



Medicina de Familia  
**SEMERGEN**

www.elsevier.es/semergen



## COMUNICACIONES

# 32º Congreso Nacional SEMERGEN

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

**Nota:** en este número de SEMERGEN se publican las comunicaciones en el formato original presentado por los autores. Dicho formato podrá ser modificado a la hora de su presentación definitiva en el Congreso.

## MÉDICO DE FAMILIA

### Comunicaciones orales

#### 10/12. LOS MALES NUNCA VIENEN SOLOS: ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA GESTIÓN DE LAS CONSULTAS EN UN CENTRO DE SALUD?

F. Antón García

*Centro de Salud Fuensanta. Valencia.*

**Objetivos:** Valorar si existen diferencias, en la gestión de la consulta (C), entre los médicos generales de un centro de salud (CS).

**Metodología:** En nuestro CS trabajan 7 médicos generales. Período evaluado: año 2009. Variables en cada consulta: Índice Frecuencia (nº visitas/paciente/año) (IF), Gasto Estandarizado por Paciente (euros) (GEP), porcentajes: Interconsultas a Especialistas (nº interconsultas/paciente/año) (ICE), Cribado (CriHTA) y Control de Hipertensión (< 140/90 mmHg) (ConHTA), Cribado (CriDM) y Control de Diabetes (HbA1c ≤ 7%) (ConDM), uso Fármacos Sin Aportación Relevante (potencial C) (FSAR), uso Omeprazol respecto total Inhibidores Bomba de Protones (O/IBP). Datos extraídos de la Historia Clínica Electrónica y del programa GAIA (Conselleria Sanidad).

**Resultados:** En cada indicador se han ordenado las consultas de mejor a peor resultado: IF: C1 (4,75 visitas/paciente/año), C2, C3, C4, C5, C6, C7 (7,68 visitas/paciente/año). GEP: C1 (239,7 euros), C4, C2, C6, C5, C3, C7 (436,58 euros). ICE: C1 (0,329 interconsultas/paciente/año), C3, C4, C2, C6, C7, C5 (0,74 interconsultas/paciente/año). CriHTA: C3 (69,47%), C4, C6, C7, C1, C2, C5 (33,79%), ConHTA: C1 (32,2%), C6, C4, C7, C3, C2, C5 (17,08%). CriDM: C4 (92,28%), C6, C1, C7, C2, C3, C5 (58,36%). FSAR: C4 (2,78%), C3, C1, C2, C6, C7, C5 (5,68%). O/IBP: C1 (90,8%), C4, C2, C3, C6, C5, C7 (69,8%).

**Conclusiones:** Globalmente C1 y C4 son las consultas que mejores indicadores tienen y además son las que menor gasto generan, mientras que C5 y C7 son las que tienen peores indicadores y las de mayor gasto. Existen grandes diferencias en la gestión de la consulta en nuestro CS que dependen del profesional responsable.

#### 10/13. LA INFLUENCIA DEL BLOQUEO DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES DIABÉTICOS. ESTUDIO BARBANZA-DIABETES

J. Fernández Villaverde<sup>a</sup>, M. Lado López<sup>a</sup>, J. Vidal Sampedro<sup>b</sup>, J. Torres Colomer<sup>a</sup>, J. Gómez Vázquez<sup>c</sup> y V. Parga García<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CAP Riveira; <sup>b</sup>Centro de Salud Touro; <sup>c</sup>CAP Aguiño. Riveira.

**Objetivos:** El bloqueo del sistema renina-angiotensina (SRA) ha demostrado reducir el riesgo de nefropatía y mejorar el pronóstico en diabéticos. Sin embargo, carecemos de datos poblacionales sobre el impacto de esta intervención farmacológica en diabéticos no incluidos en ensayos clínicos. El objetivo es conocer la influencia del bloqueo del SRA en una población no seleccionada de diabéticos.

**Metodología:** Estudio multicéntrico de cohortes prospectivas, en el que participaron 31 médicos de atención primaria, registrando las características de 1.423 pacientes diabéticos que acudieron de forma consecutiva a sus consultas y se hizo un seguimiento medio de 45 ± 10 meses.

**Resultados:** La edad media de los pacientes (50% varones) fue de 66 años, el 64% tenían hipertensión arterial, el 70% dislipemia y el 26% habían tenido un evento cardiovascular previo. En cuanto al tratamiento, el 55% tomaban bloqueadores de sistema renina-angiotensina, el 21% diuréticos, el 6% betabloqueantes, el 18% calcio-antagonistas, el 21% antiagregantes, el 7% nitratos y el 45% hipolipemiantes. Al finalizar el seguimiento, 393 (30%) habían sido hospitalizados, de los cuales 179 (14%) lo fueron por causa cardiovascular, y 81 (6%) habían fallecido, 40 (3%) de ellos por causa cardiovascular. El análisis multivariable identificó los siguientes factores como predictores independientes de mortalidad: edad (hazard ratio (HR) = 1,08; intervalo de confianza 95% (IC) 1,05-1,11), enfermedad cardiovascular previa (HR = 2,15; IC 1,12-4,14) y tratamiento con diuréticos (HR = 3,40; IC 1,76-6,56), mientras que la prescripción de bloqueadores del sistema renina-angiotensina tuvo un efecto protector (HR = 0,48; IC 0,25-0,93).

**Conclusiones:** El bloqueo del SRA reduce el riesgo de muerte y complicaciones cardiovasculares mayores en pacientes diabéticos.

### 10/15. PLANIFICACIÓN SANITARIA DE GRANDES EVENTOS. RIESGOS PREVISIBLES EN LA FERIA DEL CABALLO DE JEREZ DE LA FRONTERA 2009

I. Reyes Ruiz<sup>a</sup>, L. Reyes Gómez<sup>b</sup>, M. Fernández del Barrio<sup>a</sup>, A. Fernández Rosa<sup>a</sup>, A. Flores López<sup>a</sup> y S. Corral Rosado<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico. <sup>b</sup>Enfermera. <sup>c</sup>Enfermero. Unidad de Gestión Clínica Madre de Dios. Jerez.

**Objetivos:** Analizar las asistencias realizadas durante la feria del caballo de Jerez de la Frontera en el año 2009, en el módulo que el Excmo. Ayuntamiento de Jerez pone a disposición de los ciudadanos atendido por Cruz Roja Española, con una afluencia de aproximadamente unas 700.000 personas.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo transversal, las variables estuvieron representadas por las asistencias realizadas por el dispositivo sanitario desde la activación del módulo el 10 de mayo al 17 de mayo en que se desactiva.

**Resultados:** Se realizaron 1.087 asistencias, de las cuales 882 se resolvieron en el módulo asistencial, 60 fueron derivadas al Hospital de Jerez y 145 fueron realizadas en el recinto ferial. Los días de mayores asistencias fueron el viernes y sábado de feria con 226 y 262 respectivamente. Las patologías más habituales son las intoxicaciones etílicas y traumatismos, 17 y 24 el viernes y 4 y 25 el sábado. Por patologías definidas fueron atendidos 152 heridas, 89 intoxicaciones, 89 contusiones, 23 esguinces, 26 quemaduras y un grupo englobados en patologías menores con 623 asistencias. Del 95% de la población la edad estaba comprendida entre 15 y 50 años. En el proyecto "niño perdido" se colocaron 444 pulseras.

**Conclusiones:** La instalación del módulo minimiza los riesgos de afectación individual, aumenta la eficacia y rapidez de la primera asistencia, favoreciendo las condiciones del paciente al segundo nivel asistencial. Potencia la atención sanitaria que el SSPA ofrece a los ciudadanos. Minimiza la pérdida de menores con el proyecto "niño perdido".

### 10/16. PLANIFICACIÓN SANITARIA DE GRANDES EVENTOS. RIESGOS PREVISIBLES EN EL GRAN PREMIO DE MOTOCICLISMO DE JEREZ 2009

I. Reyes Ruiz<sup>a</sup>, L. Reyes Gómez<sup>b</sup>, M. Fernández del Barrio<sup>a</sup>, A. Fernández Rosa<sup>a</sup>, M. Gallego Cabrera<sup>c</sup> y P. Coco Alonso<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico. <sup>b</sup>Enfermera. Unidad de Gestión Clínica Madre de Dios. Jerez; <sup>c</sup>Médico. Unidad de Gestión Clínica Madre de San Benito. Jerez.

**Objetivos:** Analizar las asistencias realizadas durante el Gran Premio de España de Motociclismo que se celebra en Jerez de la Frontera en el 2.009, y durante el cual se activa el nivel II del PTEAnd. Se estima una afluencia de aproximadamente 250.000 personas.

**Metodología:** Se realiza descriptivo transversal, las variables estudiadas fueron por las asistencias realizadas por el DCCU móvil de Jerez de la Frontera desde la activación del Plan el 1 de abril a las 00,00 horas al 4 de abril a las 20,00 que se desactiva.

**Resultados:** Durante este periodo se produjeron 74 asistencias. Predominan de asistencias al sexo masculino, con una edad media de 15 a 65 años, prestándose más incidencia en la banda horaria de 08.00 a 15.00. Un 20% de las asistencias fueron traumatológicas de las cuales un 90% fueron consecuencia de accidentes de tráfico en la ciudad y un 41% fueron derivadas al hospital. No se produjeron toxiinfecciones alimentarias. Población mayoritariamente joven que acuden al evento. 30 incidencias sanitarias desde PMA. Hubo un fallecido relacionado con el evento, accidente de tráfico, colisión frontal coche-moto.

**Conclusiones:** Una buena planificación sanitaria para un gran evento como este Gran Premio de Jerez minimiza los riesgos de

afectación individual, mejorando la transferencia de los pacientes a 2º nivel, adecuando los recursos a lo establecido en el PTEAnd, con la implicación de todo el Distrito Jerez Costa Noroeste, ya que simultáneamente hay que mantener la asistencia a la población general. Acude al evento población mayoritariamente hombres más del 50%.

### 10/17. PLANIFICACIÓN SANITARIA DE GRANDES EVENTOS. RIESGOS PREVISIBLES EN LA ROMERÍA DEL ROCÍO. CAMINOS DE CÁDIZ. EVALUACIÓN TRIENIO 2007-2009

I. Reyes Ruiz<sup>a</sup>, L. Reyes Gómez<sup>b</sup>, M. Fernández del Barrio<sup>a</sup>, M. Vázquez Pérez<sup>a</sup>, M. Gallego Cabrera<sup>c</sup> y P. Coco Alonso<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico. <sup>b</sup>Enfermera. Unidad de Gestión Clínica Madre de Dios. Jerez; <sup>c</sup>Médico. Unidad de Gestión Clínica Madre de San Benito. Jerez.

**Objetivos:** Analizar las asistencias realizadas los años 2007, 2008 y 2009 en los módulos asistenciales para la atención los peregrinos situados en la playa de Bajo de Guía en Sanlúcar de Barrameda y Palacio de Marismilla en el Coto de Doñana.

**Metodología:** Se realiza un estudio de carácter descriptivo transversal, las variables estuvieron representadas por las asistencias realizadas durante la activación del Plan Romero a su paso por el río Guadalquivir desde la playa de Bajo de Guía en Sanlúcar de Barrameda a la playa de Malandar en el Coto de Doñana.

**Resultados:** Durante el periodo evaluado, de aproximadamente 35.000 romeros que atravesaron el río, se produjeron 218 (0,6%) asistencias de las cuales 86 están englobadas en grupo XIX (traumatismos) de codificación CIE-10, 58 en el grupo X (sistema respiratorio), 26 en el grupo XI (aparato digestivo), 12 en el grupo XII (enfermedades de la piel) y el resto 36 otras. Casi un 40% de ellas se concentran el miércoles de ida, día de paso de Sanlúcar y Jerez de la Frontera. Ha habido una disminución en el número de personas, caballo, carretas y vehículos que atraviesan el río. No se produjo toxiinfección alimentaria.

**Conclusiones:** Una buena planificación sanitaria para un gran evento como la romería del Rocío a su paso por Sanlúcar minimiza los riesgos de accidentes individuales y previene toxiinfecciones alimentarias. Ha habido una disminución en el paso de personas, caballos, carretas y vehículos por la disminución de acreditaciones como prevención medioambiental del Coto y la crisis económica.

### 10/22. UTILIZACIÓN DE LA SANIDAD PRIVADA POR LAS EMBARAZADAS SEGUIDAS EN UN CENTRO DE SALUD PÚBLICO

M. Sánchez Pérez, F. Paniagua Gómez, S. Mesa González, A. Baca Osorio, J. Retamero Orta y J. Mancera Romero

UGC Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga. Málaga.

**Objetivos:** Nuestro objetivo fue conocer y analizar los motivos que conducen a las embarazadas, con cobertura sanitaria pública y seguidas en nuestro centro de salud, para utilizar además los servicios sanitarios privados durante el embarazo.

**Metodología:** Estudio cualitativo mediante cuestionario autoadministrado. Ámbito de atención primaria, centro de salud urbano. Embarazadas que parieron durante el año 2005 y que realizaron sesiones de educación maternal con la matrona (veinte grupos). Se utilizaron las respuestas obtenidas de los cuestionarios cumplimentados. La saturación de la información se garantizó con el análisis por separado de los veinte grupos de participantes. Se realizó un análisis de contenido de las diferentes categorías.

**Resultados:** Se construyeron seis categorías (ecografías, tranquilidad y seguridad, seguimiento por el ginecólogo privado, el trato recibido, la comodidad y aspectos relacionados con el centro de

salud). Los temas relacionados con las ecografías (número y calidad) y con el número de visitas subyacen en la mayoría de las respuestas. Las embarazadas consideran que deben realizarse más ecografías durante el seguimiento del embarazo. La atención recibida en el centro de salud es considerada de manera satisfactoria.

**Conclusiones:** El número y la calidad de las ecografías son los principales motivos que inducen a las embarazadas a utilizar los servicios sanitarios privados. La seguridad y tranquilidad aparecen como motivos recurrentes. El seguimiento del embarazo por el médico de familia en atención primaria no aparece como motivo para utilizar la sanidad privada.

### 10/23. ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA OCULTA EN POBLACIÓN DIABÉTICA SEGUIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. Paniagua Gómez, J. Mancera Romero, M. Sánchez Pérez, J. Sasporte Genafo, F. Taboada González y M. Miranda Vázquez

UGC Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga. Málaga.

**Objetivos:** El objetivo de nuestro estudio fue estimar la prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP) no diagnosticada, mediante el índice tobillo-brazo (ITB), en pacientes diabéticos tipo 2 de una zona urbana seguidos en Atención Primaria (AP) y los factores asociados a la misma.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal (de prevalencia). Muestreo aleatorio sistemático de pacientes diabéticos tipo 2, entre 50-80 años, seguidos en AP. Nuestra variable dependiente fue la presencia de EAP diagnosticada mediante un ITB < 0,9. Variables independientes: demográficas, clínicas y de laboratorio. Para determinar las variables asociadas a un ITB patológico se utilizó la regresión logística binaria por pasos hacia adelante.

**Resultados:** Muestra de 456 pacientes, de los que 243 (53%) eran hombres, con una edad media de  $61 \pm 6$  años. Presentaron ITB < 0,9: 126 pacientes (27,6%), ITB entre 0,9 y 1,3: 310 pacientes (68%) y un ITB > 1,3: 20 pacientes (4,4%). Mediante análisis multivariante las variables relacionadas con un ITB < 0,9 fueron el ser o haber sido fumador, los años de evolución de la diabetes, el número de plaquetas y la hipertrigliceridemia, mientras que con un ITB > 1,3 fueron el perímetro de cintura y las complicaciones microvasculares.

**Conclusiones:** La prevalencia de enfermedad arterial periférica es elevada, consistente con lo publicado. Esta alta prevalencia de ITB alterado refuerza la recomendación de realizar el índice tobillo-brazo a todos los diabéticos valorados y seguidos en AP. El hábito tabáquico, los años de evolución de la enfermedad, el número de plaquetas y la hipertrigliceridemia se asocian a la presencia de un ITB bajo.

### 10/25. INCIDENCIA DEL CÁNCER EN NUESTRA ÁREA BÁSICA DE SALUD. COMPARACIÓN DE TASAS BRUTAS CON LOS REGISTROS DE CANARIAS

G. Estrada Bancells<sup>a</sup>, M. Gómez López<sup>a</sup>, C. Pascual González<sup>a</sup>, S. López García<sup>a</sup>, R. Valverde Pérez<sup>a</sup> y N. Cortés Caminal<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. <sup>b</sup>Diplomada en Enfermería. ABS Malgrat de Mar.

**Objetivos:** Conocer la incidencia de las principales neoplasias que se registran en nuestra área básica de salud, que comprende dos poblaciones, Malgrat de mar y Palafolls, con una población de Canarias. Comparar los datos obtenidos con los registros poblacionales existentes de Canarias. Saber si el hecho de vivir en nuestra área básica se asocia, con significancia estadística, con el diagnóstico de alguna neoplasia.

**Metodología:** Se trata de un estudio de base poblacional (todos los pacientes dados de alta del programa OMI de los dos centros de

nuestra área básica que tienen el médico asignado en el mismo centro, y que están empadronados en Malgrat o en Palafolls).

**Resultados:** Se han estudiado 376 neoplasias en el período de tiempo 2004-2008, 204 mujeres y 172 hombres. Se presenta la frecuencia relativa de las principales localizaciones tumorales correspondientes a dicho período.

**Conclusiones:** Los tumores más frecuentes en hombres son: pulmón, vías urinarias, próstata y colon. Los tumores más frecuentes en mujeres son: mama, ginecológicos y colon. Se observa que, en mujeres, la tasa bruta de cáncer de mama es significativamente superior en nuestra zona en comparación con Canarias, algo superior en cáncer ginecológico y sin apenas diferencias en colon. Por lo que a hombres se refiere, en los casos de cáncer de pulmón y próstata, se observa una apreciable menor incidencia en nuestra zona.

### 10/29. PROYECTO DE GRUPO PSICOEDUCATIVO DIRIGIDO A FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA ADI (ATENCIÓN DOMICILIARIA)

G. Estrada Bancells<sup>a</sup>, M. Furquet Tudela<sup>b</sup>, M. Parcerisa Ramírez<sup>c</sup>, M. Resina Bastidas<sup>b</sup> y R. Vera Barbadillo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. <sup>b</sup>Enfermera. <sup>c</sup>Trabajadora Social. ABS Malgrat de Mar.

**Objetivos:** En nuestra experiencia en atención domiciliaria hemos detectado las necesidades y las posibles dificultades a las que se enfrenta el cuidador, tanto a nivel personal como en relación al cuidado del paciente. El objetivo general es mejorar la atención al paciente. Los objetivos específicos: aumentar conocimientos de los cuidadores y que el cuidador se sienta apoyado.

**Metodología:** Tanteo de la población diana. El objetivo es conocer el interés de los cuidadores en el proyecto y su posible participación. Las enfermeras de domiciliaria entregan unos folletos informativos directamente a los cuidadores. Posteriormente, y una semana antes de la primera sesión el servicio de administración envía una carta recordando la fecha, contenido y lugar de celebración de la primera sesión. Consta en un primer inicio, de cinco sesiones de una hora de duración cada una, con una periodicidad quincenal.

**Resultados:** Cuantitativos: en cada sesión hacemos una lista con las personas asistentes y cuantos pertenecen al mismo paciente, identificamos el vínculo que los une al paciente y el diagnóstico del paciente. Cualitativa: proporcionamos un pequeño cuestionario al final de cada sesión. Los resultados que hemos obtenido, por el momento, es una muy aceptable asistencia de los cuidadores y un grado de satisfacción por parte de ellos bueno.

**Conclusiones:** Confirmamos la necesidad de apoyo y de ayuda que tienen los cuidadores por su participación activa durante las primeras sesiones. Continuidad del proyecto en relación a la demanda hecha por los cuidadores.

### 10/30. EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA NEURAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA POSIBILIDAD TERAPÉUTICA A CONSIDERAR

O. Lóriz Peralta, A. Raya Rejón, D. Pérez Morales, A. Girona Amores, Q. Parés Ubach y C. Alós Manrique

EAP Badalona-6 Llefà. Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar la efectividad de la terapia neural (TN) para disminuir el dolor y el consumo de fármacos.

**Metodología:** Estudio de intervención "antes y después" en centro de atención primaria de barrio de la periferia de Barcelona. Se incluyeron 82 pacientes con edades entre 25 y 85 años. Mediante entrevista personal se recogieron datos antes de la intervención y después a las 2 semanas, 3 meses y 6 meses mediante la escala vi-

sual analógica (EVA) para la valoración de las variaciones del dolor y sobre el consumo de fármacos para el dolor.

**Resultados:** Edad media: 55 años (DE: 15,29), 19 hombres (23,4%) y 63 mujeres (76,8%). Tiempo de dolor pre-intervención: media: 21,58 meses (DE: 28,64). Fármacos diferentes para el dolor pre-intervención: ninguno en 5 pacientes (6,1%), uno: 40 (48,8%), dos: 24 (29,3%), 3 o más: 13 (15,9%). El total de diagnósticos: 23. Rango de tandas: 1-4. EVA media pre-intervención: 7,94 (DE: 1,68). La EVA había mejorado de media a las 2 semanas 3,30 (DE: 2,50), a los 3 meses 4,19 (DE: 2,89) y a los 6 meses: 4,46 (DE: 3,02) ( $p = 0,000$  comparando la media de las 3 EVAs respecto a la inicial,  $t$  de Student para datos apareados). Respecto a la reducción del consumo de fármacos: solamente un 25,6%, un 23,2% y un 20% de los pacientes no redujeron dicho consumo a las 2 semanas, 3 meses y 6 meses respectivamente.

**Conclusiones:** La TN puede ser eficaz en disminuir el dolor frente a múltiples diagnósticos así como el consumo de fármacos. Faltarían ensayos clínicos que lo confirmaran.

### 10/39. LA ADQUISICIÓN DE NUEVAS HABILIDADES EN ATENCIÓN PRIMARIA MEJORA LA CAPACIDAD RESOLUTIVA

G. Ferriz Villanueva

*ABS Sagrada Familia. Barcelona.*

**Objetivos:** Análisis y evaluación de la capacidad resolutive en AP mediante la implementación de la consulta de crioterapia en atención primaria (CCAP).

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo en una área básica de salud urbana con una población asignada de 22.728 en 2006 y 23.656 en 2008. Descripción de la actividad de la CCAP y análisis comparativo de la capacidad resolutive (estimada mediante las derivaciones por 100 habitantes (D100H)) en dermatología (D) antes y después de su implementación en el 2007.

**Resultados:** Interconsultas D 2006: 1.345. D100H: 5,9. Interconsultas D 2008: 1.098. D100H: 4,6. 249 visitas a CCAP (133 primeras visitas). Se valoraron 369 lesiones, 6 derivadas para valoración por dermatólogo de zona. Se aplicó crioterapia con buena tolerancia en el 98% de los casos y sólo 10 casos presentaron complicaciones en forma de ampolla. Tipo de lesión tratada en CCAP: 56,25% acrocordón; 12,2% verruga vulgar; 9,5% fibroma; 8,6% queratosis seborreica; 4,6% verruga plantar; 4,6% queratosis actínica; 4% lentigo solar; 0,27% otros. Motivos de consulta en derivaciones a dermatología (MCDD) 2006: Lesiones tributarias CCAP (30,8%): 69,6% verruga; 14,3% acrocordones; 8,9% seborreicas; 7,1% actínicas. Lesiones no tributarias CCAP (69,2%): 28,6% dermatitis; 20,6% micosis; 18,2% nevus; 7,9% acné; 3,9% neoplasia; 3,17% condilomas; 17,5% otros. MCDD 2008: Lesiones tributarias CCAP (11,6%): 53,8% verrugas; 38,5% seborreicas; 7,7% acrocordón; Lesiones no tributarias CCAP (88,4%): 27,3% dermatitis; 22,2% nevus; 12,1% neoplasias; 9% micosis; 5,1% condilomas; 5,1% acné; 19,1% otros. Interconsultas lesiones tributarias CCAP 2006: D100H: 1,8. Interconsultas lesiones tributarias CCAP 2008: D100H: 0,5.

**Conclusiones:** La implementación de la CCAP mejora la capacidad resolutive en AP y puede contribuir a mejorar la accesibilidad de la población a la atención especializada.

### 10/40. ¿CÓMO PODEMOS MEJORAR EL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA?

M. Rojas Blanc, A. Valsera Robles, G. Ferriz Villanueva, N. Riera Nadal, M. Borrás Alborch y A. Rivero Morcillo

*ABS Sagrada Familia. Barcelona.*

**Objetivos:** Descripción, análisis de la eficacia y grado de satisfacción del usuario, de un programa grupal, el Taller de Relajación,

dentro del Programa de Soporte de Salud mental a la Atención Primaria (AP), diseñado para el mejorar el manejo de la ansiedad, basado en la psicoeducación y las técnicas de relajación partiendo de la definición de ansiedad, siguiendo estrategias de afrontamiento y la reestructuración cognitiva.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal de una muestra compuesta por los pacientes incluidos en los grupos de relajación realizados durante el 2009 en el ABS. Se incluyeron en el programa aquellos usuarios que presentaban clínica de ansiedad y que se consideraron tributarios de beneficiarse de intervención.

**Resultados:** 100% mujeres. 80% entre 45-60 años. Principales causas de ansiedad: 37,3% crisis madurativas; 34,8% enfermedad propia/familiar; 27,9% conflictos familiares. Visitas médicas totales, de todos los integrantes del grupo, por ansiedad/estrés antes/después (durante un año), de intervención grupal: 34/8. Reducción consumo fármacos ansiolíticos: 89%. Encuesta satisfacción: Interés por actividad 3.7/4; Aportación teórico-práctica 3.5/4. Habilidades aprendidas: 3.9/4; Aplicabilidad: 4/4.

**Conclusiones:** Los talleres de relajación en AP son una herramienta útil para el manejo de la ansiedad, disminuyendo la demanda de atención médica y el consumo de fármacos ansiolíticos. Existe, además, un alto grado de satisfacción por parte del usuario, permitiéndole optimizar el manejo de la ansiedad en su vida diaria, predominantemente por las habilidades aprendidas y su aplicabilidad.

### 10/45. ACREDITACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD DE UN CENTRO DE SALUD

F. Antón García y M. Richart Rufino

*CS Fuensanta. Valencia.*

**Objetivos:** Describir el proceso de acreditación externa de un Centro de Salud (CS), enumerando las principales ventajas obtenidas.

**Metodología:** La Dirección del Departamento de Salud propone al CS someterse a un proceso de acreditación de calidad por una Agencia externa. Tras discusión interna se decide aceptar. Inicialmente se realiza una autoevaluación, siguiendo un cuestionario, para conocer la situación de partida, y tras un periodo de un año, en el que el CS intenta solucionar las deficiencias encontradas se somete a la evaluación externa.

**Resultados:** Han participado todos los estamentos, se ha trabajado por comisiones, presentando los resultados al equipo en sesiones, siendo discutidos. Objetivos prácticos obtenidos: Revisión, actualización, y en su caso elaboración de nuevo, estableciendo la periodicidad de evaluación, de Programas y protocolos clínicos, asignando responsables. Plan estratégico para 5 años. Circuitos internos y externos. Plan logístico. Organigrama CS y Departamento. Sistematización y redacción de todas las actividades. Manual Acogida para trabajadores nuevos. Reglamento Régimen Interior. Guía usuario. Plan Formación continuada. Sistematizar y potenciar las sesiones. Revitalizar Comisión de Calidad interna. Plan Emergencias (realizando ejercicio práctico). Plan Prevención Riesgos laborales, Agresiones? Toda la documentación elaborada y revisada está disponible en la página web del CS, fácilmente accesible para todos los trabajadores del mismo.

**Conclusiones:** El CS alcanzó la acreditación externa. Ha supuesto un gran esfuerzo por parte del personal del CS que ha trabajado en equipo, pero ha servido para revitalizar, reorganizar el centro y promover la autoevaluación sistemática, buscando la mejora continua de la calidad.



#### 10/46. VALORACIÓN DE LAS AUSENCIAS DE LOS PACIENTES A LAS CONSULTAS EN UN CENTRO DE SALUD

F. Antón García, A. Cubides Núñez, J. Otero García, J. Navarro Marco e I. Tomás Saura

CS Fuensanta. Valencia.

**Objetivos:** Cuantificar y determinar las características de pacientes citados que no acuden a las consultas en un Centro Salud (CS) para poder plantear acciones de mejora.

**Metodología:** Nuestro CS dispone diariamente 8 consultas medicina general (MG), 2 pediatría (P), 1 extracciones (E) y 2 semanales del trabajador social (TS). Para determinar el impacto, en la marcha del equipo, de las inasistencias de los pacientes citados, hemos evaluado durante un mes las mismas.

**Resultados:** MG: citados diarios 33,1 (30,4 demanda, 2,7 programada). Ausencias 2,9 (2,7 demanda, 0,2 programada) 8,5%, sin diferencias de sexo ni de día de la semana pero sí de edad (11,1% en ≤ 65 años, 5% > 65 años). Huecos libres diarios: 2,4. Atendidos sin cita 7,4. P: citados 30,6 (27,4 demanda, 3,2 programada). Ausencias 4,1 (3,6 demanda, 0,5 programada) 13,4% (los lunes 20,3%). Huecos libres 1,8. Pacientes sin cita 3,8. E: Citados diarios 34. Ausencias 4,9 16% (los lunes 27%). No hay diferencias por sexo pero sí por edad (16% en ≤ 65 años, 8% en > 65 años). TS: citados diarios 18. Ausencias 5,8 (36%). Según datos encontrados (ausencias y huecos libres): en MG deberían verse sin cita sólo 3 pacientes/día; en P ninguno.

**Conclusiones:** El índice de ausencias es alto, sobre todo en extracciones y en la TS. El índice es mayor los lunes. Los pacientes citados a demanda más jóvenes (sin diferencias en el sexo) son los que más faltan. Es preciso plantear acciones de mejora de las inasistencias, ya que éstas alargan la lista espera.

#### 10/48. IMPORTANCIA DE DISPONER EN EL CENTRO DE SALUD DE UNA PÁGINA WEB PROPIA

F. Antón García y J. Soriano Faura

CS Fuensanta. Valencia.

**Objetivos:** Describir el proceso de elaboración y contenidos de una página web del Centro (CS) enumerando las principales ventajas obtenidas.

**Metodología:** En una sesión se plantea la posibilidad de elaborar una página web propia, que sea de utilidad fundamentalmente interna. Tras discutirlo se decide elaborarla. Es un proceso en que está involucrado todo el equipo. El diseño se define primero, y cada miembro según su responsabilidad-función elabora el documento necesario para incluir en la futura web. En sesiones el equipo comprueba la utilidad y estructura en la Web. Una vez elaborada, se prueba durante tres meses antes de alojarla en un servidor. El acceso al servidor de Internet permite que el coordinador de la web, persona del centro, mantenga actualizada la misma.

**Resultados:** En el encabezamiento aparecen los teléfonos más importantes. Apartados de la página: 1. Organización: Todos los procedimientos administrativos del centro, contingencias de atención y organigramas de trabajo y funciones. 2. De interés sanitario: Consejos (dietas, ejercicios rehabilitación...), tests médicos, protocolos del CS, calculadoras sanitarias... 3. Agencia de Salud de la Consejería: Directorios de la red sanitaria del distrito, legislación... 4. Normativa interna del CS: Planes: Emergencias, Logístico, Acogida, Formación continuada, Estratégico. Reglamento Régimen Interno. Manual procedimientos. Comisión de calidad. Actuación ante situaciones conflictivas. Rotación de residentes, estudiantes...

**Conclusiones:** La página web está siendo de gran utilidad, tanto para el personal que trabaja de forma permanente en el CS, como para las nuevas incorporaciones (residentes, sustitutos...) ya que contiene la información necesaria y actualizada para el trabajo cotidiano.

#### 10/51. ¿PODEMOS MEJORAR LAS UNIDADES ASISTENCIALES EN UN CENTRO DE SALUD?

F. Antón García, I. Tomás Saura, A. Cubides Núñez, E. Correcher Salvador y D. Pruteanu

CS Fuensanta. Valencia.

**Objetivos:** Describir el proceso de mejora de una Unidad Asistencial (UA) de nuestro centro de salud (CS).

**Metodología:** La UA (medicina + enfermería) es una forma de trabajo frecuente en Atención Primaria, por lo que es preciso intentar mejorarla de forma progresiva. Nuestra UA ha establecido una serie de estrategias sencillas de forma habitual para alcanzar este objetivo, aunque otras UA del mismo equipo no las realicen. Premisa necesaria: disponibilidad de una UA (1:1) lo más estable posible y voluntad de mejorar.

**Resultados:** Estrategias desarrolladas: Hacer coincidir franjas horarias en el centro lo más posible y cuando se puede consultas intercomunicadas. Hemos establecido horario fijo semanal (30-40 minutos) para comentar: pacientes, establecer circuitos propios, introducción de nuevas técnicas (MAPA, realización de test sistemáticos (cuidadores de encamados)...), acordar contenidos de la consulta a demanda de enfermería (manejo técnicas inhalación, realización minimental...). La enfermera cita en mi franja de programada (sin presencia del paciente) aquellos que tiene citados próximamente, para valorar necesidad de pruebas complementarias y las solicite u otros aspectos, con el fin de no duplicar consultas innecesarias. Implicación en estudios sencillos que presentamos conjuntamente en sesiones, congresos... (evaluación aspectos de nuestros pacientes, estudio de ausencias de citados...). Visitas conjuntas a nuestros pacientes ingresados en el hospital de referencia (lo tenemos muy cerca)...

**Conclusiones:** Con estas sencillas medidas, hemos mejorado nuestra satisfacción en el trabajo, crecemos profesionalmente, mejora la relación humana, crece la responsabilidad compartida sobre todos los pacientes asignados (no sólo los enfermos crónicos). Los residentes se han integrado en esta dinámica de trabajo.

#### 10/53. LA GESTIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Cerrato Rodríguez, J. Saavedra Miján y J. Pérez Suárez

Gerencia de Atención Primaria Área VI Arriondas. Asturias.

**Objetivos:** Análisis y valoración de las Unidades de Gestión Clínicas del Principado de Asturias (Real Decreto 66/ 2009 14/julio de 2009), durante el primer año de la implantación del programa piloto.

**Metodología:** En el Sistema de Información Normalizado para Objetivos de Calidad (SINOC) se define el programa de Acreditación de Unidades Clínicas para Asturias, siendo encuadradas al inicio todas las unidades en el nivel 1A, y los objetivos que deben alcanzar para cumplir con el Acuerdo de Gestión incluyen: 1. Objetivos del Contrato Programa (CP) y Servicios Propios. 2. Objetivos de Calidad. 3. Objetivos de Gestión. 4. Se realizaron 3 tipos de encuestas: a) Encuesta de satisfacción de usuarios (según el modelo de la Joint Commission). b) Encuesta de liderazgo realizada por el SESPA a los profesionales de estas UGC. c) Encuesta de satisfacción laboral a los profesionales (según el modelo EFQM).

**Resultados:** Se han alcanzado más del 90% de los objetivos del CP y más del 80% de los de calidad. Asimismo, los objetivos de gestión han sido superados, de forma que el superávit obtenido ha revertido, en parte, en los centros y, en parte, en los profesionales.

**Conclusiones:** El análisis de los resultados nos puede permitir la planificación de determinadas acciones que minimicen los efectos adversos finales. El modelo de las UGCs contribuye al cumplimiento del contrato-programa, a la mejora de las condiciones de calidad

de los centros y a la contención del gasto farmacéutico. El liderazgo y el alto grado de satisfacción (medido por las encuestas) son claves en la consecución de objetivos.

#### 10/55. REGISTRO DE INCIDENCIA DE CÁNCER TOTAL POR LOCALIZACIONES Y TIEMPO DE DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO, EN LA ZONA DE SALUD DE EPILA (ZARAGOZA)

L. Royo Goyanes, F. Gómez Bernal y J. Royo Doménech

*Médico de Familia. Centro de Salud Epila. Zaragoza.*

**Objetivos:** Conocer la incidencia total de cáncer y por localizaciones en la Zona Salud y el tiempo de demora en el diagnóstico, partiendo de la base de que el menor tiempo empleado en diagnosticar y tratar las enfermedades incide tanto en el bienestar del enfermo como en la calidad asistencial.

**Metodología:** utilizando el método epidemiológico descriptivo y el análisis estadístico valorando media, mediana y moda para medir las demoras, usando como fuente el registro específico de cáncer ya existente en el que figuran: edad, sexo, localización y fecha de diagnóstico de sospecha y de confirmación.

**Resultados:** Contrastando los resultados obtenidos con los obrantes en el Registro de Tumores de Zaragoza, conoceremos la incidencia real de cáncer y por localizaciones así como el tiempo de demora, estimando el tiempo transcurrido entre los primeros síntomas y el diagnóstico de certeza.

**Conclusiones:** Valorar la labor del médico de Atención Primaria detectando los primeros síntomas de alerta y el conocimiento de los factores de riesgo preexistentes, desempeñando un papel fundamental en el diagnóstico precoz. En otro orden de cosas destacar como las peculiaridades del mundo rural y el envejecimiento poblacional puedan justificar las discrepancias existentes entre nuestros datos y los obrantes Registro de Tumores de Zaragoza.

#### 10/74. ¿REALMENTE EXISTE CONTINUIDAD EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE TERMINAL?

I. García Barrio<sup>a</sup> y M. Cerrato Rodríguez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Gerencia Atención Primaria. Área VIII. Asturias; <sup>b</sup>Gerencia Atención Primaria. Área VI. Asturias.

**Objetivos:** Describir y valorar el trabajo realizado en cuidados paliativos por los Equipos Atención Primaria (EAP) de dos Áreas Sanitarias de Asturias durante los años 2008-2009.

**Metodología:** La población a estudio fueron todos los pacientes que tuvieran creado el Episodio CIAP "A 99". Los datos se recogieron de dos fuentes: 1) De la Historia clínica de pacientes introducidos en la base de datos del programa informático OMI\_AP pertenecientes a los centros de las zonas básicas de las áreas. 2) Encuesta estructurada a profesionales (médicos y enfermeras) que realizaron la actividad.

**Resultados:** La mitad de los protocolos analizados presentaron deficiencia en el registro tanto en síntomas como en el tratamiento. Se observó retraso en la inclusión de los pacientes en el protocolo ya que un 32% se hizo en los últimos 7 días de vida. Solamente en el 15% de los casos se utilizaron opioides.

**Conclusiones:** Existe una gran variabilidad de criterios para la captación e inclusión de estos pacientes en el protocolo de atención al paciente terminal. El uso de opioides en nuestros pacientes es inferior al de las recomendaciones internacionales. Las principales dificultades con las que se encuentran nuestros profesionales son falta de experiencia y formación, la elevada carga asistencial y la descoordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada, según las encuestas.

#### 10/87. PATOLOGÍA FUNCIONAL TIROIDEA: INCIDENCIA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

L. Bautista Gali, E. León Méndez, M. Pozo Montolio, P. Larrosa Sáez, M. Sender Palacios y M. Vernet Vernet

*CAP Terrassa Nord. Terrassa.*

**Objetivos:** Conocer la incidencia de patología funcional tiroidea (PFT) en un centro de atención primaria.

**Metodología:** Diseño: estudio retrospectivo descriptivo. Ámbito: centro de atención primaria urbano. Población estudiada: Población atendida > 14 años. Fuente: Historia clínica y determinaciones analíticas. Variables analizadas: Sociodemográficas (sexo y edad), y analíticas (determinación de tirotrópina, tiroxina libre y anticuerpos antitiroideos).

**Resultados:** La población susceptible a estudio, en la cual se determinó la función tiroidea, fue de 3.010 pacientes. La función tiroidea estaba alterada en 370, siendo de nuevo diagnóstico 169 (edad media  $52 \pm 19$  años; 84% mujeres). La incidencia acumulada (IC) fue del 5%. Distribución de incidencia: hipotiroidismo clínico 16 (IC: 5%) (edad  $59 \pm 14$  años; 87% mujeres), hipotiroidismo subclínico 90 (IC: 2,9%), (edad  $52 \pm 20$  años, 82% mujeres), hipertiroidismo clínico 10 (IC: 3%) (edad media  $50 \pm 17$  años; 90% mujeres), y hipertiroidismo subclínico 10 (IC: 3%) (edad  $44 \pm 18$  años; 80% mujeres). No se observaron diferencias significativas respecto a edad y sexo, en las distintas patologías. Determinación de anticuerpos antitiroideos: hipertiroidismo 71% (60% positivos); hipotiroidismo 50% (43% positivos). Un 72% de los nuevos casos fueron registrados en la historia clínica.

**Conclusiones:** La incidencia de PFT fue de 169 casos/año, con un predominio de hipotiroidismo subclínico, sin diferencias significativas en relación a edad y sexo. Se observa un infraregistro de PFT en la historia clínica. Se ampliará el trabajo a 5 años, dados los pocos estudios de incidencia de PFT existentes en la literatura.

#### 10/88. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN, LA ASISTENCIA, LA FRECUENTACIÓN Y EL TRATAMIENTO EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

I. Reyes Ruiz<sup>a</sup>, L. Reyes Gómez<sup>b</sup>, M. Fernández del Barrio<sup>a</sup>, A. Fernández Rosa<sup>a</sup>, A. Flores López<sup>c</sup> y S. Corral Rosado<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico. <sup>b</sup>Enfermera. Unidad de Gestión Clínica Madre de Dios. Jerez; <sup>c</sup>Médico. <sup>d</sup>Enfermero. Unidad de Gestión Clínica Madre de Dios. Jerez.

**Objetivos:** Descripción de las características demográficas, tipos de patologías prevalentes (según CIE-9), frecuentación, verificando las diferencias si existen, en pacientes agudos y crónicos. Así mismo las características de la asistencia y tratamiento dispensado.

**Metodología:** Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en una consulta de atención primaria desde el 1 de febrero al 30 de abril de 2.010 (1.933 pacientes), tomando como variables la edad, el sexo, la patología (según CIE-9), si esta es crónica o aguda, el número de fármacos activos, si se prescribe exploración complementaria, se deriva a hospital o se prescribe a través de receta XXI.

**Resultados:** El 60% de la población es mujer y el 47% tiene más de 60 años, siendo 2/3 mayor de 45 años. El 78% es consulta de acto único, siendo un 13% la resolución con pruebas complementarias. Capacidad de resolución del 91% de la demanda. El 56% de los usuarios presentan una patología crónica siendo los procesos más prevalentes los traumatológicos (grupo XIX), cardiológico (grupo IX) y respiratorios (grupo X). Al 73% de los pacientes se le prescribió tratamiento farmacológico, de los cuales el 75% con receta XXI. Un bajo porcentaje estaba polimedcado con más de 10 fármacos. La frecuentación es más acentuada en crónicos, un 62% por un 47% en agudos.

**Conclusiones:** Se atiende a población envejecida, con gran capacidad de resolución en consultas de acto único. La mayoría de los procesos atendidos son crónicos y 2/3 reciben tratamiento farmacológico. Hiperdemanda de pacientes crónicos.

#### 10/94. INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS: HIPERTENSIÓN Y DIABETES

F. Romo Serral, M. Alonso Ródenas, E. Rodríguez Huertas, J. Aguirre Rodríguez, F. Rodríguez Espinosa y M. Jiménez de la Cruz  
CS Casería Montijo. Granada.

**Objetivos:** La enfermedad renal crónica causa una importante morbimortalidad. HTA y DM suponen un grado I de afectación renal. La función renal se suele valorar sólo con cifras de creatinina, pero éstas presentan gran variabilidad según edad, sexo y peso del paciente, siendo posible un grado avanzado de insuficiencia renal (IR) con unas cifras de creatinina "normales". Objetivo: detectar enfermedad renal "oculta" (IRO) en pacientes que acuden a consulta por cualquier motivo.

**Metodología:** Seleccionamos de forma aleatoria 340 sujetos (38,2% hombres, 61,8% mujeres), edad media:  $56,81 \pm 15,61$ ; y calculamos el filtrado glomerular (FG) mediante la fórmula de Cockcroft-Gault.

**Resultados:** Pacientes con creatinina elevada: 7 (2%). Pacientes con FG sugerente de IR: 73 (21,47%) [Mujeres: 67,26%]. IR Leve: 57 (64,91% Mujeres). IR Moderada-Grave: 16 (75% Mujeres). IR sin FRCV: 11 (15,07%). HTA: 29 (39,72%). DM: 4 (5,48%). T: 1 (1,37%). Dislipemia: 7 (9,59%). Obesidad: 2 (2,74%). HTA+DM: 17 (23,28%). T+HTA: 1 (1,37%). T+DM: 0, T+DM+HTA: 1 (1,37%).

**Conclusiones:** 1. El cálculo del FG es fácil y tiene importantes implicaciones. 2. La IRO es muy prevalente en la muestra estudiada (1 de cada 5 pacientes). 3. Su asociación más importante es con HTA y con DM+HTA. 4. Un importante número de pacientes sin FRCV presentan IRO (1 de cada 6). 5. El cálculo del FG es más rentable en mujeres y en personas de más edad.

#### 10/95. PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN NUESTRA CONSULTA

P. Ballesteros Álvarez, M. Rodríguez Moreno, F. Romo Serral, J. Aguirre Rodríguez, E. Rodríguez Huertas y M. Lozano Valdivieso  
CS Casería Montijo. Granada.

**Objetivos:** Las consultas de AP suelen estar saturadas de pacientes con patología crónica que acuden de forma repetida, sobre todo diabéticos e hipertensos, pero ¿qué ocurre con el resto de FRCV? Objetivo: analizar la prevalencia de los principales FRCV en nuestro Centro de Salud.

**Metodología:** Estudio observacional, transversal de una población urbana de unos 30.200 habitantes. Muestra accidental de 340 (38,2% hombres, 61,8% mujeres), edad media:  $56,81 \pm 15,61$ .

**Resultados:** Población: < 65 años: 36,17%. > 65 años: 63,82%. Prevalencias: Dislipemia: 45,58%. HTA: 38,53%. Diabetes (DM): 24,41%. Obesidad: 24,11%. Tabaquismo (T): 22,35%. Asociación de FRCV: 0 FRCV: 22,06%. 1 FRCV: 77,94%. 2 FRCV: 67,35%. 3 FRCV: 27,94%. 4 FRCV: 10,88%. 5 FRCV: 0,59%. Framingham > 20: 20,88%. Pacientes tratados: 42,35%. 1 Fármaco: 18,75%. 2 Fármacos: 33,33%. 3 Fármacos: 17,36%. 4 Fármacos: 15,27%. 5 Fármacos: 9,03%. 6 Fármacos: 7,64%.

**Conclusiones:** 1. Uno de cada 5 pacientes estudiados, presenta un elevado RCV. 2. El FRCV más frecuente fue la dislipemia. 3. La asociación de FRCV es muy frecuente entre la población general. 4. La asociación más frecuente es HTA + Dislipemia (20,88%) seguida de HTA + DM (16,47%). 5. La asociación menos frecuente es DM + T (3,23%). 6. Un elevado número de pacientes con elevado RCV está sin tratar.

#### 10/101. CÓMO ES EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Y EL NIVEL DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HBA1C) EN NUESTROS DIABÉTICOS

M. Zardoya Zardoya<sup>a</sup>, M. Hernández Galindo<sup>b</sup>, R. Doiz Arriazu<sup>c</sup> y M. Balbuena Rodríguez

<sup>a</sup>Médico de Familia. <sup>d</sup>DUE. Jefatura de Enfermería. CS de Buñuel. Navarra; <sup>b</sup>Subdirección de AP. Tudela. Navarra; <sup>c</sup>DUE. Hospital de Navarra. Pamplona.

**Objetivos:** Conocer el grado de IMC, y el control glucémico (HBA1c) en nuestra población diabética de referencia.

**Metodología:** Estudio descriptivo y prospectivo. Muestra: todo paciente diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo-II (DM-II), en nuestra población de referencia (3.600 habitantes), con medición de IMC (164), más registro de HBA1c (189), en periodo comprendido entre enero 09-enero 10. Valores de referencia  $\leq$  para IMC: valor objetivo 18,5-24,9, sobrepeso 25-30, obesidad > 30. Valores para HBA1c:  $\leq$  7 buen control, 7-8 aceptable, > 9 mal control.

**Resultados:** Para el valor IMC obtenemos: en objetivo 17,1%, en sobrepeso 41,5%, obesidad 41,5%. Para el valor HBA1c: buen control: 4,2% del grupo objetivo, 25,3% del grupo sobrepeso, 28,6% grupo obesidad. Control aceptable: 3,08% del grupo objetivo, 19,7% grupo sobrepeso, 15,64% grupo obesidad. Mal control: 0,56% grupo objetivo, 0,68% grupo sobrepeso, 2,04% grupo obesidad. No tenemos registrado el parámetro IMC en un 13,2% de los pacientes.

**Conclusiones:** Nos llama la atención el buen control en cuanto a cifras de HBA1c, que presentan los pacientes con obesidad y comprobamos mediante grupo de intervención que son los que más cumplimentan el tratamiento. La prevalencia de obesidad en nuestra población presenta cifras similares a las conocidas (25-30%). Según nuestros registros tenemos una baja prevalencia de diabetes. Intensificar la búsqueda oportunista. Mejorar el registro de indicadores antropométricos, de nuestros pacientes incluyendo perímetro cintura, debe ser una constante del equipo médico-enfermero. Intensificar tareas de educación y formación en la lucha contra la obesidad.

#### 10/111. REGISTRO DE EXITUS EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA. OPORTUNIDADES DE MEJORA

A. Vigil-Escalera Villaamil<sup>a</sup>, M. Campillos Páez<sup>a</sup>, Y. Santamaría Calvo<sup>a</sup>, M. Garrote Peñuelas<sup>a</sup>, J. Sánchez de la Nieta Martín<sup>b</sup> y M. Campillos Páez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS Potes. Área 11 de Atención Primaria de Madrid; <sup>b</sup>Enfermero. <sup>c</sup>Auxiliar de Enfermería. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

**Objetivos:** Estudiar registros de exitus en historia clínica informatizada (HCI) en un equipo atención primaria (EAP). Identificar fallos en registro del episodio, implementar protocolos para evitarlos.

**Metodología:** Diseño: descriptivo transversal. Ámbito: EAP urbano. Sujetos: todos exitus (código CIAP A96), que constan en HCI del EAP, en años 2007, 2008, 2009. Mediciones: del total de exitus creamos base datos: Filiación fallecido. ¿Registro del exitus en HCI o libro mortalidad? Profesional que crea episodio. ¿Consta causa fallecimiento? ¿Consta lugar? ¿Quién firma certificado defunción? ¿Realizamos valoración del duelo en familiares? ¿Realizamos registro correcto del episodio? Cotejamos datos con libro mortalidad, completando ítems no registrados. Paquete estadístico SPSS15.0.

**Resultados:** 176 defunciones en 2007, 2008, 2009 (135 registros en HCI, 41 en libro mortalidad). No diferencias significativas en cuanto al médico ni turno (ji-cuadrado). En 87,1% casos médico familia crea episodio, resto enfermería. En 87,1% registros se describe alguna de las causas fallecimiento (inmediata, intermedia o inicial), pero en 12,9% restante no consta ninguna. Solemos regis-

trar lugar fallecimiento. En 63,8% son médicos de servicios de urgencias quienes firman certificado defunción, pero hay 12% casos en que desconocemos quién firma. Sólo en 32,9% de casos sanitarios realizan valoración del duelo a familiares y sólo 49,1% de episodios de éxitos están bien registrados (completando tres causas de mortalidad), objetivándose importantes déficits en resto. Del total fallecidos, 17 no han cursado baja en seguridad social (HCI sigue activa). Se objetivan mayores deficiencias en unos médicos que en otros (ji-cuadrado).

**Conclusiones:** Descubrimos área de mejora al constatar un deficitario registro en HCI de éxitos acontecidos en EAP. Interesante implementar protocolos de actuación sencillos con los ítems a registrar en caso de fallecimiento (protocolo EXITUS existente en OMI-AP). Recordar periódicamente a profesionales necesidad de registro correcto de éxitos, incidiendo en causa inmediata, sin caer en él "tópico" parada cardiorrespiratoria.

### 10/130. ERVAN: ESTUDIO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES HIPERTENSOS EN ANDALUCÍA Y MELILLA

J. Vergara Martín<sup>a</sup>, L. García Matarín<sup>b</sup>, J. Frías Rodríguez<sup>c</sup>, M. López Somoza<sup>d</sup> y A. López Pineda<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; CS Huerca. Almería; <sup>b</sup>Médico de Familia. CS Vilar. Almería; <sup>c</sup>Médico de Familia. Servicio Urgencias. Hospital Virgen de las Nieves. Granada; <sup>d</sup>Médico de Familia. CS Albaizín. Granada.

**Objetivos:** Estimar el nivel de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos en atención primaria.

**Metodología:** Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico, en condiciones de práctica clínica habitual. Se incluyeron 572 pacientes mayores de 18 años, hipertensos como mínimo 6 meses previos y con consentimiento informado escrito.

**Resultados:** El 75,5% presentaban algún factor de RCV: dislipemia (53,7%), diabetes mellitus (30,4%), lesión de órgano diana (21,7%). El RCV según SCORE, un 49,7% presentaban un nivel de riesgo inferior al 2%, un 28,8% entre el 2% y 4%, y el 21,5% superior al 5%. Un 63,1% de los pacientes presentaban un riesgo alto o muy alto según ESH/ESC. Las guías utilizadas fueron: la SCORE (52,6%), la ESH/ESC 2007 (43,9%) y la Framingham (33,3%).

**Conclusiones:** Los pacientes presentaban algún factor de RCV asociado en un 75,5%. El 21,7% presentaban lesión de órgano diana. Los investigadores utilizaban en un 87,7% las tablas de RCV: la SCORE (52,6%) y la ESH/ESC 2007 (43,9%). Al comparar los datos del CRD con la valoración del investigador: Para el SCORE la valoración del riesgo coincidía por parte del investigador con el cálculo real mayoritariamente para el nivel normal-bajo (64,6%), para el ESH/ESC coincidía mayoritariamente para el nivel alto-muy alto (90,4%).

### 10/144. ESTUDIO DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS POLIMEDICADOS

E. Garrido Garrido<sup>a</sup>, I. García Garrido<sup>a,b</sup>, J. García López-Durán<sup>a</sup>, A. González Vilchez<sup>a</sup>, J. Espinosa Martínez<sup>a</sup> y J. Reyes Pérez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Zaidín Centro. Granada; <sup>b</sup>Departamento de Estadística. Universidad de Granada.

**Objetivos:** Describir la frecuencia y características de la población mayor de 65 años polimedicada y determinar los medicamentos más prevalentes.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se realiza un muestreo aleatorio estratificado por sexo, edad y número de medicamentos de la población mayor de 65 años polimedicada (que utilizaban 5 o más medicamentos) adscrita al CS Zaidín-Centro de Granada. Población de estudio: 305 pacientes. Entre junio y julio

de 2009 se recogió información sobre sexo, edad, patología y número de medicamentos. Se han realizado análisis de asociación a través del coeficiente de correlación de Pearson, contrastes no paramétricos de homogeneidad (test de Mann-Whitney) y contrastes múltiples de homogeneidad (test de Kruskal-Wallis).

**Resultados:** En el período de estudio, la población adscrita al CS Zaidín-Centro contaba con 3.509 mayores de 65 años (1.355 hombres y 2.154 mujeres). De éstos, 1.185 (397 hombres y 788 mujeres) eran pacientes polimedicados, lo que supone una prevalencia en mayores de 65 años del 33,77%. El número medio de medicamentos utilizados en este grupo de población fue de 8,70 (desviación estándar = 2,50). La prevalencia de polimedicación fue mayor en las mujeres, pero las diferencias disminuyen en mayores de 85 años. Los grupos terapéuticos más utilizados fueron los antihipertensivos y antiulcerosos.

**Conclusiones:** La polimedicación afecta a 1 de cada 3 personas mayores. Constituye un problema de enorme magnitud que precisa de un análisis en profundidad que sustente estudios de intervención para fomentar el uso racional del medicamento y disminuir los riesgos de reacciones adversas, interacciones medicamentosas y mal cumplimiento.

### 10/146. IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

J. Cobaleda Polo<sup>a</sup>, M. Gragera Vara<sup>a</sup>, M. Hernández Rivera<sup>a</sup>, R. Luengo Montes<sup>b</sup> y T. Garrote Florencio

<sup>a</sup>CS Ciudad Jardín. Badajoz; <sup>b</sup>Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz; <sup>c</sup>CS Talavera la Real.

**Objetivos:** La diabetes tipo 2 es una enfermedad que requiere una gran vigilancia y donde la actuación de los profesionales sanitarios, puede incidir positivamente en su control y evitar así la progresión de la enfermedad vascular. Intentamos valorar la importancia de la labor del seguimiento en pacientes diabéticos tipo dos y si resulta rentable, el seguimiento exhaustivo, sobre dicho control.

**Metodología:** Seleccionamos de forma aleatoria 240 diabéticos 2, de dos cupos médicos, urbano y otro rural. Se siguen durante seis meses, a la mitad se controlan cada quince días y en cada sesión, debían traer detallados los alimentos consumidos y el ejercicio realizado. La otra mitad también seleccionada al azar, recibirían la atención y controles rutinarios habituales. Los parámetros que servirían de comparación, serían las cifras de hemoglobina glicosilada, al inicio y final del estudio y la media de las glucemias basal y posprandial, tras la comida de mediodía, al inicio y final del estudio.

**Resultados:** Las cifras medias de hemoglobina glicada al principio y final del estudio, fueron de 7,7 y 7,4. Para el grupo de estudio y 7,6 y 7,5 para el control, pero no resulta estadísticamente significativo, al igual que las comparaciones de las medias de glucemia basal y posprandial entre los dos grupos. El peso disminuyó en el grupo de actuación mientras se mantuvo en el resto.

**Conclusiones:** En este grupo de pacientes y durante este tiempo, no se han encontrado diferencias entre los atendidos de la forma habitual y los controlados con mayor intensidad

### 10/147. PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA Y MASA VENTRICULAR IZQUIERDA

S. Cinza Sanjurjo<sup>a</sup>, Á. Hermida Ameijeiras<sup>b</sup>, J. López Paz<sup>b</sup> y C. Calvo Gómez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS de Malpica de Bergantiños; <sup>b</sup>Unidad de HTA. Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela.

**Objetivos:** El objetivo principal del presente estudio es evaluar la correlación existente entre la PA nocturna medida por MAPA de



24 h y la masa ventricular izquierda (MVI) medida por ecocardiografía, en una cohorte de pacientes hipertensos.

**Metodología:** Se incluyeron 405 pacientes (53,8% mujeres) de 55,5 años diagnosticados de HTA esencial, remitidos a la Unidad de HTA y Riesgo Vascular. En todos los casos se realizó una evaluación clínica y biológica (según protocolo estandarizado), estudio ecocardiográfico y MAPA de 24 horas (monitor SpaceLabs 90207), para analizar la relación existente entre MVI y PA ambulatoria (medias, perfil circadiano y profundidad de la PA) y definir cuáles son las variables asociadas a un incremento de la MVI.

**Resultados:** La MAPA demostró un mal control de la HTA en 320 pacientes (79%); 40 pacientes (9,9%) se diagnosticaron como “hipertensos de bata blanca” y 66 pacientes (16,3%) tenían HTA enmascarada. El descenso medio nocturno (Profundidad) de la PA sistólica fue del  $10,6 \pm 0,9\%$ . La prevalencia de perfil dipper fue del 43,8%, dipper-extremo 13,4%, no dipper 30,2% y riser 12,6%, con una pérdida de la profundidad mayor en los pacientes hipertensos-diabéticos ( $p < 0,0001$ ) y aquellos con deterioro de la función renal ( $p < 0,0001$ ). Se identificaron 248 pacientes (61,23%) con hipertrofia ventricular izquierda (HVI), la cual fue superior en las mujeres ( $p < 0,0001$ ), en los pacientes con diabetes ( $p < 0,0001$ ) y en hipertensos con tratamiento previo ( $p = 0,03$ ). El aumento de la PA ambulatoria nocturna se asoció con un incremento de la MVI ( $p < 0,0001$ ) y se objetivó una correlación estadísticamente significativa y negativa entre la disminución de la profundidad de la PA y el incremento del IMVI ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones:** En población hipertensa, el incremento de la masa ventricular izquierda (HVI) y el consiguiente remodelado cardíaco, están asociados a hipertensión arterial nocturna y a una disminución de la profundidad de la presión arterial, con la consiguiente alteración del perfil circadiano de la PA. Una vez más, se pone de manifiesto la importancia de la MAPA en la evaluación diagnóstica y estratificación del riesgo de los pacientes hipertensos.

#### 10/148. ANÁLISIS DEL GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES

S. Cinza Sanjurjo y R. Díaz Hoyos

*CS de Malpica de Bergantiño.*

**Objetivos:** Conocer el grado de control de la PA y las estrategias terapéuticas.

**Metodología:** Estudio de cohortes, sobre 229 pacientes consultados a lo largo de 2009. Se registraron las variables: edad, sexo, HTA, diabetes mellitus, lesiones de órganos diana, además de realizar un ECG y análisis de sangre y orina. Las variables cuantitativas se resumen en su media  $\pm$  intervalo de confianza al 95% (IC95%). Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de la  $\chi^2$  y el comportamiento de cada variable cuantitativa mediante la t-Student. Se realizó un análisis multivariante para evaluar el efecto de diferentes variables sobre el mal control de la PA.

**Resultados:** El 56,77% eran mujeres con una edad media de  $70,29 \pm 1,56$  años. El seguimiento medio fue de  $19,64 \pm 11,48$  meses. El 41,92% de los pacientes y el 23,61% de los diabéticos presentaban buen control de PA, siendo peor a mayor edad (33,33% en mayores de 85 años),  $p = 0,0013$ ; y mayor RCV (33,33%),  $p = 0,004$ . Los IECAs y ARA-II fueron los fármacos más empleados en monoterapia (44,19% y 38,98%, respectivamente) y los diuréticos los más empleados en combinaciones (62,96%). El análisis multivariante mostró que el mal control metabólico de DM influía en el mal control de PA ( $R = 0,15$ ;  $p = 0,01$ ).

**Conclusiones:** El control de las cifras de PA en nuestro centro de AP se alcanza en el 41,92% de los casos y en el 23,61% de los diabéticos. El control de la PAS es peor a mayor edad y mayor RCV. Los IECAs y diuréticos son los fármacos más empleados en el tratamiento de la HTA. El mal control metabólico de la DM es la variable que más influye en el control de la PA.

#### 10/152. RIESGO CARDIOVASCULAR Y GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MAYORES DE 65 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Cinza Sanjurjo y R. Díaz Hoyos

*CS de Malpica de Bergantiño.*

**Objetivos:** Conocer el grado de control de la Presión Arterial y Riesgo Cardiovascular en pacientes hipertensos mayores de 65 años en el ámbito de la Atención Primaria.

**Metodología:** Estudio de cohortes que incluyó 200 pacientes mayores de 65 años, consultados a lo largo de 2009. Se registraron las variables: edad, sexo, HTA, diabetes mellitus, lesiones de órganos diana, además de realizar un ECG y análisis de sangre y orina. Las variables cuantitativas se resumen en su media  $\pm$  intervalo de confianza al 95% (IC95%). Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de la  $\chi^2$  y el comportamiento de cada variable cuantitativa mediante la t-Student. Se realizó un análisis multivariante para evaluar el efecto de diferentes variables sobre el mal control de la PA.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 200 pacientes hipertensos, de los que el 56,50% eran mujeres y la edad media de  $70,92 \pm 1,54$  años. El control de la PA fue adecuado en el 43% de los pacientes, y en el 24,14% de los diabéticos ( $p = 0,0006$ ). La prevalencia de HTA sistólica aislada en ancianos fue del 51,5% frente al 33,8% de la población menor de 65 años ( $p = 0,01$ ). El grado de control fue similar entre ambos sexos (42,53% vs 43,36%,  $p = 0,91$ ), el IMC tampoco influyó en el grado de control (30,29 kg/m<sup>2</sup> en pacientes con mal control y 29,91 kg/m<sup>2</sup> en pacientes bien controlados,  $p = 0,57$ ). El 77,78% de los pacientes con mal control metabólico de DM presentaron mal control de PA, frente al 54,95% de los que presentaron buen control metabólico ( $p = 0,03$ ). La presencia de HVI por ECG no mostró relación con el posterior mal control de PA (68,75% vs 55,98%;  $p = 0,32$ ) de forma similar se comportó la presencia de nefropatía subclínica (55,00% vs 57,22%;  $p = 0,84$ ). El 75% de los pacientes ancianos presentaban alto riesgo cardiovascular y además presentaban peor control de la PA (36,04% vs 62,16%;  $p < 0,0001$ ). El 20% de los pacientes no recibían ningún tipo de tratamiento farmacológico, los IECAs fueron los fármacos más empleados en monoterapia (38%) y los diuréticos en combinaciones (82,46%). El análisis multivariante mostró que el mal control metabólico de DM influía en el mal control de PA ( $R = 0,15$ ;  $p = 0,01$ ).

**Conclusiones:** El grado de control de PA en pacientes ancianos es del 43%, siendo peor en DM (24,14%). El RCV en ancianos es alto (75%) presentando peor control de PA (36,04%). Los IECAs fueron los fármacos más empleados en monoterapia (38%) y los diuréticos en politerapia (82,46%). En el análisis multivariante el mal control metabólico de la DM es la variable que influye en el control de la PA.

#### 10/162. CAMBIOS EN LA DEMANDA DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN UN CENTRO DE SALUD

J. Morales Naranjo<sup>a</sup>, L. Ginel Mendoza<sup>b</sup>, M. Bujalance Zafra<sup>a</sup>, C. Gámez Lomeña<sup>a</sup>, H. Hurtado Madrona<sup>a</sup> y R. Ángel Maqueda<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. <sup>b</sup>Trabajadora social. CS Victoria. Málaga;

<sup>b</sup>Médico de Familia. CS Ciudad Jardín. Málaga.

**Objetivos:** Describir los cambios en el perfil de las mujeres que han solicitado una IVE en los últimos 8 años.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Ámbito: centro de salud urbano con necesidades de transformación social. Población diana: mujeres en edad fértil 6.302. Cuestionario individual para demandantes de IVE. Variables estudiadas: edad, nacionalidad, semana de gestación, uso de píldora postcoital, IVE previa, número de hijos, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, método anticonceptivo previo y riesgo social. Se analizan los datos desde enero de 2002 a abril 2010. Se establecen 2 periodos de comparación: 1º enero 2002-abril 2007; 2º mayo 2007-abril 2010.

**Resultados:** Total IVE 348. Resultados 1º y 2º período: N° IVE: 173/175. IVES/año: 32,43/58,33. Edad igual rango (de 15 a 44 años). Cambio de mediana de 30 a 24 años. Nacionalidad española: 71,34%/53,71%. Semana de gestación de 4 a 12 semanas la mediana pasa de 7 a 6 semanas. Uso de píldora postcoital: 10,98%/25,14%. IVE previa: 28,9%/38,95%. Sin hijos 38,15%/30,85%. Estado civil solteras: 70,93/58,85. Nivel de estudios primarios 68,2%/65,14%. Trabajan: 66,47%/53,14%. Uso de preservativo: 38,59%/40,57%. Ningún método: 37,42%/38,85%. Anticonceptivos orales: 15,2%/15,8%. Riesgo social: 35,26%/64,57%.

**Conclusiones:** La IVE en nuestro centro de salud ha ido en aumento, disminuyendo la edad de solicitud de las mismas. Se ha duplicado el uso de la píldora postcoital. Aumenta el número de mujeres de nacionalidad extranjera y el riesgo social de las usuarias.

## 10/172. EL ADOLESCENTE VULNERABLE. FACTORES DE RIESGO EN LA INFANCIA

J. Claramunt Mendoza, M. Ribas Siñol, N. del Prado Sánchez, M. Ibáñez Echeverría, M. Civit Ramírez y O. Canalia Pérez

CE "Els Ti•lers". Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona.

**Objetivos:** Identificar factores de riesgo de conducta antisocial en la población ingresada en la Unidad Terapéutica de Justicia Juvenil Els Ti•lers (UTJJ), Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental. Especializada en la atención en salud mental y adicciones de adolescentes que se encuentran cumpliendo medidas judiciales de internamiento en centros cerrados.

**Metodología:** Diseño: estudio descriptivo retrospectivo. Centro: UTJJ. Población: pacientes ingresados en la UTJJ desde enero de 2006 hasta enero de 2009. N = 79. Fuente de información: historia clínica informatizada y entrevistas clínicas. Elaboración de una base de datos sociodemográficos tanto individuales como familiares, diagnóstico médico-psiquiátrico y delitos cometidos.

**Resultados:** Factores biológicos: 29% retraso mental, 25,4% espectro psicótico, 11% madre retraso mental, 10% madre toxicómana, 3,8% alter. genéticas. Factores psicológicos: 71% maltrato psicológico, 47% maltrato físico, 42% tóxicos, 42% t. de personalidad, 12% abuso sexual. Factores sociales: 52% separación de padres, 37% inmigrantes (24% marroquíes), 25% familia antisocial, 21% muerte de un progenitor. Conducta antisocial: 52% robo con fuerza, 17% maltrato familiar, 11% robo con lesiones, 10% intento homicidio, 6% abuso sexual.

**Conclusiones:** No existe un único factor de riesgo que condicione la aparición de la conducta antisocial, ésta es el resultado de la combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Destaca el alto porcentaje de maltrato sufrido en la infancia en la población atendida, con un 12% de pacientes que han sufrido abuso sexual. La desestructuración del núcleo familiar está presente en un porcentaje muy elevado de la muestra. La prevención de la violencia debe iniciarse a temprana edad, con intervenciones que disminuyan los factores de riesgo hacia el desarrollo de conducta antisocial.

## 10/177. DIFERENCIAS EN EL GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y EN OTRAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES SEGÚN SEAN VISITADOS POR LA MAÑANA O POR LA TARDE. ESTUDIO PRESCAP

J. Llisterri Caro<sup>a</sup>, F. Alonso Moreno<sup>b</sup>, G. Rodríguez Roca<sup>c</sup>, V. Barrios Alonso<sup>d</sup>, T. Rama Martínez<sup>e</sup> y D. González-Segura<sup>f</sup>

<sup>a</sup>CS Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; <sup>b</sup>CS de Sillería. Toledo;

<sup>c</sup>CS de La Puebla de Montalbán. Toledo; <sup>d</sup>Servicio de Cardiología.

Hospital Ramón y Cajal. Madrid; <sup>e</sup>CS El Masnou-Alella. Barcelona;

<sup>f</sup>Departamento Médico Almirall. Barcelona.

**Objetivos:** Analizar las diferencias en el control de la PA y en otras características clínicas según horario de consulta.

**Metodología:** Estudio transversal y multicéntrico en población de AP. Se incluyeron pacientes = 18 años hipertensos que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo. La medida de PA se realizó siguiendo normas estandarizadas según el horario de consulta (mañana o vespertina), calculándose la media aritmética de al menos dos tomas sucesivas separadas entre sí dos minutos. Se consideró que existía buen control de la HTA cuando la PA era < 140/90 (< 130/80 mmHg en diabetes y antecedentes de enfermedad cardiovascular).

**Resultados:** Se incluyó a 10.520 pacientes (53,7% mujeres) con una edad media de 64,6 ± 10,8 años. Un 89,8% (n = 9.448) de las encuestas especificaron la hora de la consulta, observándose que en los pacientes que acudieron a consulta por las mañanas (83,3%) el promedio de PAS/PAD fue de 138,3/80,8 y en los que acudieron por las tardes (16,7%) resultó de 136,0/79,8 mmHg (p < 0,001). Se observó un mejor control por las tardes (48,9%) que por las mañanas (40,5%) (p < 0,0001). Los pacientes que acudieron por la mañana tenían respecto a los que acudían por la tarde, más edad, IMC, perímetro abdominal y mayor proporción de pacientes visitados por la tarde (p < 0,05 en todas). No se encontraron diferencias en otros factores de riesgo o presencia de enfermedad vascular asociada.

**Conclusiones:** Encontramos diferencias importantes en el control de la PA y en algunos factores de riesgo según horario de consulta.

## 10/185. INTOXICACIONES AGUDAS POR SOBREDOSIFICACIÓN. VEINTICINCO AÑOS DEL ESTUDIO VEIA (VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA INTOXICACIÓN AGUDA) EN EL SUR DE MADRID

P. Caballero Vallés<sup>a</sup> y M. Dorado Pombo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Ángela Uriarte. Madrid; <sup>b</sup>Hospital Doce de Octubre. Madrid.

**Objetivos:** Presentar las características y variaciones epidemiológicas de la IA por sobredosificación (IAS) 1979-2004. Divulgar VEIA y estimular el interés de los médicos de AP por la Toxicología, patología urgente para lo que somos requeridos tanto en primera instancia como en su seguimiento.

**Metodología:** Denominamos IAS los casos en que tratando de paliar un síntoma los pacientes superan la dosis máxima terapéutica y al sobrevenir un síntoma no esperado demandan asistencia. VEIA es la revisión de todos los pacientes asistidos por IA en los años 1979, 1985, 1990, 1997, 2000 y 2004 en la Urgencia del Hospital 12 de Octubre. Se recoge y valora género, edad, tóxico y vía, distribución semanal, antecedentes y destino posterior. Los resultados de cada año son comparados con los restantes. Se trata de un estudio transversal evolutivo en el que se aplican técnicas básicas de estadística descriptiva.

**Resultados:** 6.407 IA, de ellas 254 (3%) fueron IAS (14%) (1979: 29; 1985: 10; 1990: 15; 1994: 16; 1997: 37; 2000: 55 y 2004: 92). Mujeres 59%. La edad media 39 años (en 1979, 26) Extremos 15 y 97 años. Tóxicos: ansiolíticos 66%, analgésicos 11%, antidepresivos 7% y varios 16%. Antecedentes: depresión (30%); toxicomanías (11%); demencias y psicopatías (8%) y orgánicas como cáncer, EPOC, gota o hipertiroidismo (12%). 3 pacientes ingresaron en UVI.

**Conclusiones:** La demografía de las IAS se diferencia tanto de los intentos de suicidio como de las toxicomanías o de las accidentales. La mayoría son enfermos crónicos psiquiátricos o no que abusan puntualmente de ansiolíticos y analgésicos o asocian alcohol.

## 10/190. INERCIA MÉDICA TERAPÉUTICA ANTE EL PACIENTE HIPERTENSO MAL CONTROLADO SEGÚN ÁMBITO DE ATENCIÓN

J. Llisterri Caro<sup>a</sup>, B. Font Ramos<sup>b</sup> y G. Muñoz Ortí<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; <sup>b</sup>Novartis Farmacéutica S.A. Valencia.

**Objetivos:** Conocer la inercia terapéutica médica (ITM) durante los últimos 2 años según el ámbito de atención.

**Metodología:** Estudio transversal realizado en centros de Atención Primaria (AP) y especializada de España. Participaron pacientes hipertensos  $\geq 18$  años que otorgaron su consentimiento informado. Se recogieron datos en el momento de la visita y retrospectivos (6, 12, 18 y 24 meses previos  $\pm 2$  meses) de la HTA. Se consideró ITM la falta de intensificación del tratamiento (aumento de dosis y/o adición de fármacos y/o cambio de tratamiento por falta de efectividad) en los pacientes que presentaban mal control de la PA ( $\geq 140$  y/o  $90$  mmHg) en alguna evaluación durante los 2 últimos años.

**Resultados:** Se incluyeron 5.307 pacientes, 54,4% atendidos en AP y 45,6% por especialistas. En ambos grupos, las características biodemográficas de los pacientes fueron similares (hombres 51,1% AP y 57,4% en especialistas y edad media de 64,8 y 65,9 años), observándose menor porcentaje de factores de riesgo cardiovascular y enfermedades asociadas en los pacientes de AP. El 22,3% de los pacientes de AP presentaban buen control de PA, siendo para los de especialistas de 22,7%. El 83,2% de los pacientes atendido por especialistas recibían terapia combinada, mientras que en AP era del 72,1%. La ITM en los pacientes atendidos en AP fue del 86,0% y del 74,5% para los atendidos por los especialistas.

**Conclusiones:** Los pacientes atendidos en AP presentan menos enfermedades asociadas y una mayor ITM, quizás por una actitud más conservadora.

#### 10/195. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN ESPAÑA 2010

F. Brenes Bermúdez<sup>a,b</sup>, A. Díaz Rodríguez<sup>c</sup>, M. Cancelo Hidalgo<sup>a,d</sup>, A. Cuenllas Díaz<sup>a,e</sup>, J. Salinas Casado<sup>a,f</sup> y C. Verdejo Bravo<sup>a,f</sup>

<sup>a</sup>Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI); <sup>b</sup>CS Llefià Badalona; <sup>c</sup>CS Bembibre. León; <sup>d</sup>Hospital Universitario de Guadalajara; <sup>e</sup>Centro Médico Ballezol. Madrid; <sup>f</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos:** Estimar la Prevalencia de la Incontinencia Urinaria (IU) en la población española  $\geq 18$  años de edad a partir de la revisión bibliográfica.

**Metodología:** Se elaboró una estrategia de búsqueda en PubMed, EMBASE, Cochrane, metabuscadores y búsqueda manual de estudios de prevalencia publicados en los últimos 10 años en España. Palabras clave: Incontinencia urinaria, prevalencia, epidemiología. Los estudios deberían tener los criterios de definición de IU de la Sociedad Internacional de la Continencia (ICS) y una tasa de respuesta  $> 40\%$ . Se recopilaron 25 estudios. Se incluyeron 16 estudios referenciados. Los resultados se muestran en porcentajes con IC del 95%.

**Resultados:** La prevalencia en la mujer es del 24% (21-26), aumentando al 30-40% a mediana edad, y hasta el 50% en ancianas. En el varón es del 7% (3,6-17), alcanzando en  $> 65$  años el 14-29%, llegando a ser  $> 50\%$  en mayores de 85 años e institucionalizados. La prevalencia global en  $> 65$  años, se estima en 15-50%. En varones ancianos el 14-30% y en mujeres ancianas el 16,1-51%. Esta prevalencia es mayor en las mujeres a los 65 años y tienden a igualarse con las del varón a partir de los 85 años. Se estima que el 15,8 (12,3-21,5) de la población española presenta IU, afectando a 6,51 (5,62-7,55) millones de personas de nuestro país.

**Conclusiones:** La IU aumenta con la edad, siendo más frecuente en la mujer. Se estima que el 15,8% de la población española podría padecer IU, afectando aproximadamente a unos 6.510.000 de personas. Estas cifras son más bajas que las de los países de nuestro entorno.

#### 10/196. EPOC LEVE: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO SEGÚN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

A. Berengue González<sup>a</sup>, A. Rubiales Carrasco<sup>a</sup>, A. Altaba Barceló<sup>a</sup>, G. Losada Doval<sup>a</sup>, N. Montellá<sup>b</sup> y E. Borrell<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. ABS 4 Badalona; <sup>b</sup>Técnico de Salud. SAP Badalona i Sant Adrià; <sup>c</sup>Médica de Familia. ABS 5 Badalona.

**Objetivos:** Conocer el manejo de la EPOC leve en Atención Primaria (AP) según las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) al diagnóstico y en el seguimiento. Valorar el tratamiento de base y en las exacerbaciones.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en 12 centros de AP con historia clínica informatizada desde 2003. Inclusión: todos los pacientes de 40-80 años con diagnóstico de EPOC hasta 2008 y espirometría con criterios de obstrucción leve ( $FEV1/FVC < 0,70$  y  $FEV1 > 80\%$ ). Exclusión: déficit alfa-1-antitripsina, imposibilidad de realizar la espirometría. Método: revisión de historias clínicas. Cálculo de porcentajes, media aritmética y desviación estándar.

**Resultados:** Se incluyeron 80 pacientes, el 70% varones. Edad media =  $68 \pm 8,4$  años, sin diferencias por sexos. Sin registros en el momento del diagnóstico: 20% (todos con diagnóstico antes del 2003). En el diagnóstico: espirometría = 80%, anamnesis del hábito tabáquico = 92%, consejo antitabaco (CAT) en el 93,8%. Registro de las pruebas recomendadas (radiografía de tórax, analítica) = 19%. Un 51,3% sin ningún tratamiento de base. Al seguimiento: visita anual = 82,3%, espirometría bianual = 71,3%, CAT = 83,8%, vacunación antigripal = 75% y anti-neumocócica = 71,3%, Revisión de ejercicio = 56,3% y técnica de inhaladores = 43,3%. En el 2009 un 42,5% presentaron entre 1 y 4 exacerbaciones: con radiografía de tórax = 32,4%, sin tratamiento = 8,8%; prescripción de antibióticos = 67,6%, corticoides orales = 20,5%, broncodilatadores = 61%. Visita de control (48-72h) en el 8,8%.

**Conclusiones:** El manejo del EPOC leve es correcto, aunque creemos que existe infradiagnóstico. La anamnesis y consejo antitabaco se realizan en la mayoría de los casos, siendo esta una de las actitudes más relevantes en EPOC leve. Existe hiperprescripción en el tratamiento de base y en las exacerbaciones.

#### 10/209. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE SEGÚN EL NÚMERO DE FÁRMACOS UTILIZADOS EN SU TRATAMIENTO. ESTUDIO PRESCAP

F. Alonso Moreno<sup>a</sup>, J. Llisterri Caro<sup>b</sup>, G. Rodríguez Roca<sup>c</sup>, V. Barrios Alonso<sup>d</sup>, P. Beato Fernández<sup>e</sup> y J. Polo García<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS de Sillería. Toledo; <sup>b</sup>Médico de Familia. CS Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; <sup>c</sup>Médico de Familia. CS de La Puebla de Montalbán. Toledo; <sup>d</sup>Cardiólogo. Servicio de Cardiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid; <sup>e</sup>Médico de Familia. CAP Premià de Mar. Barcelona; <sup>f</sup>Médico de Familia. CS Casar de Cáceres. Cáceres.

**Objetivos:** Analizar las diferencias en el control de la presión arterial (PA) y características clínicas de los pacientes con hipertensión arterial resistente (HTAR) según el número de fármacos antihipertensivos utilizados en su tratamiento.

**Metodología:** Estudio transversal y multicéntrico en Atención Primaria. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años hipertensos que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo con tres (3F) o más fármacos ( $> 3F$ ), siendo al menos uno de ellos un diurético. La medida de PA se realizó siguiendo normas estandarizadas calculándose la media aritmética de dos tomas sucesivas separadas entre sí dos minutos. En el caso de que las diferencias entre las tomas fueran de 5 mmHg o más, se hizo una tercera toma. Se consideró que existía buen control de la HTA cuando la media de PA era  $< 140/90$ .



**Resultados:** Se incluyeron 1.229 pacientes (55% mujeres), edad media  $68,2 \pm 10,3$  años en tratamiento con 3F y 229 pacientes (56,2% hombres), edad media  $66,8 \pm 10,2$  años con > 3F,  $p < 0,05$ . El promedio de PAS/PAD en mmHg fue  $141,3/81,3$  (> 3F) vs  $139,1/80,0$  (3F) ( $p < 0,05$ ). El control de la PA fue de  $50,2$  (3F) vs  $45,2$  (> 3F),  $p = 0,02$  para la PAD. Los pacientes en tratamiento con > 3F con respecto a los tratados con 3F, presentaban mayor IMC y perímetro abdominal, más sedentarismo, mayor presencia de enfermedades cardiovasculares y nefropatía (microalbuminuria y enfermedad renal),  $p < 0,05$ .

**Conclusiones:** Los pacientes con HTAR presentaban peor control de la PA y un perfil cardiovascular más desfavorable a medida que necesitaron mayor número de fármacos antihipertensivos en su tratamiento.

#### 10/214. AMIODARONA. ¿PENSAMOS QUE ES UN MEDICAMENTO INAPROPIADO EN > 65 AÑOS?

A. González Gamarra<sup>a</sup>, G. Medina Sampedro<sup>b</sup>, I. Fernández Gutiérrez<sup>c</sup>, B. Fernández Cuartero Rebollar<sup>c</sup>, M. Guzmán Centeno<sup>c</sup> y E. Gálvez Cañamaque<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Goya. Madrid; <sup>b</sup>CS Villaviciosa de Odón. Madrid; <sup>c</sup>CS Goya. Madrid.

**Objetivos:** La amiodarona está incluida dentro de los medicamentos Beers en mayores de 65. En la ficha técnica se incluyen una serie de recomendaciones. El objetivo del presente trabajo es valorar la monitorización de la amiodarona en los mayores de 65 años.

**Metodología:** Se sacaron los listados de recetas emitidas del programa informático OMI en el centro de Salud de Goya y de Villaviciosa de Odón de los últimos 4 años. Se hizo luego un análisis retrospectivo de las historias clínicas. En Goya se sacó una lista de 221 pacientes de los que se quitaron 46 por menores y 37 por llevar menos de 2 meses de tratamiento o no localizar datos. En Villaviciosa se obtuvieron 45 y 13 no eran válidos.

**Resultados:** El 47,89% eran varones (edad 75,6 años) y 52,1% eran mujeres (81,8 años). La duración media del tratamiento fue de 34,8 meses. No tenían analítica hepática el 42,85%. Era normal en el 44,53% y alterada en un 12,6%. No tenían perfil tiroideo 57,14%, 27,73% tenían hipotiroidismo, 8,4% hipertiroidismo y el resto estaban con tratamiento sustitutivo. Tenían iones recogidos el 37,6% (potasio). El ECG no aparecía su resultado especificado en la historia tras la instauración del tratamiento en el 62%, aunque la indicación era en el 83,19% por fibrilación auricular. El número medio de fármacos en estos pacientes era de 7,34.

**Conclusiones:** No tenemos asumido que la amiodarona puede ser inapropiada en pacientes mayores. Es muy frecuente las alteraciones tiroideas, aunque no se realizaron en muchos pacientes. Deberíamos valorar si está justificado el tratamiento o si es mejor otra alternativa y realizar una monitorización adecuada.

#### 10/220. LIRAGLUTIDA FRENTE A GLIMEPIRIDA, AMBAS EN COMBINACIÓN CON METFORMINA, EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: EXTENSIÓN A 2 AÑOS DEL ESTUDIO LEAD-2

T. Briones<sup>a</sup>, F. Tinahones<sup>b</sup>, M. Muñoz<sup>c</sup>, M. Paja<sup>d</sup>, T. Martín<sup>e</sup> y M. Nauck

<sup>a</sup>Novo Nordisk Pharma, SA; <sup>b</sup>HU Virgen de la Victoria. Málaga; <sup>c</sup>Hospital Clínico San Cecilio. Granada; <sup>d</sup>Hospital de Basurto. Vizcaya; <sup>e</sup>Hospital Universitario de Canarias. Tenerife; <sup>f</sup>Diabeteszentrum. Bad Lauterberg im Harz. Alemania.

**Objetivos:** Liraglutida es un análogo humano de GLP-1 de administración una vez al día. El ensayo LEAD 2 tiene una duración de

6 meses, aquí se presentan los resultados de la extensión a 2 años.

**Metodología:** Los pacientes fueron aleatorizados (2:2:2:1:2) a liraglutida una vez al día (0,6, 1,2 o 1,8 mg) + metformina, metformina sola, o metformina + glimepirida (4 mg una vez al día). La dosis de metformina fue de 1,5-2 g al día. Durante los primeros 6 meses el estudio fue doble ciego y doble enmascarado, después fue abierto.

**Resultados:** El 89% (780 pacientes) de los que completaron los primeros 6 meses de estudio iniciaron la extensión y de éstos el 68% (529 pacientes) completaron los 2 años de estudio. En la población total (ITT, LOCF), la proporción de pacientes que alcanzó una HbA1c < 7,0% después de 2 años fue de 31,1%, 29,9%, 19,7% con liraglutida 1,8, 1,2, 0,6 mg; 23,5% con glimepirida y 10,8% con metformina sola ( $p < 0,0001$  liraglutida 1,8 mg vs glimepirida). Liraglutida indujo una pérdida de peso significativa y sostenida (1,8 mg: -2,91 kg; 1,2 mg: -3,03 kg; 0,6 mg: -2,07 kg), mientras que el tratamiento con glimepirida resultó en una ganancia de peso (+0,7 kg,  $p < 0,0001$  vs todas las dosis de liraglutida). Con liraglutida la incidencia de hipoglucemia fue similar a metformina sola, y 10 veces menor que con glimepirida.

**Conclusiones:** Dos años de tratamiento con liraglutida una vez al día indujo una mejoría de la HbA1c comparable a glimepirida, ambas en combinación con metformina, sin embargo con liraglutida se observó menor incidencia de hipoglucemia y una pérdida de peso sostenida.

#### 10/221. DOS AÑOS DE MONOTERAPIA CON LIRAGLUTIDA, UN ANÁLOGO HUMANO DE GLP-1 PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2, PROVEE UNA REDUCCIÓN SOSTENIDA DE LA HBA1C Y EL PESO CORPORAL EN COMPARACIÓN CON GLIMEPIRIDA

S. Otal<sup>a</sup>, B. Bode<sup>b</sup> y A. Garber<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Novo Nordisk Pharma SA; <sup>b</sup>Atlanta Diabetes Associates. Atlanta, GA. EE.UU.; <sup>c</sup>Baylor College of Medicine. Houston, TX. EE.UU.

**Objetivos:** Se comparó la eficacia y la seguridad de liraglutida (dos dosis diferentes, 1,8 y 1,2 mg ambas una vez al día), en comparación con glimepirida (8 mg una vez al día).

**Metodología:** Estudio multinacional, multicéntrico y aleatorizado: doble ciego durante 1 año, seguido de un periodo de extensión abierta de un año (2 años de seguimiento en total).

**Resultados:** El 99% de los sujetos (440 pacientes) que completaron el estudio a un año, iniciaron el periodo de extensión y 321 sujetos (el 73% de éstos), completaron el estudio a 2 años. Características (media) de los sujetos: edad 54 años, IMC 33 kg/m<sup>2</sup>, HbA1c 8,2%; duración media de diabetes 3,3 años; dieta y ejercicio como tratamiento previo (36%); un ADO como tratamiento previo (64%). Dos años de monoterapia con liraglutida (1,8 y 1,2 mg), redujo la HbA1c más que glimepirida, -1,1% y -0,9% vs -0,6% (ANCOVA,  $p = 0,0016$  y  $p = 0,0376$ ). Más sujetos alcanzaron una HbA1c < 7,0% tras 2 años con liraglutida 1,8 y 1,2 mg vs glimepirida, 58% y 53% vs 37% ( $p = 0,0054$  y  $p = 0,0269$ ). La pérdida de peso corporal con liraglutida y por otro lado, la ganancia de peso con glimepirida, fueron sostenidas a lo largo de los 2 años, -2,7 kg y -2,1 kg vs +1,1 kg ( $p < 0,0001$ ). La hipoglucemia (< 56 mg/dL) fue 6 veces menos frecuente con liraglutida 1,8 y 1,2 mg vs glimepirida ( $p = 0,0001$  y  $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones:** Dos años de monoterapia con liraglutida provee de una mejoría significativa y sostenida en el control glucémico y el peso corporal en comparación con glimepirida, con menor riesgo de hipoglucemia.



## 10/222. EL ANÁLOGO HUMANO DE GLP-1 LIRAGLUTIDA REDUCE LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: METAANÁLISIS DE 6 ENSAYOS CLÍNICOS

F. Varillas<sup>a</sup>, J. Plutsky<sup>b</sup> y V. Fonseca<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital de Fuerteventura. Las Palmas; <sup>b</sup>Cardiovascular Division. Brigham and Women's Hospital. Harvard Medical School. Boston, MA. EE.UU.; <sup>c</sup>Tulane University. New Orleans, LA. EE.UU.

**Objetivos:** En estudios previos, liraglutida, un análogo humano de GLP-1 de administración única diaria, redujo la HbA1c en un 1,0-1,5% y el peso corporal alrededor de 2-3 kg. La presión arterial sistólica (PAS) también se redujo entre 2,7 y 6,6 mmHg. El objetivo de este meta-análisis es evaluar el efecto de liraglutida en la PAS de acuerdo al valor de PAS inicial.

**Metodología:** Meta-análisis de 6 ensayos clínicos de fase 3, evaluando el efecto de liraglutida (1,8 mg n = 1.363, 1,2 mg n = 896 o placebo [PBO] n = 524) en la PAS según el cuartil de PAS inicial. Durante los ensayos, no se dieron instrucciones a los investigadores sobre tratamiento anti-hipertensivo.

**Resultados:** La presión arterial inicial fue similar en todos los grupos. Utilizando el modelo ANCOVA ajustado al ensayo, a la PAS inicial y al cuartil de PAS inicial, la reducción media global fue de 2,59 mmHg (p = 0,0008) y 2,49 mmHg (p = 0,0030) con liraglutida 1,8 mg y liraglutida 1,2 mg, respectivamente. No se observó un cambio significativo con PBO (0,24 mmHg, p = 0,7828). El efecto asociado al cuartil de PAS inicial fue significativo (p < 0,0001), con la mayor reducción observada en el cuartil de PAS más elevada: -11,4 mmHg de media en sujetos con una PAS inicial > 140 mmHg y 190 mmHg, (tanto con liraglutida 1,2 como con 1,8 mg, ambas una vez al día).

**Conclusiones:** La presión arterial sistólica se redujo en un periodo de 2 semanas con ambas dosis de liraglutida, precediendo cualquier cambio significativo en el peso, y se mantuvo durante los 6 meses de estudio.

## 10/227. ¿YO LOS LUNES EL SINTROM NO!

E. Tamayo Aguirre<sup>a</sup>, C. Olasagasti Caballero<sup>b</sup>, E. Uranga Sáez del Burgo<sup>c</sup> y A. Querejeta<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Gros. San Sebastián; <sup>b</sup>CS Alza. San Sebastián; <sup>c</sup>CS Pasajes San Juan. Guipúzcoa.

