Exploración y pruebas complementarias. Edema y rubor en articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas de manos y en tobillos. Tofos gotosos en pabellón auricular y dorso de la mano. En analítica inicial destaca ácido úrico 14 mg/dl, función renal normal, función hepática sin cambios, hemograma normal, VSG 25, PCR 7, factor reumatoide negativo. Radiografía de manos, pies y tobillos sin alteraciones significativas.
Juicio clínico. La gota es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, pero nuestra paciente reunía algunos factores de riesgo como antiguo abuso de alcohol, obesidad y diurético. El cuadro de poliartritis con la presencia de los tofos hizo pensar inicialmente en una artritis por depósito de microcristales de ácido úrico. La analítica y la radiología apoyaron el diagnóstico inicial. La respuesta al tratamiento uricosúrico.
Diagnóstico diferencial. Poliartritis: artritis reumatoidea, espondilitis anquilosante, síndrome de Reiter, artropatía psoriásica, lupus, polimialgia reumática, síndrome de Sjögren. Monoartritis: gota, condrocalcinosis, artritis reactiva, infecciosas.
Comentario final. La paciente hacía años que se trataba con tiazídico con buenos controles de tensión y niveles de ácido úrico sólo ligeramente elevados en dos analíticas de rutina. Creemos que no se justifica la retirada del diurético. Otros factores podían haber causado elevación sintomática de uricemia, como consumo de alcohol o la obesidad. La reducción del ácido úrico no impide que continúen los ataques de gota. Estos pueden persistir mientras queden cristales en las articulaciones. Se debe mantener el tratamiento con fármacos al menos un año.
Bibliografía recomendada.
Hoyo Sánchez J. Artritis. A: Guia d'actuació en urgències per a l'Atenció Primària. Barcelona: Camfic; 2008. p. 514-6.
www.gencat.cat/ics/professionals/guies.
www.nlm.nih.gov/medlineplus.
www.ser.es.

3086. DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEJA

Fabra Noguera, A.[a]; Andreu Alcover, R.M.[b]; Pablos Herrero, E.[c]; Rubio Villar, M.[d]; Sabate Cintas, V.[e] y Bare Mañas, M.[f]
[a,b,e,f]CAP Creu Alta. [c]CAP Sant Oleguer, Sabadell, Barcelona. [d]CAP Canaletas, Cerdanyola del Vallés, Barcelona.

Descripción del caso. Paciente de 77 años, que presenta desde hace 2 semanas: dolor, hinchazón, dificultad en la movilización de la mano derecha. AP: fractura del MTC hace 2,5 meses. Llevó yeso 40 días, el traumatólogo le dio el alta con la recomendación de realizar ejercicios en casa. Exploración: mano edematosa, hinchada, caliente, sudorosa, dolor espontáneo, hiperalgesia. Dificultad en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD). Se solicita radiografía de la mano y gammagrafía, ante la sospecha de distrofia simpático refleja.
Exploración y pruebas complementarias. Rx: imagen de fractura. Gammagrafía: hiperactividad difusa del trazador, en la práctica totalidad de las estructuras óseas de la mano derecha. Estos hallazgos reafirman la sospecha clínica de distrofia releja.
Juicio clínico. Diagnóstico clínico de la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP): 1) Síndrome que se desarrolla tras un episodio nocivo desencadenante. 2) Se manifiesta como dolor espontáneo o alodinia/hiperalgesia, no limitado a la distribución territorial de un nervio periférico y desproporcionado al episodio desencadenante. 3) Hay o ha habido evidencia de edema, anormalidad en el flujo sanguíneo cutáneo o actividad sudomotora anormal en la región dolorosa desde el episodio desencadenante. 4) Este diagnóstico se excluye por la presencia de otras condiciones que pudieran explicar el grado de dolor y disfunción. Definida: si cumple los 4 criterios. Probable: si cumple los criterios 1, 2 y 3. Posible: si cumple los criterios 1 y 2. Tratamiento: buena evolución si se inicia dentro de los 3 primeros meses. Rehabilitación: analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos y bifosfonatos a dosis altas: alendronato 40 mg/día/8 semanas.
Diagnóstico diferencial. Artritis infecciosa, artritis reumática, artropatía inflamatoria, trombosis venosa, fracturas de estrés, tumores óseos benignos y malignos, osteoporosis, esclerodermia, osteonecrosis.
Comentario final. El paciente cumplía criterios clínicos que confirmó la gammagrafía. Al realizar el tratamiento de manera precoz mejoró la clínica. La causa no se conoce, se cree que puede estar motivado por una respuesta desproporcionada o anormal del sistema simpático. Entre 50-75% (dependiendo de la fuente) existe el antecedente de una lesión traumática previa. Menos frecuente tras: infarto de miocardio (5-20%) o AVC (12-20%), LES, osteoartritis, inmovilización, quemaduras, neoplasias (puede ser una manifestación paraneoplásica de diferentes tumores: pulmón, vejiga, útero, mama y esófago), aunque también puede ocurrir sin lesión aparente (idiopática 25%).
Bibliografía recomendada.
Alegre J, Álvarez B. Síndrome doloroso regional complejo. Distrofia simpático-refleja. En: Alonso A, Álvaro-Gracia JM, Andreu JM, Blanch J, Collantes E, Cruz J, et al, editores. Manual de la SER de las enfermedades reumáticas. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000. p. 625-7.
Brunner F, Schmid A, Kissling R, Held U, Bachmann L. Biphosphonates for the therapy of complex regional pain sindrome I--systematic review. Eur J Pain. 2009;13:17-21.
Daly AE, Bialocerkowski AE. Does evidence support physiotherapy management of adult Complex Regional Pain Syndrome Type One? A systematic review. Eur J Pain. 2009;13:339-53.
Harden RN, Bruehl S, Stanton-Hicks M, Wilson PR. Proposed new diagnostic criteria for complex regional pain syndrome. Pain Med. 2007;8(4):326-31.

3087. SARCOIDOSIS: ¿PENSAMOS EN ELLA?

Rodrigo Claverol, M.D.; Pérez Olano, B.; Espino García, A.; Martín Miguel, V.; Urgelés Castillón, M.C. y Madrid Valls, M.L.
ABS Bordeta, Magraners, Lleida.

Descripción del caso. Varón de 44 años, con antecedentes de tabaquismo y enolismo, trabajador de la construcción. En diciembre de

2007 consultó por disnea progresiva hasta mínimos esfuerzos y nódulos cutáneos, precisando ingreso en junio de 2008 para estudio. Durante este ingreso se inicia tratamiento con prednisona oral.
Exploración y pruebas complementarias. Diciembre de 2007: en espirometría, patrón combinado. Junio de 2008: $SatO_2$ 97%, auscultación respiratoria: estertores basales; nódulos subcutáneos en hipocondrio derecho y antebrazos, duros, no dolorosos. Resto de exploración física por aparatos normal. Rx de tórax: afectación intersticial micronodular bilateral, posibles adenopatías mediastínicas. Cultivo y citología esputos: negativos. Serologías neumonía, ANA y ANCA: negativos. TAC tóraco-abdominal: patología tumoral mediastínica. Broncoscopia + biopsia transbronquial: inflamación granulomatosa. Biopsia nódulos subcutáneos: fragmentos tejido adiposo. Tras tratamiento corticoideo: TAC torácica: persistencia de opacidades irregulares lineales, asociadas a vídreo deslustrado. Bullas y signos de enfisema centrolubulillar, adenopatía mediastínica subcentimétrica. Facies cushingoide. Ecocardiograma: insuficiencia aórtica, insuficiencia tricuspídea mínima, hipertensión pulmonar ligera. Electromiograma: normal. Analítica: ECA 203 U/l, ferritina 322,6 ng/ml, tiempo de trombina 20,9 seg, antitrombina III 106%, pH 7,41, pCO_2 44 mmHg, pO_2: 64 mmHg, bicarbonato 27,9, exceso base 2,8 mmol/l, $SatO_2$: 92%. Antígeno carcinoma embrionario: 2 ng/ml, alfa-fetoproteína 1,7 U/ml, beta-2 microglobulina 2,6 mg/l, CA 72,4 7U/ml. Resto anodino.
Juicio clínico. Sarcoidosis.
Diagnóstico diferencial. Bronquitis, TBC, histoplasmosis, beriliosis, fibrosis pulmonar idiopática, sífilis, neumonitis, linfoma, coccidiomilosis, neumoconiosis, lepra, asbestosis, eritema nodoso.
Comentario final. Ante un paciente joven, fumador y con disnea la primera impresión diagnóstica suele ser una bronquitis, pero desde la medicina de familia debemos tener presentes las enfermedades sistémicas1. Como conclusión podemos decir que la sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multicéntrica de etiología desconocida. Puede afectar a cualquier órgano, pero más frecuentemente pulmones2 y ganglios linfáticos. La piel está afectada en un 25%3 de los casos. Las manifestaciones extratorácicas de la sarcoidosis resultan más difíciles de reconocer que las pulmonares4. Los esteroides orales o inhalados se usan ampliamente para su tratamiento, pero no hay convenio sobre en qué momento y a quiénes se debe iniciar, qué dosis administrar y cuánto tiempo. La administración de corticoides durante varios meses tiene efectos secundarios, tal y como le ha sucedido a nuestro paciente. Encontramos beneficios a corto plazo en la Rx de tórax5, pero hay dudas de que este beneficio perdure o mejore la enfermedad a largo plazo. También existen otros tratamientos, como metotrexato, cloroquina, azatioprina, ciclofosfamida, etc.
Bibliografía.
1. Ramos Casals R, editor. Enfermedades autoinmunes sistémicas y reumatológicas. Elsevier España; 2005.
2. Vatti R, Sharma OP. Course of asymptomatic liver involvement in sarcoïdosis: role of therapy in selected cases. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis. 1997;14:73-6.
3. Mañá J, Marcoval J, Graells J, Salazar A, Peyrí J, Pujol R. Cutaneous involvement in sarcoidosis. Relationship to systemic disease. Arch Dermatol. 1997;133:882-8.
4. Díaz C. Medicina Interna. La sarcoidosis suele exigir diagnóstico diferencial global. Oviedo 04/09/2007. Diario médico.com.
5. Paramothayan NS, Lasserson TJ, Jones PW. Corticoesteroides para la sarcoidosis pulmonar (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd.; 2008; número 3. número 3.

3088. LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

Martín Miguel, V.; Pérez Olano, B.; Rodrigo Claverol, M.D.; Urgelés Castillón, M.C.; Sarmiento Cruz, M. y Farran Torres, N.
ABS Bordeta, Magraners, Lleida.

Descripción del caso. Mujer de 49 años de edad, con antecedentes de obesidad e hipertensión arterial, que consulta al centro de Atención Primaria por tos y disnea de esfuerzo sin fiebre.
Exploración y pruebas complementarias. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos, frecuencia cardíaca: 120 lpm, TA: 150/80, ECG: ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización. No edemas en extremidades inferiores ni signos de trombosis. Rx de tórax: cardiomegalia global, ensanchamiento mediastínico paratraqueal derecho y aumento de tamaño hiliar bilateral. Analítica: tirotropina < 0,01, tiroxina libre 46,1, triyodotironina libre 19,81. Se diagnostica de hipertiroidismo y se comienza tratamiento con antitiroideo de 5 mg (tiamazol). Ecografía tiroidea: aumento leve del tamaño de ambos lóbulos tiroideos con algún nódulo hipoecoico en ambos lóbulos de tamaño milimétrico. PPD: negativo. Espirometría: FEV1: 75%, FEV1/FVC: 113%. TAC torácica: gruesas adenopatías hiliares mediastínicas y áreas de linfangitis. Biopsia bronquial: inflamación granulomatosa sin necrosis. Citología bronquial: negativa para células malignas, fondo mucoso, escasas células bronquiales, macrófagos, escamosas y polimorfonucleares. TAC torácica de control: importante mejoría de la afectación mediastínica respecto a TAC previa, persistiendo una adenopatía de tamaño en el límite alto de la normalidad interaórtico-cava.
Juicio clínico. Sarcoidosis.
Diagnóstico diferencial. Bronquitis, TBC, histoplasmosis, beriliosis, fibrosis pulmonar idiopática, sífilis, neumonitis, linfoma, coccidiomilosis, neumoconiosis, lepra, asbestosis, eritema nodoso.
Comentario final. La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multicéntrica de etiología desconocida. Puede afectar a cualquier órgano1, más frecuentemente a pulmones y ganglios linfáticos, lo que nos obliga a realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades2. La presencia de granulomas no es un signo específico de sarcoidosis, ya que también se observa en la TBC y en reacciones sarcoideas secundarias a neoplasias, limfomas y adenocarcinomas. Otro aspecto a tener en cuenta es que clínicamente la beriliosis es similar a la sarcoïdosis2. En nuestro caso, la paciente comenzó con disnea e hipertiroidismo, lo que nos dificultó el diagnóstico3 al atribuir la clínica al hipertiroidismo. En el día a día de la consulta en Atención Primaria no debemos caer en atribuir a la patología tiroidea todos los síntomas que presentan los pacientes, a pesar de que objetivemos una alteración de la función tiroidal.
Bibliografía.
1. Judson MA, Baufgman RP, Teiurstein AS, et al. Defining organ involvement in sarcoidosis: the ACCESS proposed instrument. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis. 1999;16:75-86.
2. Eur Respir J. 2006;27(6):1190-5.
(ulmonar (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd.; 2008; número 3.
3. Ramos Casals M, editor. Enfermedades autoinmunes sistémicas y reumatológicas. Elsevier España; 2005.

3100. APENDICITIS SUBAGUDA EN PACIENTE ANCIANA

Ocaña Padilla, A.[a]; de la Rosa Carrillo, D.[b]; Álvarez Rodríguez, M.D.[c]; Portas Gómez, M.[d]; Durán Ollero, C.[e] y Sánchez Salvador, I.[f]
[a,d,e,f]CAP Ocata-Teià, Barcelona. [b]Hospital Plató, Barcelona. [c]ABS Fondo, Barcelona.

Descripción del caso. Mujer de 70 años de edad, sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas, visitada en domicilio por fiebre y vómitos. Como antecedentes patológicos destacan hernia de hiato sintomática, poliposis colónica y meniscopatía. Con la orientación diagnóstica inicial de gastroenteritis aguda, se pautó tratamiento sintomático con antitérmicos y dieta blanda. La paciente acudió a las 72 horas al centro de salud por empeoramiento de la clínica. A la exploración física destacaba una paciente con mal estado general, palidez cutáneo-mucosa, TA 140/89, temperatura axilar 38 ºC, dolor abdominal intenso a la palpación superficial y profunda, Blumberg positivo. Ante la sospecha de abdomen agudo, fue derivada al Servicio de Urgencias del hospital.
Exploración y pruebas complementarias. Analítica general: hematíes 3,77; hemoglobina 10,9; hematocrito 33%; leucocitos 11.000 (segmentados 80%/linfocitos 11%); creatinina 1,1; potasio 3,2; GOT 64; GPT 81; GGT 69. Radiografía simple de abdomen: borramiento de la línea del psoas derecho. Ecografía abdominal: dilatación de asas intestinales en fosa ilíaca derecha. Imágenes heterogéneas peri-intestinales mal delimitadas con extensión de 5 × 5 cm, seguramente correspondientes a magma inflamatorio o plastrón en evolución. TAC helicoidal abdominopélvica: discreto derrame pleural posterobasal bilateral. Hernia de hiato. Trabeculación y aspecto edematoso de la grasa mesentérica. Discreta cantidad de líquido libre en zona derecha de fondo de saco de Douglas. Dilatación de asas intestinales, con niveles hidroaéreos y empastamiento en flanco-vacío derecho, así como en región ileocecal, con imagen de apendicolito y aspecto edematoso con alguna imagen de densidad líquida pericecal asociada, que podría corresponder a proce-

so inflamatorio/infeccioso, absceso pericecal o plastrón apendicular.
Juicio clínico. Apendicitis aguda complicada con plastrón apendicular y peritonitis secundaria.
Diagnóstico diferencial. Las causas más frecuentes de abdomen agudo en personas mayores de 65 años son las enfermedades biliares, que causan el 25% de todos los casos que requieren hospitalización. Las siguientes causas en frecuencia son la obstrucción intestinal y la hernia encarcerada, seguidas de apendicitis, neoplasias, diverticulitis, ulcus péptico y afecciones vasculares.
Comentario final. La apendicitis aguda aparece aproximadamente en el 7% de la población general. El diagnóstico es esencialmente clínico (dolor abdominal, vómitos, fiebre y signos de irritación peritoneal). El abdomen agudo es una situación clínica que habitualmente necesita cirugía urgente. En ancianos la presentación clínica suele ser más atípica, lo que puede condicionar un retraso en el diagnóstico y posterior tratamiento, con un incremento de su mortalidad. En el caso que se presenta, se instauró inicialmente tratamiento antibiótico endovenoso (metronidazol, gentamicina y cefotaxima), dieta absoluta y nutrición parenteral. El derrame pleural se resolvió espontáneamente. El cuadro mejoró y se pasó a amoxiciclina-ácido clavulánico por vía oral de forma ambulatoria, realizándose la intervención quirúrgica de forma programada semanas más tarde.
Bibliografía recomendada.
Poortman P, Oostvogel HJ, Bosma E, et al. Improving diagnosis of acute apendicitis: results of a diagnostic pathway with standard use of ultrasonography followed by selective use of CT. J Am Coll Surg. 2009;208(3):434-41.
Temple CL, Huchcroft SA. The natural history of apendicitis in adults: a prospective study. Ann Surg. 1995;221:278-81.

3101. HIPERTIROIDISMO EN PACIENTE CON SOSPECHA CLÍNICA DE NEOPLASIA

Ocaña Padilla, A.[a]; de la Rosa Carrillo, D.[b]; Álvarez Rodríguez, M.D.[c]; Rojas Fernández, I.[d]; Rama Martínez, M.T.[e] y Carrasco Miserachs, I.[f]
[a]CAP Ocata-Teià, Barcelona. [b,d,f]Hospital Plató, Barcelona. [c]ABS Fondo, Barcelona. [e]CAP Masnou-Alella, Barcelona.

Descripción. Varón de 62 años, fumador activo, con hábito enólico leve-moderado, intolerancia a la penicilina, sin antecedentes patológicos de interés. Consulta a su médico de familia por presentar pérdida ponderal de 20 kg en 3 meses, asociada a estreñimiento sin dolor abdominal. Refiere, además, tos y expectoración hemoptoica ocasional, sin otros síntomas respiratorios. La exploración física por aparatos revela una delgadez muy marcada y fisura anal. No se detectan adenopatías ni otras alteraciones destacables.
Exploraciones complementarias. Rx de tórax: ocupación del mediastino anterior, visible en proyección lateral. Se informa, además, de una imagen nodular a la altura del bronquio principal derecho, por la que el radiólogo aconseja realización de broncoscopia. Analítica general: anemia ferropénica leve. CEA normal. PPD: positivo (15 × 18 mm). TC de tórax: tumoración polilobulada en mediastino anterior, adenopatías mediastínicas calcificadas y micronódulo subpleural en lóbulo inferior derecho. Fibrobroncoscopia, fibrocolonoscopia y TC abdominal: normales. Fibrogastroscopia: mínima hernia de hiato, gastritis crónica. Hormonas tiroideas: TSH baja, T4 total, T4 libre y T3 total elevadas. Anticuerpos receptores de TSH elevados. Ecografía tiroidea: ambos lóbulos irregulares con parénquima conservado. Dos pequeños nódulos, una en cada lóbulo tiroideo. Gammagrafía tiroidea con Tc-99m: no imágenes nodulares, compatible con bocio difuso.
Juicio clínico. Hipertiroidismo por bocio difuso (enfermedad de Graves).
Diagnóstico diferencial. Diagnóstico diferencial de masa mediastino anterior: enfermedad tiroidea, timoma, teratoma, linfoma, anomalías vasculares, divertículo de Zenker, adenopatías, adenoma de paratiroides. Diagnóstico diferencial de pérdida de peso: diabetes descompensada, hipertiroidismo, patología digestiva, tuberculosis, neoplasias, baja ingesta. Diagnóstico diferencial de estreñimiento: alteraciones de recto-colon como neoplasias, fisuras, hemorroides; secundario a enfermedades sistémicas o su tratamiento; de causa idiopática. Diagnóstico diferencial de hemoptisis: tuberculosis, neoplasia pulmonar primaria o metastática, infecciones, lesiones inflamatorias tráqueo-bronquiales.
Comentario final. En personas mayores de 60 años, la prevalencia estimada de hipertiroidismo varía entre 0,5%-2,3%. La presentación clínica del hipertiroidismo puede ser muy llamativa o poco perceptible. Entre los signos y síntomas más frecuentes destacan: bocio, taquicardia, palpitaciones, piel caliente, sudoración, temblor, nerviosismo, insomnio, fatiga, debilidad, pérdida de peso, exoftalmos y deposiciones frecuentes. En personas de edad avanzada los síntomas pueden ser poco evidentes o incluso atípicos. En este caso, los síntomas guía eran: síndrome constitucional, estreñimiento, hemoptisis y Rx de tórax patológica, que hacían sospechar un proceso tumoral. Tras descartar neoplasia, las hormonas tiroideas confirmaron el hipertiroidismo. En esta edad, la causa más habitual es el bocio multinodular tóxico. Sin embargo, la presencia de anticuerpos anti-receptores TSH y la ausencia de nódulos en la gammagrafía tiroidea etiquetaron la enfermedad como hipertiroidismo secundario a enfermedad de Graves.
Bibliografía recomendada.
Mohandas R, Gupta KL. Managing thyroid dysfunction in the elderly. Answers to seven common questions. Postgrad Med. 2003;113:54-6.
Surks MI, Ortiz E, Daniels GH, et al. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. JAMA. 2004;291:228-38.

3115. ¡DOCTORA: MI MADRE TENÍA UN TUMOR!

Fandiño Cobo, M.E.; Guerra Hernández, I.M.; Hernández Sanabria, F.; Madan Pérez, M.T.; Rodríguez Domínguez, C.D. y Rodríguez Cabrera, A.B.
Centro de Salud Los Realejos.

Descripción del caso. Mujer de 40 años, que consulta por inflamación dolorosa en ángulo mandibular derecho tras golpe (hace 2 semanas). Manifiesta preocupación porque su madre presentó tumoración maligna en igual localización y edad. Antecedentes: hipertensión, dislipemia, sedentaria, alérgica (mariscos, conservantes, colorantes y frutos secos). Intervenida de túnel carpiano.
Exploración y pruebas complementarias. Buen estado general, sobrepeso. Masa dura, irregular, adherida en ángulo mandibular derecho. Analítica previa normal. Derivamos urgente a cirugía por las características exploratorias. Se solicita ecografía sospechando hematoma encapsulado y se encuentran nódulos intraparotídeos y submaxilar derechos. Tiroides normal. En maxilofacial solicitan por diagnóstico inicial de tumor parotídeo resonancia: lesiones intraparotídea/submandibular adyacente a parótida. Tras parotidectomía con vaciamiento cervical efectúan biopsia medular ósea: compatible con afectación medular linfomatosa. Tras PET (adenopatías perilesionales, supra e infradiafragmáticas), practican: ECO tiroidea (nódulos lóbulo derecho/istmo), ECO abdominal (leve esplenomegalia homogénea) y TC abdominal (moderada esplenomegalia/adenomegalias mesentéricas, retroperitoneales, ilíacas e inguinales).
Juicio clínico. Linfoma centrofolicular grado 2 patrón difuso con esclerosis y adenopatías. Ingresa en Hematología para quimioterapia, con buena tolerancia.

Tabla 1.

Benignos
Adenoma pleomórfico (tumor mixto benigno)
Adenomas monomórficos o tumor de Warhin (cistaadenoma papilar linfomatoso); oncocitoma; adenoma de células basales
Papilomas
Neoplasias sebáceas
Hemangioma
Neurilemoma/neurofibroma
Lipoma
Malignos
Carcinoma mucoepidermoide
Adenocarcinoma de células acinares
Carcinoma quístico adenoide
Tumor mixto maligno
Adenocarcinoma
Carcinoma de células claras
Carcinoma de células escamosas
Carcinoma oncocítico
Carcinoma de células pequeñas
Carcinoma adenoesmosos
Carcinoma mioepitelial
Neoplasias metástasicas

Diagnóstico diferencial. Hematoma encapsulado postraumático, patología benigna inflamatoria, tumores parotídeos: benignos, malignos (adenocarcinoma), patología maligna incipiente, enfermedades mieloproliferativas.
Comentario final. En este caso la primera manifestación de malignidad se expresó con metástasis parotídea (40%, primera manifestación de malignidad). El linfoma folicular (LF) constituye el segundo subtipo más frecuente de linfoma no Hodgkin. Suele estar diseminado al diagnóstico, con afectación de ganglios, médula ósea y/o bazo. Más prevalente en mayores de 30 años con distribución por sexos equilibrada. Es una proliferación monoclonal de células linfoides con sobreexpresión de proteína bcl2 secundaria a t14;18. Se considera indolente por la supervivencia y remisiones prolongadas si hay diagnóstico precoz. Incurable en estadios avanzados. La supervivencia depende del estadio clínico/grado histológico. Los LF grado I-II (70-90%) son indolentes, el III es agresivo. Son frecuentes las recaídas. La presencia de (al menos uno): síntomas B, señal de compresión, derrame seroso, masa mayor de 7 cm, ganglios mayores de 3 cm en 3/más áreas, esplenomegalia y células linfomatosas en sangre, indican carga tumoral elevada. La importancia del caso radica en el papel privilegiado del médico de Atención Primaria (AP) en la entrevista, captando las pistas de una buena anamnesis, exhaustiva exploración y pruebas complementarias asequibles en AP, que orienten el camino hacia la captación de patologías graves ocultas en procesos banales. Con todo ello, realizaremos una precoz y eficiente derivación al nivel asistencial adecuado.
Bibliografía recomendada.
Batuecas Caletrío A, Gómez González JL, Muñoz Herrera A, Blanco Pérez P, Serradilla López JM, Gil Melcón M, et al. Non Hodgkin's lymphoma in the ENT field. Acta Otorrinolaringol Esp. 2005;56:215-8.
Montoto S, López-Guillermo A. Historia natural y pronóstico del linfoma folicular. Haematologica (ed. esp.). 2004;89(1):109-14.
Piris MA. Avances en la biología y el tratamiento del linfoma folicular. Haematologica (ed. esp.). 2004;89(1):108-9.
Pomar Blanco P, Martín Villares C, San Román Carbajo J, Tapia Risueño M, Fernández Pello M. Metástasis en la glándula parótida. Acta Otorrinolaringol Esp. 2006;57:47-50.
Rademaker J. Hodgkin's and non-Hodgkin's lymphomas. Radiol Clin North Am. 2007;45:69-83.
Urano M, Mizoguchi Y, Nishio T, et al. Composite lymphoma arising in the parotid gland: a case report. Auris Nasus Larynx. 2004;31(1):89-93.

3127. *ECHINOCOCCUS GRANULOSIS*

Ortega Bravo, M.; Barco López, T.; Vilà Jové, N.; Vidal Tolosa, A.; Bordalba Layo, M.A. y Pelletero Santos, A.
ABS Cappont.

Descripción del caso. Mujer de 74 años con antecedentes de valvulopatía mitroaórtica e insuficiencia cardíaca. Derivada de Atención Primaria al hospital por aumento de su disnea habitual, ortopnea, hemoptisis y edemas periféricos.
Exploración y pruebas complementarias. Exploración física: auscultación cardíaca tonos arrítmicos, soplo foco mitral; respiratoria: crepitantes en base pulmonar izquierda, matidez a la percusión en 1/3 inferior derecho. Abdomen distendido, masa en epigastrio. Nódulo cutáneo a nivel costal posterior derecho. Pruebas complementarias: analítica: 14.840 leucocitos, hemoglobina 8,2, proteína C reactiva 84, resto normal. Radiografía de tórax: cardiomegalia, derrame pleural (DP) derecho, pérdida de volumen base derecha. Cultivo esputo: bacilo Koch negativo. Serología: anticuerpos equinococo positivo. Ecografía abdominal: lesiones ocupantes de espacio sugestivas de vesículas hijas en quiste hidatídico. Tomografía computarizada torácica: atelectasia y DP derecho, quistes hidatídicos en lóbulo hepático derecho, se extiende hacia pared abdominal posterior derecha, adyacente a musculatura paravertebral. Hicieron tratamiento con albendazol con una mejoría de la clínica general y una resolución de los hallazgos radiológicos en 3-4 semanas.
Juicio clínico. Equinococosis aguda.
Diagnóstico diferencial. Neumonía basal derecha. Insuficiencia cardíaca descompensada por los antecedentes de valvulopatía, episodios anteriores de descompensación, por el aumento de la disnea habitual y la presencia de edemas en extremidades inferiores. Estas dos primeras entidades se descartaron con el resultado de la ecografía. Cuando el humano es el hospedador definitivo y las tenias adultas viven en el aparato digestivo: taenia saginata, *diphyllobothrium hymenolepsis, dipytidium caninum.* Cuando el humano es un hospedador intermediario y los parásitos viven en los tejidos: equinococosis, esparganosis, cenurosis.
Comentario final. Dicha infección está causada por las larvas de *Echinococcus granulosis*, prevalente en un área donde el ganado se cría junto a los perros. Los quistes de equinococo suelen permanecer asintomáticos varios años hasta que el quiste alcanza el tamaño suficiente para causar síntomas; muchas veces se descubren accidentalmente durante un estudio radiológico o ecográfico de rutina. Cuando presentan síntomas casi siempre es dolor abdominal o una masa palpable en hipocondrio derecho. Los quistes hidatídicos pulmonares se pueden romper hacia el árbol bronquial y causar tos, dolor torácico o hemoptisis, como es el caso de nuestra paciente.
Bibliografía recomendada.
Erzurumlu K, Hökelek M, Gönlüsen L, et al. The effect of albendazole on the prevention of secondary hydatidosis. Hepatogastroenterology. 2000;47:247-50.
Gollackner B, Längle F, Auer H, et al. Radical surgical therapy of abdominal cystic hydatid disease: factors of recurrence. World J Surg. 2000;24:717-21.
Hidalgo M, Barquet N. Hidatidosis hepática. Estudio de una serie de 7.435 casos. Parte 11: tratamiento quirúrgico, morbimortalidad, tratamiento médico, hospitalización e implicaciones socioeconómicas. Rev Esp Enf Apto Digest. 1987;71:103-9.
Moreno González E. Quistes hepáticos. En: Balibrea Cantero JL, editor. Tratado de Cirugía. vol. 2. Barcelona: Editorial Toray; 1989. p. 2378-99.

3128. ADOLESCENTE CON HEMOPTISIS DE REPETICIÓN

Vilà Jové, N.; Ortega Bravo, M.; Barco López, A.; Vidal Tolosa, A.; Pelletero Santos, A. y Bordalba Layo, M.A.
ABS Cappont.

Descripción del caso. Adolescente de 13 años y 7 meses que acude a revisión del programa del niño sano en un centro de salud rural. Antecedentes familiares: cáncer de pulmón en abuelo materno. Antecedentes personales: varicela, obesidad, lumbago, adenoidectomía. En el transcurso de la visita la madre comenta, sin dar importancia alguna, que su hijo presenta desde hace meses esputo hemoptoico de predominio matutino sin otra clínica acompañante.
Exploración y pruebas complementarias. Peso: 81 kg (p97), talla: 172 cm (p97), índice de masa corporal: 27,38, tensión arterial: 110/70. Exploración por aparatos: piel normal, cabeza normal, auscultación cardiopulmonar con murmullo vesicular conservado, rítmico y sin sobretonos añadidos, abdomen anodino, genitourinario sin alteraciones, locomotor normal, otorrinolaringológico (ORL) normal, ojos con agudeza visual conservada, boca y dientes normal. Se solicita análisis de sangre, prueba de tuberculina, cultivo de esputos y radiografía pulmonar. A las 72 horas lectura de tuberculina negativa. En radiografía de tórax se observan hilios engrosados y patrón micronodular. Tomografía axial computarizada (TAC) pulmonar con engrosamiento cisura inferior lóbulo ácigos. En el cultivo de esputos no se observan bacilos ácido-alcohol resistentes; uno de ellos es positivo a Mycobacterium gordonale. Se deriva a Neumopediatría en hospital de tercer nivel, donde repiten la TAC pulmonar valorándola como normal. Se realiza interconsulta al Servicio de Otorrinolaringología del mismo hospital: el resultado de la fibroscopia fue normal y en la rinoscopia se observaN varias costras en mucosa nasal.
Juicio clínico. Episodios de epistaxis benigna en relación con la rinitis seca o sangrados faríngeos por la sarcopatía; se recomienda tratamiento nasal con medidas higiénicas del sueño. Tras sucesivos controles, y sin remisión total del cuadro. se le da de alta con el diagnóstico de hemoptisis de posible focus ORL con rinoscopia con signos de rinitis seca leve.
Diagnóstico diferencial. Rinitis, sarcoidosis, malformación pulmonar, tuberculosis, infección por micobacterias atípicas (Mycobacterium gordonale, o "bacilo del agua del grifo": es un microorganismo existente en el ambiente; habitualmente presente en el agua, en el suelo, en el medio hospitalario, en broncoscopios; es de muy baja patogenicidad).
Comentario final. La realización de una rinoscopia anterior, que es una prueba fácil, sencilla, económica y accesible desde Atención Primaria, ha permitido el diagnóstico por exclusión de otras patologías más graves.
Bibliografía recomendada.
Interconsulta de pediatría en ORL 1.ª edición año 2008.
Pediatric ent 1º edición año 2007.

Diagnóstico y tratamiento en orl 1ª edicion año 2005.
Advances in otolaryngology head and neck surgery vol-15 año 2001.
Neumología pediátrica (Karam-2008).
Interconsulta de atención primaria en neumología (R. Hidalgo, J.A. Quintano Jiménez, J.M. Rodríguez González-Moro, F. Rodríguez)-2008.
Fundamentos de las enfermedades del tórax (Fraser)-2006, Clínica de Neumología-2007.

3129. DIAGNÓSTICO CASUAL DE ABDOMEN AGUDO

Ortega Bravo, M.; Bordalba Layo, M.A.; Giménez Romeo, G.; Pelletero Santos, A.; Barco López, T. y Vilà Jové, N.
ABS Cappont.

Descripción del caso. Varón de 79 años que consulta por disnea, tos, expectoración y fiebre. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: exfumador, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cardiopatía hipertensiva. Acude a un centro de salud urbano por presentar un incremento de la disnea habitual, ortopnea, tos, expectoración purulenta y fiebre alta de 2 días de evolución. El paciente no refiere dolor abdominal.
Exploración y pruebas complementarias. Exploración física: temperatura axilar de 38,4 ºC, tonos cardiacos rítmicos, ingurgitación yugular sin edemas periféricos y semiológica de derrame pleural derecho; resto de exploración física anodina. En la radiografía de tórax inicial se observó un infiltrado pulmonar basal derecho. En la de control (tras antibioterapia) se observó una mejoría del infiltrado con aparición de media luna subdiafragmática. En la tomografía axial computarizada abdominal se evidenció una perforación de sigma y diverticulosis.
Juicio clínico. Con el diagnóstico de neumonía el paciente ingresa en el hospital de referencia. Se inicia antibioterapia endovenosa evolucionando favorablemente, permaneciendo asintomático, afebril y hemodinámicamente estable. Pero la radiografía de tórax de control sirvió como prueba diagnóstica de una perforación espontánea intestinal, a pesar de que el paciente no tenía dolor abdominal, la fiebre había evolucionado favorablemente hasta desaparecer y no había descompensación hemodinámica del paciente.
Diagnóstico diferencial. Neumoperitoneo espontáneo de origen abdominal: neumatosis cystoides intestinalis (asociado a pacientes con EPOC), endoscopia, neumocolecistitis, diverticulosis sigmoidea, impactación fecal, síndrome poscolecistectomía. Y de origen ginecológico: examen ginecológico, coito, enfermedad inflamatoria pélvica.
Comentario final. La realización de una radiografía de control en un proceso neumónico puede, como en nuestro caso, servir de diagnóstico de neumoperitoneo. Esto es útil especialmente cuando el paciente está asintomático. Así, pues, esta prueba sencilla, económica y accesible aporta más información de la que a veces vemos.
Bibliografía recomendada.

García-Donas J, Antón Moreno F. Neumoperitoneo no quirúrgico. Rev Clin Esp. 2004;204:372-5.
Mularski RA, Sippel JM, Osborne ML. Pneumoperitoneum: a review of nonsurgical causes. Crit Care Med. 2000;28:2638-44.
Williams N, Everson NW. Radiological confirmation of intraperitoneal free gas. Ann R Coll Surg Engl. 1997;79:8-12.

3155. ESQUIZOFRENIA PARANOIDES POST TRAUMATISMO CRANEAL

Barco López, A.; Vidal Tolosa, A.; Pellitero Santos, A.; Paredes Costa, E.; Bordalba Layo, M.A. y Vilà Jové, N.
ABS Cappont.

Descripción del caso. Varón de 32 años, sin antecedentes familiares ni patológicos de interés; hábitos tóxicos: alcohol, cannabis y tabaco. A los 17 años sufrió un traumatismo craneal por accidente de tráfico con neumoencéfalo frontal, fractura fronto-etmoido-orbitaria derecha, sin evidencia de rinorrea; hematoma frontal derecho y contusiones hemorrágicas temporales izquierda y hemorragia subaracnoidea cisternal. Se practicaron diversas intervenciones neuroquirúrgicas. Fue dado de alta con exploración neurológica normal y ninguna alteración psicológica valorable. En el transcurso de 15 años ingresa en diversas ocasiones en el Servicio de Psiquiatría por clínica conductual de heteroagresividad con violencia. El último ingreso lo realiza de forma involuntaria tras agresión a su madre y destrozos en el mobiliario del domicilio familiar, con ideación autorreferencial y de perjuicio, sobre todo centrado en la familia. Realizaba una vida improductiva, con abandono de las actividades básicas de higiene corporal, alimentación y sueño debido a desorganizaciones conductuales y actos bizarros. Tras iniciar tratamiento con terapia farmacológica y psicoeducativa, presenta una disminución acusada de los fenómenos alucinatorios y de las ideas delirantes de perjuicio, mejorando las relaciones interpersonales. Sigue controles satisfactorios en el hospital de día psiquiátrico.
Exploración y pruebas complementarias. Exploración física normal. Exploración psicopatológica: existen fenómenos senso-perceptivos, en forma de voces alucinatorias imperativas, con bloqueos mentales, que parecen crisis de ausencia-like, pero con voces que representan probables focos irritativos temporales; se detecta clínica negativa-like y clínica afectiva en forma de clinofilia, apatía, anhedonia y vacío existencial, trastorno del sueño mixto (por mala higiene del ritmo nictameral) y cierto trastorno de la conducta alimentaria con episodios de anorexia e hiperfagia. Analítica sanguínea normal excepto discreta elevación del colesterol total de 227 mg/dl y de enzimas hepáticas (GOT de 52 U/l y GPT de 52 U/.). Cannabinoides en orina positivo y resto de tóxicos negativo. TAC cerebral: leucoencefalomalacia con desviación de astas temporales, que puede explicar la psicopatología psicótica junto con el consumo de cannabis.
Juicio clínico. Trastorno psicótico poscontusión y posconsumo de tóxicos.
Diagnóstico diferencial. Esquizofrenia, toxicomanía.
Comentario final. Las lesiones cerebrales residuales de un accidente de tráfico grave, junto con el consumo de drogas, pueden explicar la psicopatología psicótica en un paciente sin antecedentes familiares ni personales psiquiátricos.
Bibliografía recomendada.

Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz L. Psychyatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. Arch Gen Psychiatry. 1997;54 (1):81-7.
Castaño Monsalve B, González Echeverri G, Andrés Cano P, García J, Arizmendi I. Comparative study of psychiatric disorders in general traumatism and brain injured patients. Actas Esp Psiquiatr. 2005;33 (2):96-101.
Ducrocq F, Vaiva G, Cottencin O, Molenda S, Bailly D. Post-traumatic stress, post-traumatic depression and major depressive episode: literature. Encephale. 2001;27(2):159-68.
Maes M, Mylle J, delmmeire L, Altamura C. Psychyatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: incidence and risk factors. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2000;250(3): 156-62.

3158. DOCTORA NO ME AGUANTAN LAS PIERNAS

Nadal Baqué, N.[a]; Rodrigo Claverol, M.D.[b]; Capdevila Andreu, M.[c]; Rodrigo Claverol, E.[d]; Ortega Bravo, M.[e] y Giménez Romero, G.[f]
[a,c,e,f]ABS Cappont. [b,d]ABS Bordeta, Magraners.

Descripción del caso. Paciente mujer de 36 años, natural de Rumanía. Antecedentes: disminución de agudeza visual de años de evolución corregida con lentes. Acude a consulta por lumbalgia irradiada a extremidades inferiores (EEII), debilidad de estas, que le impiden la deambulación, asociado a urgencia miccional y estreñimiento de cuatro meses de evolución.
Exploración y pruebas complementarias. Aspecto general: importante delgadez. Exploración neurológica: paraparesia, Babinski bilateral, clonus aquíleo agotable bilateral, hiperreflexia con aumento del área reflexógena en EEII, hipoparestesia EEII de predominio izquierdo, hipoestesia hemitronco izquierdo, reflejos cutáneo-abdominales abolidos, marcha paraparética. Resto de exploración por aparatos sin alteración. RMN craneal normal y cérvico-dorso-lumbar: focos de alta señal en T2, isointensos en T1 discontinuos, localizados en cordones posteriores de T5/T8 sin alteración de la morfología medular. Potenciales evocados: amplitudes correctas, latencias alargadas bilateralmente. Analítica sin alteración bioquímica ni en marcadores tumorales. Serología positiva en anticuerpos (AC) anti-T. pallidum IgG+IgM, inmunoblot confirmatorio de lúes, anti-hepatitis C positivo. Punción lumbar: líquido cefalorraquídeo claro, glucosa 64 mg/dl, prot 25 mg/dl, bandas oligoclonales ausentes. AC anti-neuroaminidasa patológico.
Juicio clínico. Mielitis transversa dorsal parcheada asociada a compromiso de nervios ópticos (neuromielitis óptica). Se inició tratamiento

con altas dosis de corticoides durante 5 días con escasa mejoría. Actualmente presenta paraparesia de predominio proximal que le permite deambulación con muletas. Se planteará tratamiento con plasmaféresis o inmunosupresión y sigue rehabilitación ambulatoria.

Diagnóstico diferencial. Procesos infecciosos que causen debilidad generalizada (TBC, VIH, toxoplasmosis, brucelosis, poliomielitis, etc.), pero en la paciente los análisis y serologías eran normales, excepto la posibilidad de afectación neurológica por lúes. Neoplasias de la columna vertebral (RMN lo descarta). Esclerosis múltiple (comienzo agudo o subagudo con fluctuación. Causa más frecuente de enfermedad neurológica inflamatoria). Miopatías (tiroidea, alcohólica, hiperparatiroidea, esteroidea) (analítica normal). Siringomielia (se objetivaría en pruebas de imagen), hernia discal intervertebral, esclerosis lateral amiotrófica, afectaciones neuromusculares como el síndrome de Guillain-Barré, miastenia grave (aparece fatigabilidad), síndrome de Eaton-Lambert, toxinas (botulismo), parálisis episódicas caliémicas o familiar. Neuropatía diabética (descartado analíticamente). Enfermedades psiquiátricas (depresión, síndromes somatomorfos).

Comentario final. Ante todo cuadro de debilidad de EEII se debe realizar siempre una exploración general completa y tener en cuenta sobre todo la actitud del paciente, atrofias musculares, fuerza, reflejos y adenopatías. Aunque no es frecuente, existe una serie de enfermedades potencialmente graves que con una detallada exploración podemos orientar su diagnóstico. En muchos casos la dificultad radica en la etiología más que en el diagnóstico. No debemos subestimar la disminución progresiva de la agudeza visual aunque se corrija con lentes, pues la neuritis óptica se asocia a la mielitis transversa.

Bibliografía recomendada.

Gómez Marco J. ¿Ciática por herpes zoster? Y algo más. AMF. 2008;4 (4):238-40.

Pandit L. Transverse myelitis spectrum disorders. Neurol India. 2009; 57(2):126-33.

Takahashi T, Fujihara K, Nakashima I, Misu T, Miyazawa I, Nakamura M, et al. Establishment of a new sensitive assay for anti-human aquaporin-4 antibody in neuromyelitis optica. Tohoku J Exp Med. 2006; 210(4):307-13.

Zuliani L, López de Munain A, Ruiz Martínez J, Olascoaga J, Graus F, Saiz A. NMO-IgG antibodies in neuromyelitis optica: a report of 2 cases. Neurologia. 2006;21(6):314-7.

3181. COMUNICACIÓN INTERAURICULAR EN ANCIANO

Sarmiento Cruz, M.; Martín Miguel, V.; Farran Torres, N.; Madrid Valls, M.; Pérez Olano, B. y Urgelés Castillón, M.C.

ABS Bordeta-Magraners, Lleida.

Descripción del caso. Paciente de 70 años de edad con dolor como pinchazos en región torácica anterior izquierda irradiado a espalda de unos 10 días de evolución. Aumenta con los movimientos y es de predominio nocturno, pero le permite dormir. No vegetatismo. Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica (padre y hermana). Primeramente se pautan analgésicos, sin mejoría.

Exploración. Buen estado general. Auscultación cardíaca con tonos rítmicos sin soplos ni roces. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen normal. No edemas de extremidades inferiores. Pulsos presentes y simétricos. Tensión arterial brazo izquierdo: 152/82; brazo derecho:158/81.

Pruebas complementarias. ECG: ritmo sinusal a 74 lpm. rSR' en cara inferior. Sin alteraciones en la repolarización. Radiografía de tórax: no alteraciones pleuropulmonares ni cardíacas. Analítica de sangre: hemograma, bioquímica y coagulación normal. Ecocardiografía transtorácica (ETT): ventrículo izquierdo con función sistólica normal y disfunción diastólica. Leve dilatación de aurícula izquierda. Insuficiencia mitral degenerativa leve. Insuficiencia aórtica grado II/IV fundamentalmente por pérdida de la unión sinotubular HTPs ligera. Dilatación de cavidades derechas con función sistólica de ventrículo derecho normal. Realizar ecocardiografía transesofágica (ETE) para descartar cortocircuitos. Cateterismo cardíaco: coronarias sin lesiones. ETE: comunicación intraauricular (CIA), seno venoso amplio (1 cm) con shunt izquierda-derecha. Muy probable drenaje venoso pulmonar anómalo parcial. Repercusión hemodinámica del cortocircuito con dilatación de cavidades derechas.

Juicio clínico. Se trata de un paciente con dolor torácico sin factores de riesgo cardiovascular; a pesar de ello se descarta cardiopatía isquémica y como hallazgo se encuentra una CIA sin poder asegurar que sea la causa del dolor torácico. Diagnóstico: CIA + dolor torácico.

Diagnóstico diferencial. Cardiopatía: infarto agudo de miocardio, angor inestable/estable, derrame pericárdico, arritmias: taqui/bradiarritmias, valvulopatías, tirotoxicosis y anemia grave. Osteomuscular: postraumático: fractura costal, muscular, hernia discal y osteocondritis. Respiratorio: derrame pleural, neumonía y neumotórax. Vascular: aneurisma de aorta y tromboembolismo pulmonar. Digestivo: hernia hiatal, esofagitis, reflujo gastroesofágico y ulcus gástrico. Otros: ansiedad, herpes zóster, etc.

Comentario final. La comunicación interauricular es la malformación congénita más frecuente en adultos y está asociada a un aumento de la morbilidad y mortalidad1. En nuestro caso, Cardiología recomienda intervenir, pero el paciente decide controles periódicos. Se podría pensar que la CIA no le causa repercusión en las actividades diarias ya que lo debiera tener de toda la vida. El cierre de la comunicación por intervención quirúrgica carece de utilidad práctica a partir de los 25 años2, y si existe repercusión clínica no se revierte, por lo que no tiene mucho sentido realizar el cierre. Como única acción a realizar se decide el control de los factores de riesgo cardiovascular.

Bibliografía.

1. Losay J, Lambert V. [Percutaneous closure of the inter-auricular communications, well defined indications]. Presse Med. 2004;33(14 Pt 1):966-73. [Article in French]

2. Attie F. [Atrial septal defect in patients over 40 years-old]. Rev Esp Cardiol. 2002; 55 Suppl 1:33-6. [Article in Spanish]

3195. HIPERCAROTINEMIA DE ORIGEN ALIMENTARIO

Pérez Unanua, M.P.; Muñoz González, Y.; Mateo Pascual, C.; Ortega Inclán, N. y Alvarado, S.

Centro de Salud Dr. Castroviejo, Área 5, Madrid.

Descripción del caso. Se presenta el caso de una paciente de 53 años, con antecedentes de sobrepeso, hipertensión y dislipemia. La paciente mantenía desde hace 6 meses una dieta hipocalórica, rica en alimentos vegetales, de los que tomaba en grandes cantidades.

Exploración y pruebas complementarias. En la exploración física destacó una coloración amarillo-anaranjada de predominio en palmas y plantas de los pies. La pigmentación respetaba las escleróticas. Pruebas complementarias: hemograma normal, glucemia basal normal, colesterol ligeramente elevado, proteinograma y función tiroidea normales.

Juicio clínico. Con la sospecha inicial de pigmentación cutánea anómala secundaria al hábito alimentario se diagnosticó de hipercarotinemia por excesivo aporte exógeno de betacarotenos en la dieta.

Diagnóstico diferencial. La hipercarotinemia se suele asociar a un aporte exógeno de vegetales (principalmente zanahorias, pimientos, albaricoques, espinacas y tomates), mantequilla, huevos, tratamientos bronceadores o como tratamiento de la protoporfiria eritropoyética. Es frecuente que aparezca asociado a anorexia nerviosa1. La hipercarotinemia puede ser secundaria a hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipotiroidismo o síndrome nefrótico[2]. En raras ocasiones su origen puede ser un trastorno metabólico hepático o intestinal (déficit de betacaroteno-15,15' dioxigenasa). Puede acompañarse de hipervitaminosis A (sobre todo en niños a los que se ha administrado suplementación vitamínica y por la alimentación de los niños entre 6 meses y 2 años[3]) y en estos casos se puede asociar xerosis cutánea con prurito. La hipercarotinemia mantenida producirá una acumulación progresiva del pigmento en la piel, que respeta las escleróticas, lo que constituye el dato clínico fundamental para el diagnóstico diferencial de la ictericia. La coloración amarillenta de la piel es una situación clínica relativamente común, que plantea múltiples diagnósticos[4]. Entre ellos, cabe destacar la hiperbilirrubinemia e ictericia, con afectación de piel y mucosas, y que suele acompañarse de prurito; la licopenemia, cuya pigmentación es más rojiza, se debe a la acumulación de licopeno[5] (un pigmento que se encuentra en los tomates), respeta las escleras y no se acompaña de hipervitaminosis A. Otra circunstancia asociada es la riboflavinemia (valores elevados de IgG monoclonal antiflavina en plasma en un paciente afectado de mieloma múltiple[6] que tenía una pigmentación cutánea amarillenta, que respetaba las mucosas); y algunos fármacos como la quinacrina, cuya indicación actual es el tratamiento de la giardiasis, provocan pigmentación amarillenta de la piel y mucosas (novobiocina, rifampicina, etc.).

Comentario final. El tratamiento de la hipercarotinemia esencial consiste en la corrección dietética, con lo que se consigue un reducción progresiva de la coloración, que desaparece en 4 a 6 semanas[7]. Con la

corrección dietética se normaliza también la hipervitaminosis A que acompaña a veces a la hipercarotinemia. La intoxicación aguda de vitamina A, propia de la infancia, se puede beneficiar del tratamiento con metionina. La carotenodermia se asocia a los trastornos de la conducta alimentaria (principalmente, anorexia nerviosa), lo cual tiene un especial interés en Atención Primaria, por el reciente incremento de estos trastornos[8].

Bibliografía.

1. Altet Torné J, Boncompte Vilanva MP, Macaya Pascual A. Carotenodermia de origen alimentario. FMC Form Med Contin Aten Prim. 2001;8:128.
2. Al-Jubouri MA, Coombes EJ, Young RM, McLaughlin NP. Xanthoderma: an unusual presentation of hypothyroidism. J Clin Pathol. 1994;47:850-1.
3. Karthik SV. Carotenemia in infancy and its association with prevalent feeding practices. Pediatr Dermatol. 2006;23(6):571-3.
4. Stack KM, Churchwell MA, Skinner RB. Xantoderma: case report and differential diagnosis. Cutis. 1998;41:100-2.
5. Reich P, Schwachman H, Craig JM. Lycopenemia: a variant of carotenemia. N Engl J Med. 1960;262:262-3.
6. Mehdi MD, Elliot F, Osserman MD. Mieloma with xanthoderma due to an Ig G monoclonal anti-flavin antibody. N Engl J Med. 1976;294: 178-83.
7. Aloy M, Torres V. Clinical features of carotinemia. Med Cut Ib Lat Am. 1985;13:31-4.
8. Guerrero Vazquez R, Olivares-Gamero B. Nutrición en anorexia nerviosa. Endocrinol Nutr. 2006;53:113-23.

3200. DOCTOR, ME PICA

Niño Azcárate, C.M.[a]; Farraye, M.N.[b]; Cátedra Castillo, B.[c]; López-Tappero Irazabal, L.[d] y Niño Rodríguez, F.J.[e]

[a,d]Centro de Salud Espronceda, Madrid. [b]Centro de Salud Las Aguilas, Madrid. [c]Centro de Salud Segovia, Madrid. [e]Centro de Salud Los Cristianos, Tenerife.

Descripción del caso. Paciente mujer que acude a consulta por urticaria. Antecedentes personales: alérgica a penicilina. Hernia de hiato. Sin antecedentes familiares de interés. Refiere que hace 15 días, tras tomar bario para tránsito baritado, presenta una lesión en fosa ilíaca derecha de 3 × 2 cm de diámetro levemente pruriginosa, de bordes bien definidos, que desapareció hace 7 días tras aplicar crema hidratante. Hace 4 días comienza con una erupción de lesiones similares pero más pequeñas, muy pruriginosas, en región anterior del tórax, pubis y raíz de miembros.

