



ESPACIO MIR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Concepto y etiopatogenia

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

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

Epidemiología

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

Diagnóstico en atención primaria

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

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

Técnica: explicación y puesta en práctica

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

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

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

Interpretación. Manejo del paciente según los resultados del ITB

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

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

Material y método

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

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

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

Conclusiones

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

Recomendaciones

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

Taller: Atención inicial al paciente politraumatizado

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

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

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

Concepto

Atención inicial al politraumatizado. Atención prehospitalaria.

Objetivos

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

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

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

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

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

Objetivo general

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

Objetivos específicos

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

Taller: Manejo de anemias microcíticas en atención primaria

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

^aCentro de Salud Alcalá-Guía de Isora, España

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

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

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

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

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

Introducción

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

Objetivos

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

Material y métodos

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

Conclusiones

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

Taller: El mundo de la espirometría

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

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

Definición

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

Objetivos

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

Material y métodos

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

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

Recomendaciones y conclusiones

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

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

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

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

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

Conclusiones

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

Taller: Manejo de la ELA en atención primaria

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

Hospital Insular, Las Palmas de Gran Canaria, España

Definición

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

Objetivos

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

Material y método

Las preguntas se agrupan en varios grupos.

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

Taller: Cuidados paliativos de pacientes terminales en domicilio

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

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

Definición

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

Objetivos

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

Material y método

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

Recomendaciones y conclusiones

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