**Objetivos:** Analizar la influencia del día de la semana y la estación del año en el resultado del INR.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de seguimiento durante un año (1/1/2007 hasta 31/12/2007) de las determinaciones de INR efectuados a los pacientes bajo control de TAO en un Centro de Salud urbano (16 cupos), analizando día de la semana en el que es efectuado el control, estación del año, número de controles fuera de rango, actividad generada en el centro y dificultad en la dosificación.

**Resultados:** Se analizan un total de 7.035 determinaciones (855 en domicilio) estando fuera de rango el 37,9% con IC del 95% (37-39%). En el análisis se objetiva que las determinaciones realizadas el primer día de la semana se encuentran fuera de rango en el 42,36% de los casos con un IC del 95% (39-45%) y el resto de días de la semana 37,15% con un IC del 95% (35-38%) siendo la diferencia estadísticamente significativa con p < 0,001. Según la estación del año, en invierno se encuentran fuera de rango el 37,9% y en verano 38%, no existiendo diferencias significativas.

**Conclusiones:** Son múltiples los factores que pueden influir en el control del INR, uno de ellos es el hecho de que se realice el primer día de la semana, pudiendo estar relacionado con las transgresiones dietéticas durante el fin de semana, problemas relacionados

con la precisión de los aparatos o ajustes semanales de dosificación por el programa informático.

## 10/231. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR: ¿MÁS RIESGO Y/O MÁS CONTROL EN LOS DIABÉTICOS?

T. Rama Martínez<sup>a</sup>, P. Beato Fernández<sup>b</sup>, G. Pizarro Romero<sup>c</sup>, R. Alcolea García<sup>d</sup>, V. López-Marina<sup>e</sup> y E. López Martí<sup>a</sup>

<sup>a</sup>EAP El Masnou-Alella. Barcelona; <sup>b</sup>CAP Premià de Mar. Barcelona; <sup>c</sup>CAP Llefià-Badalona. Barcelona; <sup>d</sup>CAP Besòs. Barcelona; <sup>e</sup>CAP Piera. Barcelona.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y su grado de control en pacientes con enfermedad cerebrovascular (ECV) según sean diabéticos o no. Diferencias según sexo.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Ámbito: 3 centros de Atención Primaria semiurbanos. Sujetos: Todos los pacientes diagnosticados de ECV. Variables: Edad, sexo, presión arterial (PA), diabetes (DM), LDL-colesterol, IMC, hábito tabáquico. Fuente de datos: Historia clínica informatizada. Criterios de buen control: PA < 130/80 mmHg, HbA1c < 7% (si DM), LDL-colesterol < 100 mg/dl, IMC < 30, no tabaquismo.

**Resultados:** 269 pacientes con ECV (54,5% hombres). Edad media: 73,8 años (DE ± 11,5). Diabéticos: 30,1% (58% hombres), edad media: 74 años. FRCV: 87,6% hipertensos (88,2% de las mujeres), 42% dislipémicos (52,9% de las mujeres), 27,2% obesos (29,4% de las mujeres), 13,6% fumadores. No diabéticos: 66,9% (51,6% hombres), edad media: 72,9 años. FRCV: 66,5% hipertensos (69,1% de los hombres), 35,6% dislipémicos (37,4% de las mujeres), 18,6% obesos (23,1% de las mujeres), 10,7% fumadores (15,5% de los hombres). Buen control en diabéticos: PA: 19,7% (26,5% de las mujeres), HbA1c: 65,4% (73,5% de las mujeres), LDL-colesterol: 42% (44,7% de los hombres), IMC < 30: 53% (58,8% de las mujeres), no tabaquismo: 66,7% (76,5% de las mujeres). Buen control en no diabéticos: PA: 23,4% (26,4% de las mujeres), LDL-colesterol: 19% (19,6% de los hombres), IMC < 30: 59% (70% de los hombres), no tabaquismo: 72,9% (73,6% de las mujeres).

**Conclusiones:** La prevalencia de FRCV es superior en los pacientes diabéticos, especialmente en las mujeres. Sólo el tabaquismo es superior en hombres. Los diabéticos presentan peor control de la hipertensión y del IMC y mejor del LDL-colesterol.

## 10/237. RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE DIABÉTICO MEDIDO POR ESCALA UKPDS RISK ENGINE

F. López Simarro<sup>a</sup>, C. Cols Sagarra<sup>b</sup>, S. Miravet Jiménez<sup>a</sup>, A. Castellote Petit<sup>c</sup>, J. Fortea López<sup>d</sup> y M. Claramunt Pérez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. ABS Martorell. ICS. Unidad Docente Costa de Ponent; <sup>b</sup>Médico de Familia. ABS Martorell Rural. ICS; <sup>c</sup>Residente MFyC. ABS Martorell. ICS. Unidad Docente Costa de Ponent; <sup>d</sup>Diplomado en Enfermería. ABS Martorell. ICS; <sup>e</sup>GIS. ABS Martorell. ICS.

**Objetivos:** Valorar Riesgo Cardiovascular (RCV) por escala específica para diabéticos UKPDS Risk Engine.

**Metodología:** Estudio descriptivo, transversal. Municipio urbano: 26.446 habitantes. Sujetos: Pacientes Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) sin eventos cardiovasculares, obtenidos por muestreo aleatorio simple. N: 116. Mediciones: variables demográficas, etnia, años evolución DM2, cifras Hb glicosilada (HbA1c), presencia Fibrilación Auricular (ACxFA), Presión Arterial Sistólica (PAS), Colesterol Total, Colesterol-HDL, tabaquismo. RCV (escala UKPDS risk engine). Análisis estadístico: media y dispersión en cuantitativas, proporcio-

nes en cualitativas. Intervalos de confianza al 95%. Comparaciones: chi cuadrado proporciones, t Student para medias, no paramétricas si no criterios aplicación. Nivel significación 0,05.

**Resultados:** 56,9% mujeres, edad: 67,3 (DE 9,91), Años evolución DM2: 9,65 (DE 5,74) HbA1c: 6,78% (DE 1,3). Colesterol total: 188,47 mg/dl (DE 36,59). Colesterol-HDL: 50,88 mg/dl (DE 11,33). PAS: 136,56 (DE 13,48). Tabaquismo: 12,1%. ACxFA: 3,4%. RCV: 20,2% (DE 13,22). Diferencias estadísticamente significativas: más años de evolución DM2, mayores cifras de colesterol total y HDL en mujeres; mayor tabaquismo y RCV en varones. El 38,79% tienen RCV  $\leq$  15% (RCV bajo), incluyendo al 54,5% de las mujeres. El 37,93% tiene RCV  $\geq$  20% (RCV alto), incluyendo al 56% de los varones y al 24,3% de las mujeres.

**Conclusiones:** El RCV no es el mismo para todos los pacientes DM2, por lo que se recomienda el cálculo del mismo. Las tablas UKPDS Risk Engine, a pesar de no estar validadas para población española, son útiles por tener en cuenta HbA1c y años de evolución DM2. Los varones tienen RCV más elevado que las mujeres, aún teniendo menos años de evolución de DM2.

### 10/239. INERCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES Y RAZONES QUE ARGUMENTAN PARA NO MODIFICAR TRATAMIENTOS (ESTUDIO INDIMAP)

F. López Simarro<sup>a,b</sup>, J. Mediavilla Bravo<sup>a,c</sup>, F. Alonso Moreno<sup>a,d</sup>, A. Barquilla García<sup>a,e</sup>, J. Comas Samper<sup>a,f</sup> y J. Aguirre Rodríguez<sup>a,g</sup>

<sup>a</sup>Grupo Diabetes Semergen; <sup>b</sup>ABS Martorell; <sup>c</sup>CS Pampliega. Burgos; <sup>d</sup>CS Sillera. Toledo; <sup>e</sup>CS Trujillo. Cáceres; <sup>f</sup>CS La Puebla de Montalbán. Toledo; <sup>g</sup>CS Santa Fe. Granada.

**Objetivos:** Evaluar inercia terapéutica (IT) en pacientes diabéticos tipo 2 en consultas de Atención Primaria (AP). Analizar características personales del profesional que incurre en IT, y grado de conocimiento y adherencia a las Guías de Práctica Clínica (GPC).

**Metodología:** Estudio epidemiológico multicéntrico transversal. Emplazamiento: Centros de AP y Consultas Privadas del territorio nacional. Mediciones: Variables demográficas del profesional, centro de trabajo (público o privado), situación del centro (urbano, semiurbano, rural), años de ejercicio profesional, tutor docente. Conocimiento GPC. Buen control: HbA1c  $\leq$  7%. Análisis estadístico: medidas de centralización y dispersión en variables cuantitativas, proporciones con IC95% en cualitativas. Comparaciones: chi cuadrado proporciones, t Student para medias, no paramétricas si no criterios aplicación. Nivel significación 0,05.

**Resultados:** N: 352 médicos. Edad: 48,77 (DE 7,64). Hombres: 75%. Trabajaban en un solo centro 82,9% (77,3% AP). Situación: 58,8% urbanos, 23,2% semiurbano y 16,3% rural. Años ejercicio profesional: 63,9% ( $\geq$  20 años), 33,7% (5-20 años). Tutores docentes: 15,7%. HbA1c $\geq$ 7%: 41,5% de pacientes. Motivos para no modificar tratamientos: control glucémico aceptable: 37,3% (IC95%: 32,3-42,3); esperar para cumplir objetivos: 8,5%; no lo considera necesario: 8,6%; incumplimiento terapéutico paciente: 3,4%; pacientes frágiles: 3,8%. Menos cambios realizados en consultas privadas ( $p < 0,0001$ ). No había diferencias significativas según ubicación del centro. Médicos con ejercicio profesional  $\geq$  20 años modificaron menos tratamientos ( $p = 0,001$ ). Las GPC fueron consideradas útiles: 89,8% (IC95%: 86,6-93,0). No siguen su propio criterio de buen control para modificaciones: 30,5% de profesionales.

**Conclusiones:** Los profesionales argumentan razones "blandas" para no modificar tratamientos. Más años de ejercicio profesional y trabajar en consulta privada presentan mayor riesgo de IT.

### 10/243. VARIABLES DE LOS PACIENTES AFECTOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 RELACIONADAS CON INERCIA TERAPÉUTICA EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (ESTUDIO INDIMAP)

F. López Simarro<sup>a,b</sup>, F. Alonso Moreno<sup>c</sup>, J. Mediavilla Bravo<sup>a,d</sup>, J. Escribano Serrano<sup>a,e</sup>, F. Carramiñana Barrera<sup>a,f</sup> y M. Seguí Díaz<sup>a,g</sup>

<sup>a</sup>Grupo Diabetes Semergen; <sup>b</sup>ABS Martorell. Barcelona; <sup>c</sup>CS Sillera. Toledo. Grupo HTA Semergen; <sup>d</sup>CS Pampliega. Burgos; <sup>e</sup>CS Junquillo. La Línea de la Concepción. Cádiz; <sup>f</sup>CS San Roque. Badajoz; <sup>g</sup>CS Es Castell. Menorca.

**Objetivos:** Analizar las características de pacientes afectados de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Evaluar la Inercia Terapéutica en estos pacientes en consultas de Atención Primaria (AP).

**Metodología:** Estudio epidemiológico multicéntrico transversal con muestreo consecutivo de los cinco primeros pacientes con DM2 que acuden a consultas de AP del territorio nacional. Visita única. Mediciones: variables demográficas, IMC, Perímetro abdominal, Antecedentes familiares de DM2, años evolución, FRCV asociados. Se consideró buen control HbA1c  $\leq$  7%. Análisis estadístico: medidas de centralización y dispersión en variables cuantitativas, proporciones en cualitativas. IC95%. Comparaciones: chi cuadrado en proporciones, t Student para medias, no paramétricas si no criterios aplicación. Nivel significación 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 1.756 pacientes con edad 65,1 (DE 10,8). Hombres: 50,8%. IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>: 38%. Obesidad abdominal: 61,32%. Antecedentes familiares DM2: 54,8%. Años evolución: 10,9 (DE 6,1). FRCV asociados: tabaco: 14,3%, HTA: 67%, dislipemia: 62,6%, afectación renal: 21,7% (microalbuminuria: 79,6%, macroalbuminuria: 4,7%, i. renal: 14%). Patologías asociadas: cardiopatía isquémica: 15,5%, e. cerebrovascular: 7,6%, a. periférica: 10,4%, retinopatía: 13,3%. HbA1c: 7,3 (DE 1,2); HbA1c  $\geq$  7: 41,5%, HbA1c  $\geq$  8: 15,1%. No modificaron tratamiento: HbA1c 7-8: 31,5% (IC95%: 29,3-33,7), HbA1c  $\geq$  8: 18,6% (IC95%: 16,8-20,4) ( $p < 0,0001$ ). Cuando existían antecedentes familiares DM2 había más modificaciones de tratamiento ( $p = 0,0006$ ). No hubo diferencia significativa para modificar tratamiento en función de edad, sexo o presencia de FRCV asociados del paciente.

**Conclusiones:** Los pacientes presentaban alta prevalencia de FRCV asociados. Existe un alto porcentaje de pacientes con HbA1c por encima del objetivo de buen control. Se modifican más tratamientos cuando la HbA1c es más elevada y si existen antecedentes familiares de DM2.

### 10/263. GOTA. MODELO DE SÍNDROME METABÓLICO

M. Herranz Fernández<sup>a</sup>, J. Carmona Segado<sup>b</sup>, E. Pablos Herrero<sup>c</sup>, E. Romero Arasanz<sup>a</sup> y F. Jiménez Paredes<sup>a</sup>

<sup>a</sup>MFyC. ABS Santa Perpetua de Mogoda. Barcelona; <sup>b</sup>MFyC. ABS Castellar del Vallés-Sant Llorenç Savall; <sup>c</sup>MFyC. ABS Sant Oleguer. Sabadell.

**Objetivos:** Conocer cómo expresan los pacientes gotosos el síndrome metabólico.

**Metodología:** Estudiamos todos los pacientes con gota diagnosticados en los últimos 10 años en una población semiurbana de 22.500 habitantes de la provincia de Barcelona. Diagnosticamos 64 gotosos, la mayoría varones: 78%. Edad media 66 años. Aplicamos la definición de síndrome metabólico, para lo cual medimos cintura, tensión arterial, glucemia, triglicéridos y HDL colesterol.

**Resultados:** El 80% de los gotosos presentan síndrome metabólico. El componente hipertensivo es el más frecuente: 84%. Obesidad abdominal: 77%. Hipertrigliceridemia: 69%. Hiperglucemia: 62%. Descenso HDL-colesterol: 41%.

**Conclusiones:** La gota expresa muy bien el síndrome metabólico, sobre todo, en forma de cintura hipertensiva hipertriglicerid-

mica e hiperglucémica. En mayores de 80 años se identifica insuficiencia renal en un 50%. En jóvenes menores de 50 años identifica sexo varón e hipertrigliceridemia en un 100%.

### 10/265. INFARTO Y ANGINA DE PECHO EN UN ÁREA SEMIURBANA

M. Herranz Fernández<sup>a</sup>, E. Pablos Herrero<sup>b</sup>, E. Romero Arazanz<sup>a</sup>, J. Carmona Segado<sup>c</sup>, M. Tomás Lachos<sup>a</sup> y N. Perallón Solans<sup>a</sup>

<sup>a</sup>MFyC. ABS Santa Perpetua de Mogoda. Barcelona; <sup>b</sup>MFyC. ABS Sant Oleguer. Sabadell; <sup>c</sup>MFyC. ABS Castellar del Vallès-Sant Llorenç Savall.

**Objetivos:** Analizar si se realiza una adecuada prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en un Centro de Salud semiurbano de 22 500 habitantes en el año 2009.

**Metodología:** Se analizaron el total de los pacientes de nuestro Centro de Salud con el diagnóstico de cardiopatía isquémica (n 325). Se realiza una revisión retrospectiva de las historias clínicas. Los criterios evaluados: antiagregantes, betabloqueantes, estatinas, IECAS, ARAII, tabaquismo, cifras tensionales, perfil lipídico y hemoglobina glicosilada A1c en diabéticos.

**Resultados:** (% cumplimentación): 89,5% no fuman; 83,7% antiagregantes; 46,8% betabloqueantes; 66,8% estatinas; 24,6% IECAS; 15,4% ARAII; 38,5% TAS < 130,5%; 5% TAD < 80; 36,3% LDL < 100; 26,2% HbA1c < 7.

**Conclusiones:** Existe una manifiesta capacidad de mejora de todos los criterios, si bien en antiagregación se observa un importante cumplimiento. Del mismo modo, existe también un alto porcentaje de pacientes no fumadores, sin embargo debemos seguir insistiendo en la mejora de dicho parámetro puesto que el objetivo que tenemos que alcanzar es del 100%. Hay una clara infratilización de los betabloqueantes. Se objetiva un mal control de las cifras de TA y LDL en la mayoría de nuestros pacientes siendo aún peor en aquellos que tiene mayor riesgo, como en el caso de los pacientes diabéticos.

### 10/286. RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE EL CONSEJO SANITARIO

M. Torrecilla García<sup>a</sup>, D. Plaza Martín<sup>b</sup>, B. Valladares Lobera<sup>c</sup>, R. Herrero Antón<sup>c</sup>, M. Tabera Hernández<sup>d</sup> y F. Mamini<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS San Juan. Salamanca; <sup>b</sup>Pediatra. CS Sisinio de Castro. Salamanca; <sup>c</sup>Residente de Medicina de Familia. CS San Juan. Salamanca; <sup>d</sup>Médico de Familia. Segovia.

**Objetivos:** Valorar la eficacia del consejo sanitario en función de la predisposición al abandono del tabaco.

**Metodología:** Estudio prospectivo. Se determinaron las fases del proceso del abandono del tabaco según el esquema de Prochaska y DiClemente, valorándose la abstinencia tabáquica a los 2, 6 y 12 meses y a los 5 años del inicio de la intervención, aplicándose el test de Chi cuadrado.

**Resultados:** De los 228 sujetos sobre los que se realizó la intervención, 86 [37,7% (31,4%-44,4%)] estaban en fase de precontemplación, 73 [32,0% (26,0%-38,5%)] en fase de contemplación y 69 [30,3% (24,4%-36,7%)] en fase de preparación. Entre los que lograron la abstinencia a los 2 meses la abstinencia mantenida observada a los 6, 12 meses y 5 años fue respectivamente del 18,3% (9,5%-30,4%), 21,7% (12,1%-34,2%) y 21,1% (6,1%-45,6%) entre los fumadores que se encontraban en fase de precontemplación al inicio del estudio ( $p > 0,05$ ); del 40,0% (27,6%-53,5%), 38,3% (26,1%-51,8%) y 42,1% (20,3%-66,5%) entre los que se encontraban en fase de contemplación ( $p > 0,05$ ); y del 41,7% (29,1%-55,1%), 40,0% (27,6%-53,5%) y 36,8% (16,3%-61,6%) entre los que estaban en fase de preparación ( $p > 0,05$ ). La abstinencia puntual a los 2, 6, 12 y 60

meses y según la fase de precontemplación, contemplación o preparación fue del: 20,0% (12,1%-30,1%), 40,3% (28,9%-52,5%) y 50,8% (38,1%-63,4%) ( $p < 0,05$ ); 22,6% (14,2%-33,0%), 40,8% (29,3%-53,2%) y 43,3% (30,6%-56,8%) ( $p < 0,05$ ); 29,4% (20,0%-40,3%), 49,3% (37,2%-61,4%) y 40,3% (28,1%-53,6%) ( $p < 0,05$ ); 15,9% (6,6%-30,1%), 30,8% (17,0%-47,6%) y 26,5% (12,9%-44,4%) ( $p > 0,05$ ); respectivamente.

**Conclusiones:** El consejo sanitario se debe ofrecer a todo sujeto fumador, independientemente de la fase en la que se encuentre ya que es eficaz a corto y largo plazo.

### 10/287. PREGUNTADO SOBRE TABAQUISMO EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

D. Plaza Martín<sup>a</sup>, M. Torrecilla García<sup>b</sup>, R. Herrero Antón<sup>c</sup>, B. Valladares Lobera<sup>c</sup>, M. Tabera Hernández<sup>d</sup> y F. Mamini<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Pediatra. CS Sisinio de Castro. Salamanca; <sup>b</sup>Médico de Familia. CS San Juan. Salamanca; <sup>c</sup>Residente de Medicina de Familia. CS San Juan. Salamanca; <sup>d</sup>Médico de Familia. Segovia.

**Objetivos:** Valorar las consideraciones que sobre el tabaquismo presentan los padres de los niños adscritos a las consultas de pediatría para ver en qué medida se puede influir desde la consulta de pediatría de atención primaria.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal multicéntrico realizado sobre 1013 padres/madres. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, condición de fumador de los tutores, factores de inicio, conocimientos sobre el tabaquismo y sus consecuencias. Se aplicó el test de chi cuadrado. Significación del 5%.

**Resultados:** Eran fumadores el 42,9% (37,7%-48,1%) de los padres y el 30,9% (27,4%-34,7%) de las madres ( $p < 0,001$ ). Entre los no fumadores el 15,8% (13,2%-18,9%) consideraba al humo del tabaco menos perjudicial que el inhalado, el 82,5% (79,3%-85,3%) tan peligroso o más y el 1,7% (0,9%-3,1%) no peligroso. Entre los fumadores los porcentajes respectivos fueron 26,8% (22,3%-31,7%), 70,1% (65%-74,8%) y 3,1% (1,6%-5,6%) ( $p < 0,0001$ ). El 87,6% (83,6%-90,7%) de los fumadores consideraban al tabaco como droga respecto al 92,8% (90,5%-94,6%) de los no fumadores ( $p < 0,01$ ). El 96,8% lo considera el origen de múltiples enfermedades sin diferencias entre fumadores y no fumadores. Entre los fumadores el 94,1% (91%-96,2%) lo consideraba muy perjudicial para la salud, el 1,4% (0,5%-3,4%) poco perjudicial. Los porcentajes respectivos entre los no fumadores fueron del 97,9% (96,4%-98,8%) y 0,8% (0,3%-1,9%) ( $p < 0,01$ ). El 73,2% (68,3%-77,7%) de los fumadores pensaba que el ser fumador podría influir en el inicio al tabaco de los hijos, respecto al 80,6% (77,4%-83,6%) de los no fumadores ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** La información que los padres tienen sobre el tabaquismo es susceptible de mejora, por lo que el pediatra tiene un papel importante en la prevención del tabaquismo.

### 10/299. VISITAS ESPONTÁNEAS EN UN CENTRO DE SALUD: ¿PODEMOS RELACIONARLAS CON LA LISTA DE ESPERA PARA CITA PREVIA?

V. Bou Barba, M. Tierno Ortega, A. Gómez Lumbreras, I. Mestre Llop, J. Santanach Soler y M. Prieto Martínez

ABS Sanllehy. Barcelona.

**Objetivos:** Conocer el impacto sobre las consultas de medicina del actual sistema de reparto de visitas espontáneas, cuyo diseño pretende una distribución equitativa de éstas. Valorar si la lista de espera influye en su generación.

**Metodología:** Estudio: descriptivo, retrospectivo y transversal. Emplazamiento: ABS urbana con 15 consultas de medicina general. Población: visitas espontáneas realizadas en dichas consultas. Variables: número de visitas espontáneas en 4 periodos de 2008: que visita cada médico procedente del propio cupo; que visita cada médico



procedente de otros cupos del centro; que genera cada cupo, visitadas por los otros médicos; lista de espera en días para cada cupo.

**Resultados:** En enero-febrero de 2008 el número de visitas espontáneas realizadas procedente de otros cupos osciló entre 58-210 en las distintas consultas. El número de visitas espontáneas generadas por dichos cupos osciló entre 83-211. Se observó una variación de entre 1 y 6 días de lista de espera para los distintos cupos, casi constante en todo el año. Tanto consultas con mayor espera como las que no la tenían generaron de 120-140 visitas espontáneas. A lo largo del año se mantuvieron todos éstos comportamientos con las variaciones estacionales esperadas.

**Conclusiones:** Se observó una amplia variación de resultados en la distribución de visitas espontáneas realizadas entre los diferentes médicos: es preciso corregir su mecanismo de asignación. La lista de espera para los diferentes médicos no implicó necesariamente mayor generación de visitas espontáneas. Deben considerarse sus distintos estilos de visita en la misma.

### 10/300. SAOS, UNA CONSPIRACIÓN EN LA SOMBRA

L. Roig Fernández<sup>a</sup>, C. Calzado Sánchez-Elvira<sup>b</sup>, C. Pardo Tomás<sup>b</sup>, A. Gómez Gras<sup>c</sup>, L. Ortiz de Saracho y Sueiro<sup>a</sup> y A. Candela Blanes<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS Parc lo Morant. Alicante; <sup>b</sup>CS San Juan de Alicante. Alicante; <sup>c</sup>CS San Vicente del Raspeig. Alicante; <sup>d</sup>Servicio de Neumología. HGUUA.

**Objetivos:** Analizar la situación clínica de pacientes que acuden a la consulta por presentar ronquidos nocturnos con fragmentación del sueño, somnolencia diurna y cambios de carácter, los primeros señalados por el acompañante y los segundos por el paciente, además de la asociación con FRCV.

**Metodología:** Diseño: estudio descriptivo-transversal. Ámbito: datos informatizados de la H<sup>a</sup> C<sup>a</sup> de pacientes entre 40-80a. que presentaban las alteraciones señaladas. (CS Parc Lo Morant-Alicante). Período: 1-07-09 hasta 1-04-10. Sujetos: 54 p. entre los 40-80 a. V: 37 (68,52%). M: 17 (31,48%). Variables: edad, sexo, IMC, pausas, somnolencia, ronquidos, índ. de Epw, SaO<sub>2</sub>, IAH, FRCV asociados (obes, HTA, EPOC, cardiopatía y DM), hipotir., tabaco, alt. ORL y óseas. Análisis de datos: mediante el programa estadístico SPSS 15.0 y se expresan como porcentajes, medias, DE o medianas indicando el intervalo de confianza del 95%.

**Resultados:** 54 pac. V 37: 13 (40-55a), 19 (56-70a), 5 > 70a) M 17: 5 (40-55a), 10 (56 y 70a), 2 (> 70). IMC: 37 ± 8. 5 obesidad mórbida. I. de Epworth: 36 ± 10. PAM: 140/80 ± 3. IAH: de 12-44 h.-SaO<sub>2</sub> M: 85 ± 7%. Apneas y ronquidos 100%. Somnolencia 48 (81%). Hipot.: 5 (9,2%). Tabaco 13 (24%). Alt. ORL 4 (7,4%). Alt. t. óseo 2 (3,7%). FRCV: obes.: 47 (88%). EPOC: 13 (24%). Card: 11 (20,37%). DM 7 (12,9%). HTA: 27 (50%).

**Conclusiones:** A todos los pacientes se les ha realizado ECG, Rx de T, y polisomnografía siendo diagnosticados 49 pacientes de SAOS. Llama la atención la gran prevalencia de la obesidad (68,5%), HTA (50%) y tabaco (24%). Su asociación con la obesidad y la HTA, además de otros factores añadidos agudiza, aún más, el problema de salud con niveles altos de morbilidad. Como tratamiento fundamentalmente el empleo de CEPAP y la pérdida de peso, asociado a la regulación del resto de factores asociados.

### 10/313. ANTICOAGULACIÓN Y FA-FRCV ASOCIADOS

C. Pardo Tomás<sup>a</sup>, L. Roig Fernández<sup>b</sup>, C. Calzado Sánchez-Elvira<sup>a</sup>, A. Gómez Gras<sup>c</sup>, L. Ortiz de Saracho y Sueiro<sup>b</sup> y N. Antón Tavira<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS San Juan de Alicante. Alicante; <sup>b</sup>CS Parc Lo Morant. Alicante; <sup>c</sup>CS San Vicente del Raspeig.

**Objetivos:** Control evolutivo de pacientes con FA y FRCV asociados así como intervenciones realizadas para mantener el INR entre 2-3, y la presentación de complicaciones.

**Metodología:** Diseño: estudio descriptivo-transversal. Ámbito: datos informatizados en nuestras consultas de AP. Sujetos: pacientes (45-75a) diagnosticados en la consulta. Período: 11-05-09 al 1-04-10. Criterios: inclusión: diagn. ECC de FA; exclusión: FA de < 6 meses. Variables: edad, sexo, tratamiento farmacológico, patología asociada a > riesgo tromboembólico, tratamiento preventivo antitrombótico (periodos de control y grado de cumplimiento) y complicaciones. Análisis de datos: programa estadístico SPSS 15.0, y se expresan como porcentajes, medias, DE o medianas indicando el IC del 95%.

**Resultados:** Pac: 54. V: 37 (68,5%); 13 (40-55a); 19 (56-70); 5 (> 71a). M: 17 (31,4%); 5 (45-55a); 10 (56-70); 2 (> 71). IMC: 37 ± 8. PAM: 140/80 ± 3. Apneas y ronquidos: 54 (100%). Somnolencia 48 (81%). SaO<sub>2</sub> M: 85 ± 7. Í. de Epworth: 36 ± 10. Hipot: 5 (9,2%). Tabaco: 13 (24%). Alt. ORL 4 (7,4%). Alt TO: 2 (3,7%). FRCV: obes: 47 (86,8%). HTA: 27 (50%). EPOC: 13 (24%). Cardiop: 11 (20,3%). DM: 7 (12,9%).

**Conclusiones:** A todos los pacientes se les ha realizado ECG, Rx T, polisomnografía. 49 han sido diagnosticados de SAOS. Llama la atención la elevada prevalencia de la obesidad (86,8%), HTAA (50%) y el tabaco (24%). Su asociación con la obesidad y la HTA, además de otros factores añadidos agudiza aun más el problema de salud con niveles altos de morbilidad. Como tratamiento fundamentalmente el empleo de la CEPAP y la pérdida de peso asociado a la regulación del resto de factores asociados.

### 10/322. ¿TENEMOS A NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA BIEN CONTROLADOS?

M. Ramos Pacho<sup>a</sup>, C. Fraga González<sup>b</sup>, M. Blanco Iglesias<sup>c</sup> y M. Fernández Domínguez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS Cenne. Ourense; <sup>b</sup>CS Valle Inclán. Ourense; <sup>c</sup>CS Toen. Ourense; <sup>d</sup>Unidad de Docencia e Investigación. XAP Ourense.

**Objetivos:** Evaluar el grado de control de los factores de riesgo de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en los centros de salud de atención primaria según las guías de práctica clínica (GPC).

**Metodología:** Diseño: estudio observacional retrospectivo multicéntrico. Ámbito: 3 centros de salud (2 rurales y 1 urbano) del área de salud de Ourense. Sujetos: todos los pacientes con ERC (según criterios de las GPC). Total: 226 pacientes. Variables: profesional, edad, sexo, tabaco, MDRD, creatinina, microalbuminuria, microalbuminuria/creatinina, TAS, TAD, CT, LDL, TG, DB, HbA1C en los últimos 3 meses, valor de Hb1C, IMC, HB, AAS.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 77,47 años (DT = 10,97 años). El 65,9% eran mujeres. No fumadores un 86,6% y presentaban un IMC de 28,90 (28,27-29,54). El 27,4% eran diabéticos, tenían hba1c (3 últimos meses) el 42,6% con mediana de 6,3. La mediana de MDRD fue de 50,27 (DT = 9,7) y de hb de 13,4 mg/dl (DT = 8,59). Estaban con AAS el 28,8% presentaban un estadio 3 el 94,6%. El 35,5% y el 53,7% tenían buen control de TAS Y TAD respectivamente, el 79,3% del cociente albúmina/creatinina. Encontramos buen control de LDL y CT en el 30,7% y 60,1% respectivamente y el 15,2% de IMC. En el análisis bivalente hallamos significación estadística de MDRD con control de LDL (p = 0,005). Observamos correlación negativa significativa de la edad con el MDRD (p = 0,000).

**Conclusiones:** Las mujeres no fumadoras y con sobrepeso conforman el perfil de nuestros pacientes con ERC. Es necesario la implementación de la utilización de las GPC entre los profesionales de AP.

### 10/330. ANÁLOGOS BASALES DE INSULINA Y RIESGO DE CÁNCER

F. Martínez Martín

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

**Objetivos:** Conocimiento de la evidencia disponible sobre la posibilidad de aumento del riesgo de cáncer asociado al uso de análogos basales de insulina.



**Metodología:** Revisión bibliográfica de la literatura disponible sobre la cuestión.

**Resultados:** La insulina tiene acción mitogénica, mediada por estímulo de receptores de IGF-1. El hiperinsulinismo se asocia a riesgo elevado de neoplasias (mama, colon, etc.) y en los pacientes diabéticos la insulino terapia se asocia a mortalidad por cáncer aumentada en comparación con metformina. Entre los análogos aprobados para uso clínico, Glargina tiene una actividad mitogénica superior a la de la insulina humana, y un mayor efecto proliferativo in vitro sobre líneas celulares de adenocarcinoma mamario. En septiembre de 2009 se publicaron en "Diabetologia" tres estudios basados en registros epidemiológicos (uno alemán, uno sueco y uno escocés) que sugirieron una asociación entre el uso de glargina en monoterapia y el riesgo aumentado de carcinoma de mama en mujeres postmenopáusicas; un cuarto registro (británico) mostró carcinocinesis aumentada asociado al uso de insulina y sulfonilureas en comparación con metformina o dieta sola. Tres meses después se publicaron dos metaanálisis de estudios aleatorizados: con glargina vs NPH no se encontró diferencia significativa en la incidencia de cáncer aunque el estudio no excluía un aumento de riesgo de hasta el 36%; con detemir vs NPH se observaba una reducción significativa en la incidencia de cáncer.

**Conclusiones:** El riesgo de carcinocinesis aumentada asociado a glargina no está confirmado pero tampoco se ha podido descartar; detemir reduce el riesgo de carcinocinesis.

### 10/336. TERAPIA GRUPAL POR RIESGO CARDIOVASCULAR TOTAL. EFICIENCIA DEMOSTRADA

N. Puig Girbau, M. Lladó Blanch, G. Pera Blanco y R. Riera Torres

*Servicio AP Badalona-San Adrián.*

**Objetivos:** Evaluar si la atención grupal es igual o mejor que la atención individual en el abordaje de los pacientes con riesgo cardiovascular; en términos de cumplimiento terapéutico, grado de control metabólico, recursos utilizados, grado de satisfacción de pacientes y profesionales.

**Metodología:** Diseño: estudio multicéntrico de intervención en dos ramas, estratificados por grupos de riesgo. Grupo intervención- atención grupal, sesiones conducidas por sus enfermeras referentes. Por cada paciente del grupo- intervención se asignó un paciente al grupo- control, que seguía en consulta individual. El ensayo duró un año. Sujetos: 2.127 pacientes incluidos en el protocolo de patologías crónicas de 7 equipos de Atención Primaria de Badalona-Sant Adrià. Recogida de información: de las variables cardiovasculares, del grado de control y uso de recursos sanitarios, de las historias informatizadas. Encuesta de satisfacción a pacientes- intervención en cada taller y a profesionales al final.

**Resultados:** Comparativa entre 528 pacientes- intervención y 824 controles. Al año de seguimiento no habían diferencias significativas, excepto en el gasto farmacéutico y número de medidas de las variables. Se realizaron 197 talleres, repartidos en 4 sesiones de 48,75 minutos, asistencia media 10,40 pacientes. Dedicación anual enfermera por paciente/año fue de 39,59 minutos, ahorrando 20,41 minutos por enfermera/paciente/año. Satisfacción pacientes- intervención 4,5/5. Las 17 enfermeras que dirigieron los talleres opinan que esta intervención mejora la autoestima e independencia de los pacientes y debe tener continuidad.

**Conclusiones:** Considerar un perfil de paciente candidato a recibir educación grupal, por el ahorro de tiempo y la reducción de carga asistencial de enfermería, que redundaría en un aumento de la eficiencia al sustituir la consulta individual.

### 10/344. EL BLOG DE DOCENCIA. UNA NUEVA EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Ródenas Aguilar, P. Tejero López, A. Díaz Barroso, A. Antoja Rovira, M. Pérez Pérez y A. Girona Amores

*EAP Badalona 6. Llefià.*

**Objetivos:** Diseñar e implementar un blog dedicado a docencia en un centro de salud docente. Pensamos que nuestro blog facilitará la formación de profesionales y residentes.

**Metodología:** Experiencia realizada en un centro de salud docente de ámbito urbano. Hemos creado un blog alojado en Internet, servidor gratuito, acceso limitado a personal del centro. Los profesionales tienen libertad total de publicación de entradas y comentarios. No hemos habilitado la función de moderación de comentarios previos a su publicación. Existen accesos directos a sesiones, enlaces a herramientas de tutorización de residentes, ayuda en consulta, búsqueda bibliográfica, guías clínicas y feeds a las principales revistas de AP. Se revisa y actualiza periódicamente.

**Resultados:** Nuestro blog ha tenido una gran aceptación en su presentación. Encuesta online: 94,2% de usuarios opinaron que les resulta útil. En los dos primeros meses se han publicado 31 entradas: información (blog, congresos, actividades docentes) 10 (32,2%), casos clínicos 5 (16%), propuestas organizativas 5 (16%), actividades del centro 5 (16%), protocolos de temas clínicos 3 (9,6%), enlaces webs docentes 3 (9,6%). Se han realizado 94 comentarios a estas entradas, el tema que más interés despierta son los casos clínicos. Los temas médicos tratados más frecuentemente han sido reumatología y cardiovascular.

**Conclusiones:** La acogida de nuestro blog en el centro ha sido excelente: La participación hasta el momento ha sido elevada. Los temas preferidos por los participantes son los casos clínicos. Creemos que un blog docente es una herramienta muy útil para profesionales y residentes. Es necesario continuar animando la participación y la actualización de contenidos.

### 10/350. ENFERMEDAD RENAL OCULTA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

L. Ginel Mendoza<sup>a</sup>, J. Morales Naranjo<sup>b</sup>, S. Mesa Sánchez<sup>a</sup>, M. Izquierdo Martínez<sup>a</sup>, J. Sasporte Jenafo<sup>a</sup> y A. Milán Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS Ciudad Jardín. Málaga; <sup>b</sup>Médico de Familia. CS Victoria. Málaga.

**Objetivos:** Analizar las características de pacientes diabéticos con enfermedad renal oculta (ERO), definida como coexistencia de cifras de creatinina sérica normales (menor de 1,3 mg/dl) con aclaramiento inferior a 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. En mayo de 2010. Centro de salud urbano. Muestreo aleatorio por conglomerados (cupos). Variables a estudio: Sexo, edad, años de evolución de la diabetes, hemoglobina glicosilada (HBA1c), índice de masa muscular (IMC), creatinina, filtrado glomerular realizado por la fórmula MDRD-4, factores de riesgo asociados y número total de fármacos utilizados.

**Resultados:** Pacientes atendidos en centro de salud 37.600, en programa de diabetes 2.230 (5,93%). Pacientes estudiados 166. Mujeres 55,4%. Edad media 67,7. Años de evolución de diabetes media 8,73. HBA1c 6,9%, IMC 30,42 kg/m<sup>2</sup>. Promedios de creatinina 1,0, MDRD 72,24 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. ERO 24,28%. (18,91% en hombres y 34,78% en mujeres). Hipertensión arterial 69,87%, dislipemia 50,8%, fumadores 13,25%. Media de fármacos utilizados 7,02.

**Conclusiones:** En nuestro centro de Salud uno de cada cuatro diabéticos tipo 2 presenta ERO, siendo más frecuente en mujeres.

**10/354. HYGIA EN IANUS**

E. Sineiro Galiñanes<sup>a</sup>, P. Giráldez Martínez<sup>b</sup>, G. Moares de Pasos<sup>b</sup>, L. Fontenla Devesa<sup>c</sup> y R. Martínez Madagan<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>b</sup>MIR Medicina de Familia; <sup>c</sup>Enfermería Atención Primaria.

**Objetivos:** Introducir el proyecto Hygia en la historia clínica electrónica de pacientes con sospecha o diagnóstico de hipertensión arterial en un centro de salud urbano.

**Metodología:** Ianus es un sistema de historia clínica electrónica desarrollado por la Conselleria de Sanidad Gallega, que integra en un único sistema de información, toda la documentación generada en los diferentes niveles de prestación a lo largo de todo el proceso asistencial del paciente. El Proyecto Hygia se ha diseñado como un estudio paralelo a la labor asistencial, que permite la utilización de un informe estandarizado para los pacientes, basado en herramientas de probada sensibilidad diagnóstica, a partir de valores de presión arterial obtenidos mediante la medida ambulatoria de presión arterial (MAPA). El objetivo fundamental se centra en extender la utilización de dicha prueba en atención primaria para el diagnóstico de hipertensión, valoración de la eficacia terapéutica, y la evaluación del riesgo cardiovascular global. Para ello se realizarán la determinación del patrón circadiano de variación de la presión arterial obtenido mediante MAPA y otras pruebas complementarias.

**Resultados:** El 100% de los pacientes hipertensos incluidos en el proyecto Hygia, presentan en su historia clínica, un informe con los resultados de la MAPA y el riesgo cardiovascular global. El número total de pacientes asciende a 150.

**Conclusiones:** En la historia electrónica del paciente permanecerán los resultados de las MAPA realizadas, que con la implantación del sistema Ianus, podrán ser visualizadas por otros profesionales de Atención Primaria o Especializada, pudiéndose garantizar así la accesibilidad, coordinación y continuidad asistencial.

**10/356. RELACIÓN ENTRE ASISTENCIA A GUARDERÍA DE NIÑOS DE 0-24 MESES E HIPERFRECUENTACIÓN A CONSULTAS DE PEDIATRÍA Y PERCENTILES PONDERALES**

A. Borrás Calvo<sup>a</sup>, R. Mourelle Varela<sup>b</sup>, E. Martín Correa<sup>b</sup>, C. Molina Guasch<sup>b</sup> y E. Ramírez Moreno<sup>b</sup>

<sup>a</sup>SVS-Osakidetza; <sup>b</sup>ICS.

**Objetivos:** Determinar la diferencia de frecuentación a consultas de pediatría, así como de ganancia ponderal de niños entre 0-24 meses, en función de su asistencia o no a guardería durante el último año.

**Metodología:** Diseño del estudio: Estudio observacional transversal de prevalencia. Emplazamiento: Centro de atención primaria de la periferia de Madrid con una población asignada de 3.000 pacientes. Participantes: Niños entre 0-24 meses que han acudido a consultas de pediatría en el último año.

**Resultados:** Se midieron las variables frecuentación y percentiles de peso, accedimos a las revisiones del programa del niño sano con edades comprendidas entre 0-24 meses, dividimos la muestra en tres grupos de edad, la primera entre 0-8 meses, la segunda entre 9-17 meses y la tercera entre 18-24 meses. Dentro de cada grupo obtuvimos 75 niños que habían asistido a la guardería y 75 que no habían asistido a guardería. Comparamos las variables frecuentación y percentiles de peso de cada niño.

**Conclusiones:** Se observa una diferencia estadísticamente significativa  $p = 0,011$  en la relación entre frecuentación y asistencia a guardería y no significativa  $p = 0,08$  entre percentiles de peso y asistencia a guardería en donde sería recomendable aumentar la muestra para conseguir una diferencia significativa. En el grupo de 0-8 meses es donde se observa la mayor diferencia.

**10/357. PROYECTO DE GESTIÓN AUTÓNOMA PROFESIONAL INCENTIVADA (GAPI) EN ATENCIÓN PRIMARIA**

S. Sitjar Martínez de Sas, J. Ortiz Molina, A. Anguita Guimet, I. Menacho Pascual, X. Otero Serra y D. Martí Grau

CAP Les Corts. Barcelona.

**Objetivos:** Analizar las mejoras de la autogestión de profesionales en Atención primaria (AP) respecto al modelo habitual (equipo dirigido por coordinador médico). Mejorar la calidad asistencial, la satisfacción de pacientes y profesionales. Potenciar la investigación e integrar a médicos residentes en el proyecto.

**Metodología:** En febrero de 2009 se constituyó el grupo GAPI (Gestión Autónoma Profesional Incentivada) con 6 médicos de familia (MF) y 4 administrativos organizados autónomamente para atender a 10.281 usuarios de 32.318 asignados a un CAP urbano. Se ha incidido en: gestión de la demanda, autocobertura de profesionales, incremento de consultas telefónicas y mediante nuevas tecnologías (e-mail, SMS), desburocratización de la consulta, mejora de prescripción farmacéutica, disminución de productos intermedios y participación en investigación, formación y docencia.

**Resultados:** Resultados asistenciales a diciembre de 2009 respecto al mismo periodo de 2008: incremento 0,43% población atendida, disminución 13,8% de visitas, aumento 391% de atención no presencial, reducción de demora de visita (5,8 a 1,4 días), reducción 20% de analíticas y 21% pruebas de imagen solicitadas, disminución 17% prescripción novedades terapéuticas, aumento 5% utilización de medicamentos genéricos (total 40,3%). Ha mejorado la satisfacción de los profesionales (cuestionario CVP-35) y ha existido una participación activa en la tutorización de residentes (5 MF son tutores) y en proyectos de investigación.

**Conclusiones:** En este periodo piloto el modelo GAPI ha mejorado la eficiencia, innovación, y atención al paciente, ha dotado la consulta de mayor profesionalidad y ha incrementado la satisfacción del profesional y probablemente también la del usuario.

**10/369. PREVALENCIA DE ESTADOS DE ANSIEDAD/DEPRESIÓN DE POBLACIÓN INMIGRANTE LATINOAMERICANA EN CANARIAS Y FACTORES RELACIONADOS**

V. Rodríguez Navarro<sup>a</sup>, J. Ruiz Perera<sup>b</sup>, M. Suárez Hernández<sup>c</sup>, M. Tejera Ramírez<sup>d</sup>, R. Manzanera Escartí<sup>e</sup> y R. Artilles Pérez<sup>f</sup>

<sup>a</sup>CS Barrio del Atlántico. Gran Canaria; <sup>b</sup>Unidad del Dolor. Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria. Tenerife; <sup>c</sup>CS Añaza. Tenerife; <sup>d</sup>CS Barrio de la Salud. Tenerife; <sup>e</sup>Faculty of Medicine Imperial College. Londres; <sup>f</sup>CS Gladiolos. Tenerife.

**Objetivos:** Estimar prevalencia de ansiedad-depresión en inmigrantes-latinoamericanos residentes en Canarias y factores relacionados.

**Metodología:** Estudio descriptivo-transversal cualicuantitativo entre marzo-agosto 2009. Entrevista clínica abordando variables demográficas y médico-sociales. Valoración ansiedad-depresión: Escala de Goldberg. Análisis univariado: porcentajes de variables cuantitativas. Medidas de tendencia central, dispersión y rangos para cualitativas. Bivariado: variables categóricas: Chi-cuadrado-Pearson y Prueba exacta de Fisher. Variables cuantitativas: t-Student. Multivariado: modelo de regresión logística múltiple. Herramienta: SPSS-17.0.

**Resultados:** 125 pacientes. 73,6% mujeres. Edad media 38,9 años (DT 12,07). 42,4% casados. 77,6% trabaja en España. Prevalencia de ansiedad: 44% (IC95%: 0,527-0,353) y depresión: 63,2% (IC95%: 0,714-0,546). Un 13,6% refieren haber sufrido malos tratos. Un 19,2% presentó síntomas psicopatológicos en infancia. Un 30,4% tiene antecedentes de salud mental y un 34,2% es patología ansio-

sa-depresiva. Relación entre sexo femenino y depresión ( $p = 0,041$ ). Asociación significativa con depresión: estado civil ( $p = 0,012$ ), situación familiar ( $p < 0,0001$ ), tiempo en España ( $5,75 \text{ años} \pm 3,88$  vs  $7,50 \text{ años} \pm 7,39$ ;  $p = 0,002$ ) y motivo de inmigración ( $p = 0,050$ ). Con ansiedad: edad ( $41,18 \text{ años} \pm 12,51$  vs  $37,24 \text{ años} \pm 11,5$ ;  $p = 0,070$ ) y no trabajar actualmente ( $p = 0,014$ ). Se relacionan con ansiedad-depresión: malos tratos ( $76,5\% \text{ vs } 23,5\%$ ;  $p = 0,004$ ), ( $100\% \text{ vs } 0\%$ ;  $p = 0,001$ ) respectivamente, síntomas psicopatológicos en infancia ( $62,5\% \text{ vs } 37,5\%$ ;  $p = 0,042$ ), ( $83,3\% \text{ vs } 16,7\%$ ;  $p = 0,023$ ) y antecedentes de enfermedades mentales ( $68,4\% \text{ vs } 31,6\%$ ;  $p < 0,001$ ), ( $84,2\% \text{ vs } 15,8\%$ ;  $p = 0,001$ ). Asociación independiente con ansiedad antecedentes de salud mental, sufrir malos tratos y no tener trabajo comportándose como factor de riesgo. Variables asociadas con depresión: situación familiar como factor protector y como factor de riesgo antecedentes de salud mental y síntomas psicopatológicos en infancia. Análisis cualitativo: relaciones sociales, visión de la sociedad e ilusión/esperanza por volver al país. La mayoría se sienten integrados, muchos añoran apoyo de familia/amigos. Laboralmente refieren necesidad de mayor integración. La mayoría tienen visión positiva de la sociedad española y manifiestan deseo de quedarse.

**Conclusiones:** Prevalencia de ansiedad en nuestro estudio no difiere de la de población general. La cifra en depresión es más alta. Debe hacer reflexionar acerca del posible sesgo de complacencia que la entrevista fuera administrada por el médico. Sería interesante acceder a esta población valorando trastornos adaptativos secundarios al estrés del fenómeno migratorio.

### 10/370. LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y SU IMPACTO EN LA SALUD FÍSICA Y PSÍQUICA

M. Bozhenko Kozhushko<sup>a</sup>, M. Parra Rivera<sup>b</sup>, M. Álamo Martell<sup>c</sup> y D. Yera Pilar<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS San Gregorio. Las Palmas; <sup>b</sup>CS Doctoral. Las Palmas; <sup>c</sup>CS Maspalomas. Las Palmas.

**Objetivos:** Evaluar el impacto en la salud física y psíquica de la violencia de género (VG).

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal, multicéntrico, en 3 centros de salud. Se entrevistaron 601 mujeres mayores de 18 años, con pareja y sin enfermedad que le impidiera comprender y responder coherentemente. Dos no quisieron participar. Se estudiaron sus datos sociodemográficos, patologías por enfermedades y clasificadas según CIAP-2, indicadores de sospecha, tipo y características de la violencia.

**Resultados:** La frecuencia de VG fue del 8,2%. Las mujeres víctimas de maltrato presentaron significativamente mayor riesgo de padecer hipertensión arterial (Odds ratio de prevalencia (OR) = 2,1; Intervalo de confianza del 95% (IC95%): 1,12-3,7), diabetes (OR = 2,6; IC95%: 1,3-5,1), dolores osteomusculares (OR = 2,6; IC95%: 1,4-4,7), enfermedades genitales (OR = 3,8; IC95%: 1,3-10,8), depresión (OR = 5,2; IC95%: 2,8-9,7) y ansiedad (OR = 2,5; IC95%: 1,3-4,6). Tras clasificar los problemas según la CIAP-2 se asoció a problemas del aparato cardiovascular (OR = 1,9; IC95%: 1,03-3,4), locomotor (OR = 2,2; IC95%: 1,2-4), psicológico (OR = 5,5; IC95%: 2,8-10,6), urinario (OR = 3,1; IC95%: 1,3-7,5) y genital (OR = 4,1; IC95%: 1,6-10,9). Las mujeres con VG acudieron un 57% de veces más a consulta durante los 12 meses previos que aquellas sin VG (13,1 vs 8,3 veces;  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los resultados del presente trabajo muestran que la VG se asocia con una peor salud física y psíquica, y que aquellas mujeres que la sufren consultan en más ocasiones a su médico. Los profesionales de Atención Primaria se encuentran en una situación privilegiada para detectar este problema.

### 10/372. DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO. INFLUENCIA DE LOS INDICADORES DE SOSPECHA

D. Yera Pilar<sup>a</sup>, M. Álamo Martell<sup>b</sup>, M. Parra Rivera<sup>c</sup> y M. Bozhenko Kozhushko<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS San Gregorio. Las Palmas; <sup>b</sup>CS Maspalomas. Las Palmas; <sup>c</sup>CS Doctoral. Las Palmas.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de la violencia de género (VG) mediante detección dirigida u oportunista según presente o no indicadores de sospecha, y la asociación de dichos indicadores con la existencia del maltrato.

**Metodología:** Estudio de casos-control, multicéntrico, en 3 centros de salud. Se entrevistaron 601 mujeres mayores de 18 años, con pareja y sin enfermedad que le impidiera comprender y responder coherentemente. Dos no quisieron participar. Se estudiaron sus datos sociodemográficos, patologías, indicadores de sospecha, tipo y características de la violencia.

**Resultados:** Se detectaron 49 (8,2%) casos de VG (14,6% entre las que presentaban algún indicador de sospecha y 1,7% entre las que no los tenían). Predominaba la VG psíquica: 6,8%, seguida de la física: 2,2% y sexual: 0,3%. El tiempo medio de duración de la VG fue 19,7 años. La VG se asoció a mayor edad, estar casada, menor nivel de estudios y social. En el análisis multivariante la VG se asoció de forma independiente a la actitud de la mujer durante la entrevista (Odds Ratio (OR): 27,9; Intervalo de confianza 95% (IC95%): 9,1-85,8), depresión (OR: 8,29; IC95%: 3,8-18,1), abuso de alcohol (OR: 7,76; IC95%: 1,3-47,6), dispareunia (OR: 5,71; IC95%: 0,6-64,1), mal uso de servicios sanitarios (OR: 5,38; IC95%: 2,4-12) y ver o sufrir malos tratos en la infancia (OR: 3,61; IC95%: 1,2-7,2).

**Conclusiones:** La prevalencia de VG es del 8,2%. La existencia de indicadores de sospecha y la actitud de la mujer implica investigar si sufre VG. La presencia de VG sin indicadores, la buena aceptabilidad del cribado y el escaso tiempo que lleva aconseja realizarlo también de forma oportuna.

### 10/393. EL ENLACE, UN VALOR AÑADIDO AL PREALT

N. Puig Girbau y M. Lladó Blanch

Servicio AP Badalona-San Adrián.

**Objetivos:** Implementar el protocolo de actuación ENLACE-PREALT para garantizar continuidad asistencial a los pacientes que post-alta hospitalaria requieran continuidad de cuidados. Conocer el número de pacientes que se han beneficiado de esta diferenciación, grado de dependencia y satisfacción. Dar bidireccionalidad al programa.

**Metodología:** Estudio multicéntrico, descriptivo, observacional, transversal. Ámbito: Atención Primaria (AP). Población estudio: pacientes adscritos a las 15 Zonas de Salud del Institut Català de la Salut de Badalona-Sant Adrià y Sta. Coloma de Gramenet, ingresados en el hospital Germans Trias i Pujol incluidos durante 2007-2009 en el programa. Variables: edad, sexo, visitas enfermera de enlace, tipo de visita y Barthel al alta hospitalaria, encuesta de opinión de los pacientes. Fuentes información: base de datos del programa de enlace y entrevista telefónica.

**Resultados:** Entre 2007-2009 las enfermeras de enlace de AP valoraron 2.231 pacientes que representaron 7.015 visitas. Excluidos 737. Peticiones de profesionales de AP 117. Índice de Barthel: autónomos/dependencia leve 1.298, moderada 137, severa/total 103. Del total de pacientes 447 precisaron PREALT (atención domiciliaria en 24-48h por atención primaria) y 1.045 ENLACE (visita a domicilio o en el centro de atención primaria en menos de 5 días naturales), de estos 186 precisaron visita a domicilio y 859 en el CAP. Encuestadas 202 personas, 91,1% de los pacientes habían estado hospitalizados anteriormente. Valoran con una media de 9,3 (DE  $\pm 1,24$ ) este proyecto de coordinación.

**Conclusiones:** Con este protocolo de actuación ENLACE-PREALT, se han podido beneficiar 1.045 pacientes que habrían sido excluidos con el programa PREALT. Teniendo en cuenta la alta valoración de los pacientes, vale la pena unir esfuerzos y extrapolarlo para ser implementado en otros territorios.

### 10/395. GESTIÓN INTELIGENTE, GASTO SOSTENIBLE

N. Puig Girbau<sup>a</sup>, R. Riera Torres<sup>b</sup>, M. Lladó Blanch<sup>a</sup>, M. Ferriz Díaz<sup>c</sup>, M. Toribio Toribio<sup>b</sup> y M. Ulldemolins Papasseit<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio AP Badalona-San Adrián; <sup>b</sup>ABS Badalona 6; <sup>c</sup>Dirección de AP Metropolitana Nord i Maresme.

**Objetivos:** Calcular el consumo de apósitos de los Centros de Salud (CS) de una Área de Gestión por compra directa durante 2006-2008. Saber el número de apósitos dispensados por receta médica, de proveedores y principios activos utilizados en cada CS. Comparar los PVP de los apósitos con los precios de los mismos apósitos negociados directamente con los proveedores del Servicio de Atención Primaria (SAP).

**Metodología:** Ámbito: Atención Primaria, 8 CS de una Región Sanitaria de Cataluña. Método: a partir de los datos facilitados por la Unidad de Farmacia del SAP y de los PVP a farmacia, se ha hecho un análisis de la cantidad y variedad de apósitos que se utilizan en estos CS y del gasto en euros que ha supuesto para el Institut Català de la Salut (ICS) durante 2006-2008. Se han comparado los 21 apósitos que facilita el SAP a todos los equipos por compra directa.

**Resultados:** Desde los CS se han dispensado en tres años 64.594 recetas de apósitos, con una media de 10 proveedores, utilizado 34 marcas comerciales y 110 medidas y presentaciones, sólo 15 principios activos. Esta dispensación ha supuesto 1.150.973,41 €. El gasto para el ICS de los 21 apósitos comparables con los servidos por el SAP durante los tres años ha sido de 382.794,03 €. Si todos los apósitos hubieran sido gestionados por el SAP su precio hubiera sido de 73.906,71 € lo que habría supuesto un ahorro de 308.887,32 €.

**Conclusiones:** Falta uniformidad en la prescripción de los CAP. La compra centralizada abarata los costes. Gestionar directamente consigue reducir hasta el 81% sobre el precio farmacia.

### 10/398. ¿CONSTITUYE UN PROBLEMA PARA EL MÉDICO DE PRIMARIA EL PACIENTE POLIMEDICADO?

J. Balbo Gómez y J. Velasco Villalba

Médico. SAS.

**Objetivos:** Conocer perfil farmacológico de pacientes mayores de 65 años polimedificados. Detectar riesgos por polimedicación. Revisar si se ha realizado analítica de sangre y calculado índice aclaramiento de creatinina, si existen derivaciones a especializada, y si consta en documento de derivación el tratamiento del paciente.

**Metodología:** Estudio observacional retrospectivo de historias informatizadas. Se realiza corte transversal de pacientes mayores de 65 años polimedificados. Se revisan historias para estudio de perfiles de prescripción, existencia de interacciones medicamentosas y resto de objetivos.

**Resultados:** Los mayores de 65 años representan el 20,54% de nuestros pacientes, el 60,29% consumen más de seis principios activos al día y el 5,6% más de 10. Los historiales de prescripción ponen de manifiesto un promedio de tres posibles causas que pueden implicar riesgo en el tratamiento del paciente. El 95% tienen analítica y al 5% se les ha calculado índice de aclaramiento de creatinina. Un 90% han sido enviados a especializada pero en el 90% de las derivaciones no consta tratamiento completo.

**Conclusiones:** Los polimedificados mayores de 65 años, representan un grupo de riesgo que debe de ser valorado por su médico de

forma periódica. Al participar en la polimedicación diversos profesionales se les debe de hacer coparticipes de los tratamientos facilitando en las hojas de derivación el tratamiento completo que toma el paciente para evitar duplicidades e interacciones medicamentosas.

### 10/400. EL PACIENTE DIABÉTICO Y LA CARTERA DE SERVICIOS: ¿COMPATIBLES?

N. Martínez Martínez, A. Ballesteros Pérez, G. Díaz, A. Gracia Tirado, R. Martín Tamayo y A. Martínez Roca

CS Los Dolores-Cartagena. Murcia.

**Objetivos:** Conocer el grado de buen control de los pacientes diabéticos (DM) tipo 2 de una zona básica de salud (ZBS).

**Metodología:** Diseño: estudio descriptivo transversal. Sujetos: población del estudio (N): Total de DM > 18 años incluidos en programa de DM: 2278. Población muestral: 329, obtenida mediante prevalencia (p) 50%, precisión (e) 5%, intervalo confianza (IC)95%. Los datos se obtendrán de H<sup>8</sup>-OMI, recogiendo variables: sociodemográficas, patologías crónicas asociadas, antecedentes personales y familiares, tratamiento, complicaciones micro o macrovasculares, análisis: perfil glucémico y dislipémico. Criterios exclusión: paciente terminal; no incluido o estar < 6 meses en programa; no querer ser incluido en el estudio; diabetes gestacional. Análisis estadístico: descripción y distribución frecuencias, ji-cuadrado, t-Test, ANOVA.

**Resultados:** 51,4% (IC95%: 43-59%) mujeres. Edad: 66,8 (IC95%: 65,1-68,5) años. 33,7% (IC95%: 27-41%) con antecedentes familiares de DM (AFDM). Fuma el 15,4% (IC95%: 10-20%), preferentemente hombres (p = 0,000) jóvenes (p = 0,0001) al igual que el consumo de alcohol (p = 0,001). 72,1% (IC95%: 67-77%) hipertenso (HTA), especialmente mujeres (p = 0,005) y obesos (p = 0,019) Tensión arterial media: 132/74 mm. 51,8% (IC95%: 49-55%) obesos (IMC: 31,4; IC95%: 29,3-33,5). Glucemia: 138,7 (IC95%: 133-144,4) mg/dl, hemoglobina glicosilada: 7,11%, más alta en no obesos (8,11; p = 0,001). Colesterol: 201,3 mg/dl (LDL: 124,6), siendo más alto en mujeres (p = 0,002) y obesos (p = 0,003). 11,8% (IC95%: 8,3-19,8%) complicaciones microvasculares sin diferencia sexo; si macrovasculares especialmente en hombre (p = 0,004) y con antecedentes vasculares (p = 0,004). 2,4% pulsos anormales y pie diabético. 40,4% sin controles periódicos. 72,5% (IC95%: 72,4-72,6%) toma antidiabéticos orales (ADO) y el 18,9% (IC95%: 18,8-20%) insulina. 86,8% (IC95%: 86,7-86,85%) tiene otros factores de riesgo cardiovascular. Resto sin diferencias significativas.

**Conclusiones:** 1º.- Buen control del paciente diabético que acude a los controles. 2º.- El personal sanitario no realiza de forma adecuada el protocolo. 3º.- Casi la mitad tiene AFDM. 4º.- Bajo porcentaje de patología micro/macrovacular.

### 10/408. INTERVENCIÓN GRUPAL MULTIDISCIPLINAR EN LA FIBROMIALGIA

R. Sequera Requero, A. Girona Amores, R. Cabello, C. González Berbería, N. Pérez León y J. Mármol Puy

Ambulatorio de Llefià. Badalona.

**Objetivos:** Investigar aspectos socio-demográfico-vitales de estas pacientes. Valorar eficacia de la intervención grupal multidisciplinar sobre la calidad de vida, frecuentación y duración visitas médicas de estos pacientes.

**Metodología:** ABS urbana de 50.000 habitantes (Llefià). Muestra: 60 pacientes con fibromialgia, seleccionadas por cada uno de los 20 médicos, por la mayor repercusión en el momento del estudio. Encuestas: SF-36 de calidad de vida, impacto-fibromialgia, socio-demográfica-vital. 12 sesiones grupales (terapia grupal multidisciplinar).



**Resultados:** Edad media 44 años, antecedente traumático-emocional en infancia 70,6%, cuidadoras de familiares. Sueño no reparador (menos de 6h, frecuentes despertares-pesadillas). Con la enfermedad su relación de pareja empeoró significativamente. 66,6% de las pacientes activas estaban de baja o con invalidez. La visita por reumatólogo fue valorada por una media de 4,3/10. La SF-36 mostró mejoras significativas en vitalidad, función social y rol emocional; mejoras no significativas en la esfera de salud física y en el impacto de fibromialgia. Disminuyó significativamente la frecuentación y el tiempo medio de visita, datos que además fueron constatados por sus médicos.

**Conclusiones:** Se constató acontecimiento vital estresante previo a la aparición de la sintomatología en el 88,2% de las pacientes. La terapia grupal se relacionó a una mejora clínica en las pacientes, objetivada en las encuestas, disminuyó la frecuentación al centro y duración de las visitas, siendo valorado muy positivamente por los médicos de las pacientes.

#### 10/410. ERGONOMÍA, FUNCIONALIDAD Y DISEÑO DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE NUEVA CONSTRUCCIÓN

E. Esteban Redondo<sup>a</sup>, R. López Tornero<sup>a</sup>, J. Bobadilla Paredes<sup>b</sup>, E. Oria López<sup>b</sup> y J. Flores Torrecillas<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Especialista en Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SMS; <sup>b</sup>Técnico en Prevención de Riesgos Laborales. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SMS; <sup>c</sup>Médico de Familia. CS Cartagena Casco Antiguo. Cartagena.

**Objetivos:** Conocer las condiciones ergonómicas para el trabajo, en el nuevo Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo, mención Especial en los Premios de Arquitectura de la Región de Murcia.

**Metodología:** Tras la comunicación del fin de la dotación del centro, se procedió a la visita por parte del Equipo de Prevención de Riesgos (EPR) del Área II, para evaluar el cumplimiento de las condiciones de seguridad y ergonomía. Se realiza la medición de los niveles de iluminación, y fotografías interiores y exteriores del centro, así como de los accesos.

**Resultados:** En las salas de trabajo de facultativos y de enfermería, las paredes y techo están pintadas en color verde oscuro, con una luminaria de 52 vatios sobre la mesa de trabajo y niveles de iluminación en la mesa entre 222 a 507 Lux, siendo lo recomendado 500 Lux. Falta la señalización de salidas de emergencias y de los mecanismos antipánico en las mencionadas puertas. En cuanto a los accesos, se observa que los pacientes deben acceder por una rampa que supera el 8% de desnivel.

**Conclusiones:** Los diseños realizados para obtener premios, deben tener en cuenta también los requerimientos de ergonomía y funcionalidad. Al realizar el diseño de los Centros de Salud, se ha de tener en cuenta para qué y por quién van a ser utilizados. Los EPR son asesores de las Gerencias en asuntos de prevención y pueden ayudar a reducir costes.

#### 10/417. ¿QUÉ PASA CON LOS DOLORS TORÁCICOS ATENDIDOS EN PRIMARIA?

A. González Gamarra<sup>a</sup>, M. Medina Sampedro<sup>b</sup>, J. Campos Rodríguez<sup>c</sup>, I. Fernández Gutiérrez<sup>a</sup>, M. Martínez Grandmontaigne<sup>a</sup> y A. García Garrigues<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Goya. Madrid; <sup>b</sup>CS Villaviciosa de Odón. Madrid; <sup>c</sup>CS Castelló. Madrid.

**Objetivos:** Valorar la concordancia diagnóstica y la evolución de los pacientes atendidos por dolor torácico con sospecha de origen cardiovascular en Atención Primaria.

**Metodología:** Se analizó los pacientes atendidos con el diagnóstico de dolor torácico debido a probable cardiopatía en el año 2007 y se vio la evolución hasta el momento actual (abril 2010). Para ello se sacó el listado de pacientes correspondientes a los códigos de OMI: K01, K03 y K74 del 2007. El análisis se realizó en 2 Centros de Salud diferentes.

**Resultados:** Se obtuvieron 341 pacientes (247 de Goya y 94 Villaviciosa), pero se eliminaron 157 por haber acudido antes al hospital (123 y 34 respectivamente), 17 por estar mal codificados y 33 por datos insuficientes. Evaluamos los 134 restantes en los que se sospechó angor en el 56,71%, dolor torácico atípico 38,05% y síndrome coronario agudo 5,22%. El 52,23% eran varones (edad media 62,27) y el 47,76% mujeres (68,86). Fumaban 23,13%, Ex-fumadores 23,88%, 44,76% no fumadores. Antecedentes familiares 12,68%. Antecedentes cardiopatía 22,38%. Diabetes 22,38%. Hipertensión 35,82. Dislipemia 38,05%. Electrocardiograma informado en 92,53%. Se derivó a urgencias 31,34% y a cardiología 41,04%. La concordancia diagnóstica para angor fue del 52,63% Para dolor torácico atípico 39,21% y para síndrome coronario agudo 85,71%.

**Conclusiones:** En el centro de salud periférico acuden más que en el urbano, que van directamente al hospital. Aunque había personas con el antecedente de cardiopatía isquémica acudían por otras patologías de nuevo. La mayoría tenían ecg inespecíficos. La concordancia fue mayor cuando se tipificó de síndrome coronario agudo.

#### 10/425. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL DE LOS HIPERTENSOS DIAGNOSTICADOS DE NEFROPATÍA. ESTUDIO PRESCAP

G. Rodríguez Roca<sup>a</sup>, J. Llisterri Caro<sup>b</sup>, F. Alonso Moreno<sup>c</sup>, V. Barrios Alonso<sup>d</sup>, E. Carrasco Carrasco<sup>e</sup> y J. Gorriiz Teruel<sup>f</sup>

<sup>a</sup>CS de La Puebla de Montalbán. Toledo; <sup>b</sup>CS Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; <sup>c</sup>CS Sillería. Toledo; <sup>d</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid; <sup>e</sup>CS de Abarán. Murcia; <sup>f</sup>Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

**Objetivos:** Analizar las características clínicas y el control de PA de los hipertensos incluidos en el estudio PRESCAP 2006 que padecían nefropatía.

**Metodología:** Estudio transversal y multicéntrico realizado en AP. Se incluyeron a hipertensos  $\geq 18$  años que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo. Se consideró que existía nefropatía cuando figuraba registrado en la historia clínica del paciente el antecedente de microalbuminuria (30-300 mg/24h), proteinuria (albuminuria  $> 300$  mg/24h) o creatininemia 1,2/1,3 mg/dL en mujeres/hombres. La PA se midió siguiendo normas estandarizadas, calculándose la media aritmética de al menos dos tomas sucesivas separadas entre sí dos minutos; se consideró que existía buen control de PA cuando el promedio era  $< 140/90$  mmHg.

**Resultados:** De los 9.928 hipertensos analizados 951 [9,6% (IC95%: 9,0-10,2)] padecían nefropatía (edad media  $68,1 \pm 10,9$  años, 51,7% varones). En pacientes con/sin nefropatía la PAS media fue  $141,6 \pm 16,5/137,5 \pm 14,3$  (p  $< 0,0001$ ) y la PAD media  $81,2 \pm 10,8/80,6 \pm 9,1$  mmHg (p  $< 0,005$ ). Se halló peor control de la PAS y PAD (p  $< 0,0001$ ) en pacientes con nefropatía (44,0 vs 54,0%). Los pacientes con nefropatía presentaron respecto a los que no padecían la enfermedad mayor edad, IMC, perímetro de cintura y antigüedad de la HTA, así como superiores prevalencias de diabetes mellitus, dislipemia, sedentarismo, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y enfermedad cardiovascular (p  $< 0,0001$  en todas).

**Conclusiones:** Los pacientes con nefropatía tienen más edad, suelen ser varones y presentan mayor agregación de factores de riesgo cardiovascular. Tan sólo cuatro de cada 10 de estos pacientes muestra buen control de la HTA.

### 10/432. POLIMEDICACIÓN EN ENFERMOS CARDIOVASCULARES

J. Arenas Alcaraz, D. Pacheco Acuña, M. Ahmad, C. Paniagua Merchán, H. Held y M. Alba Torné

CS La Unión. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

**Objetivos:** Descripción de la cantidad de polifarmacia que toman los pacientes que han sufrido un evento cardiovascular.

**Metodología:** Para lo cual se obtuvo la población de pacientes diagnosticados de enfermedad cardiovascular, por el registro de éstas en el sistema de historia clínica informatizada en el programa OMI-AP, del que disponemos en nuestras consultas, se excluyeron las consultas pediátricas y las de los consultorios periféricos de nuestra Zona Básica de Salud, estas últimas por su reciente informatización. Obteniendo así el día 19 de marzo de 2010 una muestra de 296 pacientes con una potencia del 90% y un intervalo de confianza del 90%, considerando una ampliación para sustituir las pérdidas.

**Resultados:** El análisis estadístico realizado nos ofrece que la media de edad de la muestra es de 56,18 años de edad, con pacientes entre 14 y 99 años de edad, de los cuales el 45,6% son hombres y el 54,1% son mujeres. Estos pacientes tienen que tomar 2,95 fármacos de media, un 25% de estos pacientes toman más de 5 fármacos, habiendo un paciente que tiene indicados 15 fármacos.

**Conclusiones:** Siendo el siguiente paso la optimización de estos tratamientos para que conservando la eficacia se mejore la calidad de vida de los pacientes respecto a la toma de la medicación que precisan.

### 10/443. EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEMOSTRADAS CON TERAPIA GRUPAL POR RCV TOTAL

N. Puig Girbau<sup>a</sup>, M. Lladó Blanch<sup>a</sup>, G. Pera Blanco<sup>b</sup>, R. Riera Torres<sup>a</sup>, M. Medina Peralta<sup>a</sup> y Grupo de Trabajo RCV<sup>c</sup>

<sup>a</sup>EAP Badalona 6 Llefia; <sup>b</sup>USR Mataró; <sup>c</sup>Badalona San Adrián.

**Objetivos:** Evaluar si la atención grupal es igual o mejor que la atención individual en el abordaje de los pacientes con riesgo cardiovascular; en términos de cumplimiento terapéutico, grado de control metabólico, recursos utilizados, grado de satisfacción de pacientes y profesionales.

**Metodología:** Diseño: estudio multicéntrico de intervención en dos ramas, estratificados por grupos de riesgo. Grupo intervención-atención grupal, sesiones conducidas por sus enfermeras referentes. Por cada paciente del grupo-intervención se asignó un paciente al grupo-control, que seguía en consulta individual. El ensayo duró un año. Sujetos: 2.127 pacientes incluidos en el protocolo de patologías crónicas de 7 equipos de Atención Primaria de Badalona-Sant Adrià. Recogida de información: de las variables cardiovasculares, del grado de control y uso de recursos sanitarios, de las historias informatizadas. Encuesta de satisfacción a pacientes-intervención en cada taller y a profesionales al final.

**Resultados:** Comparativa entre 528 pacientes-intervención y 824 controles. Al año de seguimiento no habían diferencias significativas, excepto en el gasto farmacéutico y número de medidas de las variables. Se realizaron 197 talleres, repartidos en 4 sesiones de 48,75 minutos, asistencia media 10,40 pacientes. Dedicación anual enfermera por paciente/año fue de 39,59 minutos, ahorrando 20,41 minutos por enfermera/paciente/año. Satisfacción pacientes-intervención 4,5/5. Las 17 enfermeras que dirigieron los talleres opinan que esta intervención mejora la autoestima e independencia de los pacientes y debe tener continuidad.

**Conclusiones:** Considerar un perfil de paciente candidato a recibir educación grupal, por el ahorro de tiempo y la reducción de carga asistencial de enfermería, que redundaría en un aumento de la eficiencia al sustituir la consulta individual.

### 10/445. ¡LÁZARO! LEVÁNTATE Y ANDA

I. García Barrio, A. Fernández Fernández, M. Menéndez Piquero, M. Vázquez Huerga y J. Matos Marcos

Gerencia Atención Primaria Área VIII. Asturias.

**Objetivos:** Describir y valorar el trabajo realizado en la Unidad de Apoyo Fisioterapéutica de Atención Primaria del Área VIII de Asturias desde abril del 2009 hasta abril del 2010.

**Metodología:** Población a estudio: toda la población del área que fueron derivados a la unidad de fisioterapia a través de la herramienta informática LázarO. La fuente de datos: se utilizó la herramienta informática LázarO que es una aplicación web. Todos los usuarios acceden a través de la red al servidor donde se almacenan los datos.

**Resultados:** Nº de pacientes derivados a unidad: 5.571 (7%). Nº de consultas generadas: 49.362. Nº de patologías más prevalentes derivadas a la unidad: C. cervical: 1.318; Hombro: 870; C. lumbar: 717. Nº de tratamientos más prevalentes realizados en la unidad: Termoterapia: 51.727; Electroterapia: 38.837; Cinesiterapia: 5.655.

**Conclusiones:** Gran variabilidad en los tratamientos realizados según los fisioterapeutas. Gran variabilidad en cuanto al número de usuarios derivados por profesionales. Las patologías más demandantes son: c. cervical, hombro y c. lumbar. Las listas de esperas condicionadas por los distintos tipos de tratamientos.

### 10/453. RESONANCIA MAGNÉTICA (RNM) EN ATENCIÓN PRIMARIA

B. Iraola Sierra<sup>a</sup> y M. Gutiérrez Angulo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Gros. San Sebastián. Guipúzcoa; <sup>b</sup>CS de Beraun. Rentería. Guipúzcoa.

**Objetivos:** Analizar el motivo de petición de RNM en patología de columna, solicitada desde Atención Primaria (AP).

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Población a estudio: Se revisa la solicitud de RNM y datos del informe radiológico recogidos en la historia informatizada, por un periodo de 12 meses, de pacientes de 8 centros de salud, que cubren una población de 76.651 personas mayores de 14 años. Se registran variables demográficas, solicitudes por centro, motivo de la solicitud y manejo posterior.

**Resultados:** El análisis tuvo lugar sobre 78 solicitudes de un total de 81 (3 excluidos). Edad media: 53 años (mínima 38, máxima 82) el 64% mayores de 50 años, 51% hombres. En el 99% de las solicitudes la evolución de los síntomas fue superior a 6 semanas. Los motivos de petición fueron: dolor radicular en extremidades (71%), sospecha de patología espinal (15%) y dolor común (14%). El 40% de pacientes fue tratado en AP y un 60% derivado a especializada, por dolor radicular (72%), sospecha de patología espinal (15%) y por dolor común (13%).

**Conclusiones:** El dolor radicular crónico fue el principal motivo de petición de la RNM así como el de derivación. La variabilidad en el porcentaje de peticiones por centros fue alta. Los porcentajes de derivación por centro fueron semejantes en todos los centros. Un tercio de los pacientes no requirió derivación.

### 10/457. GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS GUÍAS RESPECTO A LOS OBJETIVOS DE CONTROL Y RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ESPAÑA. ESTUDIO EN-USO

J. Llisterri Caro<sup>a</sup>, R. Lluch Martínez<sup>b</sup>, S. Vera García<sup>c</sup>, F. Sánchez Díez<sup>a</sup>, M. Pérez Adelantado<sup>c</sup> y A. Ruiz García<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; <sup>b</sup>Departamento Médico Rottapharm-Madaus. Barcelona; <sup>c</sup>Residente de Medicina de Familia. CS Joaquín Benlloch. Valencia.

**Objetivos:** Obtener información sobre la realidad de la práctica clínica en cuanto al conocimiento de los objetivos de PA y recomen-

dación de tratamiento antihipertensivo en distintas situaciones clínicas.

**Metodología:** Estudio naturalístico observacional transversal mediante encuesta epidemiológica, realizada entre el 1/11/2009 y 31/12/2009 en 1.000 médicos de AP seleccionados mediante muestreo no probabilístico y distribuidos por todo el ámbito nacional de forma proporcional al número de médicos de cada Comunidad. El cuestionario recoge variables sociodemográficas, de conocimiento, práctica clínica y opinión. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v17.

**Resultados:** Se incluyeron 947 formularios válidos para el análisis (75% varones), edad media  $\pm$  DT 51,1  $\pm$  6,6 años. El 45% de los encuestados refiere medir la PA en consulta, utilizando mayoritariamente aparatos automáticos (43%). El 82% manifiesta seguir recomendaciones de alguna guía, siendo la más conocida la de SE-HLELHA (55,2%). El 47% estima correctamente el porcentaje de control actual de HTA (40%) y el 61% y 55% contesta adecuadamente a los objetivos de control a conseguir en población general hipertensa ( $< 140/90$ ) y diabetes ( $< 130/80$ ), respectivamente. El 87% identifica correctamente las situaciones recomendadas por las guías para el inicio del tratamiento combinado. El 47% de los médicos opinan que la principal causa de no conseguir el control es el incumplimiento terapéutico.

**Conclusiones:** La magnitud del problema de la HTA y su impacto sobre la morbilidad cardiovascular, determina, según nuestros resultados, la necesidad de mejorar el conocimiento y las actitudes en el manejo del paciente hipertenso en la AP de nuestro país.

#### 10/465. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DEL ROTATIVO MIR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ DEL ÁREA III DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

J. Jiménez González<sup>a</sup>, L. Escobar Álvaro<sup>b</sup>, J. Linares Figallo<sup>a</sup>, I. Sánchez Pérez<sup>b</sup>, M. Navarro Perán<sup>a</sup> y M. Úbeda Fernández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia; <sup>b</sup>Hospital de Torrecárdenas. Almería; <sup>c</sup>Área III. Servicio Murciano de Salud. Lorca. Murcia.

**Objetivos:** Analizar la percepción del valor real por parte de los residentes y adjuntos del rotativo MIR, dentro del Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez del Área III del Servicio Murciano de Salud.

**Metodología:** Para nuestro estudio hemos pasado encuestas a todos los residentes familia de primer año de nuestro hospital en 2008, un total de 15 comparándolo con los residentes de 2010, un total de 20, a su vez hemos realizado la misma encuesta a los adjuntos en 2010 de urgencias, un total de 25, que realizaron su residencia en el hospital y rotaron en el mismo servicio, para conocer la valoración que hacen de su rotación en urgencias, con el análisis de ítems como: satisfacción con el servicio, organización y utilidad de las mismas.

**Resultados:** Debido a las características de hospital comarcal de segundo nivel, hemos concluido con los resultados de que los residentes MIR demandan más organización en su rotativo en un 45%, así como algo a destacar, más apoyo formativo en un 56%.

**Conclusiones:** De todo lo expuesto esperamos que con la futura transformación de nuestro centro a Hospital Universitario, albergando un Campus de Ciencias de la Salud, la perspectiva de formación y prácticas mejore en nuestro centro, algo que dará pie para nuevos estudios.

#### 10/466. LA EUTANASIA: UNA VISIÓN SOCIAL, LEGAL, SANITARIA DENTRO DEL ÁREA III DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

M. Navarro Perán, J. Jiménez González y L. Escobar Álvaro

Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia.

**Objetivos:** Dar una visión general y amplia de la dimensión de la eutanasia en las distintas parcelas sociales que la rodean.

**Metodología:** Trabajo descriptivo, en donde ofrecemos un recorrido histórico de la eutanasia desde su perspectiva social, legal, sanitaria dentro del Área III de Salud del Servicio Murciano de Salud, hasta la actualidad. Todo ello nace de la inquietud que como miembros del Comité de Ética Asistencial del Área III de Salud nos surge en nuestra actividad asistencial diaria.

**Resultados:** El hombre enfermo es un ser necesitado de ayudas de muy diverso tipo a causa de una diversidad de sus necesidades: biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Su situación reclama lo que hoy se llama atención integral para poder restablecer o para asumir sanamente su enfermedad para luchar contra la muerte o para aceptarla y vivirla con dignidad cuando llega.

**Conclusiones:** Se reconoce como un derecho del paciente no tan sólo a vivir el proceso de muerte con dignidad, sino a acceder al mejor tratamiento paliativo, de acuerdo a la propia autonomía y capacidad de decisión del paciente, esto es también conocido como trato humano hacia el paciente, algo que dentro de nuestra actividad asistencial es fundamental.

#### 10/468. ACEPTACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO DE LA VACUNA CONTRA LA GRIPE A/H1N1

F. Martín Cabrera, C. Gironés Bredy, M. Benito Lozano y M. Expósito Rodríguez

Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos:** Conocer la aceptación de la vacuna contra la gripe A/H1N1 (VcGAH1N1) entre el personal sanitario que trabaja en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH). Compararla con el grado previo de administración de la vacuna contra la gripe estacional de la campaña 2009/2010 (VcGE2009/2010). En el caso de existir rechazo de la VcGAH1N1, averiguar la causa del mismo.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal, realizado mediante encuesta entre el personal sanitario de un SUH, el día anterior al inicio de la administración de la VcGAH1N1.

**Resultados:** De las 40 encuestas contestadas: 9 (22,5%) habían recibido la VcGE2009/2010; 4 (10%) pensaban recibir la VcGAH1N1. Entre los motivos para rechazar la VcGAH1N1 destacan: 16, "nunca me vacuno contra la gripe"; 8, "no confío en la seguridad de esta vacuna, temo sus efectos secundarios"; 5, "la gripe A/H1N1 es una enfermedad leve, no es necesario vacunarse". No existe diferencia con significación estadística al comparar el número de los que tenían intención de recibir la VcGAH1N1 con los que habían recibido la VcGE2009/2010, ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** 1) El nivel de aceptación encontrado de la VcGAH1N1 es bajo. 2) La aceptación de la VcGAH1N1 es similar al grado de administración previo de la VcGE2009/2010. 3) El 30% de los encuestados manifiestan desconfianza hacia la VcGAH1N1, su capacidad de protección, seguridad o efectos secundarios.



### 10/469. FACTORES RELACIONADOS CON EL INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES REMITIDOS DE ATENCIÓN PRIMARIA CON SOSPECHA DE GRIPE A/H1N1

F. Martín Cabrera, C. Gironés Bredy, M. Benito Lozano, M. Expósito Rodríguez y J. Alonso Lasheras

*Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.*

**Objetivos:** Conocer los factores asociados al Ingreso Hospitalario (IH) de pacientes remitidos de Atención Primaria (AP) con clínica sugestiva de gripe A/H1N1 (GAH1N1).

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal mediante revisión de historias clínicas, de los pacientes mayores de 14 años, remitidos de AP, con clínica sugestiva de GAH1N1, a un Servicio de Urgencias Hospitalario. El periodo de estudio fue del 16 de agosto al 15 de noviembre de 2009. Las variables fueron: sexo, edad, tratamiento previo con oseltamivir, PCR positiva para GAH1N1, antecedentes de: diabetes mellitus, cardiopatía, EPOC, nefropatía, obesidad, patología oncológica, asma, embarazo y VIH.

**Resultados:** Se remitieron 122 pacientes, de los que ingresaron 20. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el IH y las siguientes variables: edad mayor de 50 años ( $p < 0,05$ ), tratamiento previo con oseltamivir ( $p < 0,01$ ), antecedentes de nefropatía ( $p < 0,05$ ) y la presencia de dos o más antecedentes clínicos ( $p < 0,01$ ). No hay relación con significación estadística del IH con el resto de variables estudiadas de forma individual.

**Conclusiones:** 1) Tener una edad mayor de 50 años, el tratamiento previo con oseltamivir y los antecedentes de nefropatía están asociados a mayor probabilidad de IH en la población del estudio. 2) La presencia de dos o más antecedentes clínicos se correlaciona con un mayor índice de IH.

### 10/470. LAS NUEVAS FORMAS DE ATENCIÓN A > 80 AÑOS EN LA ZBS "LA LAGUNA", CÁDIZ

J. Benítez Rivero, F. Bonet Linero, M. Luque Barea y J. Caparrós

*CS La Laguna-SAS Cádiz.*

**Objetivos:** La UGC La Laguna, dentro del Contrato Programa del pasado año decidió introducir como objetivo prioritario la realización de un plan integral de atención a los mayores de 80 años de la laguna -PIAMLA'80-. 1.- Elaboración del PIAMLA'80 para aquellos mayores de 80 años que vivan solos y/o con familiar de similar edad, sin apoyo familiar y/o formal. -Valoración Geriátrica integral. -Detección de polimedicados, análisis de caídas, malnutrición y gestión de la Ley de Dependencia. -Coordinación con los Servicios Sociales Comunitarios.

**Metodología:** De la Base de Datos de Usuarios (BDU) listamos a los > 80, por clave médica para proceder a la detección de la situación según los criterios de inclusión. Formación a la plantilla en VGI y al proceso de informatización de la historia en la aplicación informática del SAS Diraya.

**Resultados:** Se han valorado a los ancianos > 80, por parte de cada médico, habiéndose detectado de una población de 984, a 324 mayores de 80 años que viven solos. Siendo las mujeres mayoritarias con un 73%.

**Conclusiones:** Para una población de nivel sociocultural alto, hemos encontrado más > 80 años solo de lo esperado. En este año realizamos Valoración Geriátrica Integral (VGI) a todos y consecución de los objetivos secundarios, estando a final del primer cuatrimestre en el 28%. Es posible trabajar conjuntamente médicos-enfermeros-trabajador social en Atención Primaria. Encontramos más de lo esperado, pero creemos que es debido al alto nivel socioeconómico de nuestra zona.

### 10/473. CONTROL TRATAMIENTO CONTINUADO EN LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL A 2 AÑOS

E. Navalón García

*EAP de Montcada i Reixac. Clínica de Mataró.*

**Objetivos:** Evaluar la efectividad del tratamiento continuado con sildenafil en pacientes con disfunción eréctil (DE), para mantener relaciones normales a voluntad, sustituyendo tratamientos a demanda.

**Metodología:** Estudio de intervención, sin grupo control, en pacientes con DE y un seguimiento de un año. Muestra: pacientes que acuden a la consulta por DE durante 2009/2010. Exclusión: drogadicción, cardiopatía severa, HTA incontrolada y administración de nitritos. Intervención: sildenafil. 2 veces por semana, jueves y sábados. Seguimiento mensual. Medidas: cuestionario corto disfunción eréctil (squad: rango posible de 0 a 15, peor a mejor), efectos secundarios, patología concomitante, mejoría en fuerza de micción.

**Resultados:** 25 pacientes, media de edad 56,2 años (DE: 5,9). Un 19,8% presentaban dislipemia, y 16,3% HTA. Inicialmente el 67% de las disfunciones eran leves, y 33% moderadas, con media del test squad de 7,3. A partir del primer control, el 100% de los pacientes pasaron a tener un valor del test squad de 15, mantenido durante todo el seguimiento. El 98,1% refieren también mejoría en la fuerza del chorro miccional. El 48% no presentaron efectos secundarios, un 27,6% dolores musculares leves, 13,8% dispepsia, y 10,3% rubefacción. No hubo casos de priapismo.

**Conclusiones:** El tratamiento con sildenafil administrado dos veces por semana resulta muy efectivo para mantener relaciones sexuales normales a voluntad, en pacientes con pareja estable. La presencia de enfermedades concomitantes como la HTA o dislipemia no afectó el tratamiento con sildenafil, ni éste interfirió con las referidas patologías. Los efectos secundarios, aunque poco frecuentes, no precisaron tratamiento y desaparecieron con el tiempo. La baja de precio del fármaco hace posible que sea más accesible la adquisición a pacientes que tenían limitada su economía.

### 10/476. EL LIDERAZGO: FUNDAMENTAL PARA EL DESARROLLO DE PROCESOS CLÍNICOS DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Pérez López<sup>a</sup>, D. Baulenas Perellada<sup>b</sup>, F. Gabilán Martínez<sup>c</sup>, X. Frías Garrido, J. Luque González<sup>e</sup> y J. Cruz Doménech<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. ABS Nova Lloreda; <sup>b</sup>CAP Servei Atenció Primària; <sup>c</sup>ABS Riera; <sup>d</sup>Médico de Familia. ABS Martí Julià; <sup>e</sup>Médico de Familia. ABS Morera.

**Objetivos:** En los últimos años todas las organizaciones sanitarias han desarrollado diferentes estrategias por tal de mejorar tanto la calidad asistencial de sus procesos clínicos asistenciales como la capacidad resolutoria de los profesionales que intervienen en estos procesos. Con esta finalidad y mediante el liderazgo de profesionales de diferentes niveles asistenciales (Atención Primaria, Especializada, UCIEs, socio-sanitario, Unidad de calidad) hemos desarrollado diferentes procesos entre ellos: vías clínicas para diferentes patologías crónicas; telemedicina (desarrollo de la teledermatología) y un cambio de modelo asistencial (modelo proactivo basado en la estratificación del riesgo según la comorbilidad-complejidad y fragilidad de nuestros pacientes).

**Metodología:** Ámbito de actuación: profesionales y población de 7 ABS urbanas, 1 Hospital de referencia, 1 centro socio-sanitario y un PASSIR (asistencia salud sexual y reproductiva). Para el éxito de la elaboración, difusión e implantación de los diferentes procesos han estado decisivos diferentes factores: 1. La formación de todos los líderes desde el responsable de la unidad de calidad, el responsable de procesos de mejora clínica de atención primaria (RPM-AP)

y todos los profesionales sanitarios implicados. 2. La creación de grupos multidisciplinares de todos los ámbitos asistenciales con un cronograma definido de estas reuniones que en algunos casos eran de forma quincenal y en otras cada 2 meses con una duración de 5-6 horas y dentro de la jornada laboral de los profesionales. En cuanto a la tele dermatología también ha sido un trabajo en red y multidisciplinar con la colaboración del servicio de dermatología y de informática. Se realizó formación en fotografía digital a todos los profesionales médicos + dermatólogos y posteriormente sesiones clínicas para explicar el funcionamiento del software (MIO) Y de la plataforma MEDTING para el envío de las telederivaciones. Finalmente en cuanto al cambio de modelo asistencial participan desde el responsable de atención primaria, de la oficina de innovación, médicos internistas, médicos de AP y el responsable de la atención a la comunidad.

**Resultados:** Presente: en estos momentos (año 2010) dentro de nuestra organización está implantada la vía clínica del AVC (accidente vascular cerebral) y desde hace 1 año la vía clínica del EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) en las 7 ABS en coordinación con el servicio de neumología del hospital de agudos con indicadores cualitativos y cuantitativos. La vía clínica de insuficiencia cardíaca está en fase de difusión en toda la organización en su elaboración han intervenido profesionales de todos los ámbitos asistenciales y se ha realizado mediante un formato innovador (Software Qualigram) esto permite una rápida gestión y publicación del entorno web, de los diseños gráficos de circuitos y procedimientos. En 2-3 meses empezaremos con su implantación con indicadores en cada nivel asistencial. También se están elaborando 5 vías clínicas más (DM, HTA, dislipemia, obesidad y demencias). La tele dermatología está implantada en las 7ABS esto permite una respuesta por parte de Dermatología en 24-48h con disminución de las listas de espera. Futuro: año 2011 (implantación progresiva del resto de vías clínicas; tele dermatología en centro-socio-sanitario; cambio de modelo asistencial para estratificación del riesgo poblacional teniendo en cuenta la fragilidad y complejidad de los pacientes, actualmente en fase de elaboración).