Exploración y pruebas complementarias. Placas ovaladas, rosadas, con descamación en los bordes y centro arrugado, que se distribuyen en cara anterior del tronco, raíz de miembros y pubis siguiendo las líneas de tensión de la piel ("árbol de navidad"). Resto sin hallazgos. No se realizaron pruebas complementarias. Se remitió a Dermatología para confirmar el diagnóstico.

Juicio clínico. Pitiriasis rosada de Gibert.

Diagnóstico diferencial. Sífilis secundaria, psoriasis guttata, tiña corporis, dermatitis seborreica, enfermedad de Lyme, erupciones secundarias a fármacos.

Comentario final. Muchas veces caemos en la solución fácil de llamar urticaria a cualquier lesión pruriginosa eritematosa que vemos en la consulta. Este caso es un ejemplo. Por este motivo sería importante la realización de una buena anamnesis y una reevaluación del paciente a las 24-48 horas de iniciado el tratamiento, así como conocer las diferentes enfermedades dermatológicas que pueden cursar con una presentación clínica similar.

Bibliografía.

Ashton R. Diagnóstico diferencial en dermatología. 3ª ed. 2007.
Chug AA, Dofitas BL, Comisel GG, et al. Interventions for pityriasis rosea. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(2).

3203. ODINOFAGIA Y FIEBRE: ¿PENSAMOS EN TIROIDES?

Rodrigo Claverol, M.D.; Capdevila Andrés, M.; Rodrigo Claverol, E.; Ortega Bravo, M.; Nadal Braqué, N. y Martín Miguel, V.

ABS Bordeta, ABS Eixample, ABS Cap-Pont, Lleida.

Descripción del caso. Mujer de 27 años que acude de urgencias a la consulta de Atención Primaria por odinofagia, disfonía, febrícula, malestar general y sensación de tumoración en cara anterior de cuello de 24 horas evolución.

Exploración y pruebas complementarias. Faringe congestiva sin exudados; se palpa adenopatía laterocervical dolorosa; tiroides aumentado de tamaño difusamente y doloroso a la palpación. Resto de exploración anodina. Resultado de la analítica sanguínea: leucocitosis, VSG 50, TSH 166,6, T4 3,5, anticuerpos anti-TPO 246,6, resto normal.

Juicio clínico. Se orienta el caso como posible tiroiditis de De Quervain, iniciándose tratamiento con ácido acetil salicílico (AAS) 500 mg/8 h y levotiroxina con control analítico de función tiroidea a las tres semanas: TSH 67,24, T4 9,5 y T3 4,39.

Diagnóstico diferencial. Debe realizarse con las tiroiditis autoinmunes (subaguda linfocitaria, posparto y la tiroiditis de Hashimoto), hemorragias intraquísticas, carcinoma anaplástico, abscesos, faringitis, esofagitis y con el bocio difuso toxico. La tiroiditis de De Quervain es probablemente la patología tiroidal más prevalente, después del bocio endémico. De frecuencia desconocida y etiología vírica. En la mitad de los casos puede haber sintomatología de hipertiroidismo (taquicardia, diaforesis y nerviosismo) y la glándula suele estar aumentada de tamaño, con forma simétrica y es dolorosa a la palpación. En la fase aguda (2-4 semanas) los valores de T4 y T3 suelen estar aumentados y los anticuerpos antitiroidales pueden ser discretamente positivos. En la segunda fase (4-8 semanas) aparece un hipotiroidismo transitorio y en la tercera se normaliza la función tiroidea, siendo en general la resolución completa a los 6 meses. En un 5-10% de los casos puede producirse un hipotiroidismo permanente. El AAS a dosis altas es el tratamiento de elección. Si el dolor es muy intenso se utiliza prednisona durante 4-8 semanas. La necesidad de tratamiento de la disfunción tiroidal viene determinada por el cuadro clínico y no por los valores hormonales. Si la clínica de hipertiroidismo es intensa se utilizan bloqueadores beta y nunca antitiroidales. En la fase de hipotiroidismo, si la clínica lo justifica se prescribe levotiroxina (100-150 µg) durante 2-3 meses.

Comentario final. En el caso que presentamos se observa que el cuadro por el que consulta la paciente corresponde a la fase aguda de la tiroiditis, a pesar de que analíticamente la función tiroidal corresponde a la segunda fase (hipotiroidismo) de la enfermedad. Tal y como describe la literatura, la paciente precisó tratamiento con levotiroxina para recuperar los niveles hormonales normales.

Bibliografía recomendada.

1. Desailloud R, Hober D. Viruses and thyroiditis: an update. Virol J. 2009;6:5.
2. Tomer Y, Davies TF. Infection, thyroid disease, and autoimmunity. Endocr Rev. 1993;14(1):107-20.
3. Baldini M, Colasanti A, Orsatti A, Airaghi L, Mauri MC, Cappellini MD. Neuropsychological functions and metabolic aspects in subclinical hypothyroidism: the effects of l-thyroxine. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2009;33:854-9.

3204. PACIENTE JOVEN, INMIGRANTE Y CON DOLOR CRÓNICO EN LA PIERNA

Rodrigo Claverol, M.D.; Rodrigo Claverol, E.; Ortega Bravo, M.; Nadal Braqué, N.; Capdevila Andreu, M. y Manuel Martí, B.

ABS Bordeta, ABS Cap-Pont, ABS Eixample, Lleida.

Descripción del caso. Varón de 25 años, natural de Senegal, que acudió a la consulta de Atención Primaria por empeoramiento del dolor y tumefacción en la pierna derecha, sin antecedente traumático, ni fiebre, ni otra sintomatología acompañante, de un año de evolución. Revisando su historial había consultado en dos ocasiones más por el mismo motivo, al inicio y a los 6 meses de evolución, con discreta tumefacción y radiografía en ambos casos normal.

Exploración y pruebas complementarias. Afebril. Tumefacción importante con ensanchamiento tibial, no dolorosa, de consistencia dura y sin signos inflamatorios (ni rubor ni calor). Pulsos pedios bilaterales y simétricos sin signos de trombosis venosa profunda. Resto de exploración anodina. Radiografía de tibia-peroné: esclerosis con aumento de tamaño de la diáfisis tibial, no signos de afectación de partes blandas. Analítica: fosfatasas alcalinas 384, bioquímica y reactantes de fase aguda normales. Hormonas tiroideas: tirotropina (TSH) 0,14 mU/l y triyodotironina libre 8,96 pmol/l. Serologías VIH, VHB y VHC negativas. Hemograma: leucos 3,81 × 10(9)/l y fórmula: 35,5% neutrófilos y 55,4% linfocitos.

Juicio clínico. Se diagnosticó de hipertiroidismo e inició tratamiento con tiamazol que normalizó la función tiroidea (analítica a los 3 meses:

TSH 3,14 y tiroxina libre 14,2). Se derivó a Medicina Interna para estudio y solicitaron una gammagrafía ósea ante la sospecha de enfermedad de Paget, pero el paciente no llegó a realizársela.

Diagnóstico diferencial. Osteosarcoma: aparece en niños y adolescentes. Afecta principalmente metáfisis de huesos largos (incluida tibia proximal). Radiológicamente muestra aspecto "apolillado" y reacción perióstica espiculada (aspecto "en sol naciente"). Suele haber importante afectación de partes blandas por extensión del tumor. Displasia fibrosa: puede afectar a uno o varios huesos y principalmente a adolescentes y adultos jóvenes[1]. Se ha asociado a endocrinopatías y es infrecuente una elevación de las fosfatasas alcalinas[2]. Enfermedad de Paget: suele darse entre la cuarta y quinta décadas de la vida pero existe una forma juvenil autosómica recesiva[3]. La radiografía típicamente muestra zonas de osteosclerosis alternadas con osteolisis y expansión del hueso. En el 95% de los casos las fosfatasas alcalinas suelen estar elevadas, pero su normalidad no excluye el diagnóstico[4].

Comentario final. Actualmente nuestro caso sigue abierto. Esto pone de manifiesto nuevamente la complejidad del trato a los pacientes inmigrantes que por religión, motivos laborales o personales, a menudo consultan sin completar los estudios posteriores, lo que impide que se les pueda ayudar debidamente. Con los datos de que disponemos no hay diagnóstico final claro. Queda la duda de si se trata de una displasia fibrosa o de una enfermedad de Paget porque el paciente no volvió a controles médicos.

Bibliografía.

1. Parekh SG, Donthineni-Rao R, Ricchetti E, Lackman RD. Fibrous displasia. J Am Acad Orthop Surg. 2004;12(5):305-13.
2. Lädermann A, Stern R, Ceroni D, De Coulon G, Taylor S, Kaelin A. Unusual radiologic presentation of monostotic fibrous displasia. Orthopedics. 2008;31(3):282.
3. Indumathi CK, Dinakar C, Roshan R. Juvenile Paget's Disease. Indian Pediatr. 2009;46(4):354-6.
4. Ralston SH, Langston AL, Reid IR. Pathogenesis and management of Paget's disease of bone. Lancet. 2008;372:155-63.

3208. FOLICULITIS DE DIFÍCIL MANEJO: ¿LÚES NO DIAGNOSTICADA?

Lafarga Giribets, M.A.; Espino García, A.; Peñascal Pujol, E.; Pérez Olano, B.; Encinas, V. y Martín Miguel, V.

Bordeta, Magraners.

Descripción del caso. Mujer subsahariana de 31 años, sin antecedentes personales de interés, que acude al Servicio de Urgencia de Primaria por presentar absceso en omóplato izquierdo que drena espontáneamente. Se practica cura tópica y se prescribe amoxicilina-clavulánico 500/125 mg/8 horas/8 días. La paciente acude de forma irregular a su enfermera del centro de salud para cura del absceso. Consta falta de seguimiento del tratamiento prescrito. Al cabo de 2 meses visita al médico de familia por presentar papulopústulas eritematosas en tronco y manos, con sensación distérmica, persistiendo el absceso. Se recomienda iniciar de nuevo tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Se decide cursar analítica con serologías y tomar cultivo del absceso.

Exploración y pruebas complementarias. El hemograma, la bioquímica y las pruebas hepáticas son normales. La serología muestra anti-HBc positivo, anti-HBs positivo, prueba reagínica (RPR) positiva con títulos 1/8, Ac. anti-*Treponema pallidum* IgM negativos con IgM + IgG positivos e inmunoblot confirmativo de lúes positivo. Serologías de VHC y VIH negativas. En el cultivo se aísla *Staphyloccocus aureus*, sensible a amoxicilina-clavulánico. Se recomienda iniciar de nuevo el tratamiento y completarlo durante 10 días y se reinterroga a la paciente, que reconoce contactos sexuales de riesgo el año anterior, a su llegada a nuestro país.

Juicio clínico. Se diagnostica de lúes latente, foliculitis por *Staphyloccocus aureus* y serología positiva para hepatitis B.

Diagnóstico diferencial. Al tratarse de lesiones papulopustulosas se debe hacer el diagnóstico diferencial con: acné, rosácea, foliculitis, Molluscum contagioso, tiña por dermatofitos, psoriasis pustulosa, varicela, candidiasis, pustulosis exantemáticas de causa medicamentosa, liquen plano, secundarismo luético, eritema exudativo multiforme y dactilitis pustulosa[1].

Comentario final. Se pauta penicilina G benzatina 2,4 millones cada semana durante 3 semanas. Está pendiente de control serológico de lúes. Aunque en España la sífilis es una enfermedad poco frecuente, el número de pacientes diagnosticados está en aumento sobre todo debido a la inmigración[2]. La OMS considera que el número de enfermedades de transmisión sexual está aumentando en la población de países en vías de desarrollo[3]. La sífilis sigue siendo considerada como la "gran imitadora", pues se acompaña de un diagnóstico clínico ambiguo y desconocido, simulando un gran número de enfermedades. Puede diagnosticarse concomitantemente con otras enfermedades de transmisión sexual[4]. Se debe tener presente sobre todo en pacientes procedentes de África subsahariana con enfermedades dermatológicas de evolución tórpida.

Bibliografía.

1. Casanova Seuma JM, Riberna Pibernat M. Los 20 motivos de consulta dermatológicos más frecuentes en atención primaria y su diagnóstico diferencial. Protocolo FMC. 2001;4.
2. Marín Lluch P, Soler Otte S. Sífilis secundaria: ¿pensamos en esa posibilidad diagnóstica? FMC. 2005;12(9):642-3.
3. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD001220.
4. Daskalakis D. Syphilis: continuing public health and diagnostic challenges. Curr HIV/AIDS Rep. 2008;5(2):72-7.

3229. LESIONES PUSTULOSAS EN PALMAS DE MANOS

Martín Miguel, V.; Rodrigo Claverol, M.D.; Peñascal Pujol, E.; Espino García, A.; Sarmiento Cruz, M. y Urgeles Castillón, M.C.

CAP Bordeta, Lleida.

Descripción del caso. Varón de 44 años de edad con antecedentes de dislipemia y exfumador. No refiere antecedentes de alergia a fármacos ni de enfermedades dermatológicas. A la semana de tratamiento con claritromicina por faringitis aguda comienza con erupción vesiculosa en ambas palmas de las manos, en principio escasamente pruriginosa. Se suspende el tratamiento antibiótico pero a las 48 h vuelve porque las lesiones no mejoran. En este momento las lesiones se han hecho pustulosas sobre base eritematosa y son pruriginosas. No se aprecian lesiones en el resto del cuerpo.

Exploración. Lesiones vesículo-pustulosas sobre base eritematosa en palmas de manos.

Juicio clínico. Se deriva a Dermatología para el diagnóstico diferencial de lesiones pustulosas en relación con proceso infeccioso o como consecuencia del tratamiento antibiótico, pero el cuadro mejora espontáneamente y el paciente decide no acudir a consulta especializada; al cabo de un par de meses reaparece la clínica y va al dermatólogo, que diagnostica el cuadro de dishidrosis.

Diagnóstico diferencial. Síndrome boca-mano-pie, dishidrosis, psoriasis pustulosa, dermatitis irritativa de contacto, pustulosis palmoplantar, sarna, tiña vesiculosa.

Comentario final. La etiología de la dishidrosis es desconocida. Clínicamente se caracteriza por prurito moderado o intenso y vesículas en los lados de los dedos sobre piel normal. En casos intensos, vesículas, pústulas, escamocostras y fisuras sobre placas eritematosas. Se localiza en lados de los dedos de manos y pies y arco plantar. Los casos intensos son muy difíciles de diferenciar de una psoriasis pustulosa. Suele empeorar con el estrés, pero no se relaciona con alergenos. El curso es por lo general agudo e intermitente, con brotes estacionales en primavera-verano. Hay casos muy crónicos. El tratamiento se basa en fomentos secantes, corticoides tópicos de potencia media alta. Si el prurito es muy intenso pueden indicarse antihistamínicos de acción sedante. En nuestro caso nos sorprende que antes no había tenido brotes de eccema dishidrótico y que aparece por primera vez en el contexto de un cuadro infeccioso y también coincidiendo con la toma de antibióticos, lo que nos despista en el diagnóstico.

Bibliografía recomendada.

Casanova Seuma JM, Ribera Pibernat M. Los 20 motivos de consulta dermatológica más frecuente en atención primaria y su diagnóstico diferencial (I). Protocolo FMC. 2001;4.
Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: SemFyc ediciones; 2002. p. 589.

3239. ACV POR DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE CARÓTIDA

Martín Miguel, V.; Espino García, A.; Pérez Olano, B.; Vidal Tolosa, A.; Rodrigo Claverol, M.D. y Lafarga Giribet, A.

CAP Bordeta, CAP Cap-Font, Lleida.

Descripción del caso. Mujer de 44 años de edad con antecedentes de exfumadora desde hace 10 años. Acude a consulta de forma espontánea por-

que hace unas 2 horas comienza con sensación de tela en ojo izquierdo, leve dificultad para el habla y parestesias en brazo y pierna derecha con sensación de disminución de fuerza en dichas extremidades. Ante la sospecha de ictus se deriva a Urgencias para estudio y tratamiento.
Exploración y pruebas complementarias. En la exploración se aprecia afasia leve de expresión, mínima claudicación distal en brazo y piernas derechos, hipoestesia leve en brazo derecho. Analítica básica, TSH, Ac. anticardiolipina, Ac. antinucleares y antimitocondriales, serologías (CMV, Epstein Barr, sífilis, Salmonella tiphy y paratiphy, brucelosis, VHB, VHC y VIH), homocisteína y hemostasia son normales. ECG: sin alteraciones. Rx de tórax normal, TAC craneal urgente normal, eco doppler TSA y transcraneal compatible con estenosis grave en arteria carótida interna (ACI) izquierda extracraneal distal sin imagen de placa, sospecha de disección arterial. RMN craneal: mínimos focos isquémicos agudos puntiformes en centro semioval izquierdo. Angio-RMN TSA/RMN cervical: compatible con disección ACI izquierda extracraneal distal.
Juicio clínico. Sospecha de ictus, hay que buscar la etiología por las pruebas complementarias.
Diagnóstico diferencial. AIT, ACV isquémico, hemorragia intracerebral, tumores, migraña, hematoma subdural o epidural.
Comentario final. La disección arterial cervical espontánea (DACE) es una causa importante de ictus en los adultos jóvenes, con una incidencia anual de 2,5-3 por 100.000 habitantes. La carótida interna se afecta en el 75% de los casos descritos de DACE, y la mayoría corresponde a su porción extracraneal. La causa última de DACE se desconoce, aunque actualmente se piensa que subyace un trastorno del tejido conectivo que condiciona una arteriopatía base sobre la que actuarían diversos factores desencadenantes (HTA, traumatismos, movimientos del cuello). La forma de presentación típica consiste en dolor cervical, síndrome de Horner y manifestaciones de isquemia cerebral dependientes del territorio afectado, y van a ser fundamentales para el diagnóstico las técnicas de angio-RMN. El tratamiento de elección consiste en heparina inicialmente, para posteriormente pasar a acecumarínicos. En nuestro caso clínicamente sólo presentaba los signos de isquemia del territorio afectado y fue la angio-RMN la prueba que mostró la causa de dicha isquemia. En tratamiento con heparina y posteriormente con acenocumarol, así como rehabilitación, la paciente ha presentado mejoría clínica persistiendo a los 5 meses mínima claudicación distal de extremidades derechas en situaciones de estrés y cansancio. Angio-RMN normal. Se ha sustituido la anticoagulación por antiagregación.
Bibliografía recomendada.
Djouhri H, Guillon B, Brunereau L, Lèvy C, Bousson V, Biousse V, et al. MR Angiography for the long-term follow-up of dissecting aneurysms of the extracranial internal carotid artery. Am J Roentgenol. 2000;174:1137-40.
Schievink WI, Mokri B, Whisnant JP. Internal carotid artery dissection in a community: Rochester, Minnesota, 1879-1992. Stroke. 1993;24: 1678-80.
Schievink WI. Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries. N Engl J Med. 2001;344:898-906.
Schievink WI. The treatment of spontaneous carotid and vertebral artery dissections. Curr Opin Cardiol. 2000;15:316-21.

3240. QUISTE ESPLÉNICO GIGANTE EN VARÓN DE 14 AÑOS

Resta Rabassa, M.T.; Perales Granero, M.D.; Gallego, A; García Virgos, I. y García Vicente, S.
Hospital Quirón, Valencia.

Descripción del caso. Varón de 14 años que acude a la consulta por dolor en hemitórax izquierdo de 3 semanas de evolución, sin antecedente traumático conocido, que aumenta con los movimientos y con la respiración profunda. Refiere anorexia y sensación de pesadez posprandial intensa, que se ha agudizado en las últimas semanas. No refiere fiebre ni sensación de mareo.
Exploración y pruebas complementarias. Paciente normocoloreado y normohidratado con TA 144/85. Exploración abdominal: blando y depresible. Esplenomegalia de 3-4 traveses de dedos sin hepatomegalia asociada. No signos de irritación peritoneal. No adenopatías axilares, supraclaviculares ni inguinales asociadas. Hemograma: 6.300 l (64%n), Hb 14,5, Hto 43%. Bioquímica: amilasa 73 mg/dl, GOT 18, GPT 15, Bi total 0,5. Ecografía abdominal: masa homogénea de probable origen esplénico que comprime la cavidad gástrica, que desciende hacia FII desplazando el intestino. TAC abdominal: voluminoso quiste de 17 × 12 cm, bien delimitado, compatible con quiste dermoide esplénico.
Juicio clínico. Quiste congénito esplénico.
Diagnóstico diferencial. Patología linfoide, patología congénita del bazo, patología parasitaria del bazo, patología traumática del bazo.
Comentario final. El tratamiento del quiste esplénico gigante debe ser quirúrgico dados los síntomas asociados, permitiendo así el diagnóstico de certeza. El tratamiento quirúrgico debería ser mínimamente invasivo y si es posible conservando al máximo el órgano de origen.
Bibliografía recomendada.
Clarkson C, Pradhan GN. A large splenic epidermoid cyst in rural Labrador. Can J Rural Med. 2007;12(4):239-40.
Malhotra A, Jones LT. Epidermoid cyst of the spleen. Pediatr Radiol. 2008;38(6):714.
Murawski M, Patkowski D, Korlacki W, Czauderna P, Sroka M, Makarewicz W, et al. Laparoscopic splenectomy in children multicenter experience. J Pediatr Surg. 2008;43(5):951-4.

3242. ENFERMEDAD DE ADDISON: LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO

Martín Miguel, V.; Rodrigo Claverol, M.D.; Sarmiento Cruz, M.; Pérez Olano, B.; Espino García, A. y Urgeles Castillón, M.C.
CAP Bordeta, Lleida.

Descripción del caso. Mujer de 23 años de edad con antecedentes familiares de madre hipotiroidea, tía hipertiroidea, abuela y tío diabéticos. Antecedentes personales de miringoplastia a los 16 años de edad, bronquiectasias y asma bronquial. En tratamiento con plusvent a demanda. Acude a consulta porque desde hace unos 3-4 meses presenta astenia, náuseas, vómitos, anorexia, pérdida de peso e hiperpigmentación progresiva.
Exploración y pruebas complementarias. Hiperpigmentación cutánea generalizada. Auscultación cardiopulmonar normal, abdomen normal, exploración neurológica normal, peso 40 kg, talla 1,52, IMC: 17,3, TA: 110/78. En la analítica destaca discreta leucocitosis (11.130 × 10(9)/l) con fórmula normal y un cortisol basal disminuido: 112 nmol/l (normal 221-780). Ionograma normal. Prueba de estimulación con ACTH: cortisol basal: 33 nmol/l; cortisol 30 min: 35 nmol/l; cortisol 60 min: 34 nmol/l.
Juicio clínico. Sospecha de insuficiencia suprarrenal de posible origen autoinmune por los antecedentes familiares, por lo que se deriva urgente a Endocrinología.
Diagnóstico diferencial. Cushing, enfermedad de Addison, melanosis difusa, hemocromatosis.
Comentario final. La enfermedad de Addison es un cuadro que se produce por la destrucción de la corteza suprarrenal, de origen principalmente autoinmune. Dicha destrucción suele ser muy lenta, por lo que la aparición de los síntomas es insidiosa, además los síntomas a veces también suelen ser inespecíficos, lo que dificulta el diagnóstico en fases precoces antes de que desarrolle crisis adrenales. La confirmación mediante determinaciones hormonales es fundamental, pero la prueba principal es la prueba de estimulación de ACTH que evalúa la capacidad de las suprarrenales para producir esteroides. El tratamiento de la insuficiencia suprarrenal es el tratamiento hormonal sustitutivo basado en la hidrocortisona (glucocorticoide) a dosis en adultos entre 20-30 mg/día y fludrocortisona (mineralocorticoide) a dosis de 0,05-0,1 mg/día por vía oral. En el caso de nuestra paciente el diagnóstico se sospechó desde la primera consulta y la derivación para estudio e inicio del tratamiento fue rápida, pero debido a sus bronquiectasias la paciente presenta con cierta frecuencia infecciones respiratorias y en los primeros meses del diagnóstico tuvo que acudir en varias ocasiones a Urgencias, precisando ingreso solo en una, en las otras la trataban en el centro de día de Endocrinología y no fue preciso el ingreso. Ha sido muy importante la educación de la paciente sobre el aumento de dosis de la medicación en caso de enfermedad leve-moderada por la frecuencia con la que la paciente presenta cuadros de infección respiratoria. También se derivó a Neumología para una revaloración de su situación respiratoria actual. En la actualidad presenta mejoría clínica evidente.
Bibliografía recomendada.
Alemparte Pardavila E, Martínez Melgar JL, Piñeiro Sande N, Castellano Canda P, Rodríguez García JC. Enfermedad de Addison: el reto de un diagnóstico precoz. An Med Interna (Mad). 2005;22:332-4.
Arit W, Allolio B. Adrenal insufficiency. Lancet. 2003;361:1881-93.

Brosnan CM, Gowin NFC. Addison's disease. BMJ. 1996;312:1085-7.
Candel González FJ, Matesanz David M, Candel Monserrate I. Insuficiencia corticosuprarrenal primaria. Enfermedad de Addison. An Med Interna (Mad). 2001;18:492-8.

3247. SOBREINFECCIÓN RESPIRATORIA, ALGO MÁS QUE REAGUDIZACIONES DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Ortega Bravo, M.[a]; Nadal Braqué, N.[b]; Rodrigo Claverol, E.[c]; Capdevila Andreu, M.[d]; Rodrigo Claverol, M.D.[e] y Paredes Costa, E.[f]
[a,f]ABS Cappont. [b]SAP Segria, Garrigues. [c,d]ABS Eixample y [e]ABS Bordete.

Descripción del caso. Paciente varón de 84 años sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos, que acude al centro de salud de Atención Primaria por aumento de la expectoración que se vuelve purulenta, fiebre de 39 ºC y escalofríos. Antecedentes patológicos: neumonías de repetición en la infancia (5 y 12 años) y en la edad adulta. Bronquiectasias con hiperreactividad bronquial; múltiples ingresos por agudización y sobreinfección. Hipertensión. Hipoacusia neurosensorial. Inicia hace 3 meses frecuentes episodios de agudización con disnea por sobreinfección respiratoria con hiperreactividad bronquial que han requerido múltiples tratamientos antibióticos.
Exploración y pruebas complementarias. AC: tonos apagados arrítmicos. AR: espiración alargada, sibilantes y roncus en base derecha. No edemas en extremidades inferiores. Resto de la exploración anodina. PPD negativo. Analítica con hemograma, función renal y hepática normales; PCR 50; hormonas tiroideas normales; proteinograma no bandas; inmunoglobulina (Ig)G 6,91, IgA 1,12, IgM 0,43; subclases IgG1 4,33, IgG2 2,13, IgG3 0,93, IgG4 0,05. Radiografía de tórax: atelectasia basal derecha. Cultivo esputo convencional negativo, de Ziehl-Nielsen negativo, Lowestein negativo. Espirometría: FVC 26%, FEV 31% FEV/FVC 114%, prueba broncodilatadora positiva. Ecocardiografía: no alteración estructural significativa. Tomografia axial computarizada de alta resolución: pérdida de volumen en lóbulo medio (LM) e inferior derecho con broncograma aéreo permeable y engrosamientos peribroncovasculares; bronquiectasias cilíndricas en LM e inferiores; no adenopatías mediastínicas.
Juicio clínico. La determinación de dosificación de inmunoglobulinas revela el diagnóstico de inmunodeficiencia de IgM y subclases IgG.
Diagnóstico diferencial. Hay que considerar hacer el diagnóstico diferencial con el resto de inmunodeficiencias primarias: síndrome de deficiencias de inmunoglobulinas que se presenta con alteraciones de los linfocitos B. Agammaglobulinemia autosómica recesiva: puede deberse a mutaciones en una gran variedad de genes que se manifiesta con enfermedades infecciosas graves desde la infancia. Deficiencia aislada de IgA: se presenta con una clínica similar a la deficiencia de IgG pero la analítica ayuda al diagnóstico. Inmunodeficiencia variable común: presentan una producción deficiente de todas las clases principales de inmunoglobulinas, la analítica ayuda a descartar este diagnóstico.
Comentario final. En este paciente llamaba la atención la historia de frecuentes infecciones respiratorias y neumonías desde la infancia, siendo no fumador y sin antecedentes epidemiológicos de interés. Se inicia tratamiento con inmunoglobulinas endovenosas. Este tratamiento ha permitido que el paciente haya disminuido significativamente el número de ingresos hospitalarios por sobreinfecciones respiratorias mejorando su calidad de vida. En los adultos con infecciones pulmonares crónicas, algunos de los cuales pueden presentar bronquiectasias no explicadas, es importante tener en cuenta el diagnóstico de inmunodeficiencia.
Bibliografía recomendada.

Berger M. Principles of and advances in immunoglobulin replacement therapy for primary immunodeficiency. Immunol Allergy Clin North Am. 2008;28(2):413-37.
Blanco-Quirós A, Solís-Sánchez P, Garrote-Adrados JA, Arranz-Sanz E. Common variable immunodeficiency. Old questions are getting clearer. Allergol Immunopathol (Madr). 2006;34(6):263-75.
García JM, Español T, Gurbindo MD, Casas CC. Update on the treatment of primary immunodeficiencies. Allergol Immunopathol (Madr). 2007;35(5):184-92.
Nicolay U, Kiessling P, Berger M, Gupta S, Yel L, Roifman CM, et al. Health-related quality of life and treatment satisfaction in North American patients with primary immunodeficiency diseases receiving subcutaneous IgG self-infusions at home. J Clin Immunol. 2006;26(1):65-72.

3250. NIÑA DE 3 AÑOS CON SÍNDROME FEBRIL, SIN FOCO APARENTE

Barco López, A.[a]; Díez Zaera, O.[b]; Teixidó Armengol, C.[c]; Ortega Bravo, M.[d]; Bordalba Layo, M.A.[e] y Vilà Jové, N.[f]
[a,d,e,f]ABS Cappont. [b,c]ABS Rambla Ferran.

Descripción del caso. Niña de 3 años con antecedentes de convulsión febril simple; calendario vacunal correcto. Acude a Servicio de Urgencias de Atención Primaria por presentar fiebre alta de 4 días de evolución e impotencia funcional de extremidad superior izquierda. No existía antecedente traumático previo ni ausencia de foco febril aparente. La familia refiere que al inicio del cuadro la niña se mostraba hipoactiva, presentando febrícula y dolor en mano izquierda. Al día siguiente fue visitada por su pediatra, que objetiva discreta hiperemia faríngea y recomienda tratamiento sintomático. Al cuarto día la fiebre es de 39,5 ºC y presenta importante impotencia funcional de extremidad superior izquierda, por lo que es derivada al Servicio de Urgencias del hospital de referencia para realización de pruebas complementarias.
Exploración y pruebas complementarias. Temperatura axilar: 39,5 ºC, saturación de oxígeno 99%, peso 13,3 kg. Buen estado general, normohidratada y normocoloreada, eupneica, no focalidad neurológica, no petequias ni signos meníngeos, no se palpan adenopatías, faringe ligeramente hiperémica no exudado, oídos normocoloreados. Auscultación cardiopulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible no dolorosos a la palpación, sin masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal, peristaltismo conservado. Dolor selectivo al palpar tercio proximal de húmero izquierdo, movilidad limitada por el dolor. Ausencia de signos inflamatorios en la extremidad. No crepitación. Radiografía simple anteroposterior y axial de hombro izquierdo y de extremidad superior izquierda en la que no se objetivan lesiones óseas agudas. Analítica sanguínea: PCR 223, leucocitos 3.000 (fórmula normal), hematíes 4.430.000, hemoglobina 9,6 g/dl, hematocrito 30,3%, VCM 68 fl, fibrinógeno > 6 g/l, hierro < 10, transferrina 189 mg/dl, ferritina 106 ng/ml, reticulocitos 0,10%, N. reticulocitos 3,7 × 10 (9)/l. Gammagrafía ósea: afectación de hombro izquierdo a precisar por pruebas de imagen. RMN: osteomielitis a nivel de epífisis y metáfisis, absceso con bolsa que se extiende a nivel subperióstico hasta tercio distal de húmero. Líquido articular: no se pudo obtener muestra. Hemocultivo: Staphylococcus aureus.
Juicio clínico. Osteomielitis de húmero izquierdo por Staphylococcus aureus. Absceso de húmero izquierdo. Anemia de origen mixto (infecciosa y ferropénica).
Diagnóstico diferencial. Artritis séptica o tóxica, celulitis, tromboflebitis, fiebre reumática aguda, infarto óseo (drepanocitosis), neoplasias (osteosarcoma, tumor de Ewing, leucemia, neuroblastoma metastásico, tumor de Wilms), histiocitosis X, enfermedad de Perthes.
Comentario final. Una detallada anamnesis y exploración física pueden orientarnos hacia el diagnóstico de una patología en la infancia que en ocasiones no tiene una forma de presentación típica.
Bibliografía recomendada.

Goergens ED, McEvoy A, Watson M, Barrett IR. Acute osteomyelitis and septic arthritis in children. J Paediatr Child Health. 2005;41(1-2): 59-62.
Jansson A, Jansson V, von Liebe A. Pediatric osteomyelitis. Orthopade. 2009;38(3):283-94.
Shivarathre D, George H, Kaimal N, James L. Epidemiology of acute haematogenous osteomyelitis in children-a single unit's experience over three different time-periods. Acta Orthop Belg. 2009;75(1):81-6.

3256. ALGO MÁS QUE UNA DEPRESIÓN...

Latorre Ginés, V.[a]; Benito Ruiz, B.[b]; Abanto Viamonte, A.[c]; Vecino Lafoz, R.[d]
[a,b,c]Centro de Salud San José Norte, Zaragoza; [d]Centro de Salud San José Centro, Zaragoza.

Descripción del caso. Varón de 57 años sin antecedentes de interés salvo dislipemia. Acude a consulta porque desde hace 6 meses y coincidiendo con abandono del hábito tabáquico (tratamiento con bupropion) refiere tristeza, apatía, falta de concentración y astenia. No alteración del apetito ni del ritmo del sueño. No problemas personales. Se recomienda iniciar tratamiento antidepresivo pero el paciente prefiere esperar y probar con un complejo vitamínico. Al mes acude

de nuevo por persistencia de síntomas, aumento de somnolencia y empeoramiento en las relaciones con su esposa. Se inicia tratamiento con escitalopram. A las 3 semanas el paciente no ha mejorado y además aqueja disminución de la libido. Se realiza interconsulta con Psiquiatría y cambiamos tratamiento a fluoxetina. Psiquiatría lo valora al mes y le indica bupropion y lorazepam, pero el paciente no mejora a pesar del cambio de tratamiento y además tiene trastornos en memoria inmediata y episodios de desconexión parcial que le afectan a su trabajo (le recomiendan baja laboral). Se deriva de nuevo a Psiquiatría y se le solicita analítica con hormonas tiroideas (por hipercolesterolemia y clínica). Se llevan a cabo varias interconsultas y cambios de tratamiento (piracetam) por parte de Psiquiatría sin mejoría. Acude a Urgencias por episodio autolimitado de clonías en MS izquierdo que coincidió con mezcla de alcohol y bupropion y lo ingresan realizándole el estudio que lleva al diagnóstico y tratamiento definitivo.

Exploración y pruebas complementarias. Consciente, orientado, normohidratado, normocoloreado. Glasgow 15. ACP: anodina. Neurología: sin alteraciones en todo el proceso, no focalidad. Hemograma normal. Bioquímica: colesterol 245, c-LDL 164. Hormonas tiroideas normales. TAC cerebral (Urgencias): tumoración frontal derecha con efecto masa sugestivo de glioblastoma. RMN (hospitalizado): tumoración compatible con meningioma. TAC tóraco-abdominal: normal. Se somete a tratamiento quirúrgico con buena evolución, desapareciendo toda la sintomatología psiquiátrica.

Juicio clínico. Meningioma frontal derecho.

Diagnóstico diferencial. Síndrome depresivo, distimia, trastorno de personalidad, hipotiroidismo, demencia, neoplasias, sífilis terciaria, enfermedades autoinmunes.

Comentario final. El síndrome depresivo es una patología muy frecuente en las consultas de Atención Primaria. Es importante tener en cuenta la posibilidad de una patología orgánica en estos casos ya que la presencia de un trastorno depresivo no excluye un trastorno médico causante o concomitante. Los tumores cerebrales pueden manifestarse sólo como depresión o alteración del carácter, de forma que la ausencia de focalidad neurológica y cefalea en nuestro paciente retrasó el diagnóstico.

Bibliografía recomendada.

Braunwald E, Fauci SA, Kasper D, et al. Harrison Manual de Medicina. 2005;15:1013-6.

Cliniguía. Actualización de diagnóstico y terapéutica. Eviscience; 2008 (10):798-800.

www.fisterra.com (Consultado el 25 mayo 2009).

3279. INTERNET AYUDA A LA INTERPRETACIÓN PERSONAL DE ALGUNOS SÍNTOMAS

Vidal Tolosa, A.; Barco López, A.; Bordalba Layo, M.A.; Pellitero Santos, A.; Vilà Jové, N. y Ortega Bravo, M.

ABS Cappont.

Descripción del caso. Mujer de 41 años sin antecedentes familiares ni tóxicos conocidos. Antecedentes patológicos: fibromialgia, contracturas cervicales, poliartralgias, episodios depresivos recurrentes, que le afectan a las actividades básicas de la vida diaria. En proceso de incapacidad laboral de más de 12 meses. La paciente acudió a la consulta declarando que tras la búsqueda por Internet, ha encontrado la causa de la patología que la lleva afectando en los últimos 12 años; está convencida de que tiene un lupus eritematoso sistémico (LES).

Exploraciones y pruebas complementarias. En los últimos 15 meses se le han realizado múltiples derivaciones: Dermatología (3) por descartar el eritema facial y exostosis supraciliar derecha que refiere creciente en cada consulta (no objetivó patología), Cardiología por palpitaciones (no objetivó patología), Reumatología (no objetivó patología), Traumatología (no objetivó patología), y Otorrinolaringología (no objetivó patología). Cinco determinaciones analíticas con hemograma, bioquímica y determinaciones ANA(-), Anticuerpos (Ac) anti-citoplasma de neutrófilos(-), PCR(-) en varias determinaciones, factor reumatoide(-) repetidamente negativos, Ac antipéptido citrulinato < 0,1, VSG > a 50 en 2 determinaciones con pauta descendente. También se realizó mamografía: normal, y ecografía cervical: normal. Pero en ningún momento derivación a Psiquiatría, a pesar de que la paciente acepta que cada vez que se le descarta una patología aparece una nueva.

Juicio clínico. Hipocondría.

Diagnóstico diferencial. LES, trastorno somatomorfo, trastorno adaptativo mixto, fibromialgia.

Comentario final. Según DSM-IV, hipocondría es la preocupación o convicción de tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos a pesar de descartarse mediante exploraciones complementarias. Se intenta analizar la influencia de las nuevas tecnologías en la patología psiquiátrica a partir de un caso de hipocondría secundaria a la búsqueda digital. Es importante valorar la información que se da a los pacientes, en la consulta de Atención Primaria, ya que algunos pueden ser susceptibles y utilizarla inadecuadamente para búsquedas telemáticas que sin los conocimientos necesarios para cribado de información pueden llevar a valoraciones difíciles. Cabe destacar la existencia de infradiagnóstico de patología psiquiátrica en Atención Primaria con el elevado gasto económico y humano que conlleva.

Bibliografía recomendada.

Arrojo Romero M, Silva AF, Palha AP. [Hypochondriasis and Huntington's disease]. Actas Esp Psiquiatr. 2006;34(1):65-6. [Article in Spanish]

Ceria Andréa J, Palma Seville C, Gutierrez Blanch I, Ferrier Ventura M, Ger Caber S, Domenici Cortes M. [Study of the level of social apprehension in primary care users. ATS relationship with anxiety and illness behaviour]. Aten Primaria. 2005;36(5):254-60. [Article in Spanish]

Olivera Pueyo FJ, Rodríguez Torrente M, Lorente Aznar T, Benabarre Ciria S, Pardo Gracia MA, Ceresuela Lopez A. [Screening for factors relating to the development of mental disorders in the geriatric population (PSICOTARD)]. Aten Primaria. 2006;38(6):353-7. [Article in Spanish]

3288. AUMENTO DE VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR PATOLÓGICO, ¿ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA?

Bailo Vinués, L.[a]; Litago Cortés, A.[b]; Barceló Castelló, M.[c]; Cereceda Satué, M.[d]; Gonzalez Viejo, N.[e] y Soriano Godes J.J.[f]

[a]Centro de Salud Fuentes Norte, Zaragoza. [b,d,e]Centro de Salud Torre Ramona, Zaragoza. [c]Centro de Salud San José, Zaragoza. [f]Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

Descripción del caso. Paciente de 23 años, sin antecedentes de interés, presenta gonalgia bilateral de larga evolución sin antecedente traumático y exploración normal. En la analítica, se detecta aumento patológico de velocidad de sedimentación globular (VSG), antiestreptolisina O y proteína C coincidiendo con clínica de infección de vías respiratorias altas. Al mes, se solicita nueva analítica persistiendo elevación de VSG, factor reumatoide positivo y clínica de gonalgia bilateral. Se remite a Reumatología y el estudio es normal. Pero la VSG persiste elevada, por lo que se deriva a Medicina Interna. Le remiten a Odontología para valorar infección odontógena. Posteriormente, la paciente presenta un cuadro neumónico en LID que es tratado de forma ambulatoria, mejorando clínicamente pero persistiendo imagen radiológica durante tres meses. Se deriva de nuevo a Medicina Interna e ingresa para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias. Tensión arterial: 110/70 mmHg, temperatura: 36,5 ºC, pulso: 75 lpm, saturación de oxígeno: 97%. Consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida. Adenopatía submandibular superficial no dolorosa. No se palpa bocio. Mamas glandulares normales. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: anodino. Sucusión renal negativa. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Exploración neurológica sin focalidad. Hemograma y bioquímica: Hb 11,2 g/dl, Hto 33,9%, VCM 79,30 fl, VSG 125, CA 125: 129,9; el resto muestra parámetros dentro de la normalidad. Microbiología: serologías VHB, VHC, Chlamydia pneumoniae, *Mycoplasma pneumoniae* negativas. Radiografía de tórax: masa ovoidea en pirámide basal de LID con atelectasias distales a la misma. TAC toracoabdominal: masa pulmonar en LID de morfología ovoidea, bien delimitada y dependiente de bronquio segmentario basal derecho. Imagen de atelectasia/neumonitis postobstructiva adyacente. Impresiona de tumor carcinoide. Dos pequeños nódulos pulmonares adyacentes. Pequeñas adenopatías axilares, mesentéricas y retroperitoneales inespecíficas. Fibrobroncoscopia: tumoración redondeada y lisa en pirámide basal de LID que obstruye los bronquios en su totalidad. Pruebas funcionales respiratorias: patrón restrictivo de grado leve. Gammagrafía receptores somatostatina: no se aprecia captación. Anatomía patológica: LID pulmonar con carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad.

Juicio diagnóstico. Carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad en LID pulmonar.

Diagnóstico diferencial. Conectivopatías, neoplasias y hemopatías, enfermedades infecciosas agudas o crónicas, otras: anemias, etc.[1].
Comentario final. Este caso plantea el diagnóstico diferencial de aumento de VSG patológico. Inicialmente, una enfermedad reumatológica coincidiendo con clínica articular. Después, posible infección odontógena. Posteriormente, la clínica respiratoria y la radiografía de tórax nos sugieren una neumonía. Pero la recurrencia de la clínica respiratoria y la persistencia de la imagen radiológica nos hace pensar en una masa pulmonar. En la anatomía patológica se confirma el diagnóstico de carcinoma mucoepidermoide. Se realiza lobectomía inferior derecha y la paciente evoluciona favorablemente. El carcinoma mucoepidermoide bronquial es una neoplasia pulmonar poco común. Generalmente aparece con síntomas de obstrucción de la vía aérea y neumonía recurrente. Debemos pensar en estos tumores en pacientes que presentan clínica respiratoria recurrente o crónica para no demorar el diagnóstico y mejorar el pronóstico. El tratamiento de elección es quirúrgico[2].
Bibliografía.
1. Casals Fransí J, Vila Planas J. Problemas hematológicos. En: Casado Vicente V, editor. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. 1ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2007. p. 909-35.
2. Ghairi H, Kartas S, Ammar J, et al. Prognosis of mucoepidermoid carcinoma of the bronchi. Rev Pneumol Clin. 2007;63(1):29-34.

3297. ANEURISMA CEREBRAL COMO CAUSA DE CEFALEA SECUNDARIA

Hernández Sanabria, F.; Guerra Hernández, I.M.; Fandiño Cobo, M.E.; Madan Pérez, M.T.; Rodríguez Cabrera, A.B. y Rodríguez Domínguez, C.D.
Centro de Salud Los Realejos.

Descripción del caso. Mujer de 35 años, que acude a consulta de Atención Primaria (AP) presentando de forma brusca dolor, parestesias y sensación de pesadez en miembro superior izquierdo, de 5 días de evolución. Episodio éste repetido en los 2 últimos meses en 3-4 ocasiones. Tras este cuadro comienza con cefalea occipital, opresión e inestabilidad sin cortejo vegetativo, coincidente con estrés laboral. Antecedentes personales: migraña clásica, dos embarazos (1 aborto y 1 gemelar-cesárea), alergia a ácaros, no hábitos tóxicos. Familiares: abuela con cáncer de mama, una hermana con migraña.
Exploración y pruebas complementarias. Consciente, orientada, pupilas isocóricas y normorreactivas, Romberg rotatorio, resto de exploración física y neurológica normal. Constantes y analítica normales (TA 120/70). Se deriva urgente a Neurología que solicita fondo-ojo y resonancia (RMN) realizada con 3 meses de demora (calcificación indeterminada en región temporal derecha, foco de gliosis aislado en frontal derecha). Angio-RM-arterial: aneurisma en bifurcación de carótida interna derecha y cerebral anterior ipsilateral. Durante este proceso la paciente presenta gestación, por lo que su médico de familia (MF) deriva a control hospitalario por embarazo de alto riesgo.
Juicio clínico. Aneurisma cerebral grado I. Ingresa a la 21 semana para tratamiento endovascular del aneurisma no realizable por complicaciones anatómicas que posibilitarían hemiplejia y se pospone para el posparto. Actualmente a la espera de intervención quirúrgica.
Diagnóstico diferencial. Cefalea primaria: migraña, tensional, racimos, etc. Cefaleas secundarias: TCE, vasculares, cervicocraneal, infección, fármacos, neurálgicas, patologías sistémicas.
Comentario final. La cefalea es la patología neurológica más frecuente en Atención Primaria (AP), se encuentra entre los diez primeros motivos de consulta. En torno al 95% son primarias, siendo más frecuente en la mujer con respecto al hombre: 2-3/1. Los aneurismas son dilataciones en arterias cerebrales. Se ubican por lo general en zonas de emergencia de las ramas de arterias principales. Se calcula que la incidencia general es del 2%, en autopsias la prevalencia es 5%. Es más frecuente en el sexo femenino, si se descubren a tiempo, los que no han presentado ruptura se pueden tratar antes de causar problemas. La realización de una historia clínica exhaustiva, bien dirigida, y una completa exploración física y neurológica básica es primordial para un correcto diagnóstico y adecuado plan de actuación; ello precisa de tiempo adecuado en consulta de AP para identificar y remitir, si es necesario, al neurólogo. Es imprescindible que mejoremos la comunicación entre niveles asistenciales para que el feedback de los enfermos sea lo más racional y rápido posible.
Bibliografía recomendada.
Abe M, Tabuchi K, Yokoyama H, et al. Blood blisterlike aneurysms of the internal carotid artery. J Neurosurg. 1998;89:419-24.
García Criado EI. Historia Clínica y Anamnesis. Guía de Buena Práctica Clínica. Migraña y otras cefaleas. Madrid: Ed. IMC, SA; 2003. p. 13-29.
Hunt WE, Hess RM. Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms. J Neurosurg. 1968;28:14-20.
The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. Cephalalgia. 2004;24 Suppl 1:1-160.

3308. HIPOPOTASEMIA: TODO UN RETO

Martín Miguel, V.; Lafarga Giribet, A.; Rodrigo Claverol, M.D.; Madrid Valls, M.; Navarro Giménez, M. y Peñascal Pujol, E.
CAP Bordeta, Lleida.

Descripción del caso. Mujer de 36 años de edad sin antecedentes familiares de interés. Diagnosticada de varices. En estudio preoperatorio para varicectomía se detecta hipopotasemia (2,65 mEq/l). Al rehistoriar la paciente refiere astenia y calambres en manos y pies de larga evolución (a los que no había dado importancia).
Exploración y pruebas complementarias. Exploración física normal. Analítica de sangre: Ión potasio: 2,65 mEq/l (3,5-5,5), magnesio: 0,58 mmol/l (0,7-1,05); renina (directa) aumentada: 109,6; resto normal incluido estudio hormonal. En orina de 24 h destaca: calcio 36,6 mg/24 h (100-250); fosfato: 1.050 mg/24 h (300-1.000); sodio 396 mmol/24 h (40-220). Hormonas normal. Gasometría venosa: pH: 7,43; pCO_2: 48 mmHg; pO_2: 18 mmHg; bicarbonato: 31,9 mmol/l; exceso de base: 6,5 mmol/l; $SatO_2$: 29%. TAC suprarrenal normal.
Juicio clínico. Se trata de una paciente en la que se ha detectado de forma casual una hipopotasemia; se inicia estudio. En este nos encontramos renina directa aumentada, aldosterona normal, hipopotasemia, hipomagnesemia, hipernatriuria, hipocalciuria, potasio en orina normal, alcalosis metabólica. Esto apoya el diagnóstico de síndrome de Gitelman (SG).
Diagnóstico diferencial. Causas de hipopotasemia: por disminución de la ingesta, por redistribución (alcalosis metabólica, fármacos, estados de anabolismo, otras), por aumento de las pérdidas: no renales (digestivas, cutáneas) y renales (diuréticos, diuresis osmótica, neuropatía pierde sal, aldosteronismo primario y secundario, déficit 11beta-hidroxiesteroide deshidrogenasa, hiperplasia suprarrenal congénita, síndrome de Cushing, síndrome de Bartter, SG).
Comentario final. El SG es una tubulopatía de herencia autosómica recesiva. La alteración fundamental se halla en el túbulo distal y el defecto primario consiste en una incapacidad para la reabsorción del sodio que será la responsable de la secuencia de alteraciones electrolíticas que lo caracterizan. Enfermedad benigna de diagnóstico difícil porque a veces es difícil de distinguir de otros cuadros y en muchos casos son oligosintomáticos, por esto generalmente el diagnóstico se hace en la adolescencia o de adulto como en nuestro caso. Se caracteriza por alcalosis metabólica hipokalémica, hipocalciuria, hipomagnesemia sin signos de depleción, hiperreninemia y normotensión. El tratamiento consiste en suplementación de potasio más espironolactona, aunque el defecto tubular no se puede corregir, sólo se pueden minimizar sus efectos. Nuestra paciente sigue tratamiento con dichos fármacos y ha mejorado la astenia. Insistir en la naturaleza benigna del SG en términos de función renal a largo plazo. La importancia del diagnóstico radica fundamentalmente en poder suplementar adecuadamente a estos pacientes en posibles descompensaciones agudas en procesos intercurrentes. Por eso hay que realizar estudio familiar para detectar otros enfermos. En nuestro caso se realizó en los familiares de primer grado, que fue negativo en todos excepto en un hijo, en que está pendiente de repetición por pruebas dudosas.
Bibliografía recomendada.
Cinza Sanjurjo S, Nieto Pol E. Guías clínicas 2006;6(8). Disponible en: www.fisterra.com.
Molina A, Mon C, Oliet A, Ortiz M. Variabilidad clínica del síndrome de Gitelman. Nefrología. 2006;24:504-6.
Vidal Company A, Ruiz Cano R, Gutiérrez Junquera C, Lillo Lillo M, Onsurbe Ramírez I. Variabilidad fenotípica del síndrome de Gitelman. An Esp Pediatr. 2000;52:285-8.

3327. EL RIESGO DE LOS ESTEREOTIPOS: ESTUDIO DE UN SÍNDROME CONSTITUCIONAL

Benito Badorrey, B.; Piulats Egea, N.; González Tejón, S.; Carrillo Aparicio, C.; Martín Peinado, R. y Prego Casares, S.
Raval Sud, Barcelona.

Descripción del caso. Paciente de 43 años de origen marroquí, sin hábitos tóxicos, casado, con 3 hijos y con trabajo estable. Consulta por pérdida injustificada de peso en los últimos 2 meses, acompañada de ansiedad de origen laboral, y achacado a la falta de tiempo para comer por estrés laboral. Asimismo el paciente describe que tiene "falta de salud", pero no presenta otros síntomas tras anamnesis detallada.
Exploración y pruebas complementarias. Destaca hábito leptosómico, con IMC 17,5, atrofia de zona malar intensa, excavación abdominal. Ansioso. Índice de Marton 13 (patológico < 9 causa orgánica probable), y cierta sudoración. Exploración por aparatos normal. Analítica completa que incluye hemograma, VSG, análisis de orina función renal y hepática, serológicas hepatitis, VIH, vitamina B_{12}, radiología de tórax, prueba de tuberculina, sangre oculta en heces. Ecografía abdominal. Todas con resultado normal.
Juicio clínico. El paciente presenta una situación de estrés laboral, que le impide realizar una ingesta adecuada. Al darle la incapacidad temporal, mejora su estado de salud, y recupera parte de su peso, por lo que se decide alta médica, y conducta expectante. Al cabo de unos meses el paciente reconoce adicción a cocaína desde hace dos años.
Diagnóstico diferencial. 1) Disminución de la ingestión alimentaria: causas orgánicas, alcoholismo, tabaquismo, abuso de drogas, causas mecánicas, fármacos, causas psicógenas, depresión, anorexia nerviosa, otras como ansiedad, estrés, esquizofrenia, manía, duelo y sociopatía. 2) Aumento de las pérdidas energéticas: hipertiroidismo, diabetes mellitus, síndrome carcinoide, feocromocitoma, síndrome de malabsorción. 3) Causas mixtas: neoplasias, infecciones (tuberculosis, VIH), trastornos digestivos, enfermedades crónicas en fases avanzadas, enfermedades neurológicas (demencias, Parkinson), endocrinometabólica, hemopatías. 4) Otras: disminución del sentido del gusto y del olfato, disminución de la visión y/o audición, ejercicio excesivo, envejecimiento, dietas o medicamentos, enfermedades del colágeno, fiebre de origen desconocido, intoxicaciones, déficit, estrés.
Comentario final. Cuando la causa de la pérdida de peso no parece evidente por la historia ni la exploración física, y todas estas pruebas resultan negativas, está justificada una actitud expectante, observando la evolución del peso y/o la aparición de nuevos síntomas, como así se hizo. Los estereotipos o las ideas preconcebidas han hecho que se retrase el diagnóstico del síndrome constitucional. Presuponemos que por ser de origen musulmán, no presentará algunos hábitos tóxicos. Debemos ser especialmente habilidosos al hacer la historia clínica, y ver más allá de lo que nos enseñan los pacientes, y no descartar ninguna posibilidad por inverosímil que parezca.
Bibliografía recomendada.
Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL,et al, editors. Harrison Principios de Medicina Interna. 17a ed.
Guías Fisterra. Disponible en: http://www.fisterra.com.
Rozman C, Cardellach F. Farreras-Rozman. Medicina Interna. 16ª ed.

