

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, diagnóstico 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: 1º grupo 7%, 2º grupo 13%, 3º 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 pdel 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 benzodicepinas, 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, osteoartritis; 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.; Ferriz 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 $\geq 2,5$ mg diarios de prednisona o equivalente durante un perio-

do ≥ 3 meses. Se estratifican dosis en: 2,5-5 mg/día; 5-7,5 mg/día y $> 7,5$ mg/día. Se descartan tratamientos repetidos en un mismo individuo, trasplantados. Neoplásicos. Evaluamos: edad, género, menopausia, tipo de corticoide, dosis, indicación, densitometría, factores de riesgo de osteoporosis/fractura, fracturas, tratamiento antiosteoporótico.

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 antiosteoporótico en fracturados 72%. Dosis $\geq 7,5$ mg 35,7%: no tratamiento 43,5%, calcio y vitamina D 23%, difosfonatos calcio y vitamina D 20,5% (alendronico 87,5%, risedronico 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% (alendronico 72,2%, risedronico 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% (alendronico 60%, risedronico 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 densitometrias. 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.; Borrás 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 Gramanet, 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 CAM-

FIC. 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

Yezerka, 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

^aEspecialista en MFYC. Centro de salud Bajo Pas. Cantabria.

^bEspecialista en MFYC. Centro de Salud Cotoño, Castro Urdiales.

^cR-4 MF Centro de Salud Cotoño, Castro Urdiales.

^dR-3 MF Centro de Salud Cotoño, 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 pulmonar, 1 neoplasia cerebral, 1 IAM, 1 Alzheimer (6 relacionados con el tabaco).

Conclusiones. 1) Baja prevalencia de EPOC: Infradiagnostico/infraregistro. 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

^aCEP Pontones, Madrid. ^bDepartamento 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 217 pacientes 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 las 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; Montella Jordana, N.^c; García Vicente, J.A.^c y Bagán Mezquita, L.L.^a

^aCAP El Masnou. ^bCAP Ocatá. ^cSAP 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 > 1 p 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. Infratutilización 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 Farré, T.^a y Marín Moya, M.^a

^aABS Martorell Urbá. ^bSAP 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 (n°) FRCV asociados; n° FRCV controlados. Análisis: variables cualitativas: proporciones; cuantitativas: medidas de tendencia central y dispersión. IC 95%. Se comparan las medias del n° FRCV presentes y n° FRCV bien controlados en función de la presencia o no de DM, CI y AP (T Student); en caso de no cumplir normalidad, U Mann-Whitney.

Resultados. Edad: $74,9 \pm 10,61$, 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 n° FRCV en pacientes totales: $2,18 \pm 1,167$; media n° FRCV en pacientes diabéticos: $2,97 \pm 1$, y en no diabéticos: $1,73 \pm 1,01$ ($p:0,000$); media n° FRCV pacientes con CI: $3,14 \pm 0,663$ y sin CI: $2,02 \pm 1,16$ ($p:0,000$);

media n° FRCV pacientes con AP: $3,50 \pm 0,577$ y sin AP: $2,13 \pm 1,15$ ($p:0,017$); media n° FRCV controlados pacientes totales: $2,09 \pm 1,036$; media n° FRCV controlados en pacientes diabéticos: $2,42 \pm 1,251$ y en no diabéticos: $1,91 \pm 10,85$ ($p:0,034$); media n° FRCV controlados en pacientes con CI: $2,86 \pm 1,099$ y sin CI: $1,97 \pm 0,97$ ($p:0,003$); media n° FRCV controlados en pacientes con AP: $3,75 \pm 1,258$ y sin AP: $2,02 \pm 0,97$ ($p:0,011$).

Conclusiones. En los pacientes donde se asocian enfermedad cerebrovascular, diabetes y/o patología isquémica cardíaca o de extremidades inferiores, se observa un mayor n° 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

^aABS Martorell. ^bABS 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: $27,53 \text{DE} \pm 4,15$. 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

^aABS Martorell. ^bSAP 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 ARTROSÍCO 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

^aCentro de Salud Del Limonar, Málaga. ^bCentro de Salud Ciudad Jardín, Málaga. ^cCentro 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 $64,4 \pm 11,1$ 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 $82,1 \pm 15$ 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: $75,26 \pm 10,949$; 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: $136,67 \pm 16,266$, post: $132,49 \pm$

14,586; TAD media pre:73,62 \pm 8,753, post:73,56 \pm 8,601. Grupo control: edad: 75,84 \pm 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 \pm 12,135, post: 133,93 \pm 12,576 (p:0,050); TAD pre: 82,97 \pm 10,136, post: 76,10 \pm 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 Garetá, 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 parámetros 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 χ^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 ave 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 cen-

tro 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 radiografía 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

^aCentro de Salud Bembibre, León. ^bCentro de Salud Condesa, León.

^cCentro 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; Sarria Sánchez, T. ^b; Mata Benjumea, F. ^c; Cacharrón Brício, R. ^d; Campos Rodríguez, J.C. ^e y Salvador Calvo, A. ^f

^aCentro de Salud Don Ramón. ^bCentro de Salud Baviera. ^cCentro de

Salud Castello. ^dCentro de Salud Lagasca. ^eCentro de Salud Potosí.

^fCentro 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 máquinas 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 coagulómetros 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

^aCentro de Salud Bembibre, León. ^bCentro de Salud San Andrés de Rabanedo, León. ^cCentro 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

^aCentro de Salud San Juan, Salamanca. ^bUnidad Tabaquismo. Hospital Universitario Salamanca. ^cCentro 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 x 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 $116 \pm 12,4$ mmHg (91,6-156,6). Media de PAD $74,8 \pm 8,7$ (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 (Grado 1: 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-Giraldá Ruiz, L.^c; Casas Aranda, I.^c e Izquierdo Ros, M.T.^c

^aCentro de Salud de Archena. ^bCentro de Salud de Alguazas. ^cCentro 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

^aCentro de Salud Joaquín Benlloch. Valencia. ^bServicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan. Alicante. ^cUnidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas. Castellón. ^dCentro de Salud de Algemesi. 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 periodo 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, habersele 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 radio-

grafía 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 bivariable, 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.; García Castillo, O.; Rico Alcántara G.; Escobedo Espinosa, F y Díaz Barroso, A.

ABS Llefià. 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; diagnóstico 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, estatus de 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. Diagnóstico 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), FRCV, 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: 74,3 años (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 sobretudo 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 diagnóstico 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 me-

dia 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 serían 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
^aCAP Badalona 7A-B "La Salut", Badalona. ^bIDIAPI 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, bivalente (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 Cleta, 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 power 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: diagnóstico 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 elaboró 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 estrés/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-masquista, 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: 69,11 años (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/suspiciosa (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 Torredadella, M.^c; Farràs i Serra, P.^a; Closas i Solé, A.^d y Company i Soler, J.^d

^aMédicos de Familia ABS Súra. ^bMédico residente MFyC ABS Súra. ^cMédico residente MFyC ABS Manresa – 2. ^dEnfermeras Residencia Geriátrica Bell Repòs de Súra.

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 Súra 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 las 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

^aNovo Nordisk, Madrid, España. ^bUniversity of Washington, Seattle, WA, USA. ^cOchsner 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.

Metodología. Se utilizaron los resultados de un estudio de 12 meses randomizado, doble-ciego y controlado con placebo, con liraglutida vs. glimepirida en monoterapia. 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 monoterapia, la proyección de sobrevida, complicaciones de diabetes y coste económico en servicios de salud a largo plazo, favorecieron a 1,8 mg y 1,2 mg 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, crónicas-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 ± 12 años (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%) SatO₂ (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: O₂ (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

^aHospital Torrecárdenas, Almería. ^bUniversity of Vermont College of Medicine, Burlington, VT, USA. ^cDiabeteszentrum 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 DT2 1-6. 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

^aHospital de Fuerteventura, Las Palmas. ^bIDIBELL Hospital Universitari, Bellvitge, Barcelona. ^cUNC School of Medicine, Chapel Hill, NC, USA. ^dSt 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 sulfonilurea 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 hipoglucemia 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 tirotrópina (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 analizaron 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

^aCentro de Salud de La Puebla de Montalbán, Toledo. ^bCentro de Salud Joaquín Benlloch, Valencia. ^cHospital Ramón y Cajal, Madrid. ^dCentro de Salud Vallobin-La Florida, Oviedo. ^eCentro de Salud de Utebo, Zaragoza. ^fDepartamento 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 $73,4 \pm 5,9$ 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.; Aguarón 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 Estrés 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?

Gállego 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 bifidos, 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 bifidos 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

^aCentro de Salud Joaquín Benlloch, Valencia. ^bServicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan. Alicante. ^cUnidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas, Castellón. ^dCentro de Salud de Algemesi. Valencia.

Objetivos. Determinar la prevalencia y características clínicas de la fibrilación auricular (FA) en el paciente hipertenso de edad ≥ 65 años.

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, 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 acentúe en intensidad y en tiempo, incrementando sustancialmente la mortalidad y reduciendo 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

^aEAP de Trujillo. ^bICO Barcelona. ^cEAP de Torrejón de Ardoz. ^dHSPA 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. Dosecientos noventa y nueve pacientes diagnosticados de IC. Dosecientos 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 Bardaji, N.^e y Orduña Casado, J.^f
^aABS. Besós, Barcelona. ^bInstituto Social de la Marina, Barcelona.
^cABS. Piera, Barcelona. ^dABS. Masnou, Barcelona. ^eABS. Rio de Janeiro, Barcelona. ^fSistema 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 4,8%; 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%; PSA (X e IC[95%]): 1,32 y 1,07-1,57; relación cargo/ PSA $p > 0,05$.