**Conclusiones:** El liderazgo bien ejercido nos ha permitido desarrollar un proyecto que en enero de 2008 era impensable; los líderes pueden estar en cualquier nivel asistencial y a veces no necesariamente son directivos sino personal asistencial (se han de saber buscar). El trabajo en red y los grupos multidisciplinares son vitales para desarrollar procesos clínicos de calidad; sin el soporte de los responsables y directivos de la organización hubiese sido muy difícil poder implantar el proyecto; el hecho de que la implantación de las vías forme parte de la dirección por objetivos (DPOs) de los profesionales mejora no sólo el registro sino también los resultados. Se han de crear espacios dentro del horario laboral de los profesionales para desarrollar proyectos si queremos calidad.

#### 10/485. CONCORDANCIA DE 2 ESCALAS PSICOMÉTRICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

G. Pizarro Romero<sup>a</sup>, M. Valle Calvet<sup>b</sup>, N. Montellá Jordana<sup>c</sup>, V. López-Marín<sup>a</sup>, R. Alcolea García<sup>a</sup> y T. Rama Martínez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CAP Llefià. Badalona; <sup>b</sup>Residente (R4). Medicina de Familia. CAP Llefià. Badalona; <sup>c</sup>Técnica de Salud Pública. CAP Dr. Robert. SAP Badalona/Sant Adrià de Besòs; <sup>d</sup>Médico de Familia. CAP Piera. Barcelona; <sup>e</sup>Médico de Familia. CAP Besòs. Barcelona; <sup>f</sup>Médico de Familia. CAP Premià de Mar. Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar la concordancia de las escalas AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) y MALT-S (Münchener Alkoholisismus Test Subjektiv) para el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol (TCA).

**Metodología:** Diseño: estudio descriptivo de concordancia en 3 consultas de Atención Primaria. Sujetos: pacientes  $\geq 18$  años aleatorizados que acuden a consulta de enero-abril 2010. Variables: socio-demográficas, consumo de tabaco, de alcohol y tipo (abstinencia, de bajo riesgo, de riesgo/perjudicial y dependencia). Mediciones: test AUDIT si consumo de alcohol; test MALT-S si consumo de riesgo/perjudicial según AUDIT. Análisis descriptivo y cálculo del índice kappa.

**Resultados:** Participaron 260 pacientes, edad media = 54,4 años ( $DE \pm 13,98$ ), el 56,5% hombres. El 30,8% fumadores y el 57,3% ( $n = 149$ ) consumían alcohol (75,2% hombres). De los consumidores de alcohol, 146 respondieron el AUDIT: consumo normal = 67,8% (IC95%: 60,2-75,4), consumo de riesgo/perjudicial = 17,8% ( $n = 26$ ; IC95%: 11,6-24) y posible dependencia = 14,4% ( $n = 21$ ; IC95%: 8,7-20,1). Prevalencia de TCA = 18,1% (IC95%: 13,4-22,8). De éstos, según el test de MALT-S el 14,9% fueron clasificados de consumo normal, 40,4% de posible dependencia y 42,6% dependientes (no respuestas = 2,1%). El índice de kappa fue de 0,88 y de 0,69 en  $>65$  años.

**Conclusiones:** La concordancia entre el test AUDIT y el test MALT-S para el diagnóstico de TCA es muy buena, si bien el test AUDIT tiende a sobrestimar la dependencia alcohólica en ancianos. El cuestionario AUDIT incrementa la detección del consumo excesivo de alcohol en atención primaria, pero con una significativa carga de trabajo en su aplicación y en la valoración de los casos positivos.

#### 10/486. PERFIL LIPÍDICO EN $> 65$ AÑOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL + DIABETES MELLITUS

J. Benítez Rivero y N. Perejón Díaz

CS "La Laguna" SAS. Cádiz.

**Objetivos:** Cuando las Guías de Práctica Médica sugieren acciones específicas en el control de los FRCV, se pone de manifiesto la necesidad de controlar estos factores en los  $> 65$  años, en los que la HTA + DM aumenta el riesgo de mortalidad cardiovascular. Conocer el grado de control desde el punto de vista del perfil lipídico en  $> 65$  años con HTA en la ZBS La Laguna de Cádiz.

**Metodología:** Estudio retrospectivo transversal de una muestra significativa de  $> 65$  años con diagnóstico de HTA y DM, para una protección de error 0,05 y una sensibilidad del 5% de 285 pacientes, realizado durante el segundo semestre de 2009 en la UGC "La Laguna" de Cádiz.

**Resultados:** Con una edad entre 65,32 y 95,93 años con una media de 76,96 años, hombres 44,21% y mujeres el 55,78% y un perfil de colesterol medio de 211 mg/dl (50-348) siendo en hombres de 198 mg/dl (50-348) y en mujeres de 220 mg/dl (100-292). Triglicéridos de 140 mg/dl y oscilando entre 35-1.078, para hombres de 142 mg/dl (35-1.078), para mujeres de media 139 (35-380). HDL-colesterol de media 57 mg/dl (25-105), para hombres de 54 mg/dl (26-105) y en mujeres 59 mg/dl (25-96). LDL-colesterol en 130 mg/dl (37-235) en hombres 122 (37-235) y en mujeres con 137 (48-198).

**Conclusiones:** Nos llama la atención el intervalo tan amplio para triglicéridos en hombres, que no encontramos en otros estudios. El resto de parámetros del perfil lipídico: colesterol HDL y LDL se encuentran en niveles óptimos para este sector de población y con HTA + DM.

#### 10/488. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ANTECEDENTE DE EVENTO ISQUÉMICO PREVIO QUE PRESENTAN UN NUEVO EPISODIO ISQUÉMICO

A. Altés Boronat, C. Casals Beistegui, E. Manzano Prado, M. Minguez Lázaro, V. Rodríguez Aguilera y M. Calvo Rosa

Médico de Familia. CS Sants. Barcelona.

**Objetivos:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con antecedente de un episodio isquémico

previo y que presentan un nuevo episodio isquémico coronario (EC) o cerebrovascular (ECV).

**Metodología:** Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: CS urbano. Sujetos: pacientes diagnosticados de episodio isquémico coronario (EC) o cerebrovascular (ECV) durante los años 2008 y 2009 que presentaban el antecedente de evento isquémico previo al dicho episodio. Mediciones: edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), antecedente isquémico previo, control por el C.S. y/o cardiólogo/neurólogo, número de visitas al médico de familia y enfermera en los 12 meses previos al nuevo evento, existencia de tabaquismo activo, presencia de obesidad (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>), último registro previo de: tensión arterial sistólica (TAs), tensión arterial diastólica (TAd), colesterol LDL y glicemia. Existencia de fibrilación auricular (ACxFA). Uso de IECA/ARA II, estatina, aspirina, sintrom y betabloqueante.

**Resultados:** De los 177 pacientes con EC o ECV, 37 (21%) habían tenido evento previo. De estos nuevos casos, el 73% correspondía a EC y el 27% a ECV. El 70% eran hombres, y la edad media fue de 74 años (el 58% tenía > 75 años). El 86% se controlaba en el centro de salud (media de 7 visita al médico de familia y 5 a la enfermera en los últimos 12 meses) y el 40% seguía controles por cardiólogo/neurólogo. El 8% era fumador activo, el 40,5% era obeso y el 27% tenía ACxFA. Tenía registro de TA el 86%, de estos el 60% tenía TAs > 130 mmHg y el 25% TAd > 80 mmHg. Tenía registro de glicemia el 84%, siendo > 110 mg/dl en el 66% de pacientes y > 120 mg/dl en el 25%. Tenía registro de LDL el 75% de pacientes, siendo > 100 mg/dl en el 80% de casos y > 130 mg/dl en el 40%. De los pacientes con ACxFA el 60% tomaba sintrom y el 30% aspirina. Tomaban estatina el 57% de pacientes, IECA/ARA II el 65%, aspirina el 62% y betabloqueante el 46%.

**Conclusiones:** Los factores de riesgo más prevalentes fueron HTA, sexo masculino, edad > 75 años, dislipemia y obesidad. La mayoría seguían controles en el centro de salud con una alta frecuentación. A pesar de ello, existe un bajo registro, control y idoneidad de tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular, sobre todo de tensión arterial y LDL.

#### 10/491. GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ANTERIOR A UN EVENTO ISQUÉMICO

A. Altés Boronat, C. Casals Beistegui, V. Rodríguez Aguilera, M. Sánchez Serna, M. Martínez Vicente y C. Vila Carbonell

*Médico de Familia. CS Sants. Barcelona.*

**Objetivos:** Determinar el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular previo, tanto cuantitativo como cualitativo, en los pacientes afectados de un evento isquémico coronario (EC) o cerebrovascular (ECV).

**Metodología:** Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: CS urbano. Sujetos: pacientes diagnosticados de EC o ECV durante los años 2008 y 2009. Mediciones: edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), tabaquismo activo y último registro de tensión arterial sistólica (TAs), tensión arterial diastólica (TAd), glicemia, colesterol total (CT), HDL y LDL y índice de masa corporal (IMC) previo al evento isquémico. Riesgo cardiovascular previo calculado por la escala de Framingham y existencia de evento isquémico previo.

**Resultados:** Se recogieron 177 pacientes, 58% hombres, con una edad media de 72 años (51% eran mayores de 75 años). El 58% había tenido EC y el 42% ECV. Existía registro de tabaquismo en el 50% de pacientes, de TAs y TAd en el 80%, de glicemia en el 74%, de CT en el 77%, de HDL y LDL en el 63%, y de IMC en el 60%. Tenía consumo activo de tabaco el 13,56% (14% en EC y 13% en ECV), TAs > 140

mmHg en el 31% (31% en EC y 24% en ECV), TAd > 90 mmHg en el 7% (12% en EC y 8% en ECV), glicemia > 110 mg/dl en el 49% y mayor de 120 mg/dl en el 35% (23 y 41% en EC y 48 y 24% en ECV), CT > 240 mg/dl en el 23% (25% en EC y 22% en ECV), HDL < 40 mg/dl en el 17% (24% en EC y 11% en ECV), LDL > 160 mg/dl en el 22% y mayor de 130 mg/dl en el 50% (23 y 50% en EC y 20 y 54% en ECV), presentaban un IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> el 32,2% (31,4% en EC y 33,3% en ECV). El riesgo cardiovascular era no calculable en el 75% de casos (56% por ser mayores de 75 años y 19% por falta de datos), de los calculables el 20% tenía un riesgo elevado. El 22% tenía el antecedente de EC o ECV previo.

**Conclusiones:** A pesar de tratarse de pacientes de alto o muy alto riesgo cardiovascular, existe un déficit importante, tanto de cribaje (sobre todo de tabaquismo, HDL y LDL), como de control (sobre todo de TAs, obesidad y colesterol LDL) de los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes previo a un evento isquémico.

#### 10/492. GRADO DE CONTROL CUANTITATIVO Y CUALITATIVO EN EL CENTRO DE SALUD PREVIO AL EVENTO EN LOS PACIENTES AFECTOS DE EPISODIO ISQUÉMICO

A. Altés Boronat, C. Casals Beistegui, E. Manzano Prado, M. Mayorgas Mayorgas, B. Sarasá Solá y M. Soler Durán

*Médico de Familia. CS Sants. Barcelona.*

**Objetivos:** Determinar, en los pacientes afectados de eventos isquémicos coronarios (EC) o cerebrovasculares (ECV), el grado de vinculación previo al centro de salud y el grado de control cuantitativo y cualitativo de los factores de riesgo cardiovascular.

**Metodología:** Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: Centro de Salud urbano. Sujetos: pacientes diagnosticados EC o ECV en los años 2008 y 2009. Mediciones: edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), existencia de control previo al evento en el centro de salud, número de visitas al médico de familia y enfermera en los 12 meses previos al evento, último registro de los factores de riesgo cardiovascular previo al evento (tabaquismo, tensión arterial sistólica (TAs), tensión arterial diastólica (TAd), glicemia, colesterol total (CT), HDL y LDL), tiempo entre el último control del factor y el evento; riesgo cardiovascular calculado previo según tabla Framingham y antecedente de evento isquémico previo.

**Resultados:** Se recogieron 177 pacientes, 58% hombres, edad media 72 años. El 85% seguía controles previos en el centro de salud, con una media de visitas en el año previo de 8 al médico de familia y 6 a la enfermera. Había registro de tabaquismo en el 60%, TAs y TAd 84%, glicemia en el 80%, CT en el 82%, HDL y LDL en el 32%. En los pacientes con registro tenían mal control: de tabaquismo (consumo activo) el 12%, de TAs (> 140 mmHg) el 31%, de TAd (> 90 mmHg) el 8%, de glicemia el 40% era > 110 mg/dl y 32% > 120 mg/dl, de CT (> 240 mg/dl) el 23%, de HDL (< 40 mg/dl) el 16%, y de LDL el 21% tenía > 160 mg/dl y el 50% > 130 mg/dl. El riesgo cardiovascular era no calculable en el 75% de casos (56% por ser mayores de 75 años y 19% por falta de datos), de los calculables el 20% tenía un riesgo elevado. El 22% tenía el antecedente de EC o ECV previo. El último control anterior al evento era mayor a un año en el 20% de registros de tabaquismo, 23% de TAs y TAd, 21% de glicemia, 20% de CT, 29% de HDL y 25% de LDL.

**Conclusiones:** La mayoría de pacientes con un evento isquémico seguían controles previos en el centro de salud con una frecuentación elevada. El antecedente de evento previo o riesgo cardiovascular elevado era frecuente. A pesar de ello hay un notable déficit de registro y control de los factores de riesgo cardiovascular.



### 10/494. ¿DIAGNOSTICAMOS Y TRATAMOS AL INICIO ADECUADAMENTE A NUESTROS PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA?

F. Escobedo Espinosa, M. García Panyella, M. Tejero López, A. Díaz Barroso, T. Giménez Bayá y C. Marconcini

CS Llefià. Badalona.

**Objetivos:** Analizar si seguimos las recomendaciones de las guías de práctica clínica en atención primaria para el diagnóstico y tratamiento inicial de la hipercolesterolemia.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en atención primaria, centro urbano (36.000 habitantes). Sujetos de estudio: todos los pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia en el 2008 entre 40 y 65 años ( $n = 321$ ) a los que se pudo calcular el Riesgo Cardiovascular (RCV). Variables: edad, sexo, enfermedad cardiovascular (ECV) previa, tabaco, diabetes, obesidad, tensión arterial (TA), colesterol total, HDL y LDL. Riesgo cardiovascular RCV: consta (sí/no), determinación según SCORE. Diagnóstico correcto: tener 2 determinaciones de colesterol superiores a 200 mg/dl; Adecuación del tratamiento a la Guía Europea de prevención Cardiovascular en Atención Primaria, Adaptación Española que considera: Riesgo especial elevado (REE): ECV, diabetes o dislipemia severa > 320 mg/dl; RCV alto si SCORE > 5% y RCV bajo si SCORE < 5% en 10 años. Análisis estadístico: SPSS 12.0. Determinación de medias y proporciones de las variables.

**Resultados:** Edad: 52,3 años (DE 7), Mujeres: 62,3%, ECV previa: 3,1%, Diabetes: 12,1%, HTA: 21,8%, Tabaco: 28,3%, Obesidad: 33%, Colesterol total: 254 (DE: 39,3), Col HDL: 60 (DE: 17,8), LDL: 164,2 (DE: 41,3), hipercolesterolemia severa: 5,3%. El 48% de pacientes no tenían ningún otro FRCV. Tratamiento farmacológico inicial con estatinas: 22%. Consta RCV en historia clínica: 60%. RCV calculado según SCORE: RCV bajo: 77,3%; RCV alto: 4,4%; REE: 18,4%. Diagnóstico correcto: 70%. Tratamiento inicial adecuado a su RCV: 83,5%. Tratamiento inicial adecuado en RCV bajo: 89,9%, en RCV moderado: 57,1%; en RCV alto: 62,7%.

**Conclusiones:** Los pacientes que inicialmente diagnosticamos de hipercolesterolemia son de edad media (52 años) y un RCV bajo. Una minoría está tratada farmacológicamente. En su mayoría están correctamente diagnosticados y tratados, aunque casi la mitad no tienen calculado el RCV.

### 10/503. SALUD DEL VIAJERO EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Linares Rufo e I. Hernández Beltrán

CS Pavones. Madrid. Fundación io.

**Objetivos:** Estudiar si los profesionales de atención primaria proporcionan un correcto consejo al paciente viajero en sus consultas. Conocer las fuentes de información y consulta, así como la formación específica recibida en estos campos.

**Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal en profesionales de atención primaria (médicos y DUEs) del Área 1 de Madrid mediante la elaboración de un cuestionario multirrespuesta anónimo validado compuesto por 21 preguntas: a) Filiación (7), b) Consejo y manejo del paciente viajero y de la patología tropical (10), c) Formación y fuentes de información complementaria (4). Muestra seleccionada en diferentes centros de salud de la zona básica (rural y urbana). Se recogieron 180 cuestionarios. Se aplicó un análisis estadístico mediante SPSS 16.

**Resultados:** Existe una frecuencia de consulta elevada (media de 3,6 pacientes/profesional/mes). Existe un claro déficit en el consejo en materia de: seguro de viaje, infecciones de transmisión sexual, riesgos asociados al viaje, manejo de medicación preventiva, proporcionar información médica para el viaje. La edad del profesional (40-50 años) se asocia a dar un consejo más completo. El hecho de que el profesional haya viajado en el último año, tenga formación en medi-

cina tropical o cooperación sanitaria o maneje información específica se asocia a dar un consejo más completo. No se encontraron diferencias significativas entre las distintas áreas socio-económicas estudiadas, pero sí en la frecuencia mayor de consulta en áreas urbanas y menor en la zona rural. Casi el 50% de los profesionales no sabe dónde derivar un paciente con problemas a la vuelta de un viaje. La fuente de información más común es internet (buscadores generales).

**Conclusiones:** El consejo proporcionado se puede calificar en general de incompleto y muchas veces erróneo. Sólo 1 de cada 10 profesionales proporcionaría un consejo adecuado. Existe poca formación de los facultativos. Es necesario trabajar habilidades así como disponer de actividades formativas suplementarias. El trabajo en equipo y coordinación multidisciplinar (médicos, enfermeras y especialistas) tiene un papel fundamental. La medicina del viajero debería tener una importancia incuestionable en Atención Primaria. La información publicada en nuestro país sobre estos temas es escasa, siendo prácticamente nula en el campo de la enfermería. Los datos obtenidos en el estudio parecen indicar que estamos aún lejos del lograr un nivel adecuado.

### 10/508. ¿CUMPLEN ADECUADAMENTE LOS TRATAMIENTOS CRÓNICOS PRESCRITOS POR UN MÉDICO LOS PACIENTES INMOVILIZADOS POLIMEDICADOS?

F. Alcázar Manzanera, A. Palacios Colom, M. López Díaz, A. Benítez Nieblas, C. Ariza Copado y J. Borrachero Guijarro

CS Barrio Peral. Cartagena.

**Objetivos:** Detectar incumplimiento terapéutico en pacientes inmovilizados-polimedicados y posible autoconsumo de medicamentos.

**Metodología:** Estudio descriptivo y trasversal, evaluación inicial, dentro de un ciclo completo de mejora de calidad asistencial. Sujetos: pacientes inmovilizados-polimedicados (> 5 fármacos), con carnet de largo tratamiento (CLT); muestra: toda la población (120 sujetos). Emplazamiento: zona de salud urbana. Periodo de estudio: septiembre 2009-abril 2010. Se realizan 2 visitas domiciliarias separadas por 3 semanas, para registrar variables referentes a características de pacientes, medicamentos y criterios de calidad previamente definidos: C1-Concordancia del listado de fármacos que refiere tomar el paciente con los indicados en el CLT, C2-Concordancia de la posología en ambos registros, C3-Grado de Cumplimiento autocomunicado (Haynes-Sackett) > 80%, C4-Grado de cumplimiento por recuento de comprimidos: 90-100% y C5-Ausencia de medicamentos sin prescripción médica en botiquín domiciliario (autoconsumo). Análisis estadístico descriptivo univariante.

**Resultados:** 31 sujetos (25,83%) son varones y 90 (74,17%) mujeres; edad media 81,24 años; consumo de fármacos/sujeto: 5-9 en 85 casos (70,83%) y  $\geq 10$  en 36 (29,179%), administrados por cuidador (70,25%), mayoritariamente comprimidos (82,50%), a dosis media 1,36 tomas/fármaco y con acumulo de envases en domicilio (44 sujetos: 36,36%). Cumplimiento de criterios de calidad: C1- 88 pacientes (72,73%), C2- 79 (65,29%), C3- 95 (78,51%), C4- 32 (30,76%), C5-112 (92,56%).

**Conclusiones:** Más de 3/4 partes de los inmovilizados refiere cumplir aceptablemente su tratamiento crónico, pero tras recuento de comprimidos sólo cumplen aproximadamente 1 de cada 3 pacientes. Se inicia un ciclo de mejora de calidad para aumentar el cumplimiento terapéutico.

### 10/513. ANÁLISIS DE CUMPLIMENTACIÓN EN DIABÉTICOS

M. Palomino Medina<sup>a</sup>, P. Tarraga López<sup>b</sup>, J. Ocaña López<sup>b</sup>, M. Cerdán Oliver<sup>c</sup>, J. Solera Albera<sup>d</sup> y A. Celada Rodríguez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>CS Zona 5. Albacete; <sup>b</sup>CS Alcaraz. Albacete; <sup>c</sup>CS Zona 4. Albacete; <sup>d</sup>Zona 7. Albacete; <sup>e</sup>CS Madrigueras. Albacete.

**Objetivos:** Analizar la cumplimentación en diabéticos con riesgo cardiovascular alto de un Área de Salud.

**Metodología:** Durante 2 años se realiza estudio multicéntrico en Atención Primaria de Albacete y Cardenete (Cuenca). Se incluyen 152 diabéticos tipo 2 en dos grupos; estudio: 79 y control: 73. Se aplica prueba paramétrica T de Student para datos apareados e independientes de variables cuantitativas. Regla "Last-Observation-Carried-Forward" (La última observación llevada hasta el final). Test de Morinsky-Green: Permite valorar el grado de cumplimiento terapéutico del paciente a partir de 4 preguntas dicotómicas. Cumplidor: es aquel hipertenso que responde de forma correcta a las siguientes preguntas: ¿Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para su HTA? ¿Los toma a la hora indicada? Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación? Si alguna vez le sientan mal ¿deja usted de tomarlas?

**Resultados:** La edad media es  $68,9 \pm 8,0$  años. 56,3% son mujeres y 43,7% varones. 58,9% tienen estudios primarios seguidos de sin estudios el 33%. Grupo estudio: porcentaje de no cumplidores aumentan a lo largo de las visitas mientras que los cumplidores disminuyen. Grupo control: porcentaje de los no cumplidores y los cumplidores se mantienen a lo largo de las visitas.

**Conclusiones:** El grado de cumplimentación aumenta significativamente en el grupo estudio respecto al de control que se mantiene.

#### 10/514. CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN HIPERTENSOS

P. Tarraga López<sup>a</sup>, M. Palomino Medina<sup>b</sup>, J. Ocaña López<sup>a</sup>, M. Cerdán Oliver<sup>c</sup>, J. Solera Albero<sup>d</sup> y A. Celada Rodríguez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>CS Alcaraz. Albacete; <sup>b</sup>CS Campillo de Alto Buey; <sup>c</sup>CS Zona 4. Albacete; <sup>d</sup>Zona 7. Albacete; <sup>e</sup>CS Madrigueras. Albacete.

**Objetivos:** Analizar el grado de cumplimiento terapéutico en hipertensos con alto riesgo cardiovascular.

**Metodología:** Estudio multicéntrico de ámbito provincial, descriptivo, corte transversal durante 3 meses en mayores de 18 años, se seleccionan aleatoriamente en el contexto de la práctica y actuación médica habitual en consultas de AP. Test de Morinsky-Green: permite valorar el grado de cumplimiento terapéutico del paciente a partir de 4 preguntas dicotómicas. Cumplidor: es aquel hipertenso que responde de forma correcta a las 4 preguntas anteriores.

**Resultados:** 68,1% mujeres y 31,9% varones, de una muestra de 94 pacientes. TAS > 140: 68,1%. TAD > 90: 37%. Glucemia > 105: 43,6%. Colesterol total > 220: 51,1%. LDL > 100: 80%. HDL < 34: 34%. Triglicéridos > 200: 18%. PCR alterada: 10%. ¿Se olvida tomar alguna vez los medicamentos? No olvido: 18,4%. < 5%: 37,2%. Entre 5-20%: 23,4%. Entre 20-50%: 16%. > 50%: 5%. ¿Los toma a la hora indicada? 85% no sigue ningún horario de toma. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar su medicación? 86,2% continúa con el tratamiento aunque se encuentre bien. Si alguna vez le sienta mal ¿deja usted de tomarla? 53% toma la medicación aunque le sienta mal.

**Conclusiones:** Según el test de Morinsky-Green, estos pacientes presentan alto porcentaje de incumplimiento terapéutico, a pesar de la importancia de los tratamientos antihipertensivos.

#### 10/515. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ESTUDIOS DE CONTACTOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS

A. González Torga<sup>a</sup>, P. García Shimizu<sup>b</sup>, R. Camargo Ángeles<sup>b</sup>, H. Martínez<sup>b</sup>, C. Villanueva<sup>b</sup> y A. Hernández de Antonio<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Jefe de Sección. Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Alicante; <sup>b</sup>Médico Residente. Medicina Preventiva. HGU Alicante; <sup>c</sup>Enfermera. CS Los Ángeles. Alicante.

**Objetivos:** Evaluar el grado de cumplimiento (GC) de las recomendaciones y sus determinantes de un programa de estudios de contactos de enfermos con Tuberculosis (Tbc).

**Metodología:** Se han incluido 1.519 contactos correspondientes al periodo 1998-2008. La variable de resultado tiene dos categorías (finalización del estudio o abandono). Las variables explicativas son edad, sexo, país origen, exposición familiar previa, exposición laboral previa, convivencia en el mismo domicilio, tabaquismo, patología asociada, grado de exposición y tipo de recomendación realizada. Para el estudio de asociación de las variables se ha utilizado la  $\chi^2$  y para cuantificar la magnitud de esta se ha calculado el Riesgo Relativo (RR) con intervalos de confianza al 95%; posteriormente con las variables estadísticamente significativas se realizó un análisis de Regresión Logística.

**Resultados:** El GC global de las recomendaciones fue del 66,6%. Cuando la recomendación fue realizar una pauta de quimioprofilaxis primaria el GC fue del 67% y el GC para la quimioprofilaxis secundaria fue del 60% ( $p < 0,05$ ). En el análisis multivariante las variables que se asociaron significativamente con el abandono del estudio fueron: contacto inmigrante RR: 3,0 (2,1-3,9), tabaquismo RR: 1,8 (1,4-2,3), edad menor de 35 años RR: 1,5 (1,2-1,9) y no tener enfermedades concomitantes RR: 1,3 (1,1-1,8).

**Conclusiones:** Teniendo en cuenta los resultados obtenidos es necesario desarrollar estrategias para mejorar el GC de las recomendaciones en los contactos. Estas irán fundamentalmente dirigidas a contactos de casos de Tbc de origen inmigrante, fumadores, menores de 35 años y sin otras patologías asociadas.

#### 10/520. ESTUDIO SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL CENTRO DE SALUD PLAZA DE TOROS DE ALMERÍA

S. Pérez Martínez, M. Ges Velázquez de Castro, M. Cabrerizo Egea y S. Puertas Molina

CS Plaza de Toros. Almería.

**Objetivos:** Mejorar conocimiento en relación con la seguridad del paciente, mediante aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de Efectos Adversos (EA), y análisis de las características de pacientes y de asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables. Incrementar masa crítica de profesionales involucrados en seguridad del paciente. Incorporar a la agenda de Atención Primaria (AP) objetivos y actividades encaminadas a mejora de seguridad del paciente.

**Metodología:** Sujetos estudio: todos los pacientes que consulten, por cualquier causa. Estudio observacional transversal con componentes analíticos. Efecto adverso: accidente imprevisto e inesperado identificado en el momento de consulta, causando lesión y/o incapacidad, que deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

**Resultados:** Colaboraron 21 profesionales sanitarios, 5.623 pacientes asistieron a una consulta (AP) de Centro de Salud, efectuaron 60 notificaciones. 65,8% de consultas atendidas por médicos de familia, 20,1% enfermeros, 14,1% pediatras. 42,3% de pacientes del estudio hombres, 57,7% mujeres, los enfermeros alcanzan mayor prevalencia de EA que el resto de profesionales. 45,2% de casos los factores causales del EA estaban relacionados con medicación, 38,7% con cuidados, 32,3% con comunicación, 9,7% con diagnóstico, 35,5% otras causas, 51,6% (16 EA) leves, 45,2% (14) moderados, 3,2% (1) graves.

**Conclusiones:** Considerando la totalidad de EA, 71,4% de EA relacionados con un procedimiento, 80,0% relacionados con infección nosocomial, 40,0% relacionados con cuidados, 50,0% relacionados con medicación y 50,0% con peor curso evolutivo de la enfermedad de base del paciente se consideraron evitables.

### 10/529. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO DESEADO E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN ADOLESCENTES. EVALUACIÓN DE UNA ACTIVIDAD EDUCATIVA EN INSTITUTOS

D. de Diego Sierra<sup>a</sup>, M. Fernández Cañaveras<sup>a</sup>, A. Rodríguez Romero<sup>a</sup>, C. Izquierdo del Reino<sup>a</sup>, I. Martínez González<sup>b</sup> y A. Jurado Toro<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Manzanera I. Ciudad Real; <sup>b</sup>Hospital General de Ciudad Real; <sup>c</sup>CS Corral de Calatrava. Ciudad Real.

**Objetivos:** Evaluar la efectividad de una actividad educativo-preventiva diseñada para aumentar los conocimientos de los adolescentes sobre salud sexual.

**Metodología:** Estudio antes-después de una actividad de educación sexual, sin grupo control. Se realizaron charlas-coloquio de 45 minutos de duración y entrega de material didáctico, dirigidas a alumnos de 4º curso de ESO, de tres institutos. Se entregó, con la colaboración de los profesores, un cuestionario anónimo tipo test con 10 preguntas de respuesta múltiple, antes y después de la actividad.

**Resultados:** Se recogieron 147 cuestionarios previos a la actividad y 136 en la fase posterior. El rango de edad de los participantes fue de 15-17 años. Después de la intervención mejoró el número de respuestas correctas en 9 de las 10 preguntas, siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), en tan sólo 5 de las 9 preguntas. No hubo diferencias por sexos ni por edad.

**Conclusiones:** Las charlas-coloquio, parecen ser un buen instrumento para mejorar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre métodos anticonceptivos e ITS. Deberíamos desde Atención Primaria intentar acercar a los adolescentes este tipo de actividades, aunque es preciso realizar una reflexión adicional dirigida a evaluar las actividades que realizamos, pues quizás se puedan mejorar metodológicamente y de este modo ser más efectivas para conseguir la finalidad para la que fueron diseñadas: mejorar los conocimientos respecto a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y de este modo conseguir de manera más eficaz que disminuyan las prácticas de riesgo entre este colectivo especialmente vulnerable.

### 10/534. CONCORDANCIA ENTRE LAS ESCALAS SCORE Y REGICOR EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERCOLESTEROLEMIA

P. Tejero López, F. Escobedo Espinosa, A. Díaz Barroso, M. García Panyella, T. Giménez Bayá y C. Marconcini

ABS Llefià. Badalona.

**Objetivos:** Valorar la concordancia entre el riesgo cardiovascular (RCV) calculado con la tabla SCORE y REGICOR en nuestra población al inicio del diagnóstico de hipercolesterolemia.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en atención primaria, centro de salud urbano (36.000 habitantes). Sujetos de estudio: todos los pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia en el año 2008 de 40-65 años ( $N = 302$ ). Variables del estudio: edad, sexo, colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, tabaquismo, HTA, obesidad, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular (ECV). Cálculo de RCV según SCORE y REGICOR. Análisis estadístico: SPSS 12.0. Índice Kappa para valorar la concordancia entre tablas. Consideramos RCV alto si: -Sistema REGICOR: prevención secundaria, colesterol total  $> 300$  mg/dl, LDL-colesterol  $> 240$  mg/dl o RCV REGICOR  $> 10\%$  en 10 años. -Sistema SCORE: prevención secundaria, colesterol total  $> 320$  mg/dl, LDL-colesterol  $> 240$  mg/dl, diabetes o RCV score  $> 5\%$  en 10 años.

**Resultados:** 302 pacientes. Edad media: 52,3 años (DE 7). Rango 39-67. El 62,6% mujeres. FRCV: 36,8% obesidad, 27,2% tabaquismo, 21,9% HTA, 5% hipercolesterolemia severa ( $> 320$  mg/dl), 11,6%

diabéticos, y 3,3% ECV. Pacientes con RCV alto según SCORE 21,5%. REGICOR: 18,2%. El 88% de los pacientes son clasificados igual por ambas escalas: El 74,1% (224) de los pacientes analizados son considerados de riesgo bajo y el 13,9% (42) de riesgo alto. Índice Kappa: 0,62.  $p = 0,000$ . Por tanto buena concordancia entre ambas escalas. El 75% de los pacientes que presentan RCV-SCORE alto y RCV-REGICOR bajo son diabéticos.

**Conclusiones:** En nuestra población la mayoría de pacientes al inicio del diagnóstico de hipercolesterolemia tienen un riesgo cardiovascular bajo según las escalas REGICOR y SCORE. Existe una buena concordancia entre ambas tablas en nuestra población salvo en pacientes diabéticos.

### 10/535. EL IDIOMA COMO BARRERA ASISTENCIAL Y DE SEGURIDAD

M. Jiménez Castillo<sup>a</sup>, S. Casquero Romero<sup>a</sup>, M. López Aguilera<sup>b</sup>, F. Montosa Martín<sup>c</sup>, G. Ruiz Mata<sup>d</sup> y J. Polo Chicano<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga. Axarquía; <sup>b</sup>CS de Algarrobo Costa. Málaga; <sup>c</sup>CS de Nerja. Málaga; <sup>d</sup>CS de La Viñuela. Málaga; <sup>e</sup>CS de Caleta de Vélez. Málaga.

**Objetivos:** Conocer si la diferencia idiomática es una barrera de comunicación asistencial y de seguridad del paciente, no hispanoparlante, atendido en consultas de atención primaria (AP).

**Metodología:** Estudio descriptivo utilizando encuestas anónimas, de 29 preguntas cerradas, en alemán, inglés y francés, a usuarios no hispanoparlantes, realizadas durante 20 días de abril, en el Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga -Axarquía.

**Resultados:** Generales: 190 encuestas, con distribución al 50% varones/mujeres. 48% ingleses, 84%  $> 60$  años. Tiempo de estancia en España  $< 5$  años, 28,42%. Entienden castellano 64,21%, lo hablan 55,26% y lo utilizan 32,63%. Entorno de habla española en 74,21%. Del Centro Asistencial: 53,16% no tiene intérpretes. 74,74% desconocen los traductores telefónicos y 66,32% no solicita profesionales que hablen su idioma. 25,26% acuden sin otra ayuda. El 85,75% considera fácil la accesibilidad al Centro. De consulta: 21,05% percibe inseguridad del profesional y 11,05% que se emplea más tiempo asistencial. Desconocen los programas de salud 62,11%. Para el 82,11% se comprende su motivo de consulta, y el idioma puede motivar errores diagnósticos (44,41%) y terapéuticos (46,32%), aunque 44,47% no aportan información traducida, ni considera mayor la frecuentación el 70,53%. Al 47,37% se le facilita información terapéutica traducida, y otro tipo de información al 17,89%. Refieren más barreras idiomáticas en hospitales un 36,84%. El 88,95% confía en sus profesionales de referencia.

**Conclusiones:** El idioma no es una barrera comunicacional para la mayoría de las cuestiones evaluadas. Los extranjeros confían en sus profesionales aunque admiten que pueden surgir errores diagnóstico-terapéuticos.

### 10/541. FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN RELACIÓN A CUMPLIMENTACIÓN EN LA RIBERA-COMUNIDAD VALENCIANA

J. Montalva Barra, R. Belenguer Prieto, C. Gómez Gálvez, C. Tejero Catalá, L. Manclús Montoya y O. Martínez Ferris,

Hospital de la Ribera. Valencia.

**Objetivos:** La osteoporosis es una patología infradiagnosticada según los últimos estudios publicados pero además se observa una falta importante de seguimiento de tratamiento por parte de muchos pacientes diagnosticados de osteoporosis por lo que se hace necesario comprobar la relación inercia medicamentosa con el número de fracturas osteoporóticas y valorar la extrapolación de resultados en una zona básica como es La Ribera se analiza de forma



retrospectiva los pacientes atendidos en urgencias con fractura osteoporótica del total de osteoporosis diagnosticadas durante el año 2009 y que se pueden relacionar con incumplimiento de tratamiento puesto para prevenir dicha patología de base.

**Metodología:** El hospital de la ribera se recoge informáticamente el número de urgencias y se clasifica según diagnóstico principal la causa de atención y si se precisa hospitalización con la causa que la provoca. Por tanto, recogiendo el diagnóstico de osteoporosis como diagnóstico principal o secundario en la población general se analiza el número de fracturas osteoporóticas separándolas por sexo y localización de dicha fractura y valorando posteriormente los resultados comparando los tratamientos activos de los pacientes y el cumplimiento en este estudio sobre los 2.043 diagnósticos de osteoporosis se observaron 56 fracturas osteoporóticas de las que 40% se produjeron en cadera y 25% vertebrales. Se analizó además como variables, el sexo, edad.

**Resultados:** Sobre los 2.043 pacientes de la ribera diagnosticados de osteoporosis (que supone el 24% de la población total) se asistieron 56 fracturas osteoporóticas en el hospital que requirieron ingreso y de ellas 40% (23) con fractura de cadera (sin especificar lado) y 25% en vértebras (14), con otros sitios en el resto. No existe un predominio femenino contrariamente a lo que se esperaba (55% mujeres y 45% hombres). Respecto al cumplimiento en el tratamiento pautado para osteoporosis (alendronatos semanales o mensual) se observó una falta de seguimiento próximo al 80%.

**Conclusiones:** Se relaciona con el incumplimiento de tratamiento de osteoporosis con el aumento de incidencia de fracturas osteoporóticas en la ribera y además existe un infradiagnóstico de esta patología importante en la población general en la zona de La Ribera-Comunidad Valenciana.

#### 10/542. ANTIAGREGACIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

R. Mourelle Varela<sup>a</sup>, E. Martín Correa<sup>b</sup>, J. Menéndez Puigallí<sup>c</sup>, C. Molina Guasch<sup>c</sup>, R. Llorens Vercher<sup>d</sup> y B. Hurtado Capalvo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>EAP Santa Coloma de Gramenet-4; <sup>b</sup>ABS Guinagueta. Barcelona; <sup>c</sup>ABS 4 Barcelona; <sup>d</sup>ABS Velliche.

**Objetivos:** Conocer la adecuación del tratamiento con antiagregantes en pacientes diagnosticados de arteriopatía periférica (AP) utilizando como referencia el estándar de calidad asistencial (EQA) fijado por el ICS. Comprobar si la existencia de otros diagnósticos que requieren antiagregación aumenta la instauración de tratamiento antiagregante.

**Metodología:** Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal. Emplazamiento: pacientes asignados al ABS4 Santa Coloma de Gramenet, población urbana de Cataluña. Mediciones principales: revisión sistemática de diagnóstico de arteriopatía periférica siguiendo clasificación CIE-10 en base informática E-CAP. Se registraron como variables la existencia de patologías que condicionan tratamiento antiagregante (diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular y accidente cerebrovascular), y la prescripción de antiagregación.

**Resultados:** El número de pacientes diagnosticados de AP según base informática ECAP fue de 175 sobre población asignada en el ABS de 25.012 personas (0,7%). Del total de pacientes con AP, 67 (38,3%) no presentaban otros diagnósticos que justifiquen la antiagregación. De estos, 49 (72,7%) presentaban correcta antiagregación y 18 (27%) no tenían tratamiento antiagregante. Se encontraron 108 pacientes con AP y diagnósticos que obligaban a antiagregación (61,7%). De ellos 88 (81,5%) presentaban una correcta antiagregación, mientras que en 20 pacientes ésta no había sido esta prescrita (18,5%).

**Conclusiones:** Prevalencia de AP del 0,7% observándose un infradiagnóstico (prevalencia estimada 4-5%). La implemen-

tación de tratamiento antiagregante se consideró correcta según los valores del EQA. Se observó que el hecho de presentar diagnóstico que obligara a antiagregación se asociaba a una ligero aumento de recibir tratamiento antiagregante (45%) aunque esta posibilidad no se revela como estadística mente significativa.

#### 10/543. DESARROLLO DE UN MODELO DE AJUSTE POR EL RIESGO PARA EVALUAR LA FRECUENTACIÓN AL MÉDICO DE FAMILIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

R. Carmona Alférez, M. Martín Martínez, P. Gallego Berciano, A. Sarriá Santamera, y Áreas Sanitarias Participantes de la Comunidad de Madrid.

*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).*

**Objetivos:** Determinar factores asociados a la utilización de consultas al Médico de Atención Primaria (MAP) y evaluar la frecuentación.

**Metodología:** Población mayor de 24 años con al menos una consulta al centro de salud de seis áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid en 2006. Mediante un modelo multinivel de ajuste de riesgo y utilizando la historia clínica informatizada con las consultas al MAP en 2007 como variable dependiente y como predictoras, variables del paciente y del equipo de AP (EAP), se calculó la razón de frecuentación ajustada por el riesgo (RFAR) por EAP.

**Resultados:** Del 1.318.020 pacientes estudiados, 55,7% era mujeres. La edad media fue 50 años (DE: 16,9). La media de consultas al MAP fue 15 (DE: 18,2). Los principales factores asociados a la frecuentación en 2007 fueron consultas al MF 2006 (B: 0,57) y la edad (B: 0,06). El 52% de pacientes acudía al MAP más que lo predijo el modelo según su riesgo y un 41%, menos. Tanto el exceso como el déficit de riesgo de frecuentación por EAP mostraron una amplia oscilación, RFAR: 1,3-5,3 y RFAR: 0,2-0,9, respectivamente.

**Conclusiones:** Existe un importante volumen de visitas al MAP que no queda explicado en función del riesgo de los pacientes o las características de los EAP. Globalmente, el número de visitas sobrefrecuentadores supera al de infrafrecuentadores.

#### 10/547. PERFIL DE LAS DEMANDANTES DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) DE UN CENTRO DE SALUD

A. Carrasco Rodríguez<sup>a</sup>, L. Ginel Mendoza<sup>b</sup> y J. Morales Naranjo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Huelin. Málaga; <sup>b</sup>CS Ciudad Jardín. Málaga; <sup>c</sup>CS Victoria. Málaga.

**Objetivos:** Conocer las características de las mujeres demandantes de IVE.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Centro de Salud urbano que atiende a 24.841 habitantes. Periodo de estudio: año 2009. Hoja de recogida de datos para todas las demandantes de IVE. Variables a estudio: edad, estado civil, situación laboral, nacionalidad, número de hijos, IVE previa, método anticonceptivo actual, consulta con planificación familiar antes y después de IVE, tipo de pareja, convivencia con la pareja, uso de píldora postcoital, motivo de IVE y recaptación tras IVE.

**Resultados:** Total IVE: 85. Media de edad 28,4 años. Estado civil: 67% solteras. Situación laboral: 54% trabaja. Nacionalidad: Española 40%, Sudamericana 37,6%, Africana 9,4%, este de Europa 7%, Asia 3,5%. Número de hijos: ninguno 28,2%, uno 32,9%, dos 21,1%, tres o más 12,9%. IVE previa: ninguna 60%, una 24,7%, dos 8,2%, tres 3,5%. Método anticonceptivo actual: ninguno 47%, preservativo 25,8%, anticonceptivos hormonales 18,8%, no consta 8,2%. Consulta a planificación familiar 11,76 antes y 63,5% después de IVE, Pareja

estable 67%. Convive con la pareja 50%. Uso de postcoital 21,1%. Motivo de IVE: económico 37,8%, proyecto personal 12,9%, salud 5,38%, otros 23,5%, no consta 15,2%. Recaptación tras IVE por trabajo social 25,8%.

**Conclusiones:** La mayoría de las demandantes de IVE de nuestro centro de salud son emigrantes, más de la mitad trabaja y tiene pareja estable e hijos. La mitad no utiliza método anticonceptivo. El motivo principal es al económico. La cuarta parte son recaptadas.

### 10/553. ¿CÓMO UTILIZAMOS LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN NUESTRO CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA?

J. Comín Junquera<sup>a</sup>, J. García Vicente<sup>b</sup>, I. Ramentol Massana<sup>b</sup>, M. Guzmán Bonilla<sup>b</sup>, M. Cardona Egea<sup>b</sup> y M. Giné Badia<sup>b</sup>

<sup>a</sup>EAP Badalona 7 La Salut; <sup>b</sup>SAP Badalona/Sant Adrià.

**Objetivos:** Describir el uso de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes de un equipo de atención primaria (EAP).

**Metodología:** Estudio observacional retrospectivo de prescripción-indicación, en pacientes tratados con IBP durante más de 3 meses. Las variables estudiadas están relacionadas con el IBP empleado y la indicación para la cual se emplea.

**Resultados:** Se han detectado 2.256 pacientes en tratamiento crónico con IBP. El 61,35% (n = 1.384) fueron mujeres. La media de edad fue de 66,8 años. El IBP más utilizado fue omeprazol (90,37%). Las indicaciones de IBP fueron reflujo gastroesofágico y/o hernia de hiato (462 pacientes, 20,48% de la población de estudio), gastroprotección por AINE tomados de forma crónica (14,23%), dispepsia no ulcerosa (14,10%) y úlcera gastroduodenal o complicaciones (11,66%). El 49,64% restante no muestra ninguno de estos diagnósticos. Los factores de riesgo en pacientes tratados con AINE de forma crónica e IBP (321 pacientes) fueron: mayores de 65 años (153 casos), toma de AAS (43), o corticoides (28), o anticoagulantes orales (5), antecedente de úlcus o complicaciones (21) e insuficiencia cardíaca congestiva (1). En 93 pacientes (28,97%) no se encontró ningún factor de riesgo.

**Conclusiones:** El IBP más empleado es omeprazol. Alrededor del 50% de los pacientes que toman IBP no tiene registrada su indicación en la historia clínica. Una tercera parte de los pacientes que toman simultáneamente AINE e IBP como gastroprotector no tiene asociado un factor de riesgo.

### 10/558. HÁBITOS DE SALUD EN POBLACIÓN INMIGRANTE DEL CENTRO DE SALUD DE GUANARTEME Y MODIFICACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTARIO EN EL PAÍS DE ACOGIDA

F. Navarro Vázquez<sup>a</sup>, C. Nuez León<sup>b</sup>, J. González González<sup>b</sup>, J. Burgazzoli Samper<sup>a</sup>, M. Pacheco López<sup>c</sup> y P. Brito Rodríguez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio Canario de la Salud. Gerencia de Atención Primaria; <sup>b</sup>CS Guanarteme. Las Palmas de Gran Canaria; <sup>c</sup>CS Arucas. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos:** Describir hábitos alimentarios, valores antropométricos y hábitos de salud de la población inmigrante adscrita al Centro de Salud (CS) de Guanarteme e identificar la modificación de hábitos alimentarios en el país de acogida.

**Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, transversal por encuesta individual a 250 personas de 18 o más años de origen extranjero adscritas al CS seleccionadas por captación oportunista. Las variables de estudio son: sociodemográficas, antropométricas, hábitos de salud (tabaco, alcohol, actividad física) y alimentación (frecuencia de consumo según grupos de alimentos, modificación del patrón alimentario en el país de acogida, etc.).

**Resultados:** La muestra de estudio es predominantemente femenina (58%), con una media de edad de 42 años y 10 de residencia media en España, el 45,2% proviene de América (Sur y Central) y un 28,8% de África. El valor medio del IMC es de 26,8 (sobrepeso leve), el 79,5% se declara no fumador, un 53% no toma ningún tipo de bebida alcohólica y el 68,7% realiza actividad física al menos 2-3 veces por semana. Finalmente, 42,7% opina que su alimentación ha mejorado desde que está en España frente al 13,3% que declara un cambio negativo.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio han contribuido a poner en marcha estrategias de formación en el ámbito de la diversidad cultural y salud con la finalidad de orientar y planificar los recursos de nuestro CS para contribuir a obtener resultados positivos en el ámbito de la equidad en salud para todos los grupos de población.

### 10/584. VALORACIÓN DEL SERVICIO DE ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA EN EL PERÍODO 2008-09

O. Iglesias Pérez<sup>a</sup>, F. Navarro Vázquez<sup>b</sup> y A. Cabeza Mora<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Ingenio-Carrizal. Gran Canaria; <sup>b</sup>Unidad Técnica de Gerencia de AP. Gran Canaria.

**Objetivos:** Valorar los resultados de la actividad del Servicio de Ecografía en Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria: crecimiento interanual, tipo, valoración diagnóstica y seguimiento de casos.

**Metodología:** Estudio observacional, descriptivo transversal del total de ecografías realizadas en el período 2008-2009. Variables de estudio: a) Crecimiento interanual, b) Tipo de ecografía, c) Valoración diagnóstica, d) Seguimiento de casos, e) Demográficas (Zona Básica de procedencia y género del paciente).

**Resultados:** Observamos un incremento del número total de ecografías interanuales: a) 277 en 2007, b) 515 en 2008 y c) 869 en 2009. El 69,3% de las pruebas son ecografías abdominales, 14% tiroideas, 11% músculo-esqueléticas y 5,7% corresponden a otras localizaciones. El 60% de las ecografías son valoradas patológicas frente al 30,6% normales y el 9,1% normales con hallazgos. Del total de ecografías realizadas, 326 (23,5%) han sido derivadas a Atención Especializada. El seguimiento de casos nos indica que el 60,6% de los episodios han sido resueltos, un 17,1% están en vías de resolución y en el 22,3% no hay información escrita sobre la resolución del caso.

**Conclusiones:** La ecografía de Atención Primaria es una herramienta de primer orden en el diagnóstico y seguimiento de determinadas patologías, síntomas y/o signos, que contribuye a mejorar la calidad del vida del paciente, la satisfacción del profesional médico, la eficacia de los servicios de salud y la coordinación entre niveles asistenciales.

### 10/587. HIPOGONADISMO DE INICIO TARDÍO Y DISFUNCIÓN ERÉCTIL

E. Almenar Cubells, A. Soler Diego, E. Hernández Hernández, J. Gregori Romero y R. Carratala Huesa

CS de Benifalló. Valencia.

**Objetivos:** Estudiar la prevalencia de hipogonadismo de inicio tardío (HIT) y disfunción eréctil (DE). Describir las características de estos pacientes.

**Metodología:** Estudio transversal descriptivo realizado en los pacientes varones mayores de 50 años cuya tarjeta sanitaria terminaba 5-6-7 de un cupo médico que acudieron a consulta médica durante 3 meses y dieron su consentimiento informado. Se realizó a cada paciente el test AMSS para el cribado de las HIT y el nivel de

testosterona total y para el diagnóstico de disfunción eréctil se realizó el índice internacional de la función eréctil (IIEF).

**Resultados:** Estudiamos a 55 pacientes cuya edad media de 67 (DE 9,5) años con un rango entre 50-87 años los resultados del test de AMSS con las siguientes puntuaciones menor de 26 el 21,8%; 27-36 HIT leve 36,4%; 37-49 HIT moderada 16,4%; 49-70 HIT severo 25,5%. Los niveles de testosterona total fueron patológicos en el 23,6%, patológico en 13 pacientes y disfunción eréctil patológico en el (IIEF) de 44 pacientes. Pacientes que presentaron disfunción eréctil y hipogonadismo fue de 10 pacientes realizado el chi-cuadrado de 0,751.

**Conclusiones:** Para llegar al diagnóstico de HIT tendríamos utilizar el nivel de testosterona libre. Aunque el chi-cuadrado no es significativo con la muestra estudiada, deberíamos ampliar la muestra de estudio. El HIT y la DE son ambas de abordaje en Atención Primaria.

### 10/588. PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO Y DE RESISTENCIA A LA INSULINA EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD EL CALERO

A. Gutiérrez Pérez<sup>a</sup>, M. Company Sancho<sup>b</sup> y A. Hernández Monroy<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS El Calero. Las Palmas; <sup>b</sup>Dirección General de Programas Asistenciales. Las Palmas.

**Objetivos:** Estimar prevalencia de síndrome metabólico (SM) y de resistencia a la insulina (RI) en la población adscrita a la Zona Básica de Salud.

**Metodología:** Estudio observacional transversal, en población de 18 a 95 años. Tamaño muestral de 846 (nivel de confianza del 95% y error de  $\pm 3$ ). Selección de la muestra por método aleatorio simple; los criterios de exclusión fueron mujeres embarazadas, personas encamadas y negativa a participar (se pidió consentimiento informado). Periodo de estudio entre 2004-2007. Variables estudiadas: edad, sexo, hábitos, estilo de vida, presencia de factores de riesgo cardiovascular, antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular. Medida de TA, EKG y analítica general con RI según fórmula HOMA (se consideró que había RI cuando el valor resultó 3,8; 3,9 en mujeres y 3,5 en varones) siguiendo las recomendaciones de Ascaso et al). Para estimar la prevalencia de SM se empleó la definición de ATPIII.

**Resultados:** Prevalencia RI 25% en no diabéticos (IC95%  $\pm 3,6$ ; 31,4% en varones y 19,8% en mujeres diferencia estadísticamente significativa). La prevalencia de SM fue 35,1% para población general (37,4% en varones y 33% en mujeres), siendo la obesidad el componente más prevalente.

**Conclusiones:** La prevalencia de RI fue similar a otros estudios (NAHNES III, 26,3%). La prevalencia de SM fue mayor: (NAHNES III 23,9%, VIVA (Variable Incidence of Visceral Adiposity) 19,6% en mujeres y 25,3% en varones) y en la Comunidad Canaria, Álvarez et al, hallan 24,4%.

### 10/606. VARIABILIDAD ENTRE LOS CUPOS DE MEDICINA GENERAL EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A. Brugos Larumbe<sup>a</sup>, F. Guillén Grima<sup>b</sup>, P. Buil Cosiales<sup>c</sup>, J. Díez Espino<sup>d</sup>, C. Fernández Martínez de Alegría<sup>e</sup> y J. Cenoz Osinaga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Villava. Navarra; <sup>b</sup>Universidad Pública de Navarra; <sup>c</sup>CS Azpilagaña. Navarra; <sup>d</sup>CS Tafalla. Navarra; <sup>e</sup>CS Echavacoiz. Navarra.

**Objetivos:** 1.-Conocer la efectividad en el control de la presión arterial (PA) en los pacientes hipertensos en Atención Primaria. 2.- Detectar la variabilidad en el control entre los cupos de medicina general.

**Metodología:** Analizamos los datos del año 2008 de historia clínica informatizada de 7 centros de salud de Navarra (61 cupos médi-

cos): población  $\geq 18$  años: 86.572 (50,8% mujeres). Analizamos el grado de control de la PA en la población hipertensa (nivel de control PA  $< 140/90$ ) y en la población de alto riesgo: haber padecido evento cardiovascular, diabetes, insuficiencia renal (nivel control  $< 130/80$ ). Se identifican tres grupos de cupos por grado de control por análisis de cluster en dos fases. Calculamos el OR de que un paciente esté con buen control si pertenece al cluster de cupos de mejor control ajustado por edad y sexo.

**Resultados:** Identificamos 13.342 hipertensos: 15,41% (IC95%: 15,17- 15,65). Control HTA (registro 72,6%): 52,1 (IC95%: 51,09-53,09). Rango por cupos: 26,7 a 77,5%. Se identifican tres cluster: Cluster 1: 9 cupos 32,58% (DE 3,12); Cluster 2: 24 cupos: 46,82% (DE: 3,77); Cluster 3: 28 cupos: 62,48% (DE: 6,76). Ajustados por edad y sexo, los paciente que pertenecen a los cupos de mejor control tienen una probabilidad 2,24 veces superior de tener controlada la PA (OR: 2,24 (IC95%: 2,07-2,43)).

**Conclusiones:** Existe una gran variabilidad por cupo médico en el control de la hipertensión. Se detecta un grave problema de equidad.

### 10/612. PERFIL DEL PACIENTE CUIDADOR A PARTIR DE UN ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ACONTECIMIENTOS VITALES

M. Romacho Canudas<sup>a</sup>, S. Membrilla Pastor<sup>a</sup>, J. Llopis Marín<sup>b</sup> y M. Acosta García<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CAP Ramona Vía. El Prat de Llobregat; <sup>b</sup>Universidad de Almería.

**Objetivos:** Pretendemos motivar al personal sanitario a la codificación de acontecimientos vitales (código Z; factores ambientales y circunstanciales) que conlleven malestar emocional y reflejar en la Historia Clínica el contexto bio-psico-social de paciente, permitiéndonos conocer el perfil cuidador.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Revisión de 408 historias clínicas de pacientes de un centro urbano de El Prat de Llobregat y registro de acontecimientos vitales. Variables utilizadas: sexo, rango edad, acontecimientos vitales (problemas económicos, acultura, problemas de pareja, duelo, problemas laborales, cuidador), trastornos mentales asociados (adaptativo, ansioso, depresivo, o no asociación). Se aplica el programa SPSS V15.0 y análisis de variables ANOVA.

**Resultados:** Edad media de los pacientes 63,5 años. Mujeres 67,4%, por rangos de edad: 15-35 años 22,3%, 36-45a 6,6%, 46-65a 19,1%, mayores de 65a (52%). Acontecimientos vitales más prevalentes: perfil cuidador 36,5%, ingresos bajos 30,4%, duelo 10%, adaptación cultural 7,6%. Destaca la no asociación a trastorno mental en un 59,1%, trastornos adaptativos 22,3%, trastornos depresivos 14,5%.

**Conclusiones:** Nuestro perfil de paciente a partir del Registro de acontecimiento vital es: una mujer de 63,5a, cuidadora, y que no asocia trastorno mental. Motivar al registro del acontecimiento vital permite reflejar en la historia el contexto biopsicosocial del paciente y evitar la psiquiatrización de "la vida misma".

### 10/627. ESPIROMETRÍA NORMAL EN FUMADORES: ¿PACIENTE SANO O EN RIESGO DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA?

L. García-Giralda Ruiz<sup>a</sup>, J. Alfaro González<sup>b</sup>, I. Casas Aranda<sup>a</sup>, E. Andérica Alejo<sup>a</sup>, G. Garcés Egea<sup>a</sup> y D. Buendía Marín<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Murcia-Centro. Murcia; <sup>b</sup>CS Archena. Murcia.

**Objetivos:** Valorar si la clasificación como normal o en riesgo de EPOC de un paciente mayor de 40 años, fumador, índice acumulado superior a 10 paquetes/año, espirometría normal, influye en la motivación del paciente para dejar de fumar.



**Metodología:** Estudio epidemiológico transversal con intervención y grupo control donde se analizan variables sociosanitarias correspondientes a 102 fumadores, con espirometría forzada normal ( $FEV1/FVC > 70\%$ ,  $FVC$  y  $FEV1 > 80\%$ ), síntomas respiratorios de EPOC y grado de dependencia tabáquica; asignándolos consecutivamente al grupo denominado de espirometría normal y al grupo intervención, denominado de “riesgo para EPOC”.

**Resultados:** Pacientes asignados alternativa y consecutivamente a ambos grupos del estudio. No existen diferencias significativas en el test de dependencia de Fagerström (dependencia tabáquica moderada) entre ambos grupos de estudio (6 puntos en grupo intervención y 5 en el control; diferencia relativa de 9,09, t-Student 0,89 para varianzas homogéneas). Sí hay diferencias significativas en el grado de motivación para dejar de fumar (test de Richmond con valor de 5,7 para el grupo intervención y 3,9 para el grupo control;  $p < 0,001$  con diferencia relativa de 46,5% para t-Student 3,281 con varianzas homogéneas).

**Conclusiones:** Puesto que no existen criterios que definan qué fumadores van a desarrollar EPOC y cuáles no, deberíamos usar sistemáticamente la 5ª categoría de EPOC recogida en la guía GOLD 2001, que define como paciente en riesgo de EPOC a fumadores con espirometría normal, porque induce una motivación añadida para dejar el tabaco, principal factor de riesgo para EPOC.

#### 10/638. ESTUDIO ADEPOCLE: ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PROVINCIA DE LEÓN

A. Díaz Rodríguez<sup>a</sup>, O. Mahmoud Atoui<sup>a</sup>, D. Fierro González<sup>b</sup>, M. Torres González-Zabaleta<sup>a</sup>, C. Minniti<sup>a</sup> y M. García García<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Bembibre. León; <sup>b</sup>CS Valderas. León.

**Objetivos:** Estimar el % pacientes con EPOC que reciben tratamiento correcto según las Guía SEPAR 2008 y correlacionarlo con la gravedad de la EPOC. Conocer el N° fármacos prescritos, % actividades preventivas, % pacientes adiestrados para el manejo de inhaladores, N° reagudizaciones y N° ingresos en el último año.

**Metodología:** Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico, realizado en atención primaria con pacientes > 45 años diagnosticados de EPOC en la provincia de León. Muestreo aleatorio simple. Se consideró EPOC leve cuando el FEV1 postbroncodilatador 80%, moderada ( $\geq 50\%$  y  $< 80\%$ ), Grave ( $\geq 30\%$  y  $< 50\%$ ) y muy grave ( $< 30\%$ ). Los resultados se expresan en porcentajes y valores absolutos con un IC95%.

**Resultados:** N = 411 (85% varones, edad:  $69,25 \pm 9,66$  años, 58,2% ámbito rural, 30% fumadores, 57% exfumadores. Media paquetes/año:  $28,47 \pm 18,45$ ). Recibieron tratamiento antitabáquico: 20,4%, oxigenoterapia domiciliaria: 28,2%, inmunización correcta: 92%. Consumo medio de fármacos 3,42 (3,30-3,42) aumentando con la gravedad hasta 5 (4,02-5,98),  $p < 0,000$ . Están correctamente tratados el 38,9%, con una correlación positiva entre adecuación del tratamiento y gravedad de EPOC ( $p < 0,0001$ ). El adiestramiento en el uso de inhaladores y el seguimiento lo realizan mayoritariamente los MF (44% y 68%). Reagudizaciones:  $1,8 \pm 1,83$ , N° ingresos:  $0,77 \pm 1,14$ . Existe una correlación positiva entre el la gravedad y el N° de paquetes/año ( $p < 0,0001$ ), con las reagudizaciones ( $p < 0,01$ ), ingresos hospitalarios ( $p < 0,001$ ) y necesidad de oxigenoterapia domiciliaria ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** La mayoría fuman o han fumado, están correctamente inmunizados, consumen 3,42 fármacos, existiendo una correlación significativa entre la gravedad del EPOC y la adecuación en el tratamiento, aunque dos tercios de los pacientes no reciben el tratamiento adecuad, existiendo un amplio margen de mejora.

#### 10/649. HIPOGONADISMO DE INICIO TARDÍO Y SÍNDROME METABÓLICO

E. Almenar Cubells, A. Soler Diego, J. Gregori Romero, E. Hernández Hernández y R. Carratala Huesa

CS de Benifaió. Valencia.

**Objetivos:** Estudiar la prevalencia de Hipogonadismo de inicio Tardío (HIT) y Síndrome Metabólico (SM). Describir las características de estos pacientes.

**Metodología:** Estudio transversal descriptivo realizado en los pacientes varones mayores de 50 años cuya tarjeta sanitaria terminaba 5-6-7 de un cupo médico que acudieron a consulta médica durante 3 meses y dieron su consentimiento informado. Se realizó a cada paciente el test AMSS para el cribado de las HIT y el nivel de testosterona total y para el diagnóstico de síndrome metabólico se emplearon los criterios de la International Diabetes Federation (IDF).

**Resultados:** Estudiamos a 55 pacientes cuya edad media de 67 (DE 9,5) años con un rango entre 50-87 años los resultados del test de AMSS con las siguientes puntuaciones menor de 26 el 21,8%; 27-36 HIT leve 36,4%; 37-49 HIT moderada 16,4%; 49-70 HIT severo 25,5%. Los niveles de testosterona total fueron patológicos en el 23,6%. Síndrome metabólico fue el 61,8% del total; síndrome metabólico y HIT leve el 20%; síndrome metabólico y HIT moderado el 10,9%; síndrome metabólico y HIT severo 16,4%.

**Conclusiones:** Para llegar al diagnóstico de HIT tendríamos utilizar el nivel de testosterona libre. El síndrome metabólico puede influir en el HIT por lo que deberíamos realizar una búsqueda activa. Debiéndose abordar ambas patologías desde Atención primaria.

#### 10/673. PARTE DE LESIONES: ¿OBLIGACIÓN ASISTENCIAL, ÉTICA O LEGAL? ¿CÓMO LOS UTILIZAMOS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

A. Pujades Aparicio<sup>a</sup>, S. Otero<sup>b</sup>, J. Molina<sup>a</sup>, M. Serra Bartual<sup>a</sup>, J. Martínez Bonete<sup>a</sup> y C. Estelles Dasi<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Economista Gay-Tendentes. Departamento La Fe. Valencia; <sup>b</sup>Hospital La Fe. Valencia.

**Objetivos:** Describir la utilización del Parte de Lesiones (PL) durante 2002-2009 en un Equipo de Atención Primaria (EAP) antes y después de revisar su cumplimentación.

**Metodología:** Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal. Ámbito de estudio: EAP urbano sin atención continuada. Sujetos: definimos como sujetos los PL utilizados. Mediciones: revisamos datos cumplimentados en PL manuales (PLm) en 20 Áreas de Salud de Comunidad Valenciana (2002-2004), informamos de resultados -sesiones clínicas, comunicación, posters-, elaboramos PL informatizado (PLi) ABUCASIS- (2005), revisamos utilización tras intervención (2009).

**Resultados:** 2 modelos: -PLm: utilización decreciente desde 2006 -0% en 2009-. No hay datos de institución en 23,2%, del médico en 15,4%, ni del destinatario en 87,5%; hay datos del lesionado, descripción del suceso y de lesiones en 100%, la asistencia prestada en 7% y el tratamiento prescrito en 0%; pronóstico en 100%. Ante malos tratos, mordeduras, muertes no naturales: PLm. -PLi: utilización creciente desde 2006 -100% en 2009-. Contienen: datos de institución, médico y lesionado, descripción del suceso, reconocimiento (descripción de la lesión, asistencia prestada, tratamiento prescrito) y destinatario; no contienen pronóstico. Bilingües.

**Conclusiones:** 1. Utilización desigual, incorrecta y/o incompleta cuando se utilizan PLm; igual, correcta y completa cuando se utilizan PLi: obligación asistencial utilizando el formato más adecuado en la primera asistencia. 2. Deberíamos emitir PL ante la menor sospecha en AP: en ocasiones constituye la única prueba de las lesiones sufridas: obligación ética y legal.

### 10/691. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y ÉXITO EN LA CESACIÓN TABÁQUICA

M. Úbeda Costela<sup>a</sup>, I. Anza Aguirrezabala<sup>a</sup>, F. Espí Martínez<sup>b</sup>, H. Muñoz Jiménez<sup>c</sup>, J. Fontoba Ferrándiz<sup>d</sup> y E. Casado Galindo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>MF. Gerencia Área III de Salud Lorca. Murcia; <sup>b</sup>Medicina Interna. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia; <sup>c</sup>Farmacéutica Investigadora. Gerencia Área III de Salud Lorca. Murcia; <sup>d</sup>Enfermero. CSP Alcoy. Alicante.

**Objetivos:** Valorar la calidad de vida en pacientes que reciben tratamiento antitabáquico financiado y relacionarlo con la cesación.

**Metodología:** Estudio transversal observacional. Pacientes: fumadores del área de salud que acuden a consulta. Captación, indicación y soporte terapéutico por el médico de familia natural de los pacientes. Registro clínico en la historia clínica informatizada siguiendo el protocolo de atención al fumador. Pasado un año tras la captación se ha realizado una encuesta telefónica, recogiendo información sobre cesación, seguimiento, calidad de vida mediante el cuestionario SF-12. Los datos volcados en cuestionario electrónico, se han analizado en SPSS.

**Resultados:** Pacientes entrevistados: 503, 293 hombres y 210 mujeres. Patologías prevalentes, HTA: 13%, diabetes: 6,6%, dislipemia: 21,7%, psicopsiquiátricos: 16,8%, digestivos: 20%, otros: 51,2%. Tratamientos suministrados, sust. de nicotina: 13, bupropión: 25, vareniclina: 469 (93,24%). Cesan 316 (62,83%), abstinentes a 3 meses 236 (46,92%), a 6 meses 165 (32,8%) y a 12 meses 118 (23,46%). La percepción de salud general (0-100) es 83,08 entre abstinentes 12 meses y de 73,54 entre el resto  $p = 0,021$ , siendo también mejores el rol y la función físicas, el rol emocional y la salud mental, no significativamente diferentes el dolor corporal, la vitalidad y la función social.

**Conclusiones:** La calidad de vida relacionada con la salud en este colectivo muestra diferencias significativas en la percepción general de salud, en los aspectos físicos, mentales y emocionales. El componente físico puede establecerse como beneficio de la cesación, más difícil es explicar la relación entre los componentes emocional y de salud mental con la cesación continuada, como producto de la cesación, o como condicionante de ésta.

### 10/692. CESACIÓN TABÁQUICA, PACIENTES Y MÉDICOS EN LOS CENTROS DE SALUD

F. Espí Martínez<sup>a</sup>, I. Anza Aguirrezabala<sup>b</sup>, M. Úbeda Costela<sup>b</sup>, H. Muñoz Jiménez<sup>c</sup>, J. Fontoba Ferrándiz<sup>d</sup> y E. Casado Galindo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>MI. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia; <sup>b</sup>MF. Gerencia del Área III de Salud Lorca. Murcia; <sup>c</sup>Farmacéutica Investigadora. Gerencia Área III de Salud Lorca. Murcia; <sup>d</sup>Enfermero. CSP Alcoy. Alicante.

**Objetivos:** Conocer las características de los pacientes, contactos y la valoración del papel del médico de primaria en la cesación.

**Metodología:** Estudio transversal observacional. Pacientes: fumadores del área de salud que acuden a consulta. Captación, indicación y soporte terapéutico por el médico de familia natural de los pacientes. Registro clínico en la historia clínica informatizada siguiendo el protocolo de atención al fumador. Un año tras la captación se ha realizado una encuesta telefónica, recogiendo información sobre cesación, seguimiento, calidad de vida, y un cuestionario sobre contactos y satisfacción del paciente. Los datos volcados en cuestionario electrónico, se han analizado en SPSS.

**Resultados:** Pacientes entrevistados: 503, 293 hombres y 210 mujeres. Consumo medio  $24,91 \pm 12,35$ , edad de comienzo  $16,61 \pm 6,53$ , años de consumo  $20,05 \pm 15,48$ , intentos previos de abandono  $1,77 \pm 2,26$ . Fagerström:  $4,4 \pm 3,6$ . Richmond:  $3,76 \pm 3,45$ . Trata-

mientos suministrados, sust. de nicotina: 13, bupropión: 25, vareniclina: 469 (93,24%). De éstos, 155 (33%) informan de efectos secundarios, y 67 abandonan el tto. Media de días de tratamiento:  $35,86 \pm 35,12$ . Cesan 316 (62,83%), abstinentes 3 meses: 236 (46,92%), 6 meses: 165 (32,8%) y 12 meses: 118 (23,46%). La información (1-5: 3,96), motivación (1-5: 3,78), apoyo (1-5: 3,82) proporcionados por el médico son superiores (N/S) en los que cesan que entre los que no cesan. Son significativamente superiores entre cesantes las visitas previas (1,24-0,97), entre abstinentes a 3 meses las visitas sucesivas (3,13-1,56) y entre abstinentes a 12 meses la satisfacción con el médico (1-5: 4,40-4,14).

**Conclusiones:** El papel del médico es importante en los pacientes que consiguen cesar de fumar. La satisfacción de los pacientes es superior y las visitas de seguimiento son más numerosas en los que completan el tratamiento en abstinencia.

### 10/708. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO PARA DETERMINAR LA INTERFERENCIA DEL DOLOR NEUROPÁTICO EN LA CALIDAD DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA: DOLATE

E. Blanco Tarrío<sup>a</sup>, R. Gálvez Mateos<sup>b</sup>, E. Zamorano Bayarri<sup>c</sup> y M. Pérez Páramo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS Bejar. Salamanca; <sup>b</sup>Hospital Virgen de las Nieves. Granada; <sup>c</sup>CAP Sant Antoni de Vilamajor. Barcelona; <sup>d</sup>Unidad Médica Pfizer España. Madrid.

**Objetivos:** Determinar las características del dolor neuropático (DN) y su interferencia en la calidad de vida.

**Metodología:** Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico realizado en Atención Primaria. En fase-I se registraron pacientes mayores de 18 años atendidos por dolor de cualquier origen. 792 médicos evaluaron 16.115 pacientes. Para determinar la prevalencia del DN se utilizó la escala DN4. En fase-II fueron reclutados 3.836 pacientes con puntuación DN4  $\geq 4$ . La intensidad y la interferencia en las actividades de la vida diaria se midieron con el SF-CBD. Los seleccionados cumplieron criterios de inclusión y dieron su consentimiento informado. El periodo de estudio fue marzo a noviembre 2008, aprobado por el CEIC del Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

**Resultados:** Se incluyeron en fase-I 8.960 (55,6%) mujeres y 7.155 (44,4%) hombres con una media de edad de  $55,7 (\pm 16,1)$  años. La prevalencia del DN fue 45,7% (N = 7.327). En fase-II se evaluaron 3.516 (91,7%) sujetos, que llevaban  $1,1 (\pm 1,9)$  años con dolor. El 54,1% padecían radiculopatía, 17,9% neuralgias y 13,1% neuropatías. La puntuación media máxima en la "Intensidad del dolor" fue 7,4; la media en "Interferencias en las actividades" fue  $6,2 (\pm 1,9)$  y el porcentaje mayor o igual a 5 fue 82,4%.

**Conclusiones:** El DN tiene una elevada prevalencia en Atención Primaria (45,7%) y los pacientes llevaban más de un año con dolor. La intensidad del dolor fue severa o muy severa e interfería de manera significativa en la calidad de vida.

### 10/728. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Fernández de Peñaranda Cervantes

Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Guadalajara.

**Objetivos:** Analizar los factores que influyen en el correcto funcionamiento de la unidad de cirugía menor de un área de salud de atención primaria para así poder implantar una estrategia de mejora.

**Metodología:** Mediante una herramienta denominada DAFO, siglas que expresan Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades, se hace un análisis de la situación actual de una unidad de ci-

rugía menor de atención primaria que se puso en funcionamiento en el año 2006.

**Resultados:** Siendo las Fortalezas y las Debilidades variables controlables (de la organización) y las Amenazas y Oportunidades variables no controlables (del entorno), definimos: -Fortalezas: quirófano equipado donde se centraliza toda la cirugía menor, personal de la propia gerencia formado específicamente (5 médicos y 5 diplomados en enfermería), posibilidad de formación de profesionales del área mediante reciclajes y talleres, para implantar la cirugía menor en sus centros de trabajo. -Debilidades: sistema de derivaciones de pacientes poco funcional, sin cribado previo, ni correcta información del proceso. -Amenazas: crisis económica (gasto del personal) que puede poner en peligro la continuidad de la unidad. -Oportunidades: disminución del gasto por proceso al disminuir las derivaciones a hospital.

**Conclusiones:** Debemos reducir el gasto para adaptarnos a la situación de crisis, por ejemplo, disminuyendo la oferta de procesos. Por otro lado se está llevando a cabo un cribado de los volantes de derivación seleccionando los procesos más importantes rechazando los más banales; aunque deberíamos seguir trabajando para mejorar el circuito de derivación.

### 10/731. ANÁLISIS DE LAS USUARIAS DE LA ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Tijeras Úbeda, R. Maldonado Herrada, A. Garijo Martínez, J. Mir Ruiz, M. Ayala Maqueda y S. Lucas Cañabate

CS La Cañada. Distrito Sanitario Almería.

**Objetivos:** Conocer número de usuarias que demandaron anticoncepción de emergencia (AE) en un Centro de Salud (CS) en 2008-2009. Analizar motivo de la solicitud de AE, si la han tomado previamente y tipo de anticoncepción previa.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal, mediante análisis de todas las fichas de mujeres que solicitaron AE entre 2008-2009, en un CS. Se analizan variables demográficas (edad); referentes al motivo de solicitud de AE (ningún método; rotura preservativo; preservativo retenido; otros) referentes a si la han tomado previamente y referentes al tipo de anticoncepción previa (ninguna; preservativo; hormonal; otros). Se usó el programa estadístico SPSS 15.0 para el análisis descriptivo de frecuencias variables cualitativas.

**Resultados:** 259 solicitaron AE. 47,5% tenían entre 14-19 años. Método habitual anticonceptivo: 77,2% preservativo; 18,92% ningún método anticonceptivo. El motivo por el que solicitaron AE fue: 82,2% rotura del preservativo; 15,44% no uso de método anticonceptivo. La han solicitado más de una vez 46,7%.

**Conclusiones:** La juventud de la población femenina que solicitó anticoncepción de emergencia nos indica que el inicio de relaciones sexuales en la actualidad es más precoz, con una inexistencia o mal uso de métodos anticonceptivos. Es conveniente planificar intervenciones en salud sexual en esta población que les ayude a elegir una anticoncepción previa y segura.

### 10/732. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS USUARIAS DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN UN CENTRO DE SALUD SEMIURBANO EN LOS AÑOS 2008 Y 2009

M. Tijeras Úbeda, R. Maldonado Herrada, A. Garijo Martínez, L. Linares Morales, S. Lucas Cañabate y M. Ayala Maqueda

CS La Cañada. Distrito Sanitario Almería.

**Objetivos:** Analizar diferencias del porcentaje de usuarias de anticoncepción de emergencia (AE), motivo de solicitud de AE, toma previa AE y tipo de anticoncepción previa, entre los años 2008-2009.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal, mediante análisis de todas las fichas de mujeres que solicitaron AE entre 2008-2009, en un CS semiurbano. Se analizan variables referentes al: año y trimestre que solicita AE; demográficas (edad); motivo de solicitud AE (ningún método; rotura preservativo; preservativo retenido; otros); si la han tomado previamente y tipo de anticoncepción previa (ninguna; preservativo; hormonal; otros). Se usó el programa estadístico SPSS 15.0 para el análisis descriptivo de frecuencias variables cualitativas.

**Resultados:** 259 solicitudes de AE; Aumentó la solicitud de AE un 18,21% del 2008 al 2009. En el cuarto trimestre disminuyó de un 17,4% 2008 a un 12,7% en 2009. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas  $p < 0,05$ . Aumento del 12% 2008 al 35,5% 2009 la solicitud de AE en las mujeres (14-19 años). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas  $p < 0,001$ . El 8,8% mujeres (14-19 años) el motivo de solicitud AE fue "ningún método". No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al tipo de anticoncepción previa o la toma previa AE.

**Conclusiones:** Existe un aumento de la solicitud de AE sobre todo en mujeres de 14-19 años, que alegan en un porcentaje preocupante "no usar método anticonceptivo previo". Sería necesario incorporar actividades preventivas y de promoción de Salud Sexual que potencien el uso previo de métodos anticonceptivos seguros.

## Casos clínicos formato oral

### 10/113. GASTRITIS EOSINOFÍLICA: DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Y. Flores Grande y C. Castiblanque Ballesteros

CS Miraflores. Alcobendas. Madrid.

**Descripción del caso:** Se trata de un varón de 26 años, sin historia alérgica previa. Refiere en consulta astenia de cuatro días de evolución, con dolor precordial intermitente, irradiado en cinturón, de minutos de duración sin cortejo vegetativo acompañante y de predominio nocturno. Inició tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, cediendo parcialmente su sintomatología. Rectorragia tras estreñimiento hace dos días. Ingesta de kiwi previa a la clínica. No refiere otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración, intensa palidez cutánea, normotenso. Auscultación cardíaca: ausencia de soplos o roce pericárdico. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado bilateralmente sin ruidos patológicos. Palpación abdominal no dolorosa con matidez a un centímetro de reborde costal derecho. Ruidos hidroaéreos presentes. Tacto rectal no doloroso con palpación de heces melénicas en ampolla rectal. EGG: sin alteraciones relevantes. Derivado a urgencias hospitalarias por sospecha de hemorragia digestiva alta. En analítica urgente anemia microcítica con Hgb: 9,2 mg/dl e intensa eosinofilia: 17,6% y tacto rectal con dedo de guante limpio. Solicitado estudio endoscópico ambulatorio, informe: descartar esófago de Barrett. Esofagitis grado I/IV. Úlcera duodenal. Toma de Biopsia. Actitud: tratamiento con inhibidor de bomba de protones durante cuatro semanas con control analítico (normalización de niveles de hemoglobina) y endoscópico: cardias con mucosa ectópica compatible con Barrett. Mucosa cardio-esofágica con lesiones de carditis por reflujo. Ausencia de metaplasia enteróide, de displasia y de microorganismos compatible con H. pylori. Con juicio clínico: anemia por



hemorragia digestiva alta secundaria a gastroerosivos en paciente fue citado para control, endoscópico en seis meses. En último control endoscópico: mucosa gastroesofágica con inflamación marcada, con formación de un folículo linfóide e infiltración por eosinófilos. No hay metaplasia intestinal ni cambios displásicos. No hongos.

**Juicio clínico:** Probable HDA secundaria a gastritis eosinofílica (¿alimentos?).

**Diagnóstico diferencial:** Parasitosis, síndrome hipereosinofílico idiopático, mastocitosis sistémica, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celiaca, linfoma intestinal.

**Comentario final:** La gastritis eosinofílica es una enfermedad rara, menos de 300 casos descritos en la literatura mundial. Debe ser considerada entre las diferentes causas de un abdomen agudo. El diagnóstico se hace por exclusión y con confirmación histológica. Atención especial al diagnóstico diferencial con infestaciones parasitarias, consumo de fármacos y enfermedades asociadas. Tratamiento de primera línea: corticoides, aún sin evidencia científica acerca de los beneficios de ningún grupo farmacológico.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Montes F, René Espinet J, Rubio Caballero M. Gastroenteritis eosinofílica: Revisión de los casos publicados en España y comparación con la literatura extranjera. *Rev Esp Enferm Dig.* 1992;81:270-9.
2. Cazaña JL, Blanco Guerra C, Crespo JF, Contreras J, Martínez Alzamora F. Gastritis Eosinofílica: resolución espontánea. *Rev Esp Enferm Dig.* 1996;82:51-2.
3. Remacha Tomey B, Palau A, Colom J, Ripollés V. Gastroenteritis eosinofílica. *An Med Interna (Madrid).* 1998;15:554-9.
4. Rodríguez Leal C, Tinoco Racero I, Téllez Pérez F, Girón González JA. Gastroenteritis eosinofílica. *Medicine.* 2000;8:238-41.
5. Cervantes X, Vidal A. Dolor epigástrico crónico en un varón de 18 años. *Med Clin (Barc).* 1997;108:750-6.
6. Chuan-Mo L, Chi-Sin C, Pang-Chi C, Deng-Yn L, I-Shyan S, Chia-Siu W, et al. Eosinophilic Gastroenteritis: 10 years experience. *Am J Gastroenterol.* 1993;88:70-3.
7. Soriano Izquierdo A, Sans Cuffi M, Elizalde Frez JI, Bessa Cases X. Gastritis y gastropatías. *Medicine.* 2000;8:62-8.

### 10/199. PARESTESIAS Y MGUS EN MENORES DE 50 AÑOS

B. Rivero Sierra<sup>a</sup> y F. Gómez Molleda<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Cazoña-Peñacastillo. Santander. Cantabria; <sup>b</sup>CS Bajo Asón. Limpías. Cantabria.

**Descripción del caso:** *Caso 1:* Mujer, 47 años, parestesias en manos y zona cervical. AP: dermatitis de contacto, rosácea, HTA, Ac antiperoxidasa positivos, valorada en neurología por mareos. *Caso 2:* Varón, 49 años, parestesias en manos tras un cuadro gripal. AP: síndrome de Miller Fisher (oftalmoplejia, ataxia y arreflexia). *Caso 3:* Mujer, 29 años, crisis de ansiedad y acorchamiento de manos. AP: 4 embarazos: IVE por síndrome de Potter (agenesia renal), un parto eutócico con disgenesia renal, un aborto espontáneo y un RN vivo con hipospadias. CIN III. Pérdida de visión en 2005 atribuido a migraña oftalmológica. Cuadro ansioso depresivo. *Caso 4:* Mujer, 44 años, nevrosismo, sensación de frío en manos y cara y menopausia precoz.

**Exploración y pruebas complementarias:** *Caso 1:* Normal. Se solicita analítica con serología de hepatitis, hormonas tiroideas y proteinograma, apareciendo MGUS IgM Kappa. *Caso 2:* Arreflexia generalizada e hipoestesia en guante y calcetín con la marcha normal. Nistagmus horizontal. Visión borrosa. Proteinograma con MGUS IgM Kappa. *Caso 3:* Sensación de acorchamiento permanente en dedos grueso de los pies pero no permanente en manos. Proteinograma con MGUS IgG Lambda. *Caso 4:* Proteinograma con MGUS IgG Lambda.

**Juicio clínico:** *Caso 1:* MGUS IgM kappa con polineuropatía asociada por anticuerpos anti-MAG. *Caso 2:* Hematología y Neurología hallan títulos de GM2 y GD1b diagnosticándolo de CANOMAD (Chronic Ataxic Neuropathy Optalmoplegia IgM paraprotein Cold Agglutinins Disialosyl antibodies). *Caso 3:* MGUS IgG Lambda asociado a gestante de fetos con malformaciones genitourinarias y pérdida de visión unilateral no filiada. *Caso 4:* MGUS IgG Lambda sin clínica.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial de estas polineuropatías periféricas se ha de realizar con las entidades más prevalentes en esas edades. Neuropatías de causa reumatológica, secundarias a fármacos o a diabetes serían los principales diagnósticos diferenciales. La historia y la analítica nos permiten descartarlas.

**Comentario final:** La frecuencia de MGUS (Gammapatía Monoclonal de Significado Incierto) en menores de 50 años es de alrededor del 1%. Hemos realizado 437 proteinogramas a menores de 50 años obteniendo una frecuencia del 0,92%. El uso del proteinograma es fundamental ante una clínica parestética.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Ramchandren S, Lewis RA. Monoclonal gammopathy and neuropathy. *Curr Opin Neurol.* 2009;22:480-5.
2. Kyle RA, Therneau TM, Rajkumar SV, Larson DR, Plevak MF, Offord JR, et al. Prevalence of monoclonal gammopathy of undetermined significance. *N Engl J Med.* 2006;354:1362-9.

### 10/240. ALERGIA ALIMENTARIA. EOSINOFILIA

F. Gómez Molleda<sup>a</sup> y B. del Rivero Sierra<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Bajo Asón. Cantabria; <sup>b</sup>CS Cazoña. Cantabria.

**Descripción del caso:** Mujer de 36 años, sana, AP: G2A0V2. Desde principios de 2005 comienza con prurito generalizado sin lesiones cutáneas, astenia y dolores abdominales inespecíficos que en una ocasión se manifiesta como dolor abdominal cólico de intensidad moderada-severa que limita su ritmo de vida durante más de 24 h, no náuseas ni vómitos, no alteración del ritmo intestinal, no síntomas urinarios. Su médico solicita analítica con hemograma, bioquímica y orina. Aparece eosinofilia importante (del 18%), siendo el resto de la analítica normal. Dado que la paciente no tiene antecedentes alérgicos comienza estudio de la eosinofilia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se realiza Rx de senos paranasales para descartar sinusitis crónica, es normal. Rx de tórax para ver posible afectación pulmonar, es normal. Se repite hemograma y se confirma la eosinofilia, ahora de 20%, resto de fórmula leucocitaria es normal. Se determinan parásitos en heces en 3 ocasiones, que son negativas. Coprocultivo negativo, flora mixta. Se revisa la fórmula de sangre periférica por el servicio de hematología para descartar proliferación anómala, es negativo. Se deriva a la paciente al servicio de alergología del hospital Marqués de Valdecilla para estudio de eosinofilia, donde se realizan pruebas cutáneas de los alérgenos más frecuentes siendo negativo para todos ellos salvo para el anisakis. Se confirma mediante pruebas de inmunología, aumento de Ig E total y clase 5 para Ig específica para anisakis.

**Juicio clínico:** Alergia alimentaria al anisakis.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedades dermatológicas de tipo autoinmune (psoriasis, pénfigos). Enfermedades respiratorias de tipo alérgico: asma. Sinusitis. Churg-Strauss, periarteritis nodosa, sarcoidosis. Nefritis intersticial. Hemopatías como leucemia mieloide crónica, policitemia vera. Infecciones bacterianas, micóticas o parasitarias. Síndromes paraneoplásicos de linfomas T, Hodgkin o carcinomas mucoscretorios. Yatrogénica por medicamentos como salicatos.

**Comentario final:** A finales de 2005 se diagnostica de intolerancia al anisakis retirándose todo tipo de pescado de la dieta de la paciente, sólo podrá consumir pescado ultracongelado. Se repiten pruebas en unos meses, en el hemograma la eosinofilia se ha normalizado, la Ig E total esta en valores normales y la Ig específica

para anisakis ha disminuido (niveles clase 4). Desaparecen los dolores abdominales y el prurito general. Aparece alguna lesión cutánea aislada de tipo eccematoso. En 2009 la paciente comienza a consumir pescado congelado en domicilio y vuelven los síntomas digestivos. Ante una ingesta puntual de pescado fresco, presenta dolor cólico abdominal de intensidad elevada que dura 48 h. En analítica la eosinofilia vuelve a ser de más del 16% por lo que se retira nuevamente y de forma crónica el consumo de pescado. A los 4 meses de la retirada, la analítica es normal. Pendiente de resultados de IG E total y específica para anisakis.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Audicana MT, Kennedy MW. Anisakis simplex: from obscure infectious worm to inducer of immune hypersensitivity. *Clin Microbiol Rev.* 2008;21:360-79.
2. Daschner A, De Frutos C, Valls A, Vega de la Osada F. Different clinical presentation of Anisakis simplex associated urticaria is dependent on the frequency of raw fish intake. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2010;18.

### 10/272. GINGIVORRAGIA Y HEMATOMAS DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN

C. Pardo Tomás<sup>a</sup>, L. Roig Fernández<sup>b</sup>, C. Calzado Sánchez-Elvira<sup>a</sup>, A. Gómez Gras<sup>c</sup>, I. Ortiz de Saracho y Sueiro<sup>b</sup> y N. Antón Távira<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS San Juan de Alicante. Alicante; <sup>b</sup>CS Parc lo Morant. Alicante; <sup>c</sup>CS San Vicente del Raspeig. Alicante.

**Descripción del caso:** Paciente de 40 a. Desde hace 24 horas episodios de epistaxis y gingivorragia espontánea moderada y desde hace 12 h, presencia de algunos hematomas de predominio en EEII. No refiere episodios de sangrado en otras localizaciones. Hace una semana cuadro catarral tratado con paracetamol y antibióticos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente y orientado. PA de 160/80 mmHg. Tª 37o. FC 80 lpmr. Presencia de hematomas en piernas, abdomen y brazos en diferente estado evolutivo. Exantema petequeal en cavidad orofaríngea. No adenopatías en cuello, axilas ni ingles. N/A cardiopulmonar. Abdomen normal sin megalias. Resto normal. Complementarias: Hb 10. H 3,8 x 10<sup>6</sup>. Pla: 42.000. Leuc: 15.000. Coagulación: TP 22,8. I. de Q: 41%. Fibrinógeno: 1,02 g/l. Dímero D positivo. Frotis de sangre periférica: 83% de blastos de morfología mieloide. Ingreso en S de Hematología. Aspirado medular: 95% de células blásticas de tamaño grande y núcleo multilobulado.

**Juicio clínico:** Leucemia aguda (LA) de morfología M3 variante de la clasificación FAB (franco americano británico).

**Diagnóstico diferencial:** Se deberá hacer con la leucemia linfoblástica aguda ya que comparten muchas características clínicas, así como de las distintas formas de la LLA según el fenotipo inmunológico. Dentro de las LMA, la colaboración franco-anglo-americana ha descrito siete subtipos anatomopatológicos según el grado de maduración y diferenciación de las células predominantes hacia granulocitos, monocitos, eritrocitos o megacariocitos. Hay una forma de LLA, la L2 cuya distinción con la forma M1 sin maduración de la LMA es muy difícil de realizar.

**Comentario final:** La sospecha diagnóstica inicial es que se trata de una LA. El dato guía lo aporta el frotis de sangre periférica donde se advierte la presencia de células blásticas inmaduras. La confirmación nos la da el aspirado medular (células blásticas de tamaño grado y núcleo multilobulado).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Ersly AJ, Soltan A. LLA -A review. *Blood Rev.* 1996;10:20-8.
2. Ruiz Argüelles G. Fundamentos de Hematología. Mexico: Editorial Médica Panamericana, 2003:185-202.
3. Bowen D, Culligan D. Guidelines for the diagnosis and therapy of adult myelodysplastic syndromes. *Br J Haematology.* 2003;120:187-200.

4. Vallespi M, Feneaux P. Diagnosis, classification and cytogenetics of myelodysplastic syndromes. *Haematologica.* 1998;83:258-75.