3339. CASO CLÍNICO MEGACOLON TÓXICO

Ezpeleta Ascaso, I.; Elizalde Pérez de Ciriza, I.; Bescós Eito, E. y Alonso Robles, A.
GAP y UDMFyC Huesca, Sector Barbastro, 061, Aragón.

Descripción del caso. Paciente de 92 años, institucionalizada, deposiciones diarreicas de 5 días de evolución. En tratamiento desde hace una semana con levofloxacino por infección respiratoria de vías bajas. Tratamiento habitual: trihexifenidilo, bifosfonatos, bisoprolol, torasemida, AAS, clopidogrel, nitroglicerina, omepazol y lorazepam. Antecedentes personales: hipertensión, Parkinson, demencia, estreñimiento, IAM.
Exploración física y pruebas complementarias. Desorientada, deshidratada, palidez mucocutánea, hipoventilación pulmonar. Abdomen distendido, intenso dolor en hemiabdomen derecho, peristaltismo disminuido. Timpanismo. TA: 66/48 mmHg, FC: 116 pm, Tª: 38,1 ºC y $SatO_2$: 84%. Gravedad, derivada centro hospitalario, fallece 6 días tras ingreso. Pruebas complementarias: leucocitosis neutrofílica con desviación izquierda. Bioquímica: glucosa 222 mg/dl, urea 166 mg/dl, Cr: 2,5 mg/dl, proteínas: 4,1 g/dl, albúmina: 1,6 g/dl, AST: 104. Coagulación: APTT: 19. Resto normal. GAB: pH: 7,46, pCO_2 30,7, pO_2 51, Bic: 21,5, exc base: -1,1 y $SatO_2$: 88,8%. Rx: ciego y colon transverso dilatados (> 6 cm), neumatizados con edema de haustras. Serología CMV: IgG positivo.
Diagnóstico diferencial. Colitis bacterianas y pseudomembranosa, parasitosis, enfermedad inflamatoria intestinal. Impresión diagnóstica: megacolon tóxico. Crisis grave de colitis, que cursa con dilatación segmentaria o total del colon y se acompaña de signos de toxicidad sistémica.

3369. TRATAMIENTO CON TERIPARATIDA EN OSTEOPOROSIS COMPLICADA

Bueno Lozano, M.[a]; Pérez Beriáin, R.[b]; Gombau Aznar, E.[c]; Orte Pascual, M.[d]; Guerra Martínez, M.P.[e] y Lasheras Díaz, G.[f]
[a,b,c,e,f]Centro de Salud Cascante, Navarra. [d]Centro de Salud Tudela Oeste, Navarra.

Descripción del caso. Mujer de 75 años con cifosis y con antecedentes personales de menopausia a los 42 años, fumadora durante 30 años de 10-20 cigarrillos al día, exfumadora de más de un año en la actualidad, que acude a consulta por dorsolumbalgia intensa que no cede con analgesia habitual durante dos semanas. Se decide realización de una radiografía de la zona, donde se evidencia acuñamiento de la octava vértebra dorsal de probable etiología osteoporótica. Se decide desde Atención Primaria inicio de tratamiento con ácido alendrónico semanal (70 mg) junto con suplemento de calcio 1.500 mg al día y medidas físicas como evitar esfuerzos bruscos y cargar excesivo peso. Se refuerza analgesia con tramadol además de paracetamol. Se remitió a Reumatología por reaparición de clínica dolorosa a los seis meses, para evaluación de la masa ósea, con el resultado de la densitometría de una T-Score de -2,7, y se visualizó un aplastamiento de L3. Al no estar elevados los marcadores de reabsorción ósea en la analítica, se decidió iniciar tratamiento con teriparatidas durante 18 meses. A los 18 meses del tratamiento se realiza nueva densitometría y se obtiene una mejoría en la T-Score (de -2,3).
Exploración y pruebas complementarias. En la exploración física: peso 53,3 kg, talla 1,53 m, IMC 22,8. Se observa cifosis y escoliosis dorsal, dolor a la presión de espinosas dorsales y lumbares y a la movilización axial. Analítica de sangre: niveles de paratohormona en el rango de la normalidad (36): osteocalcina disminuida, calcidiol normal, deoxipiridinolina dentro del rango de normalidad, niveles de calcio y de fosfato en el rango de la normalidad, hemograma y VSG normal. Radiografía de columna dorsolumbar: Acuñamiento de vértebras 6-7-8 dorsales de probable etiología osteoporótica, escoliosis dorsal, ateromatosis aórtica calcificada, espondiloartrosis.
Diagnóstico diferencial. Fractura patológica, fractura traumática, hemangioma vertebral.
Comentario final. La osteoporosis (OP) es la enfermedad metabólica ósea más frecuente y uno de los mayores problemas de salud con el que nos enfrentamos en las últimas décadas; la mayoría de los casos es asintomática hasta que se produce una primera fractura, que es la consecuencia directa de la enfermedad. La teriparatida ha demostrado reducir las fracturas vertebrales en mujeres posmenopáusicas con fractura vertebral previa y una mejoría de la densitometría, como es nuestro caso.
Bibliografía recomendada.
Cosman F, Nieves J, Woelfert L, et al. Parathyroid hormone added to established hormone therapy: effects on vertebral fracture and maintenance of bone mass after parathyroid hormone withdrawal. J Bone Miner Res. 2001;16(5):925-31.
Iglesias García A, Rendondo Margüello E. Tratamiento farmacológico. En: Pérez Agudo E, Ramírez Puerta D, de Santiago Nocito A, editores. SEMERGEN DoC. Documentos clínicos SEMERGEN. Osteoporosis. Madrid: Edicomplet; 2007. p. 51-64.

3375. ENFISEMA BULLOSO SOBREINFECTADO POR PSEUDOMONA Y *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RESISTENTE A LA METICILINA (MRSA)

Bueno Lozano, M.[a]; Gombao Aznar, E.[b]; Pérez Beriáin, R.[c]; Vicente de Vera Floristán, J.M.[d]; Guerra Martínez, M.P.[e] y Orte Pascual, M.[f]
[a,b,c,e]Centro de Salud de Cascante, Navarra. [d]Hospital Reina Sofía de Tudela, Navarra. [f]Centro de Salud Tudela Oeste, Navarra.

Descripción del caso. Paciente de 50 años con EPOC con antecedentes de tuberculosis pulmonar en la infancia y cuadros frecuentes de in-

fección respiratoria (bullas sobreinfectadas), que han precisado varios ingresos. Nos avisan a domicilio por nuevo episodio de infección respiratoria y pautamos tratamiento con moxifloxacino 400 mg diarios durante una semana, asociado a pauta descendente de metilprednisolona. Diez días más tarde somos de nuevo requeridos por progresiva dificultad respiratoria de 3-4 días de evolución, acompañada de tos con expectoración blanquecina; no ha presentado fiebre durante esos días. El paciente presenta disnea intensa, se monitoriza la pulsioximetría obteniéndose una SO_2 de 75%, por lo que decidimos su remisión a hospital. En Urgencias se objetiva, además de fiebre de 38,5 ºC, una hipoxemia que se corrige con aporte suplementario de O_2 mediante mascarilla a una FiO_2 de 0,5. El paciente ingresa en planta de hospitalización. La evolución posterior fue satisfactoria tras antibioterapia intravenosa según antibiograma, siendo de nuevo remitido a unidad de hospitalización domiciliaria.

Exploración y pruebas complementarias. Exploración física: auscultación cardíaca con tonos apagados por ruidos respiratorios. Auscultación pulmonar con roncus dispersos y abundantes crepitantes en línea axilar media derecha y tercio inferior. En la analítica vemos leucocitosis (21.000) con desviación izquierda (13% de cayados), y se corrobora la hipoxemia sin hipercapnia en la gasometría arterial (previa a oxigenoterapia). La Rx de tórax nos muestra importantes bullas bilaterales y extensas áreas cicatriciales, además de una imagen de neumonía de lóbulo medio derecho (LMD). TAC de tórax: numerosas imágenes de bullas en ambos campos pulmonares de predominio superior. Condensación LMD compatible con neumonía. Cultivo de esputo: positivo para Pseudomonas aeruginosa y Staphylococcus aureus resistente e meticilina (MRSA).

Juicio clínico. Neumonía LMD, infección respiratoria por *Pseudomonas* y MRSA, broncopatía crónica bullosa.

Diagnóstico diferencial. Enfisema por déficit de alfa 1 antitripsina, carcinoma, quistes, bullas, abscesos, pseudocavidades por empiema, linfoma.

Comentario final. En pacientes que además de su EPOC presentan alteraciones anatómicas pulmonares, podemos encontrar infecciones respiratorias por gérmenes poco habituales en Atención Primaria, y que precisen terapia antibiótica específica según estudio bacteriológico etiológico y antibiograma. El conocimiento de bullas pulmonares preexistente e ingresos previos nos debe alertar de esta posibilidad.

Bibliografía recomendada.

Drouet PL, Herbeuval R, Faivre G, Rémy D. Emphyséme bulleux généralisé avec infection. J Fr Med Chir Thorac. 1947;1:428-31.
Pedrosa CS. Pedrosa diagnóstico por imagen. Tratado de Radiología Clínica. Vol. I. 1ª ed. Interamericana; 1986. p. 181-232.
Sopena N, Sabria M. Staphylococcus aureus resistente a meticilina. Med Clin. 2002;118:671-6.

3383. IN MEMORIAM

Abilla Lumbiarres, A.[a] y Sánchez Sanz, M.[b]
[a]ABS Magoria, Barcelona. [b]ABS Sant Ildefons, Cornella.

Contenido. A lo largo de nuestra vida profesional todos recordamos algún/os pacientes que por diferentes causas han sido especiales y han dejado profunda huella en nosotros. Hoy queremos aportar la historia de uno de ellos.

Descripción del caso. Paciente varón de 61 años, exfumador desde hacía 2 años (20 cigarrillos/día desde la adolescencia), conductor de autocares de profesión, casado y con dos hijos mayores. Afecto de bronquitis crónica de larga evolución en grado de grave, con bullas enfisematosas en ambas bases pulmonares, en tratamiento con broncodilatadores de vida media larga y anticolinérgicos inhalados. En 1996 le diagnostican neoplasia de pulmón derecha. Se le practica tratamiento quirúrgico (neumectomía) y posteriormente sesiones de radioterapia. En todo este tiempo el paciente y/o su familia sólo acuden a las consultas de Atención Primaria en busca de recetas, siendo como en la mayoría de estos casos neoplásicos, pacientes hospital-dependientes. En mayo de 1998 inicia clínica de síndrome de vena cava superior (VCS) con aparición de masa mediastínica. Le dan 3 meses de vida. Viene a la consulta derrotado y con un estado físico malo, con disnea a mínimos esfuerzos, edema en esclavina y cianosis acra. Duerme sentado y como no tiene ascensor no puede salir a la calle (piso de escasas dimensiones y sin luz natural). Mientras espera la colocación de catéter en VCS iniciamos tratamiento dietético depurativo (con criterio naturista), fitoterapia (Uncaria tomentosa) y contención emocional. Ante la espectacular mejoría clínica en una semana proseguimos con tratamiento dietético, aportes de antioxidantes, fitoterapia, flores de Bach, técnicas psicológicas y de bioenergética. Se coloca catéter paliativo cuando clínicamente está mejor. La calidad de vida del paciente fue estupenda y mantuvimos asociados tratamiento alopático de base y tratamiento naturista. En junio de 2000 sufre una sobreinfección respiratoria con afectación masiva del único pulmón que le queda y muere en el hospital, habiendo cumplido su deseo de cambiar de siglo.

Juicio clínico. Paciente terminal con esperanza de vida inferior a 3 meses.

Comentario final. La asociación de tratamientos de la medicina convencional con otros tratamientos mal llamados alternativos (en este caso, y en muchos más, son complementarios) permitió el objetivo primario: mejorar la calidad de vida en una situación de terminalidad. Secundariamente mejoró la supervivencia. Conocer y respetar este tipo de "tratamientos" favorecerá una mejor calidad asistencial y ampliará nuestros recursos terapéuticos y de atención integral a las personas.

Bibliografía recomendada.

Aguilar M. La dieta vegetariana. Ed. Temas de hoy; 1990.
Büchinger O. La cura por el ayuno. Buenos Aires: Ed. Lidium; 1988.
Dethlefsen T. La enfermedad como camino. Ed. Plaza y Janes; 1991.
Gil F. Manual de psico-oncología. Ed. Nova Sidonia; 2000.
Rizzi R, et al. Uncaria tomentosa and its extracts: in vitro and in vivo mutagenicity study. I Congreso Italo-peruano de etnomedicina. Viteri, Italia, 1992.
Rojas Posadas S. Esencias Florales. Ed. Laertes; 1992.
Sanz Peiro P. La dieta vegetariana en el cáncer. Rev Natura Medicatrix. 1992;(13).
Monográfico: Oncología y avances no convencionales. Rev Natura Medicatrix. 2000;(36).
Senatore A, Cataldo A, Iaccarino FP, Elberti MG. Phytochemical and biological study of Uncaria tomentosa. Boll Soc Ital Biol Sper. 1989;65(6):517-20.

3396. ¿QUÉ ME PASA DOCTOR?, NO DUERMO

Bueno Lozano, M.[a]; Vicente de Vera Floristán, J.M.[b] ; Orte Pascual, M.[c]; Gombáu Aznar, E.[d]; Pérez Beriáin, R.[e] y Aguirre Pérez, J.A.[f]
[a,d,e]Centro de Salud de Cascante, Navarra; [b]Servicio de Anestesia Hospital Reina Sofía de Tudela, Navarra; [c]Centro de Salud Tudela Oeste, Navarra; [f]Servicio de Psiquiatría Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra).

Descripción del caso. Paciente de 57 años, sin hábitos tóxicos, con antecedentes de accidente cerebrovascular (ACVA) en corona radiada izquierda en febrero de 2009. Durante el ingreso, y posteriormente en el domicilio, comienza con dificultad para conciliar el sueño a pesar de las medidas de higiene del sueño; se instaura desde Atención Primaria tratamiento farmacológico, inicialmente con benzodiacepinas de vida media corta, posteriormente con mirtazapina 15-30 mg, no consiguiéndose la remisión del mismo, por lo que se decide su derivación a consultas externas de Psiquiatría. Intentan tratamientos con tiaprida, levomepromazina, olanzapina, cloracepato dipotásico, clometiazol, clotiapina, ketazolam y alprazolam. A pesar del tratamiento anterior el paciente no logra conciliar el sueño, llegando a presentar tras dos semanas un cuadro de inquietud psicomotriz-acatisia, que precisa ingreso en una unidad de reanimación y sedación profunda con propofol durante 48 horas. Una vez descartada por Neurología patología orgánica, se inicia tratamiento con pregabalina y clonazepam añadiendo midazolam y trazodona como hipnóticos; a partir del segundo día comienza una mejoría significativa del cuadro hasta desaparecer.

Exploración y pruebas complementarias. Exploración neurológica: facies hipomímica, marcha con ligera espasticidad de extremidad inferior derecha. En analítica sanguínea se objetiva gammapatía monoclonal tipo IgM de escasa cuantía, resto normal.

Juicio clínico. Insomnio secundario a trastorno de ansiedad.

Diagnóstico diferencial. Trastornos psiquiátricos, psicofisiológico, alcohol y drogas, mioclonus nocturno y síndrome de apnea del sueño.

Comentario final. El insomnio es un problema de salud pública, muy frecuente, que repercute de forma importante en la calidad de vida de la población. El médico de Atención Primaria debe aprender a evaluar el insomnio, a saber descartar las formas secundarias y a valorar los pacientes que deben ser derivados al especialista o a un Centro de Sueño. La pregabalina es un antiepiléptico que ha demostrado su eficacia en el tratamiento del insomnio secundario a trastornos de ansiedad.

Bibliografía recomendada.
Estivill E, de Béjar S. ¡Necesito dormir! Barcelona: Plaza & Janes; 1999.
National Heart Lung and Blood Institute Working Group on Insomnia. Insomnia: assessment and management in primary care. Am Fam Physician. 1999;59(11):3029-38.
Richels K, Pollack M, Feltner D, et al. Pregabalin for treatment of generalized anxiety disorder. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:1022-30.
Sanjuán J. El paciente insomne. Psiquiatría y Atención Primaria. 2000; 1(1):3-8.

3438. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LETÁLIDES Y VIRUS HERPES ZÓSTER EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE PULMÓN

Orte Pascual, M.[a]; Bueno Lozano, M.[b]; Romero Abad, D.[c]; Bolea Gorbea, C.[d]; Pérez Beriain, R.[e] y Murillo Jaso, L.[f]
[a,d]Centro de Salud Tudela Oeste, Navarra; [b,e]Centro de Salud de Cascante, Navarra; [c]Centro de Salud Valtierra, Navarra; [f]Hospital Reina Sofía de Tudela, Navarra.

Descripción del caso. Paciente de 69 años con leve déficit motor de EID residual a poliomielitis en infancia, hipertenso y con poliglobulia. Exfumador de 1 paquete/día desde noviembre de 2001. Diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón estadio IV con progresión a nivel cerebral, acude a consulta de Atención Primaria por presentar a nivel metamérico dorsal lesiones compatibles con herpes zóster, de gran tamaño y con importante afectación física. Se decide traslado a hospital.
Exploración y pruebas complementarias. Exploración física: auscultación cardíaca rítmica sin ruidos patológicos. Auscultación pulmonar: roncus en ambos campos pulmonares. Piel: mazacote en región lateral izquierda de cuello con adenopatías y endurecimiento de la grasa supraclavicular. Lesión eritemato-violácea metamérica a nivel dorsal. Radiografía de tórax: imagen de condensación basal derecha y retrocardíaca. TAC: adenopatías de carácter maligno en cuello. Masa de carácter maligno en campo medio posterior del pulmón derecho. Engrosamiento mediastínico por múltiples adenopatías y conglomerados. Masa de bordes mal delimitados en hilio derecho, con infiltración pulmonar. Afectación axilar y m. pectorales menores izquierdos. LOE compatible con metástasis en lóbulo parietal izquierdo. Ante la mala repuesta a tratamiento antiviral iv, se decide la realización de biopsia. Biopsia: punch de piel con infiltración por adenocarcinoma. Permeación vascular angiolinfática (piel de tórax).
Juicio clínico. Letálide neoplásica bronquial.
Diagnóstico diferencial. Herpes zóster.

3462. SÍNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL

Sainz Sáenz-Torre, N.[a]; Díaz Casado B.[b]; Cavia Pardo, J.[c]; Villanueva Pardo, F.[d]; Pérez Martín A.[e] y Mantecón Artasánchez, J.F.[f]
[a,b,c,d]Centro de Salud Nansa. Cantabria; [e]Centro de Salud Los Valles. Cantabria; [f]Centro de Salud Centro Santander. Cantabria.

Descripción del caso. Mujer de 37 años, de raza caucásica, sin alergias, ni hábitos tóxicos. Sin otros antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, excepto parálisis facial derecha autolimitada en 1991. Desde hace aproximadamente 3 años inicia cuadro consistente en tumefacción y enrojecimiento intermitente a nivel hemifacial izquierdo y en labio superior. Se realizó angio-TAC en 2006 con resultado normal y se extrajo una muela del juicio, pensando en relación regional. A pesar de todo, los episodios seguían ocurriendo de forma intermitente.
Exploración y pruebas complementarias. Exploración física: buen estado general, pequeñas adenopatías supraclaviculares, no adheridas con empastamiento hemifacial. E. neurológica normal, con dudosa paresia leve facial izquierda. AP y AC normales. Abdomen normal. Pruebas complementarias: hemograma normal. Bioquímica: Ca corregido 10,6. PTH 29. Resto normal. TSH 2,04, PCR 0,3, factor reumatoide menor de 10,5. VDRL y TPHA negativos. Serologías hepatitis negativas CEA, CA 15.3, CA 19.5 y CA 125 normales. IgE beta microglobulina, C1Q, C1, C3, C4, ANA y ANCA en cifras normales. Eco abdominal, Rx de tórax y angio-RMN craneal: normales. Alergología: se descarta etiología alérgica con pruebas negativas. Dermatología: cuadro compatible con rosácea, se instaura tratamiento con metronidazol tópico. Biopsia lesional realizada en cirugía máxilo-facial: granulomas difusos compatibles con el diagnóstico inicial.
Diagnóstico diferencial. Malformaciones labiales, linfangiomas, hemangiomas, neurofibromas, erisipela, angiodema, queilitis de otro origen (lepra, sífilis, tuberculosis), micosis profundas, síndrome de Ascher, enfermedad de Crohn y sarcoidosis.
Comentario final. La clínica, la evolución y la histología confirmaron la sospecha de síndrome de Rosenthal-Melkersson-Miescher. La tríada clásica tan solo se da en el 25-40% de los casos, linfedema cara y/o labio superior, parálisis facial y lengua escrotal. Se trata de una de las enfermedades denominadas raras, muy poco frecuente, con una prevalencia del 0,08% de la población general, y de la que se tienen pocos casos reportados. Es de etiología desconocida. Y aunque se la ha querido relacionar con la enfermedad de Crohn, no se ha podido demostrar. Aunque existen algunos casos familiares, no se la puede considerar con una base hereditaria. No se relaciona con malignidad. La macroqueilitis granulomatosa esencial de Miescher se caracteriza por edema orofacial progresivo, no doloroso y con predilección por labios. Es la forma oligosintomática del SMR. La histología muestra granulomas celulares gigantes sin necrosis de caseificación asociados a endovasculitis obliterante. En la tercera parte de los casos solo se observa inflamación inespecífica. El tratamiento de elección es la clofazimina oral (antiLPR) y las infiltraciones locales con corticoides. La cirugía se reserva a casos extremos. El tratamiento es empírico, ya que hasta la fecha no se ha realizado ningún estudio que evalúe las diferentes modalidades terapéuticas.

COMUNICACIONES PÓSTERS DE RESIDENTES

COMUNICACIONES

2722. ¿DE QUÉ SE QUEJAN LOS PACIENTES?

Arana Alonso, E.; Alarcón Meléndez, M.; Urdaniz Rezusta, M.; Monzón Martínez, M.Y.; Ripa Arizala, T. y Osés Primo, R.
MIR Familia. Centro de Salud Rochapea, Navarra.

Objetivos. Estudiar las reclamaciones y solicitudes de cambio de médico de un centro de salud de Navarra para analizar los principales motivos de quejas con la intención de mejorar la asistencia.
Metodología. Cuantificación y valoración de las quejas redactadas en el período comprendido entre enero de 2008 y septiembre de 2008. Dado que el volumen de las reclamaciones (257) permite un análisis del total de las solicitudes, no se procede a la obtención de una muestra aleatoria. Se realiza una agrupación de las reclamaciones por motivos.
Resultados. Los principales motivos de las reclamaciones son: elección médico de mañana o de tarde en función del horario laboral, relación médico-paciente y la demora en la atención.
Conclusiones. El análisis de las reclamaciones y solicitudes de cambio de médico son una fuente de datos objetiva para obtener oportunidades de mejora y así poder mejorar la calidad asistencial. El principal motivo de las reclamaciones es el poder optar a médico de mañana o de tarde para poder conciliar la atención sanitaria con la vida familiar y laboral. Los pacientes valoran positivamente la atención continuada por el mismo profesional, no tanto por la calidad científico-técnica, sino por la relación médico-paciente previa. Consideran que la atención recibida va a ser más integral si el médico conoce sus enfermedades, tratamientos crónicos y entorno familiar. El tiempo de espera en ser atendidos (en la citación, espera en puerta de consulta, etc.) sigue siendo el caballo de batalla de la Atención Primaria.

2724. CICLO DE MEJORA DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Arana Alonso, E.; Urdaniz Rezusta, M.; Alarcón Meléndez, M.; Monzón Martínez, Y.; Martínez Mazo, D. y Osés Primo, R.
MIR Familia. Centro de Salud Rochapea, Navarra.

Objetivos. Analizando las reclamaciones realizadas en un centro de salud de Navarra desde enero de 2008 hasta septiembre de 2008 se objetiva que uno de los principales motivos de quejas es el trato recibido por los médicos. Dado que la relación médico-paciente es un factor subjetivo, realizamos un ciclo de mejora sobre este aspecto para identificar posibles oportunidades de mejora.
Metodología. Basándonos en una encuesta realizada por el profesor Saturno sobre la calidad de la asistencia establecemos 10 criterios de ca-

lidad: manera de recibir, interrupciones al paciente y en la consulta, priorizar tiempo de consulta, exploración, información de diagnóstico, seguimiento, pérdida de documentos, gestión y conformidad del paciente. Se realiza una valoración externa ciega de 60 consultas (número de muestra necesario para realizar un ciclo de mejora) para calcular el incumplimiento de dichos criterios.
Resultados. Manera de recibir (3 incumplimientos), interrupciones al paciente (10) y en la consulta (20), priorizar tiempo (8), exploración (24), información de diagnóstico (3), seguimiento (1), pérdida de documentos (2), gestión (2) y conformidad del paciente (9). Insertar diagrama de Pareto.
Conclusiones. Uno de los pilares de la Atención Primaria es la exploración física ya que los recursos en exploraciones complementarias son limitados. Una exploración física básica es fundamental en Atención Primaria. Posiblemente la banalización por parte de los médicos de los síntomas del paciente, junto con el tiempo reducido de consulta, hace que la exploración física quede relegada a un segundo lugar.

3036. ¡HAY MUJERES VIOLENTAS EN MI PROVINCIA!

Sanchidrián González, M.D.R.[a]; Elena Sorando, E.[b]; Marcos González, A.[c] y Beneito Calatayud, M.[d]
[a]Centro de Salud Tórtola. Valladolid; [b]Hospital Clínico Universitario de Salamanca; [c]Centro de Salud Parquesol. Valladolid; [d]Centro de Salud de Cofrentes. Valencia.

Objetivos. Exponer los casos de violencia de género y doméstica denunciados en el ámbito rural en el 2008 en una provincia castellano-leonesa, los ejercidos por mujeres principalmente, la relación con su agresor y época del año más conflictiva.
Metodología. Estudio interpretativo de datos recopilados de archivos conjuntos interinstitucionales Sanitario/Fuerzas de Seguridad Rural y procesados mediante programa informático específicamente creado para tal estudio con tablas de Microsoft Excel.
Resultados. Las mujeres autoras de violencia son 11 en números absolutos; 6 son de nacionalidad española y 5 son extranjeras, principalmente ciudadanas latinoamericanas cuyo origen es: Bolivia, Colombia, República Dominicana. Dos son de procedencia europea: Francia y Rumanía. La relación que guardan con las víctimas es: 4 son exmujeres, 3 compañeras, 2 cónyuges, 1 es hermana, 1 es la madre, 1 menor que ejerce violencia doméstica es extranjero (rumano), su relación es hijo. El motivo de las denuncias presentadas fueron: 4 por amenazas, 1 insultos, 6 malos tratos. Los meses con mayor número de casos son mayo (Semana Santa) y diciembre. La mayoría de los casos fue en periodos festivos.
Conclusiones. En materia de violencia de género y doméstica las mujeres no son tan diferentes a los varones, aunque el número de hombres que la ejercen en las mismas condiciones de recogida de datos es mayor (130 violencia de género, 41 doméstica). Ambos sexos ejercen mayor número de casos en los meses vacacionales. Las denuncias presentadas contra las mujeres violentas fueron por orden: malos tratos, amenazas e insultos.

3039. ¿HEMOS MEJORADO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE QUE TIENE INGESTA EXCESIVA DE ALCOHOL?

Miskovic Karacsonyi, N.; Iturralde Iriso, J.; Lekuona Irigoyen, A.; López de Viñaspre Muguerza, A.; Mendaza de la Hoz, M.J. e Ibars Cervera, M.J.
Centro de Salud Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos. El objetivo de este estudio es conocer cómo ha mejorado en 3 años la detección y control del consumo excesivo de alcohol entre los usuarios de un centro de salud.
Metodología. *Diseño:* estudio descriptivo transversal. Utilizamos todos los pacientes asignados a un centro de salud, con una población aproximada de 19.000 habitantes mayores de 13 años. El corte se realiza a principios de septiembre de 2008 y en septiembre de 2005. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE. Se analizan los datos con una hoja de cálculo Excel.
Resultados. Consta en la historia clínica informatizada que se ha realizado cribado de consumo de alcohol del 20,34% en el 2005 al 43,69% en el 2008. La prevalencia de consumo excesivo de alcohol ha pasado de un 1,05% al 1,84%. Se les ha realizado prueba de dependencia del alcohol (CAGE) del 21,35% al 61,34%. Se les ha dado consejo e intervención sobre su consumo de un 21,35% en 2005 al 61,34% en 2008. Se les ofertó deshabituación en centro especializado de un 45,83% a un 76%. El tener realizado estudio analítico para conocer repercusión orgánica ha pasado de un 48,44% al 71,80%. Se ha valorado la situación familiar del consumidor excesivo de alcohol de un 19,90% a un 56,87%.
Conclusiones. En nuestro centro de salud tenemos detectados pocos consumidores excesivos de alcohol. Aunque hemos mejorado los resultados con respecto a hace 3 años, seguimos con cifras bajas, por lo que debemos incrementar la detección de estos pacientes.

3040. ¿CÓMO HEMOS VARIADO EN EL CONTROL DEL PACIENTE ASMÁTICO EN NUESTRO CENTRO DE SALUD?

Alarcia Ceballos, M.L.; Iturralde Iriso, J.; Mediavilla Tris, G.; Lasso de la Vega Martínez, M.; Esparza Otero, T. y Lapuente Troncoso, E.
Centro de Salud Casco Viejo Vitoria-Gasteiz.

Objetivos. El objetivo de este estudio es conocer cómo ha evolucionado en 3 años la prevalencia y control del asma en un centro de salud.
Metodología. *Diseño:* estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un centro de salud que atiende a una población aproximada de 19.000 habitantes mayores de 14 años. El corte se realiza a principios de septiembre de 2005 y en septiembre de 2008. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.
Resultados. Tenemos una prevalencia conocida, en pacientes de 20 a 44 años, de un 2,79% en el 2005 a un 3,26% en el 2008. De un 18,47% hemos pasado a un 34,23% de los pacientes diagnosticados de asma, a los que se les ha clasificado su nivel de gravedad. Tienen registro de su FEM (flujo espiratorio máximo) de un 15,38% a un 28,18%. Consta que se les ha realizado espirometría del 4,67% en el 2005 al 29,19% en el 2008. En la historia electrónica se ha referido que se les ha explicado la técnica de cómo utilizar bien los inhaladores de un 17,41% a un 34,40% de todos los pacientes asmáticos.
Conclusiones. Gracias al programa OSABIDE sabemos en todo momento cómo es el control de toda nuestra población asmática. Debemos valorar si estas cifras bajas son por poca detección de asmáticos en nuestra población o por poco registro. Debemos incidir en explicar al paciente cómo utilizar correctamente los inhaladores, ya que influye en su control.

3045. ¡LAS QUEMADURAS POR BAJO VOLTAJE DAÑAN MÁS DE LO QUE EXTRICTAMENTE SE VÉ¡

Sanchidrián González, M.D.R.[a]; Elena Sorando, E.[b]; Marcos González, A.[c] y Beneito Calatayud, M.[d]
[a]Centro de Salud Tórtola. Valladolid; [b]Hospital Clínico Universitario. Salamanca; [c]Centro de Salud Parquesol. Valladolid; [d]Centro de Salud de Cofrentes. Valencia.

Objetivos. Revisar las exigencias de conocimiento necesarias para manejar una quemadura eléctrica de corriente alterna de uso industrial y doméstico, en las primeras horas del suceso.
Metodología. Hacemos revisión bibliográfica en manuales y publicaciones impresas además de las distribuidas por Red informática (bases de datos PubMed principalmente). Aportamos numeroso material gráfico visual de pacientes que acudían al hospital, recogiendo las imágenes tanto en la Puerta de Urgencias como en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.
Resultados. El daño eléctrico abarca desde pequeñas lesiones cutáneas hasta grandes traumatismos tisulares con afectación multiorgánica, amputaciones o muerte por arritmia cardíaca. El mecanismo patológico de lesión tisular es la producción de calor, efectos electromagnéticos, electrolisis, rotura de membranas biológicas, fenómenos de excitación nerviosa, muscular y cardíaca. En las extremidades se produce la mayor gravedad debido a que los diferentes tejidos que las componen están colocados en paralelo, produciéndose más calor en tejidos con menor resistencia (músculo, vaso, nervio, tendones, grasa y hueso).
Conclusiones. El tratamiento comienza en la escena del accidente separando a la víctima de la fuente eléctrica. El protocolo de exploración física inicial es el protocolo aplicado a cualquier politraumatizado: 1) Realizar el ABC con monitorización cardíaca. 2) Evaluar estado neurológico. 3) Localizar lesiones de entrada y salida, área afectada (superficie y profundidad). 4) Instaurar fluidoterapia en área de piel sana, iniciarla solo en traslados inferiores a 2 horas a 500 ml/h, manteniendo una diuresis horaria (100 ml/h). 5) Traslado en UVI. 6) Evaluar horariamente la instauración de un síndrome compartimental.

3051. EVALUACIÓN DE LAS QUEJAS RECIBIDAS EN UN CENTRO DE SALUD

Antón García, F.; Pruteanu, D.F.; Casabán Folgado, M.J.; Gómez Durán, M. y Máñez Andrés, A.

Centro de Salud Fuensanta, Valencia. Servicio Atención Información Paciente (SAIP).

Objetivos. Valorar las quejas en un centro salud (CS) urbano durante 4 años, comparándolas con los CS del mismo Departamento.
Metodología. Variables evaluadas durante 2005-2008: año, sexo-edad del que pone la queja, personal afectado, motivo, tiempo de respuesta. Tasa de quejas.
Resultados. Se han recibido 92 quejas (distribuidas por año: 25, 32, 24, 11). El 64,1% son puestas por mujeres. Las personas más jóvenes (≤ 45 años) ponen el 53,5% de las quejas. Personal más implicado: médico (49%), y el menos: enfermería (4,3%). Las quejas contra el médico y personal de apoyo son puestas fundamentalmente por mujeres: 66% y 91% (p = 0,008). Principales motivos: trato recibido (50%) y demora en la asistencia (26%). El tiempo entre la puesta de la queja y su registro en el Servicio Atención-Información al Paciente es de 30,2 días (DE 23,2) y desde éste hasta la contestación por Dirección 11,2 días (DE 11,2) sin diferencias en los distintos años. Cuando agrupamos los años: las quejas han ido descendiendo: 57 (62%) en 2005-2006 y 35 (38%) en 2007-2008. La tasa de quejas/100.000 pacientes en nuestro CS en 2008 es de 80,1 (4º CS con menos quejas de los 20 del Departamento). La mayoría de CS recibe entre 3 y 7 veces más quejas que el nuestro.
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 las quejas registradas evolutivamente. En 2008 nuestro CS ha sido de los centros con menor número de quejas del Departamento.

3057. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA Y CONTROL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE UN CENTRO DE SALUD

Miskovic Karacsonyi, N.[a]; Iturralde Iriso, J.[b]; Roldán Marrodan, A.[c]; Rodríguez Fernández, A.A.[d]; Pinel Monge, M.[e] y Durán López, P.[f]

[a,b,c]Centro de Salud Casco Viejo; [d,e,f]Comarca Araba, Osakidetza.

Objetivos. El objetivo es conocer cómo ha evolucionado en 3 años la prevalencia y control de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en un centro de salud.
Metodología. *Diseño:* estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un centro de salud que atiende a una población aproximada de 19.000 habitantes mayores de 14 años. El corte se realiza a principios de septiembre de 2005 y en septiembre de 2008. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.
Resultados. Tenemos una prevalencia conocida, en pacientes de 40 a 69 años de un 1,5% en el 2005 a un 1,75% en el 2008. De un 14,38% hemos pasado a un 28,76% de los pacientes diagnosticados de EPOC, a los que se les ha clasificado su nivel de gravedad. Consta que se les ha realizado espirometría en el último año del 4,49% en el 2005 al 23,66% en el 2008. En la historia electrónica se ha referido que se les ha explicado la técnica de cómo utilizar bien los inhaladores de un 24,85% a un 50,54% de todos los pacientes. La proporción de pacientes que no fuma ha pasado del 45,45% al 58,49%.
Conclusiones. Gracias al programa OSABIDE conocemos cómo es el control de toda nuestra población con EPOC. Tenemos una baja prevalencia de EPOC detectado, por lo que debemos mejorar ese registro y también aumentar el número de EPOC que no fumen, ya que es el factor que influye más directamente en el curso de la enfermedad.

3063. PERFIL DE LOS PACIENTES QUE VEMOS EN URGENCIAS

García Garrido, A.B.

Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Santander. Centro de Salud José Barros, Camargo, Cantabria.

Objetivos. Analizar las guardias de una residente de 3º año, desde el inicio de la residencia el 23/05/06 hasta la finalización del 3º año de residente el 22/05/09. Conocer el número total de guardias realizadas. Conocer la distribucion de los pacientes vistos en las diferentes guardias de urgencias hospitalarias.
Metodología. Estudio descriptivo retrospectivo. Se extraen los datos de la historia de urgencias de las 144 guardias realizadas en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (a su vez se dividen en extrahospitalaria y urgencias en boxes) y en la Residencia Cantabria (donde se realizan las guardias de urgencias en Pediatria). Las variables del estudio son: edad, sexo, motivo de consulta, tipo de guardia, destino del paciente. Se diseña una base de datos y se realiza análisis descriptivo con SPSS 15.0.
Resultados. De un total de 188 guardias en 3 años, 144 corresponden a guardias realizadas en urgencias, donde son vistos un total de 3.406 pacientes durante 3 años (2006 a 2009): el 50,8% son varones y el 49,2% mujeres. Un 29% se ve en las guardias de boxes, un 30,8% en la extrahospitalaria y un 40,1% en urgencias de Pediatría. Son < 14 años 1.372 (40,41%), el resto, 59,59%, se distribuye en varios grupos de edad. El 83% de los pacientes tiene como destino su domicilio y seguimiento por su médico de Atención Primaria (MAP).
Conclusiones. La distribución de los pacientes vistos es muy similar respecto a sexos. Los motivos de consulta son diversos. La mayoría de ellos tiene como destino su domicilio y podrá ser seguido por su MAP.

3064. GUARDIAS REALIZADAS DURANTE 3 AÑOS DE RESIDENCIA

García Garrido, A.B.

Centro de Salud José Barros, Camargo, Cantabria.

Objetivos. Describir las guardias realizadas por una residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria durante estos 3 años de residencia (2006-2009). Conocer la distribución de las guardias de urgencias hospitalarias. Conocer cómo se distribuye el resto de guardias durante la residencia.
Metodología. Estudio descriptivo-retrospectivo desde junio de 2006 hasta mayo de 2009 (desde inicio de R1 hasta finalización de R3). *Variables:* tipo de guardia realizada, número de pacientes vistos en cada guardia, fecha de la guardia, año de realización. Análisis de los datos con SPSS 15.0.
Resultados. De un total de 188 guardias realizadas, 144 corresponden a guardias de urgencias en hospital (ya sea de adultos o de Pediatría). Doce guardias corresponden al Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), 9 a Traumatología, 4 a Ginecología, 4 a Psiquiatría, 3 a Oftalmología, 3 a ORL, 3 a Cirugía, 3 a Urología, 3 al 061 (como complemento del rotatorio realizado).
Conclusiones. En nuestra Unidad Docente se realiza una gran variedad de guardias, siendo la mayoría de ellas (de R1, R2 y R3) en los Servicios de Urgencias, completándose con la realización de guardias en numerosas especialidades, lo que nos da una visión muy amplia de la especialidad de Medicina de Familia y su relación con otras especialidades. Durante el último año de Residencia (R4) la mayor parte de las guardias se realizaran en SUAP. La realización de guardias es fundamental para la completa formación de un Médico de Familia.

3065 "RECLAMANDO QUE ES GERUNDIO": ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LAS DEMANDAS DE LOS USUARIOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

García Ribes, M.; Vega Toca, V.; Fernández Causo, R.; García Marrón, A.; Trueba Costas, M. y Esteban Pellón, J.

Centro de Salud Cotolino, Castro Urdiales, Cantabria.
Servicio Cántabro de Salud.

Objetivos. Todo Servicio de Urgencias ha de contar con una infraestructura destinada a que el paciente reclame y sugiera en relación a la organización y el trato recibido durante su estancia en el Servicio. ¿Resultan estas reclamaciones de utilidad y, lo más importante, sirven para mejorar la calidad de la atención en el Servicio?
Metodología. Durante 2 años se recogieron todas las reclamaciones/sugerencias efectuadas por los usuarios en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) con actividad las 24 horas, una media de 100 pacientes/día, y con un personal sanitario que oscila entre 1 y 2 equipos de médico-enfermera, según si es laborable o festivo. Las reclamaciones se analizaron desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo, así como su evolución dependiendo del impacto de las modificaciones en la optimización del Servicio.
Resultados. Se recogieron 135 reclamaciones y 25 sugerencias. Los aspectos más reclamados por los usuarios fueron la falta de pediatra de

Atención Primaria (41%) y la necesidad de un equipo doble de médico-enfermera de forma continua (22%). El exceso de tiempo de espera solo se reclamó en un 7% de los casos. Las reclamaciones tienen picos estacionales coincidiendo con la pandemia gripal y los meses de verano, y se han reducido en un 34% en el segundo año coincidiendo con la puesta en marcha de un sistema de triaje.
Conclusiones. 1) Los usuarios de los SUAP reclaman en su mayoría un aumento de personal especializado en estos servicios. 2.) Las reclamaciones por exceso en el tiempo de espera no son tan frecuentes como cabría esperar en estos servicios. 3) La optimización en la atención en los SUAP disminuye las reclamaciones, o ¿será al revés?

3072. ¿TENEMOS DIFERENCIAS EN EL CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA VERSUS LA POBLACIÓN DIABÉTICA?

Alarcia Ceballos, M.L.[a]; Iturralde Iriso, J.[b]; Mediavilla Tris, G.[c]; Ruiz de Loizaga Arellano, A.[d]; Amiano Arregui, M.T.[e] y Cora Bardeci, J.[f]
[a,b]Centro de Salud Casco Viejo; [c,d,e,f]Comarca Araba, Osakidetza.

Objetivos. El objetivo de este estudio es saber si hemos mejorado el control de la tensión arterial en los últimos 4 años en pacientes hipertensos en relación con la población diabética en un centro de salud.
Metodología. *Diseño:* estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un centro de salud que atiende a una población aproximada de 19.000 habitantes mayores de 14 años. El corte se realiza a principios de septiembre de 2005 y en septiembre de 2008. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.
Resultados. Tenemos una población diabética conocida de 1.215 personas y una población hipertensa diagnosticada de 2.364 personas en el año 2008. Nuestra organización considera buen control de tensión arterial cifras < 140/90 en menores de 65 años y < 160/95 en mayores de 65 años. En cuanto a buen control de tensión arterial en población diabética, considera cifras < 130/85 en diabéticos menores de 65 años y cifras < 140/95 en mayores de 65 años. En el año 2005 el control era 46,91% en hipertensos y 23,45% en diabéticos. En el 2006, 44,76% y 23,86%. En el 2007 46,27% y 23,63%. En el 2008 44,02% y 24,48%.
Conclusiones. Gracias al programa OSABIDE sabemos en todo momento cómo es el control de toda nuestra población hipertensa. Aunque las cifras de control no son malas si comparamos con la bibliografía, debemos seguir mejorando el control de la tensión arterial, en especial en población diabética.

3073. CIENCIA DE LETRAS, CIENCIA DE VIDA...

Sanchidrián González, M.D.R.[a]; Elena Sorando, E.[b]; Marcos González, A.[c] y Beneito Calatayud M.[d]
[a]Centro de Salud Tórtola. Valladolid; [b]Hospital Clínico Universitario de Salamanca; [c]Centro de Salud Parquesol. Valladolid; [d]Centro de Salud de Cofrentes, Valencia.

Objetivos. Conocer la opinión de congresistas y acompañantes, asistentes a diferentes actos científico/lúdicos programados en Congresos Médicos (SEMG, SEMERGEN, SEMES).
Metodología. Proponemos un estudio cualitativo, captamos activamente la muestra (70 personas) formada por los compañeros/as y acompañantes que comparten mesa en la cena del Acto de Clausura de los diferentes congresos y los encontrados al azar por pasillos, talleres y aulas. Realizamos encuesta abierta de opinión verbalizada con 4 ítems: organización, satisfacción, expectativas, motivos de asistencia. Estimulamos el pensamiento crítico de los participantes mediante lluvia de ideas con comentarios de otros participantes en años previos al evento. Mantenemos contacto abierto telefónico para aportación activa de ideas. Garantizamos el anonimato de las respuestas.
Resultados. Encontramos variados los motivos que impulsan a los médicos a acudir a un determinado evento con independencia de edad y sexo: 1) Fidelidad a la sociedad científica y a una organización concreta. Influyen los contenidos, ciudad de celebración, época del año, financiación, impasse a la rutina laboral. 2) Ser un acto tapadera de intereses ocultos.... 3) Compartir información de otras Autonomías: funcionamiento, cartera de servicios, trato impartido por sus Gerencias, retribuciones, equipos, cupos, sustituciones, apoyos logísticos recibidos. 4) Los/las acompañantes buscan: compañía, distracción, compensación lúdica al sacrificio de acompañar día a día a un profesional con horario amplio.
Discusión y conclusiones. 1) El 99% opinó con independencia de edad y sexo: no volver si fue un evento desorganizado o no cubría sus expectativas científicas. 2) El 99,8% expresó satisfacción globalmente. 3) Un 17,5% reconoce con timidez renovar su "life motive".

3098. BUSCANDO LA RELACIÓN *SCALE OF COHERENCE* DE ANTONOVSKY-ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO

Monge Sanz, Y.; Feerer Saiz, L.; Deza Pérez, C.; Cay Auria, L. y Alastuey Aisa, M.
Centro de Salud Torrero-La Paz, Zaragoza.

Objetivo. Estudiar la hipótesis de que una cierta predisposición de personalidad definida por un fuerte SOC estaría asociada con una mayor probabilidad de éxito de lograr el abandono tabáquico.
Metodología. La muestra estuvo compuesta por 40 pacientes fumadores y 40 exfumadores procedentes de las consultas de un centro de salud de Zaragoza. Todos ellos cumplen como requisito haber intentado dejar de fumar en alguna ocasión, y contestaron al cuestionario abreviado de 13 ítems de la escala SOC (Scale of Coherence) de Antonovsky.
Resultados. En los 40 fumadores activos (0% de éxito en sus intentos de cese del hábito tabáquico), la media en la puntuación del SOC fue de 63,00, mientras que en los exfumadores (el 100% había dejado de fumar hacía más de 1 año), la media del SOC fue de 63,16. Estratificando por sexo y edad tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas.
Conclusiones. Con esta muestra de 80 pacientes no se ha logrado demostrar una relación estadísticamente significativa entre el SOC y el éxito en el abandono tabáquico.

3105. LA PATOLOGÍA DE APARATO LOCOMOTOR COMO CAUSA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Sánchez Casado, E.[a]; Bernad Vallés, M.[b]; Porras Guerra, M.I.[c]; Romero Furones, A.[d]; Funcia Barrueco, A.I.[e] y Asensio Calle, M.L.[f]
[a,b,c,e,f]Centro de Salud San Juan. Salamanca; [d]Gerencia de AP. Coordinador Unidad Docente.

Objetivo. Conocer las características epidemiológicas de las patologías de aparato locomotor que causan IT en el CS con la intención de mejorar su gestión.
Metodología. Estudio descriptivo retrospectivo de 313 episodios IT locomotor en un año en CS urbano. Diagnósticos codificados CIAP-2 de WONCA. Registro informático OMI-AP5.1. Excluidos si continuaban en IT a los 18 meses de iniciado el estudio. Análisis SPSS del sexo, la edad, el diagnóstico, la duración, el tipo de proceso, el mes de inicio de la IT, el tipo de trabajo y el médico.
Resultados. La IT locomotor es primera en frecuencia 32,5% (313) y octava por duración 47,82 días. Más frecuente en mujeres 60,7%. Edad media 43,8 años. El 30% de IT ocurre entre 45 y 54 años. Proceso más frecuente enfermedad común 85,6%. Mes inicio IT más frecuente octubre 13,1%. Las diferencias entre médicos oscila entre 23,3% y 6,1%. Tipo de trabajo más frecuente empresa privada 46,6%. Las causas más frecuentes son síndromes lumbares con irradiación (L86) 11,8%, signos y síntomas lumbares (L03) 11,2%, signos y síntomas del cuello (L01) 9,3% y esguinces distensión tobillo (L77) 7,3%.
Conclusiones. Conocer las características epidemiológicas de las IT locomotor nos puede ayudar a mejorar su gestión, permitiéndonos la comparación con estándares de duración y comparación con otros CS. Con su análisis a través del tiempo sería posible detectar cambios en epidemiología de los episodios y actuar de forma preventiva en salud laboral sobre las patologías más frecuentes según la actividad laboral, que en nuestro análisis son las patologías lumbar y cervical.

3108. ¿POR QUÉ FALTAN AL TRABAJO LOS USUARIOS DE NUESTRO CENTRO DE SALUD?

Sánchez Casado, E.[a]; Bernad Vallés, M.[b]; Porras Guerra, M.I.[c]; Romero Furones, A.[d]; Funcia Barrueco, A.I.[e] y Velasco Marcos, M.A.[f]
[a,b,c,e]Centro de Salud San Juan. Salamanca; [d]Gerencia de AP. Coordinador Unidad Docente; [f]Centro de Salud Tejares. Salamanca.

Objetivo. La incapacidad temporal (IT) y sus dimensiones legislativa, organizativa y técnica influyen en la relación médico-paciente generan-

do conflictos e incertidumbre. La magnitud económica, la tendencia al alza en el volumen y la duración de la IT que no puede explicarse por un aumento de las patologías despertó el interés por conocer las características epidemiológicas de IT en CS: la incidencia, diagnóstico, duración de episodios para mejorar su gestión.
Metodología. Estudio descriptivo retrospectivo de 964 episodios IT emitidos en un año en CS urbano clase media. Codificación diagnósticos CIAP-2 WONCA. Registro informático OMI-AP 5.1. Excluidos si continuaban en IT al cierre del estudio. Análisis con SPSS de sexo, edad, diagnóstico, duración, tipo proceso, mes inicio, tipo trabajo y médico.
Resultados. Población atendida 17.755, activos 6.864 (38,66%), 964 IT un año 14,04%. Más frecuente mujeres 59,5% y 40,5% varones. Edad media 41,8 años. Tipo proceso enfermedad común 93,8%. Mes inicio IT más frecuente octubre 12,4%. Médico emite IT oscila entre 21,1% y 6,7%. Tipo trabajo empresa privada 51,9%. Por causas: locomotor 32,5%, respiratorio 22,8%, digestivo 10% y psiquiátrica 7,3%. Duración media global es 41,7 días. Mayor duración mujeres 43,6, varones 38,9. Duración por causa mayor psiquiátrica 109,4 días, seguida de genital masculina 99,3, locomotor octava posición 47,8 y respiratoria última posición 9,7 días.
Conclusiones. Falta correspondencia entre número de episodios IT por causas y su duración. Destaca la mayor duración de causas psicológicas, mayor frecuencia y duración en mujeres. Conocer las características epidemiológicas del CS permite comparación con estándares teóricos y otras zonas de salud.

3120. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA AUTOMÁTICO DE CITA PREVIA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

Sánchez Casado, E.[a]; Vallejo León, M.L.[b]; Velasco Marcos, M.A.[c]; Bernad Vallés, M.[d]; Iglesias González, V.[e] y González Casado, M.J.[f]
[a,b,c,d]Centro de Salud de Tejares. Salamanca; [e,f]Gerencia de AP.

Objetivo. Mejorar la accesibilidad del paciente. Analizar la utilización del sistema informático, su distribución horaria y evolución temporal. Revisar las reclamaciones de los pacientes en relación a la citación automática.
Metodología. Análisis descriptivo, retrospectivo, de las llamadas realizadas al sistema automático de cita previa durante los seis primeros meses de su implantación.
Resultados. Número de llamadas totales 25.332, para solicitar cita 12.656, de éstas resueltas 9.536 (75%), por IVR (centralita) 8.018 y CRSS (centro Tábara) 1.518. Situación inicio: citas 14.051 (55%); anulación citas 1.385 (5%); otras (ser atendido por administrativo) 7.367 (29%), llamadas colgadas 1.995 (8%) noviembre 17% y abril 5%. Solicitud cita: atendida IVR (63%) 52% noviembre y 65% abril. Atendidas CS 15% (25% noviembre y 12% abril). Solucionadas CRSS 12% (14% noviembre y 12% abril). Colgadas 9% solicitudes (14% noviembre y 8% abril). Citas ofrecidas: médico mismo día 21%, día siguiente 41% y más 2 días 15%. Enfermería mismo día 43%, día siguiente 45% y más 2 días 3%. Tramos horarios más utilizados entre 8:00-12:00 horas, destacando porcentaje mayor entre 9:00-10:00 horas. Días de la semana con más llamadas lunes y miércoles, destacando sábado y domingo por infrautilización. Tres reclamaciones: dos por escrito en CS y una por web.
Conclusiones. Se consigue mayor accesibilidad horaria, permitiendo a usuarios concertar cita 365 días al año. Se comprueba una progresiva aceptación del sistema en el último mes respecto al inicio de implantación: disminuye el número de llamadas colgadas y aumenta el número de citas automáticas. Destaca infrautilización fines de semana y tramos horarios no habituales para atención al público, quizás por desconocimiento.