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 lipídemia). 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 $\leq 135/85$. 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; Guzmán Centeno, M.^a; Ortega Herranz, C.^a; Casado de Pedro, P.^b y Revuelat Puigdollers, M.L.^c

^aCentro de Salud Don Ramón de la Cruz. ^bCentro de Salud Prosperidad. ^cCentro 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

^aCentro de Salud Don Ramón de la Cruz. ^bHospital Universitario de la Princesa. ^cDirección 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 monoreños.

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

^aCentro de Salud Don Ramón de la Cruz. ^bHospital 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

^aMutua Universal, Barcelona. ^bGestio 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

^aCentro de Salud Victoria, Málaga. ^bCentro 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 polimedcados, 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 benzodiazepinas (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 Zaragoza, J.^a; Campo Arribas, M.M.^b; Sañudo Astiz, C.^b y Moreno Aznar, L.A.^a

^aEscuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Zaragoza. ^bFacultad 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 periodo, 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

^aEAP Sardenya, CatSalut Barcelona. ^bH.U. La Paz, Madrid. ^cUAM, Madrid. ^dRECORDATI 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 $66,5 \pm 10,8$, con $9,2 \pm 6,4$ años de evolución, IMC de $29,4 \pm 4,9$ 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 $143,4 \pm 16,1$ mmHg, y PAD $84,9 \pm 11,2$, 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+ARAI 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

^aEAP Sardenya, CatSalut Barcelona. ^bH.U. La Paz, Madrid. ^cUAM, Madrid. ^dRECORDATI 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 $66,5 \pm 10,8$ años. Casi 90% de cambios terapéuticos por falta de eficacia, sólo 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

^aCentro de Salud Joaquín Benlloch. Valencia. ^bCentro de Salud Sillería. Toledo. ^cHospital San Agustín. Avilés, Asturias. ^dHospital Clínico. Barcelona. ^eDepartamento Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma. Madrid. ^fHospital 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 $51,2 \pm 15,1$ años (53,6% varones), 26,4% obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$). La PAS/PAD media fue de $132,5 \pm 5,2/81,5 \pm 6,3$ mmHg en consulta y por MAPA 24 h de $123,9 \pm 10,4/75,8 \pm 8,2$ 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

^aCentro de Salud de Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^bCentro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo. ^cCentro de Salud de Sillería. Toledo. ^dDepartamento Médico Almirall. Barcelona. ^eCentro de Salud de Utebo. Zaragoza. ^fCentro 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 $64,6 \pm 10,8$ 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
Diabéticos	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

^aC.S. Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ^bServicio de Cardiología Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ^cUnidad de Hipertensión. Hospital Clínic. Barcelona. ^dServicio de Cardiología Hospital San Juan. Alicante. ^eDepartamento Médico Almirall. Barcelona. ^fADKNOMA 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 $60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ (MDRD4) y ERC oculta cuando la tasa de filtrado glomerular (TFG) era inferior a $60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ (MDRD4) con valores creatinina $< 1,2 \text{ mg/dl}$. 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 $73,6 \pm 6,1$ años e IMC de $29,5 \pm 4,8 \text{ kg/m}^2$. El 53,4% ($n = 2020$) presentaba una TFG $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ (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 $< 1,2 \text{ mg/dl}$ (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

^aCentro de Salud Ciudad Jardín, Málaga. ^bCentro 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 diagnóstico 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

^aABS Sant Ildefons de Cornellà de Llobregat. ^bSAP Baix Llobregat centre Cornellà de Llobregat. ^cABS 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 Salud) urbana. Criterios inclusión: mujer con FM, edad ≤ 65 años. 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

^aABS Sant Ildefons de Cornellà de Llobregat. ^bSAP Baix Llobregat centre Cornellà de Llobregat. ^cABS 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 ≤ 65 años. 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 s-FIQ y EICS: s-FIQ ≥ 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. s-FIQ ≥ 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 diagnóstico 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 estadio. 5) Analítica (hemograma, glucosa, creatinina, urea, Na, K, Ca, P, albúmina, colesterol, FG), cociente albúmina/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

^aCentro de Salud de Rochapea. ^bCentro 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

^aEAP Trujillo. ^bICO Barcelona. ^cEAP Torrejón. ^dEAP Jaráz de la Vera. ^eEAP Naval Moral 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 sí 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 Martínez, 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

^aFundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias BIOEF

^bAyuntamiento de Bilbao. Área de Salud y Consumo. ^cCentro 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 $\beta = 2000$ 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 autopercebida. 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 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

^aCentro de Salud Berbegal, Huesca. ^bCentro de Salud Sariñena, Huesca. ^cCentro de Salud Grañén, Huesca. ^dCentro de Salud Perpetuo 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. Transmitir 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 llingula se encuentra ocluido por una masa de aspecto mucoso 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 García, 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 extrayéndose 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 sympathetic 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 bronquiolititis obliterante, linfangioleiomiomatosis. Vasculitis pulmonares: granulomatosis de Wegener, SD de Churg-Strauss. Eosinofilia pulmonares. Proteinosis alveolar. Enfermedades hereditarias. SD pulmonares hemorrágicos: SD de Good-Pasture, hem siderosis 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 resear quirúrgicamente. 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. Santa Fe de Bogotá: Editorial Médica Zamboni; 1992.
Cotran RS, Kumar 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. RABDOMIOLISIS 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, cuádriceps 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 +++++. -Radiología: 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 HGU 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 fosfoquinasa 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 rabdomiólisis 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 cardíaco y renal. A las dos semanas del alta hubo normalización de la analítica.

Bibliografía recomendada.

Harrison SA. Review of rabdomyolysis.-dimensions of critical care Nursing. 2004;23(4):155-62.
Holt S, Moore K. Pathogenesis of renal failure in rabdomyolysis: the role of mioglobina. Exp Nephrol.2000;8:72-6.
Sinnerr R, Kohl L, Rainone T. Exercise-induced Rabdomyolysis. Ann Emerg Med. 1996;23:1301-6.
Vanholder R, Server M, Ere KE, Lameire N. Disease of the month: rabdomyolysis.J Am Soc Nephrol. 2000;13:1153-61.

3116. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UN DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

García 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 artralgiás en tobillo izquierdo, rodillas, hombros y mano derecha con rigidez matutina de más de una 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 interfalángica proximal 3er dedo mano derecha.

Exploraciones complementarias. Analítica general: VSG, calcio, fosforo, PSA y TSH normal. Anemia normocítica (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 FR positivo) Enfermedad de Still del adulto: no cumple criterios aunque la presencia de artritis, FR negativo y Rash cutáneo puedan ser compatibles. Fiebre reumática: se descartó: presentaba poliartritis, artralgia y exantema, pero no infección estreptocócica 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 diagnóstico 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 observó linfopenia, ANA + 1/2850 homogéneo y Anti Ro positivo y que la anemia era hemolítica autoinmune combs positivo, confirmándose el diagnóstico 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 diagnóstico, 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 diagnóstico 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.
 Rovinsky J, Tuchynova A. Systemic lupus erythematosus 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, Llefia.

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 urologo 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 di-

gestivo, obteniéndose el diagnóstico 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 fistula 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 fistulas en la enfermedad de Crohn son frecuentes, pero lo es mucho menos que exista una fistula que comunique con la vejiga urinaria. Con el tratamiento corticoideo e inmunosupresor de la enfermedad de Crohn no se consiguió el cierre de la fistula 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 Hogeand R, Present D, et al. Controlled study of anti-TNF- α 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 Castelletfells 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 38°, mialgias, MEG++ de dos días de evolución que no remite. Lesiones maculopapulosa palpables en sacro y ambos pies.

Exploración física y pruebas complementarias. MEG, fiebre 38°, Pa-lidez, astenia. AC: TA. 110-58, FC. 120 χ^2 , rítmico sin soplos. AR: Cre-pitantes bibasales, alguna sibilancia. EA: Polo hepático dos traveses li-geramente doloroso a la palpación, esplenomegalia de un través, no se palpan adenopatías No meningismo Reflejos presentes y simétricos. Debido al MEG que presenta lo derivó al servicio de urgencias destaca eosinofilia $2400 \times 10^9 / l$, AST 0,57 $\mu k/l$, CK 6,56 $\mu mol/l$. RX tórax: se aprecia infiltrado pulmonar basal. Tratado como rickettsiosis iniciando el tratamiento con doxiciclina a la espera de las serologías 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 sistóli-ca global, derrame pericardico retro cardíaco. Biopsia: lesiones cutá-neas: lesiones petequiales formadas por granulomas eosinofílicos. Toraco-centesis: líquido inflamatorio.

Juicio clínico. Angeitis o granulomatosis alérgica por Churg y Strauss.

Diagnóstico diferencial. Vasculitis o enfermedad de Wegner, vasculi-tis de Schölein Henock, Rickettsiosis, 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 tratamien-to 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 di-ferentes 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 inmu-nosupresores.

Bibliografía recomendada.

Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al, editors. Harrison. Principios de Medicina Interna. 17a ed. Mc-Graw-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.; Iribarren 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, hipoparatiroidismo, 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 breast. 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 Garcandía, F.; Castro Neira, M.; Alonso Martínez, S.; Ayats Vidal, S.; Molina Samper, V. y Sola Larraza, A.