### 10/273. TROMBOFLEBITIS VENA MAMARIA (ENFERMEDAD DE MONDOR)

C. Pardo Tomás<sup>a</sup>, L. Roig Fernández<sup>b</sup>, C. Calzado Sánchez-Elvira<sup>a</sup>, A. Gómez Gras<sup>c</sup>, L. Ortiz de Saracho y Sueiro<sup>b</sup> y J. Berenguer Blay<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS San Juan de Alicante. Alicante; <sup>b</sup>CS Parc Lo Morant. Alicante; <sup>c</sup>CS San Vicente del Raspeig. Alicante.

**Descripción del caso:** Mujer de 42 años que refiere hace unos días dolor en región anterior del hemitórax derecho y mama del mismo lado al rozar con el brazo, encontrándose al explorarse la mama una especie de cordón doloroso que se acentuaba con la hiperextensión del brazo ó al comprimir la mama. No refiere fiebre ni antecedentes de trauma por lo que acude a consulta de AP.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general y no sensación de enfermedad. En la exploración general no se advierten alteraciones en órganos y sistemas. No adenopatías en cuello, fosas supraclaviculares ni axilas. La exploración de mamas advierte: mama izquierda: aspecto normal. Pezón centrado y areola mamaria hiperpigmentada. No se palpan induraciones. Mama derecha: se palpa una especie de nódulo y trayecto doloroso (como cordón) de unos 3-4 cm, móvil y no adherido. No se aprecian cambios de coloración ni aumento de la temperatura local. No retracción del pezón ni induraciones. Al elevar la mama aparece dolor y la induración se hace mas manifiesta. Los datos de laboratorio no señalan anomalía alguna. Coagulación y fibrinógeno normales. Radiografía del tórax normal. Mamografía: parénquima mamario de densidad radiológica intermedia, sin observar signos de malignidad. No se aprecian formaciones nodulares ni quísticas. Ecografía: en la línea intercuadrática externa de la mama derecha se aprecia una estructura vascular subcutánea que no presenta flujo, sugestivo de tromboflebitis.

**Juicio clínico:** Enfermedad de Mondor (tromboflebitis de la mama derecha).

**Diagnóstico diferencial:** A la palpación el d.d. hay que hacerlo con induraciones, cicatrices internas post mastopatías, así como obstrucciones de los conductos excretores de la leche. Hoy día mediante el estudio mixto mamografía-ecografía se puede llegar rápidamente a un diagnóstico exacto.

**Comentario final:** Le enfermedad de Mondor o tromboflebitis de la vena mamaria es de origen desconocido, existiendo en la actualidad unos seiscientos casos declarados que la mayoría de las veces en cuatro-seis semanas evoluciona favorablemente muchas veces sin medicación y otras veces mediante la toma de antiinflamatorios tipo Ibuprofeno. En este caso a las cuatro semanas la paciente se muestra asintomática, aun cuando se palpa un pequeño nódulo no doloroso.

#### BIBLIOGRAFÍA

Existen unos setecientos casos descritos de enfermedad de Mondor, la mayoría de ellos descritos en unidades de A.P.

### 10/355. ICTERICIA COMO FORMA DEBUT DE MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

M. Antón Sanz

Médico de Familia. CS Cercedilla. Área 6. Madrid.

**Descripción del caso:** Mujer de 17 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés y sin hábitos tóxicos. Acude a la consulta de Atención Primaria por un cuadro de 10 días de evolución con fiebre termometrada hasta 39 oC acompañada de astenia, dolor abdominal y vómitos. En ningún momento refirió odinofagia. Valorada 7 días antes en el Servicio de Urgencias fue diagnosticada de infección de vías urinarias inferiores pautándose amoxicilina-clavu-

lánico 500 mg cada 8 h. A los 3 días se cambió (también en el servicio de urgencias) a cefixima por mala tolerancia.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física presenta ictericia de piel y mucosas. Exantema máculo papuloso generalizado pruriginoso. Faringe ligeramente hiperémica sin objetivarse en ningún momento exudado amigdalár. Adenopatías laterocervicales y occipitales, dolorosas a la palpación, móviles de consistencia blanda. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, dolor a la palpación difusa sin defensa abdominal; más localizado en hipocondrio derecho con hepatomegalia blanda. Puñopercusión bilateral negativa. Se realiza Combour test: en el que el único dato reseñable es bilirrubina +++. Se solicita analítica urgente: pruebas de función hepática: BT 5,39. GPT 398. GGT 592. GOT 432. Hemograma con leucocitos 11,92 con monocitos 15,70. Frotis con linfocitos activados. Serología hepatitis B: AgHBs negativo, antiHBc negativo. CMV IgG e IgM negativos. Paul Bunnell positivo. VEB IgM positivo. VEB IgG negativo. Evolución: a las 48 horas el exantema desapareció. Tras reposo y tratamiento analgésico la paciente mejoró. A las 4 semanas se normalizaron las enzimas hepáticas: GOT/GPT/GGT: 32/26/44. BT 1 mg/dl.

**Juicio clínico:** Hepatitis colestásica por virus de Epstein Barr (VEB).

**Diagnóstico diferencial:** Síndromes mononucleósicos. Solicitar anticuerpos heterófilos. Hepatitis. Solicitar serología hepatitis A, B y C. La primoinfección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana puede cursar también como un síndrome mononucleósico.

**Comentario final:** En Atención Primaria atendemos a diario diversas patologías víricas. La mayoría suelen resolverse de forma espontánea y generalmente sólo requieren tratamiento sintomático. Las más frecuentes son las infecciones de vías respiratorias superiores y gastroenteritis víricas. La mononucleosis es un síndrome vírico un poco menos frecuente pero muy característico, que debemos conocer bien por sus posibles complicaciones. Para el diagnóstico es fundamental la sospecha clínica. Se puede realizar con los medios disponibles en la consulta de atención primaria. Es un síndrome linfoproliferativo autolimitado, causado por el virus de Epstein-Barr. La triada clásica en el 25% de los pacientes es fiebre, odinofagia y adenopatías linfáticas. Se suele acompañar de linfocitosis atípica. Según algunos estudios se ha detectado hepatomegalia en el 12% de los pacientes e ictericia en el 9%. Es una infección más frecuente en la infancia, cursando a esta edad de manera casi asintomática. Pero tiene otro pico en la adolescencia, que es cuando tiene una sintomatología más florida. Por eso debemos tenerla en cuenta, porque puede aparecer en nuestras consultas de atención primaria. No hay evidencia de que el VEB produzca hepatopatía crónica o cirrosis hepática, aunque se han descrito casos de hepatitis granulomatosa. En ocasiones se produce ictericia intensa (como el caso que he presentado) y, excepcionalmente hepatitis fulminante., que puede ser la primera manifestación de la enfermedad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Juncadella García E, Caballero Martínez MD, Avilés Cigüña S, et al. Colestasis e infección por el virus de Epstein Barr. *Aten primaria*. 2004;33:284.

### 10/376. LA IMPORTANCIA DEL SIGNO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Ródenas Aguilar<sup>a</sup>, I. Buezo Reina<sup>a</sup>, A. Serra Vázquez<sup>a</sup>, R. Peinado Guerreño<sup>a</sup>, M. Parés Ubach<sup>a</sup> y C. Lleal Barriga<sup>b</sup>

<sup>a</sup>EAP Badalona 6. Llefià; <sup>b</sup>EAP Badalona 2.

**Descripción del caso:** Mujer de 44 de edad, fumadora de 10 cigarrillos al día, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo con tiroxina (25 microgramos/día), hipercolesterolemia en tratamiento con dieta y episodios de cervicalgia de ritmo mecánico atribuidas a

contractura muscular por los que había sido tratada con pautas discontinuas de antiinflamatorios y paracetamol. Acude a la consulta de atención primaria para recoger los resultados de analítica de control de su patología tiroidea. Al final de la consulta y justo antes de marchar, nos refiere que desde hace un mes, al flexionar la cabeza, nota una sensación de descarga eléctrica hacia el brazo izquierdo y dolor cervical leve. No refería alteraciones motoras ni sensitivas ni visuales ni auditivas ni cefalea ni antecedente traumático. Esta sensación había ido disminuyendo progresivamente desde el inicio hasta casi su total desaparición por lo que la propia paciente nos comentó con posterioridad que no le dio importancia y que dudó si nos lo explicaba o no.

**Exploración y pruebas complementarias:** Estado general conservado, movilidad de columna cervical no limitada, con discreta contractura paravertebral, exploración neurológica normal salvo la aparición al flexionar la columna cervical de signo de Lhermitte hacia brazo izquierdo. El resto de la exploración física fue normal. Dados los antecedentes de cervicalgias no estudiadas previamente, que el signo de Lhermitte se presentaba hacia brazo izquierdo, el tiempo de evolución, la mejoría progresiva y la no existencia de otras alteraciones en la exploración neurológica, decidimos solicitar resonancia nuclear magnética de columna cervical con la sospecha de mielopatía compresiva (hernia discal cervical). El resultado fue: discopatía de predominio C3 y C6, dos focos de hiperseñal en T2 en el cordón medular compatibles con mielitis (en nivel c2-c3 10 mm x 3 mm y en nivel C6 de 5 mm). Se derivó a la paciente para estudio por neurología de forma urgente donde se llevó a cabo el diagnóstico definitivo.

**Juicio clínico:** Mielitis cervical. Esclerosis múltiple.

**Diagnóstico diferencial:** Mielopatía compresiva (tumores, abscesos, hernias discales, cervicoartrosis), mielopatía inflamatoria (esclerosis múltiple, mielitis transversa, encefalomiелitis, sarcoidosis, Sjögren, Behçet, latirismo), mielopatías infecciosas (bacterianas, fúngicas, parasitarias, víricas), mielopatías vasculares (isquémicas, vasculitis, malformaciones vasculares), otras (siringomielia, ELA, deformidades vertebrales, desconocidas).

**Comentario final:** La importancia de la anamnesis y de la exploración física en la atención primaria es fundamental. En nuestro caso clínico, el conocimiento del signo de Lhermitte y la exploración física nos orientó desde el inicio la patología que presentaba la paciente.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. McDonald WI, Compston A, Edan G, Goodkin D, Hartung HP, Lublin FD, et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. *Annals of Neurology*. 2001;50:121-7.
2. Umehara F, Nose H, Saito M, Fukuda M, Ogino M, Toyota T, et al. Abnormalities of spinal magnetic resonance images implicate clinical variability in human T-cell lymphotropic virus type I-associated myelopathy. *J Neurovirol*. 2007;13:260-7.
3. Fernández de Rota JJ, Meschian S, Fernández de Rota A, Urbano V, Baron M. Cervical spondylotic myelopathy due to chronic compression: the role of signal intensity changes in magnetic resonance images. *J Neurosurg Spine*. 2007;6:17-22.

### 10/472. SÍNDROME DE LA VENA CAVA SUPERIOR. PRESENTACIÓN DE 5 CASOS

J. Cristóbal Torras<sup>a</sup>, M. Torres Lou<sup>a</sup>, N. Giménez Gómez<sup>b</sup> y M. Saiz Satges<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CAP Rambla. Terrassa. Barcelona; <sup>b</sup>Hospital Universitario Mútua Terrassa. Terrassa. Barcelona.

**Descripción del caso:** El síndrome de vena cava superior (SVCS), es el conjunto de síntomas y signos derivados de la obstrucción parcial o completa de la vena cava superior (VCS)<sup>1</sup>. Se describen 5



**Tabla 1** Características clínicas de los pacientes con SVCS

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad	68	41	64	59	93
Sexo	Hombre	Mujer	Hombre	Hombre	Mujer
Patología	CNMP	LNH	CMP	Neoplasia suelo boca	Bocio endotorácico
Diagnóstico	Rx. tórax	Rx. tórax	Rx. tórax	Rx. tórax	Rx. tórax
Síntomas	Tos y disnea	Disnea	Tos, disnea y expectoración hemoptoica	Dolor facial	Tos
Signos	Edema en esclavina y circulación colateral	Edema periorbitario	Edema en esclavina y circulación colateral	Edema facial	Edema facial
Tratamiento	QT y RT	QT y RT	QT y RT	Exéresis tumoral, QT, RT	Exéresis bocio
T. SVCS	Stent VCS	No	Stent VCS	No	No
Evolución	Exitus	En tratamiento	Exitus	Exitus	Curación

CMP: carcinoma microcítico de pulmón, CNMP: carcinoma no microcítico de pulmón, LNH: linfoma no Hodgkin, QT: quimioterapia, RT: radioterapia.

casos (3 hombres y 2 mujeres con edad media de  $68 \pm 19$  años; rango: 41-93 años) recogidos entre 2006 y 2009, de pacientes que acudieron a la consulta de su médico de familia por tos y disnea leve. Posteriormente presentaron edema facial y, dos de ellos, edema en esclavina con circulación colateral torácica<sup>1,2</sup>. El tiempo transcurrido desde el inicio de la tos hasta la aparición del edema facial fue, de mediana, 111 días. Entre la primera consulta por edema facial y el diagnóstico transcurrieron, de mediana, 26 días (rango: 8-150 días). Tres de los pacientes tenían antecedentes de tabaquismo (mediana 33 paquetes/año  $\pm$  28. Rango: 0-70 paquetes/año). En el 80% se diagnosticaron patologías malignas (3 neoplasias pulmonares y un linfoma) y un paciente fue diagnosticado de bocio endotorácico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Los 5 pacientes debutaron con tos y disnea leve. Los hallazgos más destacables fueron el edema periorbitario y/o facial de predominio matutino que mejoraba e incluso desaparecía con el paso de las horas, edema en esclavina, circulación colateral, expectoración hemoptoica y cefalea<sup>3</sup>. En todos los casos, la prueba que orientó el diagnóstico de SVCS fue la radiografía de tórax<sup>4,5</sup>. El TAC torácico confirmó éste síndrome y orientó a la posible etiología del mismo<sup>1</sup>.

**Juicio clínico:** Síndrome de la vena cava superior.

**Diagnóstico diferencial:** Ante la presencia de edema facial o en esclavina, nos planteamos los siguientes diagnósticos<sup>6,7</sup>: 1-SVCS: a. Causas malignas: i. Carcinomas de pulmón; ii. Linfomas, metástasis y tumores intratorácicos. b. Causas no malignas: i. Bocio; ii. Trombosis primarias de la vena cava superior, pericarditis constrictivas y las mediastinitis esclerorantes idiopáticas. 2-Angioedema. 3-Procesos infecciosos localizados. 4-Glomerulonefritis, síndrome nefrótico. 5-Otros.

**Comentario final:** Ante un paciente con edema facial de diagnóstico incierto y/o edema en esclavina con o sin circulación colateral, aconsejamos la realización de una radiografía de tórax. Es la técnica diagnóstica de elección y al alcance de cualquier médico de familia<sup>1</sup>. Generalmente muestra ensanchamiento mediastínico a expensas, en el 90% de los casos, de una masa localizada en hemitórax derecho<sup>4,5</sup>. Puede asociarse a derrame pleural.

#### BIBLIOGRAFÍA

- De Las Heras García B, Jiménez Gordo AM, Casado Saenz E, Zamora Auñón P, Cantalejo Morera M, González Barón M. Síndrome de la vena cava superior: presentación de seis casos. *An Med Interna (Madrid)*. 2001;18:7. Versión on line
- Hinojosa MC, Fernández I, Ergueta P, González E. Prevalencia Etiología del síndrome de vena cava superior. *An Med Interna (Madrid)*. 1998;15:531-3.
- Abner A. Approach to the patient who presents with superior vena cava obstruction. *Chest*. 1993;103(Supl 4):394s-7s.
- Parish JM, Marschke RF, Dines DE, Lee RE. Etiologic considerations in superior vena cava syndrome. *Mayo Clin Proc*. 1981;56:407-13.
- Laguna P, Gazapo T, Murillas J, Martín H, Portero JL, Moya M. Síndrome de vena cava superior: análisis de una serie de 81 casos. *An Med Interna (Madrid)*. 1998;15:470-5.
- Ostler PJ, Clarke DP, Watkinson AF, Gaze MN. Superior vena cava obstruction: a modern management strategy. *Clin Oncol*. 1997;9:83-9.
- Rowell NP, Gleeson FV. Steroids, Radiotherapy, Chemotherapy and Stents for Superior Vena Cava Obstruction in Carcinoma of the bronchus: a Systematic Review. *Clin Oncol*. 2002;14:338-51.

#### 10/477. EL MÉDICO DE FAMILIA EN ALERTA ANTE UNA LUMBALGIA DE INICIO AGUDO EN PACIENTE ANCIANO. NO SIEMPRE ES "COSA DE LA EDAD"

M. Redondo Fernández

*Clinica Cliniber. Badajoz.*

**Descripción del caso:** mujer de 78 años que acude a consulta por dolor lumbar, irradiado a miembro inferior derecho, de tres semanas de evolución, de inicio brusco. Acudió a urgencias donde le diagnosticaron de espondiloartritis y le pautaron antiinflamatorios. En la anamnesis la paciente describe un dolor que comienza a nivel lumbar irradiado a glúteo derecho y por la cara posterior de muslo y pierna, que es continuo, sordo, punzante, quemante, en ocasiones lancinante, mejora con el decúbito supino y empeora con la sedestación, con la bipedestación y la deambulación prolongada. No se despierta por la noche. No alteración de esfínteres.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, buena coloración de piel y mucosas. Exploración miembros inferiores: arcos de flexión, extensión y lateralización de columna lumbar dolorosos. Laségué y Bragard positivo derecho a 45º, hiperreflexia, hipoestesia y pérdida de fuerza marcada en miembro inferior derecho. Piramidal positivo derecho No atrofia muscular. Pulsos pedios conservados. Caminaba con dificultad de puntillas y talones. La intensidad de dolor según la Escala Visual Analógica en el momento de la entrevista es de un 4/10 y cuando el dolor es más intenso 9/10. Aportaba de su visita urgencias analítica cuyos parámetros estaban dentro de la normalidad y radiografía de columna lumbar

donde se objetiva además de la espondiloartrosis importante espondilolistesis L4-L5 y L5-S1.

**Juicio clínico:** Dolor de características mixtas (nociceptivo / neuropático) en paciente con lumbalgia aguda. A descartar estenosis de canal lumbar. Síndrome piramidal secundario. Se remite a especialista urgente.

**Diagnóstico diferencial:** Las estenosis de canal pueden ser centrales, de los recesos laterales o subarticulares y foraminales. Las causas de estenosis de canal son: 1. Congénitas: acondroplasia. 2. Del desarrollo: a) disminución diámetro anteroposterior e interpedicular en 2-3 niveles. b) disminución espacio interlaminar. c) orientación vertical de las láminas. 3. Adquiridas o mixtas: protrusiones, hipertrofia carillas articulares y ligamentos amarillos. Ante una lumbalgia aguda de inicio brusco en paciente mayor sin síntomas previos es necesario tener en cuenta los signos de alarma. La etiología de la estenosis de canal lumbar que produce irritación de un nervio espinal como consecuencia del estrechamiento tiene como causa más frecuente la degeneración del disco intervertebral, asociada a artrosis de las articulaciones interapofisarias, pero se deben descartar causas tumorales.

**Comentario final:** En esta paciente ante la sospecha clínica y la evidencia se recomienda realizar otras técnicas de imagen, en este caso el especialista realizó una resonancia magnética en la que además de la artrosis de las articulaciones interapofisarias aparecía un quiste sinovial que comprimía raíces lumbares. Tras este hallazgo la paciente fue intervenida urgente con buena evolución posterior. Es necesario que nuestra actividad profesional tenga en cuenta las evidencias científicas, y por ello es útil y aconsejable seguir las recomendaciones indicadas por las Guías Clínicas basadas en estas evidencias, y con las que existe un amplio consenso, para el uso racional de los estudios radiológicos en la investigación de la causa y el tratamiento del dolor lumbar.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. European Guidelines for the Management of Acute low pain. [www.BackpainEurope.org](http://www.BackpainEurope.org)

### 10/478. ECOGRAFÍA: APOYO DIAGNÓSTICO EN UN CASO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

C. Gonzalo García<sup>a</sup>, S. Polyciadis Voulodimos<sup>a</sup>, M. del Carpio López<sup>a</sup>, J. Jodra Pérez<sup>b</sup> y A. Hernández Palomar<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Almazán. Soria; <sup>b</sup>Urgencias. Hospital Santa Bárbara. Soria.

**Descripción del caso:** Paciente de 57 años con antecedentes de glucemia basal alterada, litiasis renal por cristales de ácido úrico y alcohol ocasional; acude a urgencias del Centro de Salud rural por dolor abdominal de predominio en hipocondrio derecho siendo éste un dolor continuo con alguna exacerbación que no cede en reposo y no irradiado. No se ha acompañado de cortejo vegetativo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente con sobrepeso, buen estado general, afebril. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, peristaltismo aumentado, Murphy +, Blumberg -, PuñoperCUSión renal bilateral -. ECG: Ritmo sinusal. Combur test: -. Ante la sospecha de patología hepatobiliar y en primer lugar de la existencia de algún cálculo se decide realizar una eco abdominal durante la cual la paciente presenta también un Murphy ecográfico +. Al realizar un barrido de la misma no encontramos ningún signo ecográfico de cálculo en vesícula y lo único que parece que hay es un engrosamiento de la pared de la vesícula. El resto de vía biliar y el páncreas no se pudo ver bien y en riñones no se objetivó tampoco la presencia de cálculos ni de líquido libre. Dada la clínica de la paciente se decidió derivar a Urgencias Hospitalarias donde se hizo analítica con los siguientes resultados; Glucemia: 129 mg/dl, GOT: 44U/L, GPT: 44U/L y amilasa pancreática: 666U/L y ecografía cuyo informe fue: hígado graso de tamaño normal, vesícula biliar sin evidentes signos de coledocistitis, con pared

engrosada y banda de líquido adyacente; Murphy ecográfico + sugestivo de colecistitis.

**Juicio clínico:** Colecistitis + pancreatitis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Las principales causas que pueden provocar dolor abdominal agudo en el cuadrante superior derecho son: neumonía, absceso subdiafragmático, pleuritis, cólico biliar y colecistitis, pancreatitis, úlcera péptica, hepatitis aguda, perforación de colón, cólico nefrítico, apendicitis retrocecal, cardiopatía isquémica, pielonefritis aguda.

**Comentario final:** La ecografía es una técnica diagnóstica económica, inocua, accesible, rápida, fiable y repetible que actualmente se está implantando de forma gradual en los Centros de Salud para su uso en el diagnóstico diferencial, en el control de lesiones y en la detección de posibles complicaciones sobre todo en las consultas de los médicos de familia. Es interesante considerar que la ecografía también va a ser útil en las situaciones de urgencia donde nos va a permitir detectar con rapidez trastornos graves y también aportar información que nos lleve a un diagnóstico más preciso como en nuestro caso que nos sirvió para darnos cuenta de que el dolor no era por causa de ningún cálculo y que podía tener otro origen próximo orientando nuestra actitud terapéutica y descartando otros diagnósticos diferenciales.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Rodríguez N. La ecografía en Atención Primaria. SEMERGEN. 2002;28:376-84.
2. Vicente Molinero A, Aznar Cantín N, Yáñez Rodríguez F. Ecografía en Atención Primaria: estado de la cuestión. SEMERGEN. 2009;35:58-61.
3. Guía de Actuación en Atención Primaria. (3ª edición) SEMFYC.

### 10/523. TUBERCULOSIS: PROBLEMAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS CONTACTOS

F. Romo Serral, J. López Ríos, M. Rodríguez Moreno, V. Romero Almenara, B. López Hernández y J. Aguirre Rodríguez

CS Casería Montijo. Granada.

**Descripción del caso:** Presentamos el caso de un paciente con TBC que afectó a familiares y despertó cierta alarma social por posible diseminación bacilífera. Paciente de 44 años, procedente de Marruecos, fumador 35-40 cig/día. Consulta por dolor faríngeo. Es diagnosticado de faringitis, y se le prescribe tratamiento. A partir de este momento, al no haber mejoría, hay una sucesión consultas y derivaciones hasta que se produce su ingreso: Diagnóstico TBC laríngea (retraso en el diagnóstico: 13 meses; finalización estudio de contactos: 19 meses). En este caso merece la pena destacar 2 hechos: primero, se trata de una forma de presentación tuberculosa bastante rara (la TBC laríngea supone menos del 2% de los pacientes con TBC pulmonar); el segundo hecho destacable: la situación creada en torno al paciente, familia y círculo social. El contexto sociofamiliar del caso es básico para intentar abordar con éxito el diagnóstico, la adherencia terapéutica y su resolución final. Las limitaciones con nuestro idioma impedían una comunicación correcta; asimismo las barreras culturales existentes impidieron un abordaje más resolutivo: se intentó localizar a los convivientes del enfermo; se llamaron por teléfono en varias ocasiones, pero no acudieron.

**Exploración y pruebas complementarias:** Aprovechando que la esposa acudió al Centro de Salud (CS), para trámites administrativos se le pidió que acudiera a consulta para su estudio y que trajera a su hija de 4 años para ser valorada por pediatría. Aceptó, pero nunca acudió a esta cita. Todo el personal del CS, que ya conocía el caso, se mantuvo alerta para localizar a esta familia. Cuando se volvió a contactar con ellos se les realizó de forma inmediata un Mantoux; tras 48 h. era muy positivo en la hija, por lo que se pidió que acudieran a consulta de infecciosos. Temiendo que la implica-

ción paterna fuera insuficiente, para evitar nuevos retrasos, se les acompañó, literalmente, al Hospital, donde la pequeña fue ingresada y diagnosticada de TBC. Las pruebas realizadas a la madre, baciloscopia y tórax, fueron normales. Además, se estudió a todos los compañeros del colegio, sin que hayamos detectado ningún caso de enfermedad confirmada. Al alta hospitalaria, se siguió estrechamente a la familia para asegurar la toma de medicación, por la niña y por su padre, y evitar que la pequeña asistiera al colegio durante el tiempo recomendado por los epidemiólogos.

**Juicio clínico:** TBC laríngea en el padre. TBC pulmonar en la hija.

**Diagnóstico diferencial:** Se debe plantear el posible diagnóstico de TBC ante toda persona con cuadro de tos y expectoración de 2 o más semanas de evolución sin otra causa aparente.

**Comentario final:** Para evitar casos similares, y con el objetivo de planificar pautas de actuación conjunta, este caso se presentó en sesión clínica, llegando a las siguientes conclusiones/posibilidades de mejora: -Mejorar la comunicación entre profesionales. -Revisión/actualización de protocolos de actuación sobre tuberculosis. -Potenciar el trabajo en equipo: este tipo de casos, no muy frecuentes en la práctica diaria deben de ser compartidos y conocidos por todos los miembros del equipo, para aumentar la experiencia y la destreza individual y colectiva en su manejo. -Conocer/optimar los recursos disponibles, para poder conseguir mayor eficacia y eficiencia: traductores, asociaciones de inmigrantes...

#### BIBLIOGRAFÍA

- Fortún J, Sierra C, Raboso E, Pérez C, Plaza G, Navas E, et al. Tuberculosis del área otorrinolaringológica: formas laríngeas y extralaringeas. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 1996;14:352-6.
- Haas DW, Des Prez RM. *Mycobacterium tuberculosis*. En Mandell/Douglas/Bennett's eds. *Principles and Practice of infectious diseases*. New York: Churchill Livingstone, 1995;2213-43.
- Montejo M, Alonso M, Aguirrebengoa K, Moreno G, Goicoetxea J, Petreñas E, et al. *Tuberculosis Laríngea: Estudio de 11 casos.* *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2001;52:53-6.

### 10/537. NO ES ANSIEDAD TODO LO QUE RELUCE

A. Vigil-Escalera Villamil, R. Tang Valdez, M. Campillos Páez, Y. Santamaría Calvo, A. Romero Fernández y D. Manso López

CS Potes. Madrid.

**Descripción del caso:** Varón 36 años sin antecedentes personales. Refiere estrés importante en trabajo desde hace 3-4 meses. Simultáneamente dolor abdominal (como molestia) dispepsia, diarrea (sin sangre ni moco). No síndrome constitucional. No antecedentes familiares. Prescribimos ansiolítico y citamos en concertada. Ante persistencia de clínica comenzamos algoritmo diagnóstico del principal y constante síntoma: diarrea.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril, normocoloración piel y mucosas. Molestias en flanco derecho, no otros datos relevantes. Solicitamos: -Hemograma, bioquímica: VSG, PCR normal. No anemia, ferritina 17 ng/ml. -Proteinograma, anticuerpos anti gliadina, antitransglutaminasa, coprocultivo: normal. -Parásitos heces, test aliento: negativos. -Principios inmediatos no digeridos en heces: no se observan. -Test sangre oculta en heces: de 3 muestras, 2 positivas. Al ser positivo solicitamos colonoscopia: neoplasia de aspecto adenomatoso en colon ascendente de 6-7 cm. -Biopsia: mucosa colorrectal con cambios adenomatosos. Derivado a consulta cirugía. TC abdominal confirma masa polipoide 5 centímetros con pequeñas adenopatías > 1 cm. Gastroscoopia: normal. Practican hemicolectomía derecha. Anatomía patológica confirma tumoración 5 cm (adenoma vellosa, respeta márgenes quirúrgicos). No focos carcinoma in situ o adenocarcinoma invasor. Extraen 22 ganglios, sin lesiones. Evolución favorable. Realizan estudio citogenético.

**Juicio clínico:** Adenoma vellosa en colon ascendente.

**Diagnóstico diferencial:** Diagnóstico diferencial de diarrea crónica: diarrea osmótica: remite con ayuno. Disminución peso. Distensión abdominal: 1-Con esteatorrea (heces grasas, pastosas): sobrecrecimiento bacteriano; insuficiencia pancreática exocrina; déficit sales biliares; enf. de mucosa: malabsorción hidratos, grasas, proteínas, Whipple. 2.- Sin esteatorrea: laxantes; edulcorantes: sorbitol; maldigestión de hidratos carbono. Diarrea secretora: no remite con ayuno. Acuosa, abundante. Pérdida proteínas: edema. Infecciones bacterianas. Fármacos, tóxicos: alcohol. Sd. congénitos. Enf. endocrinas: DM, hipertiroidismo. Liberación hormonal estimulantes secreción: carcinoma colon. Adenoma vellosa. Sd. carcinoide. Diarrea inflamatoria: heces con sangre y/o leucos. Disminución peso. Dolor abdominal. Fiebre. Enf. inflamatoria intestinal. Colitis pseudomembranosa. Infecciones bacterianas. Infecciones víricas: VIH, CMV. Infecciones parasitarias invasoras. Cáncer colon. Diarrea motora: no remite con ayuno. No disminución peso. Varía estreñimiento-diarrea. Sd. intestino irritable. Cáncer colorrectal. Obstrucción parcial luz intestinal. Iatrogénica: cirugía, radioterapia.

**Comentario final:** Aunque una causa de diarrea crónica en adulto joven es síndrome colon irritable, relacionado con estrés, no olvidar que existen muchas otras causas de diarrea crónica en adulto. Importante clasificar tipo de diarrea y solicitar pruebas pertinentes para completar diagnóstico diferencial (una patología orgánica no quede sin diagnosticar y sea tachada de funcional). Pruebas accesibles desde atención primaria, rápidas, efectivas.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- Pérez Calle JI, Gómez Molins L, Gutiérrez García ML, Temiño López-Jurado R, Valencia Orgaz P. Manejo extrahospitalario de la diarrea crónica. *Medicine* 2008;10(4):242-50.
- Herreros Martínez B, Hernández Ramírez J, Amorós García C. Protocolo diagnóstico de la alteración del ritmo defecatorio. *Medicine*. 2004;9(4):302-5.
- Asenjo Mota A, Lledó Navarro JL, López Serrano B, Barrena Puertas R. Síndrome diarreico en el adulto. Tratamiento de la diarrea. *Medicine* 2008;10(4):215-22.

### 10/573. SÍFILIS SECUNDARIA

M. Atallah González, M. Hernández Velasco y A. Ares Dios

CS de Astorga. León.

**Descripción del caso:** Una mujer de 18 años acude a la consulta de atención primaria por una lesión facial de 1 mes de evolución que no era dolorosa ni pruriginosa. Una semana más tarde, refiere la aparición de manchas blanquecinas en las piernas y lesiones genitales no dolorosas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Mácula peribucal de unos 5 cm de diámetro con aspecto en diana, el centro era hipocrómico y el borde era sobreelevado y eritematoso dándole aspecto de lesión centrífuga. Una semana más tarde aparecieron máculas hipocrómicas en extremidades inferiores y lesiones vulvares hipocrómicas. Se observan además adenopatías inguinales de pequeño tamaño no dolorosas ni supurativas. Se solicita una analítica completa con hemograma y bioquímica y una serología para hepatitis B, C, VIH, herpesvirus, CMV y lúes. Todos los parámetros se encuentran dentro de la normalidad a excepción de la serología para herpes simple IgG + (20.000), IgM -, CMV IgG + (16.000), IgM -, LUES +, TPHA + (1/5.120), RPR 1/4.

**Juicio clínico:** Las lesiones descritas son características de la sífilis secundaria: una lesión anular facial, una leucoplasia sifilítica y condilomas acuminados en región genital. El diagnóstico fue clínico y las pruebas complementarias confirmaron la sospecha clínica.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con las micosis cutáneas: pitiriasis versicolor,



pitiriasis alba y herpes circinado. La paciente fue tratada inicialmente con antifúngicos tópicos, clotrimazol 1/12 h. Al acudir una semana más tarde con lesiones genitales y sin mejoría de las lesiones faciales se sospecha entonces una sífilis secundaria.

**Comentario final:** Al historiar de nuevo a la paciente reveló que había tenido una relación sexual de riesgo con un hombre que tenía una úlcera peneana hace aproximadamente 3 meses. Se instauró tratamiento con una inyección única de 2.400.000 U de penicilina G benzatina i.m. Se informó de la posible aparición de un cuadro de fiebre y gran malestar general (reacción de Jarish-Herxheimer) la cual finalmente no se produjo. Las lesiones genitales desaparecieron a los 3 días y las faciales a los 7 días del tratamiento. Debido a que la prevalencia de la sífilis se ha triplicado en España en los últimos 10 años<sup>1</sup>, fundamentalmente debido a los cambios en las conductas sociales, al menor uso del preservativo y a las corrientes migratorias. Causado por el *Treponema pallidum*, el chancro primario aparece a los 10-90 días en el sitio de inoculación y suele ser asintomático<sup>3</sup>. La sífilis secundaria representa la diseminación del *T. pallidum* y da lugar a una gran variedad de lesiones. Si no se trata, el *T. pallidum* puede permanecer latente durante largos periodos y desarrollar posteriormente una sífilis terciaria.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Perine PL, Hopkins DR, Niemel PLA, Causse G, Antal GM. Manual de treponematoses endémicas: pian, sífilis endémica y pinta. Organización Mundial de la Salud 1984.
2. Informe de Febrero 2010. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual. 1995-2008. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad.
3. Syphilis de great mimicker is back? Australian Family Physician. 2009;38(6).

### 10/623. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÓNICO, ESE GRAN DESCONOCIDO

M. D' Lacoste Farre, K. Martini, M. Masamunt Paris, S. Sinobad y F. Fernández Perea

*Ambulatorio de San Ildefonso. Cornellá de Llobregat. Barcelona.*

**Descripción del caso:** Paciente de 81 años mujer de 81 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos que consulta por mareos y disnea lentamente progresiva. Antecedentes patológicos: HTA en tratamiento con IECA, diabetes tipo 2 en tratamiento con ADOs, DLP, bloqueo AV de 3º grado portadora de marcapasos. Refiere desde hace aproximadamente 3 años comienza con cuadro de inestabilidad que aumentaba con los cambios posicionales y temblores. Se inició tto con anticinetóticos con escasa respuesta terapéutica. Aproximadamente 1 año después del inicio del snt vertiginoso, la paciente consulta por disnea a medianos esfuerzos hasta hacerse de reposo. No refería disnea paroxística nocturna ni ortopnea así como tampoco dolor torácico. Se realizó revisión del marcapasos que confirmó su buen funcionamiento y se derivó la paciente a ORL, NRL y Cardiología. Cardiología realiza ecocardiograma con aparición de Hipertensión pulmonar importante, se deriva a Urgencias hospitalarias donde se deriva al servicio de Neumología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientada discreta taquipnea en reposo FC: 110 lpm, SatO<sub>2</sub> 93-94%. AC: tonos rítmicos. No soplos. IY (-) RHY (-). No edemas de EEII. No signos de TVP. AR: MVC con escasos crepitantes bibasales. ABD: anodino. NRL: PICNR. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservadas. No dismetrías. Marcha muy inestable. ECG: Ritmo marcapasos. Holter: BAV 1º G, ocasionales espigas de marcapasos. ESV poco frecuentes run TPSV. Ecocardiograma I (2006): VI hipertrofico, no dilatado con f. sistólica conservada + signos de disfunción diastólica. Insuficiencia aórtica ligera. FE 54%. Rx tórax: silueta cardio pericárdica sin alteraciones. Hilos prominentes con

aumento de la trama vascular. Videonistagmografía: hipofunción vestibular compatible con hiporreflexia izq. TAC craneal: normal. PFR: FVC 1,87 (96,4%), VEMS 1,08 (69,1%), VEMS/FVCT 57,8%. DLCO 15,1 (95,6%). Patrón obstructivo. TAC tóraco: ausencia de TEP. Cono de la pulmonar de calibre normal. Probables áreas de atrapamiento aéreo en ambos campos pulmonares a correlacionar con PFR. Ecocardiograma II (2009): insuficiencia mitral ligera. Insuficiencia tricuspídea ligera con PAP estimada muy elevada (58 mmHg). PVC normal. FE 77%. Ecodoppler EEII: sin evidencia de TVP ni TVS. Gammagrafía pulmonar V/Q (2010): defectos de perfusión de carácter subsegmentario periférico en región basal pulmonar der y en lóbulo inf pulmonar izq. compatible con TEP. TAC abdominal: ateromatosis calcificada de la arteria aorto-iliaca. No evidencia de otras alteraciones.

**Juicio clínico:** Hipertensión pulmonar secundaria a tromboembolismo pulmonar crónico. Se inicia anticoagulación oral con mejoría clínica de la paciente.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardíaca congestiva. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Hipertensión pulmonar primaria. Tromboembolismo pulmonar agudo.

**Comentario final:** El tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo es la tercera causa de enfermedad cardiovascular aguda. Sólo el 0,1-0,5% desarrollarán la forma crónica de TEP. El TEP crónico (TEPc) es una de las formas más graves y poco frecuentes de hipertensión pulmonar, y una causa tratable. El TEPc es una condición actualmente infra diagnosticada, que requiere un alto índice de sospecha para su correcto diagnóstico.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Sánchez MA, Escibano Subías P. Protocolo de actuación en Hipertensión Arterial Pulmonar-Unidad de Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar-Hospital Doce de Octubre, 2008.
2. Brotman G. Presentación Clínica y Clasificación actual de la hipertensión arterial pulmonar. Revista Insuficiencia Cardíaca. 2009; 4:27-32.
3. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en tromboembolismo e hipertensión pulmonar.
4. Sáez de la Calzada C, Sánchez Sánchez V, Gómez Sánchez MA, Velásquez Martín MT, Escibano Subías P, Delgado Jiménez J. Rev Esp Cardiol. 2001;54:194-210.

### 10/640. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

P. Fernández Yera, N. Fernández Yera, P. Agudo Matarán, M. García Marín y J. Bautista Moya

*UGC Peal de Becero. Jaén.*

**Descripción del caso:** Mujer de 45 años que consulta por bulto en lado izquierdo de cuello, con molestias para la deglución. El bulto le ha ido creciendo paulatinamente, pero en los últimos seis meses el crecimiento ha sido más rápido. No antecedentes familiares de patología en el cuello.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la palpación se explora un bulto blando, alojado en el lóbulo izquierdo. Peso 78,5 kg, tensión arterial 145/91, fc 61 l/m. No adenopatías infartadas. Análisis: bioquímica: normal; hematología: normal; orina: normal; Tsh: 1,64 uui/ml; t4 libre: 1 ng/dl; anticuerpos tpo y antitiroglobulina: normales; marcadores tumorales: normales; paaf: positivo para células malignas. Se le realiza ecografía de tiroides: lóbulo tiroideo derecho se observa morfológicamente y estructuralmente normal; diámetros del mismo 1,53 cm x 1,40 cm. El lóbulo izquierdo se observa con gran quiste, anecoico, de 2,64 cm x 1,44 cm. Con bordes irregulares, que nos hace sospechar malignidad. Los diámetros del lóbulo izquierdo son 2,87 cm x 2,40 cm.

**Juicio clínico:** Carcinoma tiroideo papilar.

**Diagnóstico diferencial:** Hipotiroidismo e Hipertiroidismo. Enfermedad de Graves-Basedow. Enfermedad de Plummer y adenoma tóxico. Cáncer de tiroides. Bocio simple.

**Comentario final:** La ecografía efectuada en atención primaria, acorta los tiempos de espera para la medicina especializada que es fundamental y también como en el caso que estamos describiendo, la lesión probablemente maligna por el estudio ecográfico, aunque los análisis de rutina incluidos los marcadores tumorales fuesen, normales. Fue el estudio anatomopatológico del material extraído con la punción, el que confirmó el diagnóstico. La paciente se ha sometido a una tiroidectomía total, siendo el rastreo de metástasis negativo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Foz Sala M. Patología del tiroides. Medicina Interna de Farreras-Rozman, 1982:1836-81.
2. Gertchen A, Gooding W. Ecografía General, 1995:105-39.

### 10/644. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL, PATOLOGÍA TRAUMATOLÓGICA LUMBAR

I. Cova Díaz, P. Vicioso Ranz e I. Godoy García

*Médico de Atención Primaria. Tenerife SCS.*

**Descripción del caso:** Paciente de 76 años de edad que viene remitido de urgencia con informe de lumbago y cólico nefrítico, en sus antecedentes personales destaca varias asistencias en urgencias por ciática derecha y dos episodios de cólico nefríticos. Hábitos tóxico, no fumador bebedor de 1-2 vasos de vino comiendo, no practica deporte alguno. No alergias conocidas, su padre y un abuelo murieron de repente un colapso dijo el médico en su día.

**Exploración y pruebas complementarias:** Su explosión en consulta fue de tensión 147/75 (76 ppx'), auscultación cardio-respiratoria normal corazón rítmico sin soplos no soplos carotídeos, auscultación pulmonar murmullo vesicular normal con 15-20 respiraciones por minuto. Abdomen blando depresible, ruidos intestinales presente no soplos en profundidad aórticos, sin chapoteo, sin peritonismo sin dolor a la presión profunda, no organomegalias (hepática y bazo), no dolor a la palpación hepato-esplénica, signo del puño epigástrico negativo, psoas (-) bis, Blumberg (-). Palpación de pulso ilíacos normales, poplíteos presente, pedio presente. Llama la atención una puño percusión negativa (-), a pesar del diagnóstico de cólico nefrítico dado en urgencias, a trae nuestra atención una falta de bello en miembros inferiores y cierta frialdad, indicativo de insuficiencia vascular crónica distal, junta aun trofismo cutáneo fino y brillante de la piel, junto a cierto retraso del relleno ungüeal en ambos pies. La exploración traumatológica de la columna se completa con un Lassegue y Bragar negativo con un abducción adducción de caderas (-) junto a una presión negativa en ambas caderas.

**Juicio clínico:** Se pide una radiografía lumbo-sacra para concretar su el estudio de ese lumbago y esa clínica de cólico-litiasis atendida puntualmente en las urgencias del centro pero sin estudiar. Y se pide un análisis de Comburt test de orina en consulta que resultó (-). Las radiografías lumbo-sacras en su parte ósea destaca unos pico de loro osteofitos artrósicos superlativos que darían un diagnóstico per se de artrosis y por ende lumbalgia artrósica de presentación anterior en L3-L4 con una estrechez del espacio interarticular D11-D12, D12-L1, L3-L4 y L4-L5 con diagnóstico probable radiológicamente hablando de hernia disco. A la que se asocia una listesis de unos 5 mm entre L3 y L5 sobre L4 que se desplaza hacia delante, creándose otro compromiso compresivo de espacio a nivel L5 y S1. Que se corona con una soberana escoliosis dorso-lumbar en proyección anterior. Lo aparatoso de las imágenes óseas nos despistaba frente a la presencia de unos tractos calcificados en cara anterior lumbar que dibuja un saco gigante. Esa imagen de de saco calcificado establece una primera aproximación diagnóstica a

aneurisma aórtico abdominal gigante, que se confirma mediante ecografía de urgencias encontrándose en su seno un gran trombo.

**Diagnóstico diferencial:** Miositis calcificantes del Psoas. Patología linfóide retroperitoneal. Artefacto radiográfico.

**Comentario final:** Conclusión la interpretación de la radiografía lateral lumbosacra ha sido vital para establecer el diagnóstico de artrosis lumbar, hernia discal, estenosis del canal raquídeo, listesis lumbar y para orientar hacia un aneurisma gigante aortailíaco abdominal. Que de no ser diagnosticado con prontitud y operado podría llevar a la muerte.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Rozman C. Medicina Interna, 4 ed. Barcelona: Elsevier, 2009.
2. Braunwald et al. Harrison Principios de Medicina Interna, 17 ed. Mc Graw-Hill, 2008.
3. Muñoz Calvo B. et al. Cliniguía. EviScience Publicaciones, 2009.

### 10/654. EN UNA OTITIS, ¿ES INFLAMACIÓN TODO LO QUE ABULTA?

A. Vigil-Escalera Villaamil, R. Tang Valdez, M. Delgado Valera, M. Campillos Pérez, J. Lesmes González y P. Cordero Puebla

*CS Potes. Madrid.*

**Descripción del caso:** Antecedentes: otitis crónica, intervenida en 2 ocasiones de colestomatoma del oído derecho y miringoplastia. Enfermedad actual: mujer 23 años, acude por otitis media derecha con adenopatía laterocervical ipsilateral < 2 cm, dolorosa, móvil, consistencia elástica. Pautamos antibióticos y aconsejamos acudir de nuevo si no mejora en 1 semana o no disminuye adenopatía en 3 semanas. Tras mejoría inicial, acude a las 2 semanas con nuevo episodio de otorrea con otalgia y persistencia de adenopatía dolorosa laterocervical, móvil, que ha aumentado de tamaño. No adenopatías en otras localizaciones. En otoscopia oído derecho, otorrea purulenta. Pautamos antibióticos y derivamos ORL por otitis recurrentes y adenopatía sospechosa por tamaño. Valorada por otorrinolaringólogo en 3 días; ha mejorado de otitis pero crece más adenopatía por lo que lo que ingresa para AB iv y estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** -Analítica: normal. -Hemocultivo + para stafilococos. -Serologías: VHB, VIH, CMV, VEB, toxoplasma negativos. -ANA negativo. -Mantoux: positivo. BAAR esputo (x3) negativo. Radiografía tórax normal. -TC: adenopatías en región cervical derecha necróticas de aspecto metastásico vs linfoproliferativo vs infeccioso. Nódulo hipodenso en lóbulo tiroideo derecho. -PAAF: carcinoma papilar metastásico. -Ecografía tiroiodes: microcarcinoma en lóbulo tiroideo derecho.

**Juicio clínico:** Adenopatía metastásica de carcinoma de tiroides-otitis media supurativa. Evolución: realizan tiroidectomía total con vaciamiento cervical funcional derecho 13 ganglios, 4 afectados. Supresión función tiroidea y tratamiento con yodo radioactivo. Actualmente asintomática.

**Diagnóstico diferencial:** Diagnóstico diferencial de adenopatía cervical: 1.- Neoplásicas: Tumores ganglios linfáticos; Metástasis de carcinoma: cabeza, cuello. 2.- Inflamatorias: Agudas: -Procesos inflamatorios vías aérea alta: faringitis, otitis, sinusitis, absceso dental. -Infecciones: mononucleosis, hepatitis, adenovirus, rubéola... Subagudas/crónicas: -Infecciones: TBC, sarcoidosis, sífilis, sida... -Enf. inmunes: artritis reumatoide, LES... -Enf. metabólicas: hipertiroidismo. -Enf. neoplásicas: carcinoma cabeza-cuello. Linfomas, leucemia. Metástasis.

**Comentario final:** Aunque en este caso, si había foco infeccioso que explica causa y características inflamatorias de adenopatía en la exploración, es importante hacer diagnóstico diferencial cuando adenopatía es > 2 cm o tiene un periodo de evolución > 2-3 semanas.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Novoa MD. Mas Mercant S, Sarriá Echegaray P, Gallego M. Diagnóstico Diferencial de las Masas Cervicales. <http://www.>

semergen.es/semergen/cda/ documentos/revistas/pdf/numero 11-98/926-930.pdf.

2. Pizarro Anglada S. Adenopatías locales y generalizadas. En: Guía de Actuación en Atención Primaria (2ª ed). SEMFYC. 2002;1.3: 15-9.
3. Navas Almodóvar MR, Riera Táboas L. Estudio de una linfadenopatía. Guías Clínicas 2003;3(32).www.fisterra.com

### 10/733. A MÍ LO QUE ME TRAE LOCA ES EL EDREDÓN

S. Membrilla Pastor, M. Romacho Canudas, A. Torres Rodríguez, T. Privat Garrido y M. González Irigoyen

CAP Ramona Vía. El Prat de Llobregat.

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 58 años, diabética de años de evolución, hipertensa, dislipémica. En su tratamiento habitual consta simvastatina 40 mg, candesartán 8 mg, metformina. Viene a por resultados de un TAC lumbar y antes de marchar nos comenta que hace unos días jugando con su nieto en la cama le rozó el edredón de fibra y ahora le queda molestia en la zona pretibial. Le recomendé observación y reconsultar según la evolución dada las circunstancias de baja sospecha de preocupación por un antecedente tan banal. 25 días después vuelve preocupada, había consultado a su oncóloga y le ha dicho que no sospecha relación con su proceso neoplásico del cual ya está dada de alta y que venga con su médico de primaria si siguen los síntomas. La paciente sigue explicando dolor, quemazón, alteraciones sensitivas. Se le solicita un electromiograma (EMG). A los 37 días del inicio y en espera del EMG vuelve diciéndonos que sigue igual, que no mejora nada, que tiene quemor, disconfort, que así no puede aguantar y rompe a llorar. Se le inicia gabapentina 300 mg con pauta de aumento de dosis progresiva (desde 1 comprimido por la noche hasta llegar a 3). A los 57 días del inicio vuelve con resultado de EMG mucho más tranquila, nos comenta que le fue muy bien la gabapentina pero que ahora que estaba tan bien el neuroelectrofisiólogo le había dicho que podía dejarla. Su síntoma actual de disestesia lo valoraba con una intensidad de 2 sobre 10. El EMG se informaba como sugestivo de radiculitis diabética L4 (sd de Garland) que no había comportado lesión axonal y por tanto no causaría secuela. Radiculitis diabética L4 (Sd de Garland).

**Exploración y pruebas complementarias:** Inicialmente por el componente emocional tan intenso que la paciente presentaba sospechamos un trastorno de somatización-ansiedad. Ante la sospecha diagnóstica de neuropatía en este caso la primera opción a tener en cuenta era la diabética, y otras a descartar tóxicas, autoinmunes, etc. cobraban importancia secundaria. La neuropatía de Garland es un proceso poco frecuente que afecta menos del 1% de los diabéticos.

**Juicio clínico:** Es más frecuente en la quinta década de la vida y en diabéticos de varios años de evolución sin tener relación con la gravedad o el mal control metabólico. Puede iniciarse de manera subaguda o progresiva lentamente con dolor, parestia o atrofia proximal de extremidades. En otras ocasiones puede haber pérdida de peso o disestesias como en el caso de nuestra paciente, acompañado o no de alteraciones sensibilidad táctil y térmica. En el EMG puede haber daño axonal multifocal de raíces y plexos por desmielinización y denervación.

**Diagnóstico diferencial:** Suele ser un trastorno autolimitado. Si se trata se inicia tratamiento conservador con fármacos tipo amitriptilina, gabapentina, tramadol. Si el abordaje es complejo se utilizan inmunoglobulina o corticoides.

**Comentario final:** El pronóstico es favorable, pueden haber recidivas en diferentes extremidades con secuelas sensitivo-motrices.

### 10/740. HERNIA DE MORGAGNI

P. Guillén Ardid, M. Roy Pérez, B. Lomba García, C. Mendi Melota y L. Hernández Casero

CS La Jota. Zaragoza.

**Descripción del caso:** Mujer de 78 años sin antecedentes patológicos de interés. Acude al servicio de Urgencias del Centro de Salud por cuadro de dolor en hemiabdomen superior acompañado de dificultad respiratoria de varias horas de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientada, colaboradora, eupneica y afebril (TA: 140/85; SatO<sub>2</sub> 98% basal). Cabeza y cuello: No adenopatías, no bocio. Carótidas rítmicas y simétricas. No-ingurgitación yugular. Tórax: AP: murmullo vesicular conservado, disminuido en bases sin ruidos sobreañadidos. AC: Rítmico, no soplos, no rones. Abdomen: blando, depresible, no doloroso sin masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. PPRB negativa. Exploraciones complementarias: Destaca 11.000 leucocitos (80%N, 12%L, 5%M, 2%E, 1%B; Hb 12,4 g/l. La Rx Tórax puso de manifiesto la existencia de una masa en pulmón derecho con imágenes aéreas sugestivas de hernia de colon intratorácica. Se deriva a hospital de referencia y se hospitaliza con diagnóstico de masa toraco-abdominal en estudio. Ecografía abdomen: Hernia diafrágica anterior retroesternal de Morgagni con paso de colon a tórax. Enema opaco: confirmó la presencia de una Hernia Morgagni con colon transversal en su interior. TAC toraco-abdominal: Importante defecto en área anterior de diafragma que permite el paso de parte de colon.

**Juicio clínico:** Hernia de Morgagni.

**Diagnóstico diferencial:** Tumores mediastino y pulmón. Atelectasia. Neumonía. Quistes pericárdicos. Quistes mediastínicos. Quistes diafrágicos. Algunos autores recomiendan especial cuidado con aquellos pacientes con factores de riesgo como historia familiar de hernia diafrágica congénita o portadores del síndrome de Down.

**Comentario final:** La paciente es sometida a reparación quirúrgica, evidenciándose en el acto operatorio el defecto anteromedial. El tratamiento quirúrgico consistió en la reducción del contenido del saco herniario y la plastia del defecto diafrágico. El seguimiento extrahospitalario fue correcto con resolución clínica total, y en la Rx de control se evidenció la reducción del contenido herniario. La hernia de Morgagni es una anomalía congénita causada por un defecto anteromedial del diafragma. Representa en el adulto un 1-4% de todos los defectos diafrágicos con una incidencia de 1:100.000, aunque actualmente se sugiere una etiología multifactorial. Por su escasa frecuencia clínica, torácica o abdominal inespecífica suele descubrirse de manera casual en la edad adulta, al efectuar un examen radiológico de tórax por otra patología. El contenido herniario suele ser, de mayor a menor frecuencia, epiploon, colon transversal, estómago, hígado, intestino delgado, ciego y apéndice. El tratamiento precoz de estos defectos junto con la pesquisa temprana de anomalías asociadas en la etapa perinatal es fundamental para disminuir la morbilidad de los afectados, así como mejorar de manera ostensible la calidad de vida en la etapa adulta al evitar las consultas reiteradas por cuadros inespecíficos que hacen muy dificultoso el diagnóstico certero.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Vañó D, Arranz G, Sanchez-Manjavacas N. Hernia diafrágica de Morgagni en el adulto. Rev Clin Esp. 2006; 206:468-9.
2. Echenique M, Amondarain J, Mar B. Hernias de Morgagni. Presentación de una serie de casos tratados en la era prelaparoscópica Cir Esp. 2002;71:197-200.
3. Morales JL; Canales L; Delgado C. Hernia de Morgagni. Reporte de un caso. Rev Chilena de Cirugía. 2006; 58:464-8.



## Pósters

### 10/2. DIFICULTAD VISIOCONSTRUCTIVA: COPIA DEL CUBO EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Rodríguez Fernández<sup>a</sup>, M. Gómez Rodríguez<sup>b</sup> y A. Gómez Moraga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS Archena. Murcia; <sup>b</sup>DUE. CS Archena. Murcia.

**Objetivos:** Cliente interno: conocer el modelo de copia del cubo desarrollada por Fontán-Scheitler y establecer si es factible su cuantificación y temporalidad en Atención Primaria. Cliente externo: realizar y cuantificar la copia del cubo en mayores de 70 años y encuesta básica.

**Metodología:** Se realizó en consulta de Atención Primaria a 26 pacientes mayores de 70 años. Encuesta básica: sexo, edad, estudios, profesión, aficiones, estado civil, medicación para la memoria, enfermedades actuales (HTA, dislipemia, diabetes...) con quien convive, cual es el cuidador principal. Copia del cubo (punto de corte = 6): 6: correctamente copiados, 5: copiados con alteraciones.

**Resultados:** Encuesta básica: sexo: El 76,9% (20/26) mujeres. Edad: media de 77,68 años. Estudios: 84,61% (22/26) estudios primarios. Profesión: varones: 83,33% (5/6) agricultores; mujeres: el 95% (19/20) "sus labores". Aficiones: ver televisión (26,92%; 7/26); caminar (19,35%; 6/16), leer (16,12%; 5/26), viajar (16,12%; 5/26), coser (12,90%, 4/26), música (9,67%; 3/26) y baile (3,22%; 1/26). Estado civil: 53,84% (14/26) estaban casados/as; 46,15% (12/26) viudos/as. Medicación para la memoria: No tomaban el 73,07% (19/26). Enfermedades actuales: Destacaba la presencia de HTA (88,46%; 23/26). ¿Con quién convive?: 50% (13/26) viven en pareja. ¿Cuál es el cuidador principal?: 42,30% (11/26) ellos/as mismos/as. B. Copia del cubo: Correctamente copiados (6 puntos): 53,84% (14/26). Copiados con alteraciones (5 puntos): 46,15% (12/26).

**Conclusiones:** La cuantificación de la copia del cubo fue realizada de forma rápida, sencilla, requiriendo poco tiempo, pudiendo complementar a otras baterías de estudio. El 46,15% resultaron copias del cubo con alteraciones.

### 10/9. VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

F. Sánchez Ruano<sup>a</sup>, D. Sellés Benavent<sup>a</sup>, A. Santoja Granados<sup>a</sup>, V. Llobell Bertomeu<sup>a</sup>, J. Hernández Abril<sup>b</sup> y M. Vaello Llinares<sup>b</sup>

<sup>a</sup>MFyC. <sup>b</sup>Enfermería. CS Callosa d'en Sarrià.

**Objetivos:** El Síndrome Metabólico (SM) constituye una situación de mayor riesgo cardiovascular (RCV) por la coexistencia de diferentes entidades patológicas que aisladamente han demostrado mayor incidencia de eventos cardiovasculares. Sin embargo la valoración de dicho RCV difiere en función del criterio utilizado en el diagnóstico del SM. El objetivo es conocer el RCV de nuestros pacientes según el criterio utilizado en el diagnóstico del SM.

**Metodología:** Estudio transversal con pacientes atendidos en atención primaria. Se ha calculado la muestra para una prevalencia esperada del 25%, nivel de confianza del 95% y error aleatorio máximo del 0,05%. Se ha diagnosticado el SM mediante los criterios del Nacional Cholesterol Education Program (ATP-III) y de la Federación Internacional de Diabetes (IDF). El RCV se ha calculado mediante las tablas de REGICOR (riesgo de enfermedad coronaria a los 10 años).

**Resultados:** Se ha incluido a 314 pacientes. La prevalencia de SM ha sido 42,3%. El RCV ha sido de  $3,55 \pm 3,12$  ( $2,9 \pm 2,4$  en mujeres y  $4,3 \pm 3,6$  en hombres); pacientes con SM según ATP-III  $5,4 \pm 3,2$ ; y según IDF  $5,1 \pm 2,4$ ; pacientes con SM con ATP-III y IDF  $5,5 \pm 3,2$ .

Pacientes sin SM: según ATP-III, riesgo de  $2,1 \pm 2,1$ ; y según IDF, riesgo de  $2,4 \pm 2,5$ .

**Conclusiones:** Aunque ambos criterios diagnósticos cuantifican un RCV similar, el RCV de los pacientes diagnosticados con el ATP-III es mayor. En pacientes en ausencia de SM, la IDF deja sin diagnosticar a pacientes con mayor RCV que cuando utilizamos los criterios del ATP-III.

### 10/11. ¿QUÉ GUARDAN NUESTROS PACIENTES EN EL CAJÓN? ESTUDIO DE LOS BOTIQUINES CASEROS

M. Agüeros Fernández<sup>a</sup>, Á. Pérez Martín<sup>b</sup>, J. López Lanza<sup>b</sup>, P. Echave Ceballos<sup>c</sup>, M. Perede García<sup>c</sup> y M. Gómez Valdés<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS Polanco. Cantabria; <sup>b</sup>Médico de Familia. CS Los Valles; <sup>c</sup>Médico de Familia. CS Campoo; <sup>d</sup>DUE. CS Los Valles.

**Objetivos:** Estudiar las características de los botiquines que tienen los pacientes en sus domicilios y concepto que tienen de ellos, intentando buscar diferencias entre las diferentes modalidades de aportación económica.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal de los botiquines realizado en el domicilio, realizado en Valdeprado del Río (Cantabria) de forma aleatoria durante el año 2009.

**Resultados:** Se revisaron 54 botiquines, con farmacia gratuita (68,5%), con una media de medicamentos de 13,31, el 81,5% tenían medicación duplicada, estando caducados 1,07 cajas de media, tan sólo el 40,7% no tenía ninguna medicación caducada; de estas el 46,2% eran antibióticos y antiinflamatorios el 26,9%. El 55,6% guarda el botiquín en un cajón de la cocina y el 24,1% en un cajón de la habitación; para deshacerse de fármacos usa la basura doméstica (81,5%) y el 18,5% un punto limpio. Al comparar los diferentes tipos de financiación la persona con copago presenta menos envases, menos repetidos y de forma no significativa recicla más los fármacos.

**Conclusiones:** Los botiquines presentan principalmente medicaciones agudas y se sigue utilizando mayoritariamente la basura doméstica como el medio para deshacerse de los fármacos. Existe un alto porcentaje de pacientes que tienen medicaciones caducadas, lo que supone un riesgo, con una alta acumulación de antibióticos, incluso caducados. La persona con copago recicla mejor los fármacos, quizás por ser más joven, no siendo significativa la diferencia, presentando también menor número de envases y menor acumulación de fármacos repetidos.

### 10/14. EXÁMENES DE FACULTAD: CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y DOPING

J. Torras Salles, M. Galén Urbano, A. Torras Galán y M. Torras Galán  
CAP Sant Cugat.

**Objetivos:** Elaborar un estudio que permita conocer las sustancias más utilizadas para preparar los exámenes y los cambios fisiológicos detectados por los estudiantes de las Facultad de Ciencias-Biociencias de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) en el curso 2009-2010.

**Metodología:** Realizamos una encuesta anónima, tipo test y aleatoria, a una población de 391 estudiantes.

**Resultados:** Un 56,52% de los encuestados son mujeres y el 43,48% hombres. El 26,04% de los estudiantes toman algún tipo de sustancia para potenciar su concentración, un 58,95% lo hacen en las fechas de exámenes. Las sustancias más utilizadas en ambos sexos, son los estimulantes, café, té, mate, bebidas energéticas. Los alumnos que más las utilizan son los comprendidos entre los 21 y 22 años. Fisiológicamente llama la atención los cambios de humor en ambos sexos, las cefaleas en los hombres y los trastornos alimentarios e las mujeres.

**Conclusiones:** 1.- Más de la mitad de los encuestados son de sexo femenino, por lo que se puede deducir que hay más mujeres que hombres que cursan estos estudios. 2.- Más de la cuarta parte de los estudiantes utiliza sustancias para potenciar la concentración en el estudio. 3.- Los cambios fisiológicos que se detectan son fundamentalmente de tipo psíquico, siendo más frecuentes en el sexo femenino.

### 10/33. ¿BENZODIACEPINAS! PERSISTEN COMO PRIMER GRUPO DE MEDICACIÓN INADECUADA A LOS 85 AÑOS

D. Maestre Quirol, F. Mera Cordero, E. Fontana Gago, J. Asín Soto, S. Osorio Cidoncha y G. Estudi Octabaix

ABS El Plá.

**Objetivos:** Analizar las prescripciones crónicas según criterios de idoneidad Stopp y Beer's a los 85 años en el ámbito atención primaria.

**Metodología:** Estudio transversal, en un ensayo clínico multicéntrico con intervención preventiva de caídas y malnutrición de tres años de duración, y emparejamiento por sexo. Se analizaron variables sociodemográficas, factores riesgo cardiovascular, enfermedades crónicas, variables geriátricas habituales y prescripciones farmacológicas crónicas con criterios de Stopp de Beer's, considerando polifarmacia más o igual de 4 fármacos. Las variables significativas en el análisis bivariado con valores  $p < 0,05$  y otras clínicas relevantes, fueron exploradas mediante regresión logística condicional.

**Resultados:** De 378 pacientes del ensayo, se estudiaron 78, un 70,5% eran mujeres. El 69,2% de pacientes tenían 1 o más fármacos inapropiados. La media de fármacos de prescripción crónica fue  $6,06 \pm 3,27$ . Los grupos terapéuticos más utilizados de forma inapropiada son benzodiazepinas 23,1%, inhibidores de recaptación de serotonina 16,7%, diuréticos de asa para tratamiento hipertensivo 16,7% y antiinflamatorios no esteroideos para tratamiento del dolor crónico 10,3%. En el análisis bivariado mostraron tendencia de asociación a mayor índice de prescripción inadecuada, la existencia de dislipemia ( $p = 0,131$ ), insuficiencia cardíaca ( $p = 0,111$ ) y anemia ( $p = 0,064$ ); existiendo asociación significativa para la polifarmacia ( $p = 0,017$ ). En el análisis de regresión logística persistió únicamente como factor significativo independiente: dislipemia (OR: 5, 501; IC95%: 1,219- 24,813;  $p = 0,027$ ).

**Conclusiones:** El 69% de los pacientes de 85 años recibieron una inapropiada prescripción farmacológica según criterios Stopp y Beer's. El grupo terapéutico de benzodiazepinas persiste como principal prescripción farmacológica crónica inapropiada.

### 10/35. SI ESTÁ INDICADA, POR QUÉ NO REALIZAR GASTROPROTECCIÓN

R. García Pérez<sup>a</sup>, F. Bueno Dorado, G. García Pino<sup>a</sup> y R. García Moreno<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. <sup>b</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. <sup>c</sup>Estudiante de Medicina de la UNEX. CS Zona Centro de Badajoz.

**Objetivos:** Valorar si la gastroprotección se hace adecuadamente según la presencia de factores de riesgo de gastroenteropatía por antiinflamatorios no esteroideos (AINES) o antiagregantes plaquetarios (AGP).

**Metodología:** Estudio transversal, de informes de especializada, en mayores de 18 años, con prescripciones de AINES, AGP y/o gastroprotectores. Variables: edad/sexo; factores de riesgo de toxicidad gastrointestinal (hemorragia digestiva/úlceras pépticas, edad > 60 años, dosis altas de AINES, asociación AINES y acetilsalicílico (AAS) o corticoides, enfermedad grave. Tratamiento previo: AGP y/o anticoagulante (AAS > 100 mg/día, AAS+clopidogrel y asociación con anticoagulante). Prescripciones: AINES, AGP y gastroprotectores. Estadística: comparación de proporciones con IC95% entre AINES, AGP y gastroprotectores.

**Resultados:** 279 informes tenían como mínimo una prescripción de AINES, AGP y/o gastroprotector. La mayoría son mujeres (53,2%), > 60 años (56,4%) y con enfermedad grave (38,4%); las prescripciones: gastroprotector (26,2%), AGP (18,8%) y AINES (12,4%). AINES y AGP se prescribieron en > 60 años (7,4 y 22%) y enfermedad grave (8,3 y 17,2%), con gastroprotección para los AINES (3,5 y 3,6%) sin diferencias significativas y AGP (9,6 y 17,2%) con significación estadística.

**Conclusiones:** En menos del 50% se hace gastroprotección simultáneamente con la prescripción de AINES o AGP, cuando hay factores de riesgo de toxicidad gastrointestinal. Las prescripciones de AINES y gastroprotector no hay diferencias significativas y si las hay, en las de AGP y gastroprotector en pacientes con antecedentes de úlcera, > 60 años, con enfermedad grave y en tratamiento con AGP. La gastroprotección se debe realizar en todos los que presentan factores de riesgo de gastroenteropatía por AINES.

### 10/36. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPENDENCIA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD SEGÚN LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY

R. García Pérez<sup>a</sup>, G. García Pino<sup>a</sup>, F. Bueno Dorado<sup>b</sup> y R. García Moreno

<sup>a</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. <sup>b</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. <sup>c</sup>Estudiante de Medicina de la UNEX. CS Zona Centro de Badajoz;

**Objetivos:** Valorar la distribución por sexo y grupos de edad de las actividades de la escala de Lawton-Brody y clasificación por sexo del grado de dependencia.

**Metodología:** estudio transversal de una muestra aleatoria, estratificada por sexo y grupos de edad, de los mayores de 65 años, atendidos en atención primaria. Sexo; Grupos de edad: 1) 65-74; 2) 75-84; 3) > 85 años; Escala de Lawton: cada actividad se valoró con 0 o 1 punto. Dependencia: menos de 5 puntos en varones y de 8 en mujeres. La dependencia se subdividió en 4 grupos según severidad. Estadística: descripción y comparación con IC95% de la dependencia y actividades de la escala por sexo y grupos de edad.

**Resultados:** existen diferencias entre independientes (73,6%) vs dependientes (26,4%) ( $p = 0,00$ ); la dependencia es más prevalente en mujeres (20,8%) que en varones (5,6%). Por grupos de edad, hay diferencias significativas entre el 1 y 3 (IC95% = -0,58-0,08) y 2 y 3 (IC95% = -0,55-0,04). La dependencia total y severa es significativamente menos frecuente en varones (2,3%) vs mujeres (24%), ( $p = 0,00$ ; IC95%: -0,34-0,10); la moderada y ligera también predominan en mujeres (18% vs 13,9%), sin ser significativo ( $p = 0,71$ ).

**Conclusiones:** La dependencia es muy prevalente (una de cada cuatro > 65 años) y más en mujeres en todos los grupos de edad. La total y severa son más prevalentes en mujeres, la moderada y ligera tienen menos diferencias. La dependencia para las AIVD es un indicador de riesgo. En atención primaria podría ser útil para detectar formas incipientes de dependencia.

### 10/38. BENZODIACEPINAS Y CAÍDAS EN LOS ANCIANOS

M. Martínez Altarriba, M. Rodríguez Morató, E. Teixidó Fontanillas, E. Fernández Escobar y E. Almendro Almendro

CAP Horta. Barcelona.

**Objetivos:** Revisiones bibliográficas relacionan ingesta benzodiazepinas anciano con aumento deterioro cognitivo, trastornos sueño, alteraciones vigilia durante el día consecuentemente incremento de caídas. Las caídas causan dependencia, aumento morbilidad mortalidad ancianos. Pretendemos estudiar relación benzodiazepinas caídas (BC), con fin mejora calidad vida ancianos.

**Metodología:** Estudio prospectivo comparativo de 3.000 ancianos de 2 áreas salud, divididos 2 grupos a) no ingesta benzodiazepinas

pinas (NB) si ingesta (SB). 2 Grupos edad 1º > 75 años y 2º 65-74 años, durante 2 años.

**Resultados:** Grupo NB (5,9% 1 caída último año. 1% varias. 14,8% 1 casi-caída). Grupo SB (25,9% 1 caída último año, 8% varias, 44% 1 casi caída). Diferencia estadística institucionalizados no institucionalizados ( $p < 0,05$ ). Caídas repetitivas más frecuentes varones. Consecuencias: 26% de ellos tenían actividades básicas cotidianas (ABC) limitadas. Fracturas: 5%, (1% cadera) entre 40 y 50% lesiones menores, heridas, contusiones o hematomas. 8% suspensión de ABC 10% depresión. Edad media caídas 75 años.

**Conclusiones:** El grupo con benzodiacepinas sufrió un considerable mayor número de caídas. Dichos fármacos queda demostrado por el estudio influyen en disminuir el estado de alerta y aumentan el deterioro cognitivo siendo todo importante factor de riesgo de caídas con consecuencias disminución calidad vida, mayor morbilidad y mortalidad en anciano. Resultados estudio sugieren se debería restringir en lo posible el uso de estos fármacos en > 65 años. Es muy importante en Atención primaria evaluación y detección precoz relación benzodiacepinas caídas y toma de medidas para evitarlas. Necesario continuar estudios sobre CA, por las consecuencias que traen para su calidad de vida.

#### 10/42. SITUACIÓN, SEGÚN OBJETIVOS, DE LOS DIABÉTICOS ATENDIDOS EN NUESTRO CENTRO

F. Antón García, A. Cubides Núñez, E. Correcher Salvador, D. Pruteanu, I. Tomás Saura y M. Richart Rufino

CS Fuensanta. Valencia.

**Objetivos:** Valorar evolutivamente el porcentaje de diabéticos que se encuentran en objetivos.

**Metodología:** De la Historia Clínica Electrónica (HCE) hemos evaluado las siguientes variables en 2006 y 2008: Índice de Masa Corporal (IMC), HbA1c, Lípidos. Hemos calculado el Filtrado Glomerular (FG) (MDRD-4 ml/min/1,73) a partir de la edad, sexo y creatinina plasmática. Objetivos de control: HbA1c: Buen Control (BC):  $\leq 7$ . Regular Control (RC): 7,1-9. Mal Control (MC):  $> 9$ . Colesterol (mg/dl): BC:  $\leq 200$ . RC: 201-239. MC:  $> 239$ . LDL-colesterol: BC:  $\leq 100$ . RC: 101-129. MC:  $> 129$ . HDL-colesterol: BC:  $> 40$ . MC:  $\leq 40$ . IMC: BC:  $< 30$ . MC:  $\geq 30$ . Porcentaje de variables registradas en HCE. Análisis de datos con SPSS.

**Resultados:** Datos 2006-2008 de los 136 diabéticos evaluados: HbA1c: BC 52,7%; 51,2%. RC 22,7%; 27,2%. MC 24,5%; 21,6%. Colesterol: BC 48,6%; 64%. RC 29,5%; 15,5%. MC 16,4%; 17,1%. LDL-colesterol: BC 25,2%; 33,9%; RC 35,9%; 35,5%; MC 38,8%; 30,6%. HDL-colesterol: BC 50%; 71,7%. MC 50%; 28,2%. IMC: BC 42,2%; 43,6%. MC 57,7%; 56,4%. FG (ml/min/1,73): Normal o descenso ligero ( $> 59$ ): 74,3%; 75,2%. Descenso moderado (30-59): 24,8%; 23,2%. Descenso severo ( $< 30$ ): 0,9%; 1,6%. El registro de los datos en la HCE ha pasado globalmente del 80% al 90%.

**Conclusiones:** No ha habido mejora significativa en el nivel de control de la HbA1c y el IMC, pero sí en los lípidos. El FG ha permanecido estable. Mejora del registro en la HCE. Es preciso evaluar sistemáticamente el grado de control de nuestros pacientes para intentar mejorarlo.

#### 10/43. ¿CÓMO PODEMOS MEJORAR EL CONTROL DE NUESTROS PACIENTES DISLIPÉMICOS SIN EVALUARLOS PERIÓDICAMENTE?

F. Antón García, A. Cubides Núñez, E. Correcher Salvador, D. Pruteanu e I. Saura

CS Fuensanta. Valencia.

**Objetivos:** Evaluar evolutivamente el grado de control de los pacientes dislipémicos atendidos en nuestro Centro de Salud.

**Metodología:** Hemos valorado en la Historia Clínica Electrónica (HCE) de los pacientes dislipémicos, desde 2006 a 2008, las siguientes variables: sexo, edad, lípidos, tratamiento farmacológico, nivel de registro de los datos en HCE, cumplimentación por los pacientes e inercia terapéuticas, porcentaje de pacientes en objetivos (ATP III). Análisis datos mediante SPSS.

**Resultados:** Se ha evaluado una muestra de 267 pacientes, edad (2006) 66,2 años (DT 13,4), 66,3% mujeres. Datos correlativos 2006-2007-2008: Tratamiento farmacológico: 67,7%, 72%, 74,5%. Colesterol (mg/dl) 221,4; 211,6; 212,8. LDL-colesterol: 146,7; 133,7; 135,5. HDL-colesterol: 47,4; 52,2; 55,2. Triglicéridos: 149,2; 162,9; 166,3. Cuando apareamos los datos se aprecia una mejoría significativa en el Colesterol y en LDL-colesterol (2006-2007) y en HDL-colesterol en todo el periodo evaluado, en cambio hay aumento progresivo (no significativo) de los triglicéridos. Porcentaje de pacientes en objetivos (criterios ATP III) 2006-2007-2008: colesterol ( $< 240$  mg/dl): 69,6%; 75,1%, 73,6%. LDL-colesterol ( $< 160$  mg/dl): 64,8%; 76,3%; 74,8%. HDL-colesterol ( $> 39$  mg/dl): 73,3%; 80,5%; 88,3%. Porcentaje de registro de lípidos en HCE: superior al 80%. Cumplimentación terapéutica por el paciente: 75%. No modificación del tratamiento en periodo estudio: 70%.

**Conclusiones:** Se ha producido una mejoría inicial en el nivel del colesterol y sus fracciones con un buen porcentaje de pacientes en objetivos. Es preciso disminuir la inercia terapéutica para mejorar el grado de control. Es preciso hacer evaluaciones periódicas de nuestros pacientes para poder establecer acciones de mejora.

#### 10/49. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UNA POBLACIÓN DE DIABÉTICOS TIPO 2 CONTROLADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Barro Lugo, V. Serrano Borraz, M. Saus Arús, S. Moreno Escriba, M. Porta Borges y J. Hubner la Torre

CAP Larrard.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) y el perfil cardiovascular en una población de diabéticos de atención primaria.

**Metodología:** Estudio poblacional transversal descriptivo. Se incluyen todos los pacientes diabéticos tipo 2 controlados en el 2009 en dos centros de Atención Primaria de un área urbana. Se extraen los datos de la historia clínica informatizada.

**Resultados:** 758 pacientes diabéticos controlados en 2009 (55,7% hombres). Se analizan los datos con el paquete estadístico SPSS 18.0. Media edad  $73,5 \pm 10,92$  DE. De los 758, se analizan 587 sujetos que presentan recogidas todas las variables. El 50,9% (299) presentan ERC (47,8% hombres, 52,2% mujeres  $p < 0,05$ ). Estadio 1-2: 4,94% (79,3% hombres); estadio 3: 42,9% (42,9% hombres); estadio 4: 2,7% (62,5% hombres); estadio 5: 0,3% (100% hombres). De los pacientes con ERC, 13,4% son fumadores, 65,2% no fumadores y 24,4% Exfumadores. El 82,27% son hipertensos ( $p = 0,3$ ), 81,54% si filtrado glomerular (FG)  $< 60$  ( $p = 0,008$ ). El 60,6% son dislipémicos ( $p = 0,9$ ), el 17,3% presentan cardiopatía isquémica ( $p = 0,09$ ), el 8,03% AVC ( $p = 0,7$ ) y el 11,07% Arteriopatía Periférica (AP) ( $p = 0,15$ ), 11,15% si FG  $< 60$  ( $p = 0,017$ ).

**Conclusiones:** Alta prevalencia de enfermedad renal crónica en los pacientes diabéticos de atención primaria. Un FG  $< 60$  se relaciona con HTA y AP, por lo que en caso de paciente diabético con FG  $< 60$ , se podría plantear la realización de un índice tobillo brazo para cribaje de AP.



### 10/50. PREVALENCIA DE ANEMIA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UNA POBLACIÓN DE DIABÉTICOS TIPO 2 CONTROLADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Moreno Escriba, S. Barro Lugo, M. Saus Arús, V. Serrano Borraz, M. Porta Borges y J. Hubner la Torre

CAP Larrard. Barcelona.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de enfermedad renal crónica con anemia en una población de diabéticos de atención primaria.

**Metodología:** Estudio transversal descriptivo. Se incluyen todos los pacientes diabéticos tipo 2 controlados en el 2009 en dos centros urbanos de Atención Primaria. Se extraen los datos de la historia clínica informatizada. Análisis de datos con paquete estadístico SPSS 18.0.

**Resultados:** 758 pacientes diabéticos (55,7% hombres). Media edad  $73,5 \pm 10,92$  DE. De los 758, se analizan 587 sujetos que presentan recogidas todas las variables. El 50,9% (299) presentan ERC (47,8% hombres, 52,2% mujeres  $p < 0,05$ ). Estadio 1-2: 4,94% (79,3% hombres); estadio 3: 42,9% (42,9% hombres); estadio 4: 2,7% (62,5% hombres); estadio 5: 0,3% (100% hombres). De los pacientes con ERC, 26,1% presentan anemia ( $p < 0,05$ ) y el 38,5% son mujeres (Hb media de  $11 \pm 0,82$  DE) y 62,5% son hombres (Hb media  $12,03 \pm 0,92$  DE). En estadio 1-2 ERC presentan anemia 30% pacientes ( $p = 0,07$ ), estadio 3: 37,5% ( $p < 0,05$ ), estadio 4: 92,3% ( $p < 0,05$ ), estadio 5: 0%. Hombres con anemia E 1-2 20%, E3 39,6%, E4 100%, E5 0%. Mujeres con anemia E 1-2 33,3%, E3 18,6%, E4 80%.

**Conclusiones:** Alta prevalencia de enfermedad renal crónica y anemia en los pacientes diabéticos de AP. Menor prevalencia de anemia en mujeres con ERC E3, lo que podría sugerir una sobreestimación de la gravedad de dicho estadio en mujeres, por la estimación del FG según MDRD.

### 10/54. ACTITUDES HACIA EL TABAQUISMO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN ÁREA DE SALUD

F. Gutiérrez Riquelme<sup>a</sup>, J. Cabrera Mateos<sup>b</sup>, E. López de la Pedraja<sup>c</sup>, O. Lemus Mederos<sup>d</sup>, D. Henríquez Perera<sup>a</sup> y M. Mendoza Luzardo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Valterra. Arrecife; <sup>b</sup>Consultorio Local de Puerto del Carmen. Tías; <sup>c</sup>CS de San Bartolomé. San Bartolomé de Lanzarote; <sup>d</sup>CS de Santa Coloma. Arrecife.

**Objetivos:** Conocer las actitudes de los médicos y DUEs de Atención Primaria respecto al tabaquismo.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Muestra de 138 profesionales sanitarios, de los que 61 (44,2%) eran médicos. Del sexo femenino eran 91 (65,9%). Edad media corregida: 41,28 años (DE: 10,34). Instrumento de medida: cuestionario autoadministrado referido a conocimientos y actitudes frente al tabaquismo.

**Resultados:** Eran fumadores 27 profesionales (19,6%). Tenían formación en tabaquismo 88 (64,7%) con una edad media superior a los que no la tenían (42,9 años frente a 39,04;  $p = 0,039$ ), una media de 4,39 años más de ejercicio profesional ( $p = 0,01$ ) y significativamente inferior en el colectivo de enfermería (55,1% frente a 73,8%;  $p = 0,027$ ). Preguntaban al paciente por su hábito tabáquico 133 (96,4%). Dan consejo sanitario 122 (90,4%) siendo superior en el grupo con formación en tabaquismo (96,5% frente a 79,2%;  $p = 0,002$ ), 93 (67,4%) saben lo que es la intervención mínima pero sólo 84 (60,9%) la realizan. Utilizan fármacos en el tratamiento del tabaquismo 46 (33,3%) asociado independientemente a la profesión sanitaria (coeficiente de regresión  $B = 3,74$ ) y realizar intervención mínima ( $B = 1,67$ ). La única variable que se asoció independientemente a "tener formación en tabaquismo" fue la variable "años de ejercicio profesional" (coeficiente de regresión  $B = 0,06$ ).

**Conclusiones:** Algo menos de la mitad de los profesionales del área de salud carecen de formación en tabaquismo, especialmente

en el colectivo de enfermería. La intervención mínima la realizan aproximadamente la mitad de los profesionales.

### 10/57. TERAPIA GRUPAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. OPTIMIZACIÓN DEL MANEJO DE LA ANSIEDAD

M. Rojas Blanc, A. Valsera Robles, G. Ferriz Villanueva, N. Riera Nadal, M. Borrás Alborch y A. Rivero Morcillo

ABS Sagrada Familia. Barcelona.

**Objetivos:** Descripción, análisis de la eficacia y grado de satisfacción del usuario, de un programa grupal, el Taller de Relajación, dentro del Programa de Soporte de Salud mental a la Atención Primaria (AP), diseñado para el mejorar el manejo de la ansiedad, basado en la psicoeducación y las técnicas de relajación partiendo de la definición de ansiedad, siguiendo estrategias de afrontamiento y la reestructuración cognitiva.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal de una muestra compuesta por los pacientes incluidos en los grupos de relajación realizados durante el 2009 en el ABS. Se incluyeron en el programa aquellos usuarios que presentaban clínica de ansiedad y que se consideraron tributarios de beneficiarse de intervención.

**Resultados:** 100% mujeres. 80% entre 45-60 años. Principales causas de ansiedad: 37,3% crisis madurativas; 34,8% enfermedad propia/familiar; 27,9% conflictos familiares. Visitas médicas totales, de todos los integrantes del grupo, por ansiedad/estrés antes/después (durante un año), de intervención grupal: 34/8. Reducción consumo fármacos ansiolíticos: 89%. Encuesta satisfacción: Interés por actividad 3,7/4; Aportación teórico-práctica 3,5/4. Habilidades aprendidas: 3,9/4; Aplicabilidad: 4/4.

**Conclusiones:** Los talleres de relajación en AP son una herramienta útil para el manejo de la ansiedad, disminuyendo la demanda de atención médica y el consumo de fármacos ansiolíticos. Existe, además, un alto grado de satisfacción por parte del usuario, permitiéndole optimizar el manejo de la ansiedad en su vida diaria, predominantemente por las habilidades aprendidas y su aplicabilidad.

### 10/58. ¿PODEMOS MEJORAR EL SEGUIMIENTO DE NUESTROS PACIENTES DESPUÉS DE UN INGRESO? PROTOCOLO PREALT Y LA ENFERMERA DE ENLACE

G. Ferriz Villanueva, M. Rojas Blanc, A. Rivero Morcillo, M. Serrano Coronado, C. Ledesma Serrano y N. Rivero Morcillo

ABS Sagrada Familia. Barcelona.

**Objetivos:** Descripción y análisis del protocolo PREALT. Valoración de la enfermera de enlace.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en una ABS urbana con una población asignada de 23.656 pacientes. Descripción de una muestra compuesta por todos los pacientes incluidos durante el año 2009 en el protocolo PREALT: pacientes asignados a nuestra área básica de salud, que fueron alta de algún centro hospitalario de agudos o sociosanitario (CSS), desde el cual se notificaba su alta hospitalaria a nuestro equipo, mediante la Enfermera de enlace, que establecía un primer contacto telefónico con el paciente o cuidador y valoraba y gestionaba la necesidad o no de algún recurso (visita domiciliaria...).

**Resultados:** 273 pacientes incluidos en PREALT durante 2009. 61,2% mujeres. 85,2% > 74 años; resto entre 45 y 73 años. Origen: 89,12% hospital de referencia; 9,61% CSS de zona. 82,19% requirieron algún tipo de procedimiento terapéutico de enfermería (cura). 94,17% cumplían criterios de anciano frágil (el principal criterio fue la necesidad de recibir curas a domicilio). 7,5% presentaban patología terminal. En todos los casos se estableció contacto telefónico en las primeras 24 horas posteriores al alta hospitalaria y el 97,24% requirieron visita domiciliaria que tuvo lugar en las primeras 48 h.

**Conclusiones:** El protocolo PREALT y la enfermera de enlace son una buena herramienta en el manejo del paciente, generalmente frágil o con complejidad, una vez éste es alta del hospital o centro sociosanitario donde estaba ingresado. Así mismo optimiza la correcta valoración y gestión de sus necesidades sanitarias, consiguiendo la continuidad asistencial hospital-atención primaria.

### 10/59. UTILIDAD DE LOS TESTS DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO. ¿TENDREMOS QUE SEGUIR CONTANDO PASTILLAS?

G. Ferriz Villanueva, N. Riera Nadal, M. Rojas Blanc, V. Liste Salvador, M. Barragán González y M. Monclús González

*ABS Sagrada Familia. Barcelona.*

**Objetivos:** Analizar el perfil, factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), complicaciones cardiovasculares y cumplimiento del tratamiento antihipertensivo (CTA) en pacientes hipertensos con mal control (PHMC) de su enfermedad.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en un centro de salud urbano (población asignada: 23.212). Análisis de una muestra aleatoria de 100 PHMC de un total de 661 PHMC (15% del total). Revisión historia clínica informatizada OMI-AP. Valoración CTA mediante métodos basados en la entrevista clínica (administración test Morinsky-Green y test de Batalla) y métodos basados en la medición del recuento de comprimidos (recuento simple de comprimidos y aplicación de la fórmula del Porcentaje de Cumplimiento terapéutico (PCT): (Número total comprimidos (NTC) presumiblemente consumidos/NTC que debía haber consumido)  $\times$  100).

**Resultados:** 43,24% mujeres. Edad media 72,75 años IC95% (3,25), TA media (3 últimas determinaciones): TAS media 149,59 mmHg TAD media 79,86 mmHg. Media número fármacos totales: 6 IC95% (0,98) Media número fármacos antihipertensivos: 2,05 IC95% (0,27). 24% tomaban más de 8 fármacos. FRCV: 90,48% varones > 55 años; 93,75% mujeres > 65 años. 18,92% fumadores; 35,13% ex-fumadores. Dislipemia: 56,76%. DM: 29,73%; Glicemia basal alterada: 8,11%; Obesidad grado I: 9,73%; Obesidad mórbida: 10,81%; Normopeso: 56,76%. Antecedentes familiares eventos CV: 27,03%. 62,16% sedentarismo. Complicaciones cardiovasculares: Enfermedad cerebrovascular: 13,51%; Hipertrofia ventrículo izquierdo: 5,40%; Cardiopatía: 18,92%; Nefropatía: 24,32%; Arteriopatía periférica: 18,92%; Retinopatía: 2,70%. Valoración CTA: Test Morinsky-Green: buen cumplimiento: 86,49%; Test Batalla: buen cumplimiento: 32,43%. Porcentaje de Cumplimiento terapéutico (PCT): buen cumplimiento (PCT > 80%): 64,83%.

**Conclusiones:** La polifarmacia, asociada a la edad avanzada de estos pacientes, podría ser un factor importante en el mal CTA. Así mismo, los test de cumplimiento basados en la entrevista clínica no son una buena herramienta en la valoración del cumplimiento terapéutico del paciente hipertenso mal controlado. Es necesario encontrar otras herramientas más fáciles de aplicar en la práctica diaria que el recuento de comprimidos.

### 10/60. DESBUROCRATIZACIÓN DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA. GESTIÓN DE LA NO DEMORA

M. Rojas Blanc, G. Ferriz Villanueva, N. Riera Nadal, C. Riera Nadal, M. Monclús González y V. Liste Salvador

*ABS Sagrada Familia. Barcelona.*

**Objetivos:** Descongestión de la consulta de medicina mediante su desburocratización, con la consecuente mejora de la accesibilidad y reducción de la demora.

**Metodología:** Elaboración e implantación del protocolo de desburocratización de la consulta médica (PDCM) y de un nuevo tipo de acto no asistencial: (TRÁMITES) en la agenda médica (historia clínica informatizada OMI-AP) donde programar aquellos pacientes

que demandan asistencia puramente burocrática (informes médicos, traslados ambulancias, revisión medicación crónica, recetas...), resolviéndola telefónicamente, evitando así una cita previa que podrá ser ocupada por una demanda asistencial. Realización del circuito organizativo del PDCM. Consenso en una comisión multidisciplinar de los motivos susceptibles a ser incluidos en el PDCM. Análisis de una muestra compuesta por los pacientes programados en la visita "TRÁMITES" creada en la agenda de 8 médicos reformados. Valoración del PDCM al mes de su implantación.

**Resultados:** 208 visitas "TRÁMITES", las cuales se tradujeron en citas previas libres (CPL) (26 CPL/médico, lo que equivale a un día de consulta más al mes/médico). Tipo de "TRÁMITES": Revisión medicación crónica: 30,9%; Resultados analíticos: 11,5% (89,47% analítica normal); Informe médico (IM): 24,8% (IM de salud: 9,1%; IM solicitud valoración dependencia: 9,1%; IM trámite social: 5,4%; IM solicitud termalismo social: 1,2%); Solicitud traslado ambulancia: 4,8%. Recogida recetas: 7,2%; Otros: 20,8%. Cumplimiento demora < 48h durante las cuatro semanas de mayo por los MF de la muestra: mayo 2008: 75%; mayo 2009: 96,87%.

**Conclusiones:** El PDCM es una buena herramienta para poder resolver ciertas demandas de los usuarios sin necesidad de que éstos acudan a la consulta médica, mejorando así la accesibilidad de nuestros pacientes al médico de familia.

### 10/62. ¿EL PASO DE 5 AÑOS HA MEJORADO EL SEGUIMIENTO DE NUESTROS PACIENTES ASMÁTICOS?

J. Mendaza de la Hoz, J. Iturralde Iriso, M. Alarcia Ceballos, T. Esparza Otero, A. Orue Junguitu y M. Ibars Cervera

*CS Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz.*

**Objetivos:** Comprobar cómo tenemos controlada a nuestra población asmática en el año 2009 en relación a los resultados del año 2005.