3123. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA

López Torruella, D.; Fabré Folch, E.; Alonso Fernández, I.; González Usón, G.; Palma Sevillano, C. y Mussoll Seguro, J.
Consorci Sanitari del Maresme.

Objetivo. Descripción de datos sociodemográficos y clínicos en pacientes con fibromialgia.
Metodología. Se selecciona una muestra de 49 pacientes con diagnóstico de fibromialgia y ≥ 18 años de un centro de Atención Primaria. Se desechan 3 casos por no cumplir criterios. Se revisa el historial clínico de donde se infieren las siguientes variables a estudio: edad, sexo, estudios, situación laboral, estado civil, antecedentes patológicos y psiquiátricos, tóxicos, profesional que realiza el diagnóstico, tiempo de evolución desde éste y posibles factores desencadenantes.
Resultados. Nuestro estudio muestra a un paciente tipo: mujer entre 40-70 años, con estudios básicos, pensionista, casadas, que la patología predominante o concominante es del aparato locomotor y un elevado porcentaje presenta trastorno ansiosodepresivo. Más de la mitad de los casos fueron diagnosticados por el médico de Atención Primaria y el resto por reumatólogos, psiquiatras y traumatólogos. Estos resultados se expondrán en gráficos individualizados para cada variable.
Conclusiones. Tras una revisión de la bibliografía actual encontramos aspectos que convergen y otros que difieren de nuestra muestra. Entre los puntos convergentes destacamos: sexo femenino, edad entre 40-70 años, predomina la patología concominante del sistema locomotor y trastorno ansiosodepresivo. Entre los puntos divergentes destacamos: diagnóstico mayoritariamente por médico de familia (en la bibliografía se recomienda el diagnóstico por parte de un especialista, considerando que en Atención Primaria se sobredimensiona este diagnóstico). En la bibliografía se describe que con un tratamiento adecuado sólo deberían precisar incapacidad permanente < 1% de los casos; en nuestra muestra encontramos un alto porcentaje de casos con invalidez.

3131. COMPARANDO COSTES DE LOS PROGRAMAS DE OBESIDAD Y DISLIPEMIA

Sánchez Casado, E.[a]; Bernad Vallés, M.[b]; Porras Guerra, M.I.[c]; Romero Furones, A.[d]; Asensio Calle, M.L.[e] y Funcia Barrueco, A.I.[f]
[a,b,c,e,f]Centro de Salud San Juan. Salamanca; [d]Gerencia de AP. Coordinador Unidad Docente.

Objetivo. Conocer y comparar los costes que generan los programas de obesidad y dislipemia para mejorar su gestión.
Metodología. Análisis descriptivo retrospectivo de 1.843 pacientes (dislipemia 1.124 y obesidad 719) incluidos en programa de cartera de servicios en CS urbano población de referencia 17.840. Estimamos el perfil del paciente tipo medio y calculamos los costes con tarifas a terceros de gerencia y PVP fármaco. Comparamos los resultados de ambos programas.
Resultados. Paciente tipo: dislipemia: mujer 67 años, IMC: 29,8, HTA. Tratamiento: simvastatina 20 mg. Meses seguimiento: 34,15, número consultas médicas: 4,6, número consultas enfermería: 1, número analíticas: 3,56. Total paciente medio: 695,36 euros. Total global: 781.584,64 euros. Obesidad: mujer 66 años, IMC:30-34,9 (obesidad grado I), HTA. Meses seguimiento: 26, número consultas médicas con pruebas complementarias: 1, número consultas médicas: 1, número consultas enfermería: 5. Total paciente medio: 118,91 euros. Total global: 85.496,29 euros. El paciente dislipémico medio cuesta 576,45 euros más que el obeso, lo que supone un coste de 696.088,35 euros mayor el programa de dislipemia.
Conclusiones. Los costes por paciente son superiores en el programa de dislipemia fundamentalmente por el tratamiento farmacológico financiado, que no existe en la obesidad. También las pruebas complementarias y las consultas médicas, que predominan en dicho programa, mientras que en el de obesidad predominan las de enfermería. Con estos resultados habría que plantearse si captamos pocos obesos y la intervención es más conservadora. Podríamos mejorar la eficiencia en dislipemia aumentando la intervención de enfermería en medidas preventivas y educación sanitaria, revisando las indicaciones farmacológicas y la frecuencia de las analíticas.

3142. REPARACIÓN DEL LÓBULO DE LA OREJA RASGADO EN UN CENTRO DE SALUD

Antolín Atencia, C.[a]; Medal Martínez, J.[b] y Chamorro Sierra, M.P.[c]
[a,c]Centro de Salud Portada Alta, Málaga; [b]Consultorio Cómpeta, Málaga.

Objetivos. Describir nuestra experiencia y conocer el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos.
Metodología. Se realiza un estudio transversal de las pacientes intervenidas en nuestro centro de salud desde que se inició dicho programa, con un total de 9 intervenciones. Se estudió la opinión y la satisfacción mediante un cuestionario elaborado por Belenguer et al para valorar el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos de cirugía menor. El

cuestionario está compuesto por cinco secciones, y en cada una de ellas hay varias preguntas, siendo un total de 15 preguntas. El grado de satisfacción se mide en escala numérica de 0 (insatisfacción total) a 10 (satisfacción plena).
Resultados. La satisfacción en el trato con el personal sanitario alcanza una puntuación de 9,4, y con la rapidez de la asistencia de 9,6. El 40% da una puntuación de 10 al resultado postoperatorio y el 60% restante concede una puntuación superior a 8. Con respecto a la calidad de la asistencia recibida en el seguimiento postoperatorio, el 60% otorga una puntuación de 10. El 100% de los entrevistados refiere que si tuviera que volver a intervenirse del mismo problema lo haría en el mismo centro.
Conclusiones. La satisfacción global de la población intervenida alcanza una puntuación de 9,6, y las puntuaciones más altas son para el trato con el personal y la atención recibida en el postoperatorio, lo cual consideramos es un buen indicador de la calidad de la asistencia que se está prestando.

3163. ¡ESTOY CANSADA DE METER RELLENO EN UN LADO DEL SUJETADOR!

Sanchidrián González M.D.R.[a]; Elena Sorando E.[b]; Marcos González A.[c]; Benito Duque P.[d]; García Martínez M.L.[e] y de Juan Huelves A.[f]
[a]Centro de Salud Tórtola; [b,d,e,f]Hospital Clínico Universitario. Salamanca; [c]Centro de Salud Parquesol. Valladolid.

Objetivos. Informar al médico de Primaria de las medidas de una mama normal. Exponer los estudios necesarios previos a realizar cirugía de corrección mediante prótesis mamaria en una paciente con asimetría.
Metodología. Revisión bibliográfica de manuales impresos y protocolos disponibles en Red sobre cirugía correctora de mama en asimetría mamaria. Recopilamos los estudios necesarios para recibir tratamiento de aumento mamario con prótesis.
Resultados. La mujer debe estar sana. Es obligado hacer anamnesis dirigida a la historia menstrual y reproductiva de la mujer, si completó el crecimiento y desarrollo del seno, sus antecedentes personales y familiares referidos a patología de la mama, del ovario, o presencia de antecedentes inmuno-reumatológicos, ingesta de fármacos y/o consejo genético, estudio senológico, psicológico de la percepción de la propia imagen corporal, expectativas de la mujer, valorar riesgos de desarrollo de tumores de mama (benignos/malignos). El control y seguimiento de la paciente requiere estudio radiológico (mamografía convencional o digital, ecografía, RMN). Valoraremos la normalidad dibujando un triángulo estético ideal donde los vértices son ambos pezones y la parte más alta del manubrio esternal.
Conclusiones. Se define mama estéticamente normal aquella de tamaño y relleno proporcional al cuerpo, forma cónica o de lágrima, volumen de 282 cc. Complejo pezón-areola esté a la altura del 4º-5º espacio intercostal, a unos 16-21 cm del punto medio clavicular y a 9-11 cm de la línea medio esternal. Son necesarios múltiples estudios tanto de la mama como de los rasgos personales y familiares de la paciente antes de plantear cirugía.

3164. ¿QUE LA BUENA TETA EN LA MANO QUEPA?

Sanchidrián González, M.D.R.[a]; Elena Sorando, E.[b]; Marcos González, A.[c]; Benito Duque, P.[d]; García Martínez, M.L.[e] y de Juan Huelves, A.[f]
[a]Centro de Salud Tórtola. Valladolid; [b,d,e,f]Hospital Clínico Universitario. Salamanca; [c]Centro de Salud Parquesol. Valladolid.

Objetivos. Principal: cuantificar el número de pacientes que consultan por hipoplasia mamaria el año pasado en el conjunto de todos los cupos de nuestro Centro de Salud. Secundario: orientar a la paciente sobre los estudios previos necesarios antes de su envio a Especializada.
Metodología. Hacemos un estudio descriptivo poblacional. Obtenemos la muestra de la prevalencia de mujeres que consultan en un Centro de Salud urbano de la capital castellano-leonesa y demandan cirugía como método de solución definitiva. El perfil de fémina es de mujer joven, fértil, estudios bajos-medios, con poder socioeconómico medio.
Resultados. Consultaron en el año 2008: 10 mujeres, presentaban un volumen muy variado de los senos; el tamaño ideal para ellas estaba influenciado por la tendencia de moda actual. Correspondía a mujeres dependientes de su imagen; con creciente poder económico, se dirigieron a servicios dispensadores de salud tanto públicos como privados. Las pacientes fueron enviadas desde Atención Primaria con estudio de confirmación de que su desarrollo endocrino-metabólico era completo, una valoración del grado de desarrollo psicológico con una interconsulta previa con el Servicio de Salud Mental (Psiquiatría), solicitando la valoración de madurez y la existencia o no de dismorfofobias.
Conclusiones. Previamente al envío de la paciente con hipoplasia mamaria a Atención Especializada para valorar tratamiento definitivo, requiere el conocimiento de esta patología por parte del médico de Atención Primaria y de un estudio de salud físico/psíquico de la paciente. Desconocemos el número de mujeres que consultaron por esta patología en años previos por carecer de este estudio previamente.

3165. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y LEY ANTITABACO: ¿ESTAMOS HACIÉNDOLO BIEN?

Ferrer Saiz, L.[a]; Espuis Albas, L.[b]; Gracia Aznar, A.[c]; Latorre Ginés,V.[d] y Rodrigo, C.[e]
[a]Médico residente de MFyC C.S. Torrero-La Paz, Zaragoza; [b]Médico residente de MFyC C.S. Delicias Sur, Zaragoza; [c,d]Médicos residentes de MFyC Centro de Salud San José Norte, Zaragoza; [e]Médico de Familia Centro de Salud Delicias Sur.

Objetivo. Determinar si el número de altas hospitalarias de varones en los hospitales HCU Lozano Blesa y HU Miguel Servet de Zaragoza en el año 2006, al cumplirse un año de la implantación de la ley antitabaco en España, por cardiopatía isquémica y, en concreto, por infarto agudo de miocardio (IAM), disminuyó respecto al 2005 y al 2004 (tratando de averiguar la tendencia previa a la nueva legislación).
Metodología. Se recogió de los servicios de documentación de los distintos hospitales mencionados el listado de los pacientes que habían sido dados de alta con el diagnóstico principal de cardiopatía isquémica: IAM (código 410), síndrome coronario sin IAM (411), angina de pecho (413) y ateroscleroris (414) durante los años 2004, 2005 y 2006. De ellos, sólo mencionaremos aquí a los hombres, lo que hace un total de 4.237 episodios evaluados.
Resultados. Los ingresos por cardiopatía isquémica de varones en 2005 se redujeron un 6,17% con respecto al 2004; esta disminución del número de ingresos no se observa en los pacientes menores de 45 años. En el caso concreto del IAM el descenso fue del 6,31%. En 2006 aumentaron un 13,79% con respecto a 2005. Los ingresos por IAM de varones crecieron un 19,44% en estos hospitales en 2006 respecto al año anterior. Con respecto a 2004, los ingresos por cardiopatía isquémica subieron un 6,14%; 11,89% si sólo se contempla el IAM.
Conclusiones. A diferencia de los estudios con los que comparamos este trabajo, en los hospitales analizados no hemos podido observar un descenso en el número de ingresos de varones por cardiopatía isquémica, ni en concreto por IAM, desde la implantación de la ley antitabaco en España hasta el 31/12/2006.

3167. DIFERENCIAS EN EL ÍNDICE FRAX ENTRE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE OSTEOPOROSIS SEGÚN EL CRITERIO OMS-1994 Y OMS-2008

Díaz Salcedo, E.[a]; Orozco López, P.[b] y García Florian, G.[c]
[a,b,c]CAP Gòtic; [b]Departamento Medicina, Universidad de Barcelona.

Objetivo. Recientemente un comité de expertos de la OMS ha propuesto utilizar el índice FRAX para calcular el riesgo de fractura a 10 años y paralelamente cambió los criterios diagnósticos de osteoporosis del año 1994 (t-score ≥ -2,5 DE en cualquiera de las localizaciones en columna, fémur o radio), recomendando utilizar la t-score de cuello femoral. El objetivo del estudio es conocer las diferencias del índice FRAX entre ambos criterios diagnósticos.
Metodología. Se incluyeron 110 pacientes consecutivos de ambos sexos (103 mujeres) de 32 a 89 años diagnosticados de osteoporosis según criterios OMS-1994 antes del año 2008. Se incluyeron las variables necesarias para calcular todos los índices FRAX (edad, sexo, IMC, factores de riesgo de osteoporosis, fractura previa, DMO). Se analizaron las diferencias del FRAX según cumplieran o no con los criterios de osteoporosis OMS-2008, a través de t de Student aceptándose una $p < 0,05$.
Resultado. Para el total de la muestra, los rangos del índice FRAX oscilaron de 0,1 a 41 con DMO y de 0,6 a 60 sin DMO. Tan sólo el 48% de los pacientes cumplía con el criterio de osteoporosis OMS-2008. La media de los índices FRAX para todas las fracturas y fractura de cade-

ra fue significativamente mayor en el grupo con criterio de osteoporosis OMS-2008 que con el que no lo cumplía, tanto para el FRAX con DMO (14,2 frente a 5,8; 7,6 frente a 1,5, p < 0,001, respectivamente), como sin DMO (11,6 frente a 7,2; 5,9 frente a 2,4; p < 0,01).
Conclusiones. El nuevo criterio de osteoporosis de la OMS-2008 selecciona pacientes con mayor riesgo de fractura según el índice FRAX y reduce a la mitad los diagnósticos de osteoporosis.

3170. ¿ESTÁN SATISFECHOS NUESTROS USUARIOS CON LA CITA MÉDICA VÍA WEB?

Alarcia Ceballos, M.L.; Gutiérrez Soto, D.; Iturralde Iriso, J.; González Cartujo, C.; López Mesoneros,T. y Albaina Troya, L.
Centro de Salud Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos. Conocer el grado de satisfacción de los usuarios que obtienen una cita médica a través de la página Web.
Metodología. Encuesta telefónica. Se realiza la encuesta a todas aquellas personas que han obtenido una cita vía Web para el médico de Atención Primaria del 1 de julio al 31 de diciembre de 2008. Se realiza análisis estadístico con una hoja de cálculo Excel. Como variables se obtienen edad, sexo, número de citas vía Web, quién obtuvo la cita, facilidad, problemas con la cita y si repetiría la experiencia.
Resultados. Se han citado 261 personas. La edad media es 42,55 años (DE 16). El 63,30% son mujeres. No han contestado la encuesta telefónica por diferentes motivos 92 personas. De los que contestaron, la media de citas fue 4,8. En un 72,78% de los casos fue el propio usuario el que obtuvo la cita. De los usuarios que obtuvieron su propia cita, a un 97,54% les resultó fácil hacerlo, aunque un 68,85% encuentra algún problema o tiene sugerencias. El 99,41% de los usuarios volvería a obtener la cita a través de la página Web.
Conclusiones. La citación para el médico de Atención Primaria a través de la página Web es una manera fácil y cómoda para nuestros usuarios. Permite poder hacerlo todos los días de la semana y a todas horas, evitando a veces los colapsos telefónicos de los centros de salud. Debemos facilitar este instrumento a nuestros usuarios ya que nos ayuda a tener más descongestionadas las líneas telefónicas.

3178. ¿SE PUEDE VALORAR LA REPERCUSIÓN PULMONAR POR EL USO DEL TABACO MEDIANTE LA MEDICIÓN DEL FLUJO ESPIRATORIO MÁXIMO?

Herrero Antón, R.M.[a]; Tabera Hernández, M.C.[b]; Torrecilla García, M.[c]; Valladares Lobera B.[d]; Plaza Martín, D.[e] y Bernabé Barrios, M.J.[f]
[a,b,c,e]Centro de Salud San Juan de Salamanca; [d]Centro de Salud Sisinio de Castro de Salamanca; [j]Hospital Universitario de Salamanca.

Objetivo. Analizar en qué medida el flujo espiratorio máximo (FEM) (Peak Flow) permite realizar una aproximación diagnóstica a la patología pulmonar derivada del uso del tabaco.
Metodología. Estudio transversal descriptivo. Las variables analizadas de los sujetos con historial tabáquico que se incluyeron en el estudio (n = 73) fueron: edad, sexo, FEM, pulsioximetría y los valores espirométricos FEV1 y FEV1/FVC. Se aplicaron las pruebas estadísticas Chi cuadrado/corrección de Yates. Nivel de significación del 5%.
Resultados. La edad media de los 73 sujetos estudiados fue de 63,2 años, 67 años en los varones, que correspondían al 69,9% de la muestra, y 54,3 años en las mujeres. El consumo medio de cigarrillos fue: 17,2 (DE: 10,45), mayor entre los varones 18,7 (DE: 10,6) frente a 13,6 (DE: 9,3) (p < 0,05). Tras la realización de espirometrías el porcentaje de pruebas patológicas fue 31,9% (21,4%-44,0%) en el total de la muestra, 36,5% (24,7%-75,3%) en mayores de 45 años [13% (2,8%-33,6%) con patrón obstructivo; 65,2% (42,7%-83,6%) restrictivo y 21,7% (7,5%-43,7%) mixto]. El FEM resultó ser menor al esperado por edad y talla en un 81,8% (69,1%-89,8%) y al relacionarlos con los valores espirométricos los resultados fueron: el 95,7% (78,1%-99,9%) de los que presentaban espirometría patológica presentaba FEM menor al de referencia, frente al 72,5% (56,1%-85-4%) de los que tenían resultados espirométricos normales (p < 0,05/p = 0,05 con la corrección de Yates).
Conclusiones. Conscientes de que la realización de la espirometría es la prueba idónea para valorar la repercusión funcional pulmonar, la determinación del flujo espiratorio máximo mediante Peak Flow podría valorarse para realizar una aproximación diagnóstica de la afectación pulmonar en el abordaje inicial del paciente fumador.

3197. REPASO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EJERCIDA EN EL 2008

Sanchidrián González, M.D.R.[a]; Marcos González, A.[b] y Elena Sorando, E.[c]
[a]Centro de Salud Tórtola, Valladolid; [b]Centro de Salud Parquesol, Valladolid; [c]Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Objetivo. Analizar a vista de pájaro la violencia de género publicada en el 2008 fuera del ámbito sanitario con el apoyo de datos accesibles a cualquier ciudadano sin necesidad de pertenecer a un colectivo profesional determinado.
Metodología. Revisamos bibliográficamente datos publicados en revistas de Atención Primaria y datos facilitados por el Instituto de la Mujer, que nos permite contemplar una información global desde distintas perspectivas, instituciones, víctimas y no solamente desde la visión exclusiva de los profesionales sanitarios.
Resultados. El Ministerio de Igualdad en el 2008 presenta un balance de 400 mujeres que diariamente denunciaron violencia de género. En los 3 trimestres primeros del año aumentaron las denuncias por parte de los familiares y víctimas. Descienden numéricamente las mujeres fallecidas con denuncia previa, Orden de Protección solicitada y en vigor. Cierra el año con 70 mujeres muertas a manos de sus parejas y 7 casos en investigación. Castilla y León contabilizó 6 homicidios por violencia de género. El mayor número de mujeres fallecidas fueron quienes habían roto su relación de convivencia respecto a las fallecidas con pareja o en régimen de convivencia. El 20% cursó denuncia previa.
Conclusiones. La violencia de género es un fenómeno complejo, el estudio global requiere múltiples enfoques y obliga a intervenir a diversas instituciones; la intervención sanitaria es una perspectiva más de la atención integral al individuo y en la mayoría de las ocasiones es el primer filtro del problema al detectar precozmente signos, síntomas y señales de alarma que la/el afectado emite, en consultorios o en servicios de urgencias.

3205. ¿QUÉ PROBLEMAS ENCUENTRAN NUESTROS USUARIOS A LA HORA DE CITARSE EN LA CONSULTA A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB?

Miskovic Karacsonyi, N.; Gutiérrez Soto, D.; Iturralde Iriso, J.; González Cartujo, C.; López Mesoneros, T.; Albaina Troya, L.
Centro de Salud Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos. Conocer qué problemas tienen los usuarios que obtienen una cita médica a través de la página Web.
Metodología. Encuesta telefónica. Se realiza la encuesta a todas aquellas personas que han obtenido una cita vía Web para el médico de Atención Primaria del 1 de julio al 31 de diciembre de 2008. Se realiza análisis estadístico con una hoja de cálculo Excel. Como variables se obtienen edad, sexo y tipo de problema.
Resultados. Se han citado 261 personas. La edad media es 42,55 años (DE 16). El 63,30% son mujeres. De los que contestaron, se obtuvieron 31 quejas o sugerencias para mejorar la cita. Un 19,4% refiere que solo se puede coger cita en horas enteras y otro 19,4% que sin tarjeta con chip no se puede modificar la hora. En un 9,7% no aparece su centro de salud actual y sí el anterior. También en un 9,7% les da error al principio y no les deja citarse. Un 6,5% no puede citarse el mismo día. Un 3,2% no puede citar con enfermería, el navegador Firefox no lo puede hacer, no puede citar revisiones con Pediatría, no se pueden consultar citas pendientes con especialistas, puede darte un día diferente al que tu crees que has pedido y otras.
Conclusiones. Debemos tener en cuenta la opinión de nuestros usuarios e intentar introducir áreas de mejora en la citación vía Web tanto para su mejor accesibilidad como para utilizar los recursos no utilizados por teléfono para mejorar la atención en otros aspectos.

3207. ¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS PARA NO ASISTIR A UNA PRIMERA CITA EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL?

Caro, F.[a]; Alastuey, M.[b]; Ferrer, L.[c]; Cay, L.[d] y Peralta, P.[e]
[a]Unidad de Salud Mental-Torrero-La Paz; [b,c,d,e]Centro de Salud Torrero-La Paz HUMS. Sector Zaragoza II.

Introducción. No existen datos sobre la importancia cuantitativa de la inasistencia a las Unidades de Salud Mental (USM) ni las características de estos pacientes en nuestro medio, pero tampoco sobre las posibles causas.

Objetivos. Conocer los motivos relatados de inasistencia de los pacientes derivados a una Unidad de Salud Mental.
Metodología. Revisión de volante de derivación y notas administrativas de todas las derivaciones recibidas en un periodo de 12 meses en la USM Torrero-La Paz. Cuestionario telefónico a todos los pacientes que no asistieron a su cita, realizada al menos 6 meses después.
Resultados. El 65% de los diagnósticos de presunción pertenecía a los epígrafes CIE-10 F00 a F30. El principal motivo de no ser citado fue el rechazar la cita (41,9%), anulación (16,1%) y no conseguir contacto (16,1%). Los principales motivos relatados para no asistir fueron: buscar otro tratamiento (23,5%), remitir la causa (21,6%), no poder asistir (19,6%), no creer necesitar la derivación (7,8%), olvidarse (3,9%) y otros (23,5%). El 47,1% precisó tratamiento farmacológico. La mayoría de los respondedores mejoró durante la espera (65,4%), sólo una minoría precisó ser asistido en Urgencias (20%), uno de cada 5 precisó ser derivado de nuevo (19,6%).
Conclusiones. Los principales motivos de no asistencia a USM parecen ser de índole personal y administrativos. Buscar tratamiento en otro dispositivo y la remisión espontánea contribuyen a una elevada mejoría relatada. Pese a lo documentado en otros estudios, la patología mental leve y la resistencia al tratamiento fueron factores de menos importancia en la inasistencia.

3226. ¿SON EFICACES LAS MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS PARA COMBATIR EL ESTREÑIMIENTO?

Porras Guerra, M.I.; Sánchez Casado E.; Bernad Vallés, M.; de la Nava Calvo, Y.; Velasco Marcos, M.A. y Funcia Barrueco, A.I.
Centro de Salud San Juan, Alicante.

Objetivo. Determinar la prevalencia y la persistencia de estreñimiento en una muestra de pacientes en tratamiento con medidas higiénico-dietéticas.
Metodología. Se escogieron al azar 100 pacientes de nuestra consulta: 81 mujeres y 19 varones. Edad entre 29-78 años. Mediante encuesta se recogieron datos en relación a presencia/ausencia de estreñimiento, si realizaban algún tipo de tratamiento y posibles causas precursoras como presencia de patologías, toma de fármacos, realización de ejercicio físico, ingesta de agua y dieta.
Resultados. Un 38% presentaba estreñimiento (36 mujeres, 2 varones); 21 tomaban suplementos de fibra dietéticos además de una dieta rica en fibra (aproximadamente 10 g/1.000 Kcal), un varón, el resto mujeres. Un 62% no refería estreñimiento, 44,5% (29) tomaba fibra dietética adicional, todas mujeres. Como tratamiento médico empleaban salvado de trigo, Plantago ovata y lactulosa. Glicerina y enemas ocasionalmente. Las patologías asociadas: enfermedades sistémicas 9 pacientes: 5 diabetes mellitus y 4 hipotiroidismo. Enfermedades digestivas 21 pacientes: 2 úlcera gastroduodenal, 19 hemorroides. Los fármacos relacionados: protectores gástricos tomaban 12 pacientes, 11 diuréticos, 28 AINE/analgésicos, hipotensores 21 y psicotropos 10 pacientes, todas mujeres. El consumo de agua oscilaba en torno al litro diario (65% pacientes); mujeres (90%) caminaban regularmente entre 30-45 minutos diarios. Varones no hacían ejercicio regular, aunque sí el fin de semana.
Conclusiones. El estreñimiento presenta elevada prevalencia en la muestra y una alta persistencia a pesar del tratamiento y las medidas higiénico-dietéticas. Aunque está demostrado que estas medidas son beneficiosas para combatir y/o prevenir el estreñimiento, su alta frecuencia indica que esta patología es un problema más importante que el de consumir o no fibra.

3232. EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE UN CIRCUITO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE NEOPLASIA

Segundo Yagüe, M.; Arcusa Villacampa, N.; Cierco Peguera, P.; Regí Bosque, M.; Fontanilla Daza, Z. y Badani Prado, H.
Centro de Salud Florida Sud, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivo. 1) Evaluar el funcionamiento de los circuitos de diagnóstico rápido de neoplasia (CDRN) de pulmón, mama y colon de nuestro ámbito implantados en 2005. 2) Comprobar el cumplimiento de los periodos pactados previamente (tiempo transcurrido entre derivación y primera visita e inicio del tratamiento no superior a 7 y 30 días respectivamente).
Metodología. Estudio descriptivo transversal realizado en un centro de salud (CS) urbano docente. *Incluidos:* pacientes derivados al CDRN desde su inicio en 10/2005 hasta 12/2008. *Mediciones:* edad, sexo, forma de derivación, confirmación diagnóstico de neoplasia, tiempo entre derivación e inclusión, entre inclusión y primera visita, y entre primera visita e inicio de tratamiento, estadio clinico actual.
Resultados. N = 138, 50% hombres. Edad media: 68,8 (9% menores 40 años, 37% 40-60 años, 56% 60-80 años, 2,8% mayores 80 años). Derivaciones desde inicio programa: 2005-2006 26%, 2006-2007 38%, 2007-2008 36%. Procedencia derivación: fax 67,3%, teléfono 10,1%, valija 16,6%, otros 5,7%. Derivaciones: 39% a CDRN colon,18% mama, 28% pulmón, 15% no consta código CDRN. Confirmación diagnóstica: 30% casos (45% pulmón, 22% colon, 24% mama). El 64% incluido en CDRN en 24 horas (pulmón 58%, colon 63%, mama 68%). El 87% visitados antes 7 días (pulmón 87%, colon 85%, mama 100%). De los 41 diagnosticados de cáncer un 32% inició tratamiento en los primeros 15 días y 70% en 30 días. Estado clínico actual: 27% exitus por neoplasia (mayoritariamente pulmón), 10% exitus por otra causa, 9% en cuidados paliativos, 44% en seguimiento y/o remisión.
Conclusiones. El funcionamiento del CDRN es adecuado, la mayoría de primeras visitas se realizaron en menos de 7 días y el tratamiento dentro del primer mes. El 30% de diagnósticos confirmados sugiere que deberíamos seleccionar más adecuadamente los pacientes derivados para no sobrecargar estos circuitos.

3233. ADECUACIÓN DE LAS DERIVACIONES A UN CIRCUITO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE NEOPLASIA

Fontanilla Daza, Z.; Cierco Peguera, P.; Arcusa Villacampa, N.; Regí Bosque, M.; Segundo Yagüe, M. y Badani Prado, H.
Centro de Salud Florida Sud, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivo. Valorar la adecuación y resultados de las derivaciones al circuito de diagnóstico rápido de neoplasia (CDRN) de pulmón, mama y colon.
Metodología. Estudio descriptivo transversal realizado en centro de salud (CS) urbano docente. Se incluyen los pacientes derivados al CDRN desde su puesta en funcionamiento en 10/2005 hasta 12/2008. Mediciones: edad, sexo, circuito al que se deriva, motivo de derivación según criterios establecidos, confirmación de la neoplasia, diagnósticos no oncológicos.
Resultados. N = 138, 50% hombres; edad media 68,8. El 39% derivaciones a CDRN colon, 18% mama, 28% pulmón, 15% no constaba código inclusión. Se confirma diagnóstico en 30% (45% pulmón, 22% colon, 24% mama). El 70% cumplía criterios de derivación, de los que en el 34% se confirmó la neoplasia. En el 30% que no cumplía criterios la neoplasia se confirmó en el 20%. CDRN colon: 26% derivados por rectorragias (neoplasia 7%), 27% por alteraciones ritmo deposicional (neoplasia 6%), 33% por anemia ferropénica + fecatest positivo (neoplasia 39%). CDRN mama: 84% por nódulo mama (19% neoplasia). CDRN pulmón: 13% por hemoptisis (40% neoplasia), 24% por nódulo pulmonar (55% neoplasia), 21% por masa pulmonar (62% neoplasia). En los 97 pacientes sin neoplasia, en el 36% las exploraciones fueron normales. CDRN colon 43% exploración normal, 31% hemorroides. CDRN pulmón 33%normal, 19% nódulo benigno. CDRN mama 31% exploración normal, 63% fibroadenoma.
Conclusiones. Menos del 50% de pacientes derivados al CDRN es diagnosticado de neoplasia. Es necesario ser estrictos en la utilización de estos circuitos y evitar usarlos como una vía rápida para practicar pruebas diagnósticas si la sospecha de neoplasia no está bien fundamentada.

3234. DOCTOR, NO SE ENFADE PERO PREFERIRÍA SEGUIR LOS CONTROLES EN EL HOSPITAL…

Segundo Yagüe, M.; Cierco Peguera, P.; Arcusa Villacampa, N.; Regí Bosque, M.; Fontanilla Daza, Z. y Badani Prado, H.
Centro de Salud Florida Sud, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Describir las características de los pacientes de nuestro centro de salud (CS) en tratamiento anticoagulante oral (ACO). Conocer el grado de satisfacción de los pacientes controlados en CS respecto a los controlados en los dos hospitales de referencia.
Metodología. Diseño descriptivo transversal. Encuesta telefónica. *Ámbito:* CS urbano docente. Población > 25.000 pacientes. *Sujetos:* pacientes con tratamiento ACO en registro informatizado durante periodo abril 2008-2009. *Metodología:* revisión historia clínica informatizada, obtención de las hojas de control INR (international randomizated ratio) del CS y los dos hospitales. Encuesta telefónica con 5 preguntas abiertas sobre satisfacción, preferencia lugar control, tiempo espera, explicaciones, inconvenientes. *Mediciones:* edad, sexo, lugar control, tipo tratamiento ACO, diagnóstico indicación ACO, grado control por media 3 INR, respuestas encuesta.

Resultados. N = 275, sexo: 49% hombres, edad media: 74,4 (desviación estándar ± 9,7). Control CS 44%, hospital 48%, ATDOM 8% (71% CS, 29% hospital). El 77,5% Sintrom. El 81% fibrilacion auricular. El 86% buen control en CAP frente a 73,8% hospital. Respuesta a encuesta: N = 238 (86%), 95% satisfechos (93% CS, 97% hospital, p < 0,005), 14% sí refiere tiempo espera (14% CS, 18% hospital, p < 0,005). El 76%no cambiaría lugar control y 97,5% recibe suficientes explicaciones sin diferencias por lugar control. El 12% ve inconvenientes (5%CS ,16% hospital: distancia, tiempo espera, falta de parking). Pacientes con INR bajo mostraron menor satisfacción que pacientes en rango terapéutico en ambos lugares. No hay diferencias de satisfacción por tipo de tratamiento.
Conclusiones. Tras 3 años de implantación del programa en nuestro CS el grado de satisfacción sigue siendo mayor en los pacientes controlados en hospital a pesar de los inconvenientes encontrados, siendo la espera y la distancia los mayores. A pesar de esto la mayoría no cambiaría el lugar de control.

3236. DOCTOR, ¿ESTÁ SEGURO DE QUE LO PUEDEN HACER TAN BIEN COMO EN EL HOSPITAL?

Fontanilla Daza, Z.; Arcusa Villacampa, N.; Cierco Peguera, P.; Regí Bosque, M.; Segundo Yagüe, M. y Badani Prado, H.
Centro de Salud Florida Sud, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Describir características de pacientes en tratamiento anticoagulante oral (ACO) controlados en centro de salud (CS) y en dos hospitales de referencia. Conocer grado control INR (international normalizated ratio) y complicaciones según lugar control. *Diseño:* descriptivo transversal. *Ámbito:* CS urbano docente con 25.000 pacientes. *Sujetos:* pacientes con registro informatizado de tratamiento anticoagulante período abril 2008-2009. Excluidos: desplazados, no visitados en último año, no obtención hojas control hospital.
Metodología. Revisión historia clínica informatizada, obtención hojas control INR de CS y hospital. Mediciones: edad, sexo, tipo tratamiento, fecha inicio, polifarmacia, diagnóstico indicación ACO, media INR por lugar de control, complicaciones y lugar detección, exitus.
Resultados. N = 275, sexo 49% hombres. Edad media 74,4 (desviación estándar ± 9,7). Lugar control: 44% CS, 48% hospital, 8% atención domiciliaria (ATDOM). Tipo tratamiento: Sintrom CS 73,7%, hospital: 81,2%. Fecha inicio tratamiento: < 3 años CS 51%, hospital 45%. Polimedicados: CS 79%, hospital 81%. Diagnóstico indicación: fibrilación auricular: 91% CS, 80% hospital; valvulopatía 13% hospital (p < 0,05). Grado control: CS 86,4% buen control; hospital 73,8% buen control (p > 0,05). Complicaciones según lugar control: 0% en ATDOM. Hemorragia mayor: 3,2% CS, 11% hospital; hemorragia menor: 12% CS, 9% hospital. AVC 3% hospital. Retirada fármaco: no 80,7%. Modificación dosis no 56%. Complicaciones según grado control: buen control hospital 11% hemorragia mayor. Control aceptable hospital 14% hemorragia menor. Buen control CS 3% hemorragia mayor (p > 0,05). Complicaciones según tratamiento: 23,3% Sintrom 4 mg (p < 0,05). Grado control por tipo tratamiento: aldocumar tendencia mejor control. Igual grado control en CS y hospital. Polimedicados y menor tiempo tratamiento peor control p < 0,05. Un 6% exitus (12% exceso tratamiento, 82% otras causas), 70% exitus estaba controlado en hospital.
Conclusiones. Buen control en los dos grupos, sin diferencias significativas en porcentaje de complicaciones ni gravedad de las mismas. Hay que intensificar el control en los polimedicados y en los tratamientos recientes.

3266. ACTITUD DE LA MUJER EMBARAZADA Y EN PERÍODO DE LACTANCIA FRENTE AL TABAQUISMO

Herrero Antón, R.M.[a]; Tabera Hernández, M.C.[b]; Torrecilla García, M.[c]; Plaza Martín, D.[d]; Gómez-Escolar Pérez, M.[e] y Valladares Lobera, B.[f]
[a,b,c,e,f]Centro de Salud San Juan de Salamanca; [d]Centro de Salud Sisinio de Castro Salamanca.

Objetivo. Valorar la actitud de la mujer durante dos periodos con especial vulnerabilidad, como son el embarazo y la lactancia, ante el consumo de tabaco.
Metodología. Estudio transversal descriptivo sobre 649 madres. Las variables analizadas fueron: edad, condición de fumador, fase en el proceso de abandono del tabaco, historia de tabaquismo durante el embarazo y lactancia. Se aplicó la prueba de Chi cuadrado. Nivel de significación del 5%.
Resultados. El 30,8% de las madres que acudieron a las consultas era fumadora (n = 200). El 56,7% (51,2%-62,1%) fumó durante el embarazo. De las que no fumaron durante el embarazo el 16,8% (10,4%-25,0%) no volvió a fumar y el 15,0% (9,0%-23,0%) volvió a hacerlo durante la lactancia. El 47,3% (36,9%-57,9%) de las madres que fumó tras el embarazo lo hizo porque le gustaba fumar, el resto por situaciones estresantes. El 36,7% (30%-43,8%) si decidiera dejar de fumar lo haría por sus hijos. El 63,5% (56,4%-70,2%) se plantea el abandono del tabaco. El 72% de las madres fumadoras piensa que el ser fumadora influye en el hecho de que en un futuro sus hijos fumen. El 88,4% de las mujeres fumadoras consideraba al tabaco como droga respecto al 94,5% de las que no han fumado (p < 0,05).
Conclusiones. Las mujeres que abandonaron el consumo tabáquico durante el embarazo volvieron a fumar en un porcentaje mayor al 80% y lo hicieron durante la lactancia un número considerable. Más de 2/3 de las madres fumadoras consideran que pueden influir en el inicio del hábito tabáquico de sus hijos.

3400. DETERMINAR LA ADECUACIÓN DE LAS DERIVACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA A SALUD MENTAL

Santarcieri Martínez, E.F.[a]; Alcántara Herrera, M.L.[b]; Ribes Baños, M.[c]; Ruiz Pastor, C.[d]; Moreno Millán, N.[e] y López Santín, J.M.[f]
[a,b]EAP Riu Nord-Riu Sud. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona; [c,d]EAP Can Mariner. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona; [e]SAP Santa Coloma de Gramenet; Barcelona; [f]CSMA Martí i Julià. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona.

Objetivos. Analizar la adecuación de las derivaciones de Atención Primaria (AP) a un Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA).
Metodología. Estudio descriptivo transversal de 2 Centros AP urbanos. Se incluyeron pacientes mayores de 16 años derivados desde AP y visitados por primera vez en el CSMA durante el año 2008. Se excluyeron los pacientes terminales. Se recogieron sexo, edad, motivo de derivación, tratamiento farmacológico, diagnóstico CIE-10 y diagnóstico final DSM-IV, la concordancia entre dichos diagnósticos, la asistencia o no a la visita programada y la adecuación de la derivación según criterios del CSMA (trastorno de ansiedad generalizada si precisa psicoterapia específica o persistencia tras 3 meses de tratamiento; depresión con riesgo de suicidio o sin respuesta tras 6 semanas de tratamiento o agitación o delirio; trastornos psicóticos; trastornos bipolares; agorafobia moderada-grave; trastornos fóbicos con incapacidad; trastornos obsesivo-compulsivos; hipocondría; trastornos de conducta alimentaria; demencia senil; trastornos conductuales graves; ludopatías).
Resultados. Se incluyeron 127 pacientes. El 64,6% eran mujeres, con edad media de 43,8 años (DE ±15,6). Realizaba tratamiento el 75,6%. El 18,9% de los pacientes no acudió a visita (n = 24). La concordancia fue del 62% y la adecuación del 50%. Los diagnósticos más frecuentes fueron reacción adaptativa emocional (14,2%) y trastornos de ansiedad (7,1%). Se observó una relación entre una menor adecuación y el sexo femenino (p = 0,061). De los 9 trastornos de ansiedad, 8 eran mujeres (75% derivación inadecuada).
Conclusiones. La mitad de las derivaciones desde AP a CSMA son inadecuadas, por lo que deberían realizarse protocolos de actuación conjunta.

3403. CRITERIOS DE DERIVACIÓN NO URGENTE EN PATOLOGÍA OTORRINOLARINGOLÓGICA

Arana Alonso, E.[a]; Maraví Aznar, E.[b]; Fernández Arrechea, N.[c]; López Diu, R.[d] y Arbizu Ruiz, L.[e]
[a]Centro de Salud Rochapea, Pamplona; [b,c,d,e]Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Objetivos. La patología otorrinolaringológica en Atención Primaria (AP) es una patología de alta incidencia y prevalencia, y requiere una exploración especializada para poder llegar a gran parte de sus diagnósticos. Los sistemas de derivación entre los diferentes niveles asistenciales es, hoy en día, la base de la comunicación entre Atención Primaria y Especializada.
Metodología. Se realiza una revisión bibliográfica sobre el estado actual de los circuitos de derivación entre niveles asistenciales y sobre las directrices acerca de la derivación hospitalaria en patología ORL.

Resultados. La demanda asistencial desde los centros de AP (CAP) a consultas externas de ORL es muy alta y progresiva, lo que provoca la aparición de listas de espera. Esto genera un número inadecuado de peticiones preferente/urgente, lo que supone intercalar visitas no programadas dentro de las agendas de consulta. Esto genera una disminución de la calidad en la asistencia al paciente. Las estrategias de intervención para la mejora de la derivación hospitalaria se basa en tres pilares: intervenciones en la formación de los profesionales de AP, intervenciones organizativas e intervenciones financieras. La utilización de guías de derivación desde los CAP da mayor calidad al proceso asistencial.
Conclusiones. Mejorar el sistema de derivación entre los distintos niveles permite un óptimo aprovechamiento de los recursos. La difusión de directrices de derivación y la participación de especialistas en acciones formativas son las únicas intervenciones que demuestran una mejora en la adecuación de las derivaciones. Presentamos los protocolos de derivación no urgente en patología otorrinolaringológica.

3418. PATOLOGÍA OTOLÓGICA EN IMÁGENES

Arana Alonso, E.[a]; Fernández Arrechea, N.[b]; Maraví Aznar, E.[c]; López Diu, R.[d] y Arbizu Ruiz, L.[e]
[a]Centro de Salud Rochapea, Pamplona; [b,c,d,e]Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Objetivos. El otoscopio es uno de los instrumentos médicos más frecuentemente empleados en la práctica clínica habitual. La consulta referida a los síntomas otológicos presenta una alta incidencia en consultas de Atención Primaria y Servicios de Urgencias. La realización de una correcta historia clínica es la base en la orientación diagnóstica, pero la exploración mediante la utilización de un otoscopio es básica para el diagnóstico definitivo del paciente.
Metodología. Hemos realizado una revisión bibliográfica sobre la patología otológica que con mayor tasa de incidencia se presenta en Atención Primaria, así como de los síntomas clave que no deben faltar en la historia clínica inicial.
Resultado. Las distintas patologías otológicas tienen una traducción clínica claramente definida, aunque existen cuadros clínicos similares con imágenes otoscópicas muy diversas. Es en este tipo de pacientes donde el adecuado manejo de las herramientas de exploración desempeña un papel fundamental para el tratamiento adecuado del paciente, mejorando así la calidad del proceso asistencial.
Conclusiones. La semiología de los diferentes procesos otológicos permite el establecimiento de un diagnóstico diferencial lo más adecuado posible. La correcta realización e interpretación de la exploración otoscópica permite llegar al diagnóstico de la mayoría de los cuadros que se atienden en Atención Primaria. Se trata de una exploración sencilla, rápida y de un rendimiento clínico muy eficiente. La formación de los médicos de Atención Primaria en exploración otoscópica sigue siendo insuficiente, por lo que es importante la implicación de los profesionales de Atención Especializada en la participación de actividades formativas.

CASOS CLÍNICOS

2709. ADENOPATÍAS CERVICALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

García Garrido, A.B.[a]; Campo Alegría, L.[b]; Tejada Argáiz, M.[a]; Vejo Puente, E.[d]; Castelao Bárcena, L.[e] y Villaverde Llana, A.[f]
[a,e]MIR MFyC 3º Año Unidad Docente Santander. C.S. José Barros, Camargo, Cantabria; [b,c]MIR MFyC 3º Año Unidad Docente Santander. C.S. Cazoña, Santander, Cantabria; [d,f]MIR MFyC 3º Año Unidad Docente Santander. C.S. Dávila, Santander, Cantabria.

Descripción del caso. Consulta de Atención Primaria un paciente de 14 años con un bultoma en lado derecho del cuello de un mes y medio de evolución aproximadamente. Exploración: adenopatía latero-cervical derecha de 8 + 6 cm, de consistencia dura y empastada. No rodadera.
Exploración y pruebas complementarias. No se acompañó de fiebre, no afectación del estado general, no dolor. Analítica normal y Mantoux negativo. Las pruebas diagnósticas nos permitieron descartar un origen infeccioso, y ante la existencia de indicios preocupantes: características, evolución y localización y ecográficas de la adenopatía, se deriva urgente a Cirugía para biopsia. Anatomía patológica: linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular. Una PAAF de la lesión realizada en un hospital de otra región: hiperplasia reactiva inespecífica.
Juicio clínico. Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular.
Diagnóstico diferencial. Localizadas: cervicales anterosuperiores: las más frecuentemente afectadas. Móviles, bilaterales, poco dolorosas. Generalizadas: dos cadenas ganglionares no contiguas. En ocasiones hepatoesplenomegalia. Más frecuente infecciones víricas o bacterianas diseminadas. Infecciosas, neoplásicas: leucemia linfoblástica aguda. Linfomas no Hodgkin. Linfoma de Hodgkin: unilaterales, tendencia a adherirse entre ellas, voluminosas, evolucionan de manera prolongada sin otra sintomatología. Otros: carcinoma tiroideo, rabdomiosarcoma, neuroblastoma, sarcoma de Ewing, histiocitosis, trastornos inmunológicos, trastornos endocrinos, enfermedades de depósito.
Comentario final. Las adenopatías consisten en aumento de tamaño, consistencia o número de los ganglios linfáticos. La causa más frecuente en niños suele ser reactiva, pero siempre deberemos plantearnos si se trata de un cuadro banal o hay detrás una enfermedad grave. Por ello es importante la utilización de las pruebas diagnósticas más adecuadas (biopsia frente a PAAF). El linfoma de Hodgkin: 6% de los cánceres infantiles, es uno de los tumores malignos con mayor índice de curación, de ahí la importancia de un diagnóstico certero y temprano. El 80% de los pacientes se presenta con adenopatías cervicales o supraclaviculares indoloras. El examen del ganglio se puede hacer por PAAF (más fácil de realizar; a veces retrasa peligrosamente el diagnóstico) y por biopsia (diagnóstico más certero).
Bibliografía recomendada.
Benito Fernández J, Mintegi Raso S, Sánchez Etxaniz J. Diagnóstico y tratamiento de urgencias pediátricas. 4ª ed. Capítulo 18.
Capdevilla Cogul E, Luaces Cubells C. Adenopatías: actitud diagnóstica y terapéutica en pediatría. Ped Rur Ext. 2003;32:37-41.
D'Alessandro DM. When should you evaluate lymphadenopathy? UpToDate. 2006.
Hudson MM, Donaldson SS. Hodgkin's disease. En: Pizzo PA, Poplack DG, editors. Principles and Practice of Pediatric Oncology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 695.
Mauch PM, Weinstein H, Botnick L, et al. An evaluation of long-term survival and treatment complications in children with Hodgkin's disease. Cancer. 1983;51(5):925-32.
McClain KL, Fletcher RH. Evaluation of peripheral lymphadenopathy. UpToDate. 2006.
Navas Almodóvar MR, Riera Táboas L. Estudio de una linfadenopatía. Guías Clínicas; 2003;3(32).
Vela Casas F. Linfomas no-Hodgkin y enfermedad de Hodgkin. Pediatr Integral. 2004;VIII(6):476-86.

2725. COMPLICACIONES TRAS TÉCNICAS DE FERTILIZACIÓN IN VITRO

Arana Alonso, E.; Alarcón Meléndez, M.; Urdaniz Rezusta, M.; Osés Primo, R.; Monzón Martínez, Y. y Ripa Arizala, T.
MIR Familia. Centro de Salud Rochapea, Navarra.

Descripción del caso. Mujer de 36 años que acude a consulta de Atención Primaria por dolor abdominal tras técnicas de fertilización in vitro hace 8 días. Refiere dolor epigástrico de instauración paulatina y distensión abdominal, acompañada de mareo y disnea. No alteración en la cantidad de orina.
Exploración y pruebas complementarias. Presión arterial: 113/80. Pulso: 132. Afebril. SatO_2: 96%. Marcada distensión abdominal, dolor epigástrico y ascitis. Laboratorio: prueba embarazo positiva. Poliglobulia. Leucocitosis. Neutrofilia. Hiponatremia. Radiografía de tórax: derrame pleural derecho. La paciente se deriva a Urgencias e ingresa en planta de Ginecología donde se le realizan 12 paracentesis evacuadoras, analíticas y se instaura tratamiento con suero glucosalino, albúmina, Clexane®, Progeffik® y Seguril®. Debido a la mala evolución de la paciente y necesidad de control estricto ingresa en UCI.
Juicio clínico. Síndrome de hiperestimulación ovárica grave (SHO).
Diagnóstico diferencial. SHO/ascitis/neumoperitoneo/abdomen agudo/embarazo ectópico.
Comentario final. El síndrome de hiperestimulación ovárica es un trastorno iatrogénico que se produce tras la administración exógena de inductores de la ovulación, en especial gonadotropinas. Representa actualmente, junto con el embarazo múltiple, la complicación más relevante de las técnicas de reproducción asistida. El síndrome se caracteriza por un aumento de la permeabilidad capilar y depleción de la

albúmina al espacio extravascular, con aumento de la presión oncótica y extravasación de líquido al tercer espacio con la consiguiente hemoconcentración y ascitis, produciendo además: hipovolemia, edema, hidrotórax, hidropericardio, y finalmente fallo multiorgánico. Ante una paciente con distensión abdominal en el contexto de un tratamiento para fertilidad, la sospecha diagnóstica del SHO no debe de faltar dentro de nuestro diagnóstico diferencial realizado desde Atención Primaria. El diagnóstico precoz es la clave para un adecuado manejo del SHO. La paciente referida en el caso clínico cumplía todos los criterios para pensar en un SHO debido al antecedente de haber recibido terapia de estimulación ovárica y el desarrollo del cuadro aproximadamente en los 8 días siguientes. Todos los datos de laboratorio y exploración física eran compatibles con un proceso de hiperestimulación ovárica grave. Ante la sospecha de SHO lo importante es la correcta gradación de este síndrome ya que el tratamiento depende del diferente estadio en el que nos encontremos. El SHO leve requiere reposo e hidratación oral. El SHO moderado se puede tratar de forma conjunta con Ginecología. Los controles que requiere son: ecografías seriadas, analíticas (hematocrito, proteinemia, función renal, hepática, iones y pruebas de coagulación), control de diuresis y de peso. En el SHO grave se recomienda ingreso hospitalario.

Bibliografía recomendada.

Diagnosis and management of iatrogenic moderate and severe ovarian hyperstymulation syndrome (OHSS) in clinical material. Folia Histochem Cytobiol. 2007;45 Suppl 1:S105-8.

Miller MA, Wirtz E, Pease J. An unusual cause of tachycardia, hypotension and intraabdominal free fluid: ovarian hyperstimulation syndrome. Am J Emerg Med. 2008;26(6):736.e3-4

2729. COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA COLONOSCOPIA

Tobajas Calvo, J.[a]; Guardia Urtubia, J.[b]; Zapatería García, M.A.[c]; Moras Pérez, N.[d]; Martínez Seijas, P.[e] y Martínez de Morentín, J.[f]

[a]MIR 3 MFyC Traumatología Hospital García Orcoyen Estella, Navarra; [b]MIR 4 MFyC Traumatología Hospital García Orcoyen Estella, Navarra; [c,d,e,f]Traumatología Hospital García Orcoyen, Estella, Navarra.

Descripción del caso. Paciente mujer de 78 años con antecedentes de EPOC moderada mixto e HTA, en estudio por Digestivo por anemia ferropénica, y a la que se solicita estudio endoscópico (gastroscopia, colonoscopia e ileoscopia). Tras finalizar la colonoscopia la paciente se queja de dolor en fosa lumbar izquierda y se da el alta con molestias en la zona. En domicilio presenta cuadro sincopal en relación con ortostatismo, seguido de cuadro de malestar general, sudoración, palidez y mareo, por lo que acude a Urgencias. La paciente refiere dolor continuo intenso en región lumbar derecha y malestar general con tiritona. En la exploración física presenta mal aspecto general, con palidez de piel y mucosas, deshidratada e hipotensa (95/45), afebril, exploración abdominal anodina excepto asimetría de pulsos femorales (izquierdo débil) y dolor en fosa renal izquierda. Tacto rectal normal. Resto de exploración física normal. En la analítica destaca Hb: 6,7 mg/dl (datos de anemia de características microcíticas), leucocitosis con desviación izquierda, y elevación de urea y creatinina. Radiológicamente se aprecia dilatación de asas de colon con desplazamiento de asas intestinales hacia hemiabdomen derecho. La Rx de columna lumbar y caderas fueron normales. ECG: taquicardia sinusal 105 lpm. Se solicita ecografía abdominal en la que se aprecia imagen compatible con gran hematoma en hipocondrio izquierdo, no identificándose el bazo junto con ascitis moderada en varios compartimentos peritoneales. Se completa el estudio con TAC abdominal urgente que confirma rotura de bazo por probable lesión del hilio y ascitis en relación con hemoperitoneo. La paciente pasa a Cirugía y se realiza laparotomía urgente con esplenectomía. El estudio anatomopatológico de la pieza resecada revela un bazo microscópicamente normal. El postoperatorio fue favorable y sin complicaciones, con alta a los 9 días de la intervención.