Centro de Salud Iturrama; Centro de Salud 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 \pm ; Tª: 36.6°. 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 o 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, meningioma). 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 ópticas 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 cardíaco, no arritmias, no dolor a la presión torácica sin modificaciones del dolor de base. Auscultación pulmonar murmullo vesicular en ambos campos pulmonares ligeros subcrepitanes 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 fibrinoliza con 10.000 de TNK quedando asintomático a las tres horas. Pico máximo de Troponina I fue 222 y CPK 4454. Ecocardiograma: VI. 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 B11,48, 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 FE. normal, Lesión 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. Retinógrafo 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. Diabetologia. 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

^aMIR 2º MFyC Hospital San Agustín de Avilés. ^bCentro de Salud de la Eria 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 de 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

^aCentro de Salud Fuensanta, Valencia. ^bResidente. 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 EXTREMIDADES INFERIORES Y EL ÍNDICE TOBILLO – BRAZO?

Miskovic Karacsony, N.^a; Lekuona Irigoyen, A.^a; Iturralde Iriso, J.^a; Mediavilla Tris, G.^b; Rodríguez Fernández, A.A.^b y Orue Junguitu, A.^a

^aCentro de Salud Casco Viejo. ^bComarca 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 $\rightarrow < 0,9$. Saturación de O₂ pie anormal \rightarrow 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 0°: 0,18 (0,36). Correlación yao derecho-saturación derecha 45°: 0,19 (0,51). Correlación yao izdo-saturación izquierda 0°: 0,04 (-0,08). Correlación yao izdo-saturación derecha 45°: 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

^aCentro de Salud Casco Viejo. ^bComarca 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 deficiente. El 18% no come pescado y el 35% poca fruta y verdura. 100% no o mal vacunados. Aparecen 2 casos de quistes *Entamoeba Histolytica*, 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 o 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

^aCentro de Salud San Juan de Salamanca. ^bCentro de Salud Sisinio de Castro de Salamanca. ^cHospital 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 espirométricos, 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

^aResidentes 3º Año C.S. Canillejas, Área 4 Madrid. ^bResidente 4º Año C.S. Canillejas, Área 4 Madrid. ^cMédico de Familia y Tutora autoras d C.S. Canillejas, Área 4 Madrid. ^dAdjuntos 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

^aResidente MFyC. Centro de Salud Joaquín Benlloch, Valencia. ^bTutor 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

^aCentro de Salud San Juan de Salamanca. ^bCentro 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?

Bastán 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

^aCentro de Salud Rodríguez Paterna, Logroño. ^bCentro 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

^aCentro de Salud Miguel Armijo. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Salamanca. ^bHospital 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 cumpliera 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 objetó 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

^aCAP Llefia, Badalona. ^bCAP Dr Robert, Badalona. ^cCAP Piera, Piera.

Objetivos. Describir las características de pacientes ≥ 65 años 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 ≥ 65 años 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 sus-

tancias. *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 $73,8 \pm 6,8$ años. 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

^aCentro de Salud Almozara, Zaragoza. ^bHospital 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% > 3 años; 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 pluripatología 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

^aCentro de Salud Almozara, Zaragoza. ^bCentro 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 específicas. 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

^aABS Llefià, Badalona. ^bABS 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 Ruiz, T.^a y Llisterri Caro, J.L.^b

^aResidentes MFyC Centro de Salud Joaquín Benlloch, Valencia. ^bCentro 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 m² y ERC oculta cuando la TFG < 60 ml/min/1,73 m² 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/m². 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 m². 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 posttest (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 o 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

^aCentro de Salud Tudela Este. ^bHospital 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-amigdal, 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 craneo-cervical, 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. Mioclonia 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 (mioclonia palatina sintomática), pero en algunos pacientes no se encuentra evidencia de lesión vascular, traumática, desmielinizante, tumoral, infecciosa, degenerativa o metabólica (Mioclonia 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 benzodiazepinas (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 treated 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 nolitil en domicilio, con una FR de 20 pm y una Sat O₂ del 99%. Normohidratado, normocoloreado, otoscoia normal. *Boca:* Con lengua depapilada, mucosas eritematosas (enanterna), 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 ecocardiograma 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 rickettsias. 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 cardíaco (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, Sjiike 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, FJ.^a; Clemos Matamoros, S.^b; Sánchez Hernández, B.^c y Pérez Feito, D.^b

^aHospital Reina Sofía, Tudela. ^bCentro de Salud Tudela Este. ^cCentro 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 39° C. Astenia y anorexia. No náuseas ni vómitos. No diarreas. No lesiones dérmicas a ningún nivel pero sí prurito intenso generalizado. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** TA: 220/120, Tª axilar: 36°C. 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 bioquímica: 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 B₁₂ 916, Ácido fólico 2,9. Radiografía de tórax: cardiomegalia, elongación aórtica. Sin imagen clara de condensación. 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 envió 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 pallidum*), fiebre tifoidea (*Salmonella typhi*), linfogranuloma venéreo (*Chlamydia trachomatis*), enfermedad por arañazo de gato (*Rochalimaea henselae*), *Brucella*, toxomiasplasmis 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, Cabezas 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

^aCentro de Salud San José Centro, Zaragoza. ^bCentro de Salud San José Norte, Zaragoza.

Descripción del caso. Mujer de 78 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

^aCentro de Salud Torreramona, Zaragoza. ^bCentro de Salud Fuentes Norte, Zaragoza. ^cCentro de Salud Torrero – La Paz, Zaragoza.

Descripción del caso. Varón de 76 años, antecedentes de diabetes mellitus insulino dependiente 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 O₂ 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, confirmandose 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, Vilchez 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 postescabiosos y picor residual pero continúa 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, coprocultivo: *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 scabiei 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: permetrina, de los contactos y sintomático

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 °C, 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 °C) 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 pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Coxiella burnetii* 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 (claritromicina, azitromicina) constituyen el tratamiento de elección.

Bibliografía recomendada.

Falcó Ferrer F. 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, Terrance 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

Dominguez Barcelona, L.M.^a; Guelbenzu Morte, F.J.^a; Deza Pérez, M.C.^b; Litago Cortés, A.I.^a y Mahuela, L.^a

^aCentro de Salud Torre Ramona, Zaragoza. ^bCentro 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 flemas dentario ni

afitas 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, multibabada, 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.

Garcla 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. *Semerger*. 24(11):926-30.
Ramírez Camacho R, Algaba J, Cenfor 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 hemívelos y se aprecia reflejo nauseosos bilateral. Otoscopia izquierda tapón de cerumen. Fuerza, tono y reflejos normales. Coordinación normal.

Juicio clínico. Parálisis facial periférica.

Diagnóstico diferencial. Infecciosas: 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 perifé-

rico 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. *Semerger*. 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 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *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 tiritera. 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. EEL: 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 °C. Sat.O₂: 98% FR: 18 rpm; FiO₂: 21%. Pruebas complementarias: analítica de sangre: 8.900 leucos con desviación izquierda; PCR: 17,38; gasometría arterial: pH 7.5; CO₂:31 mmHg; O₂: 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 mg 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 °C; Sat.O₂: 88%; frecuencia respiratoria: 32 resp/min; FiO₂: 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 hemodialisis. 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 intracranial. 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

^aCentro de Salud Santa Ana, Tudela. ^bCentro 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 denoplasias 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 laringectomía + 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 dermatomiositis con T. malignos fue en 1916. Hoy se puede concluir que la dermatomiositis 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 amiotópica: 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 miosis). *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 hasten the acceptance of amyopathic dermatomyositis (dermatomyositis sine miosis) 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

^aCentro de Salud Tudela Este. ^bHospital 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 acunamientos 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, hiperfosfatasa 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 osteoblasts 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/densitometrias 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 risendronico.

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 Alcaraz, 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. Novcientas 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% catarrros; 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 faci-

ta 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 resolutoria de la asistencia no urgente en primaria.

2719. HIPERFRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿SOBRECARGA ASISTENCIAL O MALA GESTIÓN?

Rojas Blanc, M.; Riera Nadal, N.; Ferriz Villanueva, G.; Montero Alcaraz, J.C.; Liste Salvador, V. y Duñes 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

^aMedico Titular, Sant Cugat del Vallès. ^bC.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 \pm γ 1,6 (7,58-15,08) moda de 10,48 horas a.m. El 44,1% de los bloqueos 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 /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

^aHospital Universitario Salamanca. ^bCentro 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 genera-

les, 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

^aHospital Universitario Salamanca. ^bCentro 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

^aHospital Universitario Salamanca. ^bCentro 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

^aHospital Universitario Salamanca. ^bCentro 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

^aHospital Universitario Salamanca. ^bCentro 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 premalignos 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 Agoñes, A.; Hernández Resa, R.; Bistuer, M.; Joven Llorente, B.; Barriendos Pérez, N. y Sunyer De la Puente, N. CAP Sant Cugat, Sant Cugat del Valles, 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 seiscientos 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 resolutoria 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 HbA1c, ha cambiado el seguimiento de estos pacientes mejorándolo.

Objetivos. Valorar control diabético y sus complicaciones en función valores HbA1c obtenidos.

Metodología. Estudio prospectivo en 2.770 diabéticos tipo II de 2 áreas 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 realizó mediante revisión historias clínicas electrónicas. Fueron divididos en 2 grupos HbA1c controlada y no para posteriormente realizar comparación de resultados en ambos grupos.

Resultados. Un 77% mujeres, 33% hombres. 1º Grupo HbA1c controlada, edad media 73 años HbA1c media 5,9, 33% HTA, 20% complicaciones neurológicas, 10% retinopatía, 5% nefrológicas 2º Grupo HbA1c no controlada, edad media 70 años. HbA1c media 7,7, 50% HTA, 20% neurológicas, 35% retinopatía, 20% nefropatía.