**Metodología:** Diseño: estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asmáticos de 20 a 44 años asignados a un centro de salud urbano que atiende a una población de 20.000 habitantes mayores de 14 años. El corte para realizar el estudio se hace a principios de septiembre del 2005 y octubre del 2009. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

**Resultados:** Son resultados recogidos de la historia clínica informatizada. Hay un formulario creado para tal fin. Lo que se anota fuera de estos formularios no se recoge como realizado. La prevalencia de asma en población adscrita al centro de 20 a 44 años ha pasado del 1,78% al 2,09%. Se ha valorado el tipo de asma según la gravedad del 18,47% al 35,39%. Tiene registrado su flujo espiratorio máximo de un 15,38% al 23,14%. Tiene realizada y registrada una espirometría en la historia de un 4,67% al 31,05%. Tienen registrados en la historia que se les ha educado en técnicas de inhalación de un 17,41% al 33,39% de los asmáticos.

**Conclusiones:** Gracias al programa OSABIDE, sabemos en todo momento el control de nuestra población asmática. Tener en cuenta el sesgo que puede suponer no registrar bien los resultados en los formularios diseñados para tal fin. Aunque hemos mejorado con el paso del tiempo, aun estamos lejos de cifras satisfactorias, por lo que debemos mejorar el registro y seguimiento de estos pacientes.

### 10/64. NUESTRA EXPERIENCIA EN CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA

E. Costa Atienza, R. Coma Roura, S. Suriñach Pla, A. Forcada Arcarons, S. Sánchez Belmonte y J. Chacón Toledano

*ABS Manlleu. Barcelona.*

**Objetivos:** Asumir los procesos quirúrgicos sobre piel simples. Mejorar la accesibilidad del paciente a estos procedimientos.

**Metodología:** Se han recogido los datos de los pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el primer año de implantación de este servicio en nuestro centro. Se ha realizado una hoja de registro con los detalles demográficos de los pacientes, número de lesiones extraídas, resultado anatomopatológico y la congruencia del resultado con la impresión diagnóstica del médico de familia. Posteriormente se ha analizado mediante estadística descriptiva simple.

**Resultados:** Los resultados de este año de experiencia son: 18 pacientes intervenidos. (50% mujeres; 50% hombres). Edad entre los 22 a los 85 años. Edad media de 62 años. Tres pacientes < 30 años, cuatro pacientes entre 30 y 60 años, once pacientes > 60 años. Se extraen 21 lesiones y 20 biopsias. El resultado anatomopatológico (AP) muy variable: -Lesiones malignas: carcinoma basocelular infiltrante ulcerado (1); melanoma maligno (1). -Nevus: nevus azul (1), nevus melanocítico intradérmico (3), nevus papilomatoso de tipos intradérmico (1), hemangioma cavernoso (1), quiste epidérmico (1). -Queratosis seborreica: simple (4), de tipo acantónica (3), hiperqueratósica (2), pigmentada (1).

**Conclusiones:** Ahorro de derivaciones a servicios hospitalarios. Las lesiones malignas fueron derivadas a dermatología de manera preferente. La orientación diagnóstica del médico de familia coincidió con AP en 16 lesiones. En 5 no coincidió (4 eran benignas y 1 maligna). La propuesta de futuro es aumentar la adherencia a este tipo de intervenciones al resto de equipo sanitario o bien crear una consulta específica de cirugía menor en el centro.

#### 10/66. TUTORES DE RESIDENTES Y COACHING: UNA HERRAMIENTA INTERESANTE

M. Campillos Páez, A. Vigil-Escalera Villaamil, Y. Santamaría Calvo, D. Manso López, A. Romero Fernández y J. Lesmes González

*Médico de Familia. CS Potes. Área 11 de Atención Primaria. Madrid.*

**Objetivos:** Cada vez es más difícil motivar al residente en el trabajo diario de una consulta de atención primaria y prueba de ello es la pérdida de residentes que sufrimos anualmente.

**Objetivos:** Principal: conocer la técnica "coaching" como herramienta de ayuda a tutores de residentes. Secundario: implementar esta técnica en nuestro equipo de atención primaria (EAP) para motivar al residente y evaluarla.

**Metodología:** Ámbito estudio: EAP, con residentes de medicina familia, pediatría y medicina laboral. Coaching consiste en dirigir, instruir y entrenar a una persona para conseguir un objetivo. Aplicamos esta herramienta en el trabajo a diario con el residente, durante el periodo que dure su formación durante el año académico 2008-2009.

**Resultados:** Tras encuesta evaluativa tanto a los tutores como a los residentes, la efectividad alcanzada con esta técnica ha sido superior en comparación con residentes en los que no se aplicó en cursos anteriores. Así mismo también aumenta el grado de satisfacción del tutor y del residente.

**Conclusiones:** Conocemos muchas herramientas que ayudan a motivar al residente en su labor profesional y una de ellas es el coaching. Creemos necesario fomentar el empleo de esta técnica con los residentes a nuestro cargo; necesitamos formación de los tutores en esta herramienta. Tras la aplicación del coaching se ha demostrado su efectividad, por lo que es interesante implementar esta técnica de manera sistemática en la formación de los futuros residentes en todos los EAP.

#### 10/67. ESTUDIO COMPARATIVO DE INCIDENCIA DE EFECTOS SECUNDARIOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES DIPPER FRENTE A NONDIPPER

F. Abadía Cebrián, M. Jáuregui García, J. Rubio Fernández, R. Gainza Sansebastián, E. Zabala Laborde y M. Amenábar Asurmendi  
*CS de Lasarte. Guipuzkoa.*

**Objetivos:** Estudiar la incidencia de efectos secundarios cardiovasculares en pacientes que tras la realización de MAPA se etiquetaron de DIPPER o NONDIPPER.

**Metodología:** Diseño: estudio retrospectivo, transversal y unicéntrico con los pacientes de Centro de Salud (población aproximada 20.000) a los que se realizó MAPA en los últimos tres años. Tamaño muestral: 124 unidades en dos grupos de 62 DIPPER y 62 NONDIPPER, aleatorizados según generador de números aleatorios. Se generó base de datos donde, tras consulta pormenorizada de historia clínica informatizada, se consignaron datos demográficos (edad, sexo), factores de RCV (REGICOR, SCORE y Framingham), media de las dos últimas cifras tensionales y aparición de complicaciones CV (AVC, nefropatía, coronariopatía, cardiopatía, urgencia hipertensiva, afectación ocular). Análisis estadístico: programa SPSS 18.0, utilizando Chi cuadrado y t Student, considerando significativos valores de  $p < 0,05$ , calculándose IC del 95%.

**Resultados:** Se realizó un estudio comparativo de riesgo CV entre ambas poblaciones (SCORE, REGICOR y Framingham), sin detectar diferencias significativas ( $p = 0,902$ ). Se encontraron 18 eventos CV en los pacientes NONDIPPER frente a 6 en los DIPPER ( $p = 0,006$ ).

**Conclusiones:** La característica de NONDIPPER (no caída nocturna de TA) en consonancia con lo descrito en la literatura, parece ser un determinante per se de la mayor incidencia de aparición de complicaciones cardiovasculares, independientemente de sus cifras tensionales, en las que no hemos encontrado diferencias significativas respecto a los DIPPER. Como consecuencia de este estudio, hemos planteado prolongarlo con otro de cohortes para la posible realización de un protocolo de seguimiento y actuación en los pacientes NONDIPPER.

#### 10/69. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN URGENCIAS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

D. Henríquez Perera<sup>a</sup>, D. Junquera Méndez<sup>a</sup>, Y. Assaf Assaf<sup>a</sup>, J. Cabrera Mateos<sup>b</sup> y O. Lemus Mederos<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Valterra. Arrecife; <sup>b</sup>Consultorio Local de Puerto del Carmen. Tías; <sup>c</sup>CS de Santa Coloma. Arrecife.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia y características de las patologías atendidas en un servicio de urgencias de atención primaria.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. 652 pacientes elegidos mediante muestreo aleatorio sistemático, 347 (53,2%) eran mujeres. Edad media: 29,35 (DE: 18,98).

**Resultados:** 169 pacientes (25,9%) acudieron en horario nocturno (10 pm-8 am). Las patologías más frecuentes fueron: patología del aparato respiratorio (29,6%) (87,6% procesos infecciosos vías respiratorias altas), lesiones/envenenamientos (15%) (10,2% esguinces de tobillo), problemas mal definidos (13,75%) (cefalea = 22,7%, dolor abdominal = 12,3% y dolor torácico = 10,1%) y patología del aparato osteomuscular/tejido conectivo (11%) (40,3% lumbalgia/lumbociática). 34 (5,2%) fueron derivados a hospital (15% del grupo  $\geq 65$  años frente al 4,9% del grupo  $< 65$  OR = 3,42;  $p = 0,06$ ) de ellos 51 (44,1%) fueron por lesiones/envenenamientos, del grupo patología circulatoria fue derivado el 30%. La derivación a hospital fue significativamente superior en el horario 20-22 horas (9,4% vs 4,1% OR = 2,44) ( $p = 0,012$ ). La patología del aparato respiratorio (fundamentalmente infecciones de vías altas) disminuía

su importancia relativa con la edad, siendo inferior a la patología circulatoria en el grupo  $\geq 65$  años (20% vs 15%). 82 pacientes (12,6%) precisaron algún tipo de prueba complementaria.

**Conclusiones:** Un porcentaje apreciable de pacientes acude a urgencias después de las 22 horas. Los procesos infecciosos de vías respiratorias altas son los más frecuentes, aunque su importancia relativa disminuye con la edad. Uno de cada 20 pacientes es derivado a hospital fundamentalmente en horario de 20 a 22 horas y por lesiones/envenenamientos.

## 10/72. EFECTIVIDAD DE LA COOXIMETRÍA EN UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

F. Sánchez Ruano<sup>a</sup>, D. Sellés Benavent<sup>a</sup>, V. Llobell Bertomeu<sup>a</sup>, A. Santonja Granados<sup>a</sup>, A. Succi<sup>b</sup> y J. Font Pallarés<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Atención Primaria.

**Objetivos:** El tratamiento del tabaquismo es una actividad prioritaria en Atención Primaria. Las intervenciones intensivas han demostrado más eficacia que la intervención mínima. En algunas guías se propone la cooximetría para el control de la abstinencia. El objetivo es estudiar la correlación entre la respuesta del paciente a su abstinencia y la cooximetría.

**Metodología:** Estudio transversal sobre fumadores que desean dejar de fumar. Variables: sexo, edad, peso, talla, edad de inicio de tabaquismo, nº cigarrillos al día, nivel de actividad, patologías asociadas, e índice tabáquico; tensión arterial y pulso; espirometría; test de motivación de Richmond; test de Fagerström. El seguimiento de la abstinencia se realiza mediante pregunta directa acerca de su abstinencia y con la cooximetría.

**Resultados:** 78 fumadores incluidos: 38% hombres y 62% mujeres. Edad media:  $46 \pm 12$  años. El 9% son diabéticos y 19% hipertensos; sobrepeso el 32%; obesidad el 16%. El 27% tienen actividad ligera, 61% moderada y 11% intensa. Test motivación Richmond: 69% alta, 23% media, y 8% baja. Test dependencia Fagerström: 51% alta, 30% media, y 19% baja. Todos los pacientes que afirmaban abstinencia tenían una cooximetría menor de 5 ppm.

**Conclusiones:** La cooximetría no ha detectado ningún falso negativo en la respuesta del paciente sobre su abstinencia. Algunos autores han encontrado discrepancias entre el 6% y el 10%. Los fumadores, motivados, que siguen un tratamiento, y acuden a los controles programados, no tienen necesidad de mentir acerca de una posible recaída. La cooximetría puede tener un uso motivador del paciente, para reforzar su decisión de no fumar.

## 10/79. LOS ADOLESCENTES, ¿GASTAN LO QUE CONSUMEN?

M. Guasch Villanueva, J. Muñoz Gómez, A. León Estella, E. Zaballos Castellví, F. Rodríguez Casado y E. Martínez Isern

CAP Torredembarra. Tarragona.

**Objetivos:** Determinar si el consumo energético de los adolescentes supera o no las necesidades de gasto energético diario.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en área semiurbana. Muestra: 169 alumnos de enseñanza secundaria con edades de 12 a 17 años (77 hombres, 92 mujeres). Cada alumno cumplimenta 3 recordatorios de ingesta de 24 horas (2 intersemanal y 1 en fin de semana), en el que anota los alimentos y bebidas ingeridas en este periodo, recogiendo información del alimento, cualidades del mismo y método de cocción. Los datos se analizan con el programa informático Nutriber. Obteniendo con ello el consumo energético de cada alumno, pudiéndose comparar con tablas de ingesta energética recomendadas por Varela.

**Resultados:** En mujeres las medias de consumo energético diario son menores al gasto energético normal para su edad en 13, 14 y 15 años, pero el consumo supera al gasto en las niñas de 16 y 17 años. Las medias del consumo energético diario son menores al gasto energético normal en los adolescentes varones de todas las edades del estudio.

**Conclusiones:** El hecho de que en las niñas de 16 y 17 años, el consumo energético supere al gasto energético considerado por Varela como correcto para estas edades, podría tener consecuencias en un futuro no muy lejano, dando lugar a una obesidad que se mantuviera en edades futuras.

## 10/80. GRASAS SATURADAS, FUTURO INMEDIATO

A. León Estella, J. Muñoz Gómez, M. Guasch Villanueva, E. Zaballos Castellví, F. Rodríguez Casado y E. Martínez Isern

CAP Torredembarra. Tarragona.

**Objetivos:** Determinar el porcentaje de grasas monoinsaturadas, poliinsaturadas y saturadas en la dieta habitual de los adolescentes y compararlo con el porcentaje establecido como aconsejado en una dieta saludable.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en área semi urbana. Muestra: 169 alumnos de enseñanza secundaria con edades de 12 a 17 años (77 hombres, 92 mujeres). Cada alumno cumplimenta 3 recordatorios de ingesta de 24 horas (2 inter semanales y 1 en fin de semana), en el que anota los alimentos y bebidas ingeridas en este periodo, recogiendo información del alimento, cualidades del mismo y método de cocción. Los datos se analizan con el programa informático Nutriber, y se comparan con los porcentajes establecidos para una dieta saludable: 15% grasas monoinsaturadas, 7-8% grasas poliinsaturadas, 7-8% grasas saturadas.

**Resultados:** En adolescentes de ambos sexos lo más significativo es el exceso en consumo de grasas saturadas, en especial en el grupo de edad de 15 años.

**Conclusiones:** En todas las edades y en ambos sexos el consumo de grasas saturadas supera al de poliinsaturadas. Se deben hacer cambios en la dieta de los adolescentes de hoy si no queremos enfermos el día de mañana.

## 10/81. LOS ADOLESCENTES, ¿DIETA CORRECTA O INCORRECTA?

J. Muñoz Gómez, A. León Estella, M. Guasch Villanueva, E. Zaballos Castellví, F. Rodríguez Casado y E. Martínez Isern

CAP Torredembarra. Tarragona.

**Objetivos:** Determinar si los adolescentes realizan dieta equilibrada en cuanto al aporte de macronutrientes, proporción de proteínas, hidratos carbono y grasas.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en área semiurbana. Muestra: 169 alumnos de enseñanza secundaria con edades de 12 a 17 años (77 hombres, 92 mujeres). Cada alumno cumplimenta 3 recordatorios de ingesta de 24 horas (2 intersemanales y 1 en fin de semana), en el que anota los alimentos y bebidas ingeridas en este periodo, recogiendo información del alimento, cualidades del mismo y método de cocción. Los datos se analizan con el programa informático Nutriber. Comprobando si el reparto de nutrientes a lo largo del día cumple con las pautas recomendadas por la FAO-OMS (50-55% AET- aporte energético total de HC, 12-15% AET de proteínas, 30-35% AET de grasas).

**Resultados:** Los adolescentes del estudio no realizan una distribución correcta de alimentos durante el día, ningún grupo alcanza los objetivos de la ingesta en el desayuno, sobrepasándolos en el recreo. El resto de comidas son correctas en todos los grupos de edad excepto los de 13 años que son menores a las recomendadas.



**Conclusiones:** Los adolescentes no realizan una dieta equilibrada en cuanto al aporte de macronutrientes, existe en su alimentación un exceso en el consumo de alimentos proteicos y un descenso en consumo HC y grasas.

#### 10/82. SOSPECHA DE DETERIORO COGNITIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. León Estella, J. Muñoz Gómez, M. Guasch Villanueva, E. Zaballos Castellví, F. Rodríguez Castellví y F. Rodríguez Casado

CAP Torredembarra. Tarragona.

**Objetivos:** Valorar la prevalencia de sospecha de deterioro cognitivo (DT) en un cupo de Atención Primaria (AP) de un área de salud urbana.

**Metodología:** Estudio descriptivo observacional transversal con una muestra de 199 pacientes  $\geq 65$  años. Criterios inclusión: hombres y mujeres  $\geq 65$ a. Criterios exclusión: hombres y mujeres  $\geq 65$ a con alguna dificultad sensorial o de cultura de origen para la realización del Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein 75. Según el resultado se hacen 3 grupos: A:  $\leq 24$ : sospecha de deterioro, B: 25-26: borderline, C:  $\geq 27$ : normales.

**Resultados:** No sospecha de DC 81,6%, borderline 8,9%, sospecha de DC 9,5%, 16 pacientes excluidos, 4 por demencia. Edad media:  $74,7 \pm 6,9$ a, mujeres 54,7%, HTA 68,7%, DM2 18,4%, DLP 29,1%, eventos CV 5,6%, arritmia 5%, antecedente de depresión 11,2%, ansiedad 22,9%, 8,4% fumadores, 8,9% HVI.

**Conclusiones:** El 9,5% de los pacientes con sospecha de DC han pasado desapercibido. Nos tendríamos que plantear estrategias de cribado activo para el DC de forma reglada igual que hacemos para otras patologías.

#### 10/84. PERFIL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

O. Lemus Mederos<sup>a</sup>, J. Cabrera Mateos<sup>b</sup>, D. Viera Camacho<sup>a</sup>, F. Gutiérrez Riquelme<sup>c</sup>, D. Henríquez Perera<sup>c</sup> y M. Mendoza Luzardo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS Santa Coloma. Arrecife; <sup>b</sup>Consultorio Local de Puerto del Carmen. Tías; <sup>c</sup>CS de Valterra. Arrecife; <sup>d</sup>CS de San Bartolomé. San Bartolomé de Lanzarote.

**Objetivos:** Conocer el perfil de los pacientes diabéticos tipo II de una zona de salud y la calidad de la asistencia sanitaria recibida por los mismos.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal de todos los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus (DM) tipo II, de un consultorio periférico. Eran 123 pacientes (54,5% mujeres), con una edad media de 58,2 años.

**Resultados:** Un 41,5% presentó riesgo cardiovascular (RCV) moderado, 32,5% presentaban tensión arterial alta ( $> 130/80$  mmHg), 38,7% tenían sobrepeso, 54,5% realizaban algún tipo de ejercicio físico. El hábito tabáquico no constaba en un 73,2%, pie diabético en un 65,8% y el fondo de ojo no realizado en el 65%. Tenían HbA1C realizada en el último año un 73,2%, determinación de microalbuminuria en un 85,4% y de lípidos en un 66,7%.

**Conclusiones:** los pacientes diabéticos presentan un bajo registro de factores de RCV. Bajo grado de detección de comorbilidad. Se debe mejorar la calidad del registro de datos para un mejor seguimiento y control de los pacientes diabéticos tipo II

#### 10/86. DEL MÉTODO YUZPE AL SISTEMA ACTUAL: 13 AÑOS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN EL CAP DE SANT CUGAT

J. Torras Salles, P. Delgado Martín y M. Galán Urbano

CAP Sant Cugat. Barcelona.

**Objetivos:** Describir la experiencia obtenida después de 13 años de dispensación de la píldora post-coital.

**Metodología:** Estudio retrospectivo longitudinal con recogida de datos de forma aleatoria desde enero de 1997 a diciembre de 2009.

**Resultados:** De un total de 5.910 mujeres que acudieron al centro solicitando la anticoncepción de emergencia el 53,38% fueron menores de 21 años y un 40,96% están entre los 22-40 años. Desde 1997-2004, método yuzpe, un 63% lo utilizaron por primera vez y un 37% eran reincidentes. A partir del 2005-2009, método actual, lo utilizan un 43% por primera vez y un 57% son reincidentes. Las causas más frecuentes son debidas a la ruptura del preservativo con un 76,5%, frente al 19% por la no utilización de métodos anticonceptivos. El 82% acuden en las primeras 24h y sólo un 0,5% después de las 72 h.

**Conclusiones:** 1.-La mayoría de las mujeres que utilizan este método son jóvenes y reincidentes. 2.-Desde el método yuzpe al actual se observa una disminución de las que lo utilizan por primera vez. Con lo que podríamos pensar que algo va cambiando, aunque sea muy lentamente, debido a la información y educación sanitaria, por lo que creemos que es importante continuar fomentando conductas sexuales saludables.

#### 10/89. CONOCIMIENTOS SOBRE CITOLOGÍA DE CÉRVIX EN MUJERES ATENDIDAS EN UN CENTRO DE SALUD

M. Mateo Pascual, I. Gómez Cabañas, R. Julián Viñals, M. Pérez Unanua, Y. Muñoz González y N. Ortega Inclán

CS Doctor Castro Viejo.

**Objetivos:** Determinar el grado de conocimientos acerca de la utilidad de la citología de cérvix uterino en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud; porcentaje de ellas que se realizaron citología en los últimos cinco años, y profesional que la indica.

**Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Muestra aleatoria de mujeres entre 18-65 años que acuden a seis consultas de Atención Primaria por cualquier motivo. Mediante encuesta anónima autocumplimentada se recogen datos epidemiológicos y se contestan cinco preguntas abiertas sobre citología: en qué consiste, para qué sirve, cuándo se debe iniciar y con qué frecuencia. Estas respuestas son valoradas por los médicos del estudio clasificándolas en correctas, incorrectas, ambiguas y no contestadas. Los resultados se expresan en porcentajes.

**Resultados:** Muestra: 181 mujeres; edad media 45 años; 66,5% con nivel de estudios medio-alto. Un 20,4% no saben qué es una citología; destaca que un 36% define la prueba como "toma de muestra". Sólo un 22,7% conoce su utilidad, y la mayoría (77,6%) cree que se la debe hacer anualmente de forma indefinida. La palabra "prevención" la nombran el 41,4%. El 86,9% se la han realizado en los últimos cinco años, pero un 7,2% no se ha hecho ninguna en su vida. La mayoría de las citologías (68,7%) se realizan en la consulta del ginecólogo, y por indicación del mismo.

**Conclusiones:** Es necesario aumentar los conocimientos de las mujeres acerca de prevención de cáncer de cuello uterino. Los médicos de Atención Primaria deberíamos implicarnos más en esta actividad preventiva.

### 10/91. ¿INFLUYE LA DIABETES MELLITUS EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA? ESTUDIO CIBAR

A. Vizcaya Ramos<sup>a</sup>, M. Otero Mata<sup>b</sup>, R. Blanco Rodríguez<sup>c</sup>, G. Allut Vidal<sup>d</sup>, A. Herrero Suárez<sup>e</sup> y B. García Brión<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS de Cesullas-Cabana de Bergantiños. XAP A Coruña; <sup>b</sup>CS de Boiro. XAP de Santiago de Compostela; <sup>c</sup>CS de Lousame. XAP de Santiago de Compostela; <sup>d</sup>CS de Arzúa. XAP de Santiago de Compostela; <sup>e</sup>CS de Pobra do Caramiñal. XAP Santiago de Compostela.

**Objetivos:** La diabetes (DM) predice peor pronóstico en síndrome coronario agudo. Analizamos el impacto de la DM sobre pacientes con cardiopatía isquémica crónica (CIC).

**Metodología:** Estudio multicéntrico de cohortes prospectivas, participando 69 médicos de Atención Primaria, que registraron y analizaron las características clínicas, la morbilidad y mortalidad de una serie de 1.108 pacientes ambulatorios diagnosticados de CI, tras un seguimiento medio de 26,3 meses.

**Resultados:** El 29% de los pacientes eran diabéticos, con edad media de 71 años, mayor que en los no diabéticos ( $p < 0,001$ ), siendo también más obesos (49% vs 36%,  $p < 0,001$ ), hipertensos (76% vs 62%,  $p < 0,001$ ) y dislipémicos (81% vs 66%,  $p < 0,001$ ), con peor control de presión arterial (32% vs 40%,  $p < 0,01$ ) y más comorbilidades (insuficiencia cardíaca (14% vs 10%,  $p < 0,05$ ), vasculopatía periférica (23% vs 10%,  $p < 0,001$ ), disfunción renal (14% vs 7%,  $p < 0,019$ ), anemia (16% vs 12%,  $p < 0,05$ ). Asimismo, los diabéticos recibían más bloqueadores del sistema renina-angiotensina (72% vs 56%,  $p < 0,001$ ), calcioantagonistas (44% vs 36%,  $p < 0,05$ ), diuréticos (40% vs 30%,  $p < 0,01$ ) e hipolipemiantes (92% vs 87%,  $p < 0,05$ ). Tras 26 meses de seguimiento, la mortalidad bruta total fue 7,1%, mayor en diabéticos (10,7% vs 5,7%,  $p < 0,01$ ), al igual que la mortalidad por causa cardiovascular (6,3% vs 3,1%,  $p < 0,05$ ), y las hospitalizaciones por causa cardiovascular (21,1% vs 15,9%,  $p < 0,05$ ). En el análisis multivariable, la DM resultó ser un determinante independiente de mortalidad cardiovascular (hazard ratio (HR) = 1,9; intervalo de confianza (IC) del 95%, 1,1-3,5), al igual que la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal y los ingresos cardiovasculares en el año previo.

**Conclusiones:** La CIC tiene un pronóstico relativamente benigno, aunque éste empeora en el subgrupo de diabéticos, por lo que su tratamiento y los objetivos de control han de ser más estrictos.

### 10/93. EL MANTENIMIENTO EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA: UN GRAN LOGO PERSONAL

A. Pellitero Santos, M. Ortega Bravo, M. Barco López, M. Calvo Godoy, N. Vilà Jové y M. Bordalba Layo

ABS Capponet. Lleida.

**Objetivos:** Describir el grado de dependencia y motivación al iniciar un programa de deshabituación tabáquica (DT). Determinar cuántas visitas han sido necesarias los 6-12 meses de abandono del hábito. Analizar en qué fase de cambio se entró en el programa de DT en los abstinentes a 6-12m.

**Metodología:** Estudio epidemiológico transversal. Individuos de una unidad de deshabituación tabáquica (DT) de un centro de Atención Primaria Urbano durante los años 2008-2009, que se mantienen abstinentes a 6-12m de iniciado el programa. Variables: sexo, número de visitas efectuadas, test de Richmond (TR), test de Fargerström (TF) y los paquetes/año consumidos.

**Resultados:** Muestra de 10 individuos, 50% mujeres. Edad media de 48 años. Un 80% de los abstinentes a los 6-12m requirieron 3 o 4 visitas. Un 20% solamente dos. El 100% se encontraban en fase de acción en el momento de entrar en el programa. Un 50% obtuvieron

un TF moderado, un 40% alto y un 10% baja. La media del índice paquetes/año fue de 17,7.

**Conclusiones:** El mantenimiento de la abstinencia a largo plazo, es el objetivo principal de todo programa de deshabituación tabáquica (DT). Destaca que el 100% se encontraba en fase de acción y el 70% presentaba una motivación alta al entrar en el programa. La motivación personal así como el seguimiento en una consulta especializada son los factores principales que mantienen la abstinencia al tabaco.

### 10/98. ¿QUÉ FACTORES DE RIESGO GASTROINTESTINALES PRESENTAN LOS PACIENTES ARTRÓSICOS CUANDO LES PRESCRIBIMOS UN AINE?

J. Iturralde Iriso<sup>a</sup>, S. Giménez Basallote<sup>b</sup>, M. Alarcia Ceballos<sup>a</sup>, G. Mediavilla Tris<sup>c</sup>, I. Sánchez Sánchez<sup>b</sup> y S. Abad Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz; <sup>b</sup>CS Limonar. Málaga; <sup>c</sup>CS Aranbizkarra 1. Vitoria-Gasteiz.

**Objetivos:** Conocer qué factores de riesgo gastrointestinal presentan nuestros pacientes artrósicos cuando les prescribimos un aine.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Fue realizado por médicos de atención primaria de todo el territorio nacional. Se seleccionaron pacientes mayores de 18 años diagnosticados de artrosis de cualquier localización y que a juicio del investigador precisaban un tratamiento con un antiinflamatorio no esteroideo. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SAS® versión 8.2 para realizar todos los análisis estadísticos.

**Resultados:** Se estudian 3.243 pacientes reclutados por 369 médicos de atención primaria. El 62,3% eran mujeres. La edad media es de 64,4 ( $\pm 11,1$  años). En relación a los factores de riesgo gastrointestinal, el 64,5% tienen una edad  $> 60$  años. El 38,2% presentan historia personal de dispepsia. Un 26,8% toman dosis altas de aines en la actualidad. El 13% tienen un uso concomitante de AAS. El 10,2% tienen historia de úlcera péptica no complicada. Un 4,1% toman anticoagulantes orales y un 4% corticoides. El 3,4% tienen una infección actual por *Helicobacter pylori*. El 2,4% tienen historia previa de hemorragia digestiva alta o perforación. En cuanto a riesgo gastrointestinal, el 13,3% lo tienen bajo, un 35,7% tienen un riesgo intermedio y un 51% tienen un riesgo alto.

**Conclusiones:** Los pacientes artrósicos tienen un riesgo intermedio-alto de sangrado gastrointestinal, por lo que en muchos casos estos pacientes cuando toman un aine deben estar gastroprotegidos o tomar un aine con menor riesgo de producir sangrados.

### 10/103. EN SANTA COLOMA LAS MUJERES TIENEN ASMA Y LOS HOMBRES EPOC

R. Mourelle Varela<sup>a</sup>, C. Molina Guasch<sup>a</sup>, E. Martín Correa<sup>a</sup>, A. Borrás Calvo<sup>b</sup>, V. Sierra Rodríguez<sup>a</sup> y O. Pérez Quílez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>ICS; <sup>b</sup>SVS-Osakidetza.

**Objetivos:** Conocer evolución de incidencia y prevalencia de asma y EPOC a lo largo de los últimos 5 años.

**Metodología:** Diseño: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Participantes y emplazamiento: todos los pacientes asignados como población en el ABS4 Santa Coloma de Gramenet, población urbana de Cataluña. Mediciones principales; revisión sistemática de registros de Asma y EPOC siguiendo clasificación CIE en base informática E-CAP. Estudio estadístico de incidencia y prevalencia registradas a lo largo del intervalo comprendido entre los años 2004 a 2008, así como su relación con sexo de los pacientes.

**Resultados:** La prevalencia de asma en los años 2004 a 2009 para hombres (H) y mujeres (M) fue de 2,58% (37,61%H, 62,39%M), 2,80% (38,10%H-61,90%M), 2,87% (38,96%H-61,04%M), 3,07% (37,70%H-62-

,30%M) y 3,07% (37,58%H-62,42%M). Por lo que respecta a EPOC las prevalencias fueron 1,19% (85,16%-14,84%) en el 2004, 1,40% (85,57%-14,43%M) en 2005, 1,53% (87,50%-12,50%M) en 2006, 1,61% (87,64%-12,36%M) en 2007 y 1,66% (87,06%-12,94%M) en 2008. Tanto para asma como para EPOC se aprecia disminución de incidencia a lo largo del periodo de estudio.

**Conclusiones:** Menor prevalencia de las esperadas en nuestra población. Descenso a lo largo de los años de incidencia mientras prevalencia va aumentando (en probable relación con mayor supervivencia e infrarregistro). Relación de asma con sexo femenino mientras el EPOC se relaciona con sexo masculino. El sexo femenino se relaciona con mayor posibilidad de diagnóstico de asma (RR: 1,6), mientras que el sexo masculino se relaciona con mayor posibilidad de ser diagnosticado de EPOC (RR: 5,9).

### 10/105. ¿ESTAMOS PENDIENTES DEL CONTROL DE NUESTROS PACIENTES HIPERCOLESTEROLÉMICOS? UNA VISIÓN 5 AÑOS DESPUÉS

C. Noriega Bosch<sup>a</sup>, J. Iturralde Iriso<sup>b</sup>, I. López de Viñaspre Muguerza<sup>c</sup>, A. Alcalde Lozano<sup>c</sup>, A. Iñiguez de Cirano Landa<sup>a</sup> y G. Mediavilla Tris<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS La Habana. Vitoria-Gasteiz; <sup>b</sup>CS Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz;

<sup>c</sup>CS San Martín. Vitoria-Gasteiz; <sup>d</sup>CS Aranzabizkarra 1. Vitoria-Gasteiz.

**Objetivos:** Comprobar cómo tenemos controlada a nuestra población hipercolesterolémica en el año 2009 en relación a los resultados del año 2005

**Metodología:** Diseño: estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un centro de salud urbano que atiende a una población de 20.000 habitantes mayores de 14 años. El corte para realizar el estudio se hace a principios de septiembre del 2005 y octubre del 2009. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

**Resultados:** Son resultados recogidos de la historia clínica informatizada. Se ha realizado el cribado de colesterol en personas mayores de 35 años de un 27,75% al 40,08%. La prevalencia de diabetes ha pasado del 9,1% al 11,1%. Se ha realizado estudio analítico en el último año del 49,11% al 55,45%. Se realiza control periódico de toma de tensión arterial, registro de un índice de masa corporal, consejos de dieta, ejercicio y toma de medicación si es necesaria, del 37,79% al 51,62%. Buen control de las cifras de colesterol del 32,06% al 38,19%.

**Conclusiones:** Gracias al programa OSABIDE, sabemos en todo momento el control de nuestra población hipercolesterolémica. Tener en cuenta el sesgo que puede suponer no registrar bien los resultados en los formularios diseñados para tal fin. Aunque hemos mejorado algo con respecto al año 2005, seguimos con poca población hipercolesterolémica con el colesterol controlado, a pesar de que disponemos fármacos efectivos para tener dicho control.

### 10/110. ESTUDIO DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA EPOC

Y. Romero Fernández<sup>a</sup>, I. Andreu Oliete<sup>a</sup> y M. Miravittles Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS EAP Numancia Barcelona; <sup>b</sup>Hospital Clínic. Barcelona.

**Objetivos:** El diagnóstico diferencial entre asma y EPOC no siempre es fácil; los mecanismos responsables de la afectación de la vía aérea son distintos y por tanto el tratamiento será distinto. En el estudio EDDE se pretende evaluar la prevalencia de EPOC no diagnosticada en Atención Primaria.

**Metodología:** Se trata de un estudio multicéntrico, descriptivo transversal, en el que participaron 53 médicos que incluyeron 324

pacientes. Se seleccionan pacientes de más de 40 años que tomaban tratamiento inhalado por síntomas respiratorios crónicos, durante los últimos seis meses. Se aplican cuatro métodos diagnósticos: médico, espirométrico, y dos cuestionarios validados de diagnóstico diferencial entre asma y EPOC.

**Resultados:** El 63,8% fueron hombres con edad media 66,9 años. Fumadores activos el 24,4% y exfumadores el 52,4%. El 17,8 presentaron atopía, el 71% tos crónica. Hubo una concordancia entre los cuatro métodos de diagnóstico de EPOC del 18,5% para los casos de EPOC y del 8% para los no casos. En cuanto al tratamiento el 65,2% realizaban asociación de betaadrenérgicos de larga duración y corticoides, seguidos del 55% con beta adrenérgicos de corta duración. Los pacientes diagnosticados de EPOC tenían mayor edad, peor función pulmonar y mayor grado de tabaquismo.

**Conclusiones:** Deberíamos ser más rigurosos ante el diagnóstico de nuestros pacientes respiratorios, siguiendo los métodos clasificatorios establecidos en los protocolos ya que con ello condicionamos el control óptimo de éstos pacientes, que pueden no realizar el tratamiento más adecuado.

### 10/116. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA EN PARIENTES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CELIACOS

M. Guzón Centeno<sup>a</sup>, J. Campos Rodríguez<sup>b</sup>, M. Martínez Grandmontagne<sup>a</sup>, S. Iglesias Papadopolou<sup>a</sup>, J. Colás Sanz<sup>a</sup> y C. García Jordán<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Goya. Madrid; <sup>b</sup>CS Castelló. Madrid.

**Objetivos:** Analizar la prevalencia de enfermedad celiaca en familiares de primer grado de pacientes celiacos en el ámbito de Atención Primaria.

**Metodología:** Estudio descriptivo observacional realizado en una consulta de A.P. del CS Goya del Área 2 de Madrid. La muestra estaba constituida por un total de 17 familiares de primer grado de 6 pacientes celiacos confirmados. Se les realizó un protocolo diagnóstico que incluía historia clínica y estudio analítico con hemograma, bioquímica con perfil básico, hepático, tiroideo, férrico, ac. fólico, vitamina B12, iones, Ig A sérica y anticuerpos antitransglutaminas Ig A. Como diagnóstico de confirmación se realizó biopsia intestinal de duodeno mediante endoscopia oral.

**Resultados:** De los 17 familiares estudiados (11 mujeres y 6 varones) con rango de edad entre 15 y 61 años, la determinación de anticuerpos antitransglutaminasa Ig A fue positiva en tres mujeres asintomáticas (madre y dos hijas de dos pacientes celiacos). El resultado de la biopsia intestinal determinó atrofia leve de vellosidades en dos casos.

**Conclusiones:** Hemos obtenido una mayor prevalencia de enfermedad celiaca (11,8%) entre los familiares de primer grado de enfermos celiacos con respecto a la población general (1-2%). Debemos pensar en la necesidad de realizar estudio de screening en esta población para disminuir los riesgos de enfermedad celiaca no diagnosticada.

### 10/117. CRIBADO DE HIPERTENSIÓN OCULAR/GLAUCOMA EN HIPERTENSOS ARTERIALES. VALIDEZ DEL TONÓMETRO DE AIRE

S. Juan Ezquerro<sup>a</sup>, A. Asensi Blanch<sup>b</sup>, M. García Serrano<sup>c</sup>, I. Colomé<sup>d</sup>, M. Gras Miquel<sup>a</sup> y J. Saldias Ochandorena<sup>a</sup>

<sup>a</sup>ABS Igualada; <sup>b</sup>Hospital Igualada; <sup>c</sup>ABS Miraflores; <sup>d</sup>Anoia Rural.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de hipertensión ocular (HTO)/glaucoma en usuarios con hipertensión arterial (HTA). Validez del tonómetro de aire CT-80 TopCon con tonómetro de aplanación Goldmann.

**Metodología:** Estudio multicéntrico descriptivo transversal. Tamaño muestral: confianza 95%, precisión 2%, estimación HTO 7,91%

población general, 10% pérdidas. Muestra 164 HTA de 40-80 años. Muestreo aleatorio sistemático HTA. Citación telefónica. Excluidos HTA con: ceguera, atención domiciliaria. Variables: edad, sexo, años evolución HTA, tonometría de aire (media de tres determinaciones), tonometría Goldmann (una determinación mediante instilación colírio fluoresceína + oxibuprocaina clorhidrato), retinografía (mediente cámara no midriática) y cálculo de relación diámetro/papila con diámetro excavación (cup disk ratio programa informático TopCon).

**Resultados:** Edad media 64,18 IC95% (62,89; 65,46), 53% mujeres, 8,75 años de evolución de la HTA. Tonometría de aire elevada (PIO 21 mmHg) en 12,2%. Retinografía alterada en 39,6% (retinopatía HTA grado I, miopía, excavación papilar, drusas, retinopatía diabética, nevus, etc.). Radio papilar indicativo de glaucoma en el 3,7%. Validez del tonómetro de aire: sensibilidad 97,14%, especificidad 50%, valor predictivo positivo 91,89%, valor predictivo negativo 75%. Los valores de PIO límites (20-23) son los que generan las diferencias entre ambos tonómetros.

**Conclusiones:** Los usuarios con HTA presentan PIO más elevadas que la población general. Se deben realizar más estudios para evaluar si los HTA debe realizarse cribado de hipertensión ocular/glaucoma. La retinografía amidriática detecta muchas patologías retinianas susceptibles de ser tratadas o controladas. El tonómetro de aire CT-80 TopCon ha demostrado ser un buen instrumento de cribado de HTO.

#### 10/118. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA EN UNA POBLACIÓN DIAGNOSTICADA DE ANEMIA FERROPÉNICA

M. González Martínez<sup>a</sup>, M. Guzón Centeno<sup>a</sup>, J. Campos Rodríguez<sup>b</sup>, E. Gálvez Cañamaque<sup>a</sup>, T. Lozano Fernández<sup>a</sup> y R. Pastor García<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Goya. Madrid; <sup>b</sup>CS Castelló. Madrid.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de enfermedad celiaca en una población adulta diagnosticada de anemia ferropénica y asignada a una consulta de Atención Primaria.

**Metodología:** Estudio descriptivo observacional realizada en una consulta de AP del CS. Goya del área 2 de Madrid. La muestra estaba constituida por pacientes de ambos sexos e intervalo de edad entre 16 y 82 años diagnosticados de anemia ferropénica. A estos pacientes se les realizó estudio analítico que incluyó: hemograma, bioquímica con perfil básico, hepático, tiroideo, férrico, vitamina B12 y ac. fólico, IgA sérica y anticuerpos antitransglutaminasa IgA. Como diagnóstico de confirmación se realizó biopsia intestinal de duodeno mediante endoscopia oral.

**Resultados:** Los pacientes seleccionados fueron 76; 7 rechazaron participar en el estudio. De los 69 pacientes participantes (46 mujeres, 23 hombres) con diagnóstico de anemia ferropénica, la determinación de anticuerpos antitransglutaminasa IgA fue positiva en 4 mujeres y 2 varones. El resultado de la biopsia intestinal determinó atrofia de vellosidades en 5 casos (3 mujeres y 2 varones).

**Conclusiones:** Hemos obtenido una prevalencia de 7,3%, superior a la estimada en la población general (1-2%) y similar a la de la población diagnosticada de anemia ferropénica: hay que considerar que la anemia es una de las manifestaciones más características y a veces la única de la enfermedad celiaca del adulto.

#### 10/119. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE EPOC EN UN CENTRO DE SALUD

M. Salas Tomás, M. García Lillo, I. Palazón Selva, M. Mínguez Cebrían, M. Asensio García y J. Ruiz Paterna

*Médico de Familia. CS Hospital Provincial-Plá. Alicante.*

**Objetivos:** Analizar el control del paciente con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) sus variables, implantación y seguimiento.

**Metodología:** Estudio descriptivo de una muestra de 41 pacientes seleccionados al azar. Las variables estudiadas son: Sexo, edad, tabaco, talla, peso, hábitos tóxicos, clínica, espirometría y tratamiento recogidas del sistema Abucasis II y del subprograma establecido.

**Resultados:** La distribución es de 59% (mujeres) y 41% (hombres). El 12,2% menores de 40, el 24,4% entre 41- 60 y el 63,4% mayores de 60 años. No fumadores 61%, fumadores 34% y un 5% exfumadores. La clínica de tos, disnea y expectoración son discordantes. En la espirometría observamos: -Disminución de la capacidad vital forzada (CVF) menor del 80% un 51% casos; -Volumen máximo espirado en el primer segundo (FEV1) menor del 80% en el 76% pacientes; -Relación FEV1/CVF debajo del 70% en 12%; -Obstructivos el 24,4%, restrictivos 34,1%, mixtos 14,5% y normales el 27%; -Gravedad según FEV1 leve (90%), moderado (7%) y grave (3%). Los pacientes tratados correctamente (pauta continuada) 39% frente al 61% con tratamientos esporádicos.

**Conclusiones:** La sintomatología y espirometrías deben cuantificarse en el historial, relacionándolas con estudios de calidad de vida. Las espirometrías debemos realizarlas precozmente evaluando diagnóstico, gravedad y tratamientos para conseguir un programa eficiente.

#### 10/123. ESTUDIO DE TROMBOPENIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

J. Rodríguez Santana<sup>a</sup>, L. Calles Hernández<sup>b</sup>, M. García López de la Osa<sup>a</sup>, M. González Hernández<sup>a</sup>, P. Manglano Pintó<sup>a</sup> y C. Bibiano Aguirre<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Adjunto. Servicio de Urgencias. <sup>b</sup>Médico de Laboratorio. <sup>c</sup>Jefe de Servicio. Hospital La Moraleja.

**Objetivos:** Estudiar las trombopenias que acuden al servicio de urgencias del Hospital La Moraleja de Madrid, hospital privado y que atiende a los asegurados de dicha sociedad. También estratificar que tipo de trombopenia se encuentran en el servicio de urgencias de nuestro hospital.

**Metodología:** Obtener los resultado de hemogramas que se han realizado en el laboratorio de nuestro Hospital y seleccionar aquellos paciente que presenta plaquetas por debajo de 60.000. Se han revisado 36.630 análisis realizados en el hospital y 16.593 realizados para el servicio de urgencias, desde octubre de 2009 a abril de 2010. Por otro lado se han revisados 65.820 (descartando las 22.943 de pediatría) historias clínicas de los paciente con trombopenias para estratificar el tipo de trombopenia que se ven.

**Resultados:** De los 42.877 pacientes vistos en urgencias, 4 pacientes presentaban plaquetas por debajo de 10.000 y 18 pacientes con plaquetas entre 60.000 y 10.000, de estos la mayoría son tras quimioterapia y un pequeño porcentaje debido a hepatopatías.

#### 10/126. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA DE UN CENTRO DE SALUD

M. Richart Rufino, F. Antón García y J. Otero García

*CS Fuensanta. Valencia.*

**Objetivos:** Evaluar el Programa de Formación Continuada del Centro de Salud (CS), elaborado en 2008, dentro del proceso para obtener la Certificación de Calidad Externa del CS (INACEPS).

**Metodología:** El Programa de Formación facilita y promueve las actividades de formación continuada. Se evalúan: Sesiones, Cursos, Trabajos de investigación, Asistencia a Congresos. Las actividades se registran y se archivan facilitando su evaluación. Se revisan las realizadas por los trabajadores del CS: médicos 8, pediatras 2, enfermería, 9, personal auxiliar 6 (administrativos y celadores) durante 2009.

**Resultados:** Se han contabilizado las siguientes actividades: Sesiones clínicas (revisiones, casos clínicos) 36, 10 con ponente externo.;



Se solicitó la acreditación de esta actividad, aceptada en 2010; Sesiones comisión calidad 3; Organizativas de equipo 9; Puesta en marcha página web CS 3; Acreditación INACEPS 7; Actualización sistema informático 3; Sesiones de enfermería, 5; Cursos de planes de formación de la administración, 31, Trabajos de investigación médicos 18, (comunicaciones en congresos y publicaciones en revistas), enfermería 2; Asistencia a 6 Congresos, nacionales e internacionales.

**Conclusiones:** La formación continuada debe formar parte de la actividad habitual del CS. Las sesiones se realizan sistemáticamente, con elevada participación, potenciándose con el programa, participa fundamentalmente el personal médico. Se han realizado Trabajos de Investigación, participando médicos y enfermería. En los Cursos de Formación participa básicamente el personal auxiliar. La existencia de un Programa normaliza y facilita las actividades potenciando su realización de forma sistemática y reglada. Es importante su evaluación para detectar necesidades formativas y valorar soluciones.

### 10/127. REVISIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA ESPONTÁNEA EN UN CENTRO DE SALUD DURANTE EL AÑO 2009

J. Escoda Mingot<sup>a</sup>, J. Sánchez Colomb<sup>b</sup>, C. Gonzalvo Orero<sup>c</sup>, M. González Medina<sup>a</sup>, O. Armengol Badia<sup>a</sup> y L. Viñas Cabrera<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CAP Poblenou. Barcelona; <sup>b</sup>CAP Santa Margarida Montbui. Barcelona; <sup>c</sup>CAP Clot. Barcelona.

**Objetivos:** Determinar el número total de visitas domiciliarias durante el año 2009 distribuido por días de la semana, meses, horario de demanda y edad del paciente. Esto permitirá determinar las cargas de trabajo actual de los facultativos, valorar cambios de horario, refuerzos, etc. Indirectamente permitirá conocer el grado de seguimiento adecuado de los pacientes crónicos domiciliarios.

**Metodología:** Estudio descriptivo a partir de los datos obtenidos de la hoja de recogida diaria de visitas domiciliarias y de la historia clínica informatizada (e-cap).

**Resultados:** El número total de visitas ha sido de 1.133 para una población asignada de 18.317 (el 7,1%). Las visitas de 8 a 14h (horario mañanas) han sido de 829 por 244 de 14 a 19h (horario tardes). Los lunes con 304 visitas y los viernes con 169 han sido los días con mayor y menor demanda. Las mujeres representan el 63% de visitas y los mayores de 80 años el 46%. Enero es el mes de mayor demanda 143 y agosto el de menos, 59.

**Conclusiones:** Los facultativos de horario de mañana atienden el 78% de las visitas y los de la tarde sólo el 22% siendo desproporcionada la carga de trabajo, se podría plantear un cambio de horario. Los lunes son con diferencia (26% del total) los días de mayor demanda. Se podría plantear un refuerzo los meses de enero y febrero con 142 y 119 visitas frente a agosto con 48. Los pacientes crónicos (mayores de 80 años) no están bien controlados.

### 10/128. INSUFICIENCIA RENAL EN DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

M. Delgado Benítez<sup>a</sup>, J. Cabrera Mateos<sup>b</sup> y F. Noves Sánchez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Lanzarote; <sup>b</sup>Consultorio Local de Puerto del Carmen. Tías.

**Objetivos:** Conocer el grado de registro de datos para el cálculo del Filtrado Glomerular (FG) por fórmula de Cockcroft-Gault (CG) y la prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en diabéticos y/o hipertensos de una Zona Básica de Salud (ZBS).

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en una muestra de 277 pacientes (150 mujeres) elegidos por muestreo aleatorio consecutivo, con una edad media de 60,81 años (DE: 13,67). Los datos fueron obtenidos del archivo de historias clínicas electrónicas.

**Resultados:** El 42,24% (117 pacientes) disponía de datos suficientes para el cálculo del FG. En 101 (36,46%; IC95%: 30,61-42,31) fue posible determinar el FG por fórmula de CG corregida por superficie corporal (SC). La prevalencia de IRC fue de 12,9% (13 pacientes) (IC95%: 5,85-19,9), sin diferencias significativas entre sexos. La prevalencia de IRC oculta fue de 5,94% (IC95%: 0,84-11,05) (6 pacientes de los que 5 eran mujeres). La media de edad de los pacientes de IRC era 13 años superior a la de los pacientes sin IRC (IC95%: 5,93-20,12) ( $p < 0,001$ ) (72,7 vs 59,7). Fue más frecuente en hipertensos que en diabéticos (15,3% vs 9,8%). El tratamiento con antagonistas del calcio fue significativamente superior en los pacientes con IRC respecto al resto (61,5% frente a 44,3%) ( $p = 0,023$ ).

**Conclusiones:** El registro de datos que permita el cálculo de FG en los pacientes de nuestra ZBS es muy bajo que contrasta con la alta prevalencia de IRC. En torno a la mitad de los pacientes con IRC estarían sin detectar en nuestra Zona Básica de Salud.

### 10/131. GRADO DE DETECCIÓN Y REGISTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

J. Luque González<sup>a</sup>, S. Pérez López<sup>b</sup>, M. López Córdoba<sup>a</sup>, J. Català Coll<sup>a</sup>, M. Arana Torras<sup>c</sup> y M. Morales Guerra<sup>a</sup>

<sup>a</sup>ABS Morera-Pomar. Badalona; <sup>b</sup>ABS Nova Lloreda. Badalona; <sup>c</sup>ABS Martí Julià. Badalona.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia y el registro de datos en una vía clínica de pacientes con EPOC en una zona urbana + 1 área semi-rural que presta asistencia a 97.000 pacientes mayores de 15 años.

**Metodología:** Análisis de datos (edad, sexo, patrón espirométrico, severidad obstrucción por flujo espirométrico, consejo antitabaco, índice de masa corporal (IMC), tensión arterial (TA), vacunación antigripal, vacunación antipneumocócica, educación referente a conocimientos sobre su enfermedad y hábitos saludables) de los pacientes con episodio abierto en su historial clínico de EPOC.

**Resultados:** 1.872 pacientes con diagnóstico de EPOC (80,2% hombres). Prevalencia según población de referencia: 1,6%. Media de edad: 69,5 años (68,7 mujeres/69,7 hombres), 43,8% entre 40-69 años (prevalencia en 40-69 años: 1,9%). Espirometría registrada: 20,9% (en < 1 año: 19,9%). Patrón obstructivo: 28,6% (leve: 50,4%, moderado: 27,7%, Severo: 17,6%, Muy severo: 4,3%). Consejo anti-tabaco: 47,1%. Vacunación antigripal: 76,5%. Vacunación antineumococo: 10%. IMC determinado: 51,5%. IMC 30: 20,7%; IMC 21: 1,5%. Determinación TA: 73,3% (hipertensión: 24,8%). Educación sobre conocimientos y manejo: 30,6%.

**Conclusiones:** En el estudio IBERPOC (Chest. 2000;118:981-9) la prevalencia en población 40-69 años fue 9,1% por tanto existe un infradiagnóstico (1,9%). El grado de registro de la espirometría (en protocolo) es solamente del 20,9%, inferior a otras actividades protocolizadas (determinación TA, IMC, vacunación antigripal). Grado de vacunación antineumocócica inferior a vacunación antigripal. Propuestas de mejora: Difusión a profesionales de utilización de vía clínica de EPOC y distribución periódica de indicadores de proceso para mejorar implementación de la vía clínica.

### 10/133. COMORBILIDAD EN LA DIABETES MELLITUS

N. Vilà Jové, M. Bordialba Layo, M. Ortega Bravo, A. Pellitero Santos, M. Barco López y M. Calvo Godoy

ABS Capponet. Lleida.

**Objetivos:** Determinar la presencia de factores de riesgo cardiovascular como obesidad, tabaquismo, HTA, dislipemia, sedentarismo en pacientes con Diabetes Mellitus (DM) tipo 1 y 2. Así como analizar las complicaciones cardiovasculares como enfermedad ar-

terial periférica, accidente vascular cerebral ó accidente isquémico transitorio (AVC /AIT) asociadas.

**Metodología:** Estudio epidemiológico transversal. Se revisa la historia clínica informatizada de todos los diabéticos de un centro de Atención Primaria urbano. Variables registradas son: edad, sexo, años de evolución de la diabetes (AE), tabaquismo (sí/no), Índice de Masa Corporal (IMC), HTA (sí/no), dislipemia (DL), Enfermedad Arterial Periférica (EAP), sedentarismo, accidente vascular cerebral o accidente isquémico transitorio. Para el análisis estadístico se utilizó el EpiInfo.

**Resultados:** Se estudiaron a 666 individuos con DM, el 54,5% hombres. Media edad: 65,1 (DT  $\pm$  14,5). Media AE: 5,0 (DT  $\pm$  4,3). Tabaquismo 15,1% (IC95% 12,5-18,1). Según el IMC: el 12,5% eran normopesos 12,5%, tenían sobrepeso un 23,08% y obesidad el 57,82%. La HTA estaba presente en el 59,6% de los diabéticos (IC95% 55,8-63,4%), la DL en un 47,6% (IC95% 43,7-51,5), la EAP en un 5,1% (IC95% 3,6-7,2), el sedentarismo un 39,1% (IC95% 35,3-43,1). Habían tenido un AIT o AVC el 7,7% (IC95% 5,8-10) y CI el 9,9% de ellos (IC95% 7,8-12,5).

**Conclusiones:** Destaca que el 80,9% de los DM tenían sobrepeso/obesidad, el 59,6% eran HTA, el 39,1% eran sedentarios y casi el 50% tenían dislipemia. Estas cifras evidencian la elevada coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular en pacientes ya afectados de diabetes. Los DM son un grupo de pacientes que precisan de un abordaje multidisciplinar si queremos controlar el riesgo cardiovascular elevado.

#### 10/134. EXPERIENCIA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD. II SEMANA SALUDABLE. LA OROTAVA X LA SALUD

I. Sánchez García<sup>a</sup>, S. Matos Castro<sup>a</sup>, C. Rodríguez Valerón<sup>b</sup>, J. Santana Robayna<sup>a</sup> y O. González Ramos<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Orotava Dehesa. Santa Cruz de Tenerife; <sup>b</sup>Gerencia de AP de Tenerife.

**Objetivos:** Exponer la importancia de actividades en promoción de la salud, fuera del Centro de Salud, para formar a la población en hábitos saludables.

**Metodología:** Celebramos durante siete días la II Semana Saludable en La Orotava (Tenerife) realizando talleres formativos a escolares, profesionales sanitarios y población abarcando temas de alimentación, ejercicio, risoterapia, cuidadoras, afectivo-sexual, higiene bucodental. Se concluye al final de la semana realizando una Feria Saludable en la calle montando el Centro de Salud y diversos stands relacionados con la salud: agua, frutas y hortalizas, drogodependencia, ortopedias, clínicas dentales...

**Resultados:** Se impartieron un total de 25 talleres, totalmente gratuitos, entre profesionales sanitarios, escolares y población. Participaron un total de 700 personas. En la Feria participaron más de 2.000 personas en la calle.

**Conclusiones:** 1.-Satisfacción por parte de la población excelente (sabor a poco). 2.-satisfacción por parte de los escolares. 3.-Satisfacción por parte de los profesionales sanitarios. 4.-Preparación de la III Semana Saludable del 10 al 16 de mayo de 2010.

#### 10/153. LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL ESTUDIO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

J. Ródenas Aguilar, A. Serra Vázquez, Y. Bermejo Cacharrón, R. Sequera Requero, N. Pérez León e I. Buezo Reina

ABS Badalona 6. Llefià.

**Objetivos:** Conocer los hallazgos de las fibrogastroskopias y de las colonoscopias solicitadas por médicos de Atención Primaria en el estudio de pacientes con anemia ferropénica.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un centro de salud urbano. Procedimos a la revisión de las historias

clínicas informatizadas de todos los pacientes a los que se les solicitó una endoscopia digestiva (fibrogastroskopia, colonoscopia o ambas) desde las consultas de nuestro centro de salud durante el año 2007. No se estudiaron las endoscopias solicitadas desde la consulta especializada. Variables: edad, sexo, tipo de estudio, negativas a la realización de endoscopia, hallazgos patológicos (solos o en asociación). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS.

**Resultados:** De los 375 pacientes, se solicitó endoscopia digestiva para estudio de la anemia ferropénica en 71 (18,9%). De ellos, se solicitó fibrogastroskopia en el 30,9%, fibrocolonoscopia en el 38% y ambas en 30,9%. Edad media 65,1 años (rango entre 28 y 90). 64,8% mujeres. Fibrogastroskopias: 38,6% no realizadas; de las realizadas: 33,3% normal, 25,9% hernia de hiato, 18,5% hernia de hiato, 7,4% úlcus, 7,4% cáncer gástrico. Fibrocolonoscopias: 28,5% no realizadas; de las realizadas: 62,8% normales, 17,1% hemorroides, 11,4% cáncer de colon, 11,4% pólipos de colon, 5,7% divertículos.

**Conclusiones:** El estudio con endoscopia digestiva, fibrogastroskopia y fibrocolonoscopia es pieza clave en el estudio de las anemias ferropénicas desde la atención primaria de salud. Estimamos elevado el porcentaje de patología grave detectada. Nos sorprende el número de endoscopias digestivas no realizadas, especialmente fibrogastroskopias.

#### 10/155. FARINGOAMIGDALITIS AGUDA DEL ADULTO EN ATENCIÓN PRIMARIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS

M. Senán Sanz, C. Gonzalvo Orero<sup>a</sup>, E. Casajuna Brunet<sup>a</sup>, T. Areny Ribera<sup>a</sup>, C. Cantalapiedra Caicedo<sup>a</sup> y M. González Jiménez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>EAP El Clot. ICS. Barcelona; <sup>b</sup>EAP Poble Nou. ICS. Barcelona.

**Objetivos:** Descripción de las características demográficas y clínicas de los pacientes adultos que han presentado faringoamigdalitis aguda (FA) en Atención Primaria. Valoración de la adecuación de tratamiento antibiótico (ATB) según criterios clínicos de Centor (CC) y tipo de ATB recomendado según documento ORL SEMERGEN.

**Metodología:** Estudio descriptivo, observacional, transversal. Aleatorización simple de los pacientes  $\geq$  15 años que acudieron con clínica de FA y 2 CC (odinofagia, ausencia de coriza, fiebre  $\geq$  38o C, exudado amigdalár y adenopatías), durante el periodo de mayo 2008 a diciembre 2009. En total se incluyeron 216 pacientes. Se registraron como variables el sexo, la edad, CC, tratamiento prescrito y evolución.

**Resultados:** 216 pacientes incluidos: 98 hombres y 118 mujeres, con una edad media de 30 años (DE 11). 2 CC: 23,1%; 3 CC: 31,9%; 4 CC: 28,7%; 5 CC: 16,2%. 94,2% adecuación de tipo de AB según recomienda documento ORL SEMERGEN, 5,8% no adecuados. Con 2-3 CC recibieron 46,2% AB; con 4-5 CC recibieron 92,7% AB. La evolución fue favorable en 197 casos (91,2%) y 19 (8,8%) presentaron mala evolución.

**Conclusiones:** No hay diferencias significativas en el diagnóstico de faringoamigdalitis en cuanto al sexo. La mayoría de casos se dan en adultos jóvenes. Existe una escasa adherencia al documento ORL SEMERGEN en cuanto a tipo de ATB prescrito y tratamiento según criterios clínicos, fundamentalmente por sobreprescripción de ATB en pacientes con 2 o 3 CC.

#### 10/156. DEPRESIÓN Y ALTERACIONES DEL SUEÑO EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

F. López López y G. Reviriego Jaén

EAP Vicente Muzas. Área 4 Atención Primaria. Madrid.

**Objetivos:** Los trastornos depresivos son una de las causas más frecuentes de insomnio y las alteraciones del sueño se relacionan con el pronóstico y el tratamiento de estos trastornos.

**Objetivos:** hallar la prevalencia de los trastornos del sueño en pacientes deprimidos. Conocer las alteraciones del sueño en estos pacientes.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. N: 56 varones 15; mujeres 41; que consultan al MAP y diagnosticados de trastorno del espectro depresivo. Edad media: 56,2 años. Evaluación por la escala de depresión de Beck (corte 14) y por el índice de calidad de sueño de Pittsburg (corte 6).

**Resultados:** El 65% presentan alteraciones del sueño. La prevalencia es superior en mujeres que en hombres sobre todo en perturbaciones y calidad del sueño. Se detectan alteraciones en la calidad del sueño y en la medicación para dormir en los trastornos depresivos. Es en el trastorno depresivo recurrente, donde aparecen más alteraciones del patrón sueño-vigilia.

**Conclusiones:** La alta prevalencia de las alteraciones del sueño en pacientes deprimidos aconseja estudios más amplios en este tipo de trastornos, sobre todo en la depresión recurrente.

### 10/161. ¿EN QUÉ DEBEMOS MEJORAR?

M. Contín Pescacén<sup>a</sup>, E. Arana Alonso<sup>a</sup>, A. Guillermo Ruberte<sup>a</sup>, N. Berrade Goyena<sup>a</sup>, N. Ruiz Huguet<sup>b</sup> y J. Moreno Sánchez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Sangüesa; <sup>b</sup>CS Cortes; <sup>c</sup>CS Elizondo.

**Objetivos:** Establecer el nivel de calidad en el diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en un centro de salud de Navarra y proponer posibles áreas de mejora.

**Metodología:** Se realiza un estudio descriptivo, seleccionando a los 316 pacientes, que presenten el código de EPOC utilizando como criterio diagnóstico la espirometría con resultado de patrón obstructivo u obstructivo-mixto y/o informes de especialistas que los clasifiquen como EPOC. La prevalencia de EPOC de edades comprendidas entre 40 y 70 años es de 9,1 con un infradiagnóstico del 78,2%.

**Resultados:** El total de pacientes con código de EPOC encontrados en el centro de salud estudiado fueron 316, de los cuales, se obtuvieron 100 pacientes con espirometría diagnóstica de EPOC realizada en el centro de Salud y 188 pacientes diagnosticados por informe de especialista. El total de pacientes diagnósticos correctamente como EPOC fueron 228. El 72,15% de los pacientes con código CIAP de EPOC del centro de salud de Navarra, están correctamente diagnosticados mediante espirometría y/o informe de especialista. El total de los pacientes con código de EPOC del centro de salud clasificados mediante espirometría y/o informe de especialista es de 228; esto supondría un infradiagnóstico del 69,05%.

**Conclusiones:** La propuesta de mejora consiste en la captación de los EPOC no diagnosticados mediante el cribado por espirometría a todo paciente fumador o exfumador de más de 20 paquetes/año y mayor de 40 años con una sintomatología consistente en disnea, tos crónica y expectoración durante 3 meses al año durante 2 años consecutivos.

### 10/165. NUESTROS PACIENTES MÁS ANCIANOS Y SU SALUD

M. Pérez Maroto, C. Jiménez Ramírez, A. Ballesteros Pérez y J. Castillo Galindo

CS Los Dolores. Cartagena. Murcia.

**Objetivos:** Analizar el perfil social y de salud del paciente muy anciano de una zona básica de salud.

**Metodología:** Diseño: estudio descriptivo transversal. Sujetos: totalidad población > 90 años del total de cupos. Criterio exclusión: no quiere ser incluido, estar en residencia o no tener al menos una visita en el año 2009. Material y método: los datos se obtendrán de la Hª-OMI, recogiendo variables: sociodemográficas, patologías crónicas, antecedentes personales, demencia, fármacos, caídas, problemas visión o sordera, visitas/año, inmovilizado. Análisis estadístico: descripción y distribución frecuencias, ji-cuadrado, t-Test, ANOVA.

**Resultados:** Ancianos > 90 años: 99. Edad media: 92,4 años 64,6% mujeres; El 39,4% vive en casa de sus hijos siendo cuidado por los familiares. El 60,6% es hipertenso y diabético el 20,2%. Patología cardíaca más frecuente: arritmia. El 12% ha sufrido un ictus (p = 0,022) y 75,8% no tiene diagnosticada demencia. El 69,7% padecen artrosis severa y 19,2% han sufrido caídas, con antecedentes de fractura cadera si vive solo (p = 0,008). Un 51,5% consume > 5 fármacos/día (p = 0,012), existiendo relación entre consumo y visitas a Especializada (p = 0,004). Usan pañales de incontinencia el 43,4% (p = 0,0001). Incluidos en programa inmovilizados el 50,5% (p = 0,0001) con diferencias si el cuidador es familiar (p = 0,0001), la edad (p = 0,003), nº visitas medicas (p = 0,035). Un 52,5% y 43,4% tienen problemas de visión u oído. Ingresos hospitalarios: 1,6 (0-2). Visitas medicas/año: 9,06.

**Conclusiones:** 1º. El paciente más anciano tiene pocas patologías crónicas. 2º. La mitad llevan pañales de incontinencia y tienen problemas de visión o sordera y no viven solos. 3º. Más de la mitad utilizan menos de 5 fármacos de forma habitual. 4º. Están incluidos en programa de inmovilizados los de menos nivel de salud.

### 10/169. EJERCICIO FÍSICO, UNA META PARA NUESTROS PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. USO DEL PROGRAMA PAFES (PLAN DE ACTIVIDAD FÍSICA, DEPORTE Y SALUD)

S. Sánchez Belmonte, E. Costa Atienza, A. Costa Rovira, G. Padullers Furriols, A. Forcada Arcarons y M. Oriola Sánchez

ABS Manlleu.

**Objetivos:** En el 2009 nuestra ABS se adhirió al programa PAFES de la Generalitat de Catalunya para luchar contra el sedentarismo y facilitar la práctica de actividad física en los pacientes con varios factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

**Metodología:** Describir los pacientes adscritos en el año 2009 de este programa y describir su eficacia mediante cambios en los FRCV. El programa consistía en actividades grupales dirigidas por un licenciado en deporte, en piscinas e instalaciones municipales y rutas a pie en el municipio. En el 2010 se revisan los cambios producidos en los FRCV de los pacientes adscritos (Índice de masa corporal, tensión arterial, perfil lipídico y glucemia venosa y hemoglobina glicosilada si procede). Se hace un análisis estadístico descriptivo de las variables recogidas.

**Resultados:** En el 2009 participo más mujeres que hombres (3:1). Edad media de 69,7 años. El 94% eran hipertensos, el 47% eran diabéticos, un 59% eran obesos, el 41,2% eran dislipémicos. IMC promedio de 33%, 3 ex-fumadores y 14 no fumadores. El 18% presentaba 1 FRCV, el 29% 2 FRCV, el 47% 3 FRCV y el 6% 4 FRCV. Pendientes del estudio descriptivo de las variables del 2010, la tendencia de los FRCV de éstos pacientes es de mantenerse estable e incluso mejorar.

**Conclusiones:** Casi la mitad de los pacientes presentaban 3 FRCV. La mayoría eran mujeres, hipertensos y obesos. El programa PAFES mejora la actividad física de los pacientes implicados y también mejora su perfil clínico.

### 10/175. SIMTROM: ALIMENTACIÓN Y FITOTERAPIA

J. Carmona Segado<sup>a</sup>, M. Herranz Fernández<sup>b</sup>, M. Ortega Gutiérrez<sup>a</sup>, M. Martínez Zaguirre<sup>a</sup>, R. Carrasco Rodríguez<sup>a</sup> y M. Gibert Sans<sup>b</sup>

<sup>a</sup>MFyC ABS Castellar del Vallés-Sant Llorenç Savall; <sup>b</sup>MFyC ABS Santa Perpetua de Mogoda. Barcelona.

**Objetivos:** Conocer si pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales controlados en atención primaria en marzo del 2010 identifican alimentos o hierbas medicinales que interfieren con



acenocumarol y epidemiología relacionada con la toma del mismo.

**Metodología:** Estudio observacional transversal poblacional. 2.300 habitantes. Análisis de pacientes tratados con acenocumarol controlados en nuestro centro (características rurales). Análisis de variables como edad, sexo, número de controles INR (Ratio Internacional Normalizada) en último año y resultado de estos, patología por la cual toma anticoagulantes y conocimiento de potenciales interacciones de diversos alimentos y hierbas medicinales con el acenocumarol.

**Resultados:** En nuestro centro 24 pacientes toman acenocumarol. 50% mujeres. Edad media del paciente anticoagulado controlado en nuestro centro 72,8 años. Número medio controles por paciente-año 19 (11 rangos buen control). Patología principal por la cual se indicó anticoagulación fibrilación auricular valvular (50%). En cuanto a interacciones alimentos-hierbas medicinales y acenocumarol, de los productos estudiados destaca: 20% de pacientes piensan que la ingesta de hígado interfiere con acenocumarol, 12,5% ajo y ginseng, 8,5% tomate. El 100% piensan que valeriana no interfiere.

**Conclusiones:** El número de pacientes anticoagulados controlados en atención primaria es alto. El perfil del paciente anticoagulado-controlado por nosotros es de unos 73 años, con fibrilación auricular de origen valvular que se realiza unos 19 controles-año, el 60% de los controles cumplen criterios de buen control. En general existe desconocimiento de los riesgos potenciales del consumo de anticoagulantes. Incidir en que el progresivo aumento de pacientes anticoagulados nos debe hacer reforzar la educación sanitaria para minimizar riesgos de este tratamiento.

#### 10/176. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN ANCIANOS EN EL ÁMBITO RURAL

A. Pérez Martín<sup>a</sup>, J. López Lanza<sup>a</sup>, A. Avellaneda Fernández<sup>b</sup>, M. Izquierdo Martínez<sup>b</sup>, M. Gago Bustamante<sup>c</sup> y B. Castañón Ordóñez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS Los Valles; <sup>b</sup>Médico. CS Los Cármenes;

<sup>c</sup>Médico de Familia. CS Sardinero.

**Objetivos:** Analizar la existencia de causas de riesgo de caídas en población mayor de 65 años en el ámbito rural.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal, con revisión de domicilios en > 65 años, realizado en Valdeprado (Cantabria) hasta el año 2009.

**Resultados:** Se revisaron 51 domicilios, la edad media es 76,53 ± 6,84 años (> 75 años 70,6%), con predominio femenino (60,8%), vivían solos el 15,7%; se analizaron la existencia de problemas visuales (21,6%), auditivos (21%), alteraciones del equilibrio (33,3%), marcha (37,3%), realización test up&go (66,7%), toma > 5 fármacos (45,1%), caídas previas (35,3%), antecedentes de artrosis (68,6%), diabetes (31,4%), demencia (3,9%), ACVA (7,8%), cardiovasculares (25,5%), toma hipotensores (56,9%), hipnóticos (23,5%); ingreso previo (23,5%), baño adaptado (41,2%), asidera (58,8%), bastón (33,3%), mala iluminación (29,4%), alfombras (54,9%), sillón adecuado (23,5%), muebles (43,1%), cables (29,4%), cama (19,6%) y cocina adaptada (52,9%), escaleras (76,5%), con pasamanos (68,6%).

**Conclusiones:** Los ancianos rurales presentan muchos factores de riesgo de caídas, la mayoría fácilmente evitables, como eliminación de cables y alfombras; las casas suelen ser antiguas con escaleras, baños y cocinas mal adaptadas. Un tercio se caen en el año anterior lo que supone un gran riesgo de fractura principalmente de cadera. Existe dificultad para la movilidad principalmente por artrosis pero se usan pocos apoyos con bastón-muleta. Es recomendable la valoración frecuente de los fármacos, reduciendo en lo posible la toma de hipnóticos o hipotensores.

#### 10/179. CONTROL Y MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA. ESTUDIO PANORAMA

P. de Pablos Velasco<sup>a</sup>, B. de Rivas Otero<sup>b</sup>, S. Fernández Anaya<sup>c</sup> y L. Sánchez Cabrero<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Endocrinología y Metabolismo. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria; <sup>b</sup>Departamento Médico. AstraZeneca Farmacéutica Spain SA. Madrid; <sup>c</sup>Departamento Médico. Bristol-Myers Squibb Company. Madrid; <sup>d</sup>CS Carballeda. Zamora.

**Objetivos:** El PANORAMA es un estudio europeo cuyo objetivo es valorar la calidad de vida y la satisfacción con el tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 (DMT2). En este abstract se presentan los datos relativos al control glucémico y los patrones de tratamiento en España.

**Metodología:** Estudio observacional, transversal, multicéntrico y multinacional. Una selección aleatoria de centros de Atención Primaria incluyeron a una muestra aleatoria de pacientes ≥ 40 años diagnosticados de DMT2 al menos 1 año antes, que acudieron a la consulta en los 6 meses previos. En la visita se recogieron las variables del estudio. Se determinó la HbA1c mediante un mismo sistema en todos los grupos, y el paciente completó cuestionarios de calidad de vida y satisfacción con el tratamiento.

**Resultados:** 54 médicos incluyeron datos de 752 pacientes (52,9% varones; edad media 67,7 ± 9,9 años). Duración media DMT2: 8,4 ± 6,6 años. HbA1c media 6,9 ± 1,1%; 60,2% con valores < 7%. Tratamiento para la DMT2: sin tratamiento 1,2%, sólo dieta 12,2%; sólo antidiabéticos orales (ADO) 69%; sólo insulina 6,4%; insulina +ADO 11%; análogos GLP-1 0,1%. Del 80% de los tratados con ADO, la metformina (dosis media 1,7 ± 0,6 g) fue el más utilizado 65,03%, seguido de sulfonilureas 31%; glinidas 6,8%; inhibidores DPP-4 6,3%; glitazonas 4,8%; inhibidores alfa glucosidasa 4%.

**Conclusiones:** Se observa una mejoría en el control de la HbA1c (< 7%) con respecto a estudios previos. En consonancia con las actuales guías de práctica clínica la metformina es el tratamiento más prescrito.

#### 10/180. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS SANITARIOS PARA LA ATENCIÓN AGUDA DOMICILIARIA EN UN CENTRO DE SALUD SEMIRURAL

J. Sánchez Colom<sup>a</sup>, V. Venteo Alcón<sup>a</sup>, J. Escoda Mingot<sup>b</sup>, C. Gonzalvo Orero<sup>c</sup>, G. Llamas Quintana<sup>a</sup> y L. Lluch Suriol<sup>a</sup>

<sup>a</sup>ABS Santa Margarida de Montbui. Barcelona; <sup>b</sup>ABS Poblenou. Barcelona; <sup>c</sup>ABS Clot. Barcelona.

**Objetivos:** Determinar, a partir del número de visitas domiciliarias agudas del año 2009, la necesidad de adecuar los recursos humanos y las cargas de trabajo, para la correcta atención de estos pacientes.

**Metodología:** Estudio descriptivo a partir de los registros obtenidos en la historia clínica informatizada (e-cap) de lunes a viernes de la demanda domiciliaria aguda.

**Resultados:** El total de visitas domiciliarias ha sido de 264 para una población asignada de 8469, esto supone un 3,1%. Las visitas en horario de mañana (8-14h) han sido 131 (49,6%) y en horario de tarde (14 a 19h) 133 (50,4%). El día con mas visitas ha sido el lunes con 61 (23,1%) y el día con menor demanda el jueves con 40 (15,1%). febrero es el mes con mas demanda 30 (11,3%) y julio el de menos demanda 14 (5,3%). Las mujeres (68,2%) y los mayores de 80 años en ambos sexos (52,2%) son los más demandantes.

**Conclusiones:** En contra de lo que se podría suponer, no se ha observado mayor demanda domiciliaria en el turno horario de mañana. Los porcentajes de asistencia están prácticamente al 50%. Esto podría ser debido a un buen funcionamiento de la atención



domiciliaria crónica (at. dom.) y al buen control de la población mayor de 80 años.

### 10/182. EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA NEURAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA POSIBILIDAD

O. Loriz Peralta, D. Pérez Morales, A. Girona Amores y A. Raya Rejón

EAP Badalona-6 Llefià. Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar la efectividad de la terapia neural (TN) para disminuir el dolor y el consumo de fármacos.

**Metodología:** Estudio de intervención "antes y después" en centro de atención primaria de barrio de la periferia de Barcelona. Se incluyeron ochenta y dos pacientes con edades entre 25 y 85 años. Mediante entrevista personal se recogieron datos antes de la intervención y después a las 2 semanas, 3 meses y 6 meses mediante la escala visual analógica (EVA) para la valoración de las variaciones del dolor y sobre el consumo de fármacos para el dolor.

**Resultados:** Edad media: 55 años (DE: 15,29), 19 hombres (23,4%) y 63 mujeres (76,8%). Tiempo de dolor pre-intervención; media: 21,58 meses (DE: 28,64). Fármacos diferentes para el dolor pre-intervención: ninguno en 5 pacientes (6,1%), uno: 40 (48,8%), dos: 24 (29,3%), 3 o más: 13 (15,9%). El total de diagnósticos: 23. Rango de tandas: 1-4. EVA media pre-intervención: 7,94 (DE: 1,68). La EVA había mejorado de media a las 2 semanas 3,30 (DE: 2,50), a los 3 meses 4,19 (DE: 2,89) y a los 6 meses: 4,46 (DE: 3,02) ( $p = 0,000$  comparando la media de las 3 EVAs respecto a la inicial,  $t$  de Student para datos apareados). Respecto a la reducción del consumo de fármacos: solamente un 25,6%, un 23,2% y un 20% de los pacientes no redujeron dicho consumo a las 2 semanas, 3 meses y 6 meses respectivamente.

**Conclusiones:** La TN puede ser eficaz en disminuir el dolor frente a múltiples diagnósticos así como el consumo de fármacos. Falta ensayos clínicos que lo confirmaran.

### 10/183. Y LAS URGENCIAS, ¿CÓMO VAN?

F. Rodríguez Erice y R. Rodríguez Erice

CS Fuensanta.

**Objetivos:** Primario: analizar la evolución en los últimos treinta (30) años de la atención urgente extrahospitalaria en la ciudad de Córdoba. Secundarios: I- Comparar la frecuentación en distintos periodos -1980- 1995-2010. II- Comparar y valorar la resolución de los problemas médicos en urgencias entre los años 1980 y 2010. III- Reseñar las modificaciones acaecidas en los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios y como afectan a su eficiencia.

**Metodología:** Estudio de revisión de casos, transversal, retrospectivo, examinando los datos de los registros de los dos únicos Servicios de atención urgente extrahospitalaria de Córdoba. El estudio se inicia en el año 1980. Se hace un segundo análisis en el año 1995, en el que además de estudiar la población, los recursos profesionales de urgencias, se valoran los cambios organizativos establecidos hasta esa fecha. Se hace un último corte en el presente año 2010, analizando los cambios organizativos más interesantes como son la implantación "universal" de demanda de asistencia. La implantación de Emergencias 061. Desarrollo de la Receta Electrónica. Implantación de desfibriladores semiautomáticos y de la teleasistencia.

**Conclusiones:** 1. Mientras que la población se ha incrementando en un 2,5% el número de urgencias atendidas lo ha hecho en un 400%. 2. Los recursos humanos (médicos y ats) se han doblado y se ha incrementado el horario de atención urgente en 18 h/día, pese a ello. 3. La presión asistencial, diurna y nocturna se ha incrementado en casi 1 por mil. 4. El tiempo de espera para ser atendido ha

pasado de tres a veinte y cinco minutos a lo largo de los treinta años de estudio.

### 10/184. RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE TABAQUISMO EN LOS AÑOS 2008,2009 Y PRIMER TRIMESTRE DE 2010 EN EL CENTRO DE SALUD MADRE DE DIOS

M. Acemel Hidalgo<sup>a</sup>, J. Ramírez Morilla<sup>b</sup> y A. Fernández Rosa<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico. <sup>b</sup>Enfermero. Servicio Andaluz de Salud.

**Objetivos:** Analizar la eficacia de la implantación del Programa de Tabaquismo en un Centro de Salud urbano en Jerez de la Frontera en el período citado.

**Metodología:** Se realiza un estudio descriptivo transversal, las variables estudiadas fueron sexo, edad, adherencia al programa y resultados en cuanto a logro de abstinencia y reducción de COOX.

**Resultados:** Durante el periodo se inscribieron 127 personas, el 90% comprendidos entre los 25 y 65 años, un 57% de hombres y un 43% de mujeres, de ellos inician el programa el 37,8%, (34,70% hombres y 41,80% mujeres), lo acaban un 31% de los que lo inician (36% hombres y 26% mujeres), consiguiendo abstinencia el 23% de ellos (24% hombres y 21,70% mujeres) y reducción de COOX el 31% (36% hombres y 26% de mujeres).

**Conclusiones:** El programa se muestra eficaz para aquellas personas que lo completan consiguiendo el 100% de las mismas reducción de COOX y el 75% abandono del tabaco. Es mayor el porcentaje de mujeres que inician el programa pero es menor el porcentaje de las que lo terminan en relación a los hombres. La eficacia se ve reducida por el alto porcentaje de personas que no lo completan o ni siquiera lo inician.

### 10/186. MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y PATRÓN CIRCADIANO

N. Domené Martí, M. Díaz Hernández, R. Cadenas Martín, O. Heredia León y O. Ortiz Oliete

ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat.

**Objetivos:** Conocer el patrón circadiano pacientes hipertensos por MAPA (monitorización ambulatoria presión arterial). Valorar la utilidad MAPA en la optimización del tratamiento según cronoterapia. Estudiar los cambios del patrón circadiano tras modificar el tratamiento según cronoterapia.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo, transversal. Muestra 39 sujetos seleccionados registro MAPA (septiembre 2005-mayo 2009). Criterios inclusión: pacientes con 2 MAPA (modelo spacelabs medical). Criterios exclusión: aparato MAPA no validado, pacientes desplazados, exitus, pacientes atención domiciliaria y MAPA no válido ( $< 14$  lecturas en actividad o  $< 7$  lecturas en descanso). Variables: Sociodemográficas, factores riesgo cardiovascular, patrón circadiano basal y tras tratamiento (patrón riser (R) cifras PA aumentan en periodo descanso, patrón non Dipper (ND) descenso PA  $< 10\%$ , patrón Dipper (D) descenso entre 10 y 20%, patrón extreme Dipper (ED) descenso  $> 20\%$ ).

**Resultados:** 39 pacientes. Edad media 70,4 (35-87 años) DE (desviación estándar) 9,9, 39,5% varones, con media de 7,1 años de evolución TA DE 6,7. FRCV asociados: alcohol 7,9%, tabaquismo 13,2%, dislipemia 47,4%, DM II 42,1%. Patrón circadiano: extrem dipper (ED) 1 (2,6%), Dipper (D) 2 (5,3%), Non dipper (ND) 18 (47,4%), Riser 17 (44,7%). Patrón circadiano tras cronoterapia: 1ED no varió, 2D: 50% ND, 50% sin modificación. 18 ND: 10 sin cambios (55,5%), 7 D (39%), y 1 a R (5,5%) a éste no se realizó cronoterapia. 17 R: 7 mismo patrón (41,3%), 8 ND (47%), 2 D (11,7%).

**Conclusiones:** En nuestro estudio se observó que el 92.1% pacientes presentaban un patrón circadiano de riesgo (non dipper y

riser), parece que el modificar tratamiento según cronoterapia mejora el patrón circadiano en los pacientes no dipper (39%), y los riser (58,7%), sobre todo es importante porque estos patrones se han relacionado con mayor incidencia de eventos cardiovasculares mayores. La cronoterapia nos abre un nuevo camino en el tratamiento de la HTA.

### 10/193. FIBROMIALGIA Y VITAMINA D

J. Casals Sánchez<sup>a</sup>, M. Vázquez Sánchez<sup>b</sup>, C. Casals Vázquez<sup>c</sup>, J. Daryanani<sup>b</sup> y R. Vázquez Alarcón<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínico de Málaga; <sup>b</sup>CS San Andrés. Málaga; <sup>c</sup>Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Universidad de Granada.

**Objetivos:** Determinar la existencia de diferencias en los niveles séricos de vitamina D (25 OH vitamina D) entre pacientes con fibromialgia (FBM) y sujetos controles (pacientes con artrosis).

**Metodología:** Estudio transversal. Muestreo aleatorio simple de pacientes, mujeres, de un centro de salud urbano atendidas en Reumatología. Cumplimiento de criterios ACR para fibromialgia o para artrosis de cadera o rodilla (OA).

**Resultados:** Muestra de 33 pacientes con FBM y 30 pacientes con OA. Edad media de las pacientes con FBM de 55,5 años, en pacientes con OA de 65,2 ( $p < 0,01$ ); los niveles de vitamina D eran de 35,6 ng/ml en pacientes con FBM y de 40,17 en OA. Al incluir en un modelo multivariante el diagnóstico y la edad, el grupo de fibromialgia tiene una vitamina D menor en 0,05 ng/ml ( $p = 0,84$ ).

**Conclusiones:** Las diferencias encontradas en el análisis bivariable, aunque no alcanzan significación estadística al nivel habitual apuntarían a la existencia de una diferencia entre estas dos poblaciones. Sin embargo, al considerar la edad como posible factor confusor hemos comprobado que efectivamente puede ser un factor de confusión en esta asociación, y las diferencias encontradas en el análisis bivariantes carecen de significación clínica y estadística. No existe asociación entre bajos niveles de vitamina D y fibromialgia.

### 10/194. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE ENFERMEDADES PULMONARES EN FUMADORES MAYORES DE 40 AÑOS

M. Herrero Gil, R. Calonge Cordovilla, R. Laborda Ezquerro, P. Marín Murillo, M. Pérez Moliner y J. Pérez Pérez

MFyC. CS Sádaba. Zaragoza.

**Objetivos:** Realizar espirometrías a fumadores para hacer un diagnóstico y tratamiento precoz de enfermedades pulmonares. Detección y abordaje de fumadores para introducirlos en programa de atención al fumador para lograr su deshabituación. Mayor aprovechamiento y conocimiento del uso del espirómetro y de la valoración de resultados. Calibración quincenal del espirómetro.

**Metodología:** Emplazamiento: zona básica de salud de Sádaba (Zaragoza). Población: pacientes incluidos en programa de atención a dependencia tabáquica. Criterios inclusión: fumadores mayores de 40 años o ex-fumadores de 10 o menos años. Tipo descriptivo y periodo de estudio desde 1 marzo 2009 al 1 marzo 2010. Fuente de datos: programa informático de historias clínicas y registro específico de calibración de espirómetro.

**Resultados:** Antes de marzo del 2009 había incluidos en dependencia al tabaco 90 personas, habiéndose incrementado en periodo de estudio a 228. De éstos 143 son hombres y 85 mujeres, siendo en más del 50% de edades comprendidas entre 40 y 54 años. De las 228 incluidas en atención al tabaco al 84,6% se realizó actuación breve y al 15,3% intensiva. Realizadas espirometrías al 41,66% del grupo; de las 42,10% de alteradas 67% tenían patrón obstructivo, 27,5% patrón restrictivo y 5% mixto. Realizada la calibración cada 15 días.

**Conclusiones:** Se han diagnosticado fumadores con patrón obstructivo en fases incipientes a los que se ha iniciado tratamiento. Los de patrón restrictivo se han derivado a neumólogo para estudio. Ha habido un incremento notable de captación de fumadores iniciando con ellos actuación breve o intensiva tanto de forma individual como con terapia grupal para dejar de fumar.

### 10/201. GRADO DE CONTROL DE LOS DIABÉTICOS TIPO 2 UTILIZANDO LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA (A1C)

C. González Martín<sup>a</sup>, C. Hernández Hernández<sup>a</sup>, S. Peters<sup>a</sup>, S. Fariña Pacheco<sup>b</sup> y F. Cejas-Fuentes Padrón<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Orotava San Antonio. Santa Cruz de Tenerife; <sup>b</sup>CS Icod de los Vinos. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos:** La A1C es el mejor parámetro para valorar el control glucémico en diabéticos tipo 2, en los que proporciona una mejor ayuda que las glucemias para plantear cambios en el tratamiento. Nuestro objetivo fue analizar el grado de control de nuestros diabéticos, según su A1C.

**Metodología:** Realizamos un estudio observacional-transversal, sobre los diabéticos tipo 2 que siguen control rutinario en dos Consultorios Periféricos rurales. Recogimos los siguientes datos: edad, género, cifras de A1C del último control analítico, tiempo de evolución y tratamiento de la diabetes. El análisis se hizo mediante estadística descriptiva. Consideramos que existía un buen control glucémico si la A1C era  $< 7\%$ .

**Resultados:** El total de pacientes fue 377, con 51% mujeres, 49% hombres, y una media de edad de 64 años. Más del 50% tenían  $> 10$  años de evolución de la diabetes. El 60% estaban tratados con anti-diabéticos orales (ADOs), el 23% con insulina (sola o en combinación) y el 17% sólo con dieta. La A1C era  $< 7\%$  en el 56% de los pacientes, estaba entre 7 y 8% en el 20% y era  $> 8\%$  en el 24% de los casos. Tenían A1C  $< 7\%$  el 92% de los tratados sólo con dieta, el 60% de los tratados con ADOs y el 21% de los tratados con insulina.

**Conclusiones:** Aunque un 56% de diabéticos con buen control glucémico podría parecer un resultado aceptable, las graves complicaciones derivadas de un mal control de la diabetes, nos obligan a intentar elevar este porcentaje al máximo, teniendo en cuenta las características de cada paciente.

### 10/202. INFILTRACIONES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: 2 AÑOS DE EXPERIENCIA

J. Zambudio Nogueras, S. Juan Ezquerro y X. Cantero Gómez

ABS Igualada.

**Objetivos:** Medir la eficiencia y la efectividad de la realización de infiltraciones en la Atención primaria (AP).

**Metodología:** Muestra: todas las infiltraciones realizadas por 2 equipos de AP de febrero 2008-abril 2010. Ámbito: CS urbano. Estudio: descriptivo retrospectivo. Variables: edad, sexo, diagnóstico, intensidad del dolor previo según EVA, intensidad dolor posterior, número de caso 2ª infiltración, complicaciones, coste infiltración AP, coste 1ª visita traumatología (COT), tiempo 1ª visita COT, tiempo visita médico AP-infiltración.

**Resultados:** N: 89, Edad: 63 (37-90) años, hombres: 27 (30,3%), mujeres: 62 (69,7%). Diagnóstico: tendinitis anserina 13 (14,7%), gonartrosis 4 (15,7%), tendinitis hombro 18 (20,2%), epicondilitis 18 (20,2%), epitrocleitis 1 (1,1%), bursitis peritrocantérea 8 (9%), nódulo palmar 4 (4,5%), fascitis plantar 7 (7,9%), bursitis rodilla 4 (4,5%), síndrome miofascial 1 (1,1%), síndrome túnel carpiano 1 (1,1%). Dolor previo: 7,35, dolor posterior 2,5. 4 nódulos palmares resueltos. Número casos 2ª infiltración 7 (7,9). Complicaciones: 4 despigmentación. Coste AP: (23 euros visita AP + 0,54 euros material fungible)  $\times 89 = 2.095$ ; 95 euros coste 1ª visita COT  $\times 89 = 8.455$ , 6.360 euros ahorro. Tiempo visita COT: 3 meses, tiempo en AP: 1 semana.

**Conclusiones:** Según nuestro estudio la realización de infiltraciones en la AP significa un ahorro del 75% por cada caso, la disminución del dolor es importante, alrededor del 66%, el número de complicaciones es escaso y son leves. Se colabora a disminuir la lista de espera de COT y se le ofrece al paciente una atención más integral y rápida. Por lo tanto pensamos que la práctica de infiltraciones en la AP es eficiente y efectiva. Creemos que sería importante la formación de los médicos de AP en esta área.

### 10/207. TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y CALIDAD DE VIDA

J. Cabrera Mateos<sup>a</sup>, F. Noves Sánchez<sup>b</sup>, M. Delgado Benítez<sup>c</sup>, M. Burgo Bravo<sup>d</sup> y J. Ibero Villa<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Consultorio Local de Puerto del Carmen. ZBS Tías; <sup>b</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Lanzarote;

<sup>c</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Lanzarote;

<sup>d</sup>CS de Santa Coloma. Arrecife; <sup>e</sup>CS de Valterra. Arrecife.