Juicio clínico. Shock hipovolémico por rotura de bazo tras colonoscopia.

Diagnóstico diferencial. Perforación y hemorragia del colon, rotura de bazo o hemorragia masiva intraperitoneal.

Comentario final. La primera sospecha diagnóstica fue de rotura aórtica que se descartó tras la realización de las pruebas complementarias. Ante un paciente con shock hipovolémico, dolor abdominal y anemia sin antecedente traumático previo habría que considerar dentro del diagnóstico diferencial patología aórtica, rotura de víscera hueca y hemorragia digestiva como patologías más frecuentes. En el caso que nos ocupa, dado el antecedente de colonoscopia, se debe pensar en rotura esplénica a pesar de su baja frecuencia. Es muy importante tener en cuenta el traumatismo esplénico dentro de las posibles complicaciones de la colonoscopia. El retraso del diagnóstico puede ser fatal para el paciente y una vez diagnosticado la conducta a seguir dependerá de la situación hemodinámica y de los hallazgos de la TAC.

Bibliografía recomendada.

Farreras-Rozman Manual de Medicina Interna.

Harrison. Manual de Medicina Interna.

2730. INTOXICACIÓN POR TEOFILINAS

Tobajas Calvo, J.[a]; Guardia Urtubia, J.[b]; Zapatería García, M.A.[c]; Laudo Tesan, F.[d]; Morlanes Lancis, R.[e] y Forcada Huguet, I.[f]

[a]MIR 3 MFyC. Centro de Salud Santa Ana, Tudela, Navarra; [b]MIR 4 MFyC. Centro de Salud Santa Ana, Tudela, Navarra; [c,d,e,f]Centro de Salud Santa Ana, Tudela, Navarra.

Introducción. La teofilina es una metil-xantina poco utilizada en la actualidad. Se encuentra en el tercer escalón del tratamiento broncodilatador de la EPOC. Su margen terapéutico es estrecho. En rango terapéutico puede producir náuseas, dispepsia, diarrea, temblores, cefalea, irritabilidad y taquicardia. En rangos de toxicidad puede producir manifestaciones digestivas, neurológicas y cardiovasculares.

Descripción del caso. Paciente varón de 65 años, EPOC grave con oxigenoterapia crónica domiciliaria y múltiples factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, hiperlipemia, hiperuricemia, obesidad), que acude a Urgencias por mioclonías e hipotensión. En la exploración física presenta: TA: 60/40, FC: 120 lpm, Tª 35,6 ºC, $SatO_2$: 81%. Mal estado general, somnoliento, mioclonías a nivel de tronco y extremidades superiores. AC: taquicardia. AP: roncus generalizados y crepitantes en base izquierda. Abdomen: globuloso, distendido, no doloroso a la palpación, signos de circulación colateral. Pulsos femorales presentes. Tacto rectal: normal. Exploración neurológica: GCS 14. No focalidad neurológica. Analítica: leucocitosis (14.000) con neutrofilia (76%). Creatinina 3,67 mg/dl. Urea 113 mg/dl. Na+ 132 mmol/l. K+ 6 mmol/l. Cl- 95 mmol/l. Mioglobina 295 µg/l. PCR: 20 mg/dl. Teofilinemia: 36,4 µg/ml (10-20). Gasometría arterial: lactato 1 mmol/l. pH 7,37. CO_2 41 mmHg. O_2 73 mmHg. ExBases -1,6 mmol/l. ECG: taquicardia sinusal 120 lpm. Rx tórax: cardiomegalia. No se objetivan imágenes de condensación. TAC craneal: normal.

Diagnóstico diferencial. Shock séptico de posible origen respiratorio en paciente EPOC, lesión cerebral aguda, intoxicación aguda por teofilina. *Evolución.* Durante su estancia en Urgencias presenta episodio de crisis tónica generalizada con estupor poscrítico y en el contexto de la crisis sufre una depresión respiratoria con bradicardia extrema. Se le realiza masaje cardíaco y oxigenoterapia a alto flujo y se recupera del cuadro sin llegar a precisar IOT. Se inicia tratamiento con aminas vasopresoras, fluidoterapia, diuréticos, antibioterapia y broncodilatadores inhalados. Se suspende el tratamiento con teofilina. Mejoría lentamente progresiva hasta conseguir estabilización hemodinámica, normalización de teofilinemia y cese de las mioclonías.

Comentario final. La teofilina es un fármaco de uso poco frecuente en la actualidad, sin embargo todavía se dan casos de intoxicación por la misma. La intoxicación por teofilinas tiene dos formas de presentación: sobredosificación accidental en pacientes tratados de forma crónica si se supera la dosis terapéutica habitual o se modifica la velocidad de eliminación, y sobredosis aguda por intento autolítico. Todo paciente intoxicado por teofilina hasta que se normalicen los niveles de fármacos.

Bibliografía recomendada.

Farreras-Rozman. Manual de Medicina Interna.

Harrison. Manual de Medicina Interna.

2731. TOXICIDAD HEPÁTICA POR CONSUMO DE ANFETAMINAS

Tobajas Calvo, J.[a]; Guardia Urtubia, J.[b]; Zapatería García, M.A.[c]; Cabrera Alonso, Y.[d]; Urdánoz Zazón, C.[e] y Sádaba Insausti, J.[f]

[a,d]MIR 3º MFyC, Hospital Virgen del Camino, Pamplona; [b]MIR 4º MFyC, Hospital Virgen del Camino, Pamplona; [c,d,e]Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Introducción. Las drogas de diseño son derivados anfetamínicos ilegales que se han introducido como droga de abuso para consumo por vía oral y que son muy populares en nuestro país con un elevado consumo

entre los adolescentes. La patología más frecuente es debida a la intoxicación aguda, aunque existen complicaciones por idiosincrasia que aparecen de forma tardía y pueden ser potencialmente más graves.
Descripción del caso. Mujer de 28 años de nacionalidad brasileña con antecedentes de hepatitis en la infancia (no especifica el tipo) y consumidora habitual de cannabis, acude a nuestro Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso de 5 días de evolución junto con náuseas, hiporexia con pérdida de peso, decaimiento general intenso y sin fiebre. La paciente lo relaciona con el consumo de "una pastilla de cristal" que coincide con la aparición de los síntomas. Exploración física: normal con constantes vitales mantenidas. Analítica: elevación de transaminasas (ALT: 784 U/l, AST: 1.265 U/l) con amilasa, bilirrubina y coagulación normales. Tóxicos en orina: positivo para cannabis y benzodiacepinas. Radiología de tórax normal. Radiología abdominal: abundante presencia de aire en colon y asas de intestino delgado. Ecografía abdominal: hígado sin lesiones y adenopatías a nivel de hilio hepático con vesícula y vías biliares normales. La paciente se ingresa en Servicio de Digestivo con evolución clínica satisfactoria, dándose de alta a los días. Desde el punto de vista analítico se produce disminución progresiva de los niveles de transaminasas manteniéndose normales las cifras de bilirrubina y la actividad de protrombina. Se realiza serología de hepatitis viral que resulta ser negativa para virus hepatitis B y C, y Ac IgG anti-hepatitis A positivo.
Juicio clínico. Hepatitis tóxica por anfetaminas.
Comentario final. Aunque la toxicología en orina es negativa para anfetaminas, se sospecha que el cuadro de hepatitis es debido al consumo de derivados anfetamínicos, porque estos se mantienen positivos en orina únicamente 3-4 días y la analítica se realizó pasados 5 días. La serología de hepatitis viral aguda negativa descarta el origen viral de la misma, orientando todo ello hacia la etiología tóxica de la hepatitis. Aparte de las manifestaciones clínicas típicas de una intoxicación aguda deberíamos tener en cuenta las posibles complicaciones tardías y por idiosincrasia (hepatitis e hipertermia maligna) que se pueden desarrollar a los días de haber consumido estas drogas de diseño y sin haber presentado un cuadro de intoxicación aguda. El cuadro clínico es indistinguible de una hepatitis vírica, puede ser grave y evolucionar a la hepatitis fulminante.
Bibliografía recomendada.
Farreras-Rozman. Manual de Medicina Interna.
Harrison. Manual de Medicina Interna
Rosen. Manual de Urgencias.

2732. PICADURA DE MIRIÁPODOS. SU MANEJO EN URGENCIAS

Tobajas Calvo, J.[a]; Guardia Urtubia, J.[b]; Zapatería García, M.A.[c]; Cabrera Alonso, Y.[d]; Abadía Durán, J.[e] y Molina Samper, V.[f]
[a,d]MIR 3 MFYC Hospital Virgen del Camino, Pamplona; CS. Tafalla, Navarra; [b]MIR 4 MFYC Hospital Virgen del Camino, Pamplona; [c,e,f]Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Introducción. La escolopendra o ciempiés es una especie de la familia de los miriápodos que vive en ambientes húmedos y sin luz, que en ocasiones puede habitar en las paredes de las casas rurales. Presenta unas mandíbulas con las que inyecta un potente tóxico que suele ocasionar lesiones con dolor, prurito, edema, espasmos musculares en el miembro afectado y linfangitis con adenopatías.
Descripción del caso. Paciente de 36 años sin antecedentes de interés, que acudió a Urgencias con febrícula y una lesión cutánea eritematosa en el glúteo con una costra negra en la superficie, de tres días de evolución. El paciente sospechó que podría tratarse de una picadura de escolopendra porque días antes había estado en una zona rural de Extremadura en la que abunda este insecto y en contacto con perros. En la exploración presentaba febrícula 37,3 ºC y una lesión costrosa negra central en el glúteo derecho, con reacción local extensa de unos 20 cm de diámetro con induración, eritema y calor, que se extendía de forma serpenginosa hacia región anterior de muslo e inguinal derecha junto con adenopatías inguinales dolorosas. Posteriormente presentó una lesión flemonosa en la zona que no precisó drenaje. Los análisis de sangre, bioquímica, radiografía de tórax y ECG se encontraban dentro de límites normales. Se realizaron tomas de hemocultivos que fueron negativos. Las serologías (IgG e IgM para *Borrellia burgdorferi*) fueron negativas. El tratamiento realizado fue en régimen de ingreso hospitalario con: antibioterapia (amoxicilina clavulánico 1 g endovenoso, cada 8 horas, y doxiciclina 100 mg vía oral, cada 12 horas), corticoides y antihistamínicos endovenosos. El tratamiento de la lesión glútea se realizó con compresas con amoniaco y hielo local. La evolución fue favorable.
Diagnóstico diferencial. Enfermedad de Lyme, absceso en glúteo.
Juicio clínico. Picadura por miriápodo (escolopendra).
Comentario final. Las picaduras por insectos raros hay que tenerlas en cuenta en cuadros de lesiones dérmicas agudas atípicas. La sospecha del paciente, la encuesta epidemiológica y el conocimiento del insecto es fundamental para llegar al diagnóstico etiológico. El diagnóstico diferencial debe ser con la enfermedad de Lyme y abscesos en glúteos. Según la afectación general debemos sopesar el ingreso y el tratamiento parenteral.
Bibliografía recomendada.
Farreras-Rozman. Manual de Medicina Interna.
Harrison. Manual de Medicina Interna
Rosen. Manual de Urgencias.

2733. DOCTOR, PERO ES QUE ESTOY EMBARAZADA…

Arana Alonso, E.[a]; Alarcón Meléndez, M.[b]; Maravi Aznar, E.[c]; Arbizu Ruiz, L.[d]; Fernández Arrechea, N.[e] y Oses Primo, R.[f]
[a,b]MIR Familia Centro de Salud Rochapea, Navarra; [c]Hospital Virgen del Camino, Pamplona; [d,e]MIR ORL, Hospital Virgen del Camino, Pamplona; [f]Centro de Salud Rochapea, Navarra.

Descripción del caso. Mujer de 40 años, embarazada de 36 semanas, acude a consulta de Atención Primaria por tos seca desde hace 1 mes. Afebril. Desde hace 7 días comienza con tos productiva, disnea de mínimos esfuerzos y febrícula.
Exploración y pruebas complementarias. Auscultación pulmonar: crepitantes bibasales y en campos medios de hemitórax izquierdo. Temperatura: 36 ºC. Tensión arterial: 120/69. Saturación de oxígeno: 95%. Frecuencia respiratoria: 28 rpm. Radiografía de tórax: condensación alveolar bilateral con pequeño derrame pleural.
Juicio clínico. Neumonía bilateral subaguda complicada.
Diagnóstico diferencial. Neumonía atípica. Neoplasia pulmonar. Asma. Derrame pleural.
Comentario final. La tendencia general en Atención Primaria es a ser poco intervencionistas cuando tratamos a mujeres embarazadas; generalmente al presuponer que la paciente no aceptará las pruebas complementarias o tratamientos por miedo a que pueda tener efectos secundarios sobre el feto. En estos casos, se aconseja explicar con claridad el motivo de cada solicitud, los efectos secundarios y el efecto que pueda tener sobre el embarazo; de este modo, la paciente dispone de la información necesaria para decidir si someterse a un tratamiento o a una prueba complementaria. La paciente mencionada en el caso clínico descrito no aceptó hacerse la radiografía de tórax en la primera intervención. Tras la exploración física (compatible con neumonía) y la negativa de la paciente a realizarse la Rx de tórax se pensó en iniciar antibioterapia empírica oral. Tras la pertinente explicación de los motivos de la solicitud y los nulos efectos secundarios que producía sobre el feto, aceptó su realización. Ante los resultados de la radiografía se modifica el tratamiento empírico inicial y se decide el ingreso de la paciente para antibioterapia endovenosa y controles más estrictos.
Bibliografía recomendada.
Albert RK, Spiro SG, Jett JR. Tratado de Neumología.
Fabre E, Tajada M, González de Agüero R. Use of drugs in pulmonary medicine in pregnant women. Clin Pulm Med. 2002;9:20-32.
Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. Clin Infect Dis. 2007;44:S27-72.

2737. NO SÓLO ERA UNA EPISTAXIS

Alarcón Meléndez, M.; Alonso Arana, E.; Urdaniz Rezusta, M.; Izco Medina, R. y García Gorria, M.
MIR 4. Centro de Salud Rochapea/Hospital Virgen del Camino, Pamplona, Navarra.

Descripción del caso. Varón de 27 años con antecedentes personales de rinitis alérgica. Trabaja de limpiador de piscinas (exposición a cloro). Acude a MAP por cuadros de epistaxis recurrente, que fue tratada mediante taponamiento anterior; a la vez se objetivaron cifras de TA muy elevadas (210/120 mmHg) que consiguieron reducirse mediante la administración oral de antihipertensivos. En la última ocasión, al no descender las cifras tensionales, se decide derivar a Servicio de Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias. Analítica de sangre: creatinina 1,9; urea 52; K+ 2,6; Na+ 120; Hb 10,8; VSG 46; FG menos 48; osmolaridad 297; noradrenalina 865; adrenalina 29; dopamina 22; aldosterona 25 (vref: 42-201); PNA 2730; renina 91 (posterior 167). ACP: desdoblamiento segundo ruido foco aórtico. ECG Rs a 94 lpm. HVI con alteración repolarización por probable sobrecarga. Placa de tórax: cardiomegalia global con signos redistribución vascular. Infiltrado en base derecha con línea B Kerley. Derrame pleural derecho y pinzamiento seno costofrénico izquierdo, todo ello sugestivo de insuficiencia cardíaca.
Juicio clínico. Hipertensión cardíaca asociada hipopotasemia. Cardiopatía hipertensiva con signos radiológicos de insuficiencia cardíaca. Insuficiencia renal leve por probable nefropatía hipertensiva. Inició tratamiento con Emconcor cor 2,5 + Renitec y Boi-K, para luego pasar a Rasilez por sospecha en cuestión.
Diagnóstico diferencial. Hipertensión arterial primaria frente a secundaria: renal frente a hiperaldosteronismo.
Comentario final. El paciente está en estudio por probable hipertensión de causa secundaria, en tratamiento con Rasilez por los últimos resultados obtenidos. Las epistaxis vistas en MAP y Servicio de Urgencias deben ser valoradas con rinoscopio por probable etiología local, además de no olvidar las cifras tensionales para descartar patología sistémica.
Bibliografía recomendada.
Celi T, Iyisoy A, Yuksel UC, Karahatay S, Tan Y, Isik E. A new evidence of end-organ damage in the patients with arterial hypertension: Epistaxis? Int J Cardiol. 2009.
Isezuo SA, Segun-Busari S, Ezunu E, Yakubu A, Iseh K, Legbo J, et al. Relatioship between epistaxis and hypertension: a study of patients seen in the emergency units of two tertiary health institutions in Nigeria. Niger J Clin Pract. 2008;11:379-82.

2738. NO VEO, DOCTOR

García Garrido, A.B.[a]; Campo Alegría, L.[b]; Tejada Argáiz, M.[c]; Castelao Bárcena, L.[d]; Vejo Puente, E.[e] y Villaverde Llana, A.[f]
[a,d]MIR 3 MFyC. Centro de Salud José Barros, Camargo, Cantabria; [b,c]MIR 3 MFyC. Centro de Salud Cazoña, Santander; [e,f]MIR 3º MFyC. Centro de Salud Dávila, Santander.

Descripción del caso. Mujer de 48 años que acude por disminución de agudeza visual. Antecedentes: cefalea frontal seguida de visión borrosa ojo izquierdo 10 días antes, que remite, pero se repite posteriormente (de intensidad moderada, predominio frontal y mejora con AINE), afebril. Dos días previos al ingreso clínica similar en ojo derecho.
Exploración y pruebas complementarias. Tª 37,6 Cº, arterias temporales no induradas, pulsos presentes. Agudeza visual: OD: 0,1; OI: 0,05. Es remitida urgente a hospital. Valorada por oftalmólogo: Fondo ojo: desprendimiento de retina exudativo bilateral con desprendimiento coroideo anular (uveítis posterior bilateral aguda). Hemograma: 13.500 leucocitos con desviación izquierda. Bioquímica: glucosa: 125. Mantoux: 0 mm. Serología toxoplasma: IgM-. ANA 1/320. ANCAS-. Rx tórax, eco abdominal, TAC craneal, sin hallazgos patológicos.
Juicio clínico. Uveítis posterior aguda bilateral: coriorretinitis.
Diagnóstico diferencial. 1) Características del brote: inicio (súbito/insidioso), duración (aguda/crónica), patrón (recurrente/no recurrente), actividad inflamatoria (ligera o grave). Ant. número células o turbidez (efecto Tyndall) (1 a 4 +). En post. (células en vítreo y grado de opacificación), aspecto clínico: precipitados queráticos: no granulomatosos (precipitados claros, finos compuestos por linfocitos, células plasmáticas y pigmento) y granulomatosos (mayores, de aspecto graso: linfocitos, células plasmáticas y células gigantes). Crónicas, insidioso, afectación segmento posterior y peor pronóstico, daño visual, respuesta al tratamiento esteroideo. 2) Clasificación anatómica: uveítis anterior: el 60% de todas las uveítis. Uveítis intermedias: 5%-10%. Uveítis posterior: afectan fundamentalmente a la coroides (coroiditis), puede retina (coriorretinitis) e incluso vasos que irrigan parte interna de la retina (vasculitis): 20% del total. Panuveítis: toda la úvea, 15% del total. 3) Etiología de la inflamación: infecciones, síndromes primarios del ojo, enfermedades sistémicas de origen inmune, síndromes de enmascaramiento ("Mascarada").
Comentario final. La úvea es la porción media del ojo. En la uveítis posterior ocurre inflamación de la úvea e inflamación endoocular endógena, también se habla de vitritis, uveítis intermedia, pars planitis, coroiditis o retinocoroiditis. La uveítis causa el 10-15% de casos de ceguera. El 30% es idiopática. Primeros síntomas: 20-50 años; 15-17 casos/100.000. Cierta predisposición genética. Hay que hacer diagnóstico diferencial adaptado a cada paciente y estudio individualizado. Tratamiento intensivo, según la localización y etiología (si se conoce). Siempre manejo por olftalmólogo.
Bibliografía recomendada.
Cano-Parra J, Díaz-Llopis M. Nuevos fármacos en el tratamiento de las uveítis no infecciosas. Arch Soc Esp Oftamol. 2006;81:671-4.
Ferrer E, Torrón C, Ruiz O. Capítulo VIII: Uveitis y endoftalmitis. En: Hondarrubia FM, editor. Oftalmología General. Ebrolibro, SL; 2001. p. 177-85.
Gómez MA, Santos M, Omar M. Uveitis. Capítulo 9. Oftalmología en atención primaria. p. 177-98.
Leibowitz HM. The red eye. N Engl J Med. 2000;343:345.
Muñoz S, Martín E. Cómo, cuándo y qué del tratamiento de la uveitis. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. 2004;5(4):169-79.
Rosenbaum JT. Uveitis: Etiology; clinical manifestations; and diagnosis. UpToDate. 2007.
Segura A. Tratamiento de la enfermedad uveal. Annals d'Oftalmologia. 2004;12(5):290-3.
Wirbelauer C. Gestión de los ojos rojos por el médico de atención primaria. Am J Med. 2006;119(6):302-6.

2752. OSTEONECROSIS DE MANDÍBULA POR BIFOSFONATOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Zapatería García, M.A.; Martínez Seijas, P.; Guardia Urtubia, J.; Moras Pérez, N.; Sada Ruiz, M. y Tobajas Calvo, J.
MIR 3 MFyC. Centro de Salud Tafalla, Navarra.

Introducción. Los bifosfonatos son análogos sintéticos del pirofosfato con acción hipocalcemiante e inhibición de la reabsorción ósea. En general son bien tolerados y rara vez producen efectos secundarios, pero están documentados casos de osteonecrosis mandibular y en menor medida maxilar, asociados especialmente al uso de pamidronato y zoledronato en pacientes oncológicos (metástasis óseas líticas, hipercalcemia maligna, mieloma múltiple y enfermedad de Paget). Paralelamente al incremento de su uso en la osteoporosis posmenopáusica y secundaria a corticoides, también se están describiendo casos de osteonecrosis mandibular en mujeres con osteoporosis posmenopáusica en tratamiento con alendronato y que han sido sometidas a manipulación dental.
Descripción del caso. Paciente de 59 años con osteoporosis generalizada por menopausia precoz a los 42 años y en tratamiento con alendronato 70 mg semanal, que acude a Urgencias por dolor, parestesias y molestias periodontales tras la extracción de un molar con rotura de la pieza dental. Su médico de cabecera le había tratado con antibioterapia oral y AINE durante una semana, sin mejoría. A la exploración física presenta: ligera inflamación de la mucosa oral en la zona de extracción del molar. No abscesos en la zona ni otros signos de infección. Se le realiza ortopantomografía en la que se visualiza una imagen de vidrio esmerilado con osteolisis mal localizada en la zona de extracción. Es valorada por Cirugía Maxilofacial y solicita TAC del segmento mandibular afectado en la que se evidencian zonas de rarefacción ósea con secuestro óseo. Se suspende el tratamiento con alendronato, se realiza desbridamiento del hueso junto con irrigaciones con gel de clorhexidina y se inicia antibioterapia con amoxicilina/clavulánico. Mejoría del cuadro con resolución de la osteonecrosis. La paciente permanece asintomática pero sin poderse realizar implantes dentales ni otras medidas odontológicas invasivas.
Diagnóstico diferencial. Necrosis ósea, osteomielitis.
Juicio clínico. Osteonecrosis de mandíbula.
Comentario final. El uso cada vez más generalizado de los bifosfonatos para el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica en mujeres está provocando un aumento de la osteonecrosis de mandíbula que puede llegar a ser significativo. El desencadenante en la mayoría de los casos es la exposición ósea tras técnicas de manipulación dental y la mala higiene dental, aunque también se han descrito otros factores de riesgo como la radioterapia, el uso de corticoides, etc. Es una patología de difícil tratamiento, por lo que este va encaminado a la prevención y a evitar medidas invasivas (extracción, implantes, etc.) en pacientes con bifosfonatos. Se recomienda la evaluación odontológica del paciente que va a iniciar tratamiento con bifosfonatos y durante el tratamiento deberá realizar visitas periódicas para tratar caries y enfermedades dentales. Una comunicación adecuada entre los profesionales que prescriben bifosfonatos y los odontólogos y/o cirujanos maxilofaciales podría fomentar las medidas preventivas y facilitar la detección temprana de esta complicación.

Bibliografía recomendada.
Farreras- Rozman. Manual de Medicina Interna.
Harrison. Manual de Medicina Interna.
Junquera JM. Diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteonecrosis de los maxilares por bifosfonatos. Recomendaciones de SECOM.
Rosen. Manual de Urgencias.

2845. ACTITUD A SEGUIR ANTE UNA DISLIPEMIA

Arana Alonso, E.[a]; Alarcón Meléndez, M.[b]; Izco Salinas, S.[c]; Urdaniz Rezusta, M.[d]; García Gorria, M.[e] y Osés Primo, R.[f]
[a,b,d]MIR Familia, Centro de Salud Rochapea, Pamplona, Navarra; [c]MIR Familia Chantrea; [e]MIR Familia Azpilagaña; [f]Médico de Familia Centro de Salud Rochapea, Pamplona, Navarra.

Descripción del caso. Mujer de 34 años que acude a consulta de centro de salud por aumento injustificado de peso de unos 15 kg en los últimos 5 meses. Niega consumo de tóxicos, alcohol y productos herbodietéticos.
Exploración y pruebas complementarias. ACP: normal. No bocio. Peso 75 kg. IMC 31. TA 170/114. Analítica sanguínea: colesterol total 499, HDL 37, LDL incalculable, TG 2.830, AST 31, ALT 33, GGT 38. Se deriva a consultas externas de Endocrinología para diagnóstico y tratamiento de la paciente. Esta, en la consulta del endocrino, confirma ingestas abusivas de alcohol.
Diagnóstico diferencial. Dislipemia primaria. Dislipemia secundaria.
Comentario final. Ante el hallazgo de una analítica similar a la del caso expuesto, lo fundamental es clasificar ante qué tipo de dislipemia nos encontramos: dislipemia primaria o secundaria. La clasificación tradicional la estableció Frederickson. Se divide en 6 apartados (I, IIa, IIb, III, IV, V) en función de la fracción lipidíca, la fracción lipoproteica alterada y la banda de electroforesis. Inicialmente esta clasificación resultó útil pero presenta algunos inconvenientes: a) una misma alteración genética puede presentar diferentes expresiones fenotípicas, siendo en realidad la misma enfermedad y a la inversa, y b) se deben clasificar las hiperlipoproteinemias (HLP) en primarias o secundarias, en función de los rasgos clínicos y la etiología. La HLP puede constituir la primera manifestación de una enfermedad subyacente que pasaría desapercibida si se limitase a tratar únicamente la HLP. Los criterios para derivar a un paciente a un segundo nivel son: colesterol total > 400 mg/dl, LDL > 260 mg/dl, HDL < 25 mg/dl, TG > 1.000 mg/dl, dislipemias mixtas graves. El tratamiento (fibratos, estatinas, etc.) se debe seleccionar según: HLP primario: en función de la fracción lipídica que se muestra más alterada; HLP secundario: en función de le enfermedad subyacente.
Bibliografía recomendada.
Austin MA. Triglyceride, small, dense low-density lipoprotein, and the atherogenic lipoprotein phenotype. Curr Atheroscler Rep. 2000;2:200-7.
Brunzell JD, Davidson M, Furberg CD, Goldberg RB, Howard BV, Stein JH, et al; American Diabetes Association; American College of Cardiology Foundation. Lipoprotein management in patients with cardiometabolic risk: consensus statement from the American Diabetes Association and the American College of Cardiology Foundation. Diabetes Care. 2008;31(4):811-22.
Fung M, Frohlich J. Common problems in the management of hypertriglyceridemia. CMAJ. 2002;167:1261-6.

2937. EXPLORACIÓN EN URGENCIAS DE LA MANO CON POSIBLE LESIÓN EN EL NERVIO CUBITAL

Sanchidrián González, M.D.R.[a]; Elena Sorando, E.[b]; Marcos González, A.[c] y Beneito Calatayud, M.[d]
[a]Médico Residente MFyC. Centro de Salud Tórtola. Valladolid; [b]Cirujano Plástico. Hospital Clínico Universitario. Salamanca; [c]Centro de Salud Parquesol. Valladolid; [d]Centro de Salud de Cofrentes. Valencia.

Objetivos. Destacar la importancia de dominar las maniobras de exploración de la mano por el médico de Primaria en el Servicio de Urgencias por posible afectación del nervio cubital al presentar un paciente una herida en la muñeca cuyo aspecto a primera vista no supone lesión nerviosa.
Metodología. Hacemos revisión bibliográfica de manuales impresos y consulta en Red informatizada. Nos apoyamos en material de reprografía y seleccionamos de entre los pacientes que acuden a Urgencias con heridas, aquel que aporta más interés para nuestro estudio.
Resultados. Encontramos que las maniobras al alcance del médico de Primaria sobre exploración física de neuropatía del nervio cubital a nivel de la mano, por cualquiera que sea el mecanismo de producción, lesión inciso-contusa, compresión o aplastamiento, por ser sencillas de realizar y su rentabilidad extraordinaria expresada en términos de eficacia, eficiencia y efectividad, son: signo de Tinel, signo de Froment, test de Allen. La anamnesis debe incluir: exploración de parálisis de los interóseos, la existencia o no de hipoestesia en el área de distribución, atrofia de eminencia hipotecar e impotencia funcional de diferente intensidad.
Conclusiones. Tanto en consulta urgente como en consulta ordinaria el médico de Primaria debe adquirir la habilidad como rutina de realizar la exploración de una posible neuropatía del nervio cubital ante cualquier injuria en su recorrido dada la sencillez, rapidez y bajo coste de tales exploraciones, además reflejar en la historia clínica del paciente los resultados encontrados tanto en la primera visita como sucesivas.

2943. ¡SER LARGO DE ESTILO DE VIDA Y QUEDARSE CORTO DE VISTA!

Sanchidrián González, M.D.R.[a]; Elena Sorando, E.[b]; Marcos González, A.[c] y Beneito Calatayud, M.[d]
[a]Centro de Salud Tórtola. Valladolid; [b]Hospital Clínico Universitario de Salamanca; [c]Centro de Salud Parquesol. Valladolid; [d]Centro de Salud de Cofrentes. Valencia.

Descripción del caso. Alteración de conciencia se define como la incapacidad de respuesta a estímulos externos o necesidades internas. La pérdida de conciencia de etiología tóxica por barbitúricos, alcohol, opiáceos, etc., es debida a una alteración física de las membranas neuronales de las neuronas del córtex cerebral. Describimos el caso de un varón de 31 años, sano, consumidor de drogas y alcohol ocasional, con nivel socioeconómico holgado, que tras estar de fiesta 3 días sin descanso ni diurno ni nocturno se retira a su casa a dormir. Tras levantarse decide acudir al Servicio de Urgencias y cuenta al médico de Urgencias haber dormido 18 horas seguidas levantándose con molestias faríngeas, hemicara derecha inflamada, y al mirarse en el espejo aprecia que no abre por igual el ojo derecho y el izquierdo.
Exploración física y pruebas complementarias. Exploración físico-neurológica: presenta pupilas anisocóricas con miosis, ptosis y enoftalmo en ojo derecho, hipoalgesia submandibular, pabellón auricular, hemicuello y proximal en miembro superior derecho, sin pérdida de fuerza en las extremidades, con reflejos normales. Refiere consumir tóxicos las 2 noches previas. Resto de exploración normal. Analítica: CPK 4.000, LDH 525, hemograma, sistemático de orina y hormonas tiroideas normales. Serología vírica negativa para virus A, B, C y D. Tóxicos en orina positivos a opiáceos, cocaína, benzodiazepinas y etanol. Rx de tórax normal.
Juicio clínico. La anamnesis es el pilar fundamental del diagnóstico, debe recogerse información de testigos o del propio enfermo en intervalos lúcidos. La plexopatía braquial da síntomas clínicos mixtos, sensitivos y motores en la extremidad superior secundarios a compresión de los estrechos anatómicos de la abertura torácica. Afecta a músculos y sensibilidad del borde cubital de la mano, flexores de los dedos, antebrazo y da un síndrome de Claude Bernard-Horner; dicho síndrome en este paciente tras realizar RMN con contraste se constata que fue provocado por miopatía poscompresiva o posdistensión de músculo prevertebral y escaleno anterior derecho durante el sueño, debido a falta de cambios posturales. El diagnóstico diferencial se hizo con procesos infecciosos retrofaríngeos, lesiones ocupantes de espacio a nivel cerebral y del cuello (tumorales, linfomas) y efectos tóxicos secundarios al consumo de drogas.
Comentario final. El paciente politoxicómano es mentiroso, raramente cuenta las drogas que mezcla y en este caso la detección de drogas fue necesaria para hacer una aproximación diagnóstica.
Bibliografía recomendada.
Bixler EO, Vela-Bueno A. Normal sleep: patterns and mechanisms. Semin Neurol. 1987;7:227-35.
Cremer SA, Thompson HS, Digre KB, et al. Hidroxyamphetamine mydriasis in Horner's syndrome. Am J Ophthalmol. 1990;110:66-71.
Farreras Rozman. Tratado de Medicina Interna. 12ª ed. Volumen II. p. 1326-79.
Kardon R. Are we ready to replace cocaine with apraclonidine in the pharmacologic diagnosis of Horner syndrome? J Neuroophthalmol. 2005; 25(2):69-70.
Outcome of non-traumatic coma. Lancet. 1981;2:507-8.
Shirley HW. Neurooftalmología: campos visuales, nervio óptico y pupila. En: Pavan-Langston D, editor. Manual de diagnóstico y terapéutica oculares. 3ª ed. Masson-Salvat; 1993.

2975. MESOTELIOMA, PATOLOGÍA COMPLEJA DE SOSPECHAR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIAS...

Sanchidrián González, M.D.R.[a]; Elena Sorando, E.[b]; Marcos González, A.[c] y Beneito Calatayud, M.[d]

[a]Centro de Salud Tórtola. Valladolid; [b]Hospital Clínico Universitario. Salamanca; [c]Centro de Salud Parquesol. Valladolid; dCentro de Salud de Cofrentes. Valencia.

Descripción del caso. Introducción: presentamos 2 casos de mesotelioma de distinta localización y nos preguntamos: ¿alguno de ellos podría ser considerado como enfermedad profesional, o los dos? Caso1: paciente de 58 años, profesión fontanero, sin alergias, intervenido de úlcera gástrica antral y de hígado, fumador, bebedor de 30 años, acude a Urgencias por astenia progresiva en los últimos 7 meses con disnea de reposo los 8 días previos a la consulta, tos y escasa expectoración, febril 38,2 ºC, sin dolor torácico ni síndrome vegetativo. Exploración: TA 106/72, SaO_2 92% basal, FC 107 lpm. Consciente, orientado, poco colaborador, sin aseo personal, caquéctico, boca séptica. Neurológica: dificultad para el lenguaje, resto sin interés. AC: rítmico sin soplos. AP: tórax longilineo, disminución de murmullo vesicular con matidez bibasal y roncus. Abdomen: blando, no doloroso, 2 cicatrices poscirugía con dureza pericicatricial con 2 nódulos de 1 cm, aproximadamente, alrededor de la sutura. Palpamos ascitis. EEII: no edemas, pulsos y reflejos presentes. Caso 2: paciente de 76 años, profesión camarero, sin alergias, ACV antiguo, escoliosis lumbar, flebitis en pierna derecha, intervenido de próstata. Acude a Urgencias por presentar disnea a mínimos esfuerzos y dificultad respiratoria 72 horas previas al ingreso. Exploración por aparatos: afebril, disnea y tos con expectoración los días previos. No náuseas, pero dice que tras la ingesta del desayuno solía vomitar. No síndrome miccional. No palpitaciones, no dolor torácico. AP locomotor sin interés, piel y mucosas normocoloración. FC 99 lpm, TA 118/79, SaO_2 93% Tª 36,1 ºC. Cabeza y cuello: exploración neurológica por pares normal, no ingurgitación yugular, carótidas isopulsátiles. Tórax: corazón rítmico. Disminución del murmullo vesicular en base derecha. Abdomen: sin interés. EEII: ligero edema en extremidad inferior derecha, pulsos periféricos normales, no se palpa cordón venoso. Piel: lesiones en espalda compatibles con herpes zóster. Rx de tórax: derrame pleural derecho.

Exploración y pruebas complementarias. Primaria aportó: temperatura, tensión arterial, saturación O_2, inspección y palpación por aparatos, analítica, ECG, Rx de tórax y abdomen, doppler venoso de extremidades, Clotest, espirometría y ecografía abdomen. Atención Especializada aporta al diagnóstico definitivo: broncoscopia, TAC torácica, biopsia con examen citológico y PAAF.

Juicio clínico. El diagnóstico definitivo fue mesotelioma peritoneal (caso1) y mesotelioma pleural (caso 2). El diagnóstico diferencial se estableció con: tumores primarios pleurales y peritoneales, así como con tumores metastáticos, derrame pleural y procesos cavitarios del pulmón.

Comentario final. El médico/enfermera de Atención Primaria son quienes coordinan las patologías crónicas del individuo de su comunidad, pero sin duda la Atención Especializada es imprescindible en ciertas patologías donde Primaria tiene copada la capacidad de solicitar pruebas diagnósticas específicas.

Bibliografía recomendada.

Bonassi S, Hagmar L,Strömberg U, et al. Chromosomal aberrations in lymphocytes predict human cancer independently of exposure to carcinogens. European Study Group on Cytogenetic Biomarkers and Health. Cancer Res. 2000;60:1619-25.

Hammar SP. Macroscopic, histologic, histochemical, immunohistochemical, and ultrastructural features of mesothelioma. Ultrastruct Pathol. 2006;30:3-17.

Peto J, DeCarli A, La Vecchia C, Levi F, Negri E. The European mesothelioma epidemic. Br J Cancer. 1999;79:666-72.

3041. ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO. A PRÓPOSITO DE UN CASO

Clemos Matamoros, S.[a]; Lucas Lerga, F.J.[b]; Sánchez Hernández, B.[c]; Sánchez Martínez, A.C.[d] y Pérez Feito, D.[e]

[a,e]Centro de Salud Tudela Este; [b,d]Hospital Reina Sofía, Tudela; [c]Centro de Salud Tudela Oeste.

Descripción del caso. Paciente de 43 años, acude a consulta de Atención Primaria por referir cuadro de 48 horas de evolución, consistente en lesiones cutáneas máculo-papulosas, no pruriginosas, de predominio en extremidades y tronco. No antecedente de ingesta alimentaria o fármacos como causa precedente. Se objetiva que las lesiones dérmicas desaparecen a la vitropresión. A nivel bucal presenta a su vez rágades y costras periorales. Se etiqueta de probable reacción urticarial pautándose tratamiento con corticoide oral en pauta descendente + antihistamínico. Acude 2 meses más tarde, refiere que experimentó mejoría con el tratamiento pero al finalizar éste, nueva aparición de lesiones dérmicas así como malestar general, artromialgias generalizadas y sensación distérmica con febrícula termometrada y odinofagia de 2-3 días.

Exploración y pruebas complementarias. TA: 130/87, Tª: 37,4 ºC. Sequedad de mucosas. Lesiones máculo-papulares en brazos y región lumbar. Faringe hiperémica. Adenopatías cervicales múltiples. Dolor palpación cara lateral externa ambas rodillas y tibial anterior, con signos flogóticos. Edemas pretibiales y en muñeca izquierda. Se solicitan: analítica con autoanticuerpos, serologías, VSG, factor reumatoide, PCR y frotis faringoamigdalar. Rx: rodillas, muñecas y tórax.

Resultados. Hb:11,2, trombocitosis 502, VSG 119, PCR 77,2. Ferritina: 4.200. ANAs y FR negativos. Resto de pruebas sin hallazgos.

Juicio clínico. Enfermedad de Still del adulto.

Diagnóstico diferencial. Infecciones víricas: hepatitis, rubéola, parvovirus, Coxsackie, citomegalovirus y enfermedad de Lyme. Desórdenes granulomatosos: hepatitis granulomatosa, sarcoidosis y enfermedad de Crohn. Arteritis granulomatosa de Wegener o Takayasu.

Comentario final. La enfermedad de Still es un desorden inflamatorio multisistémico de origen desconocido caracterizado por episodios diarios de fiebre, rash cutáneo, artralgia/artritis y mialgia. Se trata de una enfermedad bastante rara y afecta predominantemente a adultos entre 15 y 45 años. La evolución habitual es en brotes separados incluso por años. El peor pronóstico es para los pacientes con comienzo poliarticular y artritis de articulaciones proximales (hombro y cadera). Del 25% de los casos hay buena respuesta a tratamiento con AINE y/o ácido acetil salicílico en dosis altas que deben mantenerse hasta 3 meses después de la remission de fase aguda. Hasta en un 40% se requiere uso de CE sistémicos. En enfermedad crónica se ha utilizado el metotrexato por vía oral. Otros fármacos de segunda intención como sales de oro, D-penicilamina y azatioprina deben ser reservados para los casos más graves. Últimamente se ha experimentado exitosamente terapia anti-TNF en casos de enfermedad refractaria.

Bibliografía recomendada.

Kumakura S, Ishikura H, Munemasa S, et al. Adult onset Still's disease associated hemophagocytosis. J Rheumatol. 1997;24:1645-7.

Nguyen K, Weisman M. Severe sore throat as a presenting symptom of adult onset Still's disease: a case series and review of the literature. J Rheumatol. 1997;24:592-7.

Ramos Casal M. Enfermedades autoinmunes sistémicas y reumatológicas. Masson; 2005.

Rojas-Rodríguez J. Enfermedades autoinmunes sistémicas y reumatológicas. Doyma; 1998.

Yamaguchi M, Ohta A, Tsunematsu T, et al. Preliminary criteria for classification of adult Stills disease. J Rheumatol. 1991;424:30.

3043. RUBÉOLA EN EL ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Clemos Matamoros, S.[a]; Sánchez Hernández, B.[b]; Lucas Lerga, F.J.[c]; Pérez Feito, D.[d] y Sánchez Martínez, A.C.[e]

[a,d]Centro de Salud Tudela Este; [b]Centro de Salud Oeste; [c,e]Hospital Reina Sofía, Tudela.

Descripción del caso. Mujer de 29 años, de origen mexicano, con residencia en España desde hace 4 meses. Acude a consulta de Primaria por cuadro febril de 39 ºC y odinofagia de 48 horas de evolución. Se le pauta tratamiento con AINE (ibuprofeno 600 mg cada 8 horas) en el contexto de probable viriasis. Acude de nuevo 24 horas después por persistencia de la fiebre, así como malestar general y aparición de exantema generalizado de carácter pruriginoso. Refiere que en un principio solo afectó a la cara y se extendió rápidamente al resto del cuerpo.

Exploración y pruebas complementarias. Faringe: amígdalas hipertróficas y eritematosas. Palpación de adenopatía laterocervical derecha dolorosa a la palpación. Exantema generalizado eritematoso máculo papular. Auscultación cardio-pulmonar normal. Resto sin hallazgos. Pruebas complementarias: se solicita hemograma, bioquímica con enzimas hepáticas, serologías para virus Epstein-Barr, sífilis, rubéola, hepatitis A y B. Cuatro días después de la solicitud de serologías vuelve a consulta por aparición de artralgias en manos sin signos inflamatorios

ni flogosis. El exantema sigue igual. Los resultados analíticos son normales y las serologías negativas, Paul Bunnel negativo. Se recogen nuevas muestras, sangre para serología y cultivo, así como exudado faríngeo y orina que confirma el diagnóstico.
Juicio clínico. Rubéola.
Diagnóstico diferencial. Virus: sarampión, VIH (fase inicial), mononucleosis infecciosa (VEB), exatema súbito (VH6), eritema infeccioso (parvovirus B_{19}), CMV, VHA, VHB. Bacterias: escarlatina (S. pyogenes), sífilis secundaria, leptospirosis. Rickettsias: fiebre exantemática mediterránea, tifus murino, Coxiella.
Comentario final. Desde la introducción de la vacuna contra la rubéola, la incidencia de esta enfermedad vírica ha disminuido en más del 99%. En la actualidad la mayoría de los casos se producen en adultos no vacunados previamente. En España se ha objetivado un aumento de la incidencia desde el 2003, la mayoría de casos en inmigrantes, siendo sobre todo mujeres en edad reproductiva, procedentes de Ecuador, Colombia, República Dominica y Argentina. De esto se deduce la importancia de un programa de vacunación dirigido a inmigrantes, así como campañas de educación para la prevención de la rubéola congénita y programas de asesoramiento para profesionales de la salud.
Bibliografía recomendada.
American Academy of Pediatrics. Rubella. En: Peter G, editor. 2000 Red Book: report of the Committee on Infectious Diseases. 25th ed. ElK Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1994. p. 406-12.
Bell LM. German Measles (third disease rubella). En: Schwartz MW, editor. The 5 minute Pediatric Consult. Philadelphia: Ed. Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
Centers for Disease Control and Prevention. Control and prevention of rubella: Evaluation and management of suspected outbreaks, rubella in pregnant women and surveillance for congenital rubella syndrome. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2001;50 (RR-12):1-23.
Centers for Disease Control and Prevention. Measles, rubella and congenital rubella syndrome-United States and Mexico, 1997-1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2000;49:1048-50.
Delgado A, Aristegui J, Garate J, et al. Exantemas víricos en la infancia. Dermatosis por virus. En: Armijo M, editor. The Wellcome Foundation. Madrid: Ed Emisa; 1990.
Gregg N. Congenital cataract following German measles in the mother. Trans Ophtalmol Soc Aust. 1941;3: 35-46.

3046. TEMBLOR INESPECÍFICO EN ADULTO JOVEN, A PROPÓSITO DE UN CASO

Clemos Matamoros, S.[a]; Lucas Lerga, F.J.[b]; Sánchez Martínez, A.C.[c]; Sánchez Hernández, B.[d] y Pérez Feito, D.[e]
[a,c,e]Centro de Salud Tudela Este; [b]Hospital Reina Sofía, Tudela; [d]Centro de Salud Tudela Oeste.

Descripción del caso. Varón de 36 años, en seguimiento en consultas de Atención Primaria por cuadro de temblor en brazo derecho de ya 3 meses de evolución, limitado en un primer momento a mano y aparición en reposo, aumentando en intensidad y extensión a brazo contralateral. Asocia astenia, insomnio y aumento de sudoración.
Exploración física. Escasa expresividad de facies, sudoración profusa y continua. ACP: normal, abdomen anodino. Temblor de reposo en EESS más marcado en lado derecho. Exploración neurológica: bradipsiquia con disminución del parpadeo, pupilas IC/NR, resto de PPCC normales. Fuerza y sensibilidad conservadas. Rigidez en rueda dentada, test de Froment positivo. Temblor de reposo que no desaparece con la manipulación de objetos.
Pruebas complementarias. Hemograma y perfil bioquímico con enzimas hepáticas, Rx de tórax, ECG y TC craneal. Todos los resultados dentro de la normalidad. Se solicita interconsulta con Neurología ante progresión del cuadro para la filiación. Solicitan RMN cerebral donde se objetiva: lesión a nivel de ganglios basales con afectación bilateral compatible con probable cuadro de enfermedad metabólica o por depósito. Se solicita entonces nueva analítica con bioquímica especial y orina: ceruloplasmina sérica y cobre plasmático descendido así como cupruria elevada. Se realiza examen ocular con lámpara de hendidura así como biopsia hepática, confirmándose el diagnóstico.
Juicio clínico. Enfermedad de Wilson.
Diagnóstico diferencial. Corea de Huntington juvenil, enfermedad de Parkinson juvenil, atrofias multisistema (Shy-Drager), parálisis supranuclear progresiva, enfermedad de Hallevarden-Spatz, síndrome rígido-acinético secundario: yatrógeno, tóxico exógeno.
Comentario final. La enfermedad de Wilson es una enfermedad con herencia AR, relacionada con la alteración en proteína ligada a membrana, encargada de transporte del cobre. La afectación neurológica debuta en adolescencia y adulto joven, y condiciona afectación hepática siempre, aunque esta sea asintomática. Inicialmente se presenta como temblor, disartria, sialorrea, incoordinación y ataxia. En estadios mas tardíos, disfagia orofaríngea, distonías, espasticidad, rigidez e incluso convulsiones. Se debe establecer sospecha clínica de dicha enfermedad ante todo paciente joven con síndrome rígido-acinético. En el 100% de los pacientes con clínica neurológica aparece en la exploración ocular en anillo de Kayser-Fleischer. El diagnóstico definitivo se realiza con biopsia hepática. El tratamiento debe perdurar de por vida, dieta pobre en cobre (hígado, marisco, nueces, chocolate, setas, etc.), y fármacos quelantes de cobre como penicilamina, en la actualidad ya en desuso, utilizando fármacos como trientina 1 g/día. En estadios finales estos pacientes requieren de trasplante hepático ante fallo fulminante o encefalopatía hepática.
Bibliografía recomendada.
AASLD Guideline. A practice guideline on Wilson disease. UpToDate. 2005.
Moser HW, et al. Wilson's disease. 1993-2005 MedLink Neurology.
Robertson WM. Wilson's disease. Arch Neurol. 2000;57(2):276-7.
Brewer GJ, Yuzbasiyan-Gurkan V. Wilson disease. Medicine (Baltimore). 1992;71(3):139-64.
O'Reilly S, Weber PM, Oswald M, Shipley L. Abnormalities of the physiology of cooper in Wilson's disease. 3. The excretion of cooper. Arch Neurol. 1971;25:28-32.
Harrison. Principios de Medicina Interna. 15ª ed. Ed. McGraw-Hill-Interamericana.

3074. AMAUROSIS BINOCULAR INTOXICACIÓN O ENVENENAMIENTO

Sánchez Pérez, I.M.; González Rodríguez, T.; Matarin Requena, I.; Moreno Fernández, R.; Rivas López, M.J. y Quesada Costilla, E.
Centro de Salud Área III de Lorca.

Descripción del caso. Paciente de 39 años de nacionalidad ecuatoriana que viene a consulta de Atención Primaria con cuadro de pérdida de visión binocular de forma brusca. No antecedentes de interés. Hábitos tóxicos: alcohol, drogas, no fumador. En anamnesis el paciente refiere haber estado bebiendo cerveza y una bebida casera de licor de naranja con coco de forma compulsiva el día de antes hasta perder la consciencia.
Exploración y pruebas complementarias. En la exploración no presenta focalidad neurológica ni dolor ocular. Se deriva a Urgencias para ingreso y valoración por Neurología y Oftalmología para realización de pruebas complementarias (analítica, campimetría, TAC).
Juicio clínico. Amaurosis binocular por probable intoxicación por metanol.
Diagnóstico diferencial. Oclusión arterial retiniana, obstrucción venosa, neuritis óptica, hemorragia vítrea, desprendimiento de retina, uveítis posterior, papiledema secundario a hipertensión intracraneal, etc.
Comentario final. La fermentación de jugos azucarados implementada para la obtención de bebidas alcohólicas, además de etanol, produce también cantidades variables de metanol y otros compuestos volátiles. El metanol es una sustancia altamente tóxica y la absorción, aun de poca cantidad, puede llevar a la muerte si la consulta o el tratamiento no se dan a tiempo y de manera adecuada. Puede dejar secuelas como ceguera irreversible, lesiones neurológicas graves o, en el peor de los casos, producir la muerte.
Bibliografía recomendada.
Glaser JS. Neuroftalmología. 2ª ed. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Masson, Salvat.
Negredo Bravo LJ, Arribas García RA. Patología oftalmológica. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria. 5ª ed. 2003. p. 1515-21.
Patten J. Neurological differential diagnosis. 2nd ed. Ed. Springer; 1996.

3112. CRISIS HIPERTENSIVA

García Garrido, A.B.[a]; Campo Alegría, L.[b]; Tejada Argáiz, M.[c]; Vejo Puente, E.[d]; Castelao Bárcena, L.[e] y Villaverde Llana, A.[f]
[a,e]R3 MFyC. Centro de Salud José Barros, Camargo, Cantabria; [b,c]R3 MFyC. Centro de Salud Cazoña, Santander, [d,f]R3 MFyC. Centro de Salud Dávila, Santander.

Descripción del caso. Varón de 44 años derivado desde centro de salud por crisis hipertensiva que se acompaña de cefalea frontal y hemi-

craneal derecha, aparición de parálisis facial sugestiva de periférica, sin cuadro visual previo. Refiere después de moderado esfuerzo. No otra sintomatología acompañante: no disnea, no dolor torácico, no palpitaciones, no mareos. AP: fumador de 2 paquetes/día. Síndrome dependencia OH (consumo > 120 g OH/día), obesidad, HTA de larga evolución (unos 5 años), con mal control, sin tratamiento en la actualidad (lo suspendió hace años). AF: cardiopatía 2 hermanos.

Exploración y pruebas complementarias. TA: máxima 210/130. NRL: parálisis facial periférica derecha. FO: signos de cruce, no otros hallazgos. ORL: no afectación pabellón auricular. EEII: edemas en tercio distal bilateral, sin fóvea. Resto: normal. Analítica: función renal > 60 ml/min. Hemograma: 9.400 leucocitos. Hb: 16,5. Orina: microalbuminuria : 22,3 mg/l. Creatinina en orina: 119mg/dl. Rx de tórax: no cardiomegalia. ECG: signos de HVI. TAC craneal: áreas hipodensas bien definidas, sugestivas de ACVs lacunares. Signos incipientes de atrofia cortical, posiblemente en relación con su hábito tóxico (OH). Tras tratamiento en las 24 horas siguientes (IECA+ diurético+ calcioantagonista) se obtienen cifras de TA en 160/100. Alta con: enalapril 20 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg/24 h. Control en consulta de Nefrología con analítica y eco-doppler renal. El paciente vuelve al Servicio de Urgencias pasadas 24 h por TA de 220/130, estando asintomático y con TA 150/110 a su llegada al Servicio de Urgencias del Hospital. Se añade al tratamiento: amlodipino 10 mg/24 h.