Conclusiones. Mayor control HbA1c 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 HbA1c. Complicaciones fueron mayores en grupo de HbA1c no controlada, principalmente cardiovasculares y retinopatía. Estudio deduce necesidad mejorar control y seguimiento de HbA1c, 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

^aHospital Universitario Salamanca. ^bCentro 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 (¿respeto 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

^aHospital Universitario Salamanca. ^bCentro 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 habilidades 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. ^aCAP La Salut, Badalona. ^bCAP Santa Rosa, Santa Coloma de Gramenet. ^cCAP Rocafonda, Mataró. ^dCAP Llaume Soler, Cornellà. ^eCAP Creu de Barba, 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 betabloqueante 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

^aMédico Familia. Centro de Salud Los Valles, Cantabria. ^bMédico 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 $63,99 \pm 16,17$ 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 dexta 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 REPERCUSIÓN SOBRE LA SEVERIDAD CLÍNICA 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

^aCentro de Salud El Zapatón, Cantabria. ^bClinica de Especialidades Cantabria, Cantabria. ^cCentro de Salud Los Valles, Cantabria. ^dCentro Rodero, Cantabria. ^eHospital 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, 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, 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

^aClinica de Especialidades Cantabria, Cantabria. ^bCentro de Salud El Zapatón, Cantabria. ^cHospital Marqués de Valdecilla, Cantabria. ^dCentro de Salud Los Valles, Cantabria. ^eCentro Rodero, Cantabria. ^fHospital 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 diagnóstico 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

^aCentro de Salud Altamira, Puente San Miguel, Cantabria. ^bCentro de Salud Laredo, Laredo, Cantabria. ^cCentro de Salud José Barros, Camargo, Cantabria. ^dCentro de Salud Zapatón, Torrelavega, Cantabria. ^eCentro de Salud Astillero, Astillero, Cantabria. ^fCentro 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 García, S.; Carrasco García, 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 italiana (10,5%), y en menor medida por uruguayos, rumanos y franceses. Agrupados por continentes diferenciamos: Americanos: 1795 (46,98%). Proviene de 23 países diferentes, predominando Argentinos y Uruguayos. Europeos: 1656 (43,35%). Proviene de 35 países diferentes, predominando italianos y franceses. Africanos: 201 (5,26%). Proviene de 12 países diferentes. Asiáticos: 168 (4,39%). Proviene 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

^aCentro de Salud Tejares. Salamanca. ^bDesarrollos Informáticos Abadía. Madrid. ^cCentro de Salud Santa Marta. Salamanca. ^dCentro de Salud San Juan. Salamanca. ^eFacultad 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 Clinical 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 Azabal, S.^c; Lucas López, M.C.^d; Naverán Eiriz, P.E.^e y González Sánchez, A.^f

^aC.L. Pto. del Carmen, Tías-Lanzarote. ^bCentro de Salud Mala, Haría.

^cCentro de Salud Tías, Tías. ^dC.L. Playa Honda, Arrecife. ^eCentro de Salud Yaiza, Yaiza. ^fCentro de Salud Valtierra, 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, Llefia.

Objetivos. Comparar los resultados de las fibrogastroskopias 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 aquellas 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 fibrogastroskopia 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 úlcus 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 fibrogastroskopia.

Resultados. El 70,5% de las peticiones de fibrogastroskopias 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% Úlcera gástrica/duodenal, 1,5% cáncer gástrico, 7,5% otros. Los resultados de las fibrogastroskopias 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 fibrogastroskopias 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
^aCentro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ^bHospital Carlos Haya, Málaga. ^cCentro de Salud Algemés, Valencia. ^dHospital Doce de Octubre, Madrid. ^eAbbott 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 albú-

mina/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 le 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

^aCAP El Masnou, Alella, Barcelona. ^bCentro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ^cCentro de Salud Casas Ibáñez, Albacete. ^dCentro de Salud Vallobin, La Florida, Oviedo. ^eCentro 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: $64,6 \pm 11,3$ 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

^aCAP El Masnou, Alella, Barcelona. ^bCentro de Salud Casas Ibáñez, Albacete. ^cCentro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ^dCentro de Salud La Puebla de Montalbán, Toledo. ^eCentro 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

^aCentro de Salud Santiago de Alcántara, Cáceres. ^bCentro 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

^aABS Fondo, Barcelona. ^bHospital Plató, Barcelona. ^cCAP Ocata-Teià, Barcelona. ^dCAP 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 gra-

sa 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 β-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

^aCentro de Salud de Espinardo, Murcia. ^bÁrea de Medicina Legal y Forense. Universidad de Cádiz. ^cÁrea 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 aquellos 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

^aSociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, semFYC, España. ^bUnidad 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 Català de la Salut.

Objetivo. Estudiar las características de una población ambulatoria con déficit de vitamina B₁₂ 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 B₁₂. Datos: registros en historias médicas informatizadas. Mediciones: formas de presentación y etiología del déficit de B₁₂, 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 B₁₂: 33% registrados, 12% mantiene déficit. 69% sigue tratamiento crónico mensual intramuscular con vitamina B₁₂; 11,2% en atención domiciliaria. Sólo 1 paciente en tratamiento oral. Tratamiento temporal con B₁₂: 20,0% cirugía gastrointestinal; 33,3% anemia multifactorial; 12,4% anemia megaloblástica. Otros tratamientos crónicos prescritos que interfieren en la absorción de B₁₂: 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 B₁₂, sobretudo 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 B₁₂ 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

^aDepartamento Medicina, Universidad de Barcelona. ^bCAP 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 diagnóstico 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 Princep, M.A.^a; Perarnau Gelabert, A.^b; Padrós Soler, G.^c; Fernández Danés, N.^d; Copetti Fanlo, S.^e y Avilés Cigüela, S.^f

^aABS Martorell Rural, Barcelona. ^bABS Sant Andreu de la Barca, Barcelona. ^cLaboratori Clínic L'Hospitalet-Cornellà, Barcelona. ^dABS Centre L'Hospitalet, 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 éxitos anteriores no registrados) o causas personales (ingreso residencia, no aceptación, éxitos durante periodo estudio). En análisis bivalente se categorizaron centros según presión asistencial (Total ≤ 1.200 pacientes asistidos/médico; pacientes > 64 años/médico).

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%, éxitos 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

^aCentro de Salud Goya, Madrid. ^bCentro 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 B₁₂, 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 sospecha una osteoporosis secundaria.

3130. EVALUACIÓN PROGRESIVA DE LA INFORMATIZACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD

Antón García, F.; Mañez Andrés, A.; Pruteanu, D.F.; Cubides Nuñez, 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 con-

sulta (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 -0,4); enfermería 6,1 y 7,5 (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

^aCAP Fondo, Santa Coloma de Gramenet. ^bHospital Plató, Barcelona.

^cCAP Ocata-Teià, Barcelona. ^dCAP 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.^c

^aCAP El Masnou, Alella, Barcelona. ^bCentro de Salud Vallalobín - La Florida, Oviedo. ^cCentro de Salud Burjassot, Valencia. ^dCentro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ^eCentro 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
^aABS La Salut, Badalona. ^bCSMA, 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 HIPERFRECIENTADOR 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 Jové, N.; Barco López, A. y Vidal Tolosa, A.
ABS Cappon.

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 \pm 13,5). Consumo medio cigarrillos/día 21,8 (DE \pm 10,2), paquetes/año 30,1 (DE \pm 21,3). El 67,5% en fase de acción; 22,5% en contemplación; 10% en precontemplación. Media del test de motivación: 7,5 (DE \pm 1,6). Media del test de dependencia: 6,4 (DE \pm 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

^aCentro de Salud Ribaforada, Navarra. ^bCentro de Salud Corella, Navarra. ^cR3 Centro de Salud Santana, Tudela, Navarra. ^dR2 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 morbilidad 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 fórmula 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?

Colas 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 \pm 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 \pm 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 Gaspá, L.^a

^aCAP Calella. ^bHospital 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 periodo 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 NUSA. 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 Papadopolou, S.^a

^aCentro de Salud Goya, Madrid. ^bCentro 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 Lumbarres, 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 deshabitador, abandono del tabaco y coximetría en la primera visita.

Resultados. Muestra de 48 usuarios, 47,9% hombres. La edad media fue de 40,37 \pm 11,9 años. Abandonaron el hábito el 8,3%. La puntuación media del cuestionario Richmond fue 8,82 \pm 1,14 (9,2 \pm 0,95 y 8,72 \pm 1,16, según abandonaron o no el hábito tabáquico, respectivamente) y la del cuestionario Fagerström fue de 6,21 \pm 1,96 en hombres y 5,13 \pm 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 \pm 0,55 frente a 0,65 \pm 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: $68,29 \pm 12,18$ años en varones y $64 \pm 11,43$ años en mujeres. No fumadores en 81,4%. Diabéticos en 39,2% con HbA1c media $7,57 \pm 1,12$. El colesterol total, c-HDL, c-LDL y triglicéridos fue $182,47 \pm 38,37$, $52,05 \pm 13,80$, $100,67 \pm 31,50$ y $161,01 \pm 139,42$ mg/dl, respectivamente. El 51,4% presentó c-LDL < 100 y el 32,4% de diabéticos tenían HbA1c < 7 . La TAS y TAD fueron $129,38 \pm 15,14$ y $72,2 \pm 8,64$ 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 ($102,37 \pm 40,35$ frente a $81,80 \pm 17,20$, $p < 0,052$). Las mujeres que realizaron ejercicio físico tenían niveles de triglicéridos menores que las sedentarias ($143,88 \pm 51,48$ frente a $241 \pm 129,10$, $p < 0,049$).

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

^aFisioterapeuta. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Área 5. Madrid.