**Objetivos:** Conocer las características de los pacientes anticoagulados y su calidad de vida.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal de los 163 pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO) de 2 zonas básicas de salud. Se evaluó la calidad de vida con un cuestionario heteroadministrado validado de 32 ítems (puntuación: 32-192; a mayor puntuación, peor calidad de vida). Edad media = 71,89 años (DE: 11,66). El 54,6% eran mujeres.

**Resultados:** El 93,2% (152) recibían acenocumarol, dosis media semanal = 15,7 mg (DE: 8,55) que disminuía con la edad (coeficiente de correlación de Pearson = -0,327;  $p < 0,001$ ) y superior en pacientes con objetivo de control del INR entre 2,5 y 3,5 (diferencia media  $d = 4,95$  mg/semana; IC95%: 0,87-9,03). La causa más frecuente para anticoagulación fue la fibrilación auricular (75,5%), seguido de ACV (16%). Tenían los 5 últimos controles del INR dentro del rango objetivo, 10 pacientes (6,1%), y 5 (3,1%), fuera del mismo. Los hombres puntuaron más en la dimensión "alteraciones sociales" (13,98 vs 12,41;  $p = 0,041$ ). La puntuación total del test correlacionó positivamente con dosis de acenocumarol ( $p = 0,189$ ;  $p = 0,036$ ), y negativamente con edad ( $p = -0,244$ ;  $p = 0,005$ ). Correlacionaron positivamente con la dosis las "limitaciones diarias" ( $r = 0,257$ ;  $p = 0,004$ ) y "alteraciones sociales" ( $p = 0,235$ ;  $p = 0,009$ ). La edad también correlacionó negativamente con la "satisfacción" ( $p = -0,216$ ;  $p = 0,013$ ), "limitaciones diarias" ( $p = -0,307$ ;  $p < 0,001$ ) y "alteraciones sociales" ( $p = -0,326$ ;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** El anticoagulante más empleado en atención primaria es el acenocumarol. La causa más frecuente para TAO es la fibrilación auricular. Los pacientes con mayor dosis de TAO y los de menor edad perciben peor calidad de vida.

### 10/213. PERFIL CLÍNICO Y FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON ALZHEIMER EN UN CENTRO DE SALUD

L. Soriano Carrascosa<sup>a</sup>, J. Sabatel Gómez-Román<sup>a</sup> y C. Rincón González<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS La Caleta. Granada; <sup>b</sup>CS de Santa Fe. Consultorio de Castillo de Tajarja. Granada.

**Objetivos:** Conocer características clínico-epidemiológicas y el perfil de prescripción que tiene la población con demencia tipo Alzheimer leve en el Centro de Salud La Caleta.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal realizado en el centro de salud La Caleta. Se seleccionaron los 69 pacientes diagnosticados de Alzheimer leve no institucionalizados ni inmovilizados. Los datos se recogieron de la historia digital DIRAYA, durante febrero-abril de 2010, para lo que se elaboró una hoja de recogida con todas las variables. Se realizó un análisis descriptivo, se expresan con medias  $\pm$  desviación estándar las variables continuas y en valores absolutos o porcentajes las categóricas. Para las medias la  $t$  de Student.

**Resultados:** Mujeres 46,37% y hombres 53,62% ( $p > 0,05$ ), edad media  $73,66 \pm 8,24$  años, MMN  $31,33 \pm 3,68$ , Barthel  $96,34 \pm 3,72$ , diabetes 20,28%, HTA 57,97%, ACV 11,9% I. urinaria 17,39%. Los fármacos más utilizados fueron: donepezilo 10 el 86,65%, inhibidores de la bomba de protones 76%, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina 51,2%, bromazepán 38%, risperidona 15%, rivastigmina 11,2%, trazodona 3%, y otros psicótropos (34%). El 72% de los pacientes tenían más de 6 fármacos prescritos.

**Conclusiones:** 1. El Test Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, no discrimina el deterioro cognitivo en la fase leve de la enfermedad en la población de estudio. 2. No hay discapacidad para el autocuidado en la población. 3. Los factores de riesgo cardiovascular tienen la misma prevalencia que en la población general. 4. El fármaco más utilizado es el donepezilo. 5. Es una población polimedicada en la que los psicótropos son los fármacos de mayor prevalencia.

### 10/223. ¿CONOCEN LOS PACIENTES QUÉ ES UN MÉDICO INTERNO RESIDENTE?

N. China Coello<sup>a</sup>, M. Suárez Hernández<sup>a</sup>, A. González Díaz<sup>b</sup>, F. Pérez-Llombet García<sup>a</sup>, E. Navarro Brito<sup>a</sup> y P. Fernández Melián<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Añaza. Santa Cruz de Tenerife; <sup>b</sup>CS Barrio La Salud. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos:** Valorar los conocimientos de los usuarios sobre los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), su función y el nivel de satisfacción.

**Metodología:** Estudio descriptivo-transversal en centros de salud docentes de S/C-Tenerife entre enero-marzo 2009. Cuestionario validado de 20 ítems sobre conocimientos, formación y satisfacción del MIR. Herramienta: SPSS-17.0.

**Resultados:** 216 pacientes, 63,9% mujeres, edad media: 44,4. El 13,9% desconoce qué es un MIR. 70,4% contestó "médico que se forma en especialidad", aumentando este porcentaje con nivel educativo y edad ( $p = 0,007$ ;  $p = 0,063$ ). Respecto a la función, 31,5% cree que "la misma que su médico". El 27,3% "observar la actividad del tutor", encontrando asociación significativa con nivel educativo ( $p = 0,030$ ). En ausencia del médico prefieren ser atendidos por: sustituto (34,4%), MIR (21,8%), indistintamente (38,4%) encontrando asociación con el sexo ( $p = 0,022$ ). El 93,1% considera importante la presencia del MIR en consultas para su formación. El 62,5% cree que la MFyC es una especialidad aunque el 26,9% considera que dura un año. El 51,9% conoce que el MIR rota por distintas especialidades hospitalarias encontrando diferencias con la edad ( $p = 0,01$ ). Al 89% no le molesta la presencia del MIR. Un 15% de los pacientes no se sienten igualmente atendidos por su médico ante la presencia del MIR ( $p = 0,06$ ). El 88,4% nunca ha dejado de expresar algo por la presencia del MIR. Un 57% ha sido atendido por el MIR, de los que el 6,5% no se siente igualmente valorado que por su médico. La satisfacción con el MIR fue alta en el 95,9%.

**Conclusiones:** La mayoría de pacientes conocen lo que es un MIR. Su presencia no influye en la consulta pero prefieren ser atendidos por su médico. El grado de satisfacción de la atención recibida del MIR es alto.

### 10/224. DISCAPACIDAD ESPECÍFICA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

B. Casanueva Fernández<sup>a</sup>, R. Sánchez Villar<sup>b</sup>, A. Pérez Martín<sup>c</sup>, B. Rodero Fernández<sup>d</sup>, S. Herrera Castaneda<sup>d</sup> y J. Vázquez-Barquero<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Clínica Especialidades. Cantabria; <sup>b</sup>CS Zapatón. Cantabria; <sup>c</sup>CS Los Valles. Cantabria; <sup>d</sup>Centro Rodero. Cantabria.

**Objetivos:** Analizar el grado de discapacidad en pacientes con fibromialgia (FM), mediante un instrumento específico, la versión Española del World Health Organization Disability Assessment Sche-



dule II (WHO-DAS II). Evaluar la aplicabilidad y la fiabilidad del cuestionario.

**Metodología:** 200 pacientes diagnosticados consecutivamente de FM según criterios del Colegio Americano de Reumatología de 1990. La evaluación clínica incluía la aplicación en dos ocasiones, por entrevistadores diferentes, y separadas por un lapso de 6 días, del cuestionario WHO-DAS II. El análisis test-retest se ejecutó para las puntuaciones globales.

**Resultados:** Los niveles de mayor discapacidad aparecen en el dominio "Actividad Doméstica y Laboral" (85,27, DE 19,35), seguidos del dominio relacionado con la "Movilidad" (69,64, DE 21,15), "Participación social" (62,58, DE 22,17), "Comprensión/comunicación" (60,56, DE 22,04), "Relaciones interpersonales" (48,27, DE 30,26) y "Cuidado Personal" (42,23, DE 25,31). La puntuación global resulta de 61,23 (DE 18,47), lo que traduce un nivel de discapacidad medio-alto. Coeficiente de correlación de Pearson 0,805 ( $p = 0,000$ ). Coeficiente de correlación intraclase 0,802. Intervalos de confianza al 95% (0,73-0,85). Alfa de Cronbach 0,936. Cifras de fiabilidad test-retest muy altas e índices de consistencia interna "muy buenos".

**Conclusiones:** La versión española del WHO-DAS II es un instrumento fiable y con muy buenos índices de consistencia interna para medir discapacidad en pacientes con FM. Los dominios relacionados con la "actividad doméstica/laboral" y "moverse en el entorno" son los que condicionan mayor nivel de discapacidad. En nuestra serie de pacientes con FM el WHO-DAS II evidencia un nivel de discapacidad medio-alto.

## 10/226. PATOLOGÍA COLORRECTAL EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Campos Rodríguez<sup>a</sup>, M. Guzmán Centeno<sup>b</sup>, A. González Gamarra<sup>b</sup>, B. Fernández-Cuartero Rebollar<sup>b</sup>, I. Fernández Gutiérrez<sup>b</sup> y M. de Hoyos Llorente<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Castelló. Madrid; <sup>b</sup>CS Goya. Madrid.

**Objetivos:** Detectar mediante pruebas de SOH y colonoscopia la patología colorrectal más frecuente en una población adulta, aparentemente sana, asignada a una consulta de AP.

**Metodología:** Se incluyeron 281 pacientes de ambos sexos, sin patología colorrectal conocida y edad entre 50 y 74 años, que acudieron de forma espontánea a una consulta de AP del C.S. Goya de Madrid durante el mes de noviembre de 2009. 19 pacientes rechazaron su participación con lo que la muestra final fue de 262 (155 mujeres, 107 varones). Se consideró positivo la aparición de hemoglobina en al menos una muestra.

**Resultados:** 27 pacientes dieron positivo para SOH por método ELISA. Rechazaron 2 personas continuar en el estudio por lo que la muestra se redujo a 25 (una persona con antecedente familiar de cáncer colorrectal). Los 25 pacientes fueron sometidos a colonoscopia completa. 19 pacientes presentaron patología colorrectal de diversa índole (pólipos, divertículos, hemorroides internas, proctitis, angiodisplasia y un caso de cáncer colorrectal) y 6 casos resultaron falsos positivos. Los pacientes con pólipos colónicos fueron sometidos a polipsectomía endoscópica con resultado de adenomas tubulares en todos los casos.

**Conclusiones:** Numerosas sociedades y autoridades médicas indican realizar screening de cáncer colorrectal a partir de los 50 años por su alta prevalencia y mortalidad. La detección precoz de cáncer de colon es importante para lograr la curación y/o mejorar la supervivencia. Aunque nuestro estudio es limitado para obtener conclusiones, el método SOH es útil para la detección de lesiones premalignas de colon en personas asintomáticas y puede aplicarse a población sana mayor de 50 años.

## 10/230. DOCTOR, ¡NO PUEDO TRABAJAR!

M. Hernández Ribera<sup>a</sup>, M. Ciurana Tebé<sup>a</sup>, M. García Font<sup>a</sup>, J. Vidal Alaball<sup>b</sup> y E. Descals Singla<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Medicina Familiar. ABS Manresa 2. Barcelona; <sup>b</sup>Medicina Familiar. SAP Bages-Berguedà. Barcelona.

**Objetivos:** Conocer los motivos más frecuentes de incapacidad temporal (IT) en nuestro centro durante el 2009 y si la duración de éstas se correspondió con la estandarización aconsejada por cada proceso.

**Metodología:** Estudio descriptivo de las incapacidades temporales prescritas periodo enero a diciembre 2009, ámbito urbano. Población asignada: 22.000 usuarios, población activa de 13.258. Variables estudio: sexo, edad, motivo baja laboral y duración del proceso.

**Resultados:** Durante el 2009 se tramitaron un total de 3.365 IT. (25% población activa). Sexo 52,3% mujeres y 47,7% hombres. Edades: 16 a 29 años (807) 24,1%, 30 a 39 (1.115) 33,1%, 40-49 (720) 21,3%, 50 a 65 (723) 21,5%. Diagnósticos más frecuentes: infección vírica inespecífica, 9,47% (319 usuarios), diarrea/gastroenteritis (262) 7,78%, catarro vías altas (227) 6,74%, lumbalgia/ciatalgia (225) 6,68%, ansiedad-depresión (201) 5,97%. Duración del proceso de incapacidad: Infección vírica: promedio duración 4,47 días, duración estandarizada 4 días. Diarrea y gastroenteritis: promedio 3,71 días, estandarizada 4 días. Catarro de vías altas: promedio 4,47 días, estandarizada 4 días. Lumbago/ciática: promedio 45 días, estandarizada 30 días. Ansiedad/depresión: promedio 45,4 días, estandarizada 30 días.

**Conclusiones:** El perfil del usuario suele ser jóvenes, y las causas más frecuentes infecciones víricas. Con una media de duración de las IT similar a la aconsejada por los expertos, excepto en ansiedad/depresión y lumbalgia/ciática que presentan un incremento de los días establecidos. Una cuarta parte de la población activa presenta un proceso de incapacidad laboral al largo del año, generando un aumento del impacto socio-económico.

## 10/232. OBESIDAD INFANTIL: ¿EPIDEMIA DEL SIGLO XXI?

R. Vallès Navarro<sup>a</sup>, R. Coma Carbó<sup>a</sup>, H. Galdós Tangüis<sup>b</sup>, J. Núñez Cirera<sup>c</sup>, I. García Subirats<sup>d</sup> y P. Torán Monserrat<sup>d</sup>

<sup>a</sup>EAP Mataró 6-ICS; <sup>b</sup>EAP Mataró Cirera Molins-CSM; <sup>c</sup>EAP Rocafonda-ICS; <sup>d</sup>EAP Gatassa-ICS. Unitat Suport a la Recerca Metropolitana Nord. IDIAP Jordi Gol.

**Objetivos:** La obesidad infantil es un problema de Salud Pública importante. Para conocer su prevalencia y compararla entre poblaciones de diferentes áreas geográficas se utiliza el IMC. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de sobrepeso/obesidad infantil y compararla utilizando las diferentes tablas de referencia existentes.

**Metodología:** Estudio observacional y transversal en población infantil de 6 a 12 años de las 5 escuelas de Vilassar de Mar. Se incluyen a los 1.068 niños/as del curso escolar 2008-2009. Las medidas de peso y talla se realizaron en las escuelas. La muestra final fue de 929 alumnos. Se compararon las prevalencias según las tablas de Orbegozo, Cole, AEP-SENC-SEDO, OMS, Carrascosa y Andrea Prader.

**Resultados:** La prevalencia de obesidad osciló entre 1,6% (Carrascosa) y 14,9% (OMS) y la prevalencia de sobrepeso entre 10,5% (Orbegozo) y 25,0% (Cole). Se han observado diferencias por sexo en los valores de sobrepeso y obesidad. La prevalencia de obesidad en niños estaba entre 1,6% (Carrascosa) y 18,1% (OMS). En niñas los valores oscilaron desde 1,3% (Carrascosa) hasta 11,1% (OMS). En niños el sobrepeso varió entre un 10,1% (Orbegozo, AEP-SENC-SEDO) y 23,2% (Cole). En niñas entre 8,3% (Andrea Prader) y 27,0% (Cole).



**Conclusiones:** Las comparaciones entre prevalencias de sobrepeso y obesidad en diferentes poblaciones deben hacerse con cautela pues éstas varían según las tablas y los puntos de corte utilizados. Para conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad de una población deben utilizarse tablas creadas a partir de población con similares características a la población de estudio.

#### 10/234. PERCEPCIONES Y CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LAS PALMAS EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN PRIMARIA Y MEDICINA DE FAMILIA (MF)

O. Segura Álamo<sup>a</sup>, C. Jiménez Mena<sup>b</sup>, J. Rodríguez Borges<sup>c</sup> y J. Santana Caballero

<sup>a</sup>CS Cono Sur. Las Palmas de Gran Canaria. Facultad de Medicina de Las Palmas de Gran Canaria; <sup>b</sup>CS San Gregorio. Telde. Facultad de Medicina de Las Palmas de Gran Canaria; <sup>c</sup>CS Escaleritas. Las Palmas de Gran Canaria. Facultad de Medicina de Las Palmas de Gran Canaria; <sup>d</sup>CS Barrio Atlántico. Las Palmas de Gran Canaria. Facultad de Medicina de Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos:** Obtener datos sobre estas cuestiones dentro del proyecto FIS P1070975.

**Metodología:** Se pasa cuestionario previamente validado a alumnos de 1º, 3º, 5º y 6º de Medicina. Analizamos los resultados con el programa SPSS 17.

**Resultados:** El 65% son mujeres. El 65% son de 1º. La mayoría percibe positivamente la función social de la MF y negativamente su prestigio científico, interés para investigación y sueldo. La experiencia personal como paciente influye positivamente en su opinión de la MF. Se decantan por la obligatoriedad de la MF en la carrera, basándose en su contribución a la mejora de la atención de salud y su papel nuclear del sistema sanitario. Consideran que la docencia de la MF debe ser impartida dentro del 2º ciclo por profesionales de la MF. Los aspectos más valorados que aporta la MF a la carrera son: relación médico-paciente, prevención y promoción de la salud, enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario, atención a los problemas más frecuentes, atención longitudinal, bioética y colaboración con otros sectores. Un 80% considera de gran utilidad la rotación por los centros de salud. La mayoría muestra poco interés en trabajar en la MF, pero si ejercieran como MF estarían satisfechos. En la elección de especialidad valoran altos ingresos económicos, buenas condiciones laborales y calidad de vida.

**Conclusiones:** Reconocen la importancia de la MF en el sistema sanitario y en la formación de pregrado. Sin embargo la mayoría muestra escaso interés por la MF como opción futura.

#### 10/235. APROXIMACIÓN A LA PREVALENCIA DE HIPOTIROIDISMO ADQUIRIDO (HA) EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS)

F. Carbonell Franco, M. Ibáñez Casaña, I. Lledó Fillol, A. Hernández Pérez y A. Vila Maupoy

*Médicos de Familia. CS de Mislata. Valencia.*

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de HA en una ZBS a partir de su registro en la historia clínica electrónica (HCE). Describir la población adulta con HA.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Calculamos la prevalencia de HA en nuestra ZBS (47.726 habitantes) mediante el módulo de consultas de la HCE. Describimos 301 pacientes con HA correspondientes a 5 cupos médicos con 7.743 pacientes atendidos. Detallamos variables demográficas, así como de diagnóstico, terapéutica y grado de control.

**Resultados:** La prevalencia de HA en mayores de 14 años en nuestra ZBS es del 3,8% (IC95% 3,6-3,9%). Mucho mayor en mujeres

6,6% (IC95% 6,4-6,8%), que en varones 0,8% (IC95% 0,7-0,9%). En la muestra analizada (90,4% mujeres, 9,6% varones), la edad media es de 55,5 ± 17 años. En cuanto al origen del HA: 242 casos (80%) no se especifica, 35 (11,6%) atribuidos a tiroiditis autoinmunes, 13 (4,3%) posttiroidectomía, 8 (2,7%) desencadenados por amiodarona o litio, 2 (0,7%) yódicos y 1 (0,3%) tras tratamiento con I131. En 66 casos (21,9%) el hipotiroidismo es subclínico. No precisan tratamiento sustitutivo 33 pacientes (10,9%) y el resto recibe una media de 88 ± 35 µg/diarios de tiroxina. Por sus niveles de TSH consideramos que en su última visita sólo están bien controlados un 60% de los pacientes.

**Conclusiones:** La prevalencia de HA encontrada en este estudio es similar a la descrita previamente en la literatura. Disponemos de un amplio margen de mejora en el correcto diagnóstico y control del HA.

#### 10/236. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA ESPONTÁNEA EN 2 ÁREAS BÁSICAS DE SALUD, UNA URBANA Y OTRA SEMIRURAL DURANTE EL AÑO 2009

J. Escoda Mingot<sup>a</sup>, J. Sánchez Colom<sup>b</sup>, C. Gonzalvo Orero<sup>c</sup>, V. Venteo Alcón<sup>b</sup>, M. González Medina<sup>a</sup> y O. Armengol Badia<sup>a</sup>

<sup>a</sup>ABS Poblenou. Barcelona; <sup>b</sup>ABS Santa Margarida de Montbui. Barcelona; <sup>c</sup>ABS Clot. Barcelona.

**Objetivos:** Comparar y evidenciar diferencias en el número de visitas domiciliarias espontáneas, por población asignada, así como su distribución horaria, semanal, mensual y por edades. Los resultados comparativos posibilitaran posibles cambios organizativos asistenciales.

**Metodología:** Estudio descriptivo a partir de los datos obtenidos de la hoja diaria de domicilios agudos de adultos, la historia informatizada (e-cap), y de los técnicos de salud correspondientes.

**Resultados:** En el ámbito urbano con una población asignada de 18.317 y 11 médicos, el número total de visitas es de 1.133 (6,1%), frente a 8.469 con 6 médicos una demanda de 364 (3,1%) de la semirural; en el ámbito urbano el horario (mañanas 8-14h y tardes de 14-19h), día de la semana y mes de mayor demanda son las mañanas con el 78% los lunes con el 26% y enero con el 12% siendo en el semirural 49% mañanas por el 51% tardes, los lunes con el 23,1%, y febrero con el 11,3%. Los mayores de 80 años representan con el 46% (63% mujeres) y 52% (73% mujeres) las visitas totales en el ámbito urbano y rural. Los meses de menores visitas son agosto (4,2%) y julio (5,3) respectivamente. En la ciudad una media de 125 visitas médico año por 60 en el medio rural.

**Conclusiones:** La presión asistencial por médico y turno de mañana es mayor en la ciudad. Agosto y julio con menos visitas y los lunes el de mayor demanda. Valorar estos datos para optimizar los recursos. Los mayores de 80 años representan el 50% en los dos ámbitos.

#### 10/238. ESTUDIO DE TROMBOPENIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

J. Rodríguez Santana<sup>a</sup>, L. Calles Hernández<sup>b</sup>, J. Aguilar Escalera<sup>a</sup>, L. Velázquez Arjona<sup>a</sup>, M. González Hernández<sup>a</sup> y C. Bibiano Guillén

<sup>a</sup>Médico Adjunto. Servicio de Urgencias. <sup>b</sup>Médico Laboratorio. Unilab. <sup>c</sup>Jefe Servicio de Urgencias. Hospital La Moraleja.

**Objetivos:** Estudiar las trombopenias que acuden al servicio de urgencias del Hospital La Moraleja, de Madrid. Se estratifican los diversos tipos de trombopenias.

**Metodología:** Se obtienen los resultados de los hemogramas realizados en el laboratorio de nuestro hospital y se selecciona aque-

llos que tiene plaquetas inferiores a 60.000 plaquetas/mL, y se ha revisado 36.630 hemogramas realizados en el hospital y los 16.593 realizados para el servicio de urgencias desde el 1 de octubre de 2009 hasta 30 de abril de 2010. Por otro lado en ese mismo periodo se seleccionan de los 65.820 las historias clínicas, se descartan las 22.943 de pediatría y se estudian las que tienen trombopenias y estudian para estratificar las mismas.

**Resultados:** De los 47.877 pacientes adultos vistos en urgencias, 30 pacientes presentaban plaquetas por debajo de 60.000, de los cuales 20% son secundario a quimioterapia, el mismo porcentaje a hepatopatía crónica y púrpura trombocitopénica idiopática, 10 a aplasia medular, sepsis, 6,6% a pseudotrombopenia, 3,3% a tóxicos, difenilhidantoína y 10% no se pudo saber el diagnóstico, ya que no fueron seguidos en nuestro centro.

**Conclusiones:** Las trombopenias es una alteración poco frecuente en nuestro centro representado un 0,06% de los pacientes atendido, pero se corresponden con patología grave y urgente, aunque la mayoría de los pacientes no presentaban síntomas de sangrado, si un potencial importante de complicarse, y todos los pacientes que se acompañaban de sepsis fallecieron y la mayoría de los paciente con hepatopatía también aunque no a corto plazo.

#### 10/241. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CONTROLADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Ruiz Gil, M. Valls Esteve, J. Parcet Solsona, M. Grande Trujillo, I. Torres Fernández y A. Segura Anducas

CS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

**Objetivos:** Identificar efectos adversos (EA) en relación con la administración de anticoagulantes orales (ACO). Análisis de la asociación entre EA y variables relacionadas con pacientes y con la intervención del médico de familia.

**Metodología:** Pacientes con fibrilación auricular no valvular seleccionados aleatoria y consecutivamente de consultas atención primaria entre junio-diciembre 2009. Mediante entrevista (telefónica al cuidador en atdom) registro de variables: sociodemográficas, tipo ACO, años duración, presencia y tipo complicaciones, grado control, grado cumplimiento terapéutico (MorinsKy-Green) y grado conocimientos. Revisión historia clínica y registro: polimedicación, duplicidades, interacciones, productos herboristería, alcohol, insuf. renal, cardiaca o mal control TA.

**Resultados:** 87 pacientes: 54% hombres, edad media 74,63, atención domiciliaria 8%, media 5,5 años tto, 56,3% warfarina, 13,8% mal control. 36,8% hemorragias (moderadas 10,3%, graves 4,6%). 96,6% buen cumplimiento. 46% alto grado de conocimientos y 37,9 aceptable, 15% tienen dudas. 24,1% polimedicados, 1,5% duplicidades, 100% llevan IBP+AAS, aines o cortis, 7% amiodarona, 3,5% consumen productos herboristería. 5,7% insuficiencia renal y 18,5% cardiaca, 26,4% tienen mal control HTA. Al analizar la relación entre hemorragias moderadas + severas con otras variables únicamente hemos encontrado resultados significativos ( $p < 0,05$ ) con atención domiciliaria.

**Conclusiones:** Porcentaje de hemorragias se corresponde literatura. Destaca alto grado de buen control y cumplimiento terapéutico. Apreciamos diferencias de seguridad (polifarmacia, interacciones...) en pro de estos pacientes quizás debido a ser considerada "medicación de riesgo" y a la existencia de alertas informáticas y self-audit. Nos llama la atención la inexistencia de relación entre EA y edad > 80 años, polimedicación o educación sanitaria.

#### 10/242. ¿QUÉ HALLAZGOS ENCONTRAMOS AL PROTOCOLIZAR LA ENTREGA DE TIRAS REACTIVAS?

F. Guillén Cavas<sup>a</sup>, R. Requena Ferrer<sup>a</sup>, E. Esparza Pérez<sup>a</sup>, J. Flores Torrecillas<sup>a</sup>, S. Martín Soto<sup>a</sup> y E. Esteban Redondo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS Cartagena Casco Antiguo; <sup>b</sup>Médico del Trabajo. Equipo de Prevención de Riesgos Laborales Área II.

**Objetivos:** Conocer las características del autocontrol de nuestros pacientes diabéticos que retiran tiras reactivas en el Centro de Salud.

**Metodología:** Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo de una población de 1280 pacientes diabéticos pertenecientes a 12 cupos de adultos del C.S. Cartagena-Casco. La muestra es de 338 pacientes que acuden a retirar tiras reactivas. El periodo de estudio comprende de enero a junio de 2009. El rango de edad de los estudiados: 14-99 años. La recogida de datos se realiza en la consulta programada de enfermería. Análisis de datos descriptivos, frecuencia y bivariable.

**Resultados:** El género de la población estudiada es: femenino 162 (47,93%), y masculino 176 (52,07%). El perfil del paciente que retira tiras reactivas corresponde a un diabético tipo 2, (226: 66,86%), de 60-76 años (202: 59,76%), que aporta resultados de autocontroles a la recogida de tiras reactivas (227: 67,16%) y se realiza entre 11-25 controles al mes (103: 30,56%). Indicados por su médico de familia 268 (79,29%) y por especializada 70 (20,71%). Las cifras de hemoglobina glicosilada de 171 (50,76%) son inferiores al 8%. No constan registros de hemoglobina glicosilada en la historia clínica en 90 casos (26,41%).

**Conclusiones:** Tenemos un mayor número de diabéticos tipo 2 que retiran tiras reactivas para su autocontrol. La mitad de los pacientes con registros de hemoglobina glicosilada tienen cifras aceptables. Existe un porcentaje mejorable de pacientes que no aportan resultados de autocontroles a la hora de retirar las tiras reactivas.

#### 10/244. PROCESO DE DETECCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CIUTAT MERIDIANA, BARCELONA

E. Arias Pagán<sup>a</sup>, M. Troyano Cussó<sup>a</sup>, R. Royo Palacio<sup>b</sup>, O. Muñoz Membrives<sup>a</sup>, A. Royo Palacio<sup>b</sup> y A. Roig García<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CAP Ciudad Meridiana. Barcelona; <sup>b</sup>EAP Marc Aureli, Barcelona.

**Objetivos:** Análisis de las necesidades de salud de la población. Disminuir las desigualdades sociales en salud. Potenciar la participación ciudadana.

**Metodología:** Participativa. Se buscaron alianzas y colaboración de los vecinos y agentes del territorio.

**Resultados:** Nivel demográfico y socioeconómico: el total de la población asignada al CS es de 15913 habitantes, mayoritariamente joven, con hogares de 4 personas o más. La población extranjera proviene de Ecuador, Marruecos y Pakistán, con bajo nivel cultural respecto Barcelona ciudad. Nivel de salud: -Salud reproductiva: alto porcentaje de natalidad en madres adolescentes, ligeramente superior al resto de Barcelona. -Salud mental: los diagnósticos más relevantes en salud mental de adultos son: trastorno de pánico sin agorafobia, distímico, esquizofrenia tipo paranoide crónica. En el caso de infancia y adolescencia son: trastorno de adaptación con alteración de conducta y ansiedad respecto a otros barrios. -Estilos de vida. Consumo de tabaco: un 28,7% superior al resto de Barcelona, con 15 años o más fumando. Consumo de drogas (legales/ilegales): la tasa por dependencia o abuso de drogas, son similares a las de Barcelona, según los datos del Centro de Atención y Seguimiento de Drogodependencia.

**Conclusiones:** Gracias a la implicación de los agentes, vecinos y el CS, se crea el diagnóstico socio sanitario del territorio, que nos

permitirá crear futuras actividades para mejorar las desigualdades sociales y de salud detectadas.

#### 10/245. PROYECTO COMUNITARIO PUJA'M-BAIXA'M, ZONA NORTE DE BARCELONA CIUDAD

R. Royo Palacio<sup>a</sup>, E. Arias Pagán<sup>b</sup>, A. Royo Palacio<sup>b</sup>, O. Muñoz Membrives<sup>b</sup>, M. Troyano Cussó<sup>a</sup> y A. Roig García<sup>b</sup>

<sup>a</sup>EAP Marc Aureli. Barcelona; <sup>b</sup>CAP Ciudad Meridiana Barcelona.

**Objetivos:** El aislamiento social en personas mayores y su discapacidad funcional, afecta a la salud mental e influye en la percepción del estado de salud y calidad de vida de este colectivo. La integración social obtenida con la participación en actividades sociales y de ocio, implicación y soporte familiar, de red social y del entorno, mejoran directamente la función cognitiva y emocional. Mejorando la calidad de vida de las personas con aislamiento social provocado por barreras arquitectónicas.

**Metodología:** La población a la cual dirigimos este programa son las personas mayores de 65 años con aislamiento social, provocado por barreras arquitectónicas ubicadas en la zona norte de Barcelona. Se benefician del programa los usuarios atendidos en su domicilio. El primer contacto se realiza telefónicamente informándoles del programa, valorando su interés. Excluyendo aquellas que no desean participar o que no es factible la logística para realizarlo. Para la ejecución utilizaremos: 1 silla de ruedas tipo oruga y elemento para transportarla, 2 sillas de ruedas convencionales y un vehículo de transporte adaptado.

**Resultados:** Se detectan 47 personas beneficiarias del programa puja' m-baixa'm. Actualmente se han realizado 22 entrevistas de las cuales 12 pueden beneficiarse del mismo.

**Conclusiones:** En la zona norte existe un problema de aislamiento y soledad en personas mayores. Este programa les ofrece la oportunidad de potenciar las relaciones sociales mejorando así los efectos psicosociales y su aislamiento, mediante elementos externos que atenúan las barreras arquitectónicas.

#### 10/246. MEDIADORA CULTURAL EN LOS CENTROS DE SALUD

O. Muñoz Membrives<sup>a</sup>, M. Troyano Cussó<sup>a</sup>, R. Royo Palacio<sup>b</sup>, A. Royo Palacio<sup>a</sup>, A. Roig García<sup>a</sup> y E. Arias Pagán<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CAP Ciudad Meridiana. Barcelona; <sup>b</sup>EAP Marc Aureli. Barcelona.

**Objetivos:** El Centro de Salud de Ciudad Meridiana, vio la necesidad de realizar un estudio de la población recién llegada, mejorando así la detección y el abordaje. Conocer la población recién llegada desde el punto de vista demográfico y socio sanitario, objetivando diversos aspectos de la demanda realizada en nuestro centro. Evidenciar la necesidad de una mediadora cultural en los Centros de Salud, mejorando así la comunicación posibilitando una actuación más eficaz.

**Metodología:** Es un estudio longitudinal, comprende los datos de los nuevos 91 usuarios del centro que se han beneficiado de la intermediación cultural desde mayo del 2008 hasta agosto del 2009. Diseñando una plantilla para la recogida de datos y se extrapolan a un Excel para su explotación. Incluyendo los datos que reflejan las características más significativas de esta nueva población.

**Resultados:** Sexo: Hombres 30; Mujeres 59; Menores 2. Nacionalidad: Marruecos 72; Burkina Faso 13; Pakistán 3; Ghana 1; Nigeria 1; Egipto 1. Nivel de instrucción: Analfabeto 42; Leer y escribir 2; Estudios Primarios 18; Estudios Secundarios 22; Universitarios 7.

**Conclusiones:** La población que ha precisado el servicio de mediación cultural, es mayoritariamente de sexo femenino, y de origen marroquí. Hay un alto porcentaje de analfabetismo y con dificultad para comunicarse, dado que su idioma de origen es el árabe.

La mayor intervención es realizada por el médico de familia y comunitaria junto con la mediadora cultural, quien realiza intervenciones lingüísticas y culturales.

#### 10/248. EXPERIENCIA EN MEDIO RURAL DEL ESTUDIO DE CONTACTOS DE TBC EN POBLACIÓN ANCIANA

J. Gentile Lorente<sup>a</sup>, J. Borrull Povill<sup>a</sup>, N. Martín Andrade<sup>b</sup>, C. Curto Romeu<sup>c</sup>, H. Tarabishi Marín<sup>b</sup> y Y. Doménech Cid<sup>b</sup>

<sup>a</sup>ABS Tortosa Oeste. Benifallet; <sup>b</sup>ABS Amposta. Tarragona; <sup>c</sup>ABS Deltebre. Tarragona.

**Objetivos:** Describir una experiencia llevada a cabo en población anciana pluripatológica en un medio rural de 892 habitantes con soporte de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de los Servicios Territoriales de Salud para el estudio de contacto de TBC pulmonar. A partir de un caso de infección en la trabajadora familiar del pueblo con infección tuberculosa pulmonar y cultivo de esputo positivo que creó una gran alarma social.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo. Estudio de los contactos de una paciente con TBC. Población rural y anciana. Charla por la Unidad de Vigilancia epidemiológica en el consultorio del propio pueblo para los contactos y sus familias. Realización de PPD en dos ocasiones (2 meses de diferencia) y si esta fuera positiva realización de Rx de tórax.

**Resultados:** Total sujetos 16: Hombres 6 (37,5%) Mujeres 10 (62,5%), Sujetos encamados 2 (12,5%). Primer PPD positivo 0%, segundo PPD positivo 0%. Rx realizadas 0.

**Conclusiones:** La TBC es una patología que crea gran impacto y alarma social en la población. Es posible en atención primaria y en el medio rural el estudio de contactos en la población anciana produciendo la mínima alteración en su vida diaria a los pacientes por su médico y con soporte epidemiológico. A pesar de la pluripatología de los pacientes no existe ningún contacto infectado.

#### 10/250. COMPARACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE 24 Y 48 HORAS: IMPLICACIONES DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS

N. González Wellens<sup>a</sup>, G. Solsona Tomàs<sup>a</sup>, C. Albaladejo Blanco<sup>a</sup>, J. Martín García<sup>a</sup> y N. Montellà Jordana<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CAP Llefià; <sup>b</sup>CAP Dr. Robert.

**Objetivos:** Conocer si existen diferencias en las cifras medias de presión arterial (PA) obtenidas por monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) entre las primeras 24 horas respecto a las segundas 24 horas y respecto al total de las 48 horas. Asimismo, averiguar si éstas condicionan un abordaje diagnóstico-terapéutico distinto.

**Metodología:** Diseño: estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal (abril 2009-10). Emplazamiento: centro de atención primaria urbano. Población: sujetos a los que se solicita una MAPA, a criterio del facultativo, y aceptan llevar el monitor 48 horas. Criterios de exclusión: Negativa del paciente, circunferencia braquial > 50 cm, deterioro cognitivo o patología psiquiátrica y MAPA técnicamente no válida. Variables: Sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular, último valor de PA clínica, tratamiento antihipertensivo, indicación de la MAPA, medias de PAS/PAD, actitud diagnóstico-terapéutica, patrón circadiano e inconvenientes.

**Resultados:** Se analizaron 50 pacientes con edad media de 60 ± 13 años. Los valores medios de PAS/PAD fueron de 127,34/73,24 mmHg con unas disminuciones medias de 3,08/1,86 mmHg el segundo día y de 1,50/1,31 mmHg en el total de 48 horas, sin significación estadística. Durante el segundo día de monitorización, el 68% de los pacientes presentaron una reducción de la PAS y el 74% de la PAD. Las diferencias de PA observadas no comportaron cambios significativos en la actitud diagnóstico-terapéutica posterior.

**Conclusiones:** Existen ligeras diferencias en las medias de PA entre el primer y el segundo día aunque éstas no se traducen en cambios diagnóstico-terapéuticos, por lo que parece razonable no indicar una MAPA de duración superior a 24 horas.

### 10/251. COMPARACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDÍACA ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN TRATAMIENTO CON DISTINTOS FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS

L. Soriano Carrascosa<sup>a</sup>, J. Sabatel Gómez-Román<sup>a</sup> y E. Moreno Abril<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS La Caleta. Granada; <sup>b</sup>Hospital Materno Infantil. Ruiz de Alda. Granada.

**Objetivos:** Medir la frecuencia cardíaca de pacientes hipertensos en tratamiento con distintos grupos de fármacos antihipertensivos (diuréticos, IECAS, ARAlI, y antagonistas del calcio) y comparar los valores entre hombres y mujeres.

**Metodología:** Estudio transversal, junio a noviembre 2009. Población 200 pacientes hipertensos (100 hombres y 100 mujeres), sin factores de riesgo metabólicos (ni diabetes o ni obesidad), no fumadores, edades entre 55-65 años, divididos en grupos de 25 en función del sexo y grupo antihipertensivo (diuréticos, IECAS, ARAlI, Antagonistas del Calcio). Se midió la frecuencia cardíaca en reposo en cada grupo y se comparó los resultados entre hombres y mujeres. t de Student.

**Resultados:** En el grupo tratados con diuréticos las mujeres tenían la FC a ( $81 \pm 1,3$  ppm) de manera significativa ( $p > 0,01$ ) más alta que los hombres, que tenían una FC de ( $76 \pm 2,2$ ). Los valores más bajos de FC se han encontrado en el grupo de pacientes tratados con antagonista del calcio (ACA), aunque las mujeres también tenían con este grupo terapéutico una FC más alta ( $67 \pm 2,8$  ppm) de manera significativa ( $p > 0,05$ ) que los hombres con ( $62 \pm 1,2$  ppm), al comparar la FC de los pacientes tratados con ARAlI e IECAS no hubo diferencias significativas.

**Conclusiones:** 1. Independientemente del grupo terapéutico las mujeres tienen más elevada la frecuencia cardíaca. 2. La frecuencia cardíaca es más baja en pacientes tratados con calcio antagonistas que con el resto de los grupos farmacológicos. 3. En el tratamiento antihipertensivo con diuréticos o antagonistas del calcio la frecuencia cardíaca es mayor en mujeres que en hombres.

### 10/252. ESTUDIO DE LA EFICACIA DE 2 CERUMINOLÍTICOS COMERCIALIZADOS

M. Navarrete Durán<sup>a</sup>, M. Caballero Borrego<sup>b</sup> y A. Franco Alonso<sup>a</sup>

<sup>a</sup>EAP Rosselló. Barcelona; <sup>b</sup>Servicio de ORL. Hospital Clínic. Barcelona.

**Objetivos:** Comparar la efectividad de dos productos comerciales que contienen como principios activos clorobutanol o carbonato sódico con suero fisiológico.

**Metodología:** Estudio prospectivo, aleatorizado y con grupo control. Noventa adultos diagnosticados de tapón completo de cerumen en la consulta de atención primaria de los CAPs Eixample o Gavarra fueron aleatorizados en tres grupos según si se les aplicó 2 ml de un compuesto comercial que contenía clorobutanol (Grupo I,  $n = 30$ ), carbonato sódico (Grupo II,  $n = 30$ ) o suero fisiológico, grupo control, (Grupo III,  $n = 30$ ). Después de 15 minutos se realizó un lavado con jeringuilla. Los datos se introdujeron y analizaron con el programa SPSS 10.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). La valoración del éxito de cada tratamiento se realizó con el porcentaje de membranas timpánicas visualizadas después de la irrigación y se compararon con el estadístico  $\chi^2$ .

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 45,3 años (intervalo 19-78). Cincuenta pacientes fueron mujeres (56%). Los

grupos fueron similares en edad y sexo. No se detectó una diferencia significativa ( $p = 0,17$ ) en la proporción de membranas timpánicas completamente visualizadas en el grupo I (20/30, 66%), grupo II (16/30, 53%) y grupo III (13/30, 43%).

**Conclusiones:** La aplicación de clorobutanol o carbonato sódico no ha mejorado de forma significativa la proporción de membranas timpánicas que se pueden visualizar en comparación con suero fisiológico.

### 10/261. CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN HIPERTENSOS MEDIANTE SEGUIMIENTO COMPARTIDO MÉDICO/ENFERMERA

M. Herranz Fernández<sup>a</sup>, J. Carmona Segado<sup>b</sup>, S. García Mantilla<sup>a</sup> y E. Romero Arasanz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>MFyC ABS Santa Perpetua de Mogoda. Barcelona; <sup>b</sup>MFyC ABS Castellar del Vallès-Sant Llorenç Savall; <sup>c</sup>MFyC ABS Sant Oleguer. Sabadell.

**Objetivos:** Conocer el grado de control de la PA, mediante el seguimiento compartido médico/enfermería de pacientes hipertensos durante un año.

**Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo, del seguimiento de los pacientes hipertensos pertenecientes a 2 cupos médicos ( $N = 167$ ), que fueron atendidos a lo largo del 2009. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, IMC, antecedentes de enfermedad cardiovascular: ECV (Cardiopatía Isquémica: CI, Accidente cerebrovascular: ACV, Arteriopatía periférica: AP, e Insuficiencia cardíaca: IC), cifras de presión arterial, nº de antihipertensivos que recibe, nº de consultas médico/enfermería y si se realizó modificaciones terapéuticas durante el seguimiento. Para el análisis se utilizaron índices estadísticos descriptivos.

**Resultados:** Un 52% mujeres, edad media 68,01 y mayores de 65 años un 65,1%. ECV 19,2%, diabetes 37,3%, obesidad 52,1%, y fumadores 6%. Las cifras medias de PA eran PAS 139,25 mmHg y PAD 80,17 mmHg. El grado de control de PA menor 140/90 era del 53,3%, los diabéticos menor 130/80 del 21%. Estaban con monoterapia un 49,1%, tomaban 2 antihipertensivos un 37,7% y 3 o más un 12,6%. La media de las consultas del médico 3,28 y de enfermería 4,53. Se realizaron modificaciones terapéuticas en un 55,2%.

**Conclusiones:** El grado de control de la PA es mejorable. Debemos aumentar la terapia combinada, disminuir la inercia terapéutica, así como intervenir más sobre la obesidad.

### 10/262. DOCTOR, SE ME OLVIDAN LAS COSAS. DOCTOR, HAZLE CASO

N. Martín Andrade<sup>a</sup>, Y. Doménech Cid<sup>a</sup>, J. Gentile Lorente<sup>b</sup>, H. Tarabishi Marín<sup>a</sup>, C. Curto Romeu<sup>c</sup> y C. Oltra Carañana<sup>a</sup>

<sup>a</sup>ABS Amposta. Tarragona; <sup>b</sup>ABS Tortosa Oest. Consultorio Benifallet; <sup>c</sup>ABS Deltebre. Tarragona.

**Objetivos:** El deterioro cognitivo leve (DCL) y las demencias son un problema de gran impacto social y económico. En España existe un infradiagnóstico según diferentes estudios. Nuestro objetivo es valorar si las sospechas de familiares, pacientes y equipos de AP concuerdan con la positividad de un test.

**Metodología:** Estudio descriptivo prospectivo. Se analiza, durante un año, el test de Lobo como test de cribado para el DCL y las demencias a aquellos pacientes en los cuales haya quejas de familiares/paciente o sospecha del equipo AP en tres cupos de diferentes centros asistenciales.

**Resultados:** Muestra total: 78. Mujeres 51 (65,61%), Hombres 27 (34,61%), Edad 58-90 años, edad media: 71,23. Realizados por quejas pacientes: 39 (50%); familiares: 24 (30,76%), equipo AP: 15 (19,23%). Test normal: 50%; Borderline: 19,23%; Deterioro leve:



26,92%; D. moderado 0%; D. grave: 3,84%. Ante queja del paciente patología 46,15%; del familiar 50% y del equipo AP 60%. De todos los test patológicos 38,46% son demandados pacientes/familiares 38,46%, y 11,53% por sanitarios.

**Conclusiones:** El diagnóstico del DCL y la demencia es clínico y se debe sospechar ante las quejas de los pacientes (grado de recomendación B) y/o sus familiares (grado de recomendación A), y ante la sospecha de médicos de Familia y/o enfermería. Cuando el deterioro cognitivo es descrito por un familiar o paciente hay que tenerlo en cuenta y realizar el test de cribado. No existen diferencias en la positividad del resultado con la sospecha del sanitario, pero el paciente/familiar presentan una detección más alta de casos.

## 10/266. SIMTROM: ALIMENTACIÓN Y FITOTERAPIA

J. Carmona Segado<sup>a</sup>, M. Herranz Fernández<sup>b</sup>, M. Ortega Gutiérrez<sup>c</sup>, M. Martínez Zaguirre<sup>d</sup>, R. Carrasco Rodríguez<sup>d</sup> y M. Gibert Sans<sup>e</sup>

<sup>a</sup>MFyC. <sup>c</sup>Pediatra. <sup>d</sup>Enfermera. <sup>e</sup>Admisiones.ABS Castellar del Vallès-Sant Llorenç Savall; <sup>b</sup>MFyC ABS Santa Perpetua de Mogoda. Barcelona.

**Objetivos:** Conocer si pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales controlados en atención primaria en marzo del 2010 identifican alimentos o hierbas medicinales que interfieren con acenocumarol y epidemiología relacionada con la toma del mismo.

**Metodología:** Estudio observacional transversal poblacional. 2.300 habitantes. Análisis de pacientes tratados con acenocumarol controlados en nuestro centro (características rurales). Análisis de variables como edad, sexo, número de controles INR (Ratio Internacional Normalizada) en último año y resultado de estos, patología por la cual toma anticoagulantes y conocimiento de potenciales interacciones de diversos alimentos y hierbas medicinales con el acenocumarol.

**Resultados:** En nuestro centro 24 pacientes toman acenocumarol. 50% mujeres. Edad media del paciente anticoagulado controlado en nuestro centro 72,8 años. Número medio controles por paciente-año 19 (11 rangos buen control). Patología principal por la cual se indicó anticoagulación fibrilación auricular valvular (50%). En cuanto a interacciones alimentos-hierbas medicinales y acenocumarol, de los productos estudiados destaca: 20% de pacientes piensan que la ingesta de hígado interfiere con acenocumarol, 12,5% ajo y ging-seng, 8,5% tomate. El 100% piensan que valeriana no interfiere.

**Conclusiones:** El número de pacientes anticoagulados controlados en atención primaria es alto. El perfil del paciente anticoagulado-controlado por nosotros es de unos 73 años, con fibrilación auricular de origen valvular que se realiza unos 19 controles-año, el 60% de los controles cumplen criterios de buen control. En general existe desconocimiento de los riesgos potenciales del consumo de anticoagulantes. Incidir en que el progresivo aumento de pacientes anticoagulados nos debe hacer reforzar la educación sanitaria para minimizar riesgos de este tratamiento.

## 10/270. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 ESTRATIFICADAS POR SEXO EN UN CENTRO DE SALUD

J. Sabatel Gómez-Román<sup>a</sup>, L. Soriano Carrascosa<sup>a</sup> y M. Sánchez Naveros<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS La Caleta. Granada; <sup>b</sup>CS de Góngora. Granada.

**Objetivos:** Conocer características clínico-epidemiológicas de pacientes con diabetes tipo 2 y compararlas por sexo.

**Metodología:** Estudio transversal, en C.S. La Caleta que tiene 954 diabéticos tipo 2 registrados. Se aleatorizaron dos grupos

(hombres y mujeres) de 142 pacientes entre 60 y 75 años. Se elaboró una hoja de recogida de datos con las variables: La recogida de datos se realizó en el segundo semestre de 2009 de la historia digital DIRAYA. El análisis descriptivo, se expresan con medias  $\pm$  desviación estándar para las variables continuas y en porcentajes las categóricas. Para las medias la t de Student.

**Resultados:** La edad media fue de  $67,53 \pm 7,3$  años en hombres y  $69,55 \pm 6,3\%$  en mujeres; con más de 5 años de evolución el  $44,37 \pm 3,2\%$  de los hombres y el  $59,15 \pm 0,2\%$  de mujeres ( $p < 0,05$ ); la HTA tiene mayor prevalencia en la mujer  $42,95 \pm 4,3$  ( $p < 0,05$ ); mientras que el LDL lo tienen elevado un  $29,57 \pm 3,28\%$  de los hombres con respecto al  $18,30 \pm 9,2\%$  de las mujeres ( $p < 0,05$ ); triglicéridos superiores a 300 mg/dl el  $30,28 \pm 1,2\%$  en mujeres frente a  $15,49 \pm 4,6\%$  de hombres ( $p < 0,05$ ), en la glicosilada 8, y monofilamento normal no había diferencias; la retinopatía diabética  $19,01 \pm 2,3\%$  en hombres frente a  $16,19 \pm 3,7\%$  mujeres ( $p < 0,05$ ); cardiopatía isquémica en hombres  $26,05 \pm 1,1\%$  frente a mujeres  $8,45 \pm 2,9\%$  ( $p < 0,01$ ); el ACV en mujeres  $16,19 \pm 1,5\%$  y hombres  $8,45 \pm 2,9\%$  ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** 1. La edad media es similar en ambos grupos. 2. En la mujer hay más prevalencia de hipertensión, ACV e hipertrigliceridemia. 3. En el hombre hay más prevalencia de retinopatía y cardiopatía isquémica. 4. El control metabólico es similar en ambos grupos.

## 10/271. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV) MODIFICABLES EN UNA POBLACIÓN HIPERTENSA (HTA)

M. Zardoya Zardoya<sup>a</sup>, M. Hernández Galindo<sup>b</sup>, R. Doiz Arriazu<sup>c</sup>, M. Rodríguez Balbuena<sup>d</sup> y M. Doiz Ruiz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. <sup>d</sup>DUE. CS de Buñuel. Navarra; <sup>b</sup>Subdirección de Atención Primaria. Tudela. Navarra; <sup>c</sup>DUE. Departamento de Cardiología. Hospital de Navarra.

**Objetivos:** Conocer el grado de control de los FRCV modificables en nuestra población hipertensa de referencia (611 pacientes), en un marco rural (3.600 habitantes).

**Metodología:** Estudio transversal, de los pacientes con diagnóstico de hipertensión. Muestra: incluye todos los pacientes hipertensos. Excepciones: hipertensión secundaria (8 pacientes). FRCV: Índice de masa corporal (IMC), objetivo 18,5-24,9, sobrepeso 25-30, obesidad  $> 30$ . Alcohol: no bebedor, bebedor moderado  $< 28$  U varones,  $< 17$  U mujeres, bebedor de riesgo  $> 28$  U. Tabaquismo: fumador, no fumador. Colesterol LDL: bajo  $< 130$  mg, medio 130-159 mg, alto 150-190 mg. Triglicéridos (TG): bajo  $< 150$  mg, medio 150-159 mg, alto  $> 200$  mg.

**Resultados:** Para el factor IMC: objetivo 24% (150), sobrepeso 57% (344), obesidad 18% (109). Alcohol: no bebedor 90,38% (545), moderado 8,29% (50), bebedor de riesgo 1,32% (8). Fumador: no fumador 90% (543), fumador 9,95% (60). Colesterol LDL: riesgo bajo  $< 130$  mg, 60,5% (365), riesgo moderado, 130-159mg 16,08% (97), riesgo elevado 150-190 mg, 23,38% (141). Triglicéridos: riesgo bajo  $< 150$  mg, 68,8% (415), riesgo moderado, 150-159 mg 20,72% (125), riesgo elevado  $> 200$ mg 10,44% (63).

**Conclusiones:** Consideramos aceptable, el manejo en estilos de vida de nuestros pacientes hipertensos, siendo éste apartado el pilar fundamental para seguir trabajando. En el desarrollo del estudio detectamos 8 pacientes en rango enólico, siendo captados y en tratamiento actualmente. Consideramos la lucha contra el hábito tabáquico como una prioridad, siendo una realidad el grupo de trabajo para la deshabituación tabáquica. La obesidad constituye un serio problema de salud.

## 10/280. SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN UNA POBLACIÓN ANCIANA RURAL

I. Gosalves Mariño<sup>a</sup>, F. Saiz Cáceres<sup>b</sup> y O. Pulido Astasio<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Salorino. Cáceres; <sup>b</sup>Equipo de Soporte Cuidados Paliativos. Cáceres; <sup>c</sup>Enfermera. CS de Ceclavin. Cáceres.

**Objetivos:** Los síndromes geriátricos son situaciones de enfermedad expresadas por un conjunto de síntomas. Son la manifestación de muchas enfermedades, pero también son el principio de otros problemas (incapacidad funcional, social) que debemos tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de los mismos. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de síndromes geriátricos en una población anciana rural.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se estudia a 40 pacientes  $\geq 75$  años de un núcleo rural. Se analizan las siguientes variables: fragilidad (cuestionario Barber), edad, sexo y mediante una valoración geriátrica integral se estudia la presencia de los siguientes síndromes geriátricos: caídas, incontinencia, inmovilismo, deterioro cognitivo, depresión, estreñimiento, déficit auditivo y visual, polifarmacia, y malnutrición.

**Resultados:** 80% ancianos frágiles. 67,5% mujeres. Edad media 81 años. Sd. geriátricos: caídas, 22,5%; incontinencia urinaria, 60%; alteraciones movilidad, 27,5%; deterioro cognitivo 30%; ánimo deprimido, 42,5%; estreñimiento 15%; malnutrición 12,5%; déficit visual 65%; déficit auditivo 45%; polifarmacia 42,5% con promedio de 3,5 fármacos.

**Conclusiones:** Los síndromes geriátricos tienen una alta prevalencia, sobre todo la incontinencia urinaria, el ánimo deprimido, los déficits sensoriales y la polifarmacia. Los síndromes geriátricos son una forma habitual de presentación de las enfermedades en los ancianos y exigen una cuidadosa valoración de su significado y etiología para realizar un correcto tratamiento. Su detección y estudio protocolizado es una exigencia ante cualquier anciano.

## 10/283. IMPACTO DE LA ATENCIÓN INTEGRADA EN CARDIOLOGÍA SOBRE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

Y. Herreros Herreros<sup>a</sup>, M. Sorribes Capdevila<sup>a</sup>, Y. Romero Fernández<sup>a</sup>, R. Andrea Riba<sup>b</sup>, C. Falces Salvador<sup>b</sup> y C. Vehí Gasol<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CAP Numancia. Barcelona; <sup>b</sup>Hospital Clínic. Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de un programa de integración entre Cardiología y Atención Primaria sobre la práctica clínica en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC).

**Metodología:** Estudio analítico observacional transversal de 2 cohortes: atención convencional (AC) y atención integrada (AI), que consultan al cardiólogo consecutivamente para control ICC desde enero 2008 hasta diciembre 2009 en 7 Centros Atención Primaria (CAP). La AI consiste en: un cardiólogo hospitalario por CAP, historia clínica compartida, guías clínicas consensuadas, sesiones de consultoría, disponibilidad de consultas telefónicas y/o electrónicas. Se analiza la realización de ecocardiografía, tratamiento con inhibidores sistema renina-angiotensina (ISRA), betabloqueantes (BB), evaluación de la clase funcional (CF) y anticoagulación si fibrilación auricular (FA).

**Resultados:** De 3.194 consultas, 302 (9,5%) eran por ICC, edad  $76 \pm 10$  años. En la AI, la ICC es motivo de control más frecuente que en la AC (13,5% vs 5,3%). A los pacientes se les realizan más ecocardiografías (98,2% vs 90,4%;  $p = 0,02$ ), indicación ISRA (95,5% vs 79,5%;  $p < 0,001$ ), BB (77,7% vs 39,8%;  $p < 0,001$ ), combinación ISRA-BB (74,1% vs 32,5%;  $p < 0,001$ ). La clase funcional se documenta en 92% vs 21%. Con la AI, el control para IC con FE deprimida vs preservada es mayor (62,3% vs 50,6%;  $p = 0,004$ ), con elevada prevalencia de FA (64,6% vs 49,4%) y, en estos casos, más anticoagulación (93,7% vs 85,4%;  $p = 0,08$ ).

**Conclusiones:** La atención Integrada aumenta los casos que se controlan de ICC. La atención integrada mejora el estudio del paciente con ecocardiografía y valoración funcional, el tratamiento médico con ISRA, BB y la anticoagulación en los casos indicados.

## 10/285. LA ATENCIÓN INTEGRADA EN CARDIOLOGÍA MEJORA EL CONTROL Y EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

M. Sorribes Capdevila<sup>a</sup>, A. Bertolin Arnau<sup>a</sup>, Y. Herreros Herreros<sup>a</sup>, R. Andrea Riba<sup>b</sup>, C. Falces Salvador<sup>b</sup> y C. Vehí Gasol<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CAP Numancia. Barcelona; <sup>b</sup>Hospital Clínic. Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de un programa de integración entre Cardiología y Atención Primaria sobre la práctica clínica en pacientes con cardiopatía isquémica crónica (CI). La Atención Integrada (AI) consiste en: un cardiólogo hospitalario que visita en cada centro atención primaria (CAP), historia clínica informatizada compartida, guías clínicas consensuadas, sesiones de consultoría para discusión de casos, disponibilidad de consultas telefónicas y/o electrónicas.

**Metodología:** Estudio analítico observacional transversal de dos muestras: atención convencional (AC) y atención integrada (AI), que consultan al cardiólogo para control crónico de CI, desde enero 2008 hasta diciembre 2009 en 7 CAP. Analizamos tratamiento: antiagregación (AA), betabloqueantes (BB), inhibidores sistema renina-angiotensina (ISRA), estatinas, documentación de función ventricular (FE), control óptimo del colesterol (LDL  $< 100$ ) y tensión arterial (TA).

**Resultados:** Se analizan 3.194 consultas, 1.128 (35%) corresponden a CI (689 AI; 439 AC), que constituye el motivo de consulta más frecuente, edad media  $71 \pm 11$ , hombres (75%). Los pacientes de AI se tratan más con AA (96,4% vs 88,8%), BB (81,7% vs 55,8%), ISRA (77,5% vs 53,5%), estatinas (96,4% vs 67,7%). Mayor tratamiento "óptimo" con los cuatro fármacos (60,9% vs 24,8%). Con la AI se documentan más cifras de colesterol óptimas (72,4% vs 22,6%), más cifras de TA óptimas (83,4% vs 55,8%) y más documentación de la FE (76,2% vs 43,3%). Todas las diferencias son significativas ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La cardiopatía isquémica es el principal motivo de control crónico en la atención ambulatoria de cardiología. La atención integrada mejora significativamente el tratamiento y la prevención secundaria de la CI en los parámetros estudiados.

## 10/288. IMPACTO DE LA INTEGRACIÓN ENTRE CARDIOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ANTICOAGULACIÓN ORAL Y EL ESTUDIO ECOCARDIOGRÁFICO EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Y. Herreros Herreros<sup>a</sup>, I. Andreu Oliete<sup>a</sup>, M. Sorribes Capdevila<sup>a</sup>, R. Andrea Riba<sup>b</sup>, C. Falces Salvador<sup>b</sup> y C. Vehí Gasol<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CAP Numancia. Barcelona; <sup>b</sup>Hospital Clínic. Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de un programa de integración entre cardiología y Atención Primaria (AP) sobre la indicación de anticoagulación oral (ACO) en pacientes con fibrilación auricular (FA). La atención integrada (AI) consiste en: un cardiólogo hospitalario que visita en cada centro atención primaria (CAP), historia clínica informatizada compartida, guías clínicas consensuadas, con criterios anticoagulación definidos, sesiones de consultoría para discusión casos dudosos, disponibilidad de consultas telefónicas y/o electrónicas, con la posibilidad de indicar ACO y control por el médico de familia.

**Metodología:** Estudio analítico observacional transversal de dos muestras: atención convencional (AC) y atención integrada (AI), que consultan al cardiólogo para control crónico de FA desde enero de 2008 a diciembre de 2009 en 7 CAP.

**Resultados:** Se analizan 3.194 consultas, de las que 681 (21,3%) presentaban FA, 513 (16,1%) como motivo de consulta principal y

168 (5,2%) asociada a ICC. Se excluyen pacientes con prótesis valvulares o valvulopatías graves. La realización de ecocardiografía para estudio de FA aumenta con la AI (85,7% vs 71,7% ( $p < 0,001$ )). La indicación de ACO aumenta, tanto en pacientes con FA como motivo de consulta (94,6% vs 69,3%;  $p < 0,001$ ), como en los pacientes con FA asociada con IC (93,7% vs 85,4%;  $p = 0,08$ ). Los pacientes controlados por el cardiólogo crónicamente por FA disminuyen con la AI (13,7% vs 18,4%;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La atención integrada mejora significativamente el estudio de la FA ambulatoria con ecocardiografía y la indicación de ACO. La atención integrada disminuye los pacientes que requieren control crónico por el cardiólogo y potencia el papel del equipo de AP.

## 10/296. USO DE METFORMINA Y CONTROL METABÓLICO

M. del Val Viñolas, M. Pérez Miras, M. Martí Vila y M. Miralles Piñeyro

Médico. CAP Vila Olímpica.

**Objetivos:** Evaluar el uso de metformina en la población diabética, los motivos por los que no se utiliza en algunos pacientes y analizar diferencias en cuanto al control metabólico al utilizarla.

**Metodología:** Evaluación retrospectiva de una muestra elegida al azar de una población de pacientes diabéticos de un área urbana, con diagnóstico de diabetes de más de 1 año.

**Resultados:** Prevalencia de diabetes en mayores de 15 a. 7,31%. Edad promedio 68,8 a. Registro de HbA1C en el 74,5% de los pacientes con diabetes. El resto fueron mayoritariamente pacientes controlados en otros centros o pacientes que no habían acudido a consulta en el último año. Usaban metformina un 58,4% de los pacientes. Motivos de no prescripción de metformina: alergia (0,99%), intolerancia (5,94%); control con dieta exclusivamente (14,85%); DM-I (2,97%); contraindicaciones (4,95%); sin motivo o datos insuficientes (15,84%). El grupo mejor controlado era el de pacientes en tratamiento con dieta, (glicada 6,7%). Después pacientes sin metformina por contraindicación (glicada 7,4%) y pacientes en tto con metformina (glicada 7,5%). Finalmente pacientes sin metformina sin motivo evaluable (glicada 9,3%) y con intolerancia a metformina (glicada 9,4%).

**Conclusiones:** El uso de metformina contribuye al control metabólico del paciente diabético. Sería necesario un esfuerzo para detectar y tratar aquellos pacientes aún no tratados con metformina, en el caso que no haya contraindicaciones para su uso y ser más estrictos en el control metabólico de los pacientes con intolerancia a metformina, ya que parecen ser los pacientes con peor control.

## 10/301. ESTUDIO OBSERVACIONAL PARA EVALUAR EL CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES RECIENTEMENTE INSULINIZADOS. ESTUDIO RAIN

J. Gonzálbez Morgaez<sup>a</sup> y D. Ramírez Alcántara<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro Médico Teknon. Barcelona; <sup>b</sup>Sanofi-Aventis. Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar el control metabólico y la práctica clínica habitual al inicio del tratamiento con insulina en combinación con Antidiabéticos Orales (ADO) en pacientes con DM2.

**Metodología:** Estudio nacional, multicéntrico, observacional, de corte transversal realizado durante 2008 en 597 centros de AP y endocrinología, con 976 pacientes evaluables de ambos sexos, mayores de edad, recientemente insulinizados. En visita única se recogieron datos sobre control glucémico, fármacos, satisfacción con el tratamiento y retrospectivamente datos del momento de insulinización.

**Resultados:** El 44,2% de los pacientes eran mujeres, la edad media (DE) fue 65,4 (10,5) años, la duración de DM2 11,2 (6,3) años y el tiempo desde la insulinización 5,7 (2,0) meses. La HbA1c en la insulinización fue 9,2 (4,4)%. El 87,5% recibía insulina basal y el 11,7% premezclas. La HbA1c fue 7,87 (4,5)% en el momento del

estudio y el porcentaje controlados ( $HbA1c < 7\%$ ) 31,6%, Éste fue superior en los tratados con glargina (34,4%) comparado con detemir (19,1%,  $p = 0,012$ ) y NPH (24,0%,  $p = 0,071$ ), si bien en este último caso la diferencia no fue significativa. El 50,8% presentaba valores de GBA  $< 130$  mg/dl. Glargina fue la insulina basal con dosis diaria menor (26,8 UI), detemir (31,6 U,  $p = 0,016$ ) y NPH (31,9 UI,  $p < 0,001$ ). La satisfacción con el tratamiento se mostró significativamente relacionada con el control metabólico.

**Conclusiones:** Tras la insulinización se observa una mejoría del control metabólico aunque el porcentaje de pacientes controlados es relativamente bajo, cercano al 30%. En este estudio de práctica clínica glargina alcanzó en los primeros meses tras la insulinización un mayor porcentaje de pacientes controlados utilizando dosis menores que el resto de insulinas basales.

## 10/305. LA MALETA DEL R1 LLENA DE CUALIDADES FORMATIVAS

E. Monzó Núñez<sup>a</sup>, J. Saura Llamas<sup>a</sup>, A. Martínez Pastor<sup>a</sup>, J. Gómez Portela<sup>a</sup>, E. Rubio Gil<sup>a</sup> y S. Egea Fernández del Pina<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia;

<sup>b</sup>CS Alguazas. Murcia.

**Objetivos:** Conocer que opinan los residentes de primer año sobre las cualidades que deben tener el tutor y el residente.

**Metodología:** Estudio cualitativo descriptivo en residentes de primer año de MFYC de la promoción 2009-2013, mediante "tormenta de ideas". Cada residente respondía abiertamente a 2 preguntas: "¿qué cualidades valoras más positivamente en un residente? y ¿qué cualidades valoras más positivamente en un tutor?". Las respuestas se agruparon por similitud con los aspectos a valorar en un tutor y residente según el programa docente de la especialidad. Los datos se expresan en cifras absolutas y porcentajes sobre el total de respuestas.

**Resultados:** Se obtienen un total de 42 y 43 encuestas en relación a las cualidades del tutor y del residente respectivamente, con una media de 7,3 y 8,8 respuestas. La cualidad más valorada en los tutores es su cualificación docente (41,5%) y en los residentes es la actitud personal (29,5%). A continuación en los tutores figura la actitud personal (35,3%), siendo los demás aspectos a valorar con porcentajes inferiores al 10%. En cuanto a los residentes, las cualidades más valoradas son la cualificación docente y el trabajo en equipo, con un 18,3% y 17% respectivamente. Otras cualidades del tutor y del residente como la investigación y la cualificación psicosocial son menos valoradas.

**Conclusiones:** Los residentes quieren un tutor docente y que tenga buena relación con ellos, valorando poco que sea investigador. La relación tutor- residente y el trabajo en equipo son prioritarios para los residentes.

## 10/306. PERFIL LIPÍDICO DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA TRATADOS CON ESTATINAS EN ESPAÑA. ESTUDIO INTERNACIONAL DE DISLIPEMIA (DYSIS-ESPAÑA)

J. Lozano<sup>a</sup>, J. González Juanatey<sup>b</sup>, J. Millán<sup>c</sup>, C. Guijarro<sup>d</sup>, E. Alegría<sup>e</sup> y G. Vitale<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Atención Primaria. CS Serrería 2. Valencia; <sup>b</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña; <sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón. Madrid; <sup>d</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid; <sup>e</sup>Servicio de Cardiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Navarra; <sup>f</sup>Departamento Médico. Merck Sharp and Dohme (MSD España).

**Objetivos:** Los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) tienen un alto riesgo cardiovascular y el objetivo terapéutico de c-LDL en



estos pacientes es más estricto. Los niveles bajos de c-HDL y elevados de TG también son factores de riesgo coronario, las estatinas, que reducen los niveles de c-LDL, tienen una acción limitada sobre ellos. En este estudio se analizan las alteraciones en el perfil lipídico de los pacientes españoles del estudio DYSIS con CI en tratamiento con estatinas.

**Metodología:** Análisis de 3.710 pacientes españoles incluidos en el estudio DYSIS (Dyslipidemia International Study), realizado en Europa y Canadá, con 22.063 pacientes  $\geq 45$  años en tratamiento con estatinas. Los datos se recogieron de la historia clínica del paciente. Se clasificó el RCV según la guía NCEP ATP III y para valorar los niveles lipídicos se asumieron los objetivos o recomendaciones de esta directriz.

**Resultados:** El 23,8% de los 3.710 pacientes (edad media 65 años) presentaban CI (68,0% hombres y 27,6% mujeres;  $p < 0,001$ ), de entre ellos el 75,1% eran hipertensos, el 44,8% diabéticos, un 16,8% fumadores y el 25,6% tenía antecedentes familiares de CI prematura. El c-LDL no estaba controlado en el 46,9% de los pacientes con CI frente al 51,4% de aquellos que no presentaban CI ( $p < 0,05$ ). El c-HDL estaba bajo en el 34,9% de los pacientes con CI, prevalencia mayor comparada con el 28,1% de los pacientes sin CI ( $p < 0,001$ ). El 35,1% de estos pacientes con CI tenía los TG elevados frente al 38,4% de los pacientes que no habían sufrido CI. Un 8,2% de los pacientes coronarios tenía los tres parámetros lipídicos alterados.

**Conclusiones:** A pesar de que los pacientes coronarios tienen un mejor control del c-LDL que los que no tienen CI, la mitad de ellos sigue sin alcanzar los objetivos recomendados. Además, la prevalencia de c-HDL bajo es significativamente mayor en estos pacientes y 1/3 de ellos presenta los TG elevados. Es necesario considerar nuevas terapias clínicas para el tratamiento integral del perfil lipídico (c-LDL, c-HDL y TG) que consigan reducir el riesgo persistente de eventos cardiovasculares en estos pacientes.

### 10/309. PREVALENCIA DE C-HDL BAJO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR TRATADOS CON ESTATINAS EN ESPAÑA. ESTUDIO INTERNACIONAL DE DISLIPIDEMIA (DYSIS-ESPAÑA)

J. Lozano<sup>a</sup>, E. Alegría<sup>b</sup>, J. Millán<sup>c</sup>, C. Guijarro<sup>d</sup>, J. González Juanatey<sup>e</sup> y G. Vitale<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Atención Primaria. CS Serrería 2. Valencia; <sup>b</sup>Servicio de Cardiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Navarra; <sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón. Madrid; <sup>d</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid; <sup>e</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña; <sup>f</sup>Departamento Médico. Merck Sharp and Dohme (MSD España).

**Objetivos:** La prevención secundaria intenta reducir la aparición de nuevos episodios cardiovasculares controlando factores de riesgo como la dislipemia. El c-LDL es la principal diana terapéutica en el tratamiento de la dislipemia, pero se ha demostrado que también el c-HDL bajo es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), especialmente en cardiopatía isquémica (CI). En este análisis se estudia la prevalencia de c-HDL por debajo de los niveles normales en pacientes españoles con ECV en tratamiento con estatinas.

**Metodología:** Análisis de 3710 pacientes españoles incluidos en el estudio transversal DYSIS (Dyslipidemia International Study), realizado en Europa y Canadá, con 22.063 pacientes  $\geq 45$  años en tratamiento con estatinas. Los datos se recogieron de la historia clínica del paciente. Se clasificó el RCV según la guía NCEP ATP III y para valorar los niveles lipídicos se asumieron los objetivos o recomendaciones de esta directriz.

**Resultados:** El 35,7% de los 3.710 pacientes (edad media 65 años) presentaba ECV, 62,1% hombres y 34% mujeres,  $p < 0,001$  (76,3% hipertensos, 45,4% diabéticos, 17,6% fumadores y el 24,6% con antecedentes familiares de CI prematura). El 51,1% de los pa-

cientes con ECV no tenía el c-LDL controlado. El 35,7% de estos pacientes presentaba niveles bajos de c-HDL, prevalencia mayor que en pacientes sin ECV (26,4%,  $p < 0,001$ ). El 36,8% de los pacientes tenía los TG elevados. El perfil lipídico completo (c-LDL y TG elevados y c-HDL bajo) se encontraba alterado en el 10,4% de pacientes con ECV (14,3% [mujeres] vs 8,4% [hombres],  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** La mitad de los pacientes con ECV en tratamiento con estatinas no alcanza el objetivo terapéutico de c-LDL y más de 1/3 presentan alteraciones lipídicas de c-HDL o de TG. La prevalencia de c-HDL bajo es mayor en los pacientes con ECV, lo que puede contribuir al riesgo cardiovascular en estos pacientes. El tratamiento integral de los parámetros lipídicos podría contribuir a prevenir el desarrollo de complicaciones cardiovasculares, especialmente en pacientes de alto riesgo o en prevención secundaria.

### 10/310. ACERCANDO PRIMARIA Y HOSPITAL. PROYECTO ECOPIH

D. Lacasta Tintorer, A. Escobar Oliva, N. Piquer Farrés, S. Flayed Beneyto, A. Vallejo Domingo y J. Comín Junquera

ABS La Salut. Badalona. Barcelona.

**Objetivos:** Diseñar una herramienta de comunicación rápida y eficiente entre profesionales de atención primaria (AP) y especializada (AE).

**Metodología:** Creación de un grupo on-line para cada especialidad, de acceso restringido. El profesional de AP plantea el caso (dudas farmacológicas, diagnósticas u otras) y el especialista lo resuelve. El resto de compañeros de AP admitidos al grupo pueden participar en la discusión y resolución (tipo foro-debate). Se pueden añadir archivos (imágenes...). Un administrador modera los mensajes antes de la publicación. No se admitirán datos que permitan identificar al paciente (sólo edad y sexo). Se adecua a la Ley de Protección de Datos. Se ha creado una página web que da acceso a los contenidos. Al cerrar el caso, valoración mediante una encuesta del grado de utilidad de la respuesta.

**Resultados:** Se ha iniciado de forma piloto hace 3 meses con estas especialidades: Medicina Tropical, Paliativos, Farmacología, Trabajador Social, Odontología y Podología. 21 casos comentados; 38% dudas farmacológicas, 29% diagnósticos, 33% otras. Tiempo medio de respuesta 48 horas. En el 20% han participado dos o más profesionales de AP en la discusión. En el 85% ha supuesto la no derivación del paciente. El 80% de los profesionales lo ha valorado como muy útil.

**Conclusiones:** El proyecto es una forma útil y rápida de resolver casos clínicos planteados en la práctica clínica. Destacan la facilidad de uso, el bajo coste, la participación de profesionales de AP, la autoformación y la mejora de comunicación entre niveles asistenciales. Al año se evaluará la disminución de derivaciones.

### 10/311. ALTERACIONES LIPÍDICAS PERSISTENTES EN PACIENTES DIABÉTICOS TRATADOS CON ESTATINAS. ESTUDIO INTERNACIONAL DE DISLIPIDEMIA (DYSIS-ESPAÑA)

J. Lozano<sup>a</sup>, J. Millán<sup>b</sup>, C. Guijarro<sup>c</sup>, J. González-Juanatey<sup>d</sup>, E. Alegría<sup>e</sup> y G. Vitale<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Atención Primaria. CS Serrería 2. Valencia; <sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón. Madrid; <sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid; <sup>d</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña; <sup>e</sup>Servicio de Cardiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Navarra; <sup>f</sup>Departamento Médico. Merck Sharp and Dohme (MSD España).

**Objetivos:** La prevalencia enfermedad cardiovascular (ECV) en pacientes con diabetes mellitus tipo II (DMT2) es elevada y persiste



un riesgo CV (RCV) importante. Con frecuencia el objetivo terapéutico de c-LDL no se alcanza en estos pacientes y alteraciones en otros parámetros lipídicos pueden incrementar el RCV. En este análisis se estudia la prevalencia de anomalías en el perfil lipídico (c-LDL y TG elevados y c-HDL bajo) en pacientes diabéticos tratados con estatinas.

**Metodología:** Análisis de 3.710 pacientes españoles incluidos en el estudio transversal DYSIS (Dyslipidemia International Study), realizado con 22.063 participantes de Europa y en Canadá, pacientes  $\geq 45$  años de edad, en tratamiento con estatinas ( $\geq 3$  meses). Los datos se recogieron de la historia clínica del paciente. Se clasificó el RCV según la guía NCEP ATP III y para valorar los niveles lipídicos se asumieron los objetivos o recomendaciones de esta directriz.

**Resultados:** De los 3.710 pacientes, el 39% ( $n = 1.445$ ) tenía DMT2 (edad media 66 años, 82,1% hipertensos, 83,4% con síndrome metabólico, 45,7% obesos, 46,2% mujeres, 18,1% fumadores). La prevalencia de ECV en estos pacientes diabéticos es del 41,5% frente al 31,9% en no diabéticos ( $p < 0,0001$ ). Los valores de c-LDL, c-HDL y TG eran normales/recomendados sólo en el 18,8% de los diabéticos (34,6% en noDM,  $p < 0,0001$ ). El 59,2% de los diabéticos no tenían c-LDL en objetivo, el 36,4% presentaba el c-HDL bajo y el 43,6% tenía TG elevados (frente al 44,5%, 25,5% y 33,9% de los noDM, respectivamente,  $p < 0,0001$ ). Dentro de los pacientes diabéticos que no tenían el c-LDL en objetivo, un 12,6% presentaba simultáneamente c-HDL bajo y TG elevados (7,8% de los noDM,  $p < 0,0001$ ). El porcentaje total de pacientes con c-LDL fuera de objetivo con c-HDL bajo y/o TG elevados fue del 35,7% en diabéticos (24,9% en noDM,  $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones:** En los pacientes diabéticos estudiados las anomalías en el perfil lipídico (c-LDL no en objetivo, c-HDL bajo y TG elevados) persisten incluso bajo tratamiento con estatinas. La prevalencia de estas alteraciones lipídicas y de ECV es mayor en diabéticos que en no diabéticos. Es necesario realizar un control lipídico integral mejorado en pacientes diabéticos para reducir el alto riesgo de ECV asociado a la diabetes.

### 10/318. ¿REALIZAMOS ACTIVIDADES PREVENTIVAS CON EL ADOLESCENTE EN EL ÁMBITO RURAL?

M. Antón Sanz<sup>a</sup> y A. Sánchez Calso<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Cercedilla. Área 6. Madrid; <sup>b</sup>CS Galapagar. Área 6. Madrid.

**Objetivos:** 1. Evaluar las actividades preventivas en la consulta del adolescente. 2. Analizar los motivos de demanda de los adolescentes.

**Metodología:** Diseño: estudio descriptivo transversal. Sujetos: adolescentes comprendidos entre 14 y 19 años, que consultaron en una zona básica de salud rural: Equipo Atención Primaria Cercedilla (Madrid). Periodo: desde 1 enero 2007 hasta 31 diciembre 2009. Variables a estudio: edad, sexo, número y motivos de consulta, actividades preventivas realizadas: intervención sobre tabaco-alcohol-drogas, métodos anticonceptivos (MAC), enfermedades de transmisión sexual (ETS), hábitos alimentarios, y abordaje de detección de problemas psicológicos. Análisis estadístico: SPSS 14.0.

**Resultados:** N = 278. Edad media:  $16,34 \pm 1,73$ . Sexo: 53% (149) Mujeres. Motivos de consulta:  $3,30 \pm 2,14$ , frecuentemente por: 45% (125) infecciones de vías respiratorias superiores, 17,2% (48) dolor abdominal, 12% (33) traumatismos, 9,7% (27) cefaleas, 8% (22) acné, 6% (17) patología oftálmica, 2,1% (6) otras causas. Se realizaron las siguientes actividades preventivas: 70% (195) intervención antitabaco-alcohol-drogas, 15% (42) MAC, 10% (28) ETS, 61% (170) hábitos alimentarios, 9,7% (27) abordaje de detección de problemas psicológicos.

**Conclusiones:** 1. El médico de familia insiste en gran medida en el consejo antitabaco-alcohol-drogas y en los hábitos nutricionales;

pero apenas aborda los métodos anticonceptivos, las ETS y los problemas psicológicos, tan importantes en esta etapa de transición. 2. El adolescente frecuenta poco la consulta de atención primaria en el medio rural, siendo la mayoría de las veces por patología banal. 3. Debemos acercarnos al adolescente aumentando las actividades de promoción y prevención de la salud.

### 10/319. MANEJO DEL PACIENTE CON EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿PEDIMOS ESPIROMETRÍAS?

M. Álvarez Rodríguez<sup>a</sup>, A. Ocaña Padilla<sup>b</sup>, D. de la Rosa Carrillo<sup>c</sup>, E. Calvo Rosa<sup>d</sup>, R. Bonich Juan<sup>e</sup> y M. Isnard Blanchar<sup>f</sup>

<sup>a</sup>EAP Santa Coloma 6-Fondo. Barcelona; <sup>b</sup>EAP Ocata-Teià.

Barcelona; <sup>c</sup>Hospital Plató. Barcelona; <sup>d</sup>EAP Sants. Barcelona; <sup>e</sup>ABS Vic 1 Nord. Barcelona; <sup>f</sup>EAP Masnou-Alella. Barcelona.

**Objetivos:** 1. Describir el porcentaje de EPOC con espirometría forzada. 2. Valorar si confirma el diagnóstico. 3. Estadiar de la EPOC según GOLD. 4. Comprobar el grado de derivación al especialista. 5. Valorar variabilidad entre los distintos EAP.

**Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico. Colaboraron 5 centros de AP de Cataluña (EAP Masnou-Alella, EAP Ocata-Teià, EAP Santa Coloma 6, EAP Sants, EAP Vic) con diferentes características poblacionales. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de EPOC (código CIE-10:J44). Recogida de datos epidemiológicos, centro, datos espirométricos en los últimos 2 años y control por neumólogo de zona.

**Resultados:** Identificamos 1.220 pacientes, 71,5% hombres, de edad media  $69,8 \pm 13$  años (rango: 18-97). Elevada proporción de nunca fumadores (37,5%). Fumadores activos, 23,7%. La tasa de realización de espirometría fue muy baja (46,3%, entre 34% y 56% según centro), y significativamente mayor (53,6%,  $p = 0,02$ ) en los casos valorados por el especialista. La espirometría sólo confirmó el diagnóstico en el 46% de los casos. El porcentaje de pacientes derivados al neumólogo era bajo (25,2%), siendo algo mayor en los estadios Gold II (44,3%) y III (42,0%).

**Conclusiones:** La mayoría de los EPOC eran controlados en las consultas de AP. La tasa de realización de espirometrías fue muy baja. La espirometría confirma la EPOC en menos de la mitad de los pacientes. Muy baja proporción de fumadores. Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de sensibilizar a los profesionales en la realización de esta prueba así como aumentar su formación para una correcta interpretación.

### 10/321. CONOCIMIENTOS E INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

A. Campos Aguilera, M. Alcarria Águila y J. Gay López

CS Cruz de Caravaca. Almería.

**Objetivos:** Evaluar de donde obtienen los conocimientos sobre sexualidad los adolescentes, analizando calidad, satisfacción, cantidad y demanda de información.

**Metodología:** Estudio comparativo, sobre una muestra aleatoria en alumnos de 3º de ESO (14-15 años) de dos I.E.S. pertenecientes a la Zona de UGC Cruz de Caravaca (Distrito Sanitario Almería). Los alumnos realizaron un cuestionario de múltiples respuestas tras la realización de taller formativo (Punto Forma Joven).

**Resultados:** Comparamos una muestra de 132 alumnos (71 sexo femenino y 61 sexo masculino). Sus fuentes de información son variadas, destacando: Centro escolar 78% mujeres. 54% hombres. Amigos 72% mujeres 76% hombres. Familia 38% mujeres, 47% hombres. Medios audiovisuales: 59% mujeres, 57% hombres. En líneas generales los adolescentes aprecian información suficiente y de calidad.

**Conclusiones:** La información sobre sexualidad en adolescentes a nivel femenino no es suficiente y la perciben como tal, deman-

dando información de calidad, en contraposición a nivel masculino creen tener conocimientos suficientes y por este motivo no demandan información. En el ámbito familiar no se da información suficiente, sería necesario fomentar la formación a nivel de padres. A través de los medios de comunicación la información buscada (series TV, Internet, revistas...) no está enfocada para aprender sobre sexualidad, es de baja calidad y poco didáctica. Consideramos que se está haciendo un gran esfuerzo a nivel formativo por parte de los educadores, médicos, familia, asociaciones juveniles, programas de salud específicos. Los resultados obtenidos nos indican que se tienen que realizar esfuerzos mayores en la formación de los adolescentes.

### 10/327. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ANTICOAGULACIÓN ORAL EN EL ÁMBITO RURAL

A. Sánchez Calso<sup>a</sup>, V. González Llorente<sup>a</sup>, M. Antón Sanz<sup>a</sup> y E. Fernández Yebra<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Galapagar. Área 6. Madrid; <sup>b</sup>CS Cercedilla. Área 6. Madrid.

**Objetivos:** Describir y evaluar registros del programa anticoagulación oral en Equipo de Atención Primaria en medio rural.

**Metodología:** Diseño: estudio descriptivo transversal. Sujetos: 268 pacientes incluidos en programa anticoagulación oral en una zona básica salud rural: Equipo Atención Primaria Galapagar (Madrid). Período: 1 enero 2009 hasta 31 diciembre 2009. Variables: edad, sexo, diagnóstico principal, antecedentes personales, ámbito prescripción, pertinencia tratamiento, complicaciones, tiempo tratamiento, valor INR (Razón Normalizada Internacional) e interacciones farmacológicas. Análisis estadístico: SPSS 14.0.

**Resultados:** N = 268 pacientes anticoagulados, 129 varones (48,13%) edad media 70,2 años y 139 mujeres (51,86%) edad media 73,97 años. El 70,14% pacientes anticoagulados presentaba fibrilación auricular. Otros diagnósticos: valvulopatía mitral 16,79%, prótesis valvulares 12,68%, tromboembolismo pulmonar 10,44%, valvulopatía aórtica 7,46%, trombosis venosa profunda 6,71%, infartos anteriores 4,47%, miocardiopatía dilatada 4,1%. Indicación correcta 100% casos. Pertinencia tratamiento: 98,8% casos. 67,16% indicaciones provienen del hospital, 26,86% consultas ambulatorias y 5,97% desde atención primaria. El 34,64% tienen complicaciones: 20,84% hemorrágicas y 13,8% cardiovasculares. Tiempo medio de seguimiento en atención primaria 57,66 meses (4,8 años). El valor medio del último registro INR fue 2,58 (rango de 1-6,9). Valor correcto último INR 75%. Interacciones farmacológicas: omeprazol 33,2%, simvastatina 16,4%, dipironas 10,82%, diclofenaco 10,97%, pravastatina 5,72%.

**Conclusiones:** Se realiza un buen control de la anticoagulación oral en el ámbito rural con los medios y recursos adecuados. El perfil del paciente anticoagulado en nuestro equipo es: usuario entre 70-75 años, con indicación de anticoagulación en atención especializada, incluido en el programa desde hace 4 años y ocho meses, con fibrilación auricular como motivo de inclusión más frecuente. Debemos vigilar interacciones farmacológicas con omeprazol, estatinas y/o AINES.

### 10/328. ¿PODEMOS LOS MÉDICOS GESTIONAR RECURSOS?

M. Baré Mañas, R. Andreu Alcover, A. Fabra Noguera, G. Marcos Aldea, V. Sabaté Cintas y J. Vilà Moneny

CAP Creu Alta. Sabadell.

**Objetivos:** La gestión de recursos va ligada íntimamente a nuestra actividad clínica y ésta tiene repercusión en población y en gasto sanitario. Conscientes de nuestra influencia y responsabilidad decidimos iniciar una intervención en nuestro equipo sobre las pruebas diagnósticas. Nuestro objetivo es introducir criterios de calidad en la indicación de las pruebas diagnósticas y cómo esta intervención repercute en consumo de producto intermedio.

**Metodología:** Intervención: inicio del 2009 se plantea revisión de las indicaciones de las pruebas diagnósticas que más frecuentemente se solicitan en Primaria (endoscopia digestiva, RMN, TAC, ecocardiograma, ecografía abdominal, TEGD, enema opaco, ecografía tiroidea, electromiografía, densitometría). Cada médico participante compromiso de revisión de prueba, elaboración de documento y presentación al resto de profesionales. Variables: número peticiones equipo, gasto equipo (% cambio, media peticiones/médico, media gasto/médico, número de médicos que sobrepasan la media. Período de análisis: primer trimestre de 2009 y 2010.

**Resultados:** Primer trimestre 2009 € Primer trimestre 2010: nº peticiones 503 - 368 (% cambio 26,84); importe 30.190,62 - 19.735,7 (% cambio 34,63); media peticiones/médico 31,81 - 25; media importe/médico 2.326 - 1.344; nº médicos con peticiones y importe > media de la zona 5/14 - 0/14.

**Conclusiones:** Las pruebas diagnósticas se deben solicitar con criterio, mala praxis puede causar yatrogenia. Buenos resultados: disminución variabilidad entre médicos y globalmente reducción del consumo de pruebas. La implicación de los profesionales en la definición de criterios de calidad es básica para la consecución de buenos resultados. Los médicos podemos y debemos gestionar bien los recursos porque son limitados.

### 10/329. IMPACTO DE LA RECOMENDACIÓN SOBRE CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LA POBLACIÓN FEMENINA ESPAÑOLA

J. Iturralde Iriso, D. Ramírez Puerta, A. de Santiago Nocito, J. Vázquez Castro, E. Redondo Margüello y J. Aguirre Rodríguez

Grupo de actividades preventivas de SEMERGEN.

**Objetivos:** Conocer que impacto tienen las recomendaciones que damos los facultativos en nuestras pacientes sobre el cáncer de cérvix.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta orientada a mujeres mayores de 16 años, se realizó mediante entrevista telefónica con preguntas cerradas y abiertas de aproximadamente 15 minutos de duración a una muestra representativa de 1.200 mujeres de todo el territorio nacional.

**Resultados:** Ante las siguientes preguntas: ¿Cada cuanto tiempo cree que debe hacerse una citología? El 78,21% cree que cada año, el 12,45% cada 2 años, el 5,11% no sabe, el 2,74% cada 3 años, el 1,37% cada 5 o más años, 0,12% cada 3 años. ¿Cada cuanto le ha dicho el médico de familia que debe hacérsela? El 36,88% dice que no le ha informado, el 35,82%, cada año, el 17,02% no sabe, el 7,45% cada 2 años, 1,54% cada 3 años, 1,18% cada 5 o más años. ¿Cada cuanto le ha dicho el ginecólogo que debe hacérsela? El 62,85% cada año, el 13,55% cada 2 años, el 9,58% no sabe, el 8,8% no está informada, 3,5% cada 3 años, 1,29% cada 5 o más años.

**Conclusiones:** El mensaje de periodicidad anual de la citología de cérvix es el más prevalente en la población femenina y que la información en estos temas genéricos y protocolarios de revisión, citología y mamografía recae en el especialista. Un porcentaje pequeño pero importante de la población femenina tiene poca información clara sobre cómo proceder, debemos mejorar en los conocimientos sobre prevención de cáncer de cérvix de nuestra población.

### 10/331. DIAGNÓSTICO DE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Fuentes Ríaza, M. Sarlat Rivas, A. Bonillo Gómez, A. Gaspar Lasanta, S. Moreno Gutiérrez y A. Ubieto Lope

Consell de Cent-Magoria. Barcelona.

**Objetivos:** Conocer la fiabilidad de los diagnósticos registrados como EPOC, así como conocer la adecuación del tratamiento y vacunas.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal revisión de 126 historias clínicas informatizadas de pacientes con diagnósticos CIM10 relacionados con EPOC: (J4, J42, J44.9, J43, J44). Variables: sexo, edad, tabaquismo, paquetes/año, realización espirometría, FEV1/FVC, FEV1, PBD, tratamientos, vacunación gripe estacional, A y neumocócica, diagnóstico registrado, diagnóstico real. Clasificación GOLD.