Juicio clínico. Crisis hipertensiva. HTA esencial y repercusión visceral.

Diagnóstico diferencial. Crisis hipertensiva: elevación brusca y aguda de la PA (> 210/120 mmHg) que motiva consulta urgente. Tipos de crisis: 1) Emergencias hipertensivas: daño agudo de algún órgano diana; tratamiento hospitalario en el menor tiempo posible. 2) Urgencias hipertensivas: sin evidencia de daño agudo en órganos diana; no compromiso vital inmediato; reducción de la TA en 24-48 h. 3) Hipertensión no complicada y transitoria relación con: dolor, ansiedad, deprivación alcohólica, drogas, etc.; tratar la causa que lo origina.

Comentario final. HTA grado 2-3 con, al menos, 3 factores de riesgo: tabaquismo, enfermedad cardiovascular familiar precoz, obesidad abdominal. Síndrome de dependencia OH. Lesión orgánica subclínica y secuelas de infarto lacunar antiguo en TAC. Estratificación del riesgo: riesgo añadido muy alto. Medidas: tratamiento inmediato y cambios en el estilo de vida. Tratamiento recomendado por las guías: combinación de 2 fármacos y posteriormente se añade tercer fármaco. Misión del Médico de Familia: diagnóstico correcto (técnica correcta de medida de TA/MAPA/AMPA), valorar estilo de vida, el cumplimiento terapéutico, identificar y tratar otros factores de riesgo cardiovascular, buscar HTA secundaria, evaluar lesión de órgano diana y enfermedad asociada. Cuando esto no se logre: considerar la derivación a un especialista en HTA.

Bibliografía recomendada.

Gómez Alamillo C, Fernández Fresnedo G. Enfermedades nefrourinarias (IV). Medicine. 2007;5249-313.

Guía Española de Hipertensión Arterial 2005. Hipertensión. Volumen extraordinario 2:1-84.

Stergiou G, Mengden T; Working Group on Blood Pressure Monitoring of the European Society of Hypertension. Self monitoring of blood pressure at home. BMJ. 2004;329:870-1.

2007 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens. 2007;25:1105-95.

3133. ERUPCIÓN CUTÁNEA EN EEII

Torrubia Fernández, M.J.[a]; Genique Martínez, R.[b]; Gracia Aznar, A.[c]; Gracia Tonel, P.[d]; Latorre Ginés, V.[e] y Peña León, I.[f]

[a,f]Centro de Salud San José Centro, Zaragoza; [b,c,d,e]Centro de Salud San José Norte, Zaragoza.

Descripción del caso. Ámbito mixto. Varón de 29 años que acude a su Médico de Familia por presentar desde hace 20 días lesiones papulosas, violáceas y dolorosas en dorso de pie izquierdo y sobre cicatrices de cirugía de tobillo derecho.

Exploración y pruebas complementarias. Temperatura: 36,9 ºC. Radiografía de tórax: aumento hiliar bilateral. Prueba de tuberculina negativa. Intervenciones quirúrgicas: tobillo derecho. Auscultación cardio-pulmonar: ruidos cardíacos rítmicos 68 lpm, normoventilación. Abdomen: no doloroso, sin aparentes masas ni visceromegalias. Lesiones eritematosas, sobreelevadas e induradas en tercio distal de ambas extremidades inferiores, dolorosas a la palpación, pedios presentes, subedema, no signos de trombosis venosa profunda. Bioquímica sin alteraciones, leucocitos 11,8, neutrófilos 72%. Se le remite a Urgencias donde se realizaron: radiografía de abdomen: luminograma intestinal inespecífico. *TAC toracoabdominal:* adenopatías hiliares simétricas de gran tamaño acompañadas de adenopatías paratraqueales y en ventana aortopulmonar, así como subcarínicas y preaórticas. *Mediastinoscopia:* adenopatía de gran tamaño de aspecto granuloso sin caseum; histología compatible con sarcoidosis.

Juicio clínico. Eritema nodoso. Sarcoidosis pulmonar estadio I.

Diagnóstico diferencial. Tuberculosis, aspergilosis, criptococosis, histoplasmosis, enfermedad de Hodgkin.

Comentario final. La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica, de etiología desconocida, caracterizada por la acumulación en diferentes órganos, principalmente el pulmón, de granulomas formados por linfocitos T y macrófagos.Los corticoides aceleran la desaparición de los síntomas, los trastornos fisiológicos y los cambios radiográficos. El 10% de los pacientes que precisan tratamiento no responde a las dosis habituales de corticoides y deben recibir metotrexato durante 6 meses. El eritema nodoso es una paniculitis septal sin vasculitis y se localiza con preferencia en áreas pretibiales.

Bibliografía recomendada.

Requena L, Yus ES. Erythema nodosum. Dermatol Clin. 2008;26(4): 425-38.

Mert A, Kumbasar H, Ozaras R, Erten S, Tasli L, Tabak F, et al. Erythema nodosum: an evaluation of 100 cases. Clin Exp Rheumatol. 2007; 25(4):562-70.

Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 14ª ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 1301-5.

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison Manual de Medicina. 16ª ed. Madrid: McGraw Hill; 2005. p. 854-6.

3139. GLUCOSURIA RENAL PRIMARIA

Fabré Folch, E.; López Torruella, D.; Mussoll Segura, J.; Marta Becerra, V.; Calvo Doblado, M. y Voss, D.

Consorci Sanitari del Maresme. ABS Cirera-Molins.

Descripción del caso. Paciente de 21 años sin alergias medicamentosas ni antecedentes patológicos de interés. Antecedentes familiares de diabetes mellitus (abuela). En un control rutinario de orina se detecta glucosuria > 1.000 mg/dl (valores referencia 0-25 mg/dl). El chico está totalmente asintomático, no polidipsia ni poliuria. Exploración física anodina.

Exploración y pruebas complementarias. Analítica general, ionograma, calcio y glucosa en sangre normal. Curva de tolerancia a la glucosa normal. Posteriormente se le realiza ecografía renal, sin alteraciones. La glucosuria persiste en controles analíticos posteriores.

Diagnóstico diferencial. Glucosuria renal primaria. Sjögren. Fanconi. Diabetes mellitus.

Juicio clínico. Glucosuria renal primaria.

Comentario final. La glucosuria renal se debe a un defecto del cotransportador de glucosa/sodio con herencia autosómica recesiva, dando como resultado glucosuria aislada. Se descarta diagnóstico de diabetes mellitus según los criterios de Marble: glucosuria en ausencia de hiperglicemia; glucosuria constante en escasa fluctuación dependiente de dieta; prueba de tolerancia oral a la glucosa normal; identificación de sustancias y utilización normales de hidratos de carbono. La glucosuria sigue una evolución benigna, pero a veces es muy intensa y puede dar poliuria y polidipsia. Aún más raro, puede desarrollar deshidratación y cetosis, como ocurre durante el estrés del embarazo y ayuno.

Bibliografía recomendada.

Bagga A, Bajpai A, Menon S. Approach to renal tubular disorders. Indian J Pediatr. 2005;72(9):771-6.

Bridoux F, Kyndt X, Abou-Ayache R, et al. Proximal tubular dysfunction in primary Sjögren's syndrome: a clinicopathological study of 2 cases. Clin Nephrol. 2004;61(6):434-9.

Brodehl J, Oemar BS, Hoyer PF. Renal glucosuria. Pediatr Nephrol. 1987;1(3):502-8.

Brown GK. Glucose transporters: structure, function and consequences of deficiency. J Inherit Metab Dis. 2000;23(3):237-46.

Kavukçu S, Türkmen M, Uzuner N. Hypercalciuria in renal glucosuria. Acta Paediatr Jpn. 1996;38(1):72-4.

Magen D, Adler L, Mandel H, Efrati E, Zelikovic I. Autosomal recessive renal proximal tubulopathy and hypercalciuria: a new syndrome. Am J Kidney Dis. 2004;43(4):600-6.

Oemar BS, Byrd DJ, Brodehl J. Complete absence of tubular glucose reabsorption: a new type of renal glucosuria (type 0). Clin Nephrol. 1987;27(3):156-60.
Principios de Medicina Interna Harrison. Ed. 13. Volume II. Isselbacher, Braunwald, Wilson, Martin, Fauci, Kasper.
Van den Heuvel LP, Assink K, Willemsen M, Monnens L. Autosomal recessive renal glucosuria attributable to a mutation in the sodium glucose cotransporter (SGLT2). Hum Genet. 2002;111(6):544-7.

3147. OBNUBILACIÓN Y CEFALEA EN MUJER JOVEN

Gracia Aznar, A.[a]; Gracia Bonel, P.[b]; Latorre Ginés, V.[c]; Peña León, I.[d]; Torrubia Fernandez, M.J.[e] y Genique Martínez, R.[f]
[a,b,c,f]Centro de Salud San José Norte, Zaragoza; [d,e]Centro de Salud San José Centro, Zaragoza.

Descripción del caso. Mujer de 27 años, sin antecedentes de interés, que acude a nuestra consulta, estando previamente sana, refiriendo cefalea occipital, náuseas, vómitos, parestesias en EESS, fono y fotofobia de 3 horas de evolución.
Exploración y pruebas complementarias. A la exploración se aprecia disartria, disminución de la agudeza visual y obnubilación progresiva con febrícula, por lo que se decide derivar a Urgencias, donde se le realizan (Urgencias y planta Neurología) las siguientes pruebas: hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, ácido fólico y vit B_{12}, vit A, punción lumbar, TAC cerebral, RMN cerebral, angio-RMN, ecocardiograma transtorácico y transesofágico, doppler transcraneal, potenciales evocados visuales, electrorretinograma y estudio de hipercoagulabilidad, destacando déficit ligero de ácido fólico y vit B_{12} y foramen oval permeable.
Juicio clínico. Cefalea vascular. Probable episodio de migraña basilar.
Diagnóstico diferencial. Meningitis aguda. Infarto tromboembólico en troncoencéfalo. Hemorragia subaracnoidea. Lesión ocupante de espacio en fosa posterior.
Comentario final. La migraña basilar es una variante de migraña con aura, de carácter episódico, diagnóstico de exclusión y pronóstico bueno, si bien está demostrado que las migrañas con aura elevan el riesgo cardiovascular.
Bibliografía recomendada.
Bickerstaff ER. Basilar artery migraine. Lancet. 1999;1:15-7.
Evans RW, Linder SL. Management of basilar migraine. Haedache. 2002;42:383-4.
Panayiotopoulos CP. Basilar migraine. Neurology. 2002;41:1707.

3169. DOCTOR, NO PUEDO TRAGAR PAN

Torrubia Fernández, M.J.; Mozota Moneva, E.; Terrón Sánchez, C. y Peña León, I.
Centro de Salud San José Centro, Zaragoza.

Descripción del caso. Paciente de 68 años que acude por presentar desde hace 3 semanas dificultad para tragar sólidos y episodios en el que le refluyen alimentos por la nariz. No refiere pérdida de peso. Antecedentes personales de dislipemia, hipertensión arterial, AC × FA, valvulopatía mitral, portador de marcapasos. No fumador.
Exploración y pruebas complementarias. No sialorrea. No síndrome constitucional. No adenopatías laterocervicales. ACP: rítmico, no soplos. Normoventilación. Faringe: no eritematosa, úvula centrada. Radiografía de tórax: no alteraciones pleuroparenquimatosas de evolución aguda. EGD: afilamiento de bario en su tránsito hiatal, a modo de "cola de ratón", con vaciamiento mecánico por gravedad. Sugiere acalasia en estadio no avanzado. Estómago normotónico, con buena dinámica. No alteraciones parietales ni intraluminales. No se observó reflujo gastroesofágico durante el estudio.
Juicio clínico. Acalasia.
Diagnóstico diferencial. Carcinoma de esófago. Esofagitis por reflujo. Anillo esofágico inferior. Acalasia. Espasmo difuso.
Comentario final. La acalasia es un trastorno motor esofágico de etiología desconocida caracterizado por la ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico y disfunción del esfínter esofágico inferior, que se muestra incapaz de relajarse tras la deglución. Es una entidad infrecuente, que suele debutar entre la tercera y la quinta décadas de la vida. El síntoma principal es la disfagia, en muchos casos de larga evolución e intermitente, tanto para sólidos como para líquidos, a veces acompañada de dolor torácico, pirosis o regurgitación de los alimentos ingeridos, y puede conducir a una pérdida ponderal importante y desnutrición. En la actualidad no existe tratamiento etiológico de la acalasia. Dentro de las medidas generales hay que tener en cuenta las encaminadas a mantener una buena nutrición del paciente. Algunos fármacos han demostrado poseer capacidad relajante de la musculatura lisa del EEI, como los nitratos, de acción corta y prolongada, y los antagonistas del calcio. Las dilataciones neumáticas se utilizan con la finalidad de conseguir el desgarro de las fibras musculares que constituyen el EEI. Existe tratamiento quirúrgico, y es la esofagomiotomía extramucosa anterior o técnica de Séller con una técnica antirreflujo total o parcial asociada. En los últimos años se ha comenzado a utilizar la inyección intraesfinteriana de toxina botulínica en el tratamiento de la acalasia.
Bibliografía recomendada.
Arguelles Arias F, García Montes JM, Herrerías Gutierrez JM. Alteraciones motoras esofágicas. Medicine. 2008;10(1):20-7.
Bonavina L, Nosadini A, Bardini R, et al. Primary treatment of esophageal achalasia. Arch Surg. 1992;127:222-7.
Farreras Rozman, et al. Acalasia esofágica. Tratado de Medicina Interna. 15ª ed. Sección 2. Cap 20. España: Ediciones Harcourt; 2003. p. 354-9.

3171. TENEMOS VARIAS OPCIONES. NO NOS LIMITEMOS A LA DE SIEMPRE

Pérez Feito, D.[a]; Clemos Matamoros, S.[b]; Sánchez Hernández, B.[c]; Mendo Giner, L.[d]; Fuentes Ochoa, M.T.[e] y Santamaría Torroba, A.[f]
[a,b,c,e,f]Hospital Reina Sofia Tudela, Navarra; [d]Centro de Salud Valtierra, Navarra.

Descripción del caso. Paciente de 31 años de edad que acude pues refiere haberse enganchado un anzuelo en el pulgar izquierdo mientras se preparaba para la pesca del día siguiente. Ha intentado sacarlo con una pinza, pero no lo ha conseguido.
Exploración y pruebas complementarias. Anzuelo de triple lengüeta, con enclavamiento de sólo una de ellas en zona del lecho ungueal del pulgar izquierdo. Se intenta extracción por tracción y con aguja sin éxito; se descarta la extracción mediante empuje y corte de la lengüeta por las características de este anzuelo y la zona en que se encuentra. Se aplica anestesia en pulgar izquierdo y se procede a extracción haciendo incisión en la zona de entrada. Se cierra con sutura de seda 3.0.
Juicio clínico. Cuerpo extraño en pulgar izquierdo (herida por anzuelo).
Comentario final. Un anzuelo enterrado en el cuerpo es una lesión frecuente. La púa del anzuelo causa la mayor parte de la lesión[1]. Es conveniente que todos los pacientes estén vacunados contra el tétanos. Si no es así y se ha producido el accidente, realizar protección antitetánica. Cuando los anzuelos tienen dos puntas es recomendable separarlos con la cizalla y proceder como si se tratase de dos anzuelos individuales[2]. Los métodos alternativos de extracción por tracción y con aguja son útiles, por lo que debemos tenerlos siempre presentes como alternativa[3].
Bibliografía.
1. Well Advised. 2nd ed. Park Nicollet Institute. Text copyrigh© 2003.
2. Nissl J. Healthwise. RN, BS julio, 2007.
3. McGuiver. Recursos alternativos en Medicina de Urgencia.

3172. ¡NI CON GUANTES TOQUES EL KIWI!

Pérez Feito, D.[a]; Armendáriz Marcotegui, M.[b]; Garrido Fernández, S.[c]; Clemos Matamoros, S.[d]; Landeo Fonseca, A.[e] y Mendo Giner, L.[f]
[a,b,c,d,e]Hospital Reina Sofia, Tudela; [f]Centro de Salud Valtierra, Navarra.

Descripción del caso. Paciente de 21 años de edad que refiere síndrome de alergia oral (SAO) en relación a la ingestión de plátano o kiwi presentando además edema de glotis, rinitis y disnea alta con urticaria aguda que cede con adrenalina y Urbason. Prurito oral con la ingestión de tomate crudo, tolerándolo cocido o frito. Asimismo refiere prurito oral con la ingestión de cacahuete y sensación de acorchamiento y sequedad oral con la ingestión de pimiento rojo y verde. Buena tolerancia frente al resto de frutos secos y verduras. En relación a contacto con látex refiere prurito a nivel local de forma inmediata.
Exploración y pruebas complementarias. Test estándar mixto en *prick* positivo para cacahuete, gramíneas y látex. Pruebas cutáneas con frutas positiva para piel del melocotón, cereza, plátano y más significativo para kiwi. Pruebas cutáneas con grupo de látex positiva para látex, castaña, patata y tomate. Pruebas cutáneas para pólenes positiva para

gramíneas y olivo. Pruebas cutáneas para verduras positiva para cebolla, lechuga, coliflor, espárrago, patata, puerro, pimiento rojo y verde y acelga. Analítica: IgE específica significativa para castaña, kiwi, cacahuete, tomate, plátano, gramíneas, látex y olivo.
Juicio clínico. Síndrome látex-frutas, rinoconjuntivitis frente a gramíneas y olivo, SAO por cacahuete, tomate crudo y pimiento.
Diagnóstico diferencial. Síndrome del nervio auriculotemporal. Dermatitis relacionadas con el látex (irritativa, proteica, de contacto). Alergia a frutas frescas más frecuentemente tropicales (kiwi, aguacate, piña, plátano, etc.), frutas de la familia de las rosáceas (melocotón, manzana, pera, etc.), frutos secos como la castaña y hortalizas como el tomate o la patata.
Comentario final. El síndrome látex-frutas es un ejemplo de reactividad cruzada entre especies taxonómicamente distantes, que además tiene una trascendencia clínica evidente. Debe ser tenido en cuenta por todos los médicos, con el fin de poder prevenir reacciones anafilácticas a alimentos y/o a látex. A todo paciente alérgico a látex, o a los alimentos más frecuentemente implicados en el síndrome, se le debe preguntar acerca de posibles reacciones adversas a dichos alimentos.
Bibliografía recomendada.
Allergol Immunopathol. 2002;30:156-63.
Blanco C, Carrillo T, Castillo R, Quiralte J, Cuevas M. Latex allergy: clinical features and cross-reactivity with fruits. Ann Allergy. 1994;73:304-14.
Brehler R, Theissen U, Mohr C, Luger T. Latex-fruits syndrome: frequency of cross-reacting IgE antibodies. Allergy. 1997;52:404-10.
Gastroenterología 2002;3(5):303-8.
Hernández Suárez MP. La enfermera y la prevención de la enfermedad alérgica. VI Encuentro de Enfermería en Alergia. 1ª ponencia. Alergología e Inmunología Clínica. vol. 17, nº 2 extraordinario, 2002. p. 350-61.

3174. LUXACIÓN DOBLE DE CODO Y HOMBRO DERECHOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pérez Feito, D.[a], Clemos Matamoros, S.[b]; Santamaría Torroba, A.[c]; Sánchez Hernández, B.[d] y Mendo Giner, L.[e]
[a,b,c,d]Hospital Reina Sofía, Tudela, Navarra; [e,f]Centro de Salud Valtierra, Navarra.

Descripción del caso. Paciente de 61 años, que es accidentalmente atrapado por la puerta de su coche mientras se desliza por una pendiente, con la consiguiente tracción brusca y mantenida axial por el desplazamiento del vehículo. Refiere dolor e impotencia funcional en el brazo derecho. Se realiza reducción de la doble luxación bajo anestesia y se inmoviliza con férula de yeso tipo Gill-Christ.
Exploración y pruebas complementarias. Examen físico: hombro derecho en charretera, movilidad limitada y dolorosa. Codo derecho con deformidad y hematoma, limitada sobre todo la extensión. Muñeca derecha con hematoma en dorso no doloroso. No déficit motor ni sensitivo distal. Pulso radial presente. Rx: luxación anterior de hombro y posterior de codo derecho. No signos de fractura.
Juicio clínico. Luxación anterior de hombro y posterior de codo derecho.
Diagnóstico diferencial. Fractura luxación de codo, fractura de húmero, fractura de troquiter asociada.
Comentario final. Toda luxación corresponde a un cuadro traumatológico de urgencia, por lo que su diagnóstico debe ser inmediato así como el reconocimiento de la presencia de complicaciones seguido de la reducción de la articulación.
Bibliografía recomendada.
Connolly JF, editor. De Palma. Tratamiento de Fracturas y Luxaciones. Atlas. Vol. 1. Buenos Aires: Ed Médica Panamericana; 1984. p. 554-9.
Deltoro A. Luxación glenohumeral. En: Gomar F, editor. Traumatología (Miembro Superior). Valencia: Fundación García Muñoz-Sección Saber, Publicaciones Médicas y Científicas; 1980. p. 1073-128.
Gil OF, Rojas MA, Pozzo BA, Trueba DC, Pino AJ. Trauma. 2003;6(2):55-8.
Graciano Tello F. Rev Ortop Trauma. 2004;48(5):328-33.

3193. HALLAZGO INCIDENTAL EN EL ESTUDIO DE UN PACIENTE CON ICTERICIA

Litago Cortés, A.[a]; Bailo Vinués, L.[b]; Cereceda Satué, M.[c]; Domínguez Barcelona, L.[d]; González Viejo, N.[e] y Magdalena Belio, J.F.[f]
[a,c,d,e,f]Centro de Salud Torreramona, Zaragoza; [b]Centro de Salud Fuentes Norte, Zaragoza.

Descripción del caso. Mujer de 79 años, con antecedentes de hipertensión arterial y ulcus duodenal. Presentó un cuadro de pancreatitis aguda edematosa de causa no filiada dos meses antes de este episodio. Acude a la consulta por cuadro de vómitos y deposiciones blandas que comenzó dos días antes, persistiendo después vómitos alimenticios. No asocia dolor abdominal ni fiebre. En la exploración se objetiva ictericia mucocutánea, por lo que se remite a Urgencias.
Exploración y pruebas complementarias. Consciente y orientada. Normohidratada. Ictericia mucocutánea. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. Hemograma normal. Hemostasia: INR 1,20; tiempo de protrombina 13,7 seg; actividad de protrombina 75%; fibrinógeno derivado 7,8 g/l. Bioquímica: glucosa 95; urea 64; creatinina 1,37; bilirrubina total 1,5; bilirrubina directa 0,49; amilasa 111; iones normales. CEA y GI monitor normales. Amilasa en orina 1.018. Gastroscopia: zona de unos 3 cm protuyente en fundus con mucosa normal. Se biopsia, con resultado de gastritis crónica de patrón superficial con leve actividad inflamatoria asociada a Helicobacter pylori. No se evidencia neoplasia. Ecografía abdomen: masa redondeada, bien delimitada, hipoecoica con áreas anecoicas internas, hipovascularizadas, sugestiva de tumor estromal dependiente de estómago. TAC abdominal: páncreas con leve definición de contornos y colección en cara anterior hipodensa. Tumoración redondeada con realce heterogéneo y amplio contacto con fundus gástrico, sugestivo de estirpe estromal. Anatomía patológica: GIST (tumor del estroma gastrointestinal) de riesgo intermedio de malignidad según la clasificación de Fletcher.
Juicio clínico. GIST de riesgo intermedio. Pseudoquiste pancreático.
Diagnóstico diferencial. Hiperbilirrubinemia por disminución de la excreción hepática (enfermedad hepatocelular, colestasis por fármacos, etc.). Hiperbilirrubinemia por obstrucción biliar (obstrucción mecánica intraluminal, compresión de vías biliares, etc.).
Comentario final. Se plantea el origen de la ictericia como complicación del cuadro de pancreatitis previo. En el estudio posterior se diagnostica un GIST, a pesar de que dos meses antes la endoscopia y las pruebas de imagen realizadas fueron negativas. El 80% de estos tumores es primario, y se diagnostican de modo incidental, ya que suelen cursar de forma asintomática o con síntomas inespecíficos, como vómitos. Nuestra paciente fue intervenida con cirugía radical y se encuentra en seguimiento por el Servicio de Oncología, en tratamiento adyuvante con imatinib.
Bibliografía recomendada.
Cichoz-Lach H, Kasztelan-Szczerbinska B, Slomka M. Gastrointestinal stromal tumors: epidemiology, clinical picture, diagnosis, prognosis and treatment. Pol Arch Med Wewn. 2008;118(4):216-21.
Eizaguirre Zarza B, Burgos Bretones JJ. Tumores GIST. Revisión de la literatura. Rev Esp Patol. 2006;39 (4):209-18.
Van der Zwan SM, DeMatteo RP. Gastrointestinal stromal tumor: 5 years later. Cancer. 2005;104:1781-8.
Velasco A, Álvarez A, Prieto V, et al. Tumor estromal gastrointestinal (GIST). Revisión de 35 casos. Revista de la ACAD. 2007;23 (4):168-72.

3198. ¿QUÉ ME PASA? NO PUEDO MOVER LOS BRAZOS

Peña León, I.[a]; Torrubia Fernández, M.J.[b]; Genique Martínez, R.[c]; Gracia Aznar, M.A.[d]; Gracia Tonel, P.[e] y Latorre Ginés, V.[f]
[a,b]Centro de Salud San José Centro, Zaragoza; [c,d,e,f]Centro de Salud San José Norte, Zaragoza.

Descripción del caso. Varón de 37 años con hernia L5-S1. Dolor en hombros con imposibilidad de abducción y parestesia en manos; está en situación de baja laboral por cuadro catarral y se ha quedado dormido boca arriba con los brazos bajo la nuca durante 4 horas, a lo que él achaca el dolor. Compatible con tendinitis del manguito de los rotadores. Vuelve a los dos días por pérdida de sensibilidad en rodilla derecha -no es importante para él- y, sobre todo, por continuar con parestesias en manos aunque la movilidad y dolor han mejorado. Se indaga sobre el origen previo o posterior al cuadro catarral. Pasada una semana desde el inicio, es visto de nuevo por ausencia de movilidad activa en hombro izquierdo. Se remite a Reumatología; dada la demora en la cita, el paciente acude a su mutua para acelerar el estudio.
Exploración y pruebas complementarias. *Primer día:* dolor palpación manguito de los rotadores, movilidad activa muy disminuida. Contractura trapecios. *Segunda visita:* columna normal, no ciatalgia, reflejos aquíleo y rotuliano presentes y simétricos, disminución clara de la sensibilidad en zona rotuliana derecha. *Tercera consulta:* movilidad activa hombro izquierda imposible, pasiva muy dolorosa. *Pruebas complementarias:* radiografía cervical: rectificación lordosis fisiológica; ecografía: se descarta rotura del manguito de los rotadores; *RMN:* completamen-

te normal; EMG: signos de denervación muscular aguda de distribución parcheada por cintura escapular bilateral y ambas extremidades superiores, más en la izquierda, con origen en plexo braquial, afectando preferentemente a musculatura-varios territorios musculares- dependiente de tronco superior/miotomas C5-C6.
Juicio clínico. Síndrome Parsonage-Turner.
Diagnóstico diferencial. Compresión radicular por hernia, síndrome de Pancoast, mielopatía, tendinitis manguito de los rotadores, neuropatía, espodilosis cervical, tumor medular, ELA.
Comentario final. Se ha realizado tratamiento rehabilitador durante dos meses con mejoría casi del 100% de la movilidad y está pendiente de estudio de extremidad inferior. El síndrome de Parsonage-Turner es una enfermedad rara pero es necesario realizar su diagnóstico diferencial ante la existencia de dolor en las extremidades superiores de características no mecánicas o con pérdida de fuerza muscular y de sensibilidad cutánea. La gran mayoría de los casos de la enfermedad se recupera sin secuelas tras el tratamiento médico y con la rehabilitación adecuada. En un 25% de casos es bilateral. Se han descrito casos familiares y otros esporádicos, que en más del 50% de ocasiones coexisten con procesos sistémicos graves como arteritis temporal, vacunaciones o infecciones.
Bibliografía recomendada.
Bredella MA, Tirman PFJ, Fritz RC, Wischer TK, Stork A, Genant HK. Denervation syndromes of the shoulder girdle: MR imaging with electrophysiologic correlation. Skeletal Radiol. 1999;28:567-72.
May DA, Disler DG, Jones EA, Balkissoon AA, Manaster BJ. Abnormal signal intensity in skeletal muscle at MR imaging: Patterns, Pearls and Pitfalls. RadioGraphics. 2000;20:S295-S315.
Ryan M, Twair A, Nelson E, Brennan D, Eustace S. Whole Body MRI in the diagnosis of Parsonage Turner Syndrome. Acta Radiol. 2004;45: 534-9.
Vallejo Maroto I, Montes Latorre E, Giráldez Gallego A, Jiménez Macías FM, Herrera Justiniano JM. Neuralgia amiotrófica (síndrome de Parsonage Turner) de presentación bilateral en una paciente intervenida por abdomen agudo. Rev Clin Esp. 2003;203:310.

3212. HIPERHIDROSIS EN MUJER DE 50 AÑOS: NO SIEMPRE ES LA MENOPAUSIA

Blanco Marco, B. y Lombar Gimeno, M.J.
Centro de Salud Miralbueno, Zaragoza.

Descripción del caso. Se trata de una mujer de 51 años, con antecedentes personales de dislipemia, diabetes tipo 2, perforación timpánica y ganglioneuroma retroperitoneal extirpado mediante esplenopancreatectomía córporo-caudal, en tratamiento habitual con insulina mixta, ezetimiba, diazepam y ebastina. Acude a nuestra consulta por presentar desde hace varias semanas episodios frecuentes de sudoración profusa generalizada, que ella describe como diferentes a los padecidos anteriormente durante el climaterio y que no se acompañan de ningún otro síntoma. La anamnesis por aparatos no aporta ningún dato significativo (no toma fármacos que produzcan sudoración excesiva ni consume tóxicos), y tanto la exploración física de la paciente como sus constantes son normales (no presenta lesiones cutáneas, no se palpan nódulos tiroideos, no se objetivan signos de focalidad neurológica, no tiene fiebre ni tensión arterial elevada ni glucemia alterada).
Diagnóstico diferencial. Llegados a este punto debemos plantearnos el diagnóstico diferencial de la hiperhidrosis, que en función de su origen puede ser primaria o secundaria a diversas patologías: enfermedades de la piel (hongos, bacterias, dermatitis de contacto), fiebre, hipertiroidismo, feocromocitoma, trastornos del SNC (tumor cerebral, ictus), enfermedades de la médula espinal (lesión medular, siringomielia, tabes), embarazo, obesidad, menopausia, tumor carcinoide, vitíligo, epidermolisis ampollar, paquidermoperiostosis, alcohol, abstinencia de opiáceos, ingesta crónica de mercurio y arsénico, fármacos (antidepresivos tricíclicos) o causa psicógena. En el caso de nuestra paciente, con el fin de descartar un origen secundario, se procede a realizar las pruebas complementarias que detallamos a continuación.
Pruebas complementarias. Solicitamos analítica completa con hemograma, bioquímica y hormonas tiroideas, así como catecolaminas en orina, obteniendo todos los parámetros dentro de la normalidad. Sin embargo, las cifras de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en orina aparecen elevadas al doble del límite superior, lo cual sugiere la posible existencia de un tumor carcinoide. Se solicita interconsulta con el Servicio de Oncología, realizándole a la paciente una TAC tóraco-abdominal con contraste en la que no se aprecian masas retro o intraperitoneales. Posteriormente se le realiza una gammagrafía con octreótido, donde tampoco se observan imágenes sugerentes de un proceso tumoral. En el momento actual la paciente continúa en estudio ambulatorio por parte de Oncología ante la sospecha clínica y analítica de tumor carcinoide, no habiéndose descartado el diagnóstico pese a la ausencia de hallazgos en las pruebas de imagen.
Comentario final. El objetivo de la presentación de este caso es que los profesionales sanitarios reflexionemos sobre un síntoma tan inespecífico como es la sudoración, que se suele atribuir a patología banal (especialmente en mujeres de mediana edad, en quienes tendemos a asociar este tipo de sintomatología con la menopausia), y que sin embargo puede constituir la primera manifestación de enfermedades tan graves como un tumor carcinoide.
Bibliografía recomendada.
Altman R. Hyperhidrosis. [Internet]. eMedicine; 2002.
Expósito Freijomil I. Hiperhidrosis. Guías Fisterrae.
Modlin IM, Latich I, Zikusoka M, et al. Gastrointestinal carcinoids: the evolution of diagnostic strategies. J Clin Gastroenterol. 2006;40(7): 572-82.

3213. "NO ME ENCUENTRO BIEN Y ACABO DE LLEGAR DE UN VIAJE EN EL CHAD…"

Deza Pérez, M.C.[a]; Martínez Milián, J.A.[b]; Domínguez Barcelona, L.M.[c]; Monge Sanz, Y.[d]; Ferrer Saiz, L.[e] y Cay Auria, L.[f]
[a,b,d,e,f]Centro de Salud Torrero-La Paz, Zaragoza; [c]Centro de Salud Torreramona.

Descripción del caso. Acude a nuestra consulta una mujer de 60 años, tras regresar de un viaje durante dos meses en el Chad como cooperante. Refiere que presentó fiebre de 40 ºC hace 4 días mientras volvía en el avión y que actualmente presenta febrícula, malestar, sensación de "fatiga", y tos escasa no productiva. Tomó correctamente vacuna antitífica oral y contra el cólera, además de doxiciclina como profilaxis de malaria, que aún le corresponde tomar durante dos semanas.
Exploración y pruebas complementarias. Exploración física: coloración normal, auscultación cardiorrespiratoria y resto de aparatos dentro de la normalidad. En la consulta de Atención Primaria se solicita de manera preferente: analítica general con hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, metabolismo del hierro y ácido fólico normales, VSG: 104; radiografía de tórax: sin hallazgos significativos; serología para Plasmodium falciparum (negativa) y coprocultivo (flora habitual). En la consulta Infecciosos: analítica de sangre, bioquímica, proteinograma, coagulación, hormonas tiroideas, analítica de orina, nuevo coprocultivo: dentro de la normalidad; serología hepática y de rickettsias, Entamoeba histolytica, Leishmania: negativas y Borrelia burgdorferi IgM +.
Diagnóstico diferencial. Patología viral, malaria, dengue, mononucleosis, parasitosis intestinal.
Juicio clínico. El estudio realizado en nuestra consulta permite descartar en un primer momento malaria, parasitosis intestinal, mononucleosis e infección respiratoria, pero la VSG elevada nos hace sospechar un proceso infeccioso latente. Ante esta sospecha decidimos derivar a la paciente al Servicio de Infecciosos, donde se diagnostica finalmente de enfermedad de Lyme.
Comentario final. La borreliosis, enfermedad transmitida al hombre por una garrapata, es responsable de fiebres recurrentes en varias regiones de África. Es una enfermedad causada por bacterias del género Borrelia. Los síntomas de la enfermedad son muy similares a los del paludismo, que es muy frecuente en las mismas poblaciones (fiebre y escalofríos, fatiga, dolores musculares de articulaciones, dolor de cabeza, etc.). Con este caso clínico queremos remarcar que entre las diferentes patologías posibles dentro del estudio inicial, debemos descartar en primer lugar, por ser potencialmente mortal, la malaria por Plasmodium falciparum en pacientes no inmunes. Está indicada la gota gruesa urgente al Servicio de Microbiología ante cuadro febril no claro en recién llegados turistas, o inmigrantes niños, embarazadas o adultos que tras años en España han vuelto a sus países.
Bibliografía recomendada.
Harrison TR. Principios de la Medicina Interna. Tomo I. 2006. p. 1252-6.
Trape JF. Morbidez récord para una enfermedad emergente desconocida en África. Actualité Scientifique. 2006.
Vial L, Diatta G, Trape JF. Incidence of tick-borne relapsing fever in west Africa: longitudinal study. The Lancet. 2006;368:37-43.

3220. CUANDO EL ESTREÑIMIENTO NOS CUENTA ALGO MÁS

Farraye, M.N.[a]; López-Tappero Irazabal, L.[b]; Niño de Azcarate, C.M.[c]; Catedra Castillo, B.[d] y Niño Rodríguez, F.J.[e]

[a]Centro de Salud Las Águilas, Madrid; [b,c]López-Tappero Irazabal, L.; [d]Centro de Salud Segovia, Madrid; [e]Los Cristianos. Santa Cruz de Tenerife.

Descripción del caso. Enfermedad actual: paciente mujer de 65 años que acude a Urgencias del centro de salud y refiere cuadro de estreñimiento asociado a distensión abdominal de 7 días de evolución, a pesar de tratamiento con Duphalac 1-1-1 y Micralax. No refiere fiebre, dolor abdominal, náuseas/vómitos ni otra patología asociada. Antecedentes personales: HTA en tratamiento con enalapril 10 cada 12 h. Hipercolesterolemia en tratamiento con atorvastatina 40. DM tipo 2 en tratamiento con ADO.

Exploración física y pruebas complementarias. Examen físico: TA 130/85; FC 87 lpm, Tª 37,2 ºC, alerta y orientada. Bien nutrida e hidratada. Normocoloreada. Eupneica. Obesa. ACP: normal. ABD: RHA disminuidos, globuloso, distendido, poco depresible con molestias generalizadas a la palpación profunda. No signos de irritación peritoneal. Pruebas complementarias: Rx ABD: colección de gas que se extiende desde la pelvis a cuadrante superior derecho, compatible con vólvulo sigmoideo.

Juicio clínico. Vólvulo sigmoideo.

Diagnóstico diferencial. Apendicitis, diverticulitis, otras causas de peritonitis, isquemia intestinal y situaciones que cursen con dolor abdominal crónico, náuseas y vómitos, estreñimiento pertinaz, meteorismo y diverticulosis, megacolon agangliónico.

Comentario final. Ante la sospecha de vólvulo sigmoideo se la deriva a Urgencias de hospital de referencia. A nuestra paciente se le realizó una distorsión del vólvulo mediante colonoscopia. Dado que la paciente durante su estancia en Urgencias repitió el fenómeno en 2 ocaciones, se terminó optando por un tratamiento quirúrgico. Queremos destacar la importancia de realizar una prueba de imagen en pacientes que no respondan bien a una primera intención de tratamiento, y así evitar caer en el diagnóstico erróneo de estreñimiento/meteorismo y retrasar un tratamiento adecuado, dado que ante un vólvulo es necesario actuar de manera rápida para prevenir el desarrollo de una isquemia mesentérica.

Bibliografía recomendada.

Ballantyne GH, Brandner MD, Beart RW Jr, et al. Volvulus of the colon. Incidence and mortality. Ann Surg. 1985;202:83.

Friedman JD, Odland MD, Bubrick MP. Experience with colonic volvulus. Dis Colon Rectum. 1989;32:409.

Hiltunen KM, Syrja H, Matikainen M. Colonic volvulus. Diagnosis and results of treatment in 82 patients. Eur J Surg. 1992;158:607.

Pahlman L, Enblad P, Rudberg C, et al. Volvulus of the colon. A review of 93 cases and current aspects of treatment. Acta Chir Scand. 1989; 155:53.

3221. HEPATITIS TÓXICA POR ÉXTASIS

Díaz Noain, M.[a]; García de la Noceda Montoya, M.D.[b] y Lausarreta Herreros, M.[c]

[a,b]Centro de Salud Trantrea, Pamplona; [c]Centro de Salud Iturrama, Pamplona.

Descripción del caso. *Motivo de consulta:* hipertransaminasemia. *Alergias:* ácaros, gramíneas, melocotón. *AAPP:* asma, luxación hombro derecho. No fumador. Bebedor de fin de semana. *AAFF:* abuela DM. Historia actual: hombre de 28 años que acude a consulta de Atención Primaria derivado por anestesista tras haber presentado en una analítica realizada para un estudio preoperatorio un aumento de transaminasas: GOT: 315, GPT: 763, LDH: 324; serología VHB y VHC negativa. El paciente se encuentra asintomático. No presenta ictericia, coluria ni acolia. En la anamnesis refiere acudir semanalmente al monte (bebe agua de manantiales). No ha realizado viajes últimamente. No contacto con animales. No relaciones sexuales de riesgo. Refiere consumo habitual de éxtasis y alcohol. El paciente admite haber consumido el fin de semana anterior a la realización de la analítica.

Exploración física. Buena coloración de piel y mucosas. ACP: normal. Abdomen blando y depresible. Hepatomegalia de un través no dolorosa.

Pruebas complementarias. Analítica (27/03/09): GOT: 119; GPT: 488; GGT: 71; TSH: 2,1; coagulación normal. Serología virus A, B, C, CMV, VHS, VEB negativos. Ecografía abdominal: normal. Derivación a consulta de Digestivo.

Evolución. Recomendamos cesar el consumo de éxtasis. Repetimos analítica en 15 días (15/04/09): GOT: 28; GPT: 30; GGT: 34. Teniendo en cuenta la secuencia temporal y dado que el éxtasis había sido el único producto hepatotóxico que había consumido en los últimos días, se considera que podría ser la causa de la hepatitis tóxica.

Juicio clínico. Hepatitis aguda por éxtasis.

Diagnóstico diferencial. Hepatitis víricas, farmacológicas, tóxicas (alcohol, drogas), metabolopatías (Wilson, porfirias), neoplasias, afectación de vía biliar.

Comentario final. La hipertransaminasemia es una consulta frecuente en atención primaria. En elevaciones agudas (< 6meses) inicialmente debemos descartar signos de alarma (alteraciones de la coagulación, ascitis, encefalopatía hepática, alteraciones de la función renal, etc.), que obligarían a trasladar al paciente a Urgencias. Una buena anamnesis es fundamental para orientar el estudio etiológico hacia consumo de tóxicos, fármacos, antecedentes de trasfusiones, relaciones sexuales de riesgo, etc. Posteriormente realizaremos exploración física y solicitud de analítica incluyendo (excepto si sospechamos un proceso concreto) bioquímica, proteinograma, hemograma, coagulación y serología de virus (A, B, C, D). Si esto no fuese diagnóstico añadiríamos serologías para CMV, VEB, metabolismo del cobre y autoanticuerpos. Solicitaremos también una ecografía abdominal. Si con todo ello no llegásemos a un diagnóstico y persistiese la hipertransaminasemia, estaría indicado realizar una biopsia hepática. En nuestro caso el diagnóstico fue de hepatitis aguda por éxtasis. El éxtasis (3-4 metilenodioximetanfetamina, MDMA) es un derivado sintético de la anfetamina. Inicialmente se utilizaba con fines terapéuticos como modificador del estado de ánimo e inhibidor del apetito. En los últimos años se está utilizando como droga de recreo por sus propiedades euforizantes y estimulantes. Se han descrito varios efectos adversos relacionados con el consumo de esta sustancia: hipertermia maligna, rabdomiolisis, trastornos psiquiátricos (paranoia, alucinaciones, agitación, etc.), alteraciones cardíacas, ACV, artritis y hepatitis aguda.

Bibliografía recomendada.

Laso FJ. Diagnóstico diferencial en Medicina Interna. 2º ed. 2005. p. 213-8.

Serrano Mallagra L. Hepatitis tóxica en atención primaria. Semergen. 25(9);787-90.

Solis JA, Muñoz MT. Hepatopatías por tóxicos y medicamentos. Farreras Rozman. Edición CD Rom. 15ª ed. 2004. p. 57-62.

3244. TRASTORNO ORGÁNICO DE LA PERSONALIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pérez Feito, D.[a]; Calvo Estopiñan, P.[b]; Otaño Tiscornia, M.[c]; Otero Larrea, M.[d]; Freire Santos, I.[e] y Agüero Goñi, J.A.[f]

[a]Hospital Reina Sofía, Tudela, Navarra; [b,c,d,e,f]Centro de Salud Mental, Tudela, Navarra.

Descripción del caso. Mujer, 41 años, esclerosis múltiple (EM) remitente-recurrente de 20 años de evolución con frecuentes brotes. Déficit motor actual marcado, en silla de ruedas, incontinencia urinaria, sin antecedentes psiquiátricos. Derivada por su médico al Centro de Salud Mental (CSM) por alteraciones de conducta con desinhibición, comportamiento inadecuado, fallos de memoria, incontinencia y labilidad emocional de 2 años de evolución, con empeoramiento en el último mes tras divorcio. El análisis psiquiátrico-psicológico confirma, además del síndrome frontal, la presencia de deterioro cognitivo.

Exploración y pruebas complementarias. La sospecha surge de su entorno, pero el diagnóstico se realiza en CSM tras la realización de la valoración mental y neuropsiquiátrica a través de diferentes tests (Corrección CAMCOG, Stroop, Subtest Barcelona).

Juicio clínico. Deterioro cognitivo secundario a EM. Trastorno orgánico de la personalidad (síndrome frontal). Trastorno adaptativo.

Diagnóstico diferencial. Demencia. Esquizofrenia. Trastornos delirantes. Trastornos del estado de ánimo. Trastornos del control de los impulsos.

Comentario final. Se asocia con un mayor tiempo de evolución de la enfermedad y con el grado de deterioro neurológico. Estos pacientes son más vulnerables a los trastornos psiquiátricos, siendo la depresión el más frecuente, pero debemos poner especial atención en las modificaciones de los patrones habituales de conducta premórbidos y, a continuación, hacer una descripción de posibles alteraciones en las que se mezclan disfunciones de la esfera afectiva, el control de los impulsos, la

esfera instintiva, el lenguaje, problemas de índole cognoscitivo y neuropsicológico e, incluso, síntomas psicóticos.

Bibliografía recomendada.

Calev A. Assessment of Neuropsychological Functions in Psychiatric Disorders. American Psychiatric Press, Inc.; 2005.
Cutajar R, Ferriani E, Scandellari C, Sabatini T, Trocino C, Marchello LP, et al. Cognitive function and quality of life in multiple sclerosis patients. J Neurovirol. 2000;6:86-90.
Franklin GM, Nelson LM, Filley CM, Heaton RK. Cognitive loss in multiple sclerosis. Case reports and review of the literature. Arch Neurol. 1989;46:162-7.
Shalloway SP, Malloy PF, Duffy JD. The Frontal Lobes and Neuropsychiatric Illness. Washington, D.C. London, England: American Psychiatric Press, Inc.; 2001.
Zorzon M, Zivadinov R, Nasuelli D, Ukmar M, Bratina A, Tommasi MA, et al. Depressive symtoms and MRI changes in multiple sclerosis. Eur J Neurol. 2002;9:491-6.

3245. AYUDÉMOSLE A VIVIR MEJOR. A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍNDROME DE DIÓGENES

Pérez Feito, D.[a]; Torraba Arlegui, I.[b]; Almenar Bases, A.[c]; Lagaron Cabello, B.[d]; Magaña Orta, S.[e] y Landeo Fonseca, A.[f]
[a,b,c,e]Centro de Salud Tudela Este, Tudela, Navarra; [d,f]Centro de Salud Zona Básica Corella, Navarra.

Descripción del caso. Paciente de 75 años, vive sola, sin hijos, 2 sobrinos que ocasionalmente la visitan. Ingreso en Psiquiatría en 2002 como trastorno esquizotípico y se diagnostica el síndrome de Diógenes (SdD). Se realiza limpieza de la vivienda. En 2007 se aisla nuevamente, acumulando basura y conviviendo con 35 gatos. Por quejas de los vecinos se evalúa y se realiza nueva limpieza. En enero de 2009 vuelve a acumular desechos, pero sin animales. Ingresa en residencia de la zona para rehabilitación y desde el alta se encuentra recuperada, cooperadora, reconociendo los hechos e interesada en mantener normas de higiene.

Exploración y pruebas complementarias. Se mantiene el contacto directo con la trabajadora social del área y se coordinan limpiezas frecuentes de los desechos. Se le ofrece asistencia del ayuntamiento para las tareas domésticas.

Juicio clínico. Síndrome de Diógenes.

Diagnóstico diferencial. Trastorno por acumulación como subtipo de un trastorno obsesivo compulsivo. Coleccionismo.

Comentario final. Los pacientes con SdD presentan un descuido importante del autocuidado1, se aíslan y abandonan el contacto social. Viven entre gran suciedad doméstica, acumulan objetos y basura en la casa2. Debemos tener estrecha vigilancia de aquellos pacientes de nuestras zonas con factores favorecedores de dicho trastorno (soledad, aislamiento, falta de higiene). Lamentablemente, el tratamiento farmacológico y el psicológico son de escasa eficacia3,4. Frecuentemente, el único "tratamiento" eficaz es tirar periódicamente (forzada/involuntariamente) las cosas acumuladas2.

Bibliografía.

1. Jefferys D, Moore KA. Pathological hoarding. Aust Fam Physician. 2008;37:237-41.
2. Saxena S. Recent advances in compulsive hoarding. Curr Psychiatry Rep. 2008;10:297-303.
3. De la Gándara Martín JJ. Envejecer en soledad. repercusiones psicopatológicas de la soledad en los ancianos. El síndrome de Diógenes. Trabajo social y salud; 1991.
4. De la Gándara Martín JJ, Álvarez Álvarez Monteserín T. Ancianos solitarios: el "síndrome de diógenes". Confluencias. 1992;6(1).

3249. DOCTOR TENGO MIEDO DE MORIR

Landeo Fonseca, A.G.[a]; Pérez Feito, D.[b]; Lagarón Cabello, B.[c]; Magaña Orta, S.[d] y Mendo Giner, L.[e]
[a,b]Centro de Salud Tudela Este, Tudela, Navarra; [c,d]Centro de Salud Zona Básica Corella, Navarra; [e]Centro de Salud Zona Básica Valtierra, Navarra.

Descripción del caso. Mujer de 37 años, de origen sudamericano, que acude a consulta de Atención Primaria (AP) en varias ocasiones por presentar epigastralgia con irradiación retroesternal, asociada a sensación de náuseas sin vómito, adormecimiento de ambas extremidades superiores, decaimiento y malestar general. También refiere desde hace 20 días no poder dormir, apetito disminuido, se siente muy cansada, "no tiene ánimo de nada", por lo que no acude al trabajo prefiriendo quedarse en casa al cuidado de sus hijas. Ha tomado Paracetamol, Ibuprofeno y Valium varias veces, sin notar mejoría.

Exploración y pruebas complementarias. Exploración física: Tª 36,8 ºC, TA:120/64, FC: 96 lpm, $SatO_2$: 98%. Temerosa, evasiva, tristeza, adelgazada, descuido de su apariencia física, limitación a la deambulación por dolor de pierna, hematomas en extremidades inferiores y superiores (refiere caída accidental). Tórax: normal. Abdomen: normal. SNC: normal. Analítica normal, que incluye función tiroidea. Rx de tórax y abdomen: normal.

Juicio clínico. Sospecha de maltrato doméstico.

Diagnóstico diferencial. Síndrome ansioso. Depresión. Duelo migratorio (en este caso).

Comentario final. La violencia no es un problema "de", sino un problema "para" las mujeres, siendo en realidad y fundamentalmente un problema de la cultura masculina y "de" los varones. La presencia de "indicadores de sospecha" como dolores crónicos, visitas frecuentes a consultas, actitud temerosa, de tristeza, lesiones físicas con lesiones de defensa y con incongruencia en relato, pérdida de empleo, etc., nos orienta a detectar precozmente maltrato doméstico.

Bibliografía recomendada.

Instituto de Salud Pública del Gobierno de Navarra. En la madurez. Guía educativa para promover la salud de las mujeres 1996.
Ruiz Jarabo C, Blanco P. La violencia contra las mujeres. Madrid, 2004.

3257. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ESQUISTOSOMIASIS...

Latorre Ginés, V.[a]; Peña León, I.[b]; Torrubia Fernández, M.J.[c]; Genique Martínez, R.[d]; Gracia Aznar, A.[e] y Gracia Bonel, P.[f]
[a,d,e,f]Centro de Salud San José Norte, Zaragoza; [b,c]Centro de Salud San José Centro, Zaragoza.

Descripción del caso. Varón de 19 años procedente de Gambia. Lleva 2 meses viviendo en España. Sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. Acude a nuestra consulta por dolor en región infraumbilical y epigastrio y hematuria de 3 meses de evolución (ya en su país). No disuria ni polaquiuria. Malestar general, mialgias y cefalea. Temperatura no termometrada. No prurito. Se realiza analítica de sangre y orina constatándose importante anemia microcítica con ferropenia, eosinofilia y hematuria. Dados los hallazgos en hemograma se deriva a Urgencias Hospitalarias para valoración y tratamiento. En Urgencias, con las pruebas obtenidas se habla con urólogo de guardia que recomienda tratamiento con hierro y valoración preferente en consultas de Urología, donde le realizan un análisis de parásitos en orina y se descubre un Schistosoma haematobium. Se realizó tratamiento con praziquantel con importante mejoría.

Exploración y pruebas complementarias. Consciente, orientado, normohidratado. Palidez mucosas. TA 120/85, 86 lpm, Tª axilar 36,3 ºC, AC: RsCsRs, no soplos. AP: normoventilación sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación generalizada de abdomen. No masas ni megalias. No signos irritación peritoneal y peristaltismo conservado. Adenopatía inguinal derecha no dolorosa. EEII: no edemas ni signos TVP. Analítica: Hto 31%, hba 9,3, VCM 50,4 con disminución de hierro y ferritina, coagulación normal, orina: hematuria. En Urgencias: Hto 30,8% hba 9,2, 7.100 leucos con 18% eosinófilos. Orina 800 hematíes/campo, 70-80 leucos/campo. Rx de abdomen: luminograma inespecífico. Eco: riñones de tamaño y ecogenicidad conservada, sin identificar litiasis ni ectasia. Vejiga vacía no valorable. Próstata dentro de la normalidad. No líquido libre peritoneal. Parásitos orina: huevos de Schistosoma haematobium. Urografía intravenosa: mínima ectasia uréter distal izquierdo que no se acompaña de otras alteraciones y que posiblemente carece de trascendencia clínica.