^bDUE. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Área 5. Madrid. ^cMédico 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 de 13.363 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 de 13.359 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 asistencia 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 autopercebida, 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% \geq 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 autopercebida 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 Castellón, 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 opioides (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 cumpli-

mentaron 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 extra-hospitalario 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. Transcripción 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, múltiparas 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 multidisciplinarios 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, L.I.^a; Salvador Garetá, D.^a y Jiménez Jiménez, C.^a
^aABD Martorell. ^bSAP 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 χ^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 \pm 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 \pm 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; Ulltrel Olaria, A.^a; Armengol Badia, O.^a; González Medina, M.^a y Sánchez Colom, J.M.^b

^aABS Poblenou, Barcelona. ^bABS 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 \pm 17 años (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 Zepa, R.^f

^aC.L. Pto. del Carmen, Tias-Lanzarote. ^bHospital Gral. José Molina Oroza, Arrecife de Lanzarote. ^cCentro de Salud San Bartolomé-Tinajo, San Bartolomé de Lanzarote. ^dCentro de Salud Haria, Haria. ^eCentro de Salud Yaiza, Yaiza. ^fZ.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 “asfisia” 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%); cardiopata (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%); SatO₂ (94,3%); T^a (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 cardiaca (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: O₂ (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

^aCentro de Salud Vicente Muzas, Madrid. ^bCentro de Salud Barajas, Madrid. ^cCA 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 secundarios 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

^aCentro de Salud Finca España, Tenerife. ^bCentro de Salud Anaga, Tenerife. ^cCentro de Salud Dr. Guigou, Tenerife. ^dCentro de Salud Laguna Mercedes, Tenerife. ^eHospital 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 ($\geq 20\%$) lo alcanzaron 2 MT y ninguna de las MNT ($p = \text{NS}$), y el de cadera ($\geq 3\%$), 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

^aCentro de Salud Laguna Mercedes, Tenerife. ^bCentro de Salud Dr. Guigou, Tenerife. ^cCentro de Salud Anaga, Tenerife. ^dCentro 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 $\geq 3\%$, y $\geq 20\%$ 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, me-

nopáusicas 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 $< 24,9 \text{ kg/m}^2$, 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

^aCentro de Salud Arona I, Tenerife. ^bCentro de Salud Dr. Guigou, Tenerife; ^cCentro de Salud Finca España, Tenerife. ^dCentro de Salud Anaga, Tenerife. ^eHospital 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 hematogénica: 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 linfóide aguda, y h) 1 adenocarcinoma de ovario. Ocho pacientes tuvieron metastatización a través del líquido cefalorraquídeo (LCR): a) 3 meduloblastomas; b) 2 ependimomas; c) 2 glioblastomas multiformes.

mes, y d) 1 pinealoblastoma. Tres pacientes presentaron diseminación hematológica carcinomatosa leptomenígea: 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 hematológica, 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 hematológica carcinomatosa leptomenígea 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 encefalomiелitis aguda diseminada, 4 de neuromielitis óptica, 4 de naturaleza infecciosa, 2 parainfecciosas, 1 de mielitis lúpica, 1 de neurosarcooidosis, 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 histopa-

tológico 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 iliaca derecha (FID) es bastante dificultosa de realizar ya que aparte del paquete intestinal, y vasculo-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 ileo-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 hipocogénica 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 ANATOMO-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 pa-

cientes (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; Llorc Samsó, 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 Capponet. ^bABS 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 $\pm 18,8$). 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 hipoeocogénico, 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 Balsecís 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 $64,9 \pm 15,2$ 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 $64,3 \pm 13,7$ 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 dislipémico. 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 $73,8 \pm 6,3$ 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, $4,5 \pm 0,8$ 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-in-

termedia, 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 $\pm 9,96$): AP $78,83 \pm 6,69$ /Hosp $72,32 \pm 10,8$ ($p < 0,02$). 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 $3,44 \pm 0,5$ semanas, Hosp $3,14 \pm 0,52$ ($p < 0,009$). 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/DC-CU, 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%), cardiopata (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 hemodinámico (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 Cappon, 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 \pm 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 \pm 10,2)/13,33 (DT \pm 10,6) $p = 0,003$; Observación 6,25 (DT \pm 3,5)/4,50 (DT \pm 3,4) $p = 0,015$; Conocimiento-realidad 6,17 (DT \pm 4,3)/4,58 (DT \pm 3,7) $p = 0,011$; Comunicación 4,92 (DT \pm 3,3)/4,25 (DT \pm 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 Llinós, 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 un 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
^aC.S. Ribaforada, ^bC.S. Corella, ^cResidencia 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

^aCentro de Salud Fuentes Norte, Zaragoza. ^{b,d,e,f}Centro de Salud Torre Ramona, Zaragoza. ^cHospital 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 Gangoles, C.^c; Padilla Hidalgo, I.^d; García Riesco, F.^e y Real, E.^f

^aABS Sant Joan de Vilatorrada, ^bCAP 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 (UCCU) 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 Callalta, 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; ^bCAP Esparreguera; ^cABS 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; ^cHospital 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

^aABS Sant Joan de Vilatorrada; ^bCAP 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 bivariable 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

^aABS Sant Joan de Vilatorrada; ^bCAP 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

^aABS Sant Joan de Vilatorrada; ^bCAP Esparreguera; ^cABS 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

^aCentro de Salud Miralbuena, Zaragoza; ^bCentro 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, $p = 0,001$), SaO₂ (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 SaO₂ 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

^aCentro de Salud Salas Infantiles.; ^bG.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

^aABS Sant Joan de Vilatorrada; ^bCAP 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 las 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. Periodo de recogida de datos: enero-marzo de 2009. Mediciones e intervenciones: se valora el tratamiento con ácido acetil salicílico (AAS) e hipolipemiente de todos los pacientes estudiados, en función de sus factores de riesgo y pato-

logía concomitante, teniendo en cuenta las recomendaciones del GE-DAPS.

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 hipolipemiente, 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 infratratarse 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 parte 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

^aABS Sant Joan de Vilatorrada; ^bCAP 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. Periodo 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 cardiovascular; 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 ($p \leq 0,05$) 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 Mendiña, 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) indopakistaníes, 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), mialgias 19% (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 predominio 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 tercios 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

Pereñíguez 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. ^bCentro de Salud Vistabella, Murcia. ^dDepartamento 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. ^cCAP 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 \pm 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 fumano-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 anti-trombótico; 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%; calcioantagonistas: 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 continuada.

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; Gombáu Aznar, E.^d; Lasheras Díaz, G.^e y Urizar Calvo, I.^f

^{a,c,d,e,f}Centro de Salud Cascante, Navarra. ^bServicio 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 Herrueruela, 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 Herrueruela. 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 Urizar Calvo, I.^f
^{a,c,d,e,f}C.S. Cazante, Navarra. ^bServicio 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 $63,39 \pm 12,69$, 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 m² se situó el 31,5% de la muestra y con un FG < 60 ml/min/1,73 m² 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.

^fHospital 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 infor-

mativo. 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.

^bEscuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería. ^cThe 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

^aCentro de Salud La Cañada, Almería, Distrito Sanitario Almería.

^bThe Medical Centre San Pedro-Marbella, Málaga. ^cEscuela 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 de 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 (HbA1c) 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 HbA1c 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

^aC.S. Huelma, Jaén. ^bC.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 apreciase 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

^aCentro de Salud Alhama de Granada, Granada. ^bCentro 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. ^cCentro de Salud López Albo, Colindres. ^dCentro 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. ^eUnidad 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 enfermería) 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 García, 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.

^fCentro 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 creati-

nina sérica era $\geq 1,5$ mg/dl en varones y $\geq 1,4$ 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 m². El 62,8% (91 pacientes) estaba en un estadio 2 de la NKE. 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 Aragón 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 procesamiento 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 dudosas 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 Torredadella, M.^c; Farràs i Serra, P.^d; Closas i Solé, A.^e y Company i Soler, J.^f

^{a,d}Médicos de Familia ABS Súra. ^bMédico residente MFyC ABS Súra. ^cMédico residente MFyC ABS Manresa-2. ^{e,f}Enfermera Residencia Geriátrica Bell Repòs de Súra.

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 Avila, Avila.

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: HbA1c, 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 estadios. 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 HbA1c.

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

^aMédico SESCAM. Facilita@ Consultoría y facilitación de procesos.

^bUnidad 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 basilica 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 basilica a través de fistula, que fue confirmado por ARSM que evidencia una repleción casi instantánea de la arteria braquial a la vena basilica, lo que indica la existencia de una gran fistula 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 fistula, 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 from 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 Reumatología, 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 tirotoxic; 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 x 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	Tumorcación 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: hipofonésis 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 ($36,3^\circ\text{C}$).

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 aísla 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-pápulas¹ 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 creatinina 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 creatinina fueron de 424 U/L, función hepática y resto de analítica sin alteraciones. La creatinina se normalizó al mes de la retirada de fluvastatina, con desaparición progresiva de las mialgias.

Juicio clínico. Urticaria por fluvastatina.

Diagnóstico diferencial. Las erupciones medicamentosas⁵ 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 medicamentosa⁶ resulta dificultoso por la falta de hallazgos clínicos e histopatológicos específicos, pacientes polimedcados, 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 reductase inhibitors. *Dermatology*. 1993; 186(4):248-52.
2. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AGE-MED). Ficha técnica de fluvastatina.
3. Winkler K, Ablethausen 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, Domp Martin 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 reductase inhibitors (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 Angeles.