**Resultados:** 126 pacientes analizados, 85 hombres (67,5%), edad media 71,9 años, 28 fumadores activos (23%), 56 (45,9%) exfumadores. Media paquetes/año 40. 80 espirometrías realizadas (63,5%), 61 (66,3%) en pacientes con diagnóstico registrado EPOC. PBD (46,8%). 92 pacientes (73,01%) tenían diagnóstico inicial EPOC (J44.9, J43) se confirma obstrucción al flujo aéreo en 51 (55,4%). 16 (17,4%) errores diagnósticos al no cumplir criterios funcionales para EPOC y 25 (27,2%) carecían de espirometría que permitiera confirmar el diagnóstico y establecer la gravedad del proceso. De los restantes 34 pacientes con diagnósticos relacionados con EPOC pero no específicos, bronquitis (J41, J42) y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (J44) 13 (38,2%) eran EPOC ocultos y 11 (32,4%) quedaron sin diagnóstico. Confusión asma/EPOC (2,2%). Pacientes con diagnóstico real para EPOC 64 (50,8%). 50 pacientes EPOC permiten clasificar su gravedad según la GOLD, moderada (72%), grave (24%). Vacuna gripe A (33,3%). En EPOC reales (40,6%). Vacuna neumocócica (40,7%). EPOC reales (47,6%). Vacuna gripe estacional (65,9%). EPOC reales (65,9%). Pacientes en tratamiento farmacológicos (65,1%) en EPOC reales (84%): anticolinérgicos (65,6%), corticoides/beta2larga duración (59,4%).

**Conclusiones:** Elevado porcentaje de errores diagnósticos, mal clasificados y casos ocultos. Infrautilización y escaso registro de espirometrías. Bajo índice de vacunaciones correctas. Los fármacos más utilizados fueron los anticolinérgicos inhalados seguidos de la combinación corticoide/beta2 de larga duración. Necesidad de proyecto de mejora tras esta evaluación.

### 10/333. COMPARACIÓN DEL GRADO DE HIPERTENSIÓN POR MAPA Y POR PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA. ¿HAY DIFERENCIAS?

N. Domené Martí, M. Díaz Hernández, O. Ortiz Oliete, R. Cadenas Martín y O. Heredia León

*ABS Sant Ildefons.*

**Objetivos:** Comparar el grado de hipertensión (HTA) según el registro de las tensiones presentado en MAPA (monitorización ambulatoria de la presión arterial) y presión arterial clínica (PAC).

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo, transversal. Muestra 39 sujetos seleccionados registro MAPA (septiembre 2005-mayo 2009). Criterios inclusión: pacientes con 2 MAPA (modelo spacelabs medical). Criterios exclusión: aparato MAPA no validado, pacientes desplazados, exitus, pacientes atención domiciliaria y MAPA no válido (< 14 lecturas en actividad o < 7 lecturas en descanso). Variables: Sociodemográficas, grado HTA por MAPA y por PAC.

**Resultados:** 38 pacientes. Edad media 70,4 (35-87 años) DE (desviación estándar) 9,9, 39,5% varones, con media de 7,1 años de evolución TA DE 6,7. Grados HTA: normal MAPA 18 (47,7%), PAC 1 (2,6%); Normal-alta MAPA 10 (26,3%), PAC 3 (7,9%); Grado 1 MAPA 8 (21,1%), PAC 20 (32,6%); Grado 2 MAPA 1 (2,6%), PAC 8 (21,1%); Grado 3 MAPA 1 (2,6%), PAC 5 (13,2%).

**Conclusiones:** En nuestro estudio encontramos que la PAC sobreestima las cifras de tensión arterial en todos los grados de HTA (Grado 1,2 y3 por MAPA:10, PAC 33) también observamos que existe un 44,7% de efecto bata blanca (concuera con los resultados de otros estudios), por todo ello pensamos que la PAC nos induce a intensificar tratamientos antihipertensivos en pacientes que puede no necesitan más tratamiento, esto abre un campo importante para la realización de MAPA en Atención Primaria, creemos sería necesario realizar estudios en nuestro medio para valorar si el diagnóstico y seguimiento de HTA por MAPA es más eficaz y eficiente que por PAC.

### 10/334. IMPACTO DE LA RECOMENDACIÓN SOBRE VACUNACIÓN DE ADULTOS EN LA POBLACIÓN FEMENINA ESPAÑOLA

J. Iturralde Iriso, D. Ramírez Puerta, A. de Santiago Nocito, E. Redondo Margüello, J. Vázquez Castro y E. García Virosta

*Grupo de Actividades Preventivas de SEMERGEN.*

**Objetivos:** Conocer que impacto tienen las recomendaciones que damos los facultativos a nuestras pacientes sobre la vacunación del adulto.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta orientada a mujeres mayores de 16 años, se realizó mediante entrevista telefónica con preguntas cerradas y abiertas de aproximadamente 15 minutos de duración a una muestra representativa de 1.200 mujeres de todo el territorio nacional.

**Resultados:** Ante las siguientes preguntas: ¿Le informa su médico de cabecera sobre las vacunas que debe ponerse? El 62,75% nunca le informa, el 19,83% en ocasiones, el 9,89% muchas veces, el 8,61% casi siempre, el 7,93% pocas veces. ¿Considera que debe ponerse alguna vacuna que no se ha puesto? Al 79,54% considera que no debe ponerse más, al 7,16% si y el 13,30% no sabe. ¿Le queda de ponerse alguna dosis de vacuna del tétanos? Al 61,41% no le queda, al 13,37% sí le queda y el 25,21% no sabe si le queda,

**Conclusiones:** La percepción de la población femenina española es que el médico de familia le informa poco o nada sobre que vacunas debe ponerse según calendario, aunque también es cierto que un muy alto porcentaje considera que está bien vacunada y que no debe recibir más vacunas. Bastantes mujeres desconocen si están bien vacunadas para el tétanos por lo que debemos los médicos de familia informar a nuestras pacientes sobre su estado vacunal. No sabemos si el cambio del calendario vacunal del tétanos puede influir sobre la percepción y estado vacunal de nuestra población femenina.

### 10/335. ¿LA CRONOTERAPIA SEGÚN MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL MODIFICA EL RIESGO CARDIOVASCULAR?

O. Ortiz Oliete, R. Cadenas Martín, M. Díaz Hernández, O. Heredia León y N. Domené Martí

*ABS Sant Ildefons.*

**Objetivos:** Conocer estratificación del riesgo cardiovascular según MAPA (Monitorización ambulatoria presión arterial). Comprobar si existe reducción del riesgo cardiovascular después de realizar cambios de tratamiento según cronoterapia.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo, transversal. Muestra 39 sujetos seleccionados registro MAPA (septiembre 2005-mayo 2009). Criterios inclusión: pacientes con 2 MAPA (modelo spacelabs medical). Criterios exclusión: aparato MAPA no validado, pacientes desplazados, exitus, pacientes atención domiciliaria y MAPA no válido (< 14 lecturas en actividad o < 7 lecturas en descanso). Variables: sociodemográficas, factores riesgo cardiovascular (FRCV), riesgo cardiovascular según tabla estratificación del riesgo Guía Europea HTA.

**Resultados:** 39 pacientes. Edad media 70,4 (35-87 años) DE (desviación estándar) 9,9, 39,5% varones, con media de 7,1 años de evolución TA DE 6,7. FRCV asociados: alcohol 7,9%, tabaquismo 13,2%, dislipemia 47,4%, DM II 42,1%. RCV: 7 pacientes bajo, 6 normal, 6 moderado, 7 alto, 11 muy elevado. Tras cronoterapia: 7 RCV bajo: 6 (85,7%) no cambios, 1 pasa a riesgo normal. 6 RCV normal: 5 (83,3%) no cambios, 1 a RCV bajo. Estos 6 pacientes no presentaban otros FRCV. 6RCV moderado 4 (66,7%) no cambios (presentan 1 o 2 FRCV asociados), 1 alto riesgo (diabetes mellitus), otro pasa a riesgo muy alto tras sufrir ictus isquémico. 7 RCV alto, 4 (57,1%) no varían (presentaban de 1 a 3 FRCV asociados), 3 (42,8%) pasan a riesgo moderado (presentaban de 1 a 3 FRCV asociados). 11 RCV



muy elevado no variaron, presentaban enfermedad cardiovascular establecida en primer MAPA y FRCV asociados.

**Conclusiones:** En nuestro estudio el 57.1% de pacientes que presentaban RCV alto y el 100% con RCV muy elevado, a pesar de instaurar cronoterapia no modificaron el riesgo, estos pacientes presentan otros FRCV por lo que es necesario plantear una estrategia de intervención individualizada en cada uno de ellos para incidir en los otros FRCV además de en HTA.

### 10/339. PREVALENCIA DE LA ANTIAGREGACIÓN EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA DIABETES

N. Vilà Jové, M. Bordalba Layo, A. Pellitero Santos, M. Calvo Godoy, M. Barco López y O. Sacristán García

*ABS Capponet. Lleida.*

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de diabéticos (DM) tipo 1 y 2 que precisan antiagregación (AA) como prevención primaria.

**Metodología:** Estudio epidemiológico transversal. Se revisa la historia clínica informatizada de todos los diabéticos tipo 1 y tipo 2 de un centro de Atención Primaria urbano. Se excluyeron aquellos con enfermedad cardiovascular: cardiopatía isquemia (CI), enfermedad arterial periférica (EAP), accidente vascular (AVC) o accidente isquémico transitorio (AIT). Se registran las variables siguientes: edad, sexo, AA con: ácido acetilsalicílico, clopidogrel, trifusal, dipiridamol, y años de tratamiento (AT) con la AA. Análisis estadístico con el programa EpiInfo.

**Resultados:** Se estudiaron a 666 individuos con DM1 o DM2, el 54,5% de los cuales fueron hombres. Media edad: 65,1 (DT  $\pm$  14,5). Media AE: 5,0 (DT  $\pm$  4,3). Porcentaje de DM que presentan EAP 5,1% (IC95% 3,6-7,2), AIT/AVC 7,7% (IC95% 5,8-10), CI 9,9% (IC95% 7,8-12,5). El 48% de los diabéticos estaba AA. Tipo de AA distribuidos como sigue: AAS 93,2%, AAS + Clopidogrel 2,9%, Clopidogrel 2,4%, Ticlopidina 0,5%, Trifusal 1%.

**Conclusiones:** A pesar de la controversia sobre la ventaja o no de AA en prevención primaria casi el 50% de los diabéticos de nuestro estudio estaban antiagregados como prevención primaria. Las últimas evidencias y las recomendaciones actuales de las sociedades especializadas deberían hacer replantear la situación.

### 10/340. HEPATITIS VÍRICA CRÓNICA EN EL RAVAL DE BARCELONA

M. Sendra Pons, M. Albaigès Ràfols, A. García Junquera, J. Franch Nadal y E. Baeza Zanella

*CAP Raval-Sud. Barcelona.*

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de hepatitis crónica en la población asignada a nuestro Centro de Salud. Asociación con otras enfermedades infecciosas, factores de riesgo e inmigración.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal de los casos de hepatitis crónica B y C registrados en la historia clínica informatizada. Total de casos: 1.008. Asociación con otras enfermedades infecciosas: VIH, sífilis, herpes genital y uretritis. Muestra aleatoria: 300 pacientes, 164 diagnosticados de hepatitis crónica, 146 controles. Variables: sexo, edad, país de procedencia, hábitos tóxicos y prácticas sexuales de riesgo.

**Resultados:** La prevalencia de hepatitis crónica en población asignada es del 1,9%. El 67% son hombres. Hay una asociación estadísticamente significativa entre hepatitis crónica y VIH (2,9%), herpes genital (0,3%) y sífilis (1,5%). En la muestra, un 87,8% de hepatitis crónicas son C, 8,6% hepatitis B y 3,6% B+C. Según país de procedencia, los autóctonos son el 54,1%, indostaníes 32%, resto 14%. La edad media de los pacientes con hepatitis es de 54,53  $\pm$  20,9 en autóctonos y 40  $\pm$  10,5 entre indostaníes,  $p < 0,001$ . La población indostaní tiene más hepatitis B (17,7%) que

la autóctona (8,6%). Existe una fuerte asociación entre hábitos tóxicos y hepatitis C: tabaco (el 90,8% de los pacientes con hepatitis crónica y fumadores son VHC +), alcohol (97,6%), UDVP (96,8%).

**Conclusiones:** La prevalencia de hepatitis crónica en nuestra población se acerca a la de países en vías de desarrollo. Se asocia con otras enfermedades infecciosas. Destaca la mayor proporción de casos de hepatitis B entre indostaníes y la asociación entre hepatitis C y hábitos tóxicos.

### 10/341. VEINTE AÑOS DE TUBERCULOSIS

S. García Pleyán, A. García Junquera, M. Curiel Martos, V. Saviola, M. Sendra Pons y E. Baeza Zanella

*CAP Raval-Sud. Barcelona.*

**Objetivos:** Comparar las características socio-demográficas, factores de riesgo y formas de presentación de tuberculosis entre 1991-1999 y 2000-2009, en un barrio urbano con alta incidencia.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de 1991 a 2009, comparando antes y después de la llegada de inmigrantes en el año 2000. Variables: sexo, edad, inmigración, tabaco, alcoholismo, ADVP, prisión, HIV. Formas pulmonares y extrapulmonares. Resistencias, mortalidad, conclusión final de los casos.

**Resultados:** Total de 734 casos, 397 entre 1991 y 1999, y 337 entre 2000 y 2009. La tuberculosis es más frecuente en hombres que en mujeres, sin diferencia entre las 2 décadas. No hay diferencias de edad (44 años y 41 años de media respectivamente). En 1991-1999 se observa una asociación de TBC con hábitos tóxicos (tabaco: 65,9%, alcohol 51,8%, ADVP 20,9%, prisión 9,82%, indigencia 8,5%) y HIV (27,9%) mayor que en 2000-2009. En la segunda década observamos un aumento de inmigrantes (64,9%), resistencias (2,6%) y formas extrapulmonares (42,43%). Todas las variables presentan diferencias estadísticamente significativas, excepto la mortalidad por TBC y los casos perdidos.

**Conclusiones:** Las características de la TBC en el barrio son un reflejo de los cambios sociales ocurridos en los últimos 20 años. En los primeros 10 años, la TBC era una enfermedad "de la marginalidad" (ADVP, HIV, indigencia, alcoholismo, prisión). A partir del año 2000 la TBC se da sobre todo en pacientes inmigrantes, sin factores de riesgo, observándose un aumento de las resistencias y de las formas extrapulmonares.

### 10/342. ¿DIAGNOSTICAMOS Y SEGUIMOS CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES CON OSTEOPOROSIS?

M. Pérez Pérez, J. Ródenas Aguilar, A. Girona Amores, A. Serra Vázquez, A. Gómez Saldaña y D. Pérez Morales

*EAP Badalona 6. Llefià.*

**Objetivos:** Conocer la prevalencia, cómo se realiza el diagnóstico y su adecuación a las guías clínicas y evaluar el seguimiento de los pacientes con alteraciones de la mineralización ósea (osteoporosis y osteopenia).

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un centro de salud urbano. Procedimos a la revisión de las historias clínicas informatizadas (ecap) de todos los pacientes con diagnóstico de osteoporosis y osteopenia de un contingente (1.580 pacientes). Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, prevalencia del diagnóstico, adecuación del diagnóstico a las guías de práctica clínica, realización de densitometrías de control.

**Resultados:** En 41 pacientes constaba el diagnóstico de osteoporosis (2,59%), en 24 de osteopenia (1,51%). El 95% son mujeres y la edad media es de 64,4 años. El diagnóstico es correcto teniendo en cuenta criterios densitométricos o clínicos en el 73,1% de los casos. Se ha realizado control densitométrico en el 48,7%, (en el resto, en



el 50% el diagnóstico de osteoporosis se había realizado en el último año y por tanto, aun no estaba indicado el control).

**Conclusiones:** La prevalencia de osteoporosis en la población estudiada es baja si la comparamos con estudios realizados en la población española. Existe un importante infradiagnóstico e infraregistro ya que cada día en Atención Primaria un médico puede visitar entre 2 y 3 pacientes con osteoporosis, por lo que creemos que si seguimos las guías clínicas deberíamos aumentar la solicitud de densitometrías. Estimamos adecuado el control densitométrico realizado en nuestros pacientes.

#### 10/347. EL MAL CONTROL DIABÉTICO SE ASOCIA A DISLIPEMIA, MAYOR NÚMERO DE ANTIDIABÉTICOS E INSULINOTERAPIA EN PERSONAS DE 85 AÑOS

G. Padrós Soler, R. Navarro Badal, A. Gil Nieves, J. Almeda Ortega, T. Baqués Cavallé y G. OCTABAIX

ICS.

**Objetivos:** Describir el grado de control de diabetes mellitus (DM) e implicaciones en tratamiento antidiabético en ancianos.

**Metodología:** Estudio transversal al inicio de un ensayo clínico multicéntrico de caídas y malnutrición. Individuos: de la comunidad nacidos en 1924, diagnosticados de DM en historia clínica (HC) o tratamiento antidiabético o glicemia > 7 mmol/L. Variables: sociodemográficas, enfermedades crónicas, geriátricas habituales, prescripciones crónicas y analítica con filtrado glomerular (FG).

**Resultados:** De 328 pacientes del ensayo, 64% mujeres y 24% diabéticos. Según HC, 2,4% presentaban IRC, 11,8% IAM, 15,3% IC, 17,6% AVC, 50,6% dislipémicos y 89,4% hipertensos. La media del Índice Barthel fue 87 (Desviación estándar (DE) = 17), Minimental 26 (7), prescripción 7,7 fármacos (3,3) y tiempo evolución de DM 9,6 (7,3) años. La media HbA1c fue 6,6% (1,5). El 20% no seguían tratamiento antidiabético, 59% tenían un fármaco y 21% dos o más. De 68 pacientes en tratamiento, 57,4% biguanidas, 25% sulfonilureas y 26,5% insulina. El análisis bivariado mostró asociación de buen control (HbA1c < 7%) con menos de 10 años de evolución ( $p = 0,038$ ), colesterol normal ( $p = 0,027$ ) y mayor número anti-diabéticos ( $p = 0,008$ ); existiendo también asociación de mal control diabético con insulino terapia ( $p = 0,006$ ) y creatinina normal ( $p = 0,045$ ). En análisis multivariado persistió asociación entre mal control diabético y insulino terapia (OR 0,013 IC95% 0,001-0,229  $p = 0,003$ ), incremento de colesterol (OR 9,63 IC95% 2,19-42,34  $p = 0,003$ ) y incremento del FG (OR 1,39 IC95% 1,07-1,81  $p = 0,014$ ).

**Conclusiones:** Existe asociación entre mal control diabético, dislipemia, mayor número de antidiabéticos y insulino terapia a los 85 años en la muestra estudiada.

#### 10/351. INSUFICIENCIA RENAL INFRADIAGNOSTICADA EN PACIENTES DE 85 AÑOS CON DIABETES MELLITUS EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO OCTABAIX

G. Padrós Soler, A. Gil Nieves, A. Sanabria Uribe, M. Rodríguez Latre, M. Fisa Aregall y G. OCTABAIX

ICS.

**Objetivos:** Describir complicaciones asociadas a diabetes mellitus (DM) a los 85 años en Atención Primaria.

**Metodología:** Estudio transversal al inicio de un ensayo clínico multicéntrico de caídas y malnutrición. Individuos: de la comunidad nacidos en 1924, diagnosticados de DM en historia clínica (HC) o en tratamiento con antidiabéticos o con glicemia basal > 7 mmol/L el año anterior. Variables: sociodemográficas, enfermedades crónicas, geriátricas habituales, prescripciones crónicas, analítica con estimación filtrado glomerular MDRD4 (FG).

**Resultados:** De 328 pacientes del ensayo clínico, 64% mujeres y 24% de diabéticos. Había 8% sin diagnóstico en HC ni antidiabéticos, con una glucemia basal > 7 mmol/L. Según HC: 2,4% fumadores; 7,1% enfermedad arterial periférica; 11,8% IAM; 15,3% IC; 17,6% AVC; 50,6% dislipémicos; 89,4% hipertensos y 2,4% IRC. Un 42,4% presentaban IRC según FG < 60 (estadio 3 clasificación NHA-NES) no registrada en HC. La media Índice Charlson fue 2,36 (Desviación estándar (DE) = 1,7), Índice Barthel 87 (17) y Minimental 26 (7). La media de evolución de DM fue 9,6 (7,3) años y número de fármacos 7,7 (3,3), con 26,5% insulinizados. Del 8% con DM oculta, 2 presentaban FG < 60. El análisis bivariado destacó una tendencia de mayor proporción de insulinización en presencia de la complicación renal FG alterado ( $p < 0,09$ ), no existiendo asociación significativa para otras variables.

**Conclusiones:** En la muestra estudiada casi la mitad de los DM presenta IRC como complicación no diagnosticada en HC. Además existe todavía una prevalencia del 8% de DM infradiagnosticada, en personas de 85 años a tener en cuenta en Atención Primaria.

#### 10/358. EVALUACIÓN DE LAS CAÍDAS EN PERSONAS DE 85 AÑOS DE LA COMUNIDAD

A. Gil Nieves<sup>a</sup>, A. Tobella Princep<sup>a</sup>, O. Plana Ripoll<sup>b</sup>, D. Sánchez González<sup>a</sup>, J. Alcalde Pontaque<sup>a</sup> y G. Estudi Octabaix<sup>a</sup>

<sup>a</sup>ICS; <sup>b</sup>IDIA Jordi Gol.

**Objetivos:** Evaluar prevalencia de caídas y factores asociados en octogenarios de la comunidad.

**Metodología:** Estudio descriptivo, transversal multicéntrico de caídas y malnutrición. Individuos de la comunidad nacidos 1924. Variables: se recogieron datos sociodemográficos, enfermedades crónicas, actividades básicas índice Barthel (IB), cognición Mini examen cognitivo LOBO (MEC), comorbilidad índice Charlson, Mini nutrición test (MNA), Escala Visual Analógica (EVA) Calidad Vida, test social Gijón, Test Tinetti equilibrio y fármacos. Las variables significativas en el análisis bivariado ( $p < 0,150$ ) fueron exploradas mediante análisis de regresión logística.

**Resultados:** Se evaluaron 328 personas, mujeres 61,6%, viudos 53%, vivía solo 30,5%, hipertensión arterial 76%, dislipemia 51,2%, diabetes mellitus 17,4%. El valor medio del IB: 87,6 (desviación estándar [DE] de 19), MEC: 27 (6,7), Índice Charlson: 1,4 (1,6), Tinetti: 6,7 (2,9), MNA: 24,5 (3,7), Gijón: 9,8 (2,6), EVA: 62,0 (21,1), media fármacos 6,1 (3,3). Un 21% de individuos habían caído el último año. Existían barreras arquitectónicas en 63%, media de caídas 0,43 (0,97), media fracturas 0,05 (0,26). Los factores que se encontraron independientemente asociados con riesgo de caídas fueron: género femenino (OR: 0,50; IC95%: 0,29-0,85;  $p = 0,010$ ), IB (OR: 0,98 IC95%: 0,97-1,00;  $p = 0,009$ ) y MEC (OR: 1,05; IC95%: 1,00-1,09;  $p = 0,026$ ).

**Conclusiones:** Casi una cuarta parte de personas sufren una o más caídas a los 85 años. En nuestro entorno, ser mujer, tener menor capacidad funcional i menor capacidad cognitiva son factores asociados a caídas en la comunidad.

#### 10/363. SITUACIÓN SOCIOSANITARIA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN SOLAS EN EL MEDIO URBANO Y RURAL (RESULTADOS PRELIMINARES)

C. Velarde Mayol<sup>a</sup>, M. Fragua Gil<sup>b</sup> y R. Labajo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Urbano Segovia I; <sup>b</sup>CS Rural Carbonero el Mayor. Segovia; <sup>c</sup>Robledo.

**Objetivos:** Lentamente se va afianzando como una forma de convivencia: Vivir solo. Conocer sus condiciones psico-sociales, sanitarias y apoyo familiar es necesario para valorar sus recursos sociales.

**Metodología:** Estudio descriptivo-longitudinal. Periodo 2008-2010. Muestra: 3 consultas de 2 centros de salud: urbano y rural. Variables: sociosanitarias. Test de apoyo social (DUKE) y Escala de soledad (UCLA-en proyecto de investigación para su validación en España-). Estadística: descriptiva con sus intervalos de confianza del 95%-[IC95%], significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Total 153. 76,9% mujeres [IC95% = 69-9-83,8], edad media 70,7 DE = 8,2; tiempo medio viviendo solo = 10,5 años (rango 0-60); el 59,9% [IC95% = 47,4-63,7] son pensionistas y 61,7% [IC95% = 49,0-74,0] lo son por el cónyuge; 56,7% [IC95% = 48,5-64,9] viven solos desde que enviudaron; 29,0% por su trabajo, estudios [IC95% = 21,5-36,5]; 78,9% [IC95% = 72,8-86,3] tiene familiares cercanos y 35,3% [IC95% = 27,3-43,3] se relacionan con su vecindario. Un 14,0% [IC95% = 8,2-19,8] carecen de relaciones sociales. 72,3% [IC95% = 64,8-79,8] no tienen ayuda domiciliaria; 8,0% [IC95% = 3,5-12,5] tienen telealarma. La vivienda adecuada en 70,7% [IC95% = 62,2-77,8]; el 47,4% [IC95% = 38,9-55,8] cuentan con sus hijos si algo grave les ocurriera, un 11,1% [IC95% = 5,8-16,4] tienen que acudir a vecinos/amigos. Test DUKE: media de 42,6/máximo de 55, test UCLA media 26,6/máximo de 40, 61,0% [IC95% = 51,4-70,1] < 30 puntos.

**Conclusiones:** 1-La soledad afecta principalmente a mujeres ancianas por pérdida del cónyuge, pero casi 1/3 viven solos por su trabajo, estudios. 2-La mayoría tiene familiares cercanos, y sólo 1/3 tienen relación con sus vecinos. 3-Menos de la mitad pueden contar con sus hijos en situaciones urgentes. 4-La percepción de apoyo social fue aceptable pero la Escala de soledad (sentirse solo) de UCLA obtuvo una puntuación muy discreta, casi 2/3 se sienten solos.

### 10/367. USO DE LA NORMATIVA GOLD PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Álvarez Rodríguez<sup>a</sup>, A. Ocaña Padilla<sup>b</sup>, D. de la Rosa Carrillo<sup>c</sup>, E. Calvo Rosa<sup>d</sup>, R. Bonich Juan<sup>e</sup> y M. Isnard Blanchar

<sup>a</sup>EAP Santa Coloma 6-Fondo. Barcelona; <sup>b</sup>EAP Ocata-Teià. Barcelona; <sup>c</sup>Hospital Plató. Barcelona; <sup>d</sup>EAP Sants. Barcelona; <sup>e</sup>ABS Vic 1 Nord. Barcelona; <sup>f</sup>EAP Masnou-Alella. Barcelona.

**Objetivos:** Valorar adecuación del tratamiento al grado de EPOC según normativa GOLD, en pacientes que siguen controles en Atención Primaria.

**Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico en 5 centros de AP de Cataluña (Masnou-Alella, Ocata-Teià, Santa Coloma 6, Sants, Vic). Revisión de historias informatizadas de pacientes EPOC. Recogida de datos espirométricos, epidemiológicos y tratamiento. Se determinó si la espirometría confirmaba EPOC, el estadio GOLD y la adecuación del tratamiento según el grado de severidad.

**Resultados:** 1.220 pacientes (71,5% hombres), edad media 69,8  $\pm$  13 y 37,5% nunca fumadores. La tasa de realización de espirometría (46,3%) y de confirmación espirométrica de EPOC (46%) fueron muy bajas. En los pacientes con datos espirométricos, la adecuación del tratamiento fue del 61,4%, y aumentaba a mayor gravedad de la enfermedad ( $p < 0,05$ ). En pacientes Gold 2, sólo el 15,5% usaban exclusivamente broncodilatadores. Por contra, un 40,4% realizaba tratamiento con esteroides inhalados (solos o asociados). Además, el 31,8% tomaba "otros" tratamientos (mucolíticos, montelukast...). En Gold 3 (28%), tomaban 1 o 2 broncodilatadores un 9,9% de los pacientes, realizaban tratamiento con 2 broncodilatadores de larga acción asociados a esteroides inhalados el 18,3% y un 46,5% usaba otros tratamientos.

**Conclusiones:** A mayor gravedad de EPOC, el tratamiento se adapta más a la normativa Gold. Los Gold 2 reciben demasiados esteroides inhalados. Exceso de tratamientos "no inhalados". Realizamos pocas espirometrías a los pacientes EPOC, y sólo en la mi-

dad se confirma la enfermedad. La gran proporción de no fumadores crea dudas acerca de la correcta codificación.

### 10/373. PAPEL DE LA OXIGENOTERAPIA EN LA DISNEA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA

A. del Arco Luengo<sup>a</sup>, M. Diego Lourenço<sup>b</sup> y A. Rodríguez Rodríguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad Domiciliaria de Cuidados Paliativos. Ávila. AECC-Sacyl;

<sup>b</sup>CS de Vidriales. Zamora.

**Objetivos:** Realizar una revisión acerca del beneficio de la oxigenoterapia en el alivio de la disnea, en los pacientes con enfermedad avanzada, con o sin hipoxemia.

**Metodología:** Búsqueda en la base de datos Medline, en British Medical Journal, Palliative Medicine y en google Scholar, de artículos, utilizando los términos "dysnea", "oxigen", "advanced disease", y "palliative care". Criterios de inclusión: ensayos clínicos aleatorizados y artículos de revisión; en español e inglés; últimos 10 años.

**Resultados:** Analizados dos artículos de revisión y dos ensayos clínicos aleatorizados. Un ensayo demostró que la administración de oxígeno mejoró la sensación de disnea, independientemente del grado de hipoxemia; pero sin diferencia significativa respecto a la administración de aire, en los enfermos sin hipoxemia, según demuestran todos los estudios analizados. En los enfermos con hipoxemia, los resultados de los estudios son contradictorios, sin estar aún claro el beneficio de la oxigenoterapia.

**Conclusiones:** Con frecuencia se asume que los suplementos de oxígeno son útiles en la hipoxemia y no son beneficiosos si no existe hipoxemia. Ninguna de estas afirmaciones es una verdad universal. Los pacientes hipoxémicos no necesariamente obtienen alivio de su disnea con el oxígeno, hecho que subraya el carácter multifactorial del este síntoma. Es imposible predecir, incluso en función de la saturación arterial de oxígeno, quien se beneficiará de la oxigenoterapia. Por otra parte, los ensayos de un solo paciente pueden identificar pacientes que responderán a la oxigenoterapia.

### 10/378. PERFIL Y ACTITUD DEL ACOMPAÑANTE EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

N. Piquer Farrés<sup>a</sup>, D. Lacasta Tintorer<sup>a</sup>, J. Ojuel Solsona<sup>a</sup>, O. García Castillo<sup>a</sup>, C. Pérez Raga<sup>b</sup> y J. Comín Junquera<sup>a</sup>

<sup>a</sup>ABS La Salut. Badalona. Barcelona; <sup>b</sup>ABS Camp de l'Arpa. Barcelona.

**Objetivos:** Conocer las características de las personas que vienen acompañadas a la visita. Perfil de los acompañantes. Actitud percibida por el/la profesional.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en dos centros de salud urbanos (55.000 asignados). Se recogieron todas las visitas acompañadas en 3 días seleccionados al azar, por cada profesional. Variables del paciente: edad, sexo, nacionalidad, convivencia, barrera idiomática, analfabetismo, dificultad de movilidad, problemas graves de visión, demencia, Parkinson, AVC con secuelas y polifarmacia (> 10 fármacos). Para el/la acompañante: rango de edad, sexo, relación con el/la paciente, tipo de convivencia. Los/las profesionales valoraron su actitud (pasiva, activa colaboradora, activa no colaboradora).

**Resultados:** N = 358, 219 mujeres (61,2%) y 139 hombres (38,8%), edad media 60,3 (DE 22) y 58 (DE 18,5) respectivamente. 8,1% presentaban barrera idiomática y 33% situaciones que podían dificultar la comunicación médico/a-paciente y justificaban la necesidad de acompañamiento. 44,4% de los/as acompañantes eran > 60 años y 61,8% mujeres. 79,9% convivían con el/la paciente. Los hombres acompañaban a su pareja en un 77% y a sus hijos/as en 9,4%. Las mujeres acompañaban más si había patología ( $p = 0,045$ ), en 51,9%

a su pareja, 25% a hijos/as, 10,2% a progenitores y 8,8% a amistades ( $p > 0,001$ ). Los/las acompañantes presentan actitud colaboradora en 73,9%, activa no colaboradora en 6,7% y pasiva en 19,4% (60,9% hombres).

**Conclusiones:** El perfil del/la acompañante es mujer, más de 40 años, conviviente con el paciente. La actitud de los/las acompañantes es colaboradora, destaca que la mayoría de los que presentan actitud pasiva son varones que acompañan a sus parejas sin patología.

### 10/381. SALUD Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN. DEMANDA DE INFORMACIÓN POR NUESTROS PACIENTES

M. Pérez Unanua, Y. Muñoz González, C. Mateo Pascual, N. Ortega Inclán y S. Alvarado Torres

CS Dr. Castroviejo. Área 5. Madrid.

**Objetivos:** Conocer interés de nuestros pacientes en la demanda de información de salud a través de los medios de comunicación.

**Metodología:** Estudio ecológico descriptivo transversal. Ámbito urbano, consultas horario de tarde, población activa 84%. Se planteó a los pacientes la siguiente pregunta: "¿Que usted recuerde, en los últimos quince días, ¿ha realizado una consulta, visto o leído algún medio de comunicación relacionado con algún problema de salud?".

**Resultados:** 136 encuestas, 48 hombres (35%) y 88 mujeres (65%). Edad media de los participantes 51,9 años  $\pm$  32,54, rango 18 y 87 años. El 61%  $\pm$  8,36 de los pacientes había consultado en algún medio un tema de salud, el medio más consultado fue la televisión (48%) y el programa más visto Saber Vivir en La 1, 19 personas (50%), telediciarios (21%) y publicidad (8%). El 42% habían utilizado Internet como acceso a la información, la mayoría Google como buscador inicial, excepto 6 pacientes (17%) que recibió la información por correo electrónico. 4 pacientes habían escuchado salud en la radio (3%). Referente a la prensa, 13 pacientes (9,5%): El País, prensa de distribución gratuita y revistas de farmacia fueron los medios más consultados. En cuanto a los temas de interés alimentación, cáncer, enfermedades cardiovasculares, patología osteomuscular, alergias, próstata y embarazo fueron los temas demandados.

**Conclusiones:** La salud es una de las principales preocupaciones de la sociedad, por tanto los medios de comunicación ofrecen cada vez más información sobre temas relacionados con la salud para satisfacer las necesidades de la población.

### 10/382. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL CONTINGENTE DE UN MÉDICO DE FAMILIA

R. Sánchez Collado<sup>a</sup>, J. Carrera Clota<sup>b</sup>, M. Guillamón Gifré, J. Malo Guillén<sup>b</sup>, L. Sánchez Albarracín<sup>a</sup> y R. Ortí Grifé<sup>a</sup>

<sup>a</sup>ABS Plana Lladó. Mollet; <sup>b</sup>ABS Vall del Ges. Torelló; <sup>c</sup>ABS Manlleu.

**Objetivos:** Objetivo principal: evaluar la actitud personal ante la MGF entre la población procedente de países de riesgo. Objetivo secundario: conocer mejor las comunidades practicantes.

**Metodología:** El estudio descriptivo empieza el 1 de enero de 2009 y finaliza el 1 de enero de 2010. Recogemos información sobre edad, sexo, años que llevan en Europa, país de origen, lengua materna o etnia así como la actitud personal ante la MGF.

**Resultados:** Identificamos 37 individuos de población diana. Exploramos la actitud personal ante la MGF en el 64% de los casos; un 52% de ellos defiende la MGF, el 48% restante la rechaza. El 73% son hombres. Las mujeres preferentemente rechazan la MGF y los hombres la aceptan, aunque ambos sexos procuran no pronunciarse. La franja de edad mayoritaria se halla entre 30 y 40 años. Los países

de origen son diversos. Las etnias son diversas y su posición ante la MGF también es diversa.

**Conclusiones:** Destaca el alto porcentaje que defiende la MGF. Por lo que es necesario esforzarse en saber qué piensan nuestros pacientes de estos países sobre la MGF, romper los mitos e informarles de los problemas que representa para la salud física y psíquica de las niñas la práctica de la MGF. Hemos desarrollado un Plan de Prevención de la MGF, basado en la entrevista y la motivación para el cambio adaptada de Prochaska y Di Clementi. África es diversa, con lenguas diversas y actitudes diversas. Estos datos nos permiten plantear hipótesis para próximos estudios.

### 10/385. GRADO DE APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA RESPECTO A LA DETECCIÓN DE MICROALBUMINURIA EN PACIENTES HIPERTENSOS

J. Luque González<sup>a</sup>, M. Morales Guerra<sup>a</sup>, M. López Córdoba<sup>a</sup>, M. Arana Torras<sup>b</sup> y J. González Ares<sup>c</sup>

<sup>a</sup>ABS Morera-Pomar. Badalona. Barcelona; <sup>b</sup>ABS Martí i Julià. Badalona. Barcelona; <sup>c</sup>Serveis Assistencials de Badalona. Barcelona.

**Objetivos:** Medir la repercusión de las recomendaciones de la Guía Práctica Clínica de la ESH/ESC2007 así como del Documento de Consenso SEN/SEMFyC2008, respecto al cribado de lesión renal mediante uso de detección de oligoalbuminuria, al cabo de dos años de la publicación de dichas guías.

**Metodología:** Revisión de historias clínicas de una muestra de 254 pacientes mayores de 60 años, hipertensos, no diabéticos, sin evidencia de vasculopatía, o lesión de órgano diana, embarazo en curso o hepatopatía. Recogimos datos de filiación, antropométricos, analíticos y de presión arterial clínica.

**Resultados:** Microalbuminuria 2007: 94 con alguna determinación (total: 37%; negativa: 70 [74,5%]; positiva: 24 [25,5%]); 160 sin ella (63%). En 2009: 119 pacientes con alguna determinación (total: 46,9%; negativa: 74 [62,2%]; positiva: 45 [37,8%]); 135 sin ella (53,1%). De los 37 (45,3%) que dieron negativo en 2007 y tenían nueva determinación en 2009, se detectaron 13 positivos (35,1%).

**Conclusiones:** En nuestra muestra de hipertensos la frecuencia de medida de oligoalbuminuria es globalmente del 37% en 2007, alcanzando el 46,9% al cabo de, al menos, 2 años. Las determinaciones repetidas dieron buen rendimiento, detectando un viraje en el 35,1% de pacientes. Hay una evolución positiva del cribado de lesión renal en pacientes hipertensos sin evidencia de lesión de órgano diana, aunque estamos lejos de la aplicación sistemática de dichas guías.

### 10/387. LA CISTATINA-C COMO MARCADOR DE FUNCIÓN RENAL

I. Quirante Díaz<sup>a</sup>, I. Martín García<sup>a</sup>, N. Valenzuela Pulido<sup>b</sup>, W. Portorreal Guerrero<sup>c</sup>, G. Magaña Ruiz<sup>a</sup> y J. Garzón Fernández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Las Flores. Granada; <sup>b</sup>CS de Alfacar. Granada; <sup>c</sup>Consulta Privada. Motril. Granada.

**Objetivos:** Valorar si la determinación de la cistatina-C en Atención Primaria es un buen marcador de la función renal.

**Metodología:** Se estudian en 222 pacientes (127 hombres, 57,2% y 95 mujeres, 42,8%, edad = 61,3  $\pm$  16,6 años) pertenecientes a 4 zonas básicas de Salud el grado de función renal, tomando como gold standard el aclaramiento de creatinina (obtenido en orina de 24 horas) y comparándolo con los niveles de cistatina-c en sangre y con diversas ecuaciones que estiman la función renal: Filler, Le Bricon, Hoeck y Larsson. Métodos: ecuaciones utilizadas. Filler: 10 (1,962 + 1,123\*LN (1/cistatina). Le Bricon: (78/cistatina)+4. Hoeck: -4,32+ (80,35/cistatina). Larsson: 77,24\*cistatina-1,2623.



**Resultados:** Los coeficientes de correlación obtenidos tras el estudio comparativo son: 0,746 con respecto a la creatinina sérica, 0,710 con el aclaramiento de creatinina, 0,417 con Filler, 0,509 con Le Bricon, 0,511 con Hoeck y 0,485 con Larsson. La cistatina-c tiene un comportamiento similar a la creatinina sérica en los estadios I y II de función renal ( $p < 0,001$ ). En los estadios III y IV sin embargo observamos una dispersión evidente ( $p < 0,05$ ) que dificulta su utilización. La ecuación de Filler es inoperativa, ya que en aclaramientos inferiores a 40 ml/min nos notifica de funciones renales prácticamente inexistentes. Respecto a las 3 ecuaciones restantes (Le Bricon, Hoeck y Larsson) sólo pueden utilizarse en estadios IIb y IV, ya que en fases iniciales de insuficiencia renal, su dispersión las hace poco útiles.

**Conclusiones:** 1. En los estadios I y II es la cistatina-c en sangre similar a la creatinina en términos de diagnóstico del grado de función renal. Ninguna de las ecuaciones propuestas pueden ser utilizadas debido a su gran dispersión. 2. En los estadios III y IV son más eficaces para la valoración de la función renal las ecuaciones de Le Bricon, Hoeck y Larsson que el valor sérico de la cistatina-c, pero nunca superan a la creatinina. 3. La ecuación de Filler no es válida en ningún estadio de función renal. 4. Concluimos que la cistatina-c no aporta nada en Atención Primaria, ya que no es superior a la creatinina sérica y su determinación es mucho más costosa en términos económicos.

### 10/388. ANÁLISIS DE LA CONSULTA DE ESPIROMETRÍAS DE UN ÁREA BÁSICA DE SALUD

M. López Córdoba, A. Fraga García, J. Luque González, N. Salomón, M. López Piqueres y S. Sánchez Anglada

ABS Morera-Pomar. Badalona.

**Objetivos:** Conocer el perfil del paciente citado en la agenda de espirometrías de una área básica de salud.

**Metodología:** Análisis de datos de los pacientes citados a espirometría durante el 2009: edad, sexo, motivo de la prueba, tabaquismo.

**Resultados:** Total visitas programadas: 219, de ellas 154 (70,32%) diagnósticas y 65 (29,68%) para control de patología respiratoria. 106 pacientes fumadores (48,4% del total), acudieron 85 (80,2%). De los fumadores, 71 (66,99%) programados para prueba diagnóstica. De las 219 espirometrías programadas se presentaron 170 (77,62%, media de edad 55,41 años), no acudieron 49 (22,38%, media de edad 55,16 años). De las presentadas 115 (67,65%) eran diagnósticas: media de edad 52,9 años (51,48 hombres/52,22 mujeres), 46,95% hombres, 35,48% fumadores. 55 (32,35%) eran de control: media de edad 60,58 años (62,3 hombres/56 mujeres), 72,72% hombres, 54,54% fumadores. De las no presentadas 39 (79,59%) eran diagnósticas: media de edad 55,43 años (57,19 hombres/53,38 mujeres), 53,85% hombres, 41% fumadores. 10 (20,41%) eran de control: media de edad 54,1 años (53,57 hombres/55,33 mujeres), 70% hombres, 50% fumadores. 48 visitas (21,91% del total) eran reprogramadas: 9 (18,75%) por dificultad para realizar la prueba, 12 (25%) por mala preparación por haber fumado o hecho tto previo, 25 (52,09%) por incomparecencia, 2 (4,16%) por ser diferentes espirometrías durante el mismo año.

**Conclusiones:** La mayor parte de las espirometrías programadas son para diagnóstico de nueva patología (70,32%). El 80% de fumadores acuden a realizarse la prueba, y ésta es en un 70% para diagnóstico. Las de control se piden en pacientes de mayor edad y mayoritariamente hombres. Se observa un alto porcentaje de incomparecencia (22,38%), casi el 80% de las no presentadas son para diagnóstico de nueva patología. El motivo más frecuente de reprogramación es la incomparecencia, esto aumenta la lista de espera. Se observa un alto porcentaje de mala preparación para la prueba.

### 10/390. EPIDEMIOLOGÍA DE ENFERMEDAD RENAL OCULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

N. Valenzuela Pulido<sup>a</sup>, P. Fernández López<sup>b</sup>, I. Quirante Díaz<sup>c</sup>, G. Burgos Gómez<sup>d</sup>, R. Bellas Nieto<sup>e</sup> y V. Girela López<sup>f</sup>

<sup>a</sup>CS de Alfacar. Granada; <sup>b</sup>CS La Zubia. Granada; <sup>c</sup>CS Las Flores. Granada; <sup>d</sup>CS Realejo. Granada; <sup>e</sup>Consulta Privada. Almuñécar. Granada; <sup>f</sup>ZBS Orgiva. Granada.

**Objetivos:** En 4 centros de A.P. se estudian 222 pacientes diagnosticados de enfermedad renal según criterios de las guías KDOQI (NKF) de los que 114 (56 hombres y 58 mujeres, edad =  $58,0 \pm 17,4$  años) cumplen criterios de función renal normal de acuerdo a las guías europeas de las Sociedades de Cardiología e Hipertensión (creatinina sérica  $< 1,4$  mg/dl en hombres y  $< 1,3$  mg/dl en mujeres).

**Metodología:** Tomamos como gold standard el aclaramiento de creatinina en orina de 24 h corregido por superficie corporal. Se valoran los siguientes factores epidemiológicos: sexo, edad, obesidad, hipertensión arterial (HTA), nº de fármacos antihipertensivos y diabetes. Además se compararon los resultados de la función renal con las ecuaciones de Cockcroft-Gault y MDRD-7 que estiman dicho parámetro.

**Resultados:** A pesar de tener valores normales de creatinina, 26 pts están en estadio III (22,8%,  $p > 0,001$ ), de los que 13 pts están en estadio IIb (idéntico porcentaje entre hombres y mujeres, 50%). El estadio III es más frecuente en mujeres de más de 70 años (66% vs 33% hombres). Obesidad (IMC  $> 29,0$ ) presente en 28 pts (24,6%,  $p < 0,001$ ), de los que 10 (35,7%) están en estadio III. HTA presente en 80 pts (70,2%, siendo estadio III 22 pts, 27,5%,  $p < 0,001$ ) de los que el 64% necesitan más de 2 fármacos antiHTA. Diabetes en 22 pts (19,3%, en estadio III 8 pts, 36,4%,  $p < 0,001$ ). Estudiadas las ecuaciones que estiman la función renal (Cockcroft-Gault y MDRD-7), encontramos una infravaloración de la función renal con estas ecuaciones, puesto que frente a los 26 pts encontrados en estadio III por aclaramiento directo, existen 40 pts ( $p < 0,01$ ) en estadio III tanto si estimamos con fórmula de Cockcroft como con MDRD (35% de pts en exceso).

**Conclusiones:** 1. La cifra de creatinina sérica no debe ser utilizada para discriminar a los pacientes según tengan o no insuficiencia renal, ya que el 22,8% de pacientes con creatinina normal están en estadio III. 2. En este estadio III hemos observado idéntico porcentaje entre hombres y mujeres, excepto en edades superiores a 70 años, donde predominan más las mujeres. 3. Los factores de riesgo hipertensión arterial, obesidad y diabetes son más frecuentes en pacientes con estadio III y creatinina sérica normal, es decir, con insuficiencia renal oculta. 4. Las fórmulas que estiman la función renal (Cockcroft-Gault y MDRD) infravaloran la función renal, siendo por ello más sensibles aunque menos específicas para un cribaje de la función renal en A.P., lo que consideramos interesante para que no queden excluidos pacientes como falsos negativos.

### 10/391. EVALUACIÓN DE DOCENCIA DE PREGRAO EN ATENCIÓN PRIMARIA. UNA HERRAMIENTA ÚTIL

J. Bellmunt Bardas, E. Tarradas Puértolas, M. Alòs Arimón y M. March Berlinches

CAP Barceloneta. Barcelona.

**Objetivos:** Encontrar una herramienta útil para evaluar la práctica clínica de los estudiantes de 6º curso del pregrado de Medicina en un Centro de Atención Primaria. Tiene como objetivos principales: 1. Conocer el grado de satisfacción del estudiante. 2. Identificar las situaciones susceptibles de ser mejoradas. 3. Evaluar la adquisición de conocimientos por el estudiante de las competencias y forma de trabajar propias de la Atención Primaria.



**Metodología:** Encuesta que consta de 9 preguntas cerradas, utilizando la escala aditiva de Likert puntuando de 1 a 7, y de una pregunta abierta, la décima, para sugerencias. La encuesta es anónima y se realiza a todos los estudiantes el día que finaliza la rotación.

**Resultados:** Presentamos los resultados de la encuesta del último año. Esta muestra que en determinadas preguntas como la valoración de la estancia en el centro o en la relación del alumno con su tutor en que un 56% y un 81% de los alumnos puntúan con máxima nota. En otras preguntas como la capacidad para realizar exploraciones o en los seminarios de enfermería la puntuación disminuye sensiblemente. También es interesante el apartado de comentarios libres de los alumnos que aportan en ocasiones ideas de mejora de la docencia.

**Conclusiones:** La encuesta se ha demostrado especialmente valiosa, ha permitido cambiar o corregir situaciones que se demostraban poco útiles. También es una forma de demostrar que el trabajo se realiza adecuadamente en cada curso clínico de acuerdo con los criterios fijados.

### 10/401. IMPORTANCIA DE LA ESTIMACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. Quirante Díaz<sup>a</sup>, G. Burgos Gómez<sup>a</sup>, P. Fernández López<sup>b</sup>, N. Valenzuela Pulido<sup>c</sup>, I. Martín García<sup>a</sup> y R. Fernández Martínez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Las Flores. Granada; <sup>b</sup>Zona Básica de Salud La Zubia. Granada; <sup>c</sup>CS Alfacar. Granada.

**Objetivos:** En 4 centros de A.P. se estudian en 222 pacientes (pts) (127 hombres, 57,2% y 95 mujeres, 42,8%, edad =  $61,3 \pm 16,6$  años) el grado de función renal, tomando como gold standard el aclaramiento de creatinina (obtenido en orina de 24 horas) y comparándolo con diversas ecuaciones que estiman la función renal: Cockcroft-Gault, MDRD-7, MDRD-abreviado, Nankivell, Walser y Mawer.

**Metodología:** Ecuaciones utilizadas: Cockcroft-Gault:  $(140 - \text{edad}) \times \text{peso} / (72 \times \text{creatinina sérica})$ , corregido a superficie corporal y  $\times 0,85$  si mujer. MDRD-7:  $170 \times \text{creatinina} - 0,999 \times \text{edad} - 0,176 \times \text{BUN} - 17 \times \text{albúmina} - 0,318$ , corregido si mujer  $\times 0,762$ . MDRD-abreviado:  $186,3 \times \text{creatinina} - 1,154 \times \text{edad} - 0,203$  corregido si mujer  $\times 0,742$ . Nankivell:  $6700 / ((\text{creatinina} \times 88,4) + \text{peso} / 4 - \text{urea} \times 0,06 / 2 - 100 / (\text{talla} \times 0,01) + 35)$ , corregido si mujer  $(-10)$ . Walser:  $7,57 / \text{creatinina} \times 0,0884 - 0,103 \times \text{edad} + 0,096 \times \text{peso} - 6,66$ . Mawer:  $\text{peso} \times (29,3 - 0,203 \times \text{edad}) \times (1 - (0,03 \times \text{creatinina})) / (14,4 \times \text{creatinina} \times 70 / \text{peso})$ .

**Resultados:** Obtenemos los coeficientes de correlación tras comparar con el aclaramiento de creatinina: 0,591 (Cockcroft), 0,732 (MDRD-7), 0,696 (MDRD-abreviado), 0,618 (Nankivell), 0,646 (Walser) y 0,328 (Mawer). Existiendo una gran dispersión a menor coeficiente. Se observa una infravaloración (7,2%) de la función renal con las formulas de Cockcroft y ambos MDRD en el estadio III, y una sobrevaloración (5,2%) de Cockcroft en el estadio IV. Las demás fórmulas sobreestiman todas la función renal (entre el 12,5 y 18,6%) en todos los estadios, por lo que darían falsos negativos en screening de pacientes con insuficiencia renal.

**Conclusiones:** 1. La mejor fórmula que estima la función renal es la ecuación MDRD-7, seguida de MDRD-abreviado, Cockcroft y la de Walser. 2. La peor ecuación es la de Mawer. 3. Aunque las formulas de Walser y Nankivell obtienen una dispersión inferior a la descrita con Cockcroft, existe una sobrevaloración global de la función renal que hace inoperativas estas fórmulas.

### 10/402. ¿ANALIZAMOS LA DENSITOMETRÍA ANTES DE PONER TRATAMIENTO?

H. Tarabishi Marín<sup>a</sup>, Y. Doménech Cid<sup>a</sup>, N. Martín Andrade<sup>a</sup> y J. Gentile Lorente<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CAP Amposta Tarragona; <sup>b</sup>CAP Baix Ebre. Tortosa.

**Objetivos:** La osteoporosis es una disminución de la masa ósea y un deterioro de la arquitectura de ésta, lo que aumenta el riesgo

de fracturas. El diagnóstico de la osteoporosis, según diferentes guías clínicas, se realiza mediante la medición de la densidad ósea de la columna lumbar/cuello femoral. Nos planteamos saber cuántos de nuestros pacientes diagnosticados de osteoporosis tenían la densitometría realizada y si su tratamiento o ausencia del mismo es coherente con el resultado de la prueba.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo. Muestra total de 150 pacientes. Se revisan las historias clínicas informatizadas donde ya existe el diagnóstico de osteoporosis, registrando el resultado de la densitometría así como si el paciente sigue tratamiento y cuál es.

**Resultados:** El 95,3% de la muestra son mujeres y el 4,7% hombres, de edades comprendidas entre 51 y 89 años. Tenían la densitometría realizada un 51,3% y un 48,7% no. Resultado normal: 2,6% con tratamiento; osteopenia: 16,8% con tratamiento y 7,8% sin; osteoporosis: 62,3% con tratamiento y 10,4% sin. Un 68,5% toman tratamiento sin tener realizada la densitometría ósea.

**Conclusiones:** La gran mayoría de pacientes diagnosticados de osteoporosis son mujeres. Aproximadamente la mitad de la muestra tiene realizada la densitometría. A pesar de que la mayoría de diagnosticados llevan tratamiento debemos considerar un no despreciable porcentaje que no lo lleva. Además existe un elevado número de tratados innecesariamente, ya sea por un resultado normal de la prueba, por osteopenia o que ni siquiera tienen hecha la prueba de cribaje.

### 10/405. EVOLUCIÓN DE ENFERMOS DE ALZHEIMER TRAS 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO

B. Angulo Fernández de Larrea<sup>a</sup>, J. Cordero Guevara<sup>b</sup>, R. Millán Ibáñez<sup>a</sup>, A. González Rasillo<sup>a</sup>, V. Álvarez Álvarez<sup>a</sup> e I. Martínez Orúe<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS de Salas de los Infantes. Burgos; <sup>b</sup>Gerencia Atención Primaria. Burgos.

**Objetivos:** Conocer la evolución clínica y social de los enfermos con demencia de tres asociaciones de Alzheimer en una provincia.

**Metodología:** Estudio longitudinal prospectivo. Se estudia a todos los enfermos y sus cuidadores, de medio rural y urbano, participantes en un estudio en 2008. La evolución de los enfermos se midió con la Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS). La sobrecarga del cuidador familiar se midió con la Escala de Zarit. El trabajo se realiza mediante entrevista en las asociaciones concertada personal o telefónicamente, valorando: permanencia en su domicilio acudiendo a talleres o centro de día, exitus e institucionalización en los enfermos y la sobrecarga en los cuidadores. Pérdidas: Los no identificados en el estudio de 2008, y aquellos en los que no se ha podido confirmar evolución en 2010.

**Resultados:** Ver tabla.

Tabla 1

	GDS medio	ZARIT medio
92 enfermos estudiados en 2008	4,8	65,47
8 No localizados (8,69%)		
84 Localizados en 2010		
35 fallecidos (38,04%)	5,29	59,48
49 Supervivientes en 2010		
19 en Residencia/Hospital (20,65%)	4,68	60,8
30 Continúan viviendo en su domicilio		
7 Cuidados en familia (7,71%)	4,57	67,43
23 Cuidados con ayuda de la asociación (25%)	4,6 (5 en 2010)	59,08

**Conclusiones:** Casi el 40% de nuestros enfermos habían fallecido a los dos años, partían de los GDS y Zarit medios más altos. Permanecen en domicilio y asociados los GDS estables, (4,6-5). Son necesarios nuevos estudios para conocer los factores que determinan la permanencia en el domicilio de estos enfermos.

#### 10/411. ¿CONOCEMOS LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES DE ORINA EN NUESTRA POBLACIÓN INMIGRADA?

M. García Muñoz, A. Carbó Queraltó, C. Sierra Matheu y T. Nanu  
*Ambulatorio de San Ildefonso de Cornellá. Barcelona.*

**Objetivos:** Determinar los uropatógenos aislados más frecuentes en los urocultivos (UC) solicitados en un Centro de Atención Primaria (CAP) y perfil de resistencia a antibióticos según país de origen, para elección de tratamiento empírico idóneo.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se analizaron todos los UC realizados en el 2009 en pacientes > 16 años atendidos en un CAP urbano que cuenta con un 33% de población inmigrante. Mediante registros de laboratorio y historia clínica informatizada, estratificamos según país de origen: españoles, marroquí, centro y sur-americanos y otros.

**Resultados:** Se analizaron 1.808 UC, 304 positivos (> 100.000 UFC). Media edad: 65 ± 17, mujeres 82,3% (99% de los UC positivos en inmigrantes se detectaron en mujeres). *Escherichia coli* (*E. coli*) fue el germen más prevalente sin diferencias por nacionalidad: 62,8%, excepto en marroquí que no se detecta. Seguido de *Klebsiella pneumoniae* 13,8%, *Enterococcus faecalis* 6,6% y *Proteus mirabilis* 3,3%. Resistencias in vitro a *E. coli*: quinolonas (ciprofloxacino, norfloxacino, levofloxacino) 53%, amoxicilina-clavulánico 3,24%, fosfomicina y nitrofurantoina < 1%, resistencias a *Klebsiella pneumoniae*: fosfomicina 4,21% resto de antibióticos < 2%. No existen resistencias significativas para *Enterococcus faecalis* ni *Proteus mirabilis*.

**Conclusiones:** La mayoría de infecciones del tracto urinario bajo se detectan en mujeres, sobre todo en la población inmigrante, el germen más prevalente en nuestro CAP es *E. coli* sin diferencias por nacionalidad exceptuando en la población marroquí que no se detecta. *E. coli* presenta alta resistencia a quinolonas motivo por el que aconsejamos revisar su indicación para recomendar o instaurar tratamientos empíricos.

#### 10/415. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES MAYORES POLIMEDICADOS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

E. Garrido Garrido<sup>a</sup>, I. García Garrido<sup>b</sup>, J. García López-Durán<sup>a</sup>, A. Padilla Martínez<sup>a</sup>, R. Tercero Padial<sup>a</sup> y J. Marín Muñoz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Zaidín Centro. Granada; <sup>b</sup>Departamento de Estadística. Universidad de Granada. Granada.

**Objetivos:** Conocer la adherencia al tratamiento y determinar el número de medicamentos antes y después de una intervención en pacientes entre 75 y 84 años polimedicados.

**Metodología:** Se realiza un estudio piloto seleccionando de forma aleatoria tres pacientes entre 75 y 84 años polimedicados (que utilizaban 5 o más medicamentos) adscritos a cada uno de los cupos del C.S. Zaidín-Centro de Granada. Población de estudio: 33 pacientes. Se aplicó el test de adherencia terapéutica de Morisky-Green a todos los pacientes y se contabilizó el número de medicamentos pre-intervención y post-intervención a los tres meses. La intervención se basó en informar y educar al paciente en relación con los medicamentos que tomaba; y revisar los botiquines domiciliarios. Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo y de comparación de medias (t-Student).

**Resultados:** En el período de estudio, la población adscrita al C.S. Zaidín-Centro contaba con 1.407 pacientes entre 75 y 84 años; de estos, 519 (174 hombres y 345 mujeres) eran polimedicados, por tanto, la prevalencia de polimedicación para este grupo de edad era de 36,88%. La adherencia terapéutica pre-intervención fue del 63,6% y post-intervención del 84,8% lo que supone un incremento del 21,2%. En relación con el número de medicamentos pre y post intervención se observa que hay diferencias significativas pre y post intervención a un nivel de significación 0,05 ( $p = 0,022$ ).

**Conclusiones:** Las estrategias de intervención en pacientes mayores polimedicados son una herramienta útil en la adherencia terapéutica.

#### 10/418. SÍNDROME METABÓLICO: RETO EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Vázquez Seijas<sup>a</sup>, M. Sánchez de Enciso Ruiz<sup>b</sup>, C. Rodríguez Fernández<sup>c</sup> y M. López Silva<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS Fingoi. Lugo. SERGAS; <sup>b</sup>CS Friol. Lugo. SERGAS; <sup>c</sup>CS La Milagrosa. Lugo. SERGAS; <sup>d</sup>CS Plaza del Ferrol. Lugo. SERGAS.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia del Síndrome Metabólico (SM) en Atención Primaria (AP). Ver si existen diferencias según variables demográficas a estudio. Conocer el peso específico de cada componente.

**Metodología:** Se incluyeron en el estudio todas las personas que acudieron a 4 consultas de AP por cualquier motivo durante marzo de 2010, y accedieron a participar. Se determinó, perímetro abdominal, talla, peso, presión arterial y analítica de sangre. El diagnóstico de SM se realizó según los criterios ATP III.

**Resultados:** Muestra de 854 personas, edad media 62,02 ( $\pm 16,2$ ), 38,76% varones y 61,24% mujeres. Del total, 363 presentaron SM lo que representa una prevalencia del 42,50%. Las prevalencias de cada componente del SM fueron: 84,8% (glucemia > 100 mg/dl o diabetes mellitus [DM]), 84,0% (presión arterial alta o hipertensión arterial [HTA]), 78,0% (perímetro abdominal alto), 67,8% (colesterol HDL bajo) y 57,3% (triglicéridos altos). Las prevalencias en subgrupos según las variables demográficas fueron: a) variable sexo: 44,9% (varones) y 55,1% (mujeres) b) variable procedencia: 37,5% (rural) y 62,5% (urbana). Estas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas ( $p = 0,0067$  y  $p = 0,0001$  respectivamente).

**Conclusiones:** Cuatro de cada 10 pacientes que van a consulta presentan SM. El componente "Glucemia elevada o DM" es el de mayor prevalencia en el SM seguido muy de cerca por la "Presión arterial elevada o HTA". Las mujeres presentan mayor prevalencia de SM que los hombres. En el medio urbano existe una mayor prevalencia de SM, respecto al medio rural.

#### 10/430. VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN POR EL ACERCAMIENTO DEL SERVICIO DEL SINTROM A LA ZONA DE SALUD

I. Guerra Hernández<sup>a</sup>, M. Fandiño Cobo<sup>b</sup>, F. Hernández Sanabria<sup>c</sup>, C. Rodríguez Domínguez<sup>d</sup>, M. Wangüemert Madan<sup>e</sup> y A. Rodríguez Cabrera<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS de Taco. La laguna. Tenerife; <sup>b</sup>CS Laguna-Geneto. Tenerife; <sup>c</sup>CS Los Realejos. Tenerife; <sup>d</sup>Unidad Docente MFyC zona I. Santa Cruz de Tenerife; <sup>e</sup>Unidad Docente MFyC La Laguna. Tenerife.

**Objetivos:** Investigar el grado de satisfacción de los usuarios con sintrom asumidos en el centro de salud (CS) con respecto al control hospitalario anterior y conocer su perfil.

**Metodología:** Estudio descriptivo, con 73 pacientes procedentes del control hospitalario de sintrom y actualmente controlados en el

CS Los Realejos, Tenerife. Variables: edad, sexo, trabajo, distancia al CS, cuidadores, transporte y patologías. Elaboramos un cuestionario con respuestas tipo Likert entrevistando un grupo focal de cuidadores. Preguntamos por: accesibilidad al servicio, capacidad de respuesta, competencia, trato y empatía del personal. Se encuestó durante 1 mes, por personal ajeno al CS y todos los pacientes consistieron. Estadística: frecuencia, medias, desviación-estándar, Chi2.

**Resultados:** edad-media  $66,6 \pm 13,8$ , varones: 57,5%. Tiempo-medio al CS:  $13 \text{ min} \pm 8$ . La mayoría acudía al CS sin cuidador (83,6%) en contraposición al 74,4% que sin necesitar cuidador acudían al hospital acompañados ( $p = 0,012$ ). El 82% de los pacientes y el 95% de cuidadores no trabajan. Predominaron los anticoagulados con fibrilación-auricular (FA): 54,2%. Lo más valorado fue el ahorro de tiempo (57%), la tranquilidad de la cercanía (62%) y la facilidad de acceso (62%). El 57% utilizan transporte privado. Aprecian la familiaridad entre pacientes, con el personal y el menor ajetreo del CS (70%). Consideran más cercano y disponible al personal del CS (60%), valorando su amabilidad. El 60% no encuentra mejora en la confidencialidad. La calificación al servicio (0-10):  $9,4 \pm 0,92$ .

**Conclusiones:** La cercanía supone un ahorro de tiempo para usuarios y convivientes. Obviamente FA predominó en mayores de 70 años. Sospechamos que la familiaridad podría disminuir la percepción de la confidencialidad.

#### 10/433. ESTUDIO DE LAS DEMANDAS FORMATIVAS DE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO CENTRO DE SALUD

S. Poveda Siles

CS Jumilla. Murcia.

**Objetivos:** Conocer las demandas formativas del EAP y elaborar un programa formativo adecuado a los objetivos de formación y mejora de la calidad asistencial de nuestra Gerencia y las demandas de sus profesionales.

**Metodología:** Elaboración de encuesta según bibliografía. Preguntas: 4 cerradas, 2 abiertas. Tipo profesional, 8 ítems sobre dificultades al realizar sesiones en el EAP -graduadas según escala Likert-, conocimiento de tipos de sesiones, sesiones preferidas y menos valoradas para cubrir sus demandas. Las preguntas abiertas solicitaban sugerencias sobre temas de sesión clínica y aspectos formativos a mejorar. Los resultados de las cerradas, fueron codificados y analizados mediante SPSS. Los resultados de las abiertas, fueron resumidos en listados, para consulta del responsable docente del centro y contribuyen a elaborar el calendario de sesiones adaptado.

**Resultados:** Participación 33,82%. 24,13% de los médicos, 28% enfermeros y 50% administrativos. 30% considera que falta tiempo para asistir y preparar sesiones, 40% que la sobrecarga asistencial puede causar ausencia a sesiones. 72% que la formación mediante sesiones es importante, 8% considera innecesarias. Percepción de impuntualidad a las mismas amplia, 45%. 12% las cree poco útiles. 25% que existen carencias metodológicas. 16% que existen falta de recursos y personal preparado. 50% cree que faltan incentivos para prepararlas -percibido ampliamente por todos los grupos profesionales-. Sesiones más valoradas por médicos: casos clínicos, MBE y especialistas. Enfermería: casos clínicos, MBE y organizativas del EAP. Administrativos: organizativas y grupos de trabajo. Peor valoradas: farmacológicas y revisión de pruebas.

**Conclusiones:** Los resultados permitirán elaborar un programa formativo que responda a las demandas e incremente la participación, contribuyendo así a mejorar la formación continuada de nuestro EAP.

#### 10/435. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

F. López López y G. Reviejo Jaén

CS Vicente Muzas. Madrid.

**Objetivos:** Conocer el consumo de psicofármacos en una consulta urbana de atención primaria. Identificar los diagnósticos más frecuentes por lo que se prescriben los estos fármacos.

**Metodología:** Estudio descriptivo, transversal en una consulta urbana de atención primaria. Selección: pacientes mayores de 18 años que acuden a demanda durante los meses de octubre a diciembre de 2009 y que se medican con psicofármacos. Sujetos incluidos: 84 pacientes. Variables: edad, sexo, estado civil, patología crónica, diagnóstico, fármaco con el que se medica y médico que inicia el tratamiento.

**Resultados:** Edad media: 59 años. Mujeres 55% hombres 45%. 40% de los casos están asociados a patología crónica: HTA, dislipemia y osteoarticular son las más frecuentes. 84% se medica de forma crónica (consumo superior a tres meses). Las benzodiazepinas son los fármacos más prescritos (75%). Loracepam y bromazepam destacan sobre otros ansiolíticos. Los ISRS se prescriben en el 51% de los casos, destacando paroxetina y escitalopram. El 36% de los pacientes tiene prescritos dos fármacos. Diagnósticos más frecuentes: ansiedad 53%; trastorno adaptativo 30%; insomnio 5%; otros 13%. En el 47% de los pacientes, el MAP es el que inicia el tratamiento.

**Conclusiones:** El elevado consumo de psicofármacos y el tiempo de tratamiento nos debe hacer reflexionar sobre la idoneidad de la prescripción.

#### 10/441. EVALUACIÓN DE LA ADHESIÓN DE PROTOCOLOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

J. Aguilar Escalera, J. Rodríguez Santana, L. Velázquez Arjona, P. Manglano Pintó, M. González Hernández e I. García López de la Osa

Servicio de Urgencias. Hospital de La Moraleja (Sanitas). Madrid.

**Objetivos:** Detectar protocolos de error en la adhesión de protocolos en el Servicio de Urgencias con objeto de modificarlos para aumentar el cumplimiento de ellos.

**Metodología:** Se analizaron los protocolos de Cirugía de las patologías más frecuentes en el Servicio de Urgencias durante un periodo de seis meses. Se estudiaron y analizaron 100 casos ingresados con 34 casos de apendicitis aguda; 18 casos de colecistitis; 17 casos de diverticulitis, 5 casos de abdomenes agudos y 26 casos de pancreatitis litiásicas. En todos ellos se confirmó el diagnóstico, además de la sospecha clínica, por los hallazgos analíticos y realización de pruebas diagnosticas complementarias de imagen con ECO y TAC abdominal.

**Resultados:** En el 84% de los casos no se modificó el tratamiento médico según protocolo y si se modificó en un 16% de los casos. De ellos 8 casos correspondieron a apendicitis; 3 a colecistitis, 1 a abdomen agudo y 4 a diverticulitis. En la mayoría de los casos (85%) fueron cambios en la pauta y administración de antibióticos y en el resto (15%) cambio de medicación en relación con alergias medicamentosas y gravedad clínica del cuadro presentado.

**Conclusiones:** La aplicación de protocolos en la urgencia permite homogeneizar y optimizar la asistencia; asimismo como detectar errores-tipo, que hace posible modificaciones que garanticen un mayor cumplimiento de ellos. A pesar del alto nivel de aceptación, se ha observado diferentes criterios a la hora de pautar, fundamentalmente, antibióticos. Ello condiciona la revisión y nuevo consenso del protocolo.

#### 10/442. PATRÓN CIRCADIANO DE PRESIÓN ARTERIAL (TÉCNICA MAPA) Y LESIÓN DE ÓRGANOS DIANA. ¿EXISTE RELACIÓN? HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENMASCARADA A ESTUDIO

R. Mateos García<sup>a</sup>, I. De Torre Careaga<sup>a</sup>, F. Urcelay Aguirre<sup>b</sup>, E. Vicinay Ruilope<sup>a</sup>, G. Contreras Cabrejas<sup>a</sup> y M. Galdós Ruiz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Olárizu. Vitoria. Álava; <sup>b</sup>CS Alegria. Álava.

**Objetivos:** 1. Describir patrones circadianos de MAPA, realizados en dos centros de salud (CS), y su relación con Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) y lesión de órganos diana. 2. Evaluar la prevalencia de hipertensión enmascarada (HE) en pacientes con Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) (índice Sokolow-Lyon), Glucemia Basal Alterada (GBA), Diabetes (DM) y/o elevación de creatinina plasmática; con normotensión en consulta; valorados con técnica MAPA. 3. Puesta en marcha de una comisión multidisciplinar (médicos, enfermeras y administrativo) que valore de forma periódica, el circuito MAPA en Atención Primaria (AP).

**Metodología:** La variabilidad de la prevalencia de HTA enmascarada (HE) en la literatura científica (9-49%), pone en marcha este estudio, descriptivo prospectivo; evaluando con técnica MAPA, pacientes adultos pertenecientes a dos Centros de Salud, desde el 1 junio del 2010 a 1 de junio del 2011. Excluidos MAPA sin criterios de calidad.

**Resultados:** En el estudio preliminar llevado a cabo en el año 2009, encontramos un 93% de MAPAs patológicos, siendo el 56% varones entre 50 y 70 años. En MAPA patológica (porcentaje de sobrecargas de tensión arterial sistólica y diastólica > 30), encontramos un elevado número de patrón circadiano Dipper (19%); controversia pendiente de relacionar con los hallazgos clínicos. Pendiente de realizar el estudio muestral que valore la presencia de HE en nuestra población.

**Conclusiones:** Es necesario configurar el programa informático para la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial, actualización 2007. Osakidetza en cada lectura de MAPA. La técnica MAPA es una herramienta de gran validez en AP.

#### 10/446. ¿POR QUÉ EL PERSONAL SANITARIO NO SE HA VACUNADO DE LA GRIPE A?

A. Bonillo Gómez<sup>a</sup>, M. Sarlat Ribas<sup>a</sup>, P. Cortés Pérez<sup>b</sup>, M. Fuentes Ríaza<sup>a</sup>, B. Álvarez Pérez<sup>a</sup> y A. Abilla Lumbarres<sup>a</sup>

<sup>a</sup>EAP Consell de Cent-Magoria. Barcelona; <sup>b</sup>SAP Esquerra. Barcelona.

**Objetivos:** Conocer si el personal sanitario (medicina, enfermería y administrativos) ha seguido las recomendaciones de las autoridades sanitarias referentes a vacunación de gripe estacional y gripe A durante la campaña 2009, así como razones por las que no se siguieron.

**Metodología:** Se administró cuestionario anónimo autocumplimentado a personal sanitario de varios centros de salud urbanos recogiendo datos demográficos, laborales y preguntas cerradas sobre motivos para la no vacunación.

**Resultados:** Se recogieron 201 encuestas, 76,11% mujeres, edad media 46,5 años. Facultativos 44,2%, enfermería 27,3%, administrativos 28,5%. El 91% de los encuestados no siguieron las recomendaciones vacunales (42,7% de los médicos, 52,5% del personal de enfermería, 68,4% del personal administrativo). Entre quienes no se vacunaron de ninguna señalan como motivos principales: referir no enfermar nunca de gripe (40,6%), falta de confianza en las vacunas de la gripe (37,7%) y experiencia previa negativa con las mismas (21,7%). El personal que se vacunó gripe estacional y no de gripe A justifica la decisión por el miedo a la vacuna de la gripe A seguido de falta de confianza en la misma. La única justificación para quienes no se vacunaron de gripe estacional y si de gripe A fue

el temor a esta enfermedad. No hubo diferencias estadísticas en las respuestas recogidas entre los diferentes estamentos del personal sanitario.

**Conclusiones:** El porcentaje de personal sanitario que sigue las directrices en materia de vacunas de la gripe es muy bajo, siendo el miedo y la falta de confianza en las mismas los parámetros que más influyen.

#### 10/447. PERFIL TERAPÉUTICO Y RIESGO TROMBOEMBÓLICO DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Calderón Montero<sup>a</sup>, V. Barrios Alonso, M. de la Figuera Wichman<sup>c</sup>, C. Roldán Suárez<sup>c</sup> (en representación del grupo SEC-AP)

<sup>a</sup>CS Rosa Luxemburgo, San Sebastián de los Reyes. Madrid;

<sup>b</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid; <sup>c</sup>EAP Sardenya. Barcelona.

**Objetivos:** Describir las pautas terapéuticas de la fibrilación auricular (FA) en Atención Primaria (AP) y cuantificar el riesgo de accidente tromboembólico mediante la escala CHADS2.

**Metodología:** Estudio epidemiológico, multicéntrico, transversal, que recopiló datos clínicos de pacientes con diagnóstico de FA atendidos en consultas de AP.

**Resultados:** Se incluyeron 3.287 pacientes, 52,3% hombres, edad media 71,9 (DE 10,1) años. La FA más frecuente fue la crónica (71,2%), seguida de la paroxística (16,0%) y la persistente (12,8%). El 35,8% de los pacientes presentó una puntuación  $\geq 3$  en la escala CHADS2, el 28,0% puntuación 1, 31,6% puntuación 2 y el 4,54% puntuación 0. La HTA (92,4%) y la edad > 75 años (44,7%) fueron los componentes más prevalentes de la escala, seguidos de la diabetes (33,7%), la insuficiencia cardíaca (22,0%) y un episodio previo de enfermedad cerebrovascular (13,9%). Los fármacos más utilizados fueron: anticoagulantes orales (ACO) (64,5%), estatinas (50,8%), diuréticos (49,3%), IECAS (39,6%), betabloqueantes (37,4%), ARAII (33,2%), digoxina (32,4%) ACO y/o antiagregantes (30,9%). El uso de ACO y/o antiagregantes en pacientes con escala CHADS 1 y 2 (riesgo moderado de evento tromboembólico) fue del 84,0% y 84,4% respectivamente. Un 89,8% de pacientes con riesgo elevado (CHADS  $\geq 3$ ) utilizaba ACO y de éstos, 69,9% se medicaba al menos con ACO.

**Conclusiones:** Un tercio de los pacientes con FA atendidos en AP presenta riesgo elevado de accidente tromboembólico. La administración de ACO y antiagregantes es insuficiente según las recomendaciones actuales, puesto que aproximadamente un 15% y un 30% de pacientes con riesgo moderado y elevado, respectivamente, no recibe el tratamiento antitrombótico.

#### 10/448. EVOLUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES VASCULARES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Calderón Montero<sup>a</sup>, V. Barrios Alonso, M. de la Figuera Wichman<sup>c</sup> y C. Roldán Suárez<sup>c</sup> (en representación del grupo SEC-AP)

<sup>a</sup>CS Rosa Luxemburgo, San Sebastián de los Reyes. Madrid;

<sup>b</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid; <sup>c</sup>EAP Sardenya. Barcelona.

**Objetivos:** La fibrilación auricular (FA) se asocia principalmente a hipertensión (HTA) y enfermedades cardiovasculares (ECV). Presentamos la evolución en la presencia de ECV y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con FA antes y después del diagnóstico.

**Metodología:** Estudio epidemiológico, multicéntrico, transversal, con dos fases, para estimar la prevalencia de FA en atención primaria (n = 121.676), y recopilar características clínicas de pacientes con FA (n = 3.287).



**Resultados:** La edad media (DE) fue 71,9 (10,1) años, 52,3% hombres. Antes del diagnóstico de FA, el 44,8% de pacientes presentaba antecedentes de ECV o renal (16,8% cardiopatía isquémica (CI), 6,9% enfermedad cerebrovascular (ACVA), 12% insuficiencia cardíaca (IC) 6,6% arteriopatía periférica (AP), 6,4% insuficiencia renal (ERC)). Después del diagnóstico (tras una media de 4,6 (4,1) años), la prevalencia de ECV aumentó hasta el 59,4%: 20,9% CI, 11% ACVA, 21,3% IC, 9,6% AP y 11,7% ERC ( $p < 0,001$ ). La CI y el ACVA se asociaron a la FA crónica al diagnóstico ( $p < 0,001$ ), mientras que la IC y la ERC se asociaron a los cuatro tipos de FA. Las prevalencias de HTA y diabetes aumentaron del 68,1% y 28,5% al 92,6% y 33,7%, respectivamente ( $p < 0,001$ ). No hubo diferencias respecto a dislipemias. Disminuyeron el tabaquismo activo (18,3% vs 7,1%,  $p < 0,001$ ) y la ingesta de alcohol (4,6% de consumo elevado vs 1,0%,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La FA se asocia a una edad avanzada, HTA y antecedentes de ECV. Se observó un importante aumento en la prevalencia de hipertensión, ECV y ERC tras el diagnóstico, corroborando el elevado riesgo CV de esta población.

#### 10/452. ¿CUÁNTO ESPERAN LOS USUARIOS EN LA SALA DE ESPERA?

C. González Martín y F. Cejas-Fuentes Padrón

C.P. Barroso-CS Orotava San Antonio.

**Objetivos:** Realizar un análisis cuantitativo del tiempo de espera, que es el que transcurre desde la hora de cita del usuario hasta que es atendido por el profesional.

**Metodología:** Se realizó en la consulta de un Médico de Familia/Tutor de un Consultorio Periférico (C.P.), que durante 6 meses, por reforma, estuvo reubicado en el Centro de Salud (C.S.). Elegimos al azar dos semanas en el C.P. (1 Tutor y 1 R-4) y una semana en el C.S. (Tutor) y medimos la diferencia entre la hora de cita y la hora a la que es atendido el usuario. Los datos se extrajeron de la hoja de cita previa y de la HªCª informatizada, analizándose mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** El total de usuarios del C.P. fue de 162 el R-4 y 161 el Tutor, y en el C.S. de 144. El 43% eran hombres y el 57% mujeres, y la media de edad de 52 años. Un 3% de los usuarios entraron a consulta a la hora de la cita, el 20% entraron antes y el 77% después. Los que entraron antes lo hicieron 3 minutos antes y los que entraron después lo hicieron 12 minutos después, como valor más frecuente. No existieron diferencias significativas respecto a la ubicación ni al profesional.

**Conclusiones:** Aunque la mayoría de usuarios entran después de su hora, el tiempo de demora es inferior a 15 minutos, lo que parece un buen resultado. No obstante, queremos realizar un estudio cualitativo sobre lo que experimentan los usuarios mientras están en la sala de espera.

#### 10/455. ¿CUÁNTOS MITOS NO HAS LEÍDO Y ESCUCHADO ACERCA DE TAL O CUAL DIETA?

N. Mingarro Lago, F. Lajara Latorre, B. Hernández Hernández, I. Matey González y R. Martín Iglesias

ABS. Novalloreda. Badalona.

**Objetivos:** Identificar el nivel de conocimientos de la población sobre la alimentación. Detectar conceptos erróneos sobre los alimentos, bastante arraigados entre la población, y que sólo contribuyen a desinformar y crear prejuicios innecesarios. Colaborar con la educación de hábitos saludables para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario auto cumplimentado de preguntas cerradas, con una mues-

tra de 124 pacientes seleccionados aleatoriamente, de una ABS urbana de 32.000 habitantes.

**Resultados:** Se tuvieron en cuenta variables de edad y sexo (edad media: 47,69 años, 64,74% mujeres/32,26% hombres). Algunos datos significativos son por ejemplo que un 61,4% cree que comer fruta de postre engorda, un 52,25% que el aceite crudo tiene menos calorías que el frito y un 49,2% que el pan blanco engorda más que el pan integral.

**Conclusiones:** Hemos detectado que la alimentación es un tema que preocupa cada vez más a la sociedad, tanto por la estrecha relación que hay entre una buena alimentación y la prevención de enfermedades, como por el creciente culto a la belleza y la delgadez. Este gran interés ha hecho que surjan en torno a la alimentación una serie de creencias erróneas que lo único que consiguen es confundir a las personas que quieren perder peso y mejorar su salud.

#### 10/459. ¿NOS OLVIDAMOS DEL COLESTEROL EN NUESTROS PACIENTES HIPERTENSOS Y/O DIABÉTICOS?

C. Afonso Navarro, A. Rodríguez Pérez, S. Rijo González, M. Alvarado Montesdeoca y C. Ruiznavarro Menéndez

CS La Laguna-Finca España. Tenerife.

**Objetivos:** Conocer si tenemos a nuestros pacientes hipertensos y/o diabéticos en cifras óptimas de colesterol según criterios de la ATP III.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal con recogida de datos sobre niveles de lípidos y otros ítems (IMC, perímetro abdominal, tratamientos). Quedando excluidos aquellos con diagnóstico de enfermedad cardiovascular establecida.

**Resultados:** La muestra quedó formada por 401 pacientes, con una edad media de  $61 \pm 11,63$ , (56% eran mujeres), siendo los hipertensos el 59%, los diabéticos el 13%, los hipertensos/diabéticos el 28%. El control óptimo del colesterol total se obtuvo en el 44,6% de los casos, el LDL-colesterol en el 23,9%, el HDL en el 66,5% y los triglicéridos en el 58,1%. Presentan obesidad abdominal el 75,3%. Sólo el 8,9% están en normo peso. En tratamiento con estatinas el 57%, en combinación el 5,73%, sin tratamiento el 36,9%.

**Conclusiones:** Uno de cada 10 pacientes presenta un control óptimo de lípidos. Dos de cada 10 presentan un control óptimo de LDL-colesterol. Casi 8 de cada 10 tienen obesidad abdominal. Nueve de cada 10 presentan algún grado de obesidad. Estos resultados nos hacen pensar en la necesidad de intensificar los cambios de estilos de vida y tratamiento farmacológico.

#### 10/475. RECLAMACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA: LA REALIDAD QUE ESCONDEN

M. Fleitas Sosa, A. Domínguez Fernández y P. Guada Rodríguez

CS Puerto. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos:** Descubrir la carencia más significativa del servicio a tenor de lo reflejado en las reclamaciones y en consonancia con el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial, patrocinado por la EFQM que se basa en el análisis del funcionamiento y basados en hechos objetivos, conseguir la consecución de una visión común sobre las áreas a mejorar, metas a alcanzar y las herramientas a utilizar.

**Metodología:** Examinar de forma individual todas y cada una de las reclamaciones presentadas en el centro de salud del puerto desde el ejercicio 2006 al 2009 ambos inclusive.

**Resultados:** El personal que fue objeto de más reclamaciones es el facultativo, tanto dentro del ámbito de la atención ordinaria como los de atención continuada o servicio de urgencias dependientes de la gerencia de atención primaria.

**Conclusiones:** Que teniendo dicho personal médico de a p. distintos sistemas de trabajo en lo relacionado a como acuden los usuarios a sus consultas es decir, los primeros tienen sus agendas y por lo tanto una organización previa de sus consultas mientras que los segundos, atienden a demandas, las reclamaciones que ambos grupos reciben son totalmente coincidentes en la percepción que tienen los usuarios sobre el deficiente trato personal y humano que reciben. Estamos ante una situación que nos muestra la gran necesidad por parte dichos profesionales, en plantearse como parte de su formación individual el aprender a mejorar sus habilidades de comunicación y sobre todo a manejarse a nivel emocional pues este último aspecto, la mejora de la inteligencia emocional es su carencia más relevante.

#### 10/483. ¿ES CORRECTA LA PRESCRIPCIÓN QUE HACEMOS A NUESTROS PACIENTES MAYORES?

J. Thalamos Atienza, E. Uranga Sáenz del Burgo, J. Busto Sagrado, J. Iruretagoyena Amiano, M. Guridi Garitaonandia y L. Arrue Eizagirre

CS de Lezo-Donibane. Guipúzcoa.

**Objetivos:** El impacto de la utilización de fármacos en la población geriátrica en los países occidentales es enorme. El enfermo geriátrico padece demasiado a menudo problemas relacionados con medicamentos. Tres de cada cuatro recetas del Sistema Nacional de Salud Español se dispensó mediante la utilización de recetas de pensionista. Se define como medicación inapropiada aquella que se asocia con más riesgo de inducir daño que de producir beneficio. Mediante este estudio queremos valorar la correcta prescripción de medicamentos a nuestros pacientes mayores (> 65 años) utilizando varias herramientas, como son los criterios de Beers (2003) y los criterios de Stopp/Start. Estimar la prevalencia de polimedición (> 3 medicamentos) y valorar así mismo la tasa de filtrado glomerular (MDRD-4).

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Análisis de Hª clínica (informatizada OSABIDE) de forma retrospectiva de la prescripción como cartilla de largo tratamiento (CLT) de 244 pacientes mayores prescrita durante el año 2009 (precisión 5%, asumiendo un 20% pacientes con prescripción inadecuada y 5% de pérdidas) de las poblaciones de Lezo y Pasajes de San Juan. Aplicación de las tablas de medicación potencialmente inapropiada de BEERS 2003, STOPP y la tabla de medicación apropiada de START.

**Resultados:** Tenemos más pacientes con CLT mayores de 65 años mujeres (56,3%) con edad media 75 años de las cuales el 73,8% tienen alguna medicación crónica (CLT) con una media de fármacos crónicos de 3,25 y una tasa de polimedición del 38,5%. Fármacos potencialmente inapropiados según Beers 2003 del 8,4% y según STOPP del 27%. Los medicamentos potencialmente inapropiados mas prescritos son las benzodiazepinas (BDZ), antihistamínicos y antiarrítmicos según criterios Beers y según criterios STOPP antiagregantes sin antecedente de enfermedad cardiovascular, BDZ, neurolépticos. Los fármacos apropiados mas prescritos son del sistema cardiovascular, endocrino y respiratorio. Existen diferencias entre facultativos, centros de salud, polimedición. La tasa de filtrado glomerular es considerada muy buena (media 84,1 ml/min).

**Conclusiones:** La tasa obtenida de pacientes polimeditados es menor a la otros estudios y con una prescripción potencialmente inadecuada Beers baja comparada con otros estudios (13-24%). Fármacos potencialmente apropiados según START es similar a otros estudios del 53%. Observamos diferencias entre centros de salud y entre profesionales médicos. Debemos tener mucho cuidado a la hora de prescribir medicamentos a los ancianos por su riesgo y sobre todo las BDZ tanto de vida media corta como de vida media larga. En la mayoría de los pacientes la tasa

de filtrado glomerular menor de 30 ml/min tan sólo observamos 1 caso.

#### 10/489. DAÑO RENAL COMO MARCADOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR PREVIO EN LOS PACIENTES AFECTOS DE EPISODIO ISQUÉMICO

A. Altés Boronat, S. Rodríguez Martínez, M. Sánchez Serna, M. Martínez Vicente, C. Vila Carbonell y E. Maroto Martínez

Médico de Familia. CS Sants. Barcelona.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia previa de daño renal en los pacientes que presentan un episodio isquémico coronario (EC) o cerebrovascular (ECV).

**Metodología:** Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: C.S. urbano. Sujetos: pacientes diagnosticados EC o ECV en los años 2008 y 2009. Mediciones: edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), antecedente de hipertensión arterial o diabetes, y presencia de daño renal previo al evento isquémico: microalbuminuria (índice albúmina/creatinina > 30 mg/g), proteinuria (índice albúmina/creatinina > 300 mg/g) o insuficiencia renal (disminución del filtrado glomerular por debajo de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>).

**Resultados:** Se estudiaron los 177 casos. El 58% correspondía a enfermedad coronaria y el 42% a ECV. El 58% eran hombres (69% en EC y 43% en ECV), con una edad media de 72 años (70 en EC y 75 en ECV), el 51% eran mayores de 75 años (47% en EC y 59% en ECV). Tenían el antecedente de hipertensión arterial el 72% de pacientes estudiados, y de diabetes el 30,5%. Se había estudiado la microalbuminuria en el 21% de pacientes. De los pacientes estudiados, el 11% tenía microalbuminuria y el 5,5% tenía proteinuria. Se había estudiado el filtrado glomerular en el 49% de pacientes. De los pacientes con datos sobre el filtrado glomerular, el 35% tenía insuficiencia renal.

**Conclusiones:** A pesar que la mayoría de pacientes tenía el antecedente de hipertensión arterial o diabetes, la detección de microalbuminuria y de función renal era escasa. Aunque el daño renal parece ser un marcador de riesgo de evento isquémico, la falta de datos no permite estimar la asociación.

#### 10/490. PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PREVIO EN LOS PACIENTES CON UN EVENTO ISQUÉMICO CORONARIO Y CEREbroVASCULAR

A. Altés Boronat, M. Mayorgas Mayorgas, M. Muntión Alfaro, B. Sarasá Solá, M. Soler Durán y E. Maroto Martínez

Médico de Familia. CS Sants. Barcelona.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia previa de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes afectados de enfermedad isquémica coronaria (EC) y cerebrovascular (ECV) en un centro de salud urbano.

**Metodología:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: C.S. urbano. Sujetos: pacientes diagnosticados EC o ECV en los años 2008 y 2009. Mediciones: edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), antecedente familiar de enfermedad cardiovascular precoz (AF), hipertensión arterial (HTA), diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>), perímetro de cintura, ACxFA, lesión de órgano diana (microalbuminuria, hipertrofia ventrículo izquierdo, retinopatía, arteriosclerosis) y existencia de antecedente isquémico previo.

**Resultados:** Se estudiaron 177 casos diagnosticados. El 58% correspondía a EC y el 42% a ECV. El 58% eran hombres (69% en EC y 43% en ECV), con una edad media de 72 años (70 en EC y 75 en ECV), el 51% eran mayores de 75 años (47% en EC y 59% en ECV). No constaba existencia o no de AF en el 99% de pacientes. Constaba

diagnóstico de HTA en el 71,7% de pacientes (69% en EC y 75% en ECV), de diabetes en el 30% (33% en EC y 27% en ECV), de hipercolesterolemia en el 39% (46% en EC y 27% en ECV), de tabaquismo en el 13,56% (14% en EC y 13% en ECV), de obesidad en el 32,2% (31,4% en EC y 33,34% en ECV), de ACxFA en el 15% (9% en EC y 23% en ECV) de lesión de órgano diana en el 29,4% (34% en EC y 23% en ECV), y tenía antecedente isquémico previo el 22% de pacientes (28% en EC y 13% en ECV). No constaba perímetro de cintura en el 95% de pacientes.

**Conclusiones:** En los pacientes afectados de EC los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes fueron HTA, sexo masculino, edad > 75 años y hipercolesterolemia. En los afectados de ECV fueron: HTA, edad > 75 años, sexo femenino y obesidad. Hay un notable infraregistro del perímetro de cintura y de la existencia de antecedente familiar de enfermedad cardiovascular precoz.