Juicio clínico. Esquistosomiasis.

Diagnóstico diferencial. Infección urinaria, tumores vesicales, síndrome malabsorción.

Comentario final. Es muy importante la sospecha clínica y la realización de las pruebas correspondientes para el diagnóstico, así como una historia clínica completa a todo paciente inmigrante. En ocasiones se recomienda que el paciente haga algún esfuerzo antes de realizar la recogida de muestra para mejorar la determinación.

Bibliografía recomendada.

Oxford Handbook of Tropical Medicine. Oxford University Press; 2006. p. 314-7.
www.fisterra.com (Consultado el 26/5/09).

3258. DOCTOR ME SIENTO CANSADO, ¿SERÁ LA EDAD?

Lusarreta Herreros, M.[a]; Grau Suárez Varela, M.[b]; Díaz Noain, M.[c] y Sola Larraza, A.[d]

[a,d]Centro de Salud Iturrama, Pamplona; [b,c]Centro de Salud Chantrea, Pamplona.

Descripción del caso. Historia actual: varón de 88 años que acude por presentar desde hace 2-3 meses astenia, anorexia, somnolencia y pérdida de peso. No refiere cambios en el ritmo intestinal. Impresiona de ánimo bajo. Antecedentes personales: gastrectomía por ulcus (1976), carcinoma de laringe tratado con radioterapia (1997), colecistectomía (2002), accidente isquémico transitorio (2008), ex-fumador de 20-40 cigarrillos/día.

Exploración y pruebas complementarias. ACP: arrítmico; peso: 50 kg; TA: 120/60; resto sin interés. Analítica de sangre: hemograma normal; bioquímica: ácido fólico disminuido (1,6 ng/ml), hierro (42 µg/dl), transferrina (188 mg/dl) y albúmina (3,3 g/dl) disminuidos; marcadores tumorales: CAE, fetoproteína y Ca 19,9 normales; PSA normal; hormonas tiroideas: TSH elevada (6,31 µU/ml), T4 disminuida (0,8 µU/ml). ECG: ritmo sinusal a 80 lpm..

Juicio clínico. Hipotiroidismo.

Diagnóstico diferencial. En vista de la clínica que presentaba el paciente y sus antecedentes personales se podrían barajar múltiples posibilidades a descartar posteriormente según los resultados de las pruebas complementarias, respuesta a tratamiento y evolución. Algunas de las más importantes que se barajaron en este caso fueron: depresión, demencia, síndrome paraneoplásico o alteraciones tiroideas. Tanto la depresión como la demencia producen sintomatología cognitiva y afectiva, pueden cursar con pérdida de apetito y desnutrición[1]. El diagnóstico de la depresión sería clínico y según diversas escalas y tests[2]. El síndrome paraneoplásico habría que tenerlo en cuenta debido a la clínica y antecedentes del paciente ya que su sintomatología puede ser variada y poco específica. El hipotiroidismo puede dar síntomas como: astenia, letargo, disminución del apetito, etc., además los antecedentes de radioterapia cervical pueden inducir alteraciones a este nivel como el hipotiroidismo[3]. Una de las pruebas que nos orientaría mejor sobre el origen de la clínica sería una analítica completa como la realizada en este paciente.

Comentario final. En vista de los resultados analíticos se inició tratamiento con Eutirox 50, presentando una mejoría del estado general del paciente, así como del peso, objetivándose una ganancia de 2 kg en el primer mes (52,1 kg) y de 2 kg más en el segundo (54 kg). Los bajos niveles de hierro y albúmina probablemente se debieron a la malnutrición por falta de apetito. Si los resultados no hubieran sido los obtenidos y el paciente no hubiera respondido positivamente al tratamiento hormonal hubiera habido que continuar el estudio con pruebas de imagen, test de estado cognitivo, anímico, etc. No es difícil relacionar en el anciano la sintomatología únicamente con la edad y no con una patología concreta por el estrecho margen que existe entre el envejecimiento normal y el patológico. Esto hace que los aspectos diagnósticos y terapéuticos adquieran especial relevancia en estos pacientes[4].

Bibliografía.

1. Villanueva VJ. Hipotiroidismo. Revista de posgrado de la Cátedra VIa Medicina. 2001;105:3-12. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar./revista/revista105/hipotiroidismo.html.

2. Foz Sala M, Lucas Martín AM, Sanmartí Sala A. Enfermedades del tiroides: hipotiroidismo. En: Farreras, Rozman, editores. Medicina Interna. 14ª ed. Madrid: Hartcourt; 2000. p. 2336-42.

3. Blanco Badillo A, Cué García R. Hipotiroidismo. Curso intensivo MIR Asturias. Endocrinología. Metabolismo y cirugía endocrina. 10ª ed. Oviedo: I. Gofer; 2005. p. 97-106.

4. Altimir Losada S, Cervera Alemany AM. Aspectos diagnósticos y terapéuticos específicos del paciente anciano. En: Farreras, Rozman, editores. Medicina Interna. 14 ed. Madrid: Hartcourt; 2000. p. 1491-8.

3291. SÍNDROME DE BRUGADA

Monastyrskyy, V.; Marí López, A.; Pérez Durán, M.C. y Suckhlak, A.

ABS Bordeta.

Descripción del caso. Introducción: hombre de 39 años que acude al centro de salud con dos episodios sincopales consecutivos. Antecedentes familiares: sin interés. Antecedentes personales: pérdida de consciencia hace 3 años. Enfermedad actual: varón de 39 años que durmiendo notó calambre en pierna derecha obligándolo a levantarse; seguidamente pérdida de consciencia brusca con recuperación rápida y completa. En segundos, nueva pérdida de consciencia recuperándose completamente. No relajación de esfínteres ni convulsiones. Asintomático desde entonces.

Exploración y pruebas complementarias. Exploración física: normal. Pruebas complementarias: BM-Test: 95. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, patrón rSr´ en V1, ST en silla de montar en V1-V2; analítica de sangre: normal; ecocardiografía: normal; test de procainamida: patrón típico ECG de síndrome de Brugada.

Diagnóstico diferencial. Isquemia o IAM de VD; aneurisma disecante de aorta; tromboembolismo pulmonar; alteraciones del SNC/SNA; sobredosis de antidepresivos; distrofia muscular Duchenne; ataxia de Friedreich; deficiencia de tiamina; hipercalcemia; hiperpotasemia; intoxicación por cocaína; tumor mediastínico; distrofia arritmogénica de VD; síndrome de QT largo tipo 3; síndrome de repolarización izquierda; aneurisma del VI.

Juicio clínico. Debido a la sintomatología y ECG es derivado a Urgencias, confirmándose el diagnóstico de síndrome de Brugada.

Comentario final. En una persona joven con síncope hay que descartar otros procesos y no catalogarlo siempre como síncope vasovagal, para lo que hay que realizar una historia pormenorizada con especial atención a pre/síncopes, mareos, palpitaciones, etc. El tratamiento consiste en la colocación de un cardiodesfibrilador. La incidencia de síndrome de Brugada es mayor del 0,7% y la prevalencia 5/10.000 pacientes.

3304. HERNIA DE HIATO GIGANTE: UN HALLAZGO CASUAL Y/O CAUSAL EN EL ESTUDIO DE DISNEA

Monge Sanz, Y.[a]; Litago Cortés, A.[b]; Cay Auria, D.[c]; Deza Pérez, C.[d]; Ferrer Saiz, L.[e] y Abós Olivares, E.[f]

[a,c,d,e,f]Centro de Salud Torrero La Paz; [b]Centro de Salud Torreramona.

Descripción del caso. Mujer de 77 años, alérgica a ácido acetilsalicílico, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulinodependiente, dislipemia, insuficiencia venosa crónica y espondiloartrosis con degeneración discal. No hábitos tóxicos. Intervenida de facolisis y fractura de meseta tibial. En tratamiento con irbesartán, insulina, fenofibrato, omeprazol y antivaricoso. Acude a la consulta por cuadro de congestión, tos y disnea de unos días de evolución. Afebril. No describe otra sintomatología. A la auscultación se aprecia algún roncus disperso que moviliza con la tos. Se diagnostica de proceso catarral y se prescribe mucolítico, analgesia y observación. A los días acude de nuevo a la consulta con aumento de la disnea y empeoramiento del estado general. A la exploración se objetivan ruidos cardiacos arrítmicos; se realiza un electrocardiograma que muestra un trazado de fibrilación auricular (AC × FA) no conocida. Debido al empeoramiento de la paciente y al hallazgo electrocardiográfico se remite a Urgencias donde es ingresada a cargo del Servicio de Neumología.

Exploración y pruebas complementarias. Consciente y orientada. Normohidratada, normocoloreada. Regular estado general. Tensión arterial: 131/74, saturación de oxígeno: 94%. Auscultación cardíaca: tonos arrítmicos a 130 lpm. Auscultación pulmonar: hipoventilación en hemitórax izquierdo. Abdomen anodino. Extremidades inferiores: ligeros edemas maleolares. Electrocardiograma: AC × FA con frecuencia ventricular a 130 lpm. Radiografía de tórax: imagen sugestiva de masa en base pulmonar izquierda. Hemograma y bioquímica normales, marcadores tumorales negativos. Ecocardiograma: estenosis mitral ligera con función sistólica normal. TAC tóraco-abdominal: voluminosa hernia de hiato con paso de prácticamente la totalidad del estómago a tórax. Aneurisma de aorta abdominal.

Juicio clínico. Hernia de hiato gigante. Fibrilación auricular.

Diagnóstico diferencial. Disnea de origen respiratorio (obstrucción vías aéreas extra o intratorácicas, enfermedades parenquimatosas, enfermedad pulmonar vascular oclusiva, síndrome de distrés respiratorio del adulto, enfermedades pleurales), cardiocirculatorio (edema agudo de pulmón), pared torácica, psicógeno.

Comentario final. Se planteó como diagnóstico diferencial de la disnea un proceso respiratorio por el antecedente de cuadro catarral, o cardiaco por la AC × FA de reciente aparición. Tras las pruebas radiológicas iniciales se objetivó una masa pulmonar, demostrándose al completar el estudio una hernia de hiato, como tercera posible causa de la disnea en nuestra paciente. Tras el alta hospitalaria, y una vez controlada la frecuencia cardíaca, persistía disnea de medianos esfuerzos, por lo que la dificultad respiratoria por compresión de la hernia de hiato se refuerza como causa etiológica.

Bibliografía recomendada.
Benito Sánchez FG, Carneros Martín JA, Jiménez Pérez C, et al. Disnea y anemia en relación con herniación de estómago y ángulo esplénico de colon a través del hiato esofágico. An Med Interna (Madrid). 2003;20 (6):58-5 [citado 2009-05-30]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script = sci_arttext&pid = S0212-719920030006000 13&lng = es&nrm = iso (Consultado 22 mayo 2009).
2. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 14ª ed. Madrid: Harcourt; 2000.

3306. ARTERITIS DE LA TEMPORAL

Genique Martínez, R.[a]; Gracia Aznar, A.[b]; Latorre Gines, V.[c]; Peña León, I.[d]; Torrubia Fernandez, M.J.[e] y Gracia Boned, P.[f]
[a,b,c]Centro de Salud San José Norte; [d,e,f]Centro de Salud San José Centro. Zaragoza.

Descripción del caso. Mujer de 52 años de Rumanía sin antecedentes de interés, que acude a consulta por cuadro de astenia y anorexia con febrícula de predominio vespertino, cefalea que aparece con el transcurso del día y no mejora con AINE, artralgias generalizadas pero más intensas en extremidades superiores y algún episodio aislado de visión borrosa.
Exploración y pruebas complementarias. Ruidos cardiacos rítmicos y sin soplos. Normoventilación, abdomen normal. Neurológicamente normal. No edemas ni signos de TVP con pulsos arteriales conservados bilateralmente y simétricos. Analítica: hemoglobina 11,8 g/dl, hematocrito 35,5%, VCM normal, hierro normal, B_{12} y fólico normales, serie blanca y plaquetar normal, VSG 98 mm/h, bioquímica general normal, no alteraciones iónicas, hormonas tiroideas normales, GOT 49, GPT 43, fosfatasa alcalina 140, CK normal, factor reumatoide negativo. Serología de hepatitis negativa. Autoanticuerpos negativos. Marcadores tumorales negativos. ECG: ritmo sinusal a 65 lpm. Rx de tórax: normal. Eco abdominal: normal. TAC cerebral (solicitada por Medicina Interna): normal. Biopsia de arteria temporal (solicitada por Medicina Interna): compatible con vasculitis de dicha arteria.
Juicio clínico. La sospecha más firme una vez que obtuvimos todos los resultados junto con la clínica fue pensar en una vasculitis y en concreto en la arteritis de la temporal. Sin disponer del resultado de la biopsia, se inició tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/kg/día durante las primeras semanas y posteriormente, dada la mejoría clínica y analítica (progresiva normalización de la VSG) de la paciente, se mantuvo a dosis mínimas con las que actualmente se encuentra asintomática.
Diagnóstico diferencial. Estábamos ante un cuadro de anemia de trastornos crónicos con una marcada elevación de VSG y ligera elevación de transaminasas. En un principio, con la clínica y la primera analítica de la paciente, los principales diagnósticos que sospechábamos fueron: un síndrome constitucional debido a una neoplasia, una enfermedad autoinmune, enfermedad reumática y vasculitis. Al realizar analíticas sucesivas más completas con marcadores tumorales, serología de hepatitis, factor reumatoide y autoanticuerpos junto a la normalidad de las pruebas de imagen, nuestras sospechas se redujeron a una vasculitis.
Comentario final. La arteritis de la temporal es la vasculopatía más común en pacientes mayores de 50 años[1]. En un 25% se asocia a polimialgia reumática[2] afectando a cinturas pelvianas y escapular pudiendo confundirse un cuadro con otro. Lo fundamental es iniciar el tratamiento tan pronto como la sospechemos, para evitar la posible ceguera, que es la complicación principal[3].
Bibliografía.
1. Lee JL, Naguwa SM, Cheema GS, Gershwin ME. The geo-epidemiology of temporal (giant cell) arteritis. Clin Rev Allergy Immunol. 2008;35(1-2):88-95.
2. Charlton R. Polymyalgia rheumatica and its links with giant cell arteritis. Clin Med. 2008;8:498-501.
3. Vortmann M, Schneider JI. Acute monocular visual loss. Emerg Med Clin North Am. 2008;26(1):73-96.

3312. PTOSIS PALPEBRAL

Deza Perez, M.C.[a]; Dominguez Barcelona, L.M.[b]; Cay Auria, L.[c]; Ferrer Saiz, L.[d]; Monge Sanz, Y.[e] y Martínez Milian, J.A.[f]
[a,c,d,e,f]C.S. Torrero-La Paz, Zaragoza; [b]C.S. Torreramona.

Descripción del caso. Paciente de 66 años que acude a la consulta refiriendo desde hace una semana sensación extraña en el ojo y notarse inflamación de párpado izquierdo, no dolor a la movilización ocular ni disminución de agudeza visual, no hay sintomatología en extremidades. Por la mañana se encuentra mejor empeorando por la tarde. Antecedentes de hernia de hiato, déficit de vitamina B_{12} secundario a déficit de factor intrínseco y degeneración vítrea de ambos ojos.
Exploración y pruebas complementarias. A la exploración, se visualiza ptosis palpebral izquierda que se modifica levemente con maniobras de fatigabilidad apareciendo discreta ptosis palpebral derecha (dudosa). Pupilas isocóricas normorreactivas. No se aprecia enoftalmos ni miosis. No signos de afectación de vías largas. Resto de exploración por aparatos normal. Analítica: hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, vitamina B_{12}, proteinograma, marcadores tumorales dentro de la normalidad. Estudio de autoinmunidad, determinación de anticuerpos antirreceptor de acetilcolina y antiMUSK normales. TAC cerebral: normal. RMN cerebral: normal. EMG-ENG: normal.
Diagnóstico diferencial. Origen neurogénico, traumático, miogénico, aponeurótico por dehiscencia tarsal, tumoral, parálisis del elevador del párpado (puede producirse incluso por un traumatismo craneal aparentemente anodino, por ejemplo por un golpe leve en el arco superciliar, niños incluidos). Ptosis senil. Síndrome de Claude-Bernard-Horner (miosis, ptosis, enoftalmos).
Juicio clínico. Ante la historia clínica y exploración física realizada en la consulta de Atención Primaria, descartamos patología oftálmica y se deriva de manera urgente para descartar patología neurológica. El Servicio de Neurología realiza de manera urgente el estudio del paciente con el diagnóstico final de síndrome miasteniforme.
Comentario final. La ptosis miogénica es una causa relativamente poco frecuente de ptosis palpebral. Habitualmente se presenta asociada a pobres mecanismos de protección ocular y en ciertos casos se asocia a trastornos en otros órganos y sistemas que afectan la salud general del paciente. El diagnóstico diferencial de las causas de ptosis palpebral miogénica adquirida incluye: miopatías mitocondriales, distrofia muscular oculofaríngea, miopatía oculofaringodistal y distrofia miotónica. Es importante diferenciarla de causas más comunes como la ptosis palpebral aponeurótica, neurogénica, traumática y mecánica, de diferente significado clínico y tratamiento. El examen en la consulta de Atención Primaria ante una ptosis palpebral debe centrarse en la búsqueda de proptosis (asimetría en los globos oculares), masas o deformidades palpebrales, inflamación, anisocoria o limitación de la movilidad.
Bibliografía recomendada.
Harrison TR. Principios de Medicina Interna. Tomo I. 2006; 208-9.
Honrubia FM. Oftalmología General. 2001;87-90.

3313. VINE POR UN ABDOMEN AGUDO, INGRESÉ POR UN INFARTO PULMONAR Y ME FUI A CASA CON UNA NEUMONÍA

Farraye, M.N.[a]; Niño Azcárate, C.M.[b]; Cátedra Castillo, B.[c]; López-Tappero Irazabal, L.[d]; Toledo Ravelo, A.[e] y Niño Rodríguez, F.J.[f]
[a]Centro de Salud Las Águilas, Madrid; [b,d]Centro de Salud Espronceda, Madrid; [c]Centro de Salud Segura, Madrid; [e]Centro de Salud La Victoria, Tenerife; [f]Centro de Salud Los Cristianos, Tenerife.

Descripción del caso. Motivo de consulta: sospecha de abdomen agudo. Antecedentes familiares y personales: sin interés. Varón de 41 años originario de Mauritania remitido al Servicio de Urgencias por su MAP por cuadro de dolor en hipocondrio izquierdo acompañado de vómitos alimenticios y estreñimiento de 6 días de evolución. En los últimos días refiere disnea a moderados esfuerzos que empeora con los movimientos respiratorios y fiebre de hasta 41 ºC.
Exploración y pruebas complementarias. TA 90/55, FC 77 lpm, Tª 37,8 ºC, SO_2 98%. AP: MVC. Crepitantes en base izquierda ABD: RHA disminuidos, dolor a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo. No signos de irritación peritoneal. Resto normal. Pruebas complementarias: LAB: leucos 11,2 (N 69,2), D Dímero 849. Resto sin hallazgos. Rx de tórax y abdomen: normal. TC toracoabdominal: condensación pulmonar periférica, de morfología triangular con centro de menor atenuación. A descartar infarto pulmonar. Evolución: el paciente ingresa en MIN con JC de probable infarto pulmonar. Se le realiza una gammagrafía pulmonar ventilación/perfusión descartándose el mismo. Se solicita cultivo de esputo con resultado positivo para neumococo. Se instaura tratamiento antibiótico con buena respuesta al mismo.
Juicio clínico. Neumonía neumocócica.
Diagnóstico diferencial. Neumonía. Infarto pulmonar. Abdomen agudo.
Comentario final. Muchas veces nos llegan pacientes derivados con una impresión diagnóstica que aun pareciendo la más correcta resulta

errónea. No debemos caer en la tentación de dejarnos influenciar por el primer diagnóstico y valorar al paciente como si fuera la primera vez que es visto por un médico, así evitaremos comprometer su salud.

Bibliografía recomendada.

Cervero F. Neurophysiology of gastrointestinal pain. Baillieres Clin Gastroenterol. 1988;2:183.
Craven DE, Palladino R, McQuillen DP. Healthcare-associated pneumonia in adults: management principles to improve outcomes. Infect Dis Clin North Am. 2004;18:939.
Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis. 2007;44 Suppl 2:S27-72.
Ray BS, Neill CL. Abdominal visceral sensation in man. Ann Surg. 1947;126:709-24.
Yamamoto W, Kono H, Maekawa H, Fukui T. The relationship between abdominal pain regions and specific diseases: An epidemiologic approach to clinical practice. J Epidemiol. 1997;7:27.

3315. CUANDO "ESTAR CANSADO" QUIERE DECIR DISNEA

Deza Pérez, M.C.[a]; Martínez Milian, J.A.[b]; Domínguez Barcelona, L.M.[c]; Cay Auria, L.[d]; Ferrer Saiz, L.[e] y Monge Sanz, Y.[f]
[a,b,d,e,f]Centro de Salud Torrero-La Paz, Zaragoza; [c]Centro de Salud Torreramona.

Descripción del caso. Paciente varón de 58 años que acude a nuestra consulta por "cansancio" que refiere notar tras proceso de infección respiratoria de vías altas. Refiere además pérdida de peso y de apetito, sin otra sintomatología. Antecedente de fumador de 1 paquete diario desde hace años, HTA y hernia de hiato.

Exploración y pruebas complementarias. Exploración física: destaca complexión delgada del paciente, normocoloreado, auscultación cardiorrespiratoria dentro de la normalidad y resto de aparatos normal. Analítica: hemograma: Hb: 13 y Hto: 38,5. Bioquímica, VSG, hormonas tiroideas, orina: dentro de la normalidad. Marcadores tumorales: normales. Rx de tórax: signos de broncopatía crónica. Resto sin alteraciones significativas. Sangre oculta en heces: positivo. Colonoscopia: pólipo de 6 mm recto, polipectomía, diverticulosis limitada a unión rectosigma. Se recomienda colonoscopia virtual: diverticulosis rectosigmoidea con espasticidad segmentaria. Sin alteraciones en colon proximal. Espirometría: FVC: 2,99; FEV1/FVC: 39%; FEV1: 1,17 con prueba de broncodilatación negativa.

Diagnóstico diferencial. Síndrome constitucional secundario a patología tumoral, hipotiroidismo, anemia, trastorno depresivo, proceso infeccioso.

Juicio clínico. Cuando el paciente acude a nuestra consulta, nos cuenta su sintomatología fundamental como astenia. Por su delgadez y hábito fumador impresionó inicialmente de posible síndrome constitucional secundario a una patología tumoral. Ante una radiografía de tórax normal y presencia de ligera anemia, solicitamos sangre oculta en heces que resultó positiva, por lo que continuamos el estudio en el camino de patología digestiva, derivando al paciente al Servicio de Digestivo, a consulta de colonoscopia de prevención de cáncer colon-rectal. En esta prueba se objetivó la presencia de diverticulosis y una resección de un pequeño pólipo benigno, pero en ningún caso justificaban la intensa astenia del paciente. En la siguiente visita se volvió a interrogar al paciente y a repasar los resultados. Entonces, el paciente nos describió su estado de cansancio que siempre expresaba en cada consulta como "una sensación de falta de aire". De este modo, solicitamos a continuación una espirometría. El resultado fue un patrón obstructivo que se corresponde por los datos con una EPOC grave. Por ello, iniciamos inmediatamente tratamiento con inhaladores a los que el paciente respondió favorablemente.

Comentario final. La EPOC es una enfermedad prevenible y tratable, con repercusión sistémica, de evolución progresiva, que se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica, poco reversible al flujo aéreo y asociada a una reacción inflamatoria anómala de la vía aérea frente a partículas nocivas o gases. Según el estudio IBERCOP, la prevalencia global de la EPOC en España es del 9,1% entre los 40-69 años. Los pacientes experimentan diversas sensaciones desagradables en relación con la respiración y utilizan un número todavía mayor de expresiones verbales para describirlas, tales como "no puedo introducir bastante aire", "sensación agobiante o cansancio", "cansancio en el pecho", etc. Por tanto, puede ser necesario revisar de forma meticulosa la historia del paciente para verificar si, de hecho, estas descripciones relativamente confusas representan una disnea.

Bibliografía recomendada.

Harrison TR. Principios de Medicina Interna. Tomo I. 2006. p. 239.

3318. DIARREA CRÓNICA EN MUJER CON TRASTORNO CONDUCTA ALIMENTARIA

García Garrido, A.B.[a]; Campo Alegría, L.[b]; Tejada Argáiz, M.[c]; Vejo Puente, E.[d]; Villaverde Llana, A.[e] y Castelao Bárcena, L.[f]
[a,f]Centro de Salud Camargo; [b,c]Centro de Salud Cazoña; [d,e]Centro de Salud Dávila, Santander. Servicio Cántabro de Salud.

Descripción del caso. Mujer de 18 años que acude a la consulta de Atención Primaria por diarrea líquida, escasa, 7-10 deposiciones/día, nocturna y diurna, con moco y sangre roja fresca, desde hace 2 semanas. Comenta episodios similares, intermitentes, en los últimos 6 años, asociando tenesmo rectal y en ocasiones dolor en hipogastrio, continuo, no irradiado, que mejora tras la deposición. Niega consumo de laxantes. AP: NAMC. No hábitos tóxicos. Diarreas en la infancia sin filiar. Trastorno conducta alimentaria desde hace 2 años. Amenorrea. EF: TA 100/50. FC 60 lpm. Tª 36,5 ºC. Peso: 30 kg, IMC 11,5. Caquéctica. CyC, ACP, abdomen y extremidades, sin datos a reseñar. Tacto rectal: hemorroides, resto normal. PC: ECG: normal. Radiografía de tórax: normal. Dada la extrema desnutrición y de acuerdo con la paciente, se decide derivar a Urgencias para valoración, desde donde ingresa en el Servicio de Digestivo para estudio y tratamiento. Durante el ingreso: Hg: leucocitos: 3.300, Hb: 8,9, Hto: 28,6%, VCM 66,6. Bq: PCR 21,7, prot. totales: 5,8, albúmina: 3. Prealbúmina: 18,6, CTFFe 239, IS 4%, hierro 10, transferrina 188, ferritina 28. Endoscopia baja: compatible con colitis granulomatosa y afectación perianal. Endoscopia alta: estenosis pilórica que no permite el paso del endoscopio. Breath test de glucosa: normal. Inmunología: IgA: 130, IgA antitransglutaminasa: negativos. TGI: afectación cólica y de intestino delgado por enfermedad inflamatoria intestinal. Biopsias: úlceras inflamatorias agudas y crónicas. TAC craneal: normal. Evolución clínica: tras instaurar tratamiento con corticoides y azatioprina, mejoría clínica y analítica. Nutrición enteral por sonda durante 30 días, se retira al alta, tolerando alimentación oral, asintomática y con ganancia de 4 kg. Valorada por Psiquiatría y Psicología, se encuentran claras conductas compatibles con TCA, inician fluoxetina. El Servicio de Nutrición diagnostica desnutrición calórica grave y proteica leve-moderada. Al alta tratamiento con prednisona, azatioprina, mesalazina, omeprazol, sulfato ferroso, calcio y vitamina D, ácido fólico y fluoxetina. Pendiente DMO, RM.

Juicio clínico. Brote moderado-grave de enfermedad de Crohn, con afectación de intestino delgado y colon transverso e izquierdo, desnutrición calórico-proteica y trastorno conducta alimentaria. Al alta, seguimiento por Digestivo y unidad TCA.

Diagnóstico diferencial. Enfermedad inflamatoria intestinal, celiaquía, abuso de laxantes en el contexto de un TCA, intolerancia alimentaria, infecciones parásitos.

Comentario final. Dados los antecedentes de trastorno alimentario, inicialmente se pensó en un abuso encubierto de laxantes, pero siempre es necesario descartar una causa orgánica que justifique el cuadro clínico.

Bibliografía recomendada.

Bolotin HH. Bone loss without the loss of bone mineral material? A new perspective on anorexia nervosa. Bone. 2009;30.
Halmi KA. Anorexia nervosa: an increasing problem in children and adolescents. Dialogues Clin Neurosci. 2009;11(1):100-3.
Lock J, Fitzpatrick KK. Anorexia nervosa.Clin Evid (Online). 2009;10: 1011.
Narayanan V, Gaudiani JL, Harris RH, Mehler PS. Liver function test abnormalities in anorexia nervosa-Cause or effect. Int J Eat Disord. 2009.
Scolnick B. Behavioral management for anorexia nervosa. N Engl J Med. 2009;360(20):2141.

3320. DIABETES MAL CONTROLADA EN PACIENTE ANCIANA EN TRATAMIENTO CON INSULINA

Domínguez Barcelona, L.M.[a]; Guelbenzu Morte, F.J.[b]; Deza Pérez, M.C.[c]; Litago Cortés, A.I.[d] y Mahuela, L.[e]
[a,b,d,e]Centro de Salud Torre Ramona, Zaragoza; [c]Centro de Salud Torrero-La Paz, Zaragoza.

Descripción del caso. Mujer de 84 años sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Antecedentes médicos: hipertensión arterial en tratamiento con eprosartan e hidroclorotiazida, diabetes mellitus

tipo 2 y síndrome depresivo reactivo en tratamiento con escitalopram. En el año 2007 sufrió un accidente isquémico transitorio (AIT) sin secuelas con tratamiento desde entonces con clopidogrel, atorvastatina y omeprazol. Antecedentes quirúrgicos: anexectomía derecha, cataratas del ojo izquierdo y prótesis de rodilla izquierda. Acude a consulta para control de valores de glucemia derivada por Enfermería al presentar cifras basales en torno a 250 desde el mes de septiembre de 2008. Diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 hace 10 años, con control inicialmente de glucemias basales con glimepirida 4 mg. En julio de 2007 sufrió un AIT y se decidió iniciar tratamiento con mezcla fija de insulina aspart protamina con sistema innolet. Los niveles de glucemia fueron correctos, con interconsultas con Endocrinología que indicaban mantener el tratamiento cambiando al sistema flex pen.

Exploración y pruebas complementarias. Tensión arterial: 144/82. Índice de masa corporal: 34,2 kg/m². Consciente, orientada, normohidratada, eupneica, buen aspecto general, afebril. Control analítico de septiembre de 2008: glucemia basal: 366 mg/dl, hemoglobina glucosilada 11,4%. Se indicaron pautas higiénico-dietéticas y se aumentaron las unidades de insulina a administrar. Control analítico en noviembre: glucemia basal: 261 mg/dl, hemoglobina glucosilada era 10,7%. Se insistió en un mayor control dietético, ejercicio y la subida de unidades en las semanas posteriores, sin embargo los controles de glucemia preprandiales presentaban unas medias de 250-310-350 mg/dl. En enero de 2009, ante la falta de mejoría de la glucemia, se reevaluó a la paciente sobre la utilización del sistema flex pen descubriéndose la mala técnica en la administración al descargar las unidades del bolígrafo antes de inyectarse la insulina. Tras realizar el adecuado adiestramiento con el bolígrafo, el paso por Endocrinología para ajustar el tratamiento y posteriores controles en consulta, la paciente presenta un control adecuado. Analítica mayo de 2009: glucemia basal: 100 mg/dl, hemoglobina glucosilada: 5,3%.

Juicio clínico. Mala técnica de administración de insulina.

Diagnóstico diferencial. Causas de niveles elevados de glucemia en el tratamiento con insulina: mala cumplimentación o dosis insuficientes, mala técnica de administración, transgresiones dietéticas, falta de ejercicio, enfermedad o situaciones concomitantes que aumentan la necesidad de insulina, medicaciones concomitantes, tensión emocional, deshidratación.

Comentario final. La selección del instrumento de administración de insulina se debe realizar en función de las características del paciente, teniendo en cuenta posibles sociopatías, habilidad motora, capacidad visual, enfermedad con riego de contagio sanguíneo y delegación de los cuidados y técnica. Tanto al inicio como en cambios de tratamiento se precisa un adiestramiento específico del paciente por parte de los profesionales de la salud.

Bibliografía recomendada.

Vidal M, Colungo C, Jansá M. Actualización sobre técnicas y sistemas de administración de la insulina. Av Diabetol. 2008;24:255-69.

3321. PACIENTE CON PRESÍNCOPE DE REPETICIÓN Y SOPLO SÍSTÓLICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Domínguez Barcelona, L.M.[a]; Guelbenzu Morte, F.J.[b]; Deza Pérez, M.C.[c] y Litago Cortés, A.I.[d]

[a,b,d]Centro de Salud Torre Ramona, Zaragoza; [c]Centro de Salud Torrero-La Paz, Zaragoza.

Descripción del caso. Paciente varón de 74 años sin alergias medicamentosas conocidas, que acude a consulta tras sufrir dos episodios presincopales los días previos, acompañados de malestar general, sensación nauseosa, debilidad y sudoración de unos 10 minutos de duración y con posterior recuperación espontánea. No lo relaciona con el esfuerzo ni cambios posturales. No refería disnea, dolor torácico, cefalea o focalidad neurológica. Como antecedentes médicos presenta obesidad con un índice de masa corporal de 33 kg/m², hipertensión arterial, hipercolesterolemia e hiperuricemia en tratamiento farmacológico. Fue intervenido de tuberculosis intestinal en el año 1981.

Exploración y pruebas complementarias. A la llegada a la consulta el paciente se muestra consciente, orientado tempo-espacialmente, receptivo y perceptivo, eupneico, normohidratado y normocoloreado con aparente buen estado general. En la exploración no presenta focalidad neurológica, normoventilación sin ruidos añadidos y destacando en la auscultación cardíaca rítmica, un soplo sistólico de predominio en foco mitral. No se aprecian edemas en extremidades inferiores, no ingurgitación yugular ni signos de trombosis venosa profunda. Ante este hallazgo se decide iniciar su estudio ambulatorio en el centro de Atención Primaria mediante la petición de analítica sanguínea con bioquímica, hematimetría y perfil hepatobiliar que no mostraron alteraciones destacables. El electrocardiograma presentaba ritmo sinusal con signos de crecimiento ventricular izquierdo, con bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterior. Se solicitó la realización de una radiografía de tórax de manera preferente que fue informada de cardiomegalia global sin líneas septales y flujo periférico por encima de los límites normales con sospecha de miocardiopatía.

Juicio clínico. Ante los datos obtenidos en las diversas pruebas complementarias, se decide realizar una interconsulta con Cardiología de área para la valoración del soplo sistólico y de los presíncopes clínicamente vasovagales para descartar posible cardiopatía estructural.

Diagnóstico diferencial. Las características de un soplo en foco mitral permiten distinguir entre insuficiencia mitral si es pansistólico, como era nuestro caso, y prolapso mitral cuando se ausculta click mesosistólico seguido de soplo mesotelesistólico. Se pueden valorar el crecimiento de aurícula y ventrículo izquierdo con electrocardiografía y radiografía de tórax. La valoración estructural del corazón se realiza mediante ecocardiografía. Los episodios sincopales permiten hacer un diagnóstico diferencial entre diversas causas: hipotensión ortostática; enfermedad estructural cardíaca o pulmonar; arritmias; neuromediado, distinguiendo entre vasovagal, situacional, hipersensibilidad del seno carotídeo, neuralgia glosofaríngea; cerebrovascular.

Comentario final. El ecocardiograma mostró un ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia concéntrica (septo y pared posterior), contractibilidad global conservada (FE 77%), patrón de mala relajación diastólica. Aurícula izquierda no dilatada. Cavidades derechas normales. Insuficiencia aórtica ligera. Insuficiencia mitral ligera. Finalmente el estudio del paciente mostró una hipertrofia concéntrica hipertensiva descartando la existencia de una valvulopatía grave, además de considerar los episodios presincopales como vasovagales.

Bibliografía recomendada.

Fernández Jarne E, Azcárate Agüero PM, Martín Arnau, A. Criterios de derivación a la medicina especializada y de ingreso hospitalario en las valvulopatías. Medicine. 2005;9(41):2758-60.

Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. Volumen I. 2000. p. 645-50.

3323. ¿SON MANCHAS EN LA PIEL O ALGO MÁS?

Niño Azcarate, C.M.[a]; Toledo Ravelo, A.[b]; Méndez Abad, M.[c]; Farraye, M.N.[d]; López-Tappero Irazabal, L.[e] y Niño Rodríguez, F.J.[f]

[a,e]Centro de Salud Espronceda, Madrid; [b]Centro de Salud La Victoria, Tenerife; [c]Centro de Salud La Perdoma, Tenerife; [d]Centro de Salud, Las Águilas, Madrid; [f]Centro de Salud Los Cristianos, Tenerife.

Descripción del caso. Paciente varón de 40 años de edad que acude a consultas de AP por cuadro de lesiones cutáneas eritemato-violáceas generalizadas. Refiere cuadro pseudogripal hace 1 semana para el que tomó Redoxón y paracetamol. Se realiza interconsulta a Dermatología de zona para valoración, que remite de forma urgente a Dermatología hospitalaria, donde realizan biopsia de las lesiones y pautan tratamiento con corticoides a dosis descendentes persistiendo tras una semana de tratamiento la erupción y apareciendo artromialgias principalmente en miembros inferiores. Actualmente se encuentra en estudio de patología asociada.

Exploración y pruebas complementarias. Erupción cutánea consistente en múltiples lesiones papulosas, eritemato-violáceas ligeramente edematosas, localizadas en cara y extremidades, no vitroborrables, no pruriginosas, no dolorosas a la palpación, sin dermografismo. Resto de EF dentro de límites normales. PC: biopsia cutánea: cuadro cutáneo compatible clínica e histológicamente con síndrome de Sweet. Analítica: Htíes 5,27, Hb 18,1, Hto 52,2, VCM 99, HCM 34,4, PLQ 353.000, leucos 9,1 (N 59,0%, L 33,8%, M 6,2%), VSG 41, PCR 12,20, FA 80, GGT 56, GOT 30, GPT 46, transferrina 221.

Juicio clínico. Síndrome de Sweet.

Diagnóstico diferencial. Existe un amplio diagnóstico diferencial que incluye dermatosis no infecciosas como: eritema multiforme, pioderma gangrenoso, paniculitis; dermatosis infecciosas como: pioderma, vasculitis séptica, micobacterias, leishmaniasis, y dermatosis neoplásicas como: linfoma cutáneo y metástasis carcinomatosas. Además, es importante tener en cuenta que el síndrome de Sweet se asocia a múltiples patologías subyacentes, entre las que encontramos diferentes tipos de neoplasias, siendo las más frecuentes los síndromes mielodisplásicos y la leucemia mieloide aguda.

Comentario final. La patología dermatológica en Atención Primaria es muy frecuente y variada, por lo que en muchas ocasiones requerimos la ayuda de Dermatología para su diagnóstico. Existen patologías mul-

tidisciplinares como el síndrome de Sweet, donde requeriremos la colaboración de múltiples especialistas y nuestro papel como médicos de familia consistirá tanto en coordinar la atención como en realizar el seguimiento del paciente.

Bibliografía recomendada.

Callen JP. Neutrophilic dermatoses. Dermatol Clin. 2002;20:409.
Cohen PR, Talpez M, Kurzrock R. Malignancy associated Sweet's syndrome. Review of world literature. J Clin Oncol. 1988,6:1887.
Fukutoku, M, Shimizu, S, Ogawa, Y, et al. Sweet's syndrome during therapy with granulocyte colony-stimulating factor in a patient with aplastic anaemia. Br J Haematol. 1994;84:645.
Reuss-Borst MA, Pawelec G, Saal JG, et al. Sweet's syndrome associated with myelodysplasia: possible role of cytokines in the pathogenesis of the disease. Br J Haematol. 1993;84:356-8.

3329. DOLOR, ME DUELE LA MANO

Mata Pérez, A.; Montiel Argaiz, R.; Sánchez Fernández, E. y Trueba Castillo, A.

Centro de Salud Gonzalo de Berceo, Logroño.

Descripción del caso. Mujer de 74 años que acude a nuestra consulta por dolor en la mano derecha. Como antecedente presentó una fractura de escafoides en dicha mano varios meses antes. Estuvo escayolada durante 2 meses y siguió tratamiento rehabilitador que no le ha mejorado e, incluso, le ha empeorado.

Exploración y pruebas complementarias. En la exploración se objetiva incremento del volumen de dicha mano, la cual está eritematosa, caliente y sudorosa al tacto. Como prueba complementaria se solicita una radiografía de ambas manos, en la que se objetiva un pequeño desplazamiento de la cabeza del escafoides debido a la fractura y osteopenia más bien difusa en la mano derecha. La mano izquierda es normal.

Juicio clínico. Distrofia simpático refleja.

Diagnóstico diferencial. En la fase inicial se debe hacer con la artritis infecciosa, inflamatoria o microcristalina, los edemas venoso o linfático, la tromboflebitis y la osteoporosis. En la fase tardía, con la esclerodermia y la enfermedad de Dupuytren.

Comentario final. La distrofia simpático refleja es un síndrome que clínicamente se caracteriza por dolor intenso de características neuropáticas, hinchazón, alteraciones vasomotoras, tróficas y limitación de la movilidad de las áreas afectadas. En la mayoría de los casos se relaciona con traumatismo previo, aunque en un 25% la causa es idiopática. Cursa en varios estadios: agudo, distrófico y atrófico. El diagnóstico se hace a través de criterios clínicos y pruebas de imagen. Dentro de las pruebas de imagen que se pueden emplear, la más importante es la radiografía simple comparativa, en la que, primeramente, se puede observar un aumento de partes blandas, posteriormente una osteopenia difusa y, finalmente, la osteopenia se hace parcheada. El mejor tratamiento es el preventivo, evitando las inmovilizaciones prolongadas tras un traumatismo. Se iniciará con movilizaciones pasivas y posteriormente activas, y baños de contraste. Administraremos analgésicos/AINE. Esto es lo que se hizo con nuestra paciente, que evolucionó favorablemente. También es posible realizar infiltraciones con corticoides para continuar con la movilización u otro tipo de tratamientos.

Bibliografía recomendada

Bruscas C, Pérez-Echeverría MJ, Medrano M, Hijos S, Simón L. Distrofia simpático refleja: aspectos psicológicos y psicopatológicos. An Med Interna. 2001;18(1):38-44.
González AM, Antón MJ, Fuertes S, Blázquez E, Alonso AI. Implicación de la termografía en el diagnóstico de la distrofia simpático refleja: a propósito de un caso. Patología del Aparato Locomotor. 2007;5(1):68-74.
Neira F, Ortega JL. El síndrome doloroso regional complejo y medicina basada en la evidencia. Rev Soc Esp Dolor. 2007;14(2):133-46.
Sheon RP. Etiology, clinical manifestations and diagnosis of complex regional pain syndrome in adults. UpToDate. 2008.

3340. ABSCESO RETROFARÍNGEO Y MEDIASTÍNICO, UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE PERO MUY GRAVE DE UN ABSCESO PERIAMIGDALINO

Suárez Tonel, M.P.[a]; Pérez Polo, M.P.[b]; Gamez Gómez, M.A.[c]; Garcés Ballesteros, E.[d]; Sartolo Romeo, M.[e] y Saenz Lafuente, L.[f]

[a,c,e,f]Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza; [b]Centro de Salud La Bombarda, Zaragoza; [d]Centro de Salud Utebo, Zaragoza.

Descripción del caso. Paciente de 60 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes médicos de HTA, dislipemia. Antecedentes quirúrgicos de hernia inguinal y de prótesis de cadera. El paciente acude a su centro de salud con fiebre y odinofagia. A la exploración se visualizan placas pultáceas en amígdala izquierda, siendo diagnosticado de faringoamigdalitis bacteriana. Comienza a ser tratado con amoxicilina-clavulánico y Urbasón. El paciente vuelve a su centro de salud a los tres días por empeoramiento del cuadro, disfagia más intensa y persistencia de fiebre. Su médico del centro de salud lo deriva urgente al otorrino del Hospital de Calatayud con sospecha de absceso periamigdalino.

Exploración y pruebas complementarias. A la exploración faríngea se observa abombamiento del hemipaladar izquierdo junto con desplazamiento contralateral de úvula y adenopatía cervical izquierda dolorosa. El otorrino diagnostica de flemón periamigdalino y lo cita en 2 días para reevaluación y drenaje de posible absceso. El paciente en la nueva cita indica aumento de disfagia y dolor retroesternal intenso siéndole realizada una TAC en la que se muestra que el absceso periamigdalino se ha extendido por la retrofaringe hacia mediastino superior y posterior. Se traslada al paciente al Hospital Clínico Universitario de Zaragoza donde es intervenido de urgencia realizándose traqueostomía y drenaje del absceso cervical y mediastínico. En el momento actual el paciente evoluciona favorablemente en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Universitario.

Juicio clínico. Ante el empeoramiento del cuadro clínico del paciente hay que plantearse una probable extensión del absceso periamigdalino a estructuras adyacentes, complicación poco frecuente pero muy grave de un absceso periamigdalino y que requiere una terapéutica precoz y agresiva.

Diagnóstico diferencial. Diversas complicaciones se pueden presentar en el absceso periamigdalino, las cuales habría que sospechar ante una mala evolución del mismo. Son las siguientes: compromiso respiratorio por compresión; drenaje espontáneo del absceso y broncoaspiración; posible extensión del absceso periamigdalino a estructuras adyacentes (retrofaringe, mediastino, etc.).

Comentario final. Hay que considerar que una complicación poco frecuente pero muy grave de un absceso pariamigdalino es su extensión a otras zonas por proximidad: espacio parafaríngeo, prevertebral y mediastino. No hay consenso en la actitud a seguir ante un absceso periamigdalino. Algunos autores mantienen la obligatoriedad de la hospitalización para el uso parenteral de antibioterapia, mientras que otros autores indican que ante la ausencia de factores de riesgo se puede proseguir antibioterapia oral con un estrecho seguimiento de los síntomas y evolución. De igual manera, el seguimiento por parte del médico de Atención Primaria es imprescindible en la detección del absceso periamigdalino, así como en la prevención de sus posibles complicaciones.

Bibliografía recomendada.

Coenen S, Goznes H. Antibiotics for respiratory tract infections in primary care. BMJ. 2007;335;946-7.
Cenjor C, García Rodríguez JA, Ramos A. Documento de consenso sobre tratamiento antimicrobiano de las faringoamigdalitis. Acta Otorrinolaringol Esp. 2003;54:369-83.
Pino Rivero V, Trinidad Ruiz G. Consideraciones sobre las urgencias ORL. Análisis de 30.000 pacientes atendidos en 10 años. Acta Otorrinolaringol Esp. 2005;56:198-201.

3342. FLORES EN LA TELEVISIÓN

Peña León, I.[a]; Torrubia Fernández, M.J.[b]; Genique Martínez, R.[c]; Gracia Aznar, M.A.[d]; Gracia Tonel, P.[e] y Latorre Ginés, V.[f]

[a,b]Centro de San José Centro, Zaragoza; [c,d,e,f]Centro de Salud San José Norte, Zaragoza.

Descripción del caso. Mujer de 80 años, relativamente nueva en nuestro cupo, que acude a consulta porque desde hace años ve flores allí donde mira, principalmente al mirar la televisión, donde se disponen en la pantalla sin dejarle ver nada, y en los últimos días sale un soldado de la pantalla –el verdadero motivo de acudir- que se pasea por la casa y se sienta a comer. Le pone comida, le habla, le intenta tocar pero el soldado no come, no responde y no se puede tocar. La paciente tiene una degeneración macular asociada a la edad (DMAE) con metamorfosias y una agudeza visual en el ojo derecho de 0,1 y con el ojo izquierdo cuenta dedos a menos de 30 cm. Indagando en la historia, ya en el año 2002 empezó a acudir a Urgencias de Oftalmología por este motivo, no apreciándose nada salvo la DMAE. Se realiza estudio analítico y se pasan diferentes tests. Interconsulta a Psiquiatría.

Exploración y pruebas complementarias. TA 150/85, afebril. No focalidad neurológica. Consciente y orientada. Contacto con la realidad. Hemograma, bioquímica, coagulación, hormonas tiroideas, B_{12} y fólico

normales. Mimimental: 29/35; Pfeiffer: 1 error. Psiquiatría: lenguaje coherente, atención conservada, contacto con la realidad, juicio conservado, capacidad de crítica, sintomatología de ansiedad leve; TAC: atrofia cortical, no lesiones ocupantes de espacio.
Juicio clínico. Síndrome de Charles Bonnet.
Diagnóstico diferencial. Depresión mayor con sintomatología psicótica, demencia, delirium, lesiones mesencefálicas/pedúnculos, infarto cerebral, fármacos como digoxina.
Comentario final. El síndrome de Charles Bonnet se define por la presencia de alucinaciones visuales en personas sin patología cerebral ni psiquiátrica que aparecen en pacientes con déficit visual bilateral grave. Los pacientes suelen tener conciencia autocrítica de las mismas pero su persistencia puede provocar ansiedad. Está infradiagnosticado y frecuentemente confundido con trastornos mentales graves; es un cuadro poco conocido por el médico de Atención Primaria, de Urgencias y por el oftalmólogo, por lo que muchos de estos pacientes son considerados psiquiátricos. El mecanismo por el que se producen las alucinaciones visuales es desconocido. El diagnóstico es de exclusión. El tratamiento va a ser principalmente la psicoeducación, explicando la benignidad del cuadro; el tratamiento farmacológico es poco efectivo.
Bibliografía recomendada.
Asensio Sánchez VM, Merino Núñez F, Rivas Pastoriza A. Alucinaciones visuales complejas en un paciente con déficit visual severo en ambos ojos (síndrome de Charles Bonnet). Arch Soc Esp Oftalmol. 2003;78: 327-30.
Ffytche DH. Visual hallucinations and the Charles Bonnet syndrome. Curr Psychiat Rep. 2005;7:168-79.
Tan CS, Sabel BA, Goh K-Y. Visual hallucinations during visual recovery after central retinal artery occlusion. Arch Neurol. 2006;63:598-600.

3407. ALGO MÁS QUE UNA ERUPCIÓN SOLAR

Sáenz Lafuente, L.; Sartolo Romea, M.T.; Suarez Tonel, M.P.; Garcés Ballesteros, E. y Manero Elorza, H.
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; Centro de Salud Delicias Sur; Centro de Salud Utebo, Zaragoza.

Descripción del caso. Paciente de 66 años con antecedentes de: hipertensión arterial, hepatitis A, diverticulosis sigmoidea, vejiga hiperactiva y fotosensibilidad con test de Saidmann con dosis suberitema menor a un minuto. Intervenida de colecistectomía y pólipos en colon. En tratamiento con: solifenacina, Plantago ovata, bromazepam e hipotensores desde hace 15 días (nifedipino, valsartán e hidroclorotiazida). La paciente refiere que tras visita a la Expo, donde llevaba camiseta y pantalones cortos, comenzó con erupción y prurito intenso en extremidades inferiores.
Exploración y pruebas complementarias. Erupción eritematosa en extremidades inferiores, dejando libre cara y brazos. Dada su fotosensibilidad y antecedentes de Saidmann positivo se trató como una erupción solar con antihistamínicos y prednicarbato tópico sin mejoría completa. Dado el resultado se probó posteriormente a retirar el diurético tiazídico continuando además con el tratamiento anterior presentando entonces mejoría importante.
Juicio clínico. Fototoxicidad farmacológica por hidroclorotiazida.
Diagnóstico diferencial. Erupción solar o reacción fotoalérgica o reacción fototóxica por fármacos. Al no ver una mejoría completa con el tratamiento del eritema solar simple se planteó una posible reacción fotoalérgica la cual sería más uniforme y no solo en zonas fotoexpuestas, como en el caso de la paciente, por lo que se desestimó y se planteó como diagnóstico definitivo el origen farmacológico dado que repasando la lista de fármacos fototóxicos entre ellos figuran las tiazidas y la mejoría al retirarlas fue importante.
Comentario final. Muchos fármacos de los que usamos habitualmente, como simvastatinas, tiazidas, etc., producen fototoxicidad, precaución que hay que tener en cuenta sobre todo en época de máxima exposición solar. Tenemos que pensar en ello y no solo atribuir las erupciones a la exposición solar simple sin considerar sus factores agravantes.
Bibliografía recomendada.
Esteban Calvo C. Fototoxicidad por fármacos. Prescripción de fármacos. 2000;6(5):36-8.
Fotoprotección. Formación Continuada. Aula de la Farmacia. Junio 2004.
Fotosensibilidad cutánea inducida por fármacos. Actualidad Terapéutica. Centro de Información del Medicamento. 2004;4(1):17-20.
Lista de principios activos que pueden provocar reacción de fotosensibilidad. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. HTML 2004. Disponible en: http:// www.portalfarma.com/home.nsf [accesso Junio 2005].
Quintera B, Miranda MA. Mechanisms or photosensibilization induced by drugs: A general survey. Ars Pharmaceutica. 2000,41(1):27-46.
Reacciones de fotosensibilidad por fármacos. Reacciones Adversas a Medicamentos. Boletín Informativo del Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid. Septiembre 2000;7(1):1-4.

3417. DOCTOR TENGO DIARREA, ¿Y ESE HEMATOMA?

Sáenz Lafuente, L.; Sartolo Romea, M.T.; Suárez Bonilla M.P.; Garcés Ballesteros E. y Manero Elorza, H.
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Centro de Salud Delicias Sur, Centro de Salud Utebo.