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, granulomatoso 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/dl, colesterol: 189 mg/dl, colesterol HDL: 40 mg/dl, colesterol LDL: 101 mg/dl, hemoglobina glucosilada: 5,8%, vitamina B₁₂: 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 B₁₂. Esperando el resultado, y ante los datos analíticos y antecedentes, se añadió a su tratamiento ácido fólico/vitamina B₁₂ y AAS. Posteriormente aportó informe de Digestivo con resultado normal.

Juicio clínico. Déficit de vitamina B₁₂, hiperhomocisteinemia (HHyc) y portador heterocigoto de déficit CBS asociado a HTA; dislipemia y obesidad.

Diagnóstico diferencial. Causas de déficit de B₁₂: 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 B₁₂ y sus deficiencias nutricionales, posmenopausia, hipotiroidismo, leucemias, psoriasis, fármacos (metotrexato, óxido nítrico, isoniácida, anti-epilépticos).

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 morbilidad en la enfermedad arteriosclerótica y un marcador de concentración inadecuada de folatos y vitamina B₁₂. 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 B₁₂ 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 homocysteinemia 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. ^dCAP Sant Oleguer, Sabadell. ^eCAP 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 parestias. Síntomas similares durante el mes anterior que su mutua laboral orientó como lumbo-cialgia 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-cialgia 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 médico 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. ^eCAP 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. Intervenido 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 polioestótica que sugiere displasia fibrosa, pero, al afectar también a zonas epífiso-metáfisarias con lesiones insulantes, 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 cartilago 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 LEUCOCITOCLASTICA

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,c,d}CAP Creu Alta. ^cCAP Sant Oleguer, Sabadell. ^dCAP Canaletes, 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 diagnósti-

co 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, Guilbert 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-Porrúa 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 MARSÁ

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 MARSÁ (Staphylococcus aureus resistente a meticilina) ambulatorios con antecedente de contacto con los servicios sanitarios: 1) Mujer de 83 años en programa de atención domiciliar, 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 MARSÁ, sensible a cefuroxima y un caso también positivo a enterococo sensible a clindamicina. Frotis de fosas nasales en cuidadores negativos para MARSÁ.

Juicio clínico. El MARSÁ 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, prótesis, 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. Stafilococcus 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: artroalgias 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 artroalgias 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, poli-mialgia 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 justificaba 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,c,f}CAP Creu Alta. ^cCAP Sant Oleguer, Sabadell, Barcelona. ^dCAP Canaletes, Cerdanyola del Vallès, 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 refleja.

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, anomalía 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, Alvaro-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 syndrome 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 Castellón, 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: SatO₂ 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 vítreo 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, pCO₂ 44 mmHg, pO₂: 64 mmHg, bicarbonato 27,9, exceso base 2,8 mmol/l, SatO₂: 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 sarcoidosis: 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. Corticosteroides 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 Castellón, 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 para-

traqueal derecho y aumento de tamaño hiliar bilateral. Analítica: tirotrópina < 0,01, tiroxina libre 46,1, triyodotironina libre 19,81. Se diagnóstica de hipertiroidismo y se comienza tratamiento con antihipertiroides 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, linfomas y adenocarcinomas. Otro aspecto a tener en cuenta es que clínicamente la beriliosis es similar a la sarcoidosis². 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 tiroidea.

Bibliografía.

1. Judson MA, Baufman 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. ^bHospital Plató, Barcelona. ^cABS 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 °C, 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: hematies 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 x 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 periceal 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, úlcus 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 appendicitis: 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 appendicitis 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.^c y Carrasco Miserachs, I.^f

^aCAP Ocata-Teià, Barcelona. ^{b,d,f}Hospital Plató, Barcelona. ^cABS Fondo, Barcelona. ^eCAP 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 x 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. Fibrogastroscoopia: 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, uno 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). Intervenido 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 infradiaphragmáticas), 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 metastásicas

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 Caletrio 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 parotídea. *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.; Bordialba Layo, M.A. y Pelletero Santos, A.

ABS Capped.

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 arritmicos, 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. Equinocosis 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 hymenolepis*, *dipyti-*

dium caninum. Cuando el humano es un hospedador intermediario y los parásitos viven en los tejidos: equinocosis, esparganosis, cenurias.

Comentario final. Dicha infección está causada por las larvas de *Echinococcus granulosus*, 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 hipocóndrio 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, Gönülşen 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, morbilidad, 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 Bordialba Layo, M.A.

ABS Capped.

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 soplos 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 cistura inferior lóbulo ácidos. En el cultivo de esputos no se observan bacilos ácido-alcohol resistentes; uno de ellos es positivo a *Mycobacterium goodii*. 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 goodii*, 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 edición 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 °C, tonos cardíacos 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 cistoides intestinales (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.; Pelletero 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 neumocéfalo 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 fa-

miliar, 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/l). 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. Psychiatric 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, delmeire L, Altamura C. Psychiatric 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 Rumania. 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 aquileo agotable bilateral, hiperreflexia con aumento del área reflexógena en EEII, hipoparestesia EEII de predominio izquierdo, hipostesia hemitronco izquierdo, reflejos cutáneo-abdominales abolidos, marcha paraprética. Resto de exploración por aparatos sin alteración. RMN craneal normal y cervico-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 plasmáferesis o inmunosupresión y sigue rehabilitación ambulatoria.

Diagnóstico diferencial. Procesos infecciosos que causen debilidad generalizada (TBC, VIH, toxoplasmosis, brucelosis, poliomyelitis, 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, hiperparatiroides, 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 calíemias 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, atrofas 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 Castellón, 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 vegetativismo. 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 ruidos. 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: post-traumático: 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 úlcus 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 hipercarotinemias por excesivo aporte exógeno de betacarotenos en la dieta.

Diagnóstico diferencial. La hipercarotinemias 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 hipercarotinemias puede ser secundaria a hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipotiroidismo o síndrome nefrótico². 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 años³) y en estos casos se puede asociar xerosis cutánea con prurito. La hipercarotinemias 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 diagnósticos⁴. 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 licopeno⁵ (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 anti-riboflavina en plasma en un paciente afectado de mieloma múltiple⁶ 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 hipercarotinemias esencial consiste en la corrección dietética, con lo que se consigue una reducción progresiva de la coloración, que desaparece en 4 a 6 semanas⁷. 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 carotenoderma 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 trastornos⁸.

Bibliografía.

1. Altet Torné J, Boncompte Vilanova MP, Macaya Pascual A. Carotenoderma 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. Xanthoderma: case report and differential diagnosis. Cutis. 1998;41:100-2.
5. Reich P, Schwachman H, Craig JM. Lycopopenia: 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. ^bCentro de Salud Las Águilas, Madrid. ^cCentro de Salud Segovia, Madrid. ^eCentro 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.

1. Ashton R. Diagnóstico diferencial en dermatología. 3ª ed. 2007.
2. 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, ma-

lestar 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 tóxico. La tiroiditis de De Quervain es probablemente la patología tiroidea 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 antitiroideos 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 tiroidea 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 antitiroideos. 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 tiroidea 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. Desailoud 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: tirotrópina (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 tirozol 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 jóvenes¹. Se ha asociado a endocrinopatías y es infrecuente una elevación de las fosfatasas alcalinas². Enfermedad de Paget: suele darse entre la cuarta y quinta décadas de la vida pero existe una forma juvenil autosómica recesiva³. La radiografía típicamente muestra zonas de osteosclerosis alternadas con osteólisis y expansión del hueso. En el 95% de los casos las fosfatasas alcalinas suelen estar elevadas, pero su normalidad no excluye el diagnóstico⁴.

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 dysplasia. *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 dysplasia. *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 reaginica (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 *Staphylococcus 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 *Staphylococcus 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 contagiosum, tiña por dermatofitos, psoriasis pustulosa, varicela, candidiasis, pustulosis exantemáticas de causa medicamentosa, liquen plano, secundarismo luético, eritema exudativo multiforme y dactilitis pustulosa¹.

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 inmigración². La OMS considera que el número de enfermedades

de transmisión sexual está aumentando en la población de países en vías de desarrollo³. 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 sexual⁴. 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 Castellón, 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 palmo-plantar, 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 alérgenos. 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 eczema dishidróico 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.

1. 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.
2. 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 parestias 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 tify y paratify, 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 acecumarinicos. 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.

Djoughri H, Guillon B, Brunereau L, Lèvy C, Bousson V, Bioussé 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

Restá 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 linfóide, 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 Castellón, 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 × 10⁹/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
^aABS Cappon. ^bSAP Segria, Garrigues. ^cABS Eixample y ^eABS 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 °C 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, Lowenstein negativo. Espirometría: FVC 26%, FEV 31% FEV/FVC 114%, prueba broncodilatadora positiva. Ecocardiografía: no alteración estructural significativa. Tomografía 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 Cappon. ^{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 objetivó discreta hiperemia faríngea y recomienda tratamiento sintomático. Al cuarto día la fiebre es de 39,5 °C 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 °C, 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 doloroso 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 $3,7 \times 10^{-9}/l$. Gammagrafía ósea: afectación de hombro izquierdo a precisar por pruebas de imagen. RMN: osteomielitis a nivel de epifisis 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; ^dCentro 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 antidepressivo 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. Evscience; 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.; Bordialba Layo, M.A.; Pellitero Santos, A.; Vilà Jové, N. y Ortega Bravo, M.

ABS Cappon.

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).

Exploración 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 objetivo patología), Cardiología por palpitaciones (no objetivo patología), Reumatología (no objetivo patología), Traumatología (no objetivo patología), y Otorrinolaringología (no objetivo 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 Ciriya 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

^aCentro de Salud Fuentes Norte, Zaragoza. ^{b,d,e}Centro de Salud Torre Ramona, Zaragoza. ^cCentro de Salud San José, Zaragoza. ^fHospital 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), antiestrep-tolisina 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 °C, 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 carcinóide. 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 odontogénica. 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 quirúrgico².

Bibliografía.

1. Casals Fransi 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, parestias 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 normoreactivas, Romberg rotatorio, resto de exploración física y neurológica normal. Constantes y analítica normales (TA 120/70). Se deriva urgente a Neurología que solicita fondo-oculo 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. Ingres a la 21 semana para tratamiento endovascular del aneurisma no realizable por complicaciones anatómicas que posibilitarían hemiplejía y se pospone para el parto. 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 El. 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; pCO₂: 48 mmHg; pO₂: 18 mmHg; bicarbonato: 31,9 mmol/l; exceso de base: 6,5 mmol/l; SatO₂: 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-hidroxisteroide 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 hipokalemia, 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. Análítica completa que incluye hemograma, VSG, análisis de orina función renal y hepática, serológicas hepatitis, VIH, vitamina B₁₂, 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 Fistera. Disponible en: <http://www.fistera.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 °C y SatO₂: 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, pCO₂ 30,7, pO₂ 51, Bic: 21,5,

exc base: -1,1 y SatO₂: 88,8%. Rx: ciego y colon transversal dilatados (> 6 cm), neumatizados con edema de haustras. Serología CMV: IgG positivo.

Diagnóstico diferencial. Colitis bacterianas y pseudomembranosa, paratuberculosis, 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 Berriáin, 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. ^dCentro 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 acunamiento de la octava vértebra dorsal de probable etiología osteoporótica. Se decide desde Atención Primaria inicio de tratamiento con ácido alendronico 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: Acunamiento de vértebras 6-7-8 dorsales de probable etiología osteoporótica, escoliosis dorsal, aterosclerosis aórtica calcificada, espondilartrosis.

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 Berriáin, 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. ^dHospital Reina Sofía de Tudela, Navarra. ^fCentro 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 °C, 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 a 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. Emphysème 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 Lumbarres, A.^a y Sánchez Sanz, M.^b

^aABS Magoria, Barcelona. ^bABS 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. Duermes 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 espectacu-

lar 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; ^bServicio de Anestesia Hospital Reina Sofía de Tudela, Navarra; ^cCentro de Salud Tudela Oeste, Navarra; ^fServicio 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 benzodiazepinas 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 gammopatía 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,c}Centro de Salud de Cascante, Navarra; ^eCentro de Salud Valtierra, Navarra; ^fHospital Reina Sofía de Tudela, Navarra.

Descripción del caso. Paciente de 69 años con leve déficit motor de EID residual a poliomieltitis 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 retrocardiaca. 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 respuesta 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; ^eCentro de Salud Los Valles, Cantabria; ^fCentro 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 ori-

gen (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 endovascularitis 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

^aCentro de Salud Tórtola. Valladolid; ^bHospital Clínico Universitario de Salamanca; ^cCentro de Salud Parquesol. Valladolid; ^dCentro 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?

Alarcía 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 EXTRACTAMENTE SE VE?

Sanchidrián González, M.D.R.^a; Elena Sorando, E.^b; Marcos González, A.^c y Beneito Calatayud, M.^d

^aCentro de Salud Tórtola. Valladolid; ^bHospital Clínico Universitario. Salamanca; ^cCentro de Salud Parquesol. Valladolid; ^dCentro 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 Marrodán, 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 distribución 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 Pediatría). 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 Cotoño, 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

^aCentro de Salud Tórtola. Valladolid; ^bHospital Clínico Universitario de Salamanca; ^cCentro de Salud Parquesol. Valladolid; ^dCentro 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 hacia 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; ^dGerencia 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; ^dGerencia de AP. Coordinador Unidad Docente; ^fCentro 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.; Fabrè 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 concomitante 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 concomitante 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; ^dGerencia 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; ^bConsultorio 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 intervenir 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

^aCentro de Salud Tórtola; ^{b,d,e,f}Hospital Clínico Universitario. Salamanca; ^cCentro 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

^aCentro de Salud Tórtola. Valladolid; ^{b,d,e,f}Hospital Clínico Universitario. Salamanca; ^cCentro 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 envío 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 dirigie-

ron 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

^aMédico residente de MFyC C.S. Torrero-La Paz, Zaragoza; ^bMédico residente de MFyC C.S. Delicias Sur, Zaragoza; ^{c,d}Médicos residentes de MFyC Centro de Salud San José Norte, Zaragoza; ^eMédico 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 aterosclerosis (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; ^bDepartamento 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 $\geq -2,5$ 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 Irioso, 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; ^dCentro de Salud Sisino de Castro de Salamanca; ^fHospital 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

^aCentro de Salud Tórtola, Valladolid; ^bCentro de Salud Parquesol, Valladolid; ^cHospital 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 Irioso, 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

^aUnidad 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 de-

rivación e inclusión, entre inclusión y primera visita, y entre primera visita e inicio de tratamiento, estadio clínico 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 randomized 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 \pm 9,7). Control CS 44%, hospital 48%, ATDOM 8% (71% CS, 29% hospital). El 77,5% Sintrom. El 81% fibrilación 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% si 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 (internacional normalized 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 \pm 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-Escobar Pérez, M.^c y Valladares Lobera, B.^f

^{a,b,c,e,f}Centro de Salud San Juan de Salamanca; ^dCentro 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 pro-

ceso 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

Sancier 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; ^eSAP Santa Coloma de Gramenet; Barcelona; ^fCSMA 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 \pm 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

^aCentro 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; Maravi Aznar, E.^c; López Diu, R.^d y Arbizu Ruiz, L.^e

^aCentro 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.^c y Villaverde Llana, A.^f

^{a,c}MIR MFyC 3º Año Unidad Docente Santander. C.S. José Barros, Camargo, Cantabria; ^bMIR MFyC 3º Año Unidad Docente Santander. C.S. Cazoña, Santander, Cantabria; ^dMIR 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. SatO₂: 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 oncocítica 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 hyperstimulation 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

^aMIR 3 MFyC Traumatología Hospital García Orcoyen Estella, Navarra; ^bMIR 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 (gastroscoopia, 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

^aMIR 3 MFyC. Centro de Salud Santa Ana, Tudela, Navarra; ^bMIR 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 domiciliar 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 °C, SatO₂: 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. CO₂ 41 mmHg. O₂ 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; Urdanoz Zazón, C.^e y Sádaba Insausti, J.^f

^{a,d}MIR 3º MFyC, Hospital Virgen del Camino, Pamplona; ^bMIR 4º MFyC, Hospital Virgen del Camino, Pamplona; ^{c,d,e}Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Introducción. Las drogas de diseño son derivados amfetamínicos 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 benzodiazepinas. 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}. Tajalla, Navarra; ^bMIR 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 °C 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 serpinginosa hacia región anterior de muslo e inguinal derecha junto con adenopatías inguinales dolorosas. Posteriormente presentó una lesión flemosa 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 *Borrelia 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 an-

tihistamínicos endovenosos. El tratamiento de la lesión glútea se realizó con compresas con amoníaco 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 Osés Primo, R.^f

^{a,b}MIR Familia Centro de Salud Rochapea, Navarra; ^cHospital Virgen del Camino, Pamplona; ^{d,e}MIR ORL, Hospital Virgen del Camino, Pamplona; ^fCentro 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 °C. 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. Relationship 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), febril. Dos días previos al ingreso clínica similar en ojo derecho.

Exploración y pruebas complementarias. Tª 37,6 C°, 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 endocular 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 oftalmólogo.

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, Torró C, Ruiz O. Capítulo VIII: Uveítis y endoftalmitis. En: Hondarrubia FM, editor. *Oftalmología General.* Ebrolibro, SL; 2001. p. 177-85.

Gómez MA, Santos M, Omar M. Uveítis. 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 uveítis. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología.* 2004;5(4):169-79.

Rosenbaum JT. Uveítis: Etiology; clinical manifestations; and diagnosis. *UpToDate.* 2007.

Segura A. Tratamiento de la enfermedad uveal. *Annals d'Oftalmología.* 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 hipocalcémica 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, parestias 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 osteólisis 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; ^cMIR Familia Chantrea; ^eMIR Familia Azpilagaña; ^fMédico 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 herbo-dietéticos.

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 lipídica, 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 la 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 NERVO CUBITAL

Sanchidrián González, M.D.R.^a; Elena Sorando, E.^b; Marcos González, A.^c y Beneito Calatayud, M.^d

^aMédico Residente MFyC. Centro de Salud Tórtola. Valladolid;
^bCirujano Plástico. Hospital Clínico Universitario. Salamanca;
^cCentro de Salud Parquesol. Valladolid; ^dCentro 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 reproducción 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 Tinell, 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 hipotética 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

^aCentro de Salud Tórtola. Valladolid; ^bHospital Clínico Universitario de Salamanca; ^cCentro de Salud Parquesol. Valladolid; ^dCentro 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 enoftalmos 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 retrofaringeos, lesiones ocupantes de espacio a nivel cerebral y del cuello (tumores, 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 ocular. 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

^aCentro de Salud Tórtola. Valladolid; ^bHospital Clínico Universitario. Salamanca; ^cCentro 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? Caso 1: 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 asbestosis progresiva en los últimos 7 meses con disnea de reposo los 8 días previos a la consulta, tos y escasa expectoración, febril 38,2 °C, sin dolor torácico ni síndrome vegetativo. Exploración: TA 106/72, SaO₂ 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 longilíneo, disminución de murmullo vesicular con matidez bibasal y roncus. Abdomen: blando, no doloroso, 2 cicatrices poscirugía con dureza pericardial 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, SaO₂ 93% T^a 36,1 °C. 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 O₂, 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 (caso 1) y mesotelioma pleural (caso 2). El diagnóstico diferencial se estableció con: tumores primarios pleurales y peritoneales, así como con tumores metastásicos, 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 PROPOSITO 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; ^cCentro 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 predomi-

nio 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, T^a: 37,4 °C. 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 faringoamigdalares. 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 remisión 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 Still's disease. J Rheumatol. 1991;424:30.