Descripción del caso. Paciente de 63 años con hipertensión arterial, accidente cerebrovascular con paresia izquierda residual y síndrome del intestino irritable. En tratamiento con: nitroglicerina, omeprazol, ácido acetil salicílico y Plantago ovata. Acude a la consulta de Atención Primaria por diarrea líquida (4-5 deposiciones al día) con rectorragia y lesión pruriginosa en extremidad inferior derecha de dos días de evolución.
Exploración y pruebas complementarias. *A la exploración:* afebril con abdomen normal. *Tacto rectal:* sin lesión ni sangrado. Extremidad inferior derecha: lesión pretibial violácea con apariencia de hematoma superficial con signos de rascado debido al prurito, pulsos conservados y no pérdida de fuerza ni sensibilidad. Se ingresa para estudio de diarrea y evolución de lesión. Se realiza analítica: aumento de reactantes de fase aguda: fibrinógeno, leucocitos, PCR y VSG; radiografía de abdomen: marcada meteorización colónica distal con posible vólvulo; colonoscopia: enfermedad de Crohn cólica con gran afectación endoscópica; *TAC abdominal:* dilatación de colon descendente, sigma y recto, con gran cantidad de líquido y sin presencia de haustras descartando microperforación tras colonoscopia. El paciente presentó mejoría digestiva del Crohn con corticoides intravenosos e infliximab, precisando en alguna ocasión sonda rectal para eliminar gas intestinal. Respecto a la lesión, empeoró progresivamente por lo que se realizó una biopsia cutánea diagnosticando pioderma gangrenoso con sobreinfección con *Enterococcus faecium* y *Staphylococcus epidermidis*. Se pautó antibioterapia intravenosa sin mejoría y a la contra presentó necrosis extensa que precisaba desbridamiento. Al observar disminución de pulsos en extremidades se retrasó y realizaron angioTAC viendo arterioesclerosis difusa y bilateral de ambas extremidades y arteria ilíaca externa por lo que realizaron un *bypass* iliofemoral derecho para revascularizar antes de desbridar, presentando parada cardiorrespiratoria en el postoperatorio y falleciendo.
Juicio clínico. Enfermedad de Crohn cólica extensa .Pioderma gangrenoso. Oclusión de arteria ilíaca externa.
Diagnóstico diferencial. Primeramente con la colonoscopia cribaremos respecto a otras enfermedades inflamatorias intestinales. En la evolución con el listado de manifestaciones dermatológicas del Crohn y gracias a la biopsia tenemos el diagnóstico de pioderma. Por último, la no existencia de pulsos periféricos nos obliga a realizar pruebas vasculares.
Comentario final. La enfermedad de Crohn presenta amplia variedad de manifestaciones extraintestinales, entre las cutáneas, el pioderma gangrenoso solo suele presentarse en el 2% de los pacientes predominando en mujeres de 20 a 50 años y mejorando paralelamente a la mejoría del Crohn, situación que no sucedió en nuestro paciente donde también observamos complicación extraintestinal a nivel vascular con obstrucción arterial. Por todo esto siempre debemos explorar al paciente en su totalidad no obviando ningún detalle.
Bibliografía recomendada
Barreiro-de Acosta M, Domínguez-Muñoz J E, Núñez-Pardo de Vera M C, et al. Relationship between clinical features of Crohn's disease and the risk of developing extraintestinal manifestations. Eur J Gastroenterol. 2007;19:73-8.
Repiso A, Alcántara M, Muñoz-Rosas C, et al. Extraintestinal manifestations of Crohn's disease: prevalence and related factors. Rev Esp Enferm Diges. 2006;98:510-7.

3448. SÍNDROME DE EVANS: EL RETO DIAGNÓSTICO DE UNA PÚRPURA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Castro Neira, M.; Beramendi Garciandia, F.; Alarcon Menendez, M.; Arana Alonso, E.; Molina Samper, M.V. y Alcalde Vicario, S.
Centro de Salud Iturrama; Hospital Virgen del Camino.

Introducción. El término púrpura designa a las hemorragias cutáneas, petequias y equimosis, siendo la manifestación de una extravasación de

sangre. La morfología de la lesión servirá como punto de partida: lesión macular: púrpura no palpable que orientará a una etiología no vascular (alteración en las plaquetas o en la coagulación). Lesión papular: púrpura palpable: orientar a patología vascular (vasculitis). Una buena anamnesis dirigida, una exploración física, una analítica y una biopsia mediante técnica de escisión cilíndrica (punch) nos orientarán en el diagnóstico.

Descripción del caso. Antecedentes: paciente sin antecedentes de interés. Historia actual: paciente de 63 años que acude a nuestra consulta por cuadro febril de 15 días de evolución con tórpida respuesta a antitérmicos. Con anterioridad había consultado por inflamación de ambos pies que no mejora y a lo que se le ha añadido desde hace 3 días una erupción puntiforme en ambas EEII de manera súbita. Desde hace un día presenta taponamiento nasal, esputos hemoptoicos, así como epistaxis de repetición. Asimismo refiere tos, astenia y disminución de la ingesta. No DPN ni ortopnea. Exploración física: ACP normal. Edemas bimaleolares. Lesiones puntiformes, eritematosas, no palpables, no pruriginosas en piernas. Exploración neurológica: normal. ECG: normal. Rx de tórax: normal. Analítica sanguínea: Hb: 9,7 g/dl, plaquetas 1.000/mm^3. Evolución: se remite a Urgencias, ingresando en Hematología, donde se inicia tratamiento con corticoides (1 g/kg/día) e inmunoglobulinas (1 g/kg durante 2 días) con recuperación de las cifras de plaquetas y hemoglobina. En el estudio de la anemia hemolítica se evidenció la presencia de anticuerpos calientes IgG, diagnosticándose de síndrome de Evans.

Diagnóstico diferencial. Púrpura trombocitopénica idiopática, vasculitis de Wegener.

Comentario final. El síndrome de Evans se trata de la asociación de anemia emolítica y trombocitopenia con prueba de Coombs positiva, existiendo una relación con los anticuerpos anticardiolipinas, delimitando un subgrupo de lupus eritematoso sistémico.

3451. HEMATOMA DE RECTOS: TODO UN RETO DIAGNÓSTICO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Beramendi Garciandia, F., Castro Neira, M., Alarcón Menéndez, M., Arana Alonso, E., Molina Samper, M.V. y Alcalde Vicario, S.
Centro de Salud Iturrama; Hospital Virgen del Camino.

Introducción. La colección de sangre en la vaina del recto abdominal es un proceso inusual que simula abdomen agudo, es relativamente benigna pero hay que tenerla en mente en el diagnóstico diferencial cuando nos encontramos ante un paciente con estado de la coagulación alterado, que de forma aguda presenta masa abdominal aguda, palpable y dolorosa, que cursa con descenso de los parámetros del hematocrito.

Descripción del caso. Paciente de 79 años con antecedentes de ACV en 2002 con secuelas que acude remitido por dolor abdominal de dos días de evolución. Desde 8 días antes síntomas catarrales con tos. Ayer y hoy dolor progresivamente intenso y se ha objetivado bultoma entre FID e hipogastrio. La esposa explica que el paciente se solía quejar de dolor en bajo vientre hacia la derecha desde hace tiempo de forma ocasional. Hábito deposiciones normal, sin presencia de productos patológicos. No náuseas ni vómitos. Tratamientos previos: Cymbalta (1-0-1), Sintrom (1/4 mic y do y el resto 1/2), Digoxina (1-0-0) Hemovas (1-0-1) Anagastra (1-0-0) Omnic (0-0-1). ACP: arritmia, sin soplos; mvc. Abdomen: blando, se palpa bultoma de forma alargada, duro, que abarca FID e hipogastrio, doloroso a la presión. Exploración neurológica: secuelas de su ACV. ECG: FA con RVM a 94 lpm. Cubeta digitálica. Rx de tórax: cardiomegalia. Laboratorio:11.800 leucocitos con una distribución normal, un Hto de 31% y una hemoglobina de 10,1 g/dl, 167.000 plaquetas, con un INR de 1,07. Eco: en pared abdominal anterior de hipogastrio y FID se aprecia una imagen de masa de morfología ovalada de unos 13 × 8 cm de diámetro, con ecogenicidad heterogénea, compatible con hematoma, aunque sin poder descartar otras posibilidades. TAC abdominopélvica: aumento de tamaño en el compartimento de ambos músculos rectos anteriores, por debajo de la línea semilunar, con densidad alta discretamente heterogénea. Conclusión: hematoma en los músculos rectos, infraumbilical. Evolución: durante su ingreso se instauran medidas respiratorias con nebulizaciones de Ventolin y Atrovent, así como gafas nasales con O_2, mejorando la tos y el cuadro catarral. Se decide retirada de Sintrom e instauración de tratamiento con Clexane 60 sc cada 24 horas. Las cifras de Hb se han mantenido estables.

Diagnóstico diferencial. Neoformación intraabdominal; aneurisma de aorta abdominal; hernia.

Comentario final. El hematoma de la vaina del músculo recto anterior del abdomen se produce por rotura de la arteria epigástrica superior o inferior. Cada músculo recto está envuelto por una capa aponeurótica, completa en la cara anterior, pero no en la posterior, ya que debajo del ombligo deja de proteger al músculo para formar el arco de Douglas; esto facilita la rotura de la arteria epigástrica a nivel infraumbilical. Los factores predisponentes son los estados alterados de la coagulación, el embarazo, la cirugía previa sobre la zona, la edad y la HTA. El principal factor desencadenante es la tos.

índice de autores

Abad Sánchez, S., 76
Abadía Durán, J., 168
Abanto Viamonte, A., 152
Abaurrea Alzueta, G., 92
Abilla Lumbiarres, A., 119, 156
Abizanda González, M., 34, 39
Abós Olivares, E., 179
Acha Pérez, J., 4
Afonso Navarro, C.M., 124, 135
Aguaron Joven, F., 84
Agüero Goñi, J.A., 177
Aguilar Amo, M.A., 79
Aguilar Vázquez, M., 91
Aguirre Lejarcegui, G., 98
Aguirre Pérez, J.A., 156
Alarcia Ceballos, M.L., 98, 158, 160, 163
Alarcón Meléndez, M., 105, 157, 166, 168, 170, 184, 185
Alarcón Rodríguez, R., 135
Alastuey Aisa, M., 160
Albaina Troya, L., 163
Alcalde Vicario, S., 184, 185
Alcántara Herrera, M.I., 165
Alcaraz Asensio, A., 30
Alcolea García, R.M., 86, 132
Aldaz Sola, I., 73
Alfaro González, J.V., 79
Almaraz García, M., 101
Almenar Bases, A., 178
Almendro Almendro, E., 109
Alonso Arana, E., 168
Alonso Fernández, I., 161
Alonso Fernández, M., 4, 97
Alonso Martínez, S., 96
Alonso Moreno, F.J., 61, 89
Alonso Robles, A., 84, 155
Alonso Rodríguez, S., 134
Alonso Sancho, T., 136
Alvarado, S., 148
Alvarado Montesdeoca, M.I., 135
Álvarez Martínez, M.J., 118
Álvarez Perera, A., 101
Álvarez Pérez, B., 119
Álvarez Rodríguez, M.D., 114, 116, 144, 145
Álvarez Tutor, E., 124, 125, 126
Álvarez Tutor, J., 124, 125, 126
Álvaro Pérez, C. de, 113
Álvaro Ranil, T., 129
Amiano Arregui, M.T., 160
Andrés Bergareche, E., 128
Andrés Bergareche, I., 65, 67
Andrés Mantecón, F., 110
Andreu Alcocer, R.M., 141, 142, 143
Angulo Fernández-Larrea, B., 131
Antolín Atencia, C., 161
Antón Cortés, M., 92
Antón García, F., 98, 111, 112, 116, 133, 159
Apolo Sánchez, M., 91
Arahuetes Benito, F., 134
Arana Alonso, E., 105, 157, 165, 166, 168, 170, 184, 185
Arana i Madariaga, A., 82, 138
Aranaz Andrés, J.J., 41
Aranda García, Y., 123
Aranda Lara, P. , 113
Araujo Ramos, I., 91
Arbesú Prieto, J.A., 59, 60
Arbizu Ruiz, L., 165, 166, 168
Arcas Ferre, M., 93, 112
Arcusa Villacampa, N., 164, 165
Argente del Castillo, J., 80
Arizaga Cordia, B., 76
Armendáriz Marcotegui, M., 174
Armengol Badía, O., 122
Arranz López, J.L., 109
Asensio Calle, M.L., 160, 161
Astals Bota, E., 136
Avellaneda Fernández, A., 27, 110
Avilés Cigüela, S., 115
Ayala Maqueda, R., 135
Ayats Vidal, S., 96
Aycart Valdés, G., 87

Babace Isturiz, C., 99
Baca Osorio, A., 92
Badani Prado, H., 164, 165
Badía Farré, T., 75, 76, 77, 118, 121
Báez Álvarez, A., 122
Bagán Mezquita, L.I., 75
Báguena García, A., 100
Bailo Vinués, L., 103, 128, 153, 175
Ballesteros-Pérez, A.M., 75
Balseéis Ghiglione, J., 127
Banegas Banegas, J.R., 88, 89
Baranda Muñoz, M., 77
Barbero Sacristán, P., 87
Barceló Castelló, M., 153
Barco López, A., 117, 118, 126, 146, 147, 152, 153
Barco López, T., 146, 147
Bardavio Lacasa, A.J., 78, 87
Bare Mañas, M., 141, 142, 143
Barquilla García, A., 85, 91
Barreiro Montaña, M.C., 110
Barriendos Pérez, N., 109
Barrio Márquez, A., 134
Barrios Alonso, V., 84, 89
Barrueco Ferrero, M., 78
Batalla Calvín, P., 101
Batalla Rebollo, N., 91
Baztán Romeo, M., 99
Beato Fernández, P., 113, 116, 132, 138
Beltrán Per, P., 129
Benedicto Sánchez, J.R., 80
Beneito Calatayud, M., 158, 160, 170, 171
Bengochea Botín, E., 68
Benítez Moreno, J.M., 41
Benito Badorrey, B., 132, 155
Benito del Sol, S., 85
Benito Duque, P., 162
Benito Ruiz, B., 152
Beramendi Garciandía, F., 96, 105, 184, 185, 194
Bercedo Sáiz, A., 97
Berenguer Blay, J.L., 85
Bermejo Cacharrón, Y., 86
Bermejo Cachorrón, Y., 113
Bernabé Barrios, M.J., 98, 163
Bernad Vallés, M., 112, 160, 161, 164
Bernades Carulla, C., 93, 112
Bernis Carro, C., 87
Bertomeu Martínez, V., 89
Bertrán Fontelles, V., 117
Bescós Eito, E., 155
Bethencout Marante, J.S., 124
Bibian Miguel, T., 139
Biendicho Palau, M.P., 136
Bistuer, M., 109
Blanco Álvarez, A., 108
Blanco Marco, B., 176
Blanco Siendones, L., 101
Blanco Tarrío, E., 24
Blanquero Gallialta, M., 121, 122, 123, 129
Blesa Mayordomo, M., 137
Blonde, L., 83
Boj Casajuana, J., 127
Bolea Gorbea, C., 157
Bonet Ivars, V., 77
Bonillo Gómez, A., 119
Bordalba Layo, M.A., 118, 126, 146, 147, 152, 153
Boria Avellanas, R., 12
Borras Calvo, A., 73
Borreguero Guerrero, E., 82
Bosch Romero, E., 95, 112
Bravo Martín, J.M., 137
Brenes Bermúdez, F.J., 30, 95
Bueno Lozano, M., 133, 134, 155, 156, 157
Buezo Reina, I., 77, 95
Buforn Galiana, A., 98
Buforn Jiménez, M., 98
Burgaña Agoües, A., 109
Burgo Ojeda, A., 108
Burgos Díaz, M.V., 92
Burillo Julián, I., 73
Buse, J., 83
Busquets Gil, A., 134

Cabrera Alonso, Y., 167, 168
Cabrera Ferriols, M.A., 79, 88, 94
Cabrera Mateos, J.L., 112, 122
Cacharrón Bricio, R., 77
Calvo Alba, M.A., 93
Calvo Doblado, M., 173
Calvo Estopiñan, P., 177
Calzado Sánchez-Elvira, C., 79, 85, 88, 94
Camats Escoda, E., 127
Campillos Páez, M.T., 85, 135
Campmajó Almodóvar, C., 84
Campo Alegría, L., 166, 169, 172, 181
Campo Arribas, M.M., 88
Campo Remacha, A.I., 137
Campo Sien, C., 113
Campos Rodríguez, J.C., 77, 116, 119
Camps Salat, R., 116
Cano Espín, A., 123
Cánovas Zaldúa, Y., 75, 134
Cantabrana Aluti, A., 124
Canudo Azlor, M.D., 92
Cañada Merino, J.L., 50, 69
Capdevila Andreu, M., 128, 147, 149, 152
Carbó Queraltó, A., 132
Carbonell Casañ, I., 99, 101, 137
Cardelús Fontdevila, A., 118
Cardona Egea, M., 81, 117
Carramiñana Barrera, F., 21
Carrasco Carrasco, E., 43, 116
Carrasco García, A., 74, 112
Carrasco López, F., 76
Carrasco Miserachs, I., 145
Carrazo, R., 137
Carrera, C., 130
Carreter Parreño, J., 86, 113
Carrillo Aparicio, C., 155
Carrizo Sierra, S., 130
Carvajo Azábal, S., 112
Casabán Folgado, M.J., 159
Casado de Pedro, P., 86
Casado Pérez, P., 69, 99
Casals Sánchez, J.L., 21
Casamajó Escuer, M., 117
Casanova, M.A., 72
Casanueva Fernández, B., 111
Casas, C., 131
Casas, R., 131
Casas Aranda, I., 79
Casillas Ferrnández, L., 139
Casquero Ruiz, R., 57
Castañeda Sánchez, J.A., 76
Castaño Gea, M., 134
Castelao Bárcena, L., 166, 169, 172, 181
Castillo Berruguete, M., 85
Castillo Obeso, J., 111
Castillo-Galindo, J., 75
Castro Neira, M., 96, 105, 184, 185
Castro Ramos, I., 97
Catalán Macián, J.B., 133
Cátedra Castillo, B., 149, 177, 180
Cavia Pardo, J., 157
Cay Auria, D., 179
Cay Auria, L., 160, 176, 180, 181
Celorrio Bustillo, C., 97
Ceña, J.I.C., 139
Cereceda Satué, M., 103, 129, 153, 175
Cerrada Cuesta, A.M., 99
Cerrato Rodríguez, M.E., 115
Chamorro Sierra, M.P., 161
Chiva-Ballesteros, B., 75
Cierco Peguera, P., 164, 165

Ciudad Sáez-Benito, M., 130
Clemos Matamoros, S., 93, 102, 103, 106, 171, 172, 174, 175
Closas i Solé, A., 82, 138
Coarasa Monter, P., 92
Colillas, E., 130
Cols Sagarra, C., 76, 118
Comas Samper, J.M., 1
Comín Junquera, J., 75
Company i Soler, J., 82, 138
Conde Sayago, A., 74
Conthe Gutiérrez, P., 2
Copetti Fanlo, S., 115
Cora Badeci, J., 160
Cordero Guevara, J., 131
Cordero Puebla, P., 85
Corella Ferrán, T., 81
Cortés Arrabal, H., 131
Cortés Genesca, J., 136
Costa Bardají, N., 86
Cova Díaz, I.J., 96, 108
Crespo Martínez, C., 110
Cruz Doménech, J.M., 118
Cruz González, I., 100
Cruz Troca, J.J. de la, 88, 89
Cubides Núñez, A., 111, 116
Cullet Campeny, E., 78, 87
Curós Torres, S., 118

Daoud Aziman, O., 68
Delgado Alonso, P., 86
Delgado Fraile, M.A., 134
Delgado Valera, M.A., 135
Deza Pérez, C., 160, 179
Deza Pérez, M.C., 104, 180, 181, 182
Díaz Barroso, A., 80, 85,94
Díaz Benito, J.A., 84
Díaz Casado, B., 157
Díaz Hernández, M.L., 90
Díaz Herranz, S., 96
Díaz Muñoz, J.A., 86, 101
Díaz Noain, M., 177, 179
Díaz Paquez, F., 124
Díaz Reques, E., 110
Díaz Rodríguez, A., 18, 48, 77, 78
Díaz Salcedo, E., 115, 162
Díaz-Maroto Muñoz, J.L., 47
Diego Cabanes, M.C. de, 82
Diego Diego, A., 110
Diego Domínguez, M., 100
Díez Cagigal, R., 35
Díez Zaera, O., 152
Dios Diz, J.M., 30
Divisón Garrote, J.A., 113
Domínguez Barcelona, L.M., 103, 104, 175, 176, 180, 181, 182
Domínguez Carmona, J., 76
Domínguez Gutiérrez, A., 73
Dueñas Martín, S., 72, 107
Duque Hernández, J.G., 124
Durá Belinchón, R., 116
Durán López, P., 159
Durán Ollero, C., 144

Elena Sorando, E., 108, 109, 110, 130, 158, 160, 162, 163, 170, 171
Elizalde Pérez de Ciriza, I., 84, 137, 155
Encinas, V., 150
Escardo Font, C., 77
Escobar Oliva, A.B., 75, 110, 115
Escobedo Espinosa, F., 80, 85
Escoda Mingot, J., 122
Escriche Ros, R., 100
Español Pons, M., 127
Esparza Otero, T., 158
Espino García, A., 119, 121, 140, 143, 150, 151
Espues Albas, L., 162
Esquivias Campos, M.A., 65, 67
Esteban Martínez, I., 9
Esteban Pellón, J., 159
Estevan Solano, J.M., 43
Esteve Balagué, Ll., 76, 121
Estopa Pujol, H., 86
Ezpeleta Ascaso, I., 84, 137, 155

Fabra Noguera, A., 141, 142, 143
Fabré Folch, E., 161, 173
Falces de Andrés, E., 104, 105
Fandiño Cobo, M.E., 141, 145, 154
Fañanás Lanau, N., 79
Farran Torres, N., 144, 148
Farrás i Serra, P., 82, 138
Farraye, M.N., 149, 177, 180, 182
Faure Nogueras, E., 1
Fenoy Bretones, M.M., 112
Fernández Almendros, M., 115
Fernández Arrechea, N., 165, 166, 168
Fernández Causo, R., 159
Fernández Cuartero Rebollar, B., 87
Fernández Danés, N., 115
Fernández de Simón Bermejo, J.F., 80
Fernández Durán, T., 79
Fernández Escobar, E., 72
Fernández García, A.I., 104, 105
Fernández González, M., 73
Fernández Guarino, M., 99
Fernández Gutiérrez, I., 87, 116
Fernández López, M.D., 91
Fernández Miñano, M.C., 122, 123, 129
Fernández Muro, M., 104
Fernández Palacios, C., 99
Fernández Ruiz, J.S., 6
Fernández Salas, B., 81
Fernández Soriano, M.T., 81, 115
Fernández Tapia, M.L., 92
Fernández Vargas, F., 87
Ferrando Aznar, C., 65, 68
Ferré Cornadó, P., 119, 127
Ferreira García, C., 96
Ferrer Saiz, I., 160, 162, 176, 179, 186
Ferrero Sanz, R., 134
Férriz Villanueva, G., 72, 107
Fierro González, D., 77, 78
Figuera von Wichmann, M. de la, 88
Fitó Egea, I., 100, 101, 123
Fleta Zaragozano, J., 88
Fogo Vila, S., 132, 138
Fontanilla Daza, Z., 164, 165
Fontiveiro García-Izquierdo, E., 76
Forcada Huguet, I., 167
Forcada Huguet, N., 97
Fragua Gil, M.S., 134
Frapolli Rodríguez, F., 89
Freire Santos, I., 177
Freis Villanueva, G., 107
Fuente Cadenas, J.A. de la, 100
Fuentes Ochoa, M.T., 174
Fuertes Palacio, M.A., 42
Funcia Barrueco, A.I., 112, 160, 161, 164

Galán Urbano, M.A., 107
Gali Gorina, F., 142
Gallardo Guerra, M.J., 110
Gallego, A., 151
Gallego Bademunt, C., 84
Gálvez Cañamaque, E., 87, 119
Gamez Gómez, M.A., 183
Gandía Moya, C., 121
Ganuza Abascal, M.C., 92
Garavis González, J.L., 77
Garcés Ballesteros, E, 183, 184
García Arrué, E.M., 104
García Castillo, L., 119, 137
García Castillo, O., 80, 86, 94
García Cepeda, I., 108, 110, 130
García Criado, E.I., 50, 60
García de Jalón Comet, A., 133, 134
García de la Noceda Montoya, M.D., 177
García Florian, G., 115, 162
García Fortea, M., 122
García Garrido, A.B., 159, 166, 169, 172, 181
García González, F., 133
García Gorria, M., 168, 170
García Gurrutxaga, M., 73
García Jordán, M.J., 75, 76, 118, 121
García León, M., 74
García Marrón, A., 159
García Martínez, L., 109
García Martínez, M.L., 162
García Muñoz, M., 90, 132
García Pérez, L., 97
García Pérez, M., 79
García Puig, J., 88
García Pulido, M.C., 139
García Quevedo, E., 97
García Reina, M., 96, 159
García Riesco, F., 129
García Román, D., 118
García Sancho, M.C., 82
García Tolosa, F., 99, 101, 137
García Tristante, D., 93, 112
García Vicente, J.A., 75
García Vicente, S., 151
García Virgos, I., 151
García Zerpa, R., 122
García-Giralda Ruiz, L., 79
García-Jiménez, E., 134
García-Martínez Cañavate, M.D., 87
García-Norro Herreros, F.J., 16, 48, 77
Garde Borao, M.L., 102, 106
Garrido Costa, C., 89
Garrido Fonseca, S., 174
Garrote Peñuelas, M.J., 135
Gascón Santos, S., 84
Gasull Molinera, V., 41
Gavilán Moral, E., 138
Genique Martínez, R., 67, 103, 120, 173, 174, 175, 178, 180, 183

Gil Martínez, C., 91
Gil Valero, E., 134
Gili Riu, M., 75, 110, 115
Giménez Basallote, S., 21, 76
Giménez Bayas, T., 85, 94
Giménez Romero, G., 117, 147
Giné Badía, M., 81, 117
Ginel Mendoza, I., 76, 87, 89
Girona Amores, A., 123
Gomara, M.J., 137
Gombau Aznar, E., 133, 134, 155, 156
Gómez Barrado, J.J., 85
Gómez de la Cámara, A., 115
Gómez de Segura, I.Ll., 5
Gómez Durán, M., 159
Gómez Encinas, J., 91
Gómez García, S., 79, 82, 83, 120, 122, 123
Gómez Gras, A., 79, 85, 88, 94
Gómez Lus, M.L., 74
Gómez Martín, S., 117
Gómez Molleda, F., 101
Gómez Moraga, A., 107
Gómez Rodríguez, M.E., 107
Gómez Saldaña, A., 86
Gómez-Escolar Pérez, M., 99, 165
Gómez-Martino Arroyo, J.R., 85
González Azuara, S., 95, 112
González Béjar, M., 137
González Cartujo, C., 163
González Casado, M.J., 161
González Castilla, J.G., 108
González Díez, S., 104
González Fernández, D., 97
González Gamarra, A., 77, 86, 87, 116
González García, L., 133
González García, L.M., 124
González Loyo, R., 73
González Medina, M., 122
González Pascual, J.L., 85, 135
González Rodríguez, T., 172
González Sánchez, A., 112
González Sanz, G., 140
González Tejón, S., 155
González Usón, G., 161
González Viejo, N., 128, 153, 175
González-Gay, M.A., 111
González-Navarro, M.D., 129
González-Segura Alsina, D., 84, 89
Goñí Imizcoz, M., 131
Gorostidi, M., 89
Gosálvez Mariño, I., 114, 134
Gracia Aznar, A., 103, 120, 162, 173, 174, 178, 180
Gracia Aznar, M.A., 175, 183
Gracia Bonel, P., 174, 178, 180
Gracia Moliner, M., 99
Gracia Tonel, P., 103, 120, 173, 175, 183
Gragera Vara, M.J., 91
Granado Corzo, S., 75, 76, 118
Grau Suárez Varela, M., 179
Gros García, T., 136
Grueso Díaz, J., 79, 80, 83, 122, 123, 127
Guardia Urtubia, J., 167, 168, 169
Guasch Badell, R., 78
Guelbenzu Morte, F.J., 104, 181, 182

Güell Ubillos, J.A., 78, 87
Guerra Hernández, I.M., 141, 145, 154
Guerra Martínez, M.P., 133, 134, 155
Guirao Sánchez, L., 79
Guisado González, M.J., 80, 82, 120, 121, 127
Guiu Amill, E., 136
Gurrutxaga, M.C., 139
Gutiérrez Díez, M., 140
Gutiérrez García, R., 101
Gutiérrez Soto, D., 163
Gutiérrez Toca, O., 85
Guzón Centeno, M., 86, 116, 119

Haman Alcocer, S., 100
Henares Sánchez, B., 121
Heras Alonso, E. de las, 99
Heras Balbás, V., 131
Heras Fortuna, R., 129, 131
Hernáiz Valle, S., 77
Hernández Casero, L., 139
Hernández Hernández, A., 118
Hernández Resa, R., 109
Hernández Sanabria, F., 141, 145, 154
Hernández Úrculo, J., 22
Herrera Jiménez, C., 117, 120
Herrero Antón, R.M., 78, 98, 99, 163, 165
Herrero López, A., 73
Huguet Aznar, L.L., 132

Ibáñez, B., 92
Ibáñez Ruiz de Arcaute, I., 98
Ibars Cervera, M.J., 98, 158
Iborra-Victoria, O., 75
Idioiaga, M.T., 92
Iglesia Ara, S., 100
Iglesias González, V., 161
Iglesias Papadopoulou, S., 119
Igua Masalles, E., 118
Irribarren Arrobas, P., 96
Isaac Casajuana, A., 127
Isnard Blanchar, M.M., 138
Iturralde Iriso, J., 98, 133, 158, 159, 160, 163
Izco Medina, R., 168
Izco Salinas, S., 170
Izquierdo Martínez, M., 27, 89, 110
Izquierdo Ros, M.T., 79

Jareño S, 112
Jareño Sanz, M.J., 74, 95
Jiménez Jiménez, C., 75, 76, 118, 121
Jiménez Martínez, J., 80
Jiménez Oya, J., 81
Jiménez Ruiz, C., 47
Jonquera Martí, S., 81
Joven Llorente, B., 109
Juan Germán, M., 92
Juan Huelves, A., 162
Juanes del Valle, F., 108, 110
Juanes Méndez, J.A., 112
Jurado Hamound, C., 76
Jurado López, A.R., 135

Karaki Karaki, M., 90
Kozarzewski, M., 21

Labrador Camacho, F.L., 136
Lacasta Tintorer, D., 75
Lafarga Giribets, M.A., 119, 127, 140, 150, 154
Lagándara López, M.L., 112
Lagarón Cabello, B., 118, 128, 178
Lallana Montero, S., 117
Landeo Fonseca, A., 118, 128, 174, 178
Lapuente Troncoso, E., 158
Lasa, M., 105
Lasheras Díaz, G, 133, 155
Lasso de la Vega Martínez, M., 158
Latorre Gálvez, M.A., 120
Latorre Ginés, V., 103, 120, 152, 162, 173, 174, 175, 178, 180, 183
Laudo Tesan, F., 167
Lausarreta Herreros, M., 177
Leco Lamela, J.M., 121, 129
Ledesma Martín, M.C., 86
Ledesma Romano, C., 92
Lekuona Irigoyen, A., 98, 158
León Álvarez, J.L., 123
León Luis, S., 101
León Rodríguez, C., 111
León Vázquez, F., 115
Lesmes González, J., 135
Linares Castro, M.L., 92
Lista Arias, E., 139
Liste Salvador, V., 107
Litago Cortés, A., 103, 104, 153, 175, 179, 181, 182
Lleal Barriga, C., 95
Llisterrí Caro, J.L., 80, 84, 89, 99, 101, 113, 137
Llort Samso, L., 126
Lomba García, B., 139
Lombar Gimeno, M.J., 176
López deViñaspre Muguerza, A., 158
López Diu, R., 165, 166
López Domínguez, P., 86
López Hernández, X., 83
López Herranz, A.B., 140
López Herrero, B., 91
López Lanza, J.R., 110
López López, C., 90
López López, F., 123
López Marchena, S., 117
López Marina, V., 100
López Martí, E., 75, 138
López Mesoneros, T., 163
López Puche, J.M., 107
López Rodrigo, C., 78
López Sanjuán, P., 137
López Santín, J.M., 165
López Torruella, D., 161, 173
López-Marina, V., 86, 101
López-Tappero Irazabal, L., 149, 177, 180, 182
Lorenzana Cadenas, L., 138
Lorenzo Ruiz, H., 117, 120
Lou Arnal, S., 61, 84, 89, 113
Lozano Fernández, T., 87, 116
Lozano Váquez, M.D., 120
Lucas Lerga, F.J., 93, 102, 103, 106, 171, 172
Lucas López, M.C., 112
Lucena Ariza, J., 98
Luisarreta Herreros, M., 179
Lumbreras Garuz, D., 117
Luna Maldonado, A., 114, 132
Luque Martí, P., 127

Macián Cerdán, A., 121
Madán Pérez, M.T., 141, 145, 154
Madrid Valls, M.L., 143, 148, 154
Magaña Orta, S., 118, 128, 178
Magdalena Belio, J.F., 103,175
Mahmoud Aloui, O., 77, 78
Mahuela, L., 104, 181
Malla Clua, B., 128
Maltas Hidalgo, Y., 114, 116
Mancera Romero, J., 92
Manero Elorza, H., 130, 184
Manero Ruiz, F.J., 47
Mantecón Artasánchez, J.F., 157
Manuel Martí, B., 127, 128, 149
Manzanera Escarti, R., 59
Manzano Gómez, F., 74
Manzotti, C., 74, 112
Máñez Andrés, A., 98, 111, 112, 116, 133, 159
Maraví Aznar, E., 165, 166, 168
Marconcini, C., 85
Marcos Aldea, G., 141, 142, 143
Marcos González, A., 108, 109, 130, 158, 160, 162, 163, 170, 171
Mari López, A., 179
Marín Moya, M., 75, 76
Marín Trigo, J.M., 130
Marín-Tamayo, R., 75
Márquez González, J.C., 101
Marta Becerra, V., 173
Martín Callejón, L., 118
Martín Correa, E., 73
Martín Lesende, I., 73
Martín Lorente, A.M., 82
Martín Miguel, V., 119, 121, 140, 143, 144, 148, 149, 150, 151, 154
Martín Moreiras, J., 100
Martín Peinado, R., 132, 155
Martín Rodrigo, J.I., 96
Martincano Gómez, J.L., 36
Martínez Altarriba, M.C., 22, 72, 109
Martínez de Morentin, J., 167
Martínez Gorostiaga, J., 133
Martínez Grandmontagne, M., 119
Martínez Izurzu, N., 92
Martínez Jarreta, B., 84
Martínez Jiménez, P., 10
Martínez Mazo, D., 157
Martínez Milian, J.A., 176, 180, 181
Martínez Prats, E., 34
Martínez Sánchez, J.M., 85, 91
Martínez Sánchez, R., 92
Martínez Seijas, P., 167, 169
Martínez-Candela, J., 129
Martos Cerezuela, I., 92
Masana Marín, L., 15
Mata Beltrán, K., 99, 101, 137
Mata Benjumea, F., 77
Mata Pérez, A., 183
Matarín Requena, I., 172
Matas Foz, C., 84
Mateo Pascual, C., 120, 148
Mateo Viladomat, E., 74
Maynar Mariño, I., 91
Maynar Mariño, M.A., 91
Medal Martínez, J., 161
Mediavilla Tris, G., 98, 133, 158, 160
Medina Abellán, M.D., 132
Medina Ortega, J.M., 137
Medina Ortega, S.I., 82, 83, 122, 123, 127
Medrano Jiménez, R., 117, 134
Melguizo Béjar, A., 36, 128
Membrilla Pastor, S., 81
Mendaza de la Hoz, M.J., 98, 158
Méndez Abad, M., 182
Mendi Metola, C., 139
Mendo Giner, L., 97, 174, 175, 178
Mendoza Luzardo, M.,C., 122
Menéndez López, A.C., 80
Merino Díaz de Cerio, C., 99
Mesa González, S., 89
Mesana Graffe, M.I., 88
Mezquita, P., 83
Milán Fernández, A., 89
Milian Márquez, M., 72
Miramontes González, J.P., 110
Miranda, R., 129
Mirpuri, P.G., 124
Miskovic Karacsonyi, N., 98, 133, 158, 159, 163
Mocciano Lovecchio, A., 80
Molina Guasch, C., 73
Molina Pérez, M.J., 77
Molina Samper, M.V., 96, 105, 168, 184, 185
Monastyrskyy, V., 179
Monclús González, M., 72, 107
Monge Sanz, Y., 103, 160, 176, 179, 180, 181
Monseny Vilarsau, A., 136
Montalvillo Delgado, E., 136
Montanya, E., 83
Montañés Alcántara, F., 75, 115
Montellà Jordana, N., 75, 100
Montero Alcaraz, J.C., 72, 107
Montes Gómez, E., 124
Montiel Argaiz, R., 183
Monzón Martínez, M.Y., 157, 166
Morales, F., 130
Morales Naranjo, J., 87, 89
Morales Payan, J.A., 79
Morán Bueno, N., 120
Moras Pérez, N., 167, 169
Morata Céspedes, C., 119
Moreno Aznar, L.A., 88
Moreno Barranco, N., 123
Moreno Fernández, R., 172
Moreno González, S., 119
Moreno Leal, A., 79, 80, 82, 120
Moreno Lorenzo, C., 119
Moreno Millán, N., 165
Moreno Molina, R.E., 107
Moreno Moreno, G., 111
Morente López, M., 99
Morillas Blasco, P.J., 80, 84
Moriones Almaraz, M.B., 111
Morlanes Lancis, R., 167
Morón Ugalde, A., 82
Morros, C., 130

Mourelle Varela, R., 73
Mozota Moneva, E., 174
Muñoz Arranz, C., 114, 132
Muñoz Galán, D., 87
Muñoz Garde, L.V., 84
Muñoz González, Y., 120, 148
Muñoz Romero, T., 74
Muriel Díaz, P., 100
Murillo Jaso, L., 157
Mussoll Seguro, J., 161, 173

Nadal Braqué, N., 149, 152
Nauck, M., 83
Nava Calvo, Y. de la, 164
Navalk Baqué, N., 147
Navarro Giménez, M., 154
Navdal Braqué, N., 149
Naverán Eiriz, P.E., 112
Nicolau Ramos, J., 91
Nielsen Bentsen, A.M., 13
Nieto García, I., 137
Nieto García, M., 119, 137
Nieto Ramírez, R., 91
Niño Azcárate, C.M., 149, 177, 180, 182
Niño Rodríguez, F.J., 149, 177, 180, 182
Noguera Velasco, J.A., 132
Nogueras Ormazabal, E., 92
Noriega Bosch, C., 133
Núñez Serrano, A., 109

Obiols i Torrebadella, M., 82, 138
Obrer Ibáñez, A., 121
Ocaña Padilla, A., 75, 114, 116, 144, 145
Ojeda Pérez, M.J., 134
Olabarrieta Zaro, E., 81
Ollero, A., 62
Olloqui Mundet, J., 104
Orduña Casado, J., 86
Orellana Miguel, M.A., 74
Orete Pascual, M., 155
Orihuela Casaramona, R., 73
Oriol Torón, P.A., 75, 76, 118
Orozco López, P., 115, 162
Orte Pascual, M., 106, 155, 156, 157
Ortega Bravo, M., 117, 118, 126, 146, 147, 149, 152, 153
Ortega Herranz, C., 86
Ortega Horrillo, M.E., 133
Ortega Inclán, N., 148
Ortega Marlasca, M.M., 45
Ortiz de Saracho y Sueiro, L., 79, 85, 88, 94
Ortiz Oliete, O., 90
Ortiz Olinque, S., 128
Orue Junguitu, A., 98
Osés Primo, R., 157, 166, 168, 170
Otaño Tiscornia, M., 177
Otero Larrea, M., 177
Otero Rodríguez, J.A., 10

Pablos Herrero, E., 141, 142, 143
Pacho Vázquez, B., 86
Padilla Hidalgo, I., 129
Padrós Soler, G., 115
Palanca Gracia, E., 97
Pallarés Carratala, V., 80, 84
Palma Sevillano, C., 161
Paniagua Gómez, F., 92
Pardo Muñoz, Y., 76
Pardo Tomás, C., 69, 85, 88, 94
Pardos Cañardo, A., 138
Paredes Costa, E., 147, 152
Pares Ubach, M.Q., 95
Pascual Doménech, M., 84
Pascual Pascual, P., 90
Pastor García, R.M., 87, 116
Pedrol Llirinós, M., 128
Peleado Gistau, P., 108, 109, 130
Pellegrini Belinchón, J., 26
Pelletero Santos, A., 118, 146, 147, 153
Pemán Muñoz, T., 100
Peña León, I., 103, 120, 173, 174, 175, 178, 180, 183
Peña Sagrado, J.L., 111
Peñascal Pujol, E., 121, 150, 154
Peñuelas Carcavilla, M.C., 119
Pera Blanco, G., 81
Perales Granero, M.D., 151
Perarnau Gelabert, A., 115
Pereñíguez Barranco, J.E., 114, 132
Pérez, V., 92
Pérez Andueza, F., 86
Pérez Beriáin, R., 133, 134, 155, 156, 157
Pérez Cárceles, M.D., 132
Pérez de Castro, M., 108
Pérez de León Rabadán, J.A., 74
Pérez Durán, M.C., 179
Pérez Feito, D., 97, 103, 106, 118, 128, 171, 172, 174, 175, 177, 178,
Pérez García, I., 101
Pérez León, N., 113
Pérez Llerandi, A., 136
Pérez Martín, A., 110, 111, 157
Pérez Martín, M.P., 124
Pérez Olano, B., 119, 121, 140, 143, 144, 148, 150, 151
Pérez Olano, O., 127
Pérez Pérez, C., 77
Pérez Periain, R., 133
Pérez Polo, M.P., 183
Pérez Suárez, J.A., 115
Pérez Unanua, M.P., 120, 148
Pérez-Cárceles, M.D., 114
Pescador Hernández, D., 108, 130
Pimienta Escrihuela, M., 45
Pinel Monge, M., 159
Piñero Barrera, G., 108
Piulats, Egea, N., 132, 155
Pizarro Romero, G., 100, 101, 123
Plaza Martín, D., 78, 98, 99, 163, 165
Polo García, J., 42, 85, 91
Pombo Alles, G., 27
Pons Ruiz, A.M., 121
Porras Guerra, M.I., 160, 161, 164
Portas Gómez, M., 144
Portela, G., 132
Posado Rodríguez, V., 13
Poveda-Siles, S., 129
Pratley, R., 83
Prego Casares, S., 132, 155
Prieto Díaz, M.A., 84, 113, 116
Prieto Romo, J.I., 91
Pruteanu, D.F., 98, 111, 112, 116, 159
Puente Balaguer, M., 73
Pueyo Salavera, C., 100

Quesada Costilla, E., 172
Quijano Martín, J.J., 88
Quintana Cabieces, S., 97

Rabanaque Mallen, G., 121
Rama Martínez, T., 75, 86, 89, 113, 116, 132, 138, 145
Ramentol Massana, I., 117
Ramírez Castro, V.H., 100
Ramírez Moreno, E.M., 73
Rapelli Tassano, J., 82, 138
Rapún Gárate, M.J., 92
Ras Vidal, E., 127
Raspall Coromina, B., 118
Real, E., 129
Rebollo Gala, G., 81
Recio González, J., 121, 122, 123
Redondo Margüello, E., 69
Regi Bosque, M., 164, 165
Remiro Barrera, M.P., 55
Requena Santos, R., 99
Resta Rabassa, M.T., 151
Reverte Asuero, C., 123
Revilla Aparicio, A., 14
Reviriego Jaén, G., 123
Revuelat Puigdoller, M.L., 86
Riba Samarra, A., 79
Ribalta, A., 131
Ribera, R., 130, 131
Ribes Baños, M., 165
Richard Rufino, M.J., 111, 116
Rico Alcántara, G., 80
Riera Martínez, E., 76
Riera Nadal, C., 72, 107
Riera Nadal, N., 72, 107
Riera Rebollo, S., 81
Rijo González, S., 135
Río, I., 92
Ripa Arizala, T., 157, 166
Rivas López, M.J., 172
Roble Fernández, I. 97
Roca Sánchez, C., 114, 116
Ródenas Aguilar, J.L., 77, 86, 95, 113
Rodero Fernández, B., 111
Rodrigo Claverol, E., 128, 147, 149, 152
Rodrigo Claverol, M.D., 119, 121, 127, 128, 141, 143, 144, 147, 149, 150, 151, 152, 154,
Rodrigo, C., 162
Rodríguez Cabrera, A.B., 141, 145, 154
Rodríguez Cañas, R., 99
Rodríguez Caspá, I., 118
Rodríguez Chamorro, A., 134
Rodríguez Chamorro, M.A., 134
Rodríguez Domínguez, C.D., 141, 145, 154
Rodríguez Fernández, A.A., 98, 159
Rodríguez Fernández, E., 107
Rodríguez Latre, L., 90
Rodríguez López, M., 72
Rodríguez Morató, M.L., 72
Rodríguez Ollero, A.M., 137
Rodríguez Parra, A., 135
Rodríguez Pascual, M., 139
Rodríguez Porres, M., 22
Rodríguez Porres, M.T., 136
Rodríguez Roca, G.C., 8, 84, 89, 113
Roig Cabo, P., 138
Roig Fernández, L., 79, 88, 94
Roig Fernández, M.L., 85
Rojas Blanc, M., 107
Rojas Fernández, I., 145
Roldán López, N., 114
Roldán Marrodan, A., 159
Roldán Pérez, A., 96
Romacho Canudas, M., 81
Romeo Gutiérrez, A., 100
Romero Abad, D., 97, 157
Romero Aguilar, J.R., 98
Romero Fernández, A.B., 85
Romero Furones, A., 160, 161
Romero Palanco, J.L., 114
Romo Melgar, A., 110
Ropero Jiménez, E., 73
Rosa Carrillo, D. de la, 114, 116, 144, 145
Rosanes, F., 130
Roselló Farrás, D., 84
Rosende Castillo, S., 77
Rosso Manzanares, C., 87
Rovira Algara, C., 130
Rozman, C., 20
Ruano Pérez, R., 100
Rubio Galán, J., 128
Rubio Palomino, M.C., 122, 123, 129
Rubio Villar, M., 141, 142, 143
Rueda Guzmán, M.J., 120
Ruentes Rodríguez, S., 110
Ruipérez Guijarro, L., 139
Ruiz, M., 105
Ruiz Alonso, S., 87
Ruiz Comellas, A., 129, 130, 131
Ruiz de Loizaga Arellano, A., 160
Ruiz Durante, M.P., 111
Ruiz Martínez, M.M., 104, 105
Ruiz Navarro Menéndez, C., 135
Ruiz Núñez, M., 111
Ruiz Pastor, C., 165
Ruiz Vera, S., 92

Saavedra Miján, J., 115
Sabata Mondragón, J., 136
Sabate Cintas, V., 141, 142, 143
Sabatel Gómez-Román, J.I., 81, 82
Sabirón Sierra, F., 43
Sabria, I., 130
Sada Ruiz, M., 169
Sádaba Insausti, J., 167, 183, 184
Sáenz Rodríguez, M.J., 40
Sáez Pérez, J.M., 139
Sáinz Sáenz-Torre, N., 157
Saiz Cáceres, F., 114
Sáiz Careaga, M.T., 136
Salguero Bodes, I.D., 96
Salinas Payer, J.C., 56
Salvador Calvo, A., 77
Salvador Gareta, D., 77, 121
Salvador Salvador, A.M., 82
Salvatella Pamies, J., 84
Samperio González, A., 72, 109

Samtamaría Marín, M.I., 95
San José Rodríguez, A., 134
Sánchez Casado, E., 160, 161, 164
Sánchez Colom, J.M., 122
Sánchez Domínguez, F., 24
Sánchez Fernández, E., 183
Sánchez Fibla, S., 118
Sánchez Garzón, J., 136
Sánchez González, M., 79, 80, 82, 83, 120, 121, 122, 123, 127, 129
Sánchez Hernández, B., 93, 102, 103, 106, 171, 172, 174, 175
Sánchez Jiménez, R., 109
Sánchez Martínez, A.C., 93, 102, 106, 171, 172
Sánchez Pérez, I.M., 172
Sánchez Pérez, M.R., 92
Sánchez Reales, A., 114
Sánchez Ruiz, T., 80, 84, 99, 101, 113, 116, 137
Sánchez Salvador, I., 144
Sánchez Sanz, M., 156
Sánchez Sindín, G., 73
Sánchez Villar, R., 111
Sánchez-Marín Martínez, M., 127
Sanchidrián González, M.D.R., 108, 109, 110, 130, 158, 160, 162, 163, 170, 171
Sanchís Doménech, C., 80, 84, 113
Sandua Sada, M., 133
Santaliestra-Pasías, A.M., 88
Santamaría Calvo, Y., 85
Santamaría Martín, M.I., 74, 112
Santamaría Torroba, A., 174, 175
Santana Farsi, A., 122
Santandereu García, C., 121
Santarcieri Martínez, E.F., 165
Santaulalia, L., 130
Santiago, C. de, 139
Santisteban Herrero, O., 115
Sañudo Astiz, C., 88
Sarlat Ribas, M.A., 119
Sarmiento Cruz, M., 119, 140, 144, 148, 150, 151
Sarrasqueta Sáenz, P., 92
Sarría Sánchez, T., 77
Sarrión Bosque, A., 54
Sartolo Romea, M.T., 184
Sartolo Romeo, M., 183
Saudi Moro, S., 140
Sauret, J., 124, 125, 126
Sauri Bertrán, M., 119
Saviola, V., 132
Schmidt, W., 83
Seguí Díaz, M., 62
Segundo Yagüe, M., 164, 165
Segura de la Morena, J., 113
Segura Galé, P., 137
Selvi Blasco, M., 109
Sequera Requero, R.M., 113
Serra Burillo, R., 76
Serra Vázquez, A., 77, 95, 113, 130
Serrano Cumplido, A., 8
Serras Rigault, E., 117
Sevillano Cano, S., 79
Sierra Iserte, A., 80, 89
Sigüenza Navarro, J.C., 129
Sigüenza Navarro, J.M., 79, 80, 83, 120, 123, 127
Siljeström Laredo, C.A., 54
Silva Fernández, Y., 117
Silvestre Puerto, V.M., 74, 93, 95, 112
Simó Canonge, R., 16
Simón Padilla, O.J., 98
Sola Larraza, A., 96, 105, 179
Solé Claus, I., 78, 87
Soler Solé, N., 110
Soriano Carrascosa, L., 81, 82
Soriano Godes, J.J., 153
Soto Arriazu, R., 128
Suárez Bonilla, M.P., 184
Suárez Franco, M., 79, 82, 83, 127
Suárez Tonel, M.P., 183, 184
Suckhlak, A., 179
Sullivan, S.D., 83
Sunyer de la Puente, N.,109

Tabera Hernández, M.C., 78, 98, 99, 163, 165
Taboada Sance, P., 119
Tapia Barranco, E., 127
Tarres, S., 130
Teixidó Armengol, C., 152
Teixidó Fontanillas, E., 109
Teixidó Vargas, C., 136
Tejada Argáiz, M., 166, 169, 172, 181
Tejeda Paredes, P., 137
Tejedor Varillas, A., 115
Tejero López, P., 80, 85, 94
Tejero Luna, A.C., 93, 102
Tenas Bastida, D., 132
Terrón Sánchez, C., 174
Tijeras Úbeda, M.J., 135
Tobajas Calvo, J., 167, 168, 169
Tobella Princep, M.A., 115
Toledo Perdomo, I., 122
Toledo Ravelo, A., 180, 182
Tomás Herreros, M.N., 102, 124
Torraba Arlegui, I., 178
Torras Salles, J., 107
Torrecilla García, M., 78, 98, 99, 163, 165
Torres González-Zabaleta, M.C., 77, 78
Torres Martínez, J.C., 80, 120, 121, 122
Torres Ramón, J., 137
Torrubia Fernández, M.J., 103, 120, 173, 174, 175, 178, 180, 183
Treviño Monjas, S., 87
Trillo Calvo, E., 65, 66
Trueba Castillo, A., 183
Trueba Costas, M., 159

Ulltrell Olaria, A., 122
Unamuno Pérez, P. de, 26
Urbano Fernández, M., 74, 93, 95
Urdaniz Rezusta, M., 99, 157, 166, 168, 170
Urdánoz Zazón, C., 167
Urgeles Castillón, M.C., 121, 143, 144, 148, 150, 151
Urizar Calvo, I., 133,, 134

Vadell Mas, C., 87
Valer Martínez, A., 139
Valero Rodríguez, J., 73
Valladares Lobera, B., 78, 98, 99, 163, 165
Valldaura, C., 130, 131
Valle Cardoso, F., 139
Valle García, N., 73
Vallecillos Segovia, I., 136
Vallejo Domingo, A., 81, 117, 134
Vallejo León, M.L., 161
Vallés Varela, H., 40
Valverde Calzado, R., 142
Valverde Morillas, C., 119
Varillas, F., 83
Vázquez Blanco, J.R., 100, 101
Vázquez Morales, N., 118
Vecino Lafoz, R., 152
Vega Galindo, M.V., 136
Vega Toca, V., 159
Vejo Puente, E., 166, 169, 172, 181
Vela Iglesia, B., 103, 106
Velasco Carrera, M., 129, 130, 131
Velasco Gutiérrez, J., 13
Velasco Marcos, M.A., 112, 160, 161, 164
Velázquez Rodrigo, M.J., 138
Ventura Olivé, A., 120
Vera García, S., 99, 101, 137
Vergara, I., 92
Vicente de Vera Floristán, J.M., 155, 156
Vicente García, P.A., 112
Vicente Molinero, A., 66
Vicuña Castrejón, B., 86
Vidal Peñarroya, P., 136
Vidal Tolosa, A., 117, 118, 126, 146, 147, 150, 153
Vidiella Duch, I., 72, 109
Viejo Casas, A., 101
Vila, C., 131
Vila Gangolells, C., 129
Vilá Jové, N., 117, 118, 126, 146, 147, 152, 153
Vila Moneny, J., 143
Vilalta García, S., 93, 112
Villalva Quintana, E., 60
Villanueva Pardo, F., 157
Villar Garrido, I., 86
Villaverde Llana, A., 155, 169, 172, 181
Voss, D., 173

Yago Calderón, C.A., 98
Yezerska, I., 73, 139

Zafra Andrés, F., 96
Zamorano Ologaray, J.P., 74
Zapatería García, M.A., 167, 168, 169
Zuazagoitia Nubla, J.F., 92
Zubiri Sáenz, F., 7