3043. RUBÉOLA EN EL ADULTO. A PROPOSITO 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; ^bCentro 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 °C 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 Bunnell 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), exantema súbito (VH6), eritema infeccioso (parvovirus B₁₉), CMV, VHA, VHB. Bacterias: escarlatina (*S. pyogenes*), sífilis secundaria, leptospirosis. Rickettsias: fiebre exantemática mediterránea, tífus 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 Dominicana 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. Dermatitis por virus. En: Armijo M, editor. The Wellcome Foundation. Madrid: Ed Emsa; 1990.

Gregg N. Congenital cataract following German measles in the mother. Trans Ophthalmol 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.^c

^{a,c,e}Centro de Salud Tudela Este; ^bHospital Reina Sofía, Tudela;

^dCentro 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, confirmando el diagnóstico.

Juicio clínico. Enfermedad de Wilson.

Diagnóstico diferencial. Corea de Huntington juvenil, enfermedad de Parkinson juvenil, atrofas 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. Neurooftalmología. 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,c}R3 MFyC. Centro de Salud José Barros, Camargo, Cantabria; ^bR3 MFyC. Centro de Salud Cazoña, Santander; ^dR3 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 fovea. 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, privación 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/AM-PA), 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 nefrouri-narias (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
^aCentro 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 °C. 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, sobrelevadas e induradas en tercio distal de ambas extremidades inferiores, dolorosas a la palpación, pedios presentes, subedema, no signos de trombosis venosa profunda. Bioquímica sin alte-

raciones, 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, Yús 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 co-transportador 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 Inher 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 Fernández, 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, parestias 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 B₁₂, vit A, punción lumbar, TAC cerebral, RMN cerebral, angio-RMN, ecocardiograma transtorácico y transesofágico, doppler transcraneal, potenciales evocados visuales, electroretinograma y estudio de hipercoagulabilidad, destacando déficit ligero de ácido fólico y vit B₁₂ y foramen oval permeable.

Juicio clínico. Cefalea vascular. Probable episodio de migraña basilar.

Diagnóstico diferencial. Meningitis aguda. Infarto tromboembólico en troncocefalo. 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. *Headache*. 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 x 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 desnutri-

ción. 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 esofagotomía extramucosa anterior o técnica de Sellar 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, Herreras 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 LIMITAMOS 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 Sofía Tudela, Navarra; ^dCentro 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 ungual 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 lesión¹. 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 individuales². Los métodos alternativos de extracción por tracción y con aguja son útiles, por lo que debemos tenerlos siempre presentes como alternativa³.

Bibliografía.

1. Well Advised. 2nd ed. Park Nicollet Institute. Text copyright© 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 Sofía, Tudela; ^fCentro 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, Quirarte 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 enfermería 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; ^eCentro 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 troquíter asociada.

Comentario final. Toda luxación corresponde a un cuadro traumático 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 Vinué, 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; ^bCentro de Salud Fuentes Norte, Zaragoza.

Descripción del caso. Mujer de 79 años, con antecedentes de hipertensión arterial y úlcus 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. Pseudoquistes pancreáticos.

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,c,d,e,f}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. Contracción trapecios. Segunda visita: columna normal, no cialgia, reflejos aquileo 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, espondilosis 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, Giraldez 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 esplenopancreatometomía córpore-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 carcinóide, vitiligo, epidermolisis ampollar, paquidermoporiostosis, 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 carcinóide. Se solicita interconsulta con el Servicio de Oncología, realizándose a la paciente una TAC tóraco-abdomi-

nal 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 carcinóide, 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 carcinóide.

Bibliografía recomendada.

Altman R. Hyperhidrosis. [Internet]. eMedicine; 2002.
Expósito Freijomil I. Hiperhidrosis. *Guías Fisterrae.*
Modlin IM, Latic 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 °C 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 record 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

^aCentro de Salud Las Águilas, Madrid; ^bLópez-Tappero Irazabal, L.;

^dCentro de Salud Segovia, Madrid; ^eLos 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 °C, 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 ocasiones, 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

^aCentro de Salud Trantrea, Pamplona; ^cCentro de Salud Iturrara, Pamplona.

Descripción del caso. Motivo de consulta: hipertransaminasemia. Alergias: ácaros, gramíneas, melocotón. AAPP: asma, luxación hombro derecho. No fumador. Bebedor de fin de semana. AAFP: abuela DM. Historia actual: hombre de 28 años que acude a consulta de Atención Primaria derivado por anestesiista 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), metabopatías (Wilson, porfirias), neoplasias, afectación de vía biliar.

Comentario final. La hipertransaminasemia es una consulta frecuente en atención primaria. En elevaciones agudas (< 6 meses) 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 transfusiones, 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. *Semerger.* 25(9):787-90.

Solis JA, Muñoz MT. Hepatopatías por tóxicos y medicamentos. *Farre-ras 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 Estopiñán, P.^b; Otaño Tiscornia, M.^c; Otero Larrea, M.^d; Freire Santos, I.^e y Agüero Goñi, J.A.^f

^aHospital Reina Sofía, Tudela, Navarra; ^{b,c,d,e,f}Centro de Salud Mental, Tudela, Navarra.

Descripción del caso. Mujer, 41 años, esclerosis múltiple (EM) remite-recente 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 symptoms and MRI changes in multiple sclerosis. *Eur J Neurol.* 2002;9:491-6.

3245. AYUDÉMOSE A VIVIR MEJOR. A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍNDROME DE DIÓGENES

Pérez Feito, D.^a; Torraha 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 aísla 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. Ingresó 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 eficacia^{3,4}. 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; Lagaron 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; ^eCentro 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 epigastalgia 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 °C, TA:120/64, FC: 96 lpm, SatO₂: 98%. Temerosa, evasiva, tristeza, adagazada, 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 °C, 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. EELI: 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 hematies/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 úlcus (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: arritmico; 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 desnutrición¹. El diagnóstico de la depresión sería clínico y según diversas escalas y tests². 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 hipotiroidismo³. 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 pacientes⁴.

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. Gofe; 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

Monastyrsky, V.; Mari 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 mediatístico; 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, confirmando 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/síncope, 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; ^bCentro de Salud Torreramona.

Descripción del caso. Mujer de 77 años, alérgica a ácido acetilsalicílico, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulino-dependiente, dislipemia, insuficiencia venosa crónica y espondilartrosis con degeneración discal. No hábitos tóxicos. Intervenido de facolisis y fractura de meseta tibial. En tratamiento con irbesartán, insulina, fenofibrato, omeprazol y antiviricosos. 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 rónco 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 cardíacos arritmicos; se realiza un electrocardiograma que muestra un trazado de fibrilación auricular (AC x 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 arritmicos a 130 lpm. Auscultación pulmonar: hipoventilación en hemitórax izquierdo. Abdomen anodino. Extremidades inferiores: ligeros edemas maleolares. Electrocardiograma: AC x 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 cardíaco por la AC x 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=S0212-71992003000600013&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 cardíacos 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, B₁₂ 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 años¹. En un 25% se asocia a polimialgia reumática² 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 principal³.

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; Domínguez 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; ^bC.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 extremida-

des. Por la mañana se encuentra mejor empeorando por la tarde. Antecedentes de hernia de hiato, déficit de vitamina B₁₂ 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 B₁₂, 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

^aCentro de Salud Las Águilas, Madrid; ^{b,d}Centro de Salud Espronceda, Madrid; ^cCentro de Salud Segura, Madrid; ^eCentro de Salud La Victoria, Tenerife; ^fCentro 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 °C.

Exploración y pruebas complementarias. TA 90/55, FC 77 lpm, T^a 37,8 °C, SO₂ 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}Centro de Salud Torrero-La Paz, Zaragoza; ^cCentro 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 rectosigmoidea. 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 metódica 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 hipogastro, 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 °C. Peso: 30 kg, IMC 11,5. Caquética. 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 diagnóstica 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; ^cCentro 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: anexoctomía 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 riesgo 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 SISTÓLICO, 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; ^cCentro 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 presincoales 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 presincoales 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 prolapsos mitral cuando se ausculta click mesosistólico seguido de soplo mesotesistólico. 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 sincoales 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 glossofaríngea; cerebrovascular.

Comentario final. El ecocardiograma mostró un ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia concéntrica (septo y pared posterior), contractilidad 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 presincoales como vasovagales.

Bibliografía recomendada.

Fernández Jarne E, Azcarate 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,c,e}Centro de Salud Espronceda, Madrid; ^bCentro de Salud La Victoria, Tenerife; ^dCentro de Salud La Perdoma, Tenerife; ^eCentro de Salud, Las Águilas, Madrid; ^fCentro 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 vitrobórriques, 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: Htías 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-

tidisciplinarios 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 Argañiz, 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; ^bCentro de Salud La Bombarda, Zaragoza; ^dCentro 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 periamigdalino 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.
Cenfor 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 metamorfosis 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, B₁₂ 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. Intervenido 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 prednisona tópica 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> [acceso 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 haustros 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 iliaca 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 iliaca 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 Garcíandia, 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 EII 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 bimaletales. 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/mm³. 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 cuan-

do 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) Anagasta (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 digital. 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 x 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 O₂, 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.