### 10/493. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES AFECTOS DE ENFERMEDAD ISQUÉMICA CORONARIA Y CEREBROVASCULAR EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

A. Altés Boronat, C. Casals Beistegui, M. Muntión Alfaro, S. Rodríguez Martínez, M. Minguez Lázaro y M. Martínez Vicente

*Médico de Familia. CS Sants. Barcelona.*

**Objetivos:** Definir las característica epidemiológicas más relevantes de los pacientes afectados de enfermedad isquémica y cerebrovascular en un centro de salud urbano.

**Metodología:** Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: C.S. urbano (población asignada: 30.000 pacientes). Sujetos: pacientes con el diagnóstico de enfermedad isquémica coronaria (EC) o cerebrovascular (ECV) introducido en la historia clínica informatizada (HCl) durante los años 2008 y 2009. Mediciones: edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), antecedente isquémico previo, riesgo cardiovascular previo según la escala de Framingham, lugar de control anterior el evento (C.S., cardiólogo/neurólogo, mutua, servicio hospitalario).

**Resultados:** De los 387 pacientes detectados con el diagnóstico en los años 2008 y 2009 de EC o ECV en la HCl se excluyeron 210 pacientes por errores de codificación (diagnóstico erróneo o evento anterior al periodo estudiado) y se estudiaron los 177 casos restantes. El 58% correspondía a enfermedad coronaria y el 42% a ECV. Supuso una incidencia global de 2,95 casos/100.000 habitantes y año (1,7 para enfermedad coronaria y 1,2 para ECV). El 58% eran hombres (69% en EC y 43% en ECV), con una edad media de 72 años (70 en EC y 75 en ECV), el 51% eran mayores de 75 años (47% en EC y 59% en ECV). El riesgo cardiovascular era no calculable en el 75% de casos (56% por ser mayores de 75 años y 19% por falta de datos), de los calculables el 20% tenía un riesgo elevado. El 21,37% de casos tenía el antecedente de EC o ECV previo (30% en EC y 10% en ECV). El 85% seguía controles previos en el C.S., el 19% por cardiólogo/neurólogo, el 13% en sanidad privada y el 7% en servicios hospitalarios.

**Conclusiones:** Predomina el paciente mayor de 75 años, hombre en EC y mujer en ECV, con frecuente antecedente isquémico previo (sobre todo en EC) o riesgo cardiovascular elevado, visitado fundamentalmente por el C.S., aunque con importante control por otros ámbitos de atención. Se detectan importantes errores de codificación del evento y de registro de los factores de riesgo cardiovascular.

### 10/500. PREVALENCIA DE LA EPOC EN EL CAP BARCELONETA

E. Esquerri Tuñi, M. Maranges Comella, J. Esteban Roncero, I. Godoy Bugallo, E. Martínez Prats y R. Gómez Cid

*CAP Barceloneta. Barcelona.*

**Objetivos:** Se plantea conocer la prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en una área urbana que atien-

de nuestro centro de atención primaria (CAP Barceloneta), a través de las historias clínicas informatizadas. Como objetivo secundario: prevalencia del tabaquismo y adecuación del tratamiento crónico indicado según patología. El centro se encuentra ubicado en la ciudad de Barcelona, y su censo consta de 17.000 hab. Aproximadamente.

**Metodología:** Obtener todos los registros informatizados que incluyan la EPOC de la historia clínica según sexo y edad. Pacientes que cuentan con espirometría realizada en nuestro centro de atención primaria o en el servicio de Neumología del hospital de referencia (Hospital del Mar) durante el año 2009. Asimismo evaluar población atendida por neumólogo de zona en pacientes afectados de EPOC en el año 2009. Valorar los tratamientos indicados en el mismo año 2009.

**Resultados:** En proceso.

**Conclusiones:** En proceso.

### 10/501. PREVENCIÓN SECUNDARIA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y SU SITUACIÓN DE CONTROL Y REGISTRO COMPARADO CON LA POBLACIÓN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS EN EL ABS HACE 3 AÑOS

D. Voss, V. Marta Becerra, M. Calvo Doblado, E. Fabrè Folch, P. Flores Muxi y J. Musoll Segura

*ABS Cirera Molins. Mataró. Barcelona.*

**Objetivos:** Determinar el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables y el uso de antiagregación/anticoagulación en pacientes diagnosticados con cardiopatía isquémica (C.I.) en nuestro ABS, se compara con un estudio realizado en nuestro ABS en 2006/2007.

**Metodología:** Estudio descriptivo, transversal de 346 pacientes de ambos sexos con C.I. Ámbito: ABS urbana de 23.900 habitantes. Sujetos: pacientes diagnosticados de C.I. < 81 años. Mediciones: tabaquismo: grado de control y registro en los últimos 3 años. Colesterol: grado de control del LDL: (LDL < 100 mg/dl, 100 > LDL < 130 mg/dl, LDL > 130 mg/dl) registrado en los últimos 18 meses, Tensión Arterial (TA): grado de control (TA < 130/85 (130/80 en DM), 130/85 > TA < 140/90, TA > 140/90) registrado en los últimos 12 meses, grado de control glicémico en DM (HbA1C < 7, 7 > HbA1C < 8, HbA1C > 8) registrado en los últimos 18 meses, estado de Antiagregación/anticoagulación actualmente. Valoración del tratamiento de colesterol y TA.

**Resultados:** Edad 33-80 años, hombres/mujeres (75%/25%) Tabaquismo: no fumadores 86%; Registro 59%/92%. Colesterol: Control: buen control 39% Registro 2007/2010: 70%/78,0% DM: buen control 39%; Registro 2007/2010: 85%/92% TA: Buen control 45%; Registro 2007/2010: 79%/83% Falta antiagregación/anticoagulación en 9%.

**Conclusiones:** 1. Mejor registro de los FRCV, mejor control tabaquismo, peor "buen control" DM y igual "buen control" de LDL y TA. 2. Igual porcentaje de antiagregación/anticoagulación. 3. No diferencias en el tratamiento entre los diferentes niveles de control de LDL. 4. Aumento del tratamiento con ≥ 3 fármacos en pacientes con mal control TA. 5. Un mejor registro de los FRCV modificables en primaria no resulta en un mejor control de los pacientes con CI.

### 10/502. ¿CUÁL ES EL PERFIL DEL PACIENTE A QUIEN SE LE REALIZA LA ESPIROMETRÍA? CARACTERÍSTICAS DE LAS ESPIROMETRÍAS REALIZADAS EN 2009

E. Costa Atienza, D. Juvanteny Ginebra, M. Callis Privat, S. Martí Mas, L. Almendros Plana y A. Simó Llaveró

*ABS Manlleu. Barcelona.*

**Objetivos:** Definir las características generales de los pacientes a quien se realiza una espirometría en 2009. Conocer las características específicas de esta prueba.

**Metodología:** Utilización de los datos del Ecap y análisis estadístico descriptivo de los datos.

**Resultados:** Número de espirometrías realizadas: 218 (50,4% mujeres. 49,6% hombres). No presentados 74. Un 33,8% de éstos por técnica o preparación incorrecta. Tabaquismo: 65,6% no fumadores. Mujeres 59%. Media de edad 51 años. 21,5% fumadores. Media de edad 44 años. 12,9% ex-fumadores. Hombres 85,7%. Media de edad 64 años. Patrón espirométrico: Normal. (58%). Media de edad 44 años. Obstruktiva. (12%). Media de edad 60 años. Restrictiva. (17%). Media de edad 59 años. Mixta. (13%). Media de edad 67 años. Prueba broncodilatadora (BD): 20,6% negativas, 68% entre 1 y 12% (media 6,3% BD), 11,4% positivas (media 21%).

**Conclusiones:** 1. Facilitar al paciente por escrito la preparación previa a la espirometría para evitar los casos de mala preparación. 2. Hay diferencias respecto al sexo en los patrones espirométricos. 3. Los pacientes fumadores son más jóvenes que el resto. 4. Más de la mitad de las espirometrías fue interpretada como normal. La media de edad era menor que en el resto de patrones espirométricos.

### 10/509. PERFIL DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS CRÓNICOS Y USO FRECUENTE EN LOS PACIENTES INMOVILIZADOS POLIMEDICADOS

M. López Díaz, A. Palacios Colom, A. Benítez Nieblas, C. Montalbán González, P. Abarca Costalago y A. Niang Fernández

CS Barrio Peral. Cartagena.

**Objetivos:** Conocer el perfil de utilización de medicamentos crónicos y de uso frecuente, por los pacientes inmovilizados polimedicados.

**Metodología:** Estudio descriptivo y transversal (evaluación inicial, ciclo de mejora de calidad). Sujetos: 120 pacientes inmovilizados-polimedicados (> 5 fármacos), con registro informático-carnet de largo tratamiento (CLT) y registro de otras prescripciones de uso frecuente (botiquín domiciliario). Emplazamiento: zona de salud urbana. Periodo de estudio: septiembre 2009-abril 2010. Análisis estadístico descriptivo y bivalente.

**Resultados:** Analizamos 1005 medicamentos crónicos (CLT) y 134 de uso frecuente. Número de fármacos/paciente en CLT: de 5-7 (45,4%), 8-10 (33,8%) y > 10 (20,6%); siendo comprimidos (83,8%), sobres (3,3%), colirios (2,3%), insulina (1,7%), solución (1,6%) y cremas (0,9%). Fueron autoadministrados en el 29,7% de casos, mientras que era responsabilidad del cuidador en el resto (estos últimos, tomaban todos los fármacos en mayor número que los que se los autoadministraban)  $p < 0,03$ . Algunos medicamentos, aunque registrados en CLT, no eran usados por los pacientes (7%), acumulándose en los domicilios (136 medicamentos-14,2%). La coincidencia entre dosis diaria indicada por el paciente y la del CLT ocurría en el 92,2%, siendo menor de lo esperada con las cremas y sobres y mayor si las dosis eran menores ( $p < 0,01$ ). Los medicamentos del botiquín domiciliario, se registraron en la historia clínica (79,7%), coincidiendo la dosis (69,4%); siendo prescritos por su médico y/o especialista (88,8%), por farmacéutico u otros (autoconsumo) en el 7,5% de casos. Frecuencia diaria (45,5%), mensual (24,8%), semanal (12,4%) y ocasional (17,4%).

**Conclusiones:** Debemos mejorar los registros de medicación crónica y medir el cumplimiento de los medicamentos para su buen uso en el paciente inmovilizado.

### 10/527. EVALUACIÓN DE UN CURSO DE PATOLOGÍA TROPICAL Y DEL VIAJERO PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Linares Rufo, I. Hernández Beltrán y J. Sanz Navarro

CS Pavones. Madrid. Fundación io.

**Objetivos:** Ofrecer una formación complementaria y amplia a los profesionales de atención primaria a través de un curso de patolo-

gía tropical y del viajero. Conocer la valoración y el nivel de conocimientos adquiridos por parte de los alumnos.

**Metodología:** Curso presencial teórico-práctico de 25 horas de duración, acreditado con 5,6 créditos por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. Programa teórico: Geografía médica, inmigración, atención primaria y patología tropical, consulta del viajero, el papel de la enfermería, patología pediátrica tropical, laboratorio de medicina tropical, Infecciones de transmisión sexual, micosis tropicales, catástrofes y salud pública, VIH, tuberculosis, cooperación internacional, malaria y filariasis, dermatología tropical. Talleres prácticos: vacunación en el viajero, técnicas de diagnóstico microbiológico, dermatología tropical (se trabajan casos clínicos reales, se resuelven dudas de la parte teórica, se observan al microscopio preparaciones y se explica de manera práctica la correcta toma de muestras). Al principio y al final del curso se hace una evaluación mediante cuestionario tipo test individual (40 preguntas) relativas a la materia tratada. Para obtener el diploma se ha de obtener el 70% de las preguntas y asistir al 90% de las clases.

**Resultados:** En esta primera edición, se matricularon 60 alumnos, de los cuales obtuvieron el título de diploma 58 (96,6%). La media de las evaluaciones del pretest y postest refleja una mejora en la puntuación de 6,1 (pretest) al 9,1 (postest). Referente a la valoración del curso, respondieron a la encuesta 55 (91,6%). Todas las ponencias fueron evaluadas positivamente, obteniendo 4 ponencias la calificación de notable y los restantes la de excelente. El 98% de los alumnos consideraron útil y recomendable el curso.

**Conclusiones:** Existe una demanda importante por parte de los profesionales de atención primaria en la formación en Medicina Tropical y del viajero. La metodología teórico-práctica combina la posibilidad de poder resolver las dudas o problemas planteados en las clases teóricas. Además facilita el contacto directo con los ponentes de cada clase. La acogida de este curso ha sido muy favorable por los profesionales de atención primaria según se desprende de las encuestas de evaluación al final del curso. Los evaluaciones de conocimientos realizada mediante comparación del pretest y postest reflejan el aprovechamiento del mismo.

### 10/532. GRADO DE CONTROL DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA PREVIO EN LOS PACIENTES CON UN EVENTO ISQUÉMICO CORONARIO Y CEREBROVASCULAR

A. Altés Boronat, C. Casals Beistegui, E. Manzano Prado, M. Mayorgas Mayorgas, M. Minguez Lázaro y M. Muntión Alfaro

CS Sants. Barcelona.

**Objetivos:** Determinar el grado de diagnóstico, control y tratamiento de la hipercolesterolemia previo en los pacientes que sufren un episodio de enfermedad isquémica y cerebrovascular, tanto en prevención primaria como secundaria.

**Metodología:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: C.S. urbano. Sujetos: pacientes diagnosticados de episodio isquémico coronario (EC) o cerebrovascular (ECV) durante los años 2008 y 2009. Mediciones: edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), diagnóstico de hipercolesterolemia previo al evento, riesgo cardiovascular previo al evento según la escala de Framingham, último control analítico de colesterol total (CT), HDL y LDL, tratamiento farmacológico de la dislipemia y existencia de antecedente isquémico anterior.

**Resultados:** Se estudiaron 177 casos. El 58% correspondía a enfermedad coronaria y el 42% a ECV. El 58% eran hombres (69% en EC y 43% en ECV), con una edad media de 72 años (70 en EC y 75 en ECV), el 51% eran mayores de 75 años (47% en EC y 59% en ECV). El riesgo cardiovascular era no calculable en el 75% de casos (56% por ser mayores de 75 años y 19% por falta de datos), de los calcu-



lables el 20% tenía un riesgo elevado. Tenía el diagnóstico de hipercolesterolemia previo el 39% de pacientes: el 84% de estos tenía registro analítico de CT (que era > 240 mg/dl en el 35% de casos), el 71% de HDL (el 35% con niveles < 40 mg/dl) y el 74% de LDL (el 49% > 130 mg/dl siendo el 30% de casos > 160 mg/dl) y el 65% de pacientes tomaba un fármaco para su control (55% estatina, 8% fibrato y 2% ezetimiba). No tenía el diagnóstico el 61% de pacientes: el 72% de estos tenía registro analítico de CT (que era > 240 mg/dl en el 10% de casos), el 58% de HDL (el 24% con niveles < 40 mg/dl) y el 57% de LDL (el 60% > 130 mg/dl siendo el 15% de casos > 160 mg/dl) y el 18% de pacientes tomaba un fármaco para su control (15% estatina y 2% ezetimiba). El 21,37% de casos tenía el antecedente de EC o ECV previo, de estos el 51% tenía el diagnóstico previo de dislipemia, el 75% tenía registro de LDL (siendo > 100 mg/dl en el 79% de casos) y el 54% tomaba estatina.

**Conclusiones:** A pesar de tratarse de pacientes de alto o muy alto riesgo, se detecta un notable infradiagnóstico, déficit de control y infratratamiento de la hipercolesterolemia, siendo especialmente importante en la prevención secundaria. Podría deberse a inercia terapéutica por ser en su mayoría una población de edad avanzada.

### 10/533. GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PREVIO EN LOS PACIENTES CON UN EVENTO ISQUÉMICO CORONARIO Y CEREBROVASCULAR

A. Altés Boronat, M. Calvo Rosa, V. Rodríguez Aguilera, M. Sánchez Serna, B. Sarasá Solá y M. Soler Duran

CS Sants. Barcelona.

**Objetivos:** Determinar el grado de diagnóstico, control y tratamiento de la hipertensión arterial previo en los pacientes que sufren un episodio de enfermedad isquémica y cerebrovascular, tanto en prevención primaria como secundaria.

**Metodología:** Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: C.S. urbano. Sujetos: pacientes diagnosticados de episodio isquémico coronario (EC) o cerebrovascular (ECV) durante los años 2008 y 2009. Mediciones: edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), diagnóstico de hipertensión previo al evento, riesgo cardiovascular previo al evento según la escala de Framingham, último control de tensión sistólica (TAs) y diastólica (TAd), tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial y existencia de antecedente isquémico anterior.

**Resultados:** Se estudiaron 177 casos. El 58% correspondía a enfermedad coronaria y el 42% a ECV. El 58% eran hombres (69% en EC y 43% en ECV), con una edad media de 72 años (70 en EC y 75 en ECV), el 51% eran mayores de 75 años (47% en EC y 59% en ECV). El riesgo cardiovascular era no calculable en el 75% de casos (56% por ser mayores de 75 años y 19% por falta de datos), de los calculables el 20% tenía un riesgo elevado. Tenía el diagnóstico de hipertensión arterial previo el 72% de pacientes: de estos el 87% tenía registro tensional (el 37% de los pacientes con registro tenía TAs > 140 mmHg y el 19% tenía TAd > 90 mmHg) y el 81% tomaba tratamiento farmacológico (el 27% con 1 fármaco antihipertensivo, el 34,6 con dos, el 15% con tres y el 4,7% con cuatro). No tenía el diagnóstico el 28% de pacientes: el 62% de estos tenía registro tensional (siendo TAs > 140 mmHg en el 18% de pacientes con registro y TAd > 90 mmHg en el 4%) y el 24% de pacientes tomaba algún fármaco para su control (14% con un fármaco y 10% con dos). El 21,37% de casos tenía el antecedente de EC o ECV previo, de estos el 70% tenía el diagnóstico previo de hipertensión, el 86,5% tenía registro tensional (el 59% con TAs > 130 mmHg y el 41% con TAd > 80 mmHg) y el 86,5% tomaba antihipertensivos (19% con un fármaco, el 46% con dos, el 13,5% con tres y el 8% con cuatro).

**Conclusiones:** Elevada prevalencia de hipertensión arterial previa a un evento isquémico. A pesar de tratarse de pacientes de alto

o muy alto riesgo, se detecta un notable infradiagnóstico, déficit de control y infratratamiento de la hipertensión arterial, siendo especialmente importante en la prevención secundaria. Podría deberse a inercia terapéutica por ser en su mayoría una población de edad avanzada.

### 10/536. SOBRECARGA PERCIBIDA POR CUIDADORES DE PERSONAS ACOGIDAS A LA LEY DE DEPENDENCIA

M. Ruiz Peña<sup>a</sup>, D. Ocaña Rodríguez<sup>b</sup>, S. González Amaya<sup>b</sup>, J. Sánchez Guerrero<sup>a</sup>, M. Fernández Crespo<sup>b</sup> y R. Álvarez Miralles<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Los Barrios; <sup>b</sup>CS Algeciras-Norte.

**Objetivos:** Evaluar el nivel de sobrecarga del cuidador. Determinar el apoyo social percibido por los cuidadores. Valorar las variables sociodemográficas asociadas.

**Metodología:** Estudio descriptivo y transversal realizado en el ámbito de Atención Primaria de Salud. Se realizó mediante cuestionario heteroadministrado que contenía las escalas de sobrecarga del cuidador de Zarit, la escala de apoyo social de Duke y variables sociodemográficas. La cumplimentación se realizó en el domicilio del cuidador.

**Resultados:** Detectamos la presencia de sobrecarga en el 57,1% (IC95% 43,2-70,9%) de los cuidadores. El 36,4% (IC95% 23,8-50,4%) percibía un apoyo social bajo. Los cuidadores afectados de sobrecarga y escaso apoyo social responden a varones sin pareja, universitarios, sin experiencia previa, que no perciben dinero por su labor y que no comparte el cuidado con nadie.

**Conclusiones:** En nuestra población de estudio, hemos visto un escaso apoyo social percibido por el cuidador y una gran sobrecarga, lo que los convierte en personas a los que los médicos de familia debían prestar una especial atención. Sería conveniente la continuación de este estudio con otros de tipo analítico.

### 10/538. DETECCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) MEDIANTE EL CÁLCULO DEL FILTRADO GLOMERULAR (FG)

C. González Martín<sup>a</sup>, S. Peters<sup>a</sup>, S. Fariña Pacheco, F. Cejas-Fuentes Padrón<sup>a</sup> y C. Hernández Hernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Orotava San Antonio. Santa Cruz de Tenerife; <sup>b</sup>CS Icod de los Vinos. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos:** La ERC representa un factor de riesgo vascular independiente y aditivo. Además, un número importante de pacientes con ERC está sin diagnosticar, porque no se realizan controles o porque tienen una ERC oculta (enfermedad renal con creatininas normales). Nuestro objetivo fue detectar la ERC en diabéticos tipo 2.

**Metodología:** La ERC se define como la disminución de la función renal, con FG < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, durante tres meses mínimo, con o sin daño renal. Calculamos el FG a los diabéticos controlados habitualmente en dos Consultorios Periféricos y que no tenían ERC conocida. Para calcular el FG utilizamos la fórmula MDRD-4, que pondera las variables: edad, género, raza y creatinina sérica.

**Resultados:** El total de pacientes fue 345, 51% mujeres, 49% hombres y media de edad 64 años. El tiempo medio de evolución de la diabetes fue 7 años. El 60% estaban tratados con antidiabéticos orales (ADOs), el 23% con insulina (sola o en combinación) y el 17% sólo con dieta. El 7% de los diabéticos tenía un FG < 60 ml/min. El 36% tenía un FG entre 60-90 ml/min. Y el 57% de los pacientes tenía un FG > 90 ml/min. De los tratados con insulina el 13% tenían FG < 60 ml/min, los tratados con ADOs el 5% y los que tenían sólo dieta el 7%.

**Conclusiones:** El cálculo del FG es una herramienta de fácil acceso para una primera aproximación al diagnóstico de ERC. No obstante, sería necesario realizar otras determinaciones (cocien-

te albúmina/creatinina, proteinuria 24 h, sedimento) para poder situarlos en un estadio concreto de ERC para su manejo posterior.

### 10/539. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS INCLUIDOS EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN CENTRO SALUD URBANO

M. Lara Farfante<sup>a</sup>, M. Lasanta Barrero<sup>a</sup>, J. Ramírez Castillo<sup>b</sup>, E. Rodríguez Rodríguez<sup>c</sup>, C. Mampell Díaz<sup>a</sup> y M. Lechuga Muñoz<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz; <sup>b</sup>CS Posito. Arcos de la Frontera. Cádiz. <sup>c</sup>CS Centro. Jerez de la Frontera. Cádiz.

**Objetivos:** Conocer las características de los pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de cuidados paliativos de una Unidad de Gestión Clínica (UGC) situada en una Zona de Transformación Social en el ámbito urbano de Jerez de la Frontera.

**Metodología:** Tipo estudio: descriptivo transversal. Ámbito: UGC urbano en zona de transformación social que atiende a 35.935 habitantes. Periodo estudio: enero 2006 a abril del 2010. Variables de estudio: sexo, edad, diagnóstico principal (CIE-9MC), tiempo incluido en PAI de cuidados paliativos, uso de morfínicos, número de fármacos activos y cobertura del PAI. Fuente información: Historia de Salud Digital (DIRAYA).

**Resultados:** El número de pacientes incluidos en el PAI Cuidados Paliativos han sido 47, de los cuales 59,5% son hombres (28) y el 41,4% mujeres (19), lo que supone un 0,13 de la población diana. La media de edad es de 68,7 años, 71,3 para las mujeres y de 66,8 para los hombres. El tiempo de inclusión medio en el PAI es de 18,9 meses, siendo este periodo más largo en los hombres (22,1) que en las mujeres (14,47). Los diagnósticos oncológicos principales se distribuyen en la tabla. El uso de opiáceos se han indicado en el 38,2% de los pacientes (18), con un predominio del 64,7% (11) en la formulación transdérmica. El número medio de fármacos activos, para patología asociada concomitante por pacientes, es de 7,56 sin diferencias entre sexos.

**Conclusiones:** El PAI de Cuidados Paliativos de la UGC San Benito presenta una cobertura próxima a la establecida como estándar, 0,15 de la población general, a pesar de no haber incluido en el estudio los pacientes del PAI sin diagnóstico oncológico. Presentamos un predominio del usuario varón, edad media de 67 años, 4 años menor al de la mujer. Presentan una prevalencia por diagnósticos acorde con los datos publicados en la población general española: cáncer colorrectal, independiente del sexo, cáncer de mama en mujeres y cáncer de pulmón en varones. Periodo de seguimiento y cuidados superior a los 18 meses. Hemos indicado el tratamiento opiáceo a un tercio de nuestros pacientes mostrando preferencia por formulaciones transdérmicas. El tratamiento coadyuvante y las patologías asociadas exigen el uso de 7 fármacos de media.

### 10/548. DÉFICIT DE VITAMINA B12 SECUNDARIO A LA TOMA DE METFORMINA

M. Esquivias Campos, J. Ayllón Ayllón, J. Fernández Sáez, A. Sastre Fernández, F. Iníguez de Onzoño y M. Villaseñor López

ZBS Casas de Juan Núñez. Albacete.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de déficit de vitamina B12 (VB12) en pacientes diabéticos tipo 2 tratados con metformina en un centro de salud rural de la provincia de Albacete.

**Metodología:** Estudio observacional, transversal. Se incluyeron pacientes diabéticos tipo 2 tratados con metformina durante 5 o más años que aceptaron participar en el estudio y que no tuvieran antecedentes médicos quirúrgicos relacionados con déficit de VB12. Mediciones principales: sexo, edad, causas clínicas y/o quirúrgicas de déficit de VB12, síntomas asociados (deterioro cognitivo, depresión, alteración en la sensibilidad vibratoria en miembros inferiores), niveles séricos de VB12, hematimetría.

**Resultados:** De un total de 518 de pacientes diabéticos tipo 2, 208 (40,2%) estaban en tratamiento con metformina, de los cuales 23 (4,4%) la tomaban desde hace 5 o más años (media 5,8 años), sólo presentaron déficit de VB12 3 de estos pacientes. Ninguno de ellos presentó sintomatología asociada. No hubo relación estadística con alteraciones en el hemograma, ácido fólico, hemoglobina glucosilada.

**Conclusiones:** Según la literatura la prevalencia de déficit de VB12 en pacientes que toman metformina de forma continua oscila entre el 10 y 30% y suele aparecer entre los 3 y 6 años de tratamiento. Nosotros encontramos una prevalencia de 11,06%. El hecho de no encontrar relación del déficit con la sintomatología puede estar influenciado por el corto tiempo de exposición al fármaco. Aunque no hay consenso con respecto a la monitorización de VB12 en estos pacientes, sería bueno realizar estudios con más tiempo de exposición.

### 10/551. VALORACIÓN DE LOS PROCESOS NEOPLÁSICOS EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Pérez Llerandi<sup>a</sup>, M. Rodríguez Porres<sup>b</sup>, T. Saiz Careaga<sup>b</sup> y E. Montalvillo Delgado<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Zurbarán. Bilbao. Vizcaya; <sup>b</sup>CS Liébana. Potes. Cantabria; <sup>c</sup>CS Dr. López Albo. Colindres. Cantabria.

**Objetivos:** Analizar las características de las enfermedades tumorales en la consulta de Atención Primaria de un Centro de Salud Rural.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Ámbito: consulta de una zona básica de salud rural, con 900 pacientes y gran dispersión poblacional. Estudiamos la población total con una neoplasia que acude a su médico de familia durante 4 años, de marzo 2006 a marzo de 2010. Los datos se extraen del programa OMI-AP. Varia-

Tabla

Diagnóstico principal	CIE-9MC	Nº mujeres	Nº hombres	Nº total
Cáncer colorrectal	153, 154	4	6	10
Mama femenino	174	7	0	7
Pulmón	162	0	7	7
Tracto digestivo alto	150, 151	0	5	5
Tracto urinario	185, 188, 189	3	2	5
Neoplasia hematopoyética	200-208	1	3	4
Genital femenino	182,183	2	0	2
Otros	140, 145, 158, 161, 192	2	5	7
Total		19	28	47

bles: asistenciales, la edad expresada en años se estratifica, tipificamos las neoplasias según su localización de origen. Criterios de exclusión: registro incompleto de alguno de los datos del estudio. Análisis con el programa SPSS.

**Resultados:** Durante este periodo de tiempo se objetivaron 24 casos de procesos neoplásicos malignos. Sexo: 7 mujeres: 29,16%; 17 varones: 70,83%. Grupos de edad: (< 35): 0; (36-50): 3; (51-65): 4; (66-80): 15; (> 80): 2. Patologías: Respiratorio: Laringe: 2 (8,33%); Pulmón: 1 (4,16%); Digestivo: Gástrico: 2 (8,33%); Páncreas: 2 (8,33%); Colon: 1 (4,16%); Neurológico: Cerebro: 3 (12,5%); Urológico: Vejiga: 3 (12,5%); Próstata: 4 (16,64%); Dermatológica: 3 (12,5%); Mama: 2 (8,33%); Tiroides: 1 (4,16%); por sexos: Mujeres: Páncreas: 1; Cerebro: 1; Dermatológica: 2; Mama: 2; Tiroides: 1; Varones: Laringe: 2; Pulmón: 1; Estómago: 2; Páncreas: 1; Colon: 1; Cerebro: 2; Vejiga: 3; Próstata: 4; Dermatológica: 1. No hubo ninguna exclusión.

**Conclusiones:** En nuestro medio, las enfermedades tumorales afectan más frecuentemente a los varones, mayoritariamente entre 66 y 80 años. Los tumores más frecuentemente hallados en los varones fueron de próstata, seguidos por los de vejiga; mientras que en el caso de las mujeres los tumores más frecuentes fueron los de mama y los de piel.

#### 10/552. SEGURIDAD Y EFICACIA DE UN SERVICIO TELEFÓNICO DE ATENCIÓN SANITARIA DURANTE LA PANDEMIA DE GRIPE A (H1N1)V

T. Clanchet Aisa<sup>a</sup>, X. Pañart Sánchez<sup>b</sup>, M. Olmo González<sup>c</sup>, S. Cárceles Jurado<sup>c</sup> y J. Calpe Mayayo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CAP Terrassa Sur. Terrassa. Barcelona; <sup>b</sup>CAP Terrassa Oeste. Terrassa. Barcelona; <sup>c</sup>CAP Rambla. Terrassa. Barcelona.

**Objetivos:** Demostrar que la atención sanitaria a pacientes con sintomatología gripal, basada en un protocolo de actuación telefónico, es efectiva, segura y satisfactoria.

**Metodología:** Estudio cuantitativo y cualitativo, descriptivo, retrospectivo en una población urbana de aproximadamente 245.000 usuarios, (noviembre'2009-enero'2010), mediante un Protocolo de Asistencia Telefónica, con registro de actividad y encuesta de satisfacción al paciente y al profesional.

**Resultados:** Se analizaron 1.533 llamadas, 628 (41%) hombres y 905 (59%) mujeres, con una edad media de 35 años, (mínimo de 1 año y máximo de 88); 719 (47%) fueron resueltas por el Administrativo, con la correspondiente información al paciente. De las 814 (53%) restantes, 590 (39%) fueron atendidas por enfermería, y 224 (14%) fue necesaria la intervención del facultativo. De este 53%, se efectuó un seguimiento clínico de la totalidad de los casos, sin que se objetivaran discordancias clínicas importantes tras la actuación telefónica. La satisfacción del paciente que utilizó el servicio puntuó globalmente con un 9,1/10, recomendando el servicio un 94,4%; la satisfacción del profesional fue de un 9,7/10, siendo la recomendación del 100%.

**Conclusiones:** Este servicio nos ha permitido actuar de manera eficaz, proactiva, accesible y segura, confirmándose como una buena estrategia de abordaje. Demuestra ser, con protocolos establecidos, una forma segura de actuar, con un alto grado de concordancia diagnóstica. Así mismo, la satisfacción del paciente y del profesional ha sido muy elevada.

#### 10/554. ÍNDICE TOBILLO/BRAZO COMO INDICADOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE HIPERTENSO Y DIABÉTICO

L. Lorenzana Cárdenas y J. Elvira Martín

CS de Navarredonda de Gredos. Ávila.

**Objetivos:** En el campo preventivo, El ITB es un indicador de riesgo de enfermedad vascular periférica y arteriosclerosis. Tras un

estricto control de la TA se realiza de forma sistemática una antiagregación plaquetaria y comprobando la minoración de las complicaciones vasculares de los pacientes hipertensos-diabéticos.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal de casos y controles mediante: a) IT/B a pacientes hipertensos-diabéticos de la ZBS. b) Parámetros analíticos a todos los pacientes: HbA1c, TA, LDL, HDL, TG y p. abdominal. c) Hallar el Rcv mediante la tabla SCORE.

**Resultados:** Sobre una población diana de 248 se han captado 67 pacientes, habiendo conseguido los resultados siguientes: - 55 dentro de la normalidad; - 2 pacientes con arteria no elástica; - 9 pacientes con EAP moderada; - 1 paciente con EAP grave.

**Conclusiones:** Estos resultados se han obtenido al año de la puesta en marcha del proyecto, lo que ha mejorado la atención del paciente hipertenso-diabético. La antiagregación plaquetaria del paciente que no la tenía ha supuesto una no progresión y un no aumento de las complicaciones micro y macrovasculares. En 12 pacientes se ha descubierto una de EAP asintomática, lo que supone casi 1 de cada 5 personas de la población diana. Se ha comprobado que con sólo el seguimiento de los pacientes supone una disminución de la HbA1c y un buen control de la TA.

#### 10/555. GRUPO DE ACOGIDA (GA). CINCO AÑOS DE UNA NUEVA DIMENSIÓN EN LA TERAPIA DE LA SALUD MENTAL

J. Comín Junquera<sup>a</sup>, M. Cardona Egea<sup>a</sup>, I. Ramentol Massana<sup>a</sup>, M. Giné Badía<sup>a</sup>, M. Guzmán Bonilla<sup>a</sup> y S. Lallana Montero<sup>b</sup>

<sup>a</sup>EAP Badalona 7 La Salut; <sup>b</sup>Centro Salud Mental II. Badalona.

**Objetivos:** Facilitar la atención al paciente con malestar psíquico a través de un grupo abierto de terapia, proporcionando un espacio para hablar, pensar y escuchar, valorando la utilidad terapéutica mediante la adherencia a éste. Evaluar la mejoría subjetiva del malestar psíquico y la morbilidad, detectando los problemas mentales graves y disminuir las listas de espera ofreciendo una visión distinta de la salud mental.

**Metodología:** Estudio observacional durante cinco años. EL GA está dirigido una población de 27.190 personas mayores de 18 años (máximo 15 personas). Los pacientes son derivados por el médico de familia (MF). La conducción de las sesiones la realizan una psicóloga y un MF, son quincenales y no tienen límite en el número de días de asistencia. La única norma es la confidencialidad.

**Resultados:** El número de asistentes es 440 (88/año), con una media de 11-14 pacientes por sesión (80% mujeres). La edad media es de 45 años. El 23% tienen historia clínica en el centro de salud mental. Problemas más habituales: personales (soledad, incomunicación, miedo a la muerte, maltrato infantil), familiares (relaciones conyugales, síndrome del nido vacío, separaciones, violencia de género), laborales (prejudicación, mobbing, paro, adicción al trabajo) e interculturales (racismo, choque cultural).

**Conclusiones:** Un alto número de los participantes manifestaron mejoría sintomática y adherencia al grupo (71%), valorando como experiencia positiva la libertad para hablar, ser comprendidos y sentirse como uno mismo. La eficacia del grupo es equiparable a las sesiones individuales, aumentando la adhesión al tratamiento farmacológico y a las visitas con el especialista y/o grupos de psicoterapia.

#### 10/556. ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS RADIOLÓGICAS REALIZADAS EN UN CENTRO DE SALUD

T. Saiz Careaga<sup>a</sup>, E. Montalvillo Delgado<sup>b</sup>, A. Pérez Llerandi<sup>c</sup> y M. Rodríguez Porres<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS de Liébana. Potes. Cantabria; <sup>b</sup>CS Dr. López Albo. Colindres. Cantabria; <sup>c</sup>CS Zurbarán. Bilbao. Vizcaya.

**Objetivos:** Analizar las peticiones radiológicas realizadas desde un Centro de Salud (C.S.) al servicio de radiología del hospital de

referencia. Las radiografías se realizan en el C.S. dos días a la semana, se envían mediante telerradiografía al servicio de radiología donde son informadas. Dicho informe llega al C.S. en 15 días si la solicitud se realizó con carácter normal, en 7 días si fue preferente y en la misma mañana (fax) en caso urgente.

**Metodología:** Estudio transversal descriptivo. Población de estudio: radiografías simples (Rx) y ecografías realizadas en el C.S. durante 4 meses (septiembre-diciembre de 2009). Variables: sexo, edad, tipo de prueba: Rx-ecografía, petición normal-preferente-urgente. Criterio de inclusión: Peticiones realizadas desde la consulta o servicio de urgencias de atención primaria. Criterio de exclusión: mamografías, por no realizarse en el C.S. Recogida de datos del programa OMI-AP (6.9). Análisis estadístico con SPSS.

**Resultados:** N = 413. Mujeres 51,08%, hombres 44,69%. Edad: [0-16]: 4,11%; [17-29]: 9,44%; [30-49]: 17,67%; [50-64]: 19,61%; [65-79]: 32,92%; > 80: 15,02%. Pruebas más solicitadas: Rx de extremidades inferiores 33,65% (38,13% de tobillo, 33,09% de rodilla); Rx de columna vertebral 19,85% (65,85% proyecciones de columna lumbar); Rx de extremidades superiores 19,37% (53,75% de mano, 38,75% de hombro); Rx de tórax 16,22%; Rx de cráneo/senos 4,11%. Las ecografías músculo-esqueléticas sólo supusieron el 0,96%. Tipo de solicitud: normal 71,67%, preferente 16,46%, urgente 10,89%.

**Conclusiones:** El perfil del usuario corresponde a una mujer entre 65 y 79 años, que acude a la consulta de Atención Primaria desde donde se realiza una petición de radiografía simple con carácter normal de tobillo o rodilla.

### 10/559. EJERCICIO CON CONTINUIDAD COMO FUENTE DE SALUD

C. Ramírez Álamo, N. Hernández Betancort, G. Hernando Suárez, J. Mederos Montesdeoca, R. Peñate Socorro y O. Segura Álamo

CS Cono Sur. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos:** Conocer los beneficios que la práctica del ejercicio les ha aportado a nivel físico y psíquico. Enseñar los límites físicos de cada persona, aumentando la capacidad de esfuerzo así como ayudar a detectar síntomas y señales que aparecen con el ejercicio.

**Metodología:** Conocer los beneficios que la práctica del ejercicio les ha aportado a nivel físico y psíquico. Enseñar los límites físicos de cada persona, aumentando la capacidad de esfuerzo así como ayudar a detectar síntomas y señales que aparecen con el ejercicio.

**Resultados:** Tras haber aplicado el programa de ejercicio físico se observa que la práctica del ejercicio continuado ayuda a combatir la ansiedad, la depresión y el estrés mental. Logrando además una pérdida de peso cuando este es necesario y contribuyendo a la mayor independencia de las personas mayores.

**Conclusiones:** Es necesario conocer los límites de cada persona, en todo momento. El ejercicio físico puede ayudar a mejorar la situación física y psíquica. Fomentar una manera sencilla para compartir actividades con amigos, familiares y profesionales sanitarios contribuyendo a mejorar aspectos sociales.

### 10/566. LA EDUCACIÓN GRUPAL COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

C. Betancort Mastrangelo, M. Sosa Suárez, A. Barreno Esteve, R. Guerra Páez, F. González Pérez y N. Santana Quintana

CS Cono Sur. Las Palmas.

**Objetivos:** Dotar a los pacientes de la Zona Básica de Salud (ZBS) de conocimientos que los habiliten para adoptar un cambio de hábitos saludables, fomentando su autonomía y responsabilidad sobre su estado de salud.

**Metodología:** Creación del programa de educación grupal. Implementación del programa. Estudio analítico longitudinal del pe-

riodo 2007-2010 en el ámbito de la ZBS, siendo el objeto de estudio los 700 pacientes que han acudido a los talleres. Entrevistas de satisfacción y test de conocimientos pre y post talleres. Datos de parámetros en historias clínicas.

**Resultados:** Tras una valoración cuantitativa se han obtenido datos del número de pacientes que acuden a los talleres de educación grupal clasificados por temas. Tras una valoración cualitativa se ha obtenido el nivel de satisfacción de los pacientes, el nivel de conocimientos y el cambio de parámetros en Historia Clínica.

**Conclusiones:** La educación grupal como herramienta complementaria al resto de las intervenciones del equipo de Atención Primaria ha proporcionado resultados muy satisfactorios tanto en los pacientes como en los profesionales, dando al paciente mayor autonomía, implicación, responsabilidad y libertad en la toma de decisiones hacia la salud. Se debe insistir en la captación activa de pacientes que se pueden beneficiar de esta forma de trabajo. Los sanitarios debemos seguir formándonos en conocimientos científicos, en técnicas de comunicación eficaz y en trabajo con grupos en el ámbito de la salud.

### 10/567. DIABÉTICOS POLIMEDICADOS. OPORTUNIDAD DE MEJORA

R. Aguilar Hernández<sup>a</sup>, J. Liberman<sup>a</sup>, M. Aparicio Egea<sup>a</sup>, M. Hidalgo Escribano<sup>a</sup>, F. Martínez Nieto<sup>a</sup> y J. García Román<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Pozoestrecho. Cartagena; <sup>b</sup>CS Molinos Marfagones. Cartagena.

**Objetivos:** 1. Conocer características poblacionales, factores riesgo cardiovascular (FRCV) y grado control de diabéticos polimeditados (DP). 2. Conocer uso y posibilidades de uso de fármacos con más de un principio activo (FMPA) en DP.

**Metodología:** Estudio descriptivo. Recogimos datos demográficos, FRCV y del grado control y seguimiento de 140 DP (5 o más medicamentos) elegidos por muestreo aleatorio simple entre DP (254 -31,6% del total diabéticos) de nuestro centro de salud. Medidas descriptivas variables demográficas, t de Student y Anova para variables cuantitativas y  $\chi^2$  variables cualitativas.

**Resultados:** Mujeres 43,8% Edad media 70,53  $\pm$  11,1. Fumadores 21%; HTA 87,6%; Dislipemia 72,3%; Obesidad 62,8%; Cardiopatía isquémica 21,9%; Insuficiencia renal (IR) 20,4%. Fármacos diarios 8,74  $\pm$  3. Pastillas diarias 11  $\pm$  4,3. Antidiabéticos diarios 2,44  $\pm$  1,7 Uso de FMPA: 41,6%, de ellos 64,9% asociaciones de antihipertensivos (AAH), 22,8% asociaciones de antidiabéticos (AAD0). Posibilidad de asociación de FMPA: 26,3%, de ellos el 47,1% posibles AAH, y 27,6% AAD0. Glucemia basal: 140  $\pm$  48,9, HbA1c: 7,19  $\pm$  2,45, TAS 134,9  $\pm$  15,9, TAD 74,3  $\pm$  9,1, glucemia basal < 140: 52,6%, HbA1c < 7: 36,5%, antiagregados: 65,7%, TA menor igual 130/80: 50,4%, LDL < 100: 40,9%. Mujeres DP toman más fármacos que hombres\* (\*p < 0,05). Cardiopatas y pacientes con IR toman más fármacos\* y tienen mejor control de TAS y TAD \*. Cardiopatas tienen peor control HbA1c\*.

**Conclusiones:** El DP tiene 70 años, toma 11 pastillas diarias, asocia otros FRCV y el control de glucemia y FRCV es insuficiente. Existe una oportunidad de mejora en el uso de FMPA en DP.

### 10/569. MEJORA EN EL REGISTRO Y EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN HIPERTENSOS

R. Aguilar Hernández<sup>a</sup>, M. Hidalgo Escribano<sup>a</sup>, M. Sánchez de las Matas Garre<sup>b</sup>, M. Aparicio Egea<sup>a</sup>, J. Liberman<sup>a</sup> y A. Muñoz Ureña<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Pozoestrecho. Cartagena; <sup>b</sup>Hospital del Rossell. Cartagena; <sup>c</sup>Unidad Docente. Cartagena.

**Objetivos:** 1. Determinar grado de control, seguimiento y cumplimiento los datos que aconsejan las guías de buena práctica clínica (GPC) en hipertensos. 2. Mejorar cumplimiento de pruebas recomendadas por las GPC y control de nuestros hipertensos.



**Metodología:** Estudio intervencionista antes-después sobre hipertensos de un centro de salud. Recogimos datos demográficos, de seguimiento que indican las GPC y del grado de control en los FRCV de 125 hipertensos, muestreo aleatorio simple (MAS). Intervención durante 11 meses sobre personal sanitario asistencial, 2 charlas y recordatorios quincenales vía intranet remarcando la importancia del registro y objetivos de control para FRCV en hipertensos. Nueva recogida de datos a 125 hipertensos (MAS). Comparación estadística de los datos utilizando la t-Student (variables cuantitativas) y chi-cuadrado (variables cualitativas).

**Resultados:** Muestras comparables en distribución por sexos, edad, IMC, FRCV asociados. Mejora registro último año de creatinina (41,1% antes-58,9% después  $p < 0,001^{***}$ ), glucemia (41,4%-58,6%\*\*\*), colesterol (80,8%-95,3%\*\*\*), HDL-colesterol (41%-59%\*\*\*), LDL-colesterol (40,9%-59,1%\*\*\*), triglicéridos (41,7%-58,3%\*\*\*), potasio (39%-61%\*\*\*), orina (43,2%-56,8%\*\*\*), microalbuminuria (30,8%-69,2%\*\*\*). Mejora registro electrocardiograma últimos 2 años (80%-97,3%\*\*\*). Mejora registro TA 2 últimos meses (61,5%-77,8%\*\*\*). Mejora nivel TA sistólica sin significancia estadística del 33% con TA < 125 antes intervención al 43,6% tras intervención, del 81,6% < 140 al 87,8%. Mejora en nivel de TA diastólica < 75 del 38% al 57% ( $P < 0,05^*$ ), sin mejoría para cifras mayores de TA diastólica. No mejoras en cifras colesterol, glucemia, creatinina ni microalbuminuria.

**Conclusiones:** Esta intervención consigue mejoría en nivel de registro de pruebas que se deben realizar según GDC a hipertensos. Debemos mejorar el control de nuestros hipertensos.

#### 10/571. VALORACIÓN DE LA EFICACIA TERAPÉUTICA DEL DISPOSITIVO DE AVANCE MANDIBULAR EN LOS SÍNDROMES RESPIRATORIOS OBSTRUCTIVOS DEL SUEÑO

P. Mayoral Sanz<sup>a</sup>, R. Ramírez Parrondo<sup>b</sup>, D. García Borreguero<sup>a</sup>, D. Panova Tzonova<sup>a</sup>, O. Larrosa<sup>a</sup> y E. Calvo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Instituto de Investigaciones del Sueño; <sup>b</sup>Clínica Universidad de Navarra.

**Objetivos:** Poner en conocimiento del Médico de Familia que los dispositivos de avance mandibular (DAM) son tratamiento de primera elección para el Ronquido, Síndrome de Resistencia de la Vía aérea (SRVA), Síndrome de apnea obstructiva de sueño (SAOS) de leve y moderado y de segunda elección en el SAOS severo. Influencia del DAM en: índice de apnea hipopnea (IAH), saturación de oxígeno mínima (SO2M), tiempo con saturación de oxígeno inferior a 90% (TSO2 < 90%).

**Metodología:** Número de pacientes: 32. Técnicas diagnósticas: radiografía lateral, imagen 3D y polisomnografía. Tratamiento: DAM. Postratamiento: polisomnografía. Parámetros estudiados: IAH, SO2M, TSO2 < 90%.

**Resultados:** El DAM produjo disminución del IAH medio de 41,2 (DE 17,5) a 12,3 (DE 10), ( $p > 0,001$ ). No se objetivó variación significativa entre los valores pre- y postratamiento de SO2M (79,6% y 81%, DE 7,1 y 7,4) y del TSO2 < 90% (15 minutos DE 14,9 y 15,2 minutos DE 24).

**Conclusiones:** Al Médico de Familia le conviene conocer que el DAM constituye un tratamiento eficaz en los síndromes respiratorios obstructivos del sueño, porque interrumpe la generación de la obstrucción de la vía respiratoria superior. La eficacia terapéutica se observó por la disminución del IAH, sin normalización de la oximetría.

#### 10/572. FIBROMIALGIA Y SU COMORBILIDAD

M. Rodrigo Claverol, E. Rodrigo Claverol, M. Ortega Bravo, E. Serra Llavall, N. Nadal Braqué y M. Capdevila Andreu

ABS Capponet. Lleida.

**Objetivos:** Describir las características de la población diagnosticada de fibromialgia. Conocer si se asocia a depresión, otras enfer-

medades reumatológicas y osteoarticulares. Valorar si el tratamiento aplicado sigue las recomendaciones de la guía de práctica clínica.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Población de 3 centros urbanos de Atención Primaria. Mediante revisión de historia clínica de todos los pacientes diagnosticados de fibromialgia (1990-2009), recogimos datos durante diciembre 2009. Variables: edad, sexo, año diagnóstico, depresión asociada, otras enfermedades, tratamiento.

**Resultados:** Muestra 221. Edad media: 54,4 (DE  $\pm 11,73$ ). Sexo: mujeres 213 (96,8%, IC: 3,6%-98,7%). Año diagnóstico: 1990-1995: 5; 1996-2000: 11; 2001-2005: 90; 2003-2005: 73; 2006-2009: 114. Depresión en 124 (56,1%, IC: 49,3-62,8%); siendo 99,2% mujeres. Otras enfermedades: Artrosis 32 (14,6%), Osteoporosis 28 (12,7%), Enfermedades reumatológicas 10 (4,7%), Traumatológicas 35 (15,8%), Patología columna: algias 111 (50,3%) (lumbalgia 63 (28,6%, IC: 22,8-35,1%), estructural 42 (19,1%) (hernias discales 22 (10%, IC: 6,3-14,7%); dolor neuropático 13 (6%). Tratamiento en 111 (96,5%) mujeres y 4 (3,5%) hombres: Paracetamol 79 (35,7%), AINEs 114 (51,6%), Tramadol 20 (9%), Opioides mayores 13 (5,9%), Relajante muscular 98 (44,3%), Antiepilépticos 33 (15%) (Gabapentina 9 (4,1%), Pregabalina 13 (5,9%)), Regeneradores de cartilago 4 (1,8%), Antidepresivos: ISRS 98 (44%), Tricíclicos 10 (4,6%) y en diagnósticos de depresión: 76 (77,6%) y 4 (44,4%) respectivamente, combinaciones paracetamol 22 (9,9%).

**Conclusiones:** La muestra obtenida es mayoritariamente femenina y de mediana edad. Destaca un alto porcentaje de diagnóstico durante 2007 y 2008. En más de la mitad se asocia depresión aunque no siempre se trata. Hemos obtenido una asociación a numerosas patologías de distintas etiologías con predominio de afectación de la columna. Casi su totalidad reciben tratamiento, principalmente AINEs aunque las guías aconsejan en primer lugar paracetamol solo o asociado.

#### 10/574. ¿TOMAN DE FORMA CORRECTA LA MEDICACIÓN NUESTROS PACIENTES MAYORES?

M. Saldaña de la Fuente<sup>a</sup>, M. Arrondo Etxabe<sup>a</sup>, A. Jauregui Cambra<sup>a</sup>, A. Arranz Urrutia<sup>b</sup>, A. Aguirre Zuazo<sup>b</sup> y J. Thalamas Atienza<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Lezo. Guipúzcoa; <sup>b</sup>CS Donibane. Guipúzcoa.

**Objetivos:** Existe unanimidad en la bibliografía en recomendar revisiones periódicas de la medicación cada 6-12 meses, en función del número de fármacos que toman y en cada cambio de medicación. El método más citado es el de la "Bolsa marrón" (Brown Bag). Según la bibliografía consultada los resultados esperados son el cambio de alguna medicación en el 29% de los pacientes con cartilla de largo tratamiento (CLT). Queremos comprobar el grado de cumplimiento en la toma de la medicación mediante los test de Morinsky-Green y de Haynes-Sackett y objetivarlos con la prescripción y posología registrada en OSABIDE (Hª clínica informatizada). Analizar qué factores pueden influir para una mejor o peor cumplimentación.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal durante los meses de abril y mayo/10 se recoge una muestra 246 pacientes mayores de 65 años (precisión 5%, pérdidas 20%) que se les cita en consulta de enfermería con toda su medicación (bolsa marrón) que toman en casa. Aplicamos los test de Morinsky-Green y de Haynes-Sackett. Analizamos la concordancia del cumplimiento de la prescripción y su posología entre los test y Osabide y analizamos factores que puedan influir como edad, sexo, polimedicación, profesional médico, número de fármacos crónicos.

**Resultados:** Edad media 75 años (DT 7,7) con predominio femenino (52,9%). El 41% no presentan ninguna prescripción crónica. El 84,1% presenta un test de Morinsky favorable (cumplimiento subjetivo correcto) pero con test de Haynes-Sackett (cumplimiento objetivo correcto) del 66% en la prescripción y del 61,4% de la poso-

logía. Los hombres son mejores cumplimentadores (75%) que las mujeres (57%). A mayor número de fármacos menor cumplimentación (> 4 fármacos) el incumplimiento asciende al 50%. Gran abanico de incumplimiento dependiente del profesional médico oscilando desde el 9,1% hasta el 46,2% en la prescripción y del 16,7% hasta el 46,2% en la posología.

**Conclusiones:** Estamos convencidos de la necesidad de revisar de forma periódica la CLT con los pacientes in situ y su "Bolsa Marrón" por lo menos 1 vez al año. Ojo, pues 4 de cada 10 pacientes con CLT no toma de forma correcta y sobre todo los pacientes de > 4 fármacos pues 1 de cada 2 no toma de forma correcta. Mejor registro en OSABIDE de la medicación crónica es fundamental por el alto riesgo de efectos indeseado, interacciones, efectos secundarios, complicaciones provocadas por la medicación crónica. Papel fundamental de enfermería en el control y seguimiento de la CLT sobre todo en pacientes polimeditados y ancianos.

### 10/578. PRESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, PASEOS SALUDABLES

B. de Miguel Ibáñez<sup>a</sup>, M. Espuga García<sup>a</sup>, P. Núñez Manrique<sup>b</sup>, M. Vico Gavilán<sup>b</sup>, I. Álvarez Vigila<sup>a</sup> y A. Vinuesa Maldonado<sup>c</sup>

<sup>a</sup>ABS Gavá I. Gavá. Barcelona; <sup>b</sup>ABS Bartomeu Fabre. Gavá. Barcelona; <sup>c</sup>Patronato Municipal de Deportes Gavá. Barcelona.

**Objetivos:** Promocionar la prescripción y realización de ejercicio físico en población sedentaria con riesgo cardiovascular alto, desde todos los agentes de salud de la ciudad. Mantener la actividad física post intervención.

**Metodología:** Elaboración y desarrollo del proyecto por Centros de Salud de la ciudad, con elaboración de material divulgativo. Formación en riesgo cardiovascular y en prescripción de actividad física a todos los agentes de salud, incluyendo personal de las oficinas de farmacia. Publicidad desde consultas, farmacias y medios de comunicación locales (televisión). Inicio de los paseos. Se entrega mochila con logotipo del proyecto. Acompañamiento por personal médicos y/o enfermeras. Dos paseos semanales durante seis semanas para facilitar la adhesión al ejercicio y fomentar vínculos sociales que apoyen la actividad. Encuesta de satisfacción.

**Resultados:** Total asistentes 75, edad media 64 años y el 90% mujeres. Creación de grupos a partir de la propia actividad con vinculación social para realizar paseos y otras actividades. Mantenimiento de la actividad física por cuenta propia y grupal, alta satisfacción.

**Conclusiones:** La recomendación de hábitos de vida saludable y prescripción de ejercicio para mejorar los factores de riesgo cardiovascular están documentados, pudiéndose implicar a todos los agentes de salud (farmacias, centros sanitarios y servicios municipales deportivos). La proximidad al ciudadano está muy bien valorada por los participantes: ciudadanos y profesionales. La repetición de la actividad en 6 semanas y 2-3 ciclos anuales conlleva un impacto publicitario de la misma sobre la población que genera adhesión y formación de grupos autónomos para proseguir la práctica.

### 10/580. ESTUDIO OBÉLIX II: OBESIDAD Y NIVELES PLASMÁTICOS DE PCR ULTRASENSIBLE

M. Sánchez de Enciso Ruiz<sup>a</sup>, C. Rodríguez Fernández<sup>b</sup>, E. Vázquez Seijas<sup>c</sup> y M. López Silv<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Friol. Lugo; <sup>b</sup>CS A Milagrosa. Lugo; <sup>c</sup>CS Fingoi. Lugo; <sup>d</sup>CS Plaza del Ferrol. Lugo.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de la obesidad en una población infantil. Comprobar si existe relación entre obesidad y niveles plasmáticos de proteína C reactiva ultrasensible (PCRus).

**Metodología:** Se trata de un estudio transversal realizado con estudiantes del colegio de Friol (Lugo) con edades incluidas entre

los 3 y los 12 años. Se distribuyó a todos los sujetos de la muestra en dos grupos: normopeso y obesidad, de acuerdo a los percentiles validados para la población infantil española (M. Hernández). Se estratificó cada caso en función de sus niveles de PCRus, de acuerdo con la AHA/CDC (riesgo bajo: < 1 mg/dl, riesgo medio: 1-3 mg/dl y alto riesgo: > 3 mg/dl).

**Resultados:** La muestra se compone de 96 sujetos, de los que 42 eran niñas y 54 niños; el 34,4% del total de la muestra presentaron obesidad (percentil igual o superior a 90), de ellos eran niños el 66,7% y niñas el resto; por grupos etarios la prevalencia fue de 26,2% (3-7 años) y 40,7% (8-12 años); ambas diferencias resultaron no ser estadísticamente significativas. La media de la PCRus fue de 3,2 ( $\pm$  1,5), teniendo el 59,4% bajo riesgo, el 20,8% medio riesgo y el 19,8% alto riesgo. La asociación entre PCRus y obesidad fue no estadísticamente significativa para ninguno de los riesgos descritos.

**Conclusiones:** Una tercera parte de los escolares entre 3 y 12 años presentan obesidad. No existen diferencias según la edad. La obesidad no se relaciona con los niveles plasmáticos de PCRus.

### 10/585. OMEPRAZOL, FRACTURA DE CADERA Y OSTEOPOROSIS

E. Rodrigo Claverol, M. Ortega Bravo, E. Serra Llavall, M. Lafarga Giribets, M. Rodrigo Claverol y M. Capdevila Andreu

ABS Capponet. Lleida.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de ingesta de omeprazol en una población con fractura de cadera. Describir si los que toman omeprazol lo hacen con correcta indicación y determinar si este, se relaciona con el riesgo de sufrir osteoporosis.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Muestra obtenida de tres Áreas Básicas de Salud (ABS) urbanas durante enero 2010, revisando historias clínicas informatizadas (programa e-cap) de pacientes diagnosticados de fractura de cadera. Variables: edad, sexo, diagnóstico osteoporosis y/o úlcus, tomar omeprazol, antiinflamatorios (AINES), antiagregantes y/o anticoagulantes (ACO).

**Resultados:** Muestra: 161 (75,8% mujeres). Media edad 77,4  $\pm$  12,7 años (a) (IC: 78,9  $\pm$  9a en mujeres,  $p < 0,005$ ). Diagnóstico: osteoporosis 52,8% (IC: 52,2-70,2% en mujeres,  $p = 0,000$ ), úlcus 21,7% (IC: 13,43-42,98% en hombres). Toman: omeprazol 49,7% (IC: 45,9-63,8% en mujeres,  $p = 0,015$ ), AINES 13,7% (IC: 10-24% en mujeres,  $p = 0,013$ ), antiagregantes 75,8% (IC: 16,8-32,3% en mujeres), ACO 11,2% (IC: 7,2-33% en hombres,  $p = 0,038$ ). Toman omeprazol: diagnosticados de úlcus 28,8% (IC: 18,6-38,8%,  $p = 0,025$ ) y de osteoporosis 59,5% (IC: 49-70%,  $p = 0,048$ ). De los que toman omeprazol también toman: AINES 23,2% (IC: 14,2-32,2%,  $p = 0,000$ ), antiagregantes 33,7% (IC: 23,1-44,3%,  $p = 0,004$ ), ACO 5,8% (IC: 0-11,6%,  $p = 0,041$ ).

**Conclusiones:** Se trata de una población predominantemente femenina y de avanzada edad. Toman omeprazol la mitad y de estos, lo hacen con indicación correcta: casi un tercio (diagnosticados de úlcus, antiagregados) y en menor proporción, consumidores de AINES o ACO. Hemos obtenido que el riesgo de sufrir osteoporosis depende del sexo más que de la edad y no del antecedente de úlcus o ingesta de AINES y/o omeprazol.

### 10/586. PUNTO DE ENCUENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA. RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR EN LA LUMBALGIA

M. Gutiérrez Angulo<sup>a</sup>, B. Iraola Sierra<sup>b</sup> y E. Bello Larrarte<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS de Beraun. Osakidetza. Gipuzkoa; <sup>b</sup>CS de Gros. Osakidetza. Gipuzkoa; <sup>c</sup>Hospital del Bidasoa. Osakidetza. Gipuzkoa.

**Objetivos:** Analizar el diagnóstico radiológico de petición de Resonancia nuclear magnética (RNM) en patología de columna, solicitada desde Atención Primaria (A.P.).

**Metodología:** Diseño: estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se revisaron la solicitud de RNM y datos obtenidos del registro informatizado (Osabide), durante 12 meses. Variables: edad, sexo, sintomatología clínica y resultado radiológico.

**Resultados:** El total de las peticiones solicitadas fue de 78. El diagnóstico radiológico más frecuente fue la hernia discal (38%), patología degenerativa (24%), estenosis del canal (18%), alteración estructural (8%) y aplastamientos (4%). La RNM fue normal en un 8% de las peticiones. En los casos en que la clínica era de lumbalgia crónica el diagnóstico radiológico más frecuente fue la patología degenerativa (6%) seguido de la estenosis del canal 5%. Los casos de lumbociática irradiada a extremidades un 36% correspondían a hernia discal, un 15% a patología degenerativa y 8% a estenosis del canal. En los casos de sospecha de patología espinal el principal diagnóstico fue estenosis del canal 5% seguido de aplastamiento vertebral 4% y hernia discal 3%.

**Conclusiones:** El diagnóstico radiológico más frecuente hallado ha sido la hernia discal en pacientes con clínica de lumbalgia crónica ya sea como sintomatología de lumbociática o con clínica de sospecha de patología espinal. Bajo porcentaje de RNM normales. La indicación de RNM de médico de AP fue adecuado a la Guía de la lumbalgia.

#### 10/594. PROGRAMA DE ANTICOAGULACIÓN ORAL EN ACTO ÚNICO: UN RETO PARA LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE

A. Foncubierta Fernández, C. Otero Puime, A. Mas Lacave, M. Luque Coto, M. Morales Abad y J. Hidalgo García

CS Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.

**Objetivos:** Realizar el programa TAO en acto único para que la totalidad de los pacientes anticoagulados tengan la pauta de tratamiento en menos de 15 minutos con ausencia de eventos adversos.

**Metodología:** La población diana está constituida por 190 mujeres y 187 varones pertenecientes al área geográfica de nuestro centro de salud durante los últimos 12 meses. La determinación del INR se realiza con el coagulímetro INRatio®. Una vez determinado el INR, se pauta por el médico de familia in situ la dosis de anticoagulante oral, a tomar por el paciente. Se está conectado online a la base de datos de pacientes anticoagulados del Servicio de Hematología. Como recursos humanos intervienen 2 DUEs y 2 MF.

**Resultados:** El tiempo medio para que el paciente tenga la pauta a seguir, es de 10 minutos, si bien en algunos casos llega a sólo 5 minutos. El control de calidad se realiza por revisión entre dos médicos o bien entre un médico y un enfermero, con lo que se consigue un alto nivel de Seguridad Clínica para el paciente, ya que en el periodo estudiado no se ha producido ningún evento adverso que comprometiera la Seguridad Clínica.

**Conclusiones:** Con el diseño del Programa TAO en acto único, se consigue ahorro de tiempo y evitamos molestias para el paciente y/o familiar, ya que sólo asiste una sola vez al centro de salud con alto nivel de seguridad clínica.

#### 10/596. VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN AL ENFERMO CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

M. Medina Hernández<sup>a</sup>, B. Ríos Alonso<sup>b</sup>, J. Porcel Ruiz<sup>b</sup>, J. Álvarez Gregory<sup>a</sup>, R. Sandín Pérez<sup>a</sup> y F. Cuadrado Sanguino<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Casto Prieto. Salamanca; <sup>b</sup>CS Salamanca.

**Objetivos:** Evaluar la adecuación de la práctica clínica a las recomendaciones de la Cartera de Servicios de Sacyl, en el ámbito de la Atención Primaria urbana.

**Metodología:** Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal. Sujetos: 226 pacientes incluidos en el Servicio 307: EPOC.

Variables del estudio: edad, sexo, realización de espirometría, cumplimiento de criterios diagnósticos espirométricos de EPOC, anamnesis sobre consumo de tabaco, persistencia en el hábito tabáquico, radiología de tórax, tratamiento.

**Resultados:** Edad media 68,57 años (rango 32 a 98; cinco pacientes menores de 40 años), 70,8% varones. Realizada espirometría a 140 pacientes (61,9%), 107 (47,3%) cumplían criterios diagnósticos de EPOC. Anamnesis sobre consumo de tabaco en 157 pacientes (69,5%), el 40,8% persistían en el hábito tabáquico. Al menos una radiografía de tórax desde el diagnóstico de la enfermedad, fue realizada e informada en 128 pacientes (56,6%). Tenían prescrito tratamiento 164 pacientes (72,6%).

**Conclusiones:** 1. Existe un elevado porcentaje de pacientes incorrectamente incluidos en el Servicio EPOC: no tener realizada espirometría o no cumplir criterios diagnósticos en la misma, ser menores de 40 años. 2. La anamnesis sobre consumo de tabaco se muestra insuficiente, siendo elevado el porcentaje de enfermos que persisten en el hábito tabáquico. 3. Se observa una infrautilización de la radiología de tórax en este grupo de pacientes.

#### 10/603. ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD CULTURAL

R. Martínez Campos, M. Moya Ruiz, J. Vega García, J. Ferrer Costa, N. Aviñó Fabra y M. García Merino

ABS Nova Lloreda. Badalona. Barcelona.

**Objetivos:** Dar respuesta a las nuevas necesidades que se plantean en materia de inmigración y garantizar una atención de calidad y equidad. Disminuir los problemas de comunicación entre profesionales y población inmigrante. Sensibilizar a los profesionales en materia de inmigración. Optimizar la gestión del acto médico en el ámbito de enfermedades importadas. Establecer protocolos, circuitos y derivaciones a una unidad tropical. Intensificar la coordinación con otras entidades que trabajan con población inmigrante en nuestra zona.

**Metodología:** Proyecto de 3 años de duración formado por un equipo multidisciplinar que trabajaran en subgrupos (comunicación y conocimientos, enfermedades importadas, coordinación con otras entidades) realizando intervenciones y actividades concretas.

**Resultados:** En primer lugar se medirá el estado de los objetivos previamente a la realización de las actividades planificadas para conocer el punto de partida y posteriormente una vez realizadas todas las actividades se evaluarán los resultados.

**Conclusiones:** Durante la elaboración del proyecto nos hemos encontrado con la necesidad de introducir nuevos planteamientos y actividades necesarias para cumplir nuestros objetivos. Hemos creído necesario realizar un stage en algún centro con experiencia en protocolos y procedimientos concretos en inmigración para formación específica y prevenir posibles problemas en un futuro. No hemos querido pasar por alto la importancia de la integración en nuestro grupo de personal sanitario inmigrante ya que refleja la realidad de nuestra sociedad y es una ayuda para la creación de este proyecto. El proceso de integración social progresivo ayudará a superar las barreras y dificultades que hoy se viven como nuevas.

#### 10/611. IMPACTO DE LA RECOMENDACIÓN DE LA MAMOGRAFÍA PARA EL SCREENING DEL CÁNCER DE MAMA EN LA POBLACIÓN FEMENINA ESPAÑOLA

J. Iturralde Iriso, D. Ramírez Puerta, A. de Santiago Nocito, E. Redondo Marguello, J. Vázquez Castro y J. Camarero Palacios

Grupo de Actividades Preventivas de SEMERGEN.

**Objetivos:** Conocer que impacto tienen las recomendaciones que damos los facultativos a nuestras pacientes sobre la mamografía para el screening del cáncer de mama.



**Metodología:** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta orientada a mujeres mayores de 16 años, se realizó mediante entrevista telefónica con preguntas cerradas y abiertas de aproximadamente 15 minutos de duración a una muestra representativa de 1.200 mujeres de todo el territorio nacional.

**Resultados:** En general, los médicos de todas las Comunidades Autónomas afirman que siempre promocionan y siguen el programa poblacional de mamografías de su comunidad. Seis de cada 10 médicos siempre recomiendan la exploración clínica mamaria anual a las mujeres de más de 40 años y nueve de cada 10 mujeres creen que deben hacerse una mamografía entre cada año o cada 2 años. Asimismo, al 70% de las pacientes su ginecólogo le ha dicho que debe hacerse una exploración clínica mamaria entre cada año o cada 2 años. Sin embargo, al 17% de las mujeres el ginecólogo no le ha dicho nada sobre la periodicidad de las exploraciones clínicas. Las mujeres refieren que en el ámbito del médico de familia, a 4 de cada 10 mujeres no se le ha dicho nada sobre la periodicidad de las exploraciones clínicas, y a 4 de cada 10 le han recomendado entre cada año o cada 2 años.

**Conclusiones:** El mensaje de periodicidad anual es el más prevalente en la población y que la información en estos temas genéricos y protocolarios de revisión, citología y mamografía recae en el especialista, ya que es éste el que realiza el seguimiento y control de estas pruebas.

#### 10/618. PERFIL DE LAS DERIVACIONES SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS DE UN CENTRO DE SALUD A UN CENTRO DE SEGUIMIENTO DE DROGODEPENDENCIAS

M. Fernández Olivas, M. Saludes Eri y C. Font Torres

CAP de San Andreu 9D9G. Barcelona.

**Objetivos:** A raíz de la creación de un protocolo de actuación sobre alcoholismo, se estableció un circuito de derivación y coordinación de casos de dependencia o abuso de sustancias desde nuestro centro de salud al CAS (centro de drogodependencias) en un área de Barcelona. Los referentes de ambos centros mantienen un circuito activo y actualizado mediante la bidireccionalidad de la información. Pretendemos conocer el perfil de la población derivada al CAS por dependencia de alcohol, consumos asociados, comorbilidad y abstinencia, así como el porcentaje que realizan tratamiento y seguimiento en el CAS.

**Metodología:** Estudio descriptivo de las derivaciones de pacientes, años 2007-2008. Los datos se obtienen de historias clínicas complementados con seguimientos de coordinación.

**Resultados:** 76 derivaciones, 79% son hombres. En hombres el mayor número de derivaciones está entre 41-50 años (27,6%), no encontrando ninguno mayor de 71 años. En mujeres (N = 6; 7,8%) mayor frecuencia entre 31-40a, y 1 caso mayor de 71a. Consumos asociados: tabaco (63,15%), cocaína (14,47%) y cannabis (11,8%). Comorbilidad: psicopatológica (39,47%), orgánica (25%). Abstinencia a los 2 años del 17,1%. Piden visita al CAS un 44,73%.

**Conclusiones:** Mayor número de derivaciones en hombres entre los 41-60 años. Las mujeres consultan por consumo patológico una década antes, y a partir de los 60 años superan a los hombres, debido posiblemente a soledad y mayor longevidad. Existe una fuerte asociación entre el consumo de alcohol y tabaco, seguido de cocaína y cannabis. La comorbilidad psicopatológica supera a la orgánica, y la abstinencia final es alta.

#### 10/631. NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS DIABÉTICOS

N. Vilà Jové, M. Ortega Bravo, M. Bordialba Layo, A. Pellitero Santos, M. Calvo Godoy y M. Barco López

ABS Capponet. Lleida.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de diabéticos tipo 1 y 2 que realizan ejercicio físico regularmente.

**Metodología:** Estudio epidemiológico descriptivo transversal. Se revisa la historia clínica informatizada e-cap de todos los diabéticos tipo 1 y tipo 2 de un centro de salud de Atención Primaria urbano. Se registra la variable cualitativa sedentarismo sí/sedentarismo no. Análisis estadístico con el programa EpiInfo.

**Resultados:** Muestra de 666 pacientes diabéticos, 35 no tenían registrado la variable en estudio, por lo que la muestra definitiva es de 631 pacientes. El 54,5% eran hombres, 45,5% mujeres con una edad media de 65 (DT  $\pm$  14,5), El 39,1% (IC95% 35,3-43,1) de los registros revisados tienen una vida sedentaria y el 60,9% (IC95% 56,9-64,7) realizan una actividad física.

**Conclusiones:** Casi el 61% de los diabéticos de la muestra realizan ejercicio físico con regularidad. Este alto porcentaje se debe a la insistencia de las recomendaciones de la práctica habitual y diaria de ejercicio físico aeróbico. Así como, en la educación sobre actividad física resultado de una intervención comunitaria y grupal que se realiza en nuestra área básica.

#### 10/632. CONTROL GLICÉMICO Y RETINOPATÍA DIABÉTICA

N. Vilà Jové, M. Ortega Bravo, M. Bordialba Layo, M. Calvo Godoy, A. Pellitero Santos y M. Barco López

ABS Capponet. Lleida.

**Objetivos:** Evaluar el grado de control glucémico con hemoglobina glicada (HbA1c) en paciente diabético con retinopatía. Determinar los años de evolución de la diabetes en paciente con retinopatía.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en pacientes diabéticos 1 y 2 de un centro de salud de atención primaria urbano. Se revisa la historia clínica informatizada revisándose las variables: sexo, edad, tiempo de evolución de la diabetes, HbA1c. Análisis estadístico con el EpiInfo.

**Resultados:** Muestra: 73 individuos, mujeres 53,4%, edad media 69,5 (DT  $\pm$  12). Media de HbA1c fue 7,37 (DT  $\pm$  1,87). Distribución de diabéticos con retinopatía según la HbA1c: hasta 5,9: el 13,8%; entre 6-6,9 el 24,7%; entre 7-7,9 el 32,8%; entre 8-8,9 el 17,8%; entre 9-9,9 el 5,5%; y > 10 el 5,2%. De los 73 diabéticos con retinopatía la media de los años de evolución de diabetes es de 5,20 (DT  $\pm$  2,16); de los cuales el 4,1% presentan 1 año de evolución, 13,7% 2 años de evolución, 1,4% 3 años de evolución, 6,8% 4 años, 21,9% 5 años, 35,6% 6 años, 11% 7 años, 1,4% 8 años y 4,2% 10 o más años de evolución.

**Conclusiones:** Casi el 62% de los diabéticos con retinopatía tenían mal control metabólico. El 74% tenían entre 5 y más de 10 años de evolución de enfermedad diabética. El tiempo de evolución de diabetes y el grado de control glucémico intervienen en el desarrollo retinopatía diabética, que es la causa más frecuente de ceguera de los países desarrollados. Desde primaria es muy importante reforzar y optimizar el control glucémico.

#### 10/633. MEJORAR LA GESTIÓN DE LAS CONSULTAS

M. Rodrigo Claverol, M. Ortega Bravo, E. Rodrigo Claverol, E. Serra Llavall, M. Lafarga Giribets y N. Nadal Braqué

ABS Capponet. Lleida.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de visitas médicas no realizadas y no anuladas del total de visitas médicas solicitadas.



**Metodología:** Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Muestra obtenida del programa e-cap de tres centros de Atención Primaria (2 urbanos, 1 rural). Período revisión: historia clínica de Septiembre'09-Febrero'10. Variables: edad, sexo, ser inmigrante, nacionalidad, mes visita, día semana, tipos visita y tener otra el mismo día en otro lugar, otras visitas nulas.

**Resultados:** Muestra: 5.175 visitas, 545 (10,5%) visitas no realizadas ni anuladas. 52,1% mujeres. Edad media: 35,15 años. Inmigrantes 58,5% (edad media 31,96%,  $p < 0,0001$ ). Nacionalidades: España 41,5%, Marruecos 15,4%, Mali 8,3%, Senegal 6,2%, Rumanía 4,6%, resto < 2%. Mes año visita: Septiembre 16,7%, Octubre 19,4%, Noviembre 22,6%, Diciembre 20,6%, Enero 15,6%, Febrero 5,1%. Día semana: lunes 23,9%, martes 19,6%, miércoles 16,9%, jueves 19,6%, viernes 20%. Tipos visita: cita previa 91%, espontánea 8,6%. Tenían visita mismo día en otro lugar 7,5% y otras visitas nulas 39,9%. Probabilidad de hacer otra visita nula: no inmigrantes 31-44%, mujeres 27-49%.

**Conclusiones:** Más del 10% de las visitas médicas solicitadas no se realizan porque el paciente no acudía a ellas y no las anulaba. No hay diferencia según el día de la semana en función de la edad, sexo, hecho de ser o no inmigrante o tener otras visitas nulas. Últimamente la lista de espera para visita puede llegar a ser de 1 semana, sería necesario educar al paciente para que anule la visita facilitando que otro individuo pueda visitarse en su lugar.

#### 10/641. ESTUDIO DE CALIDAD SOBRE LA MEJORA EN LA VALORACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE PROCESO EN PACIENTES CON EPOC

A. Rodríguez Fernández, G. Mediavilla Tris, J. Iturralde Iriso, G. Arnaiz García, M. Alarcia Ceballos y M. Virginia Espinola Morel  
CS Olaguibel. Vitoria. Álava.

**Objetivos:** Conocer el grado de mejora, tras la implementación de la guía de EPOC (SEPAR 2007), de los indicadores de proceso (estratificación de la gravedad, realización de espirometría, educación en el uso de inhaladores y consejo antitabáquico) del periodo 2009-2008.

**Metodología:** Estudio de calidad, antes y después, observacional, descriptivo y transversal realizado en el C.S. Olaguibel (40.132 usuarios), en los que se valoró los siguientes criterios: Estratificación de los grados de gravedad: clasificación GOLD (periodicidad mínima anual). Realización de espirometría: periodicidad mínima anual. Educación del uso de inhaladores: adiestramiento de la técnica inhalatoria (periodicidad mínima anual). Consejo antitabáquico: periodicidad mínima bienal, considerándose buen control que el paciente no fume.

**Resultados:** La mejora fue: Espirometría: +4,22% (sobre 9,51% en 2008). Estratificación de gravedad: +0,84% (sobre 15,43% en 2008). Uso de inhaladores: -5,85% (sobre 36,36% en 2008). Consejo antitabáquico: -3,55% (sobre 32,84% en 2008).

**Conclusiones:** Los resultados reflejan una mejoría en los datos de espirometría y gravedad, siendo decepcionante en los apartados de educación y tabaco. La implementación de las guías de práctica clínica pueden contribuir a la mejora de nuestros objetivos terapéuticos, pero es necesario, para la mejora continua, una estrategia formativa que mejore las actitudes en el enfoque de los pacientes con EPOC.

#### 10/642. PREVALENCIA DETECTADA DE LOS PACIENTES CON EPOC EN UN CENTRO DE SALUD, SU COMPARACIÓN CON LA PREVALENCIA ESTIMADA EN LA POBLACIÓN GENERAL Y SU REPERCUSIÓN EN EL CONTROL DE ESTE TIPO DE PACIENTES

A. Rodríguez Fernández, G. Mediavilla Tris, J. Iturralde Iriso, A. Ruiz de Loizaga Arellano, G. Arnaiz García y N. Miskovic Karacsony  
CS Olaguibel. Vitoria. Álava.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de EPOC, su comparación con las prevalencias estimadas en la población general y la repercusión que el déficit de detección produce en el control de los pacientes con EPOC esperados.

**Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el C.S. Olaguibel (40.132 usuarios) en el 2009 y en el que se obtienen las prevalencias de EPOC y la actividad de cribado efectuada para obtener la prevalencia en nuestro centro de salud. Posteriormente se comparan los datos con la prevalencia estimada, y se calculan los déficits de atención al total de pacientes con EPOC esperados.

**Resultados:** Cribado (>40 años y fumadores > 20 paq./año con una espirometría realizada): 17,32%. Prevalencia obtenida (diagnóstico EPOC contrastado): 13,47%. Déficit de atención en las poblaciones detectadas y estimadas: -Severidad de EPOC realizado sobre los detectados: 16,27%; -Severidad de EPOC realizado sobre los esperados: 2,19%; -Consejo antitabáquico realizado sobre los detectados: 54,05%; -Consejo antitabáquico realizado sobre los esperados: 7,18%; -Educación en el uso de inhaladores realizada sobre los detectados: 30,51%; -Educación en el uso de inhaladores realizada sobre los esperados: 4,11%.

**Conclusiones:** Los datos reflejan una pobre actividad en la graduación de la severidad, el consejo antitabáquico y la educación del uso de los inhaladores. Este problema es agravado por la escasa prevalencia detectada, motivada por el escaso cribado realizado, traduciendo una desatención muy alta de los pacientes esperados. Las medidas correctoras pasan por el aumento precoz de la detección del EPOC, para posteriormente intensificar las actividades de proceso para el control de nuestros pacientes.

#### 10/647. SEGUIMIENTO Y CALIDAD DE LAS CITOLOGÍAS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO DE SEVILLA

J. Sánchez Acevedo, M. Rodríguez Yoldi, J. Gil Castellano, I. Martín Lema y M. González de Juan

CS Mercedes Navarro. Sevilla.

**Objetivos:** Evaluación y seguimiento de calidad citologías realizadas en programas de PF y proceso ca. de cérvix años 2008 y 2009. Valoramos total de las citologías siguiendo los estándares de calidad propuestos en los programas/procesos asistenciales que incluyen: validez de la técnica, cobertura según población diana, tiempo medio de información, medidas correctoras, patologías, seguimiento de las mismas.

**Metodología:** Estudio observacional retrospectivo en total de citologías realizadas años 2008, 2009 a mujeres edades 15-65 años incluidas proceso ca cérvix/programa PF. Criterios de calidad: validez de la técnica = nº de muestras insatisfactorias/total de citologías < 5%, cobertura población diana: mujeres incluidas uno/ambos programas los 2 años. Tiempo medio máximo de información de resultados < 30 días. Tiempo respuesta a patológicas < 7 días. Medidas correctoras; identificación fallos en recogida, filiación de paciente, diagnóstico, contacto de forma individual y personal.

**Resultados:** Total de citologías durante periodo estudio: 2.767. No valorables/insuficientes: 18. Diagnóstico: ASCUS: 72; LSIL: 70; HSIL: 17; AGUS: 6; Ca Insitu: 6. Tiempo medio máximo de información resultados 26 días, Tiempo medio respuesta citologías patoló-

gicas 5 días. Nº ASCUS/LSIL negativizados siguiente control: 96 y tiempo medio negativización 4-9 meses.

**Conclusiones:** Cobertura años 2008-2009 nº citologías, población diana está dentro de los niveles de calidad propuestos. Validez de la técnica se encuentra dentro de los niveles de calidad propuestos para proceso ca de cérvix (< 5%), el tiempo medio máximo de respuesta, y el tiempo medio máximo de información se encuentran dentro de los límites de los indicadores de calidad propuestos.

#### 10/651. ¿DETERMINAMOS LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE VITAMINA B12 EN PACIENTES ANCIANOS TRATADOS CON METFORMINA?

P. Vich Pérez, I. Sevilla Machuca y M. Conejos Miquel

CS Los Alpes. Madrid.

**Objetivos:** El déficit de vitamina B 12 es frecuente (1,5-15%), aumenta con la edad y puede asociarse al uso de fármacos como metformina. Su carencia debe ser tratada pues puede originar anemia y alteraciones neurológicas. Su detección en personas con factores de riesgo debería estar indicada. **Objetivos:** averiguar qué porcentaje de pacientes  $\geq 70$  años en tratamiento crónico con metformina adscritos a un centro de Salud tienen determinaciones de vitamina B12 en plasma, cuántos presentan déficit de esta y qué tratamientos se emplean en los mismos.

**Metodología:** Estudio descriptivo de datos extraídos de historias clínicas informatizadas del Centro de Salud Los Alpes, en Madrid. Se revisaron todas las historias de pacientes  $\geq 70$  años en tratamiento crónico con metformina objetivando la determinación de vitamina B12 en los últimos 2 años, sus niveles plasmáticos y el tratamiento empleado en casos de déficit (B12 < 200 pg/ml).

**Resultados:** De los 135 pacientes con los criterios de inclusión, sólo el 37,7% tenían determinaciones de B12. De éstos, el 25% presentaban déficit (el 30,7% no recibían tratamiento y el 30,7% tratamiento oral a dosis infraterapéuticas).

**Conclusiones:** Un elevado porcentaje de pacientes ancianos en tratamiento crónico con metformina no tienen determinaciones analíticas de vitamina B12. La prevalencia del déficit de esta vitamina encontrado en esta población es ligeramente superior al descrito en otros estudios y las medidas adoptadas son inadecuadas en más de un 50% de las ocasiones.

#### 10/655. INFLUENCIA DE LA LEY ANTITABACO EN EL ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO

D. Adam Ruiz<sup>a</sup>, F. Roig Sena<sup>b</sup> e I. Matilla<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Salvador Allende. Valencia; <sup>b</sup>CS Pública de Valencia.

**Objetivos:** Según la OMS el tabaquismo es el principal determinante de salud modificable. La próxima modificación de la Ley antitabaco puede ser un paso importante en esta dirección. En 2006 se aprobó la Ley antitabaco. **Objetivo:** evaluar el impacto de la ley antitabaco de 2006 sobre el hábito tabáquico.

**Metodología:** Estudio descriptivo. Información recogida durante 2007 por la Red Centinela Sanitaria de la Comunidad Valenciana. Análisis estadístico: medidas de tendencia central y dispersión adecuadas a cada tipo de variable y Ji-cuadrado y t-Student como medidas de asociación. Población: 407 fumadores que solicitaron información sobre abandono de hábito tabáquico en la consulta de atención primaria.

**Resultados:** 190 (46,7%) estaban dispuesto a abandonar el hábito, el 24,7% de ellos influidos por la Ley. 118 estaba dispuesto al abandono en un mes y 64 en 6 meses (influencia de la Ley 25,4% y 26,5% respectivamente). No se observan diferencias estadísticamente significativas en la influencia de la Ley respecto al sexo. El 26,2% de sujetos con edades comprendidas entre 25 y 65 años de-

clara estar influenciado, frente al 12,0% de las edades extremas (diferencia no significativa).

**Conclusiones:** Puesto que la población conoce los peligros del tabaquismo, podemos afirmar que la Ley antitabaco influyó directamente en la decisión del abandono del hábito en el 25% de los sujetos que expresaron el deseo de abandonar el tabaquismo en el año siguiente a su introducción. No se han observado diferencias respecto a la edad y sexo.

#### 10/657. CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN HIPERTENSOS

L. Mendo Giner, I. Martín Pascual, F. Laudo Tesan, C. Arroniz Fernández de Gadeo, M. Rodríguez Sanz de Galdeano y A. Jaso López

CS Valtierra-Cadreita. Navarra.

**Objetivos:** Evaluación del control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en una muestra de pacientes hipertensos de nuestro centro de salud.

**Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Tratamiento estadístico con programa SPSS. N = 32 pacientes. Mediciones principales: toma de Tensión arterial (TA), perfil lipídico, microalbuminuria, tratamiento, peso, talla e Índice Masa Corporal (IMC), electrocardiograma (ECG).

**Resultados:** Mujeres 40,6%, edad media 73,35 IC (7,12-76,59). Grado de hipertensión: menos 140/90: 54,8% (IC 36-73%), HTA I: 35,5% (IC 18-53%); HTA 2: 6,5% (IC 0-16); HTA 3: 3,2% (0-10%). Obesidad 46,4%. Col LDL < 130 mg/dl: 61,29% (IC 43,13-79,45%). Media de LDL 113,64 mg/dl (IC 106,17-179,58 mg/dl). Media de triglicéridos: 142,875 (IC 106,17-179,58 mg/dl). Media de microalbuminuria: 14,185 ug/ml (IC 4,66-23,71 ug/dl). El 93,8% de los pacientes tienen ECG hecho. El 50% de los pacientes toman IECA, el 34,4 ARAII, 18,8 betabloqueantes, calcioantagonistas 12,5% y diuréticos el 53,1%.

**Conclusiones:** En la muestra seleccionada predominan los hombres, el porcentaje de obesidad es importante acercándose al 50%, si sumamos los que tienen sobrepeso alcanzamos un 92,9%. El control de TA es aceptable superando el 50%, un LDL < 130 mg/dl del 61,29%. Los tratamientos más usados son IECA, diuréticos y ARAII. La media de microalbuminuria es menor de 30 ug/ml y alto porcentaje de pacientes con ECG hecho.

#### 10/660. ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO-TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DENSITOMETRÍA ÓSEA REALIZADA

Y. Romerí Fernández, T. Bonet Salinas, M. Sorribes Capdevilla, I. Andreu Oliete, M. Besa Castellá y R. Gorgot Lázaro

CAP Numancia. Barcelona.

**Objetivos:** Conocer si la prescripción de tratamiento farmacológico en pacientes con una densitometría ósea (DMO) realizada se corresponde con el diagnóstico de la prueba.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en centro de salud urbano con población asignada 24.471 usuarios  $\geq 15$  años. Revisión de historias clínicas de todas las mujeres pertenecientes a 9 cupos médicos atención primaria a quienes se les solicitó una DMO el último año. Variables a estudio: edad, factores riesgo para osteoporosis, resultado de DMO, tratamiento prescrito.

**Resultados:** Se solicitaron 250 DMO. El grupo de edad en que se solicitaron más DMO fue: 50-69 años (64,4%). Los factores de riesgo para osteoporosis en la población estudiada más prevalentes fueron: diabetes (6,9%), hipertiroidismo (5,2%), fractura previa osteoporótica (7,7%) y tabaquismo (11%). El diagnóstico de la DMO sólo se ha podido analizar en 216 casos, siendo de osteoporosis 38,9%, osteopenia 25,5% y normalidad 35,2%. De los diagnosticados de os-

teoporosis realizan tratamiento con calcio, dieta y vitamina D: 38,9%, toman bifosfonatos: 37,5%. Un 15,3% no realiza ningún tratamiento. De los diagnosticados de osteopenia, casi el 60% tenían indicado el tratamiento dietético, la ingesta de calcio y/o vitamina D. De los que tenían un diagnóstico de normalidad, un 6,8% tenía prescrito tratamiento con bifosfonatos y un 3,4% con raloxifeno.

**Conclusiones:** Deberíamos ser más rigurosos a la hora de prescribir o continuar la prescripción de otros especialistas en los pacientes, tanto si el diagnóstico es de osteoporosis (hay pacientes sin tratamiento). Por otra parte se tendría que adecuar el tratamiento cuando el diagnóstico de la DMO es de osteopenia o normalidad.

### 10/661. DENSITOMETRÍA ÓSEA. ¿PARA QUIÉN Y POR QUIÉN?

I. Andreu Oliete, M. Besa Castellá, R. Gorgot Lázaro, Y. Herreros Herreros, A. Bertolín Arnau y A. Font Sala

CAP Numancia. Barcelona.

**Objetivos:** Conocer el perfil del paciente a quien se solicita una Densitometría ósea (DMO) y ver qué profesional la solicita.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en un centro de salud urbano con una población asignada de 24.471 usuarios  $\geq$  15 años. Revisión de las historias clínicas de todos los usuarios pertenecientes a 9 cupos de médicos de atención primaria a quienes se les solicitó una DMO en el último año. Variables a estudio: edad, sexo, factores de riesgo para osteoporosis, y profesional que solicita el estudio.

**Resultados:** Se solicitaron 260 DMO en el último año. El 95,8% correspondía a mujeres ( $n = 250$ ). Edad media 64,65 (42-87 años) y rango 45. Por grupos de edad en mujeres se obtuvieron estos porcentajes:  $< 50$  años: 7,2%; 50-69 años: 64,4% y  $\geq 70$  años: 28,4%. Para los varones los porcentajes respectivos fueron: 10%, 30% y 60%. Los factores de riesgo para la osteoporosis en la población estudiada más prevalentes fueron: diabetes (6,9%), hipertiroidismo (5,2%), fractura previa osteoporótica (7,7%) y tabaquismo (11%). La solicitud de la DMO procedía del médico de familia en un 44% de casos. De las solicitadas por otros especialistas, destacan los ginecólogos y los reumatólogos.

**Conclusiones:** Se solicitan un gran número de DMO que no siempre cumplen los criterios de indicación para la solicitud. No parece que existan diferencias entre la indicación de la DMO y el profesional que la solicita.

### 10/663. CRITERIOS PARA LA SOLICITUD DE DENSITOMETRÍA ÓSEA. ¿LOS CUMPLIMOS?

Y. Herreros Herreros, A. Bertolín Arnau, A. Font Sala, E. Rodríguez Pérez, Y. Romero Fernández y T. Bonet Salinas

CAP Numancia. Barcelona.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de los factores de riesgo en los usuarios a quienes se solicita una densitometría ósea (DMO).

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en centro de salud urbano con población asignada de 24.471 usuarios mayores 15 años. Revisión de las historias clínicas de todos los usuarios pertenecientes a 9 cupos de médicos atención primaria a quienes se les solicitó una DMO en el último año. Variables a estudio: edad, sexo y factores de riesgo para osteoporosis.

**Resultados:** Se solicitaron 260 DMO en el último año. 250 correspondían a mujeres, por lo que el análisis de los factores de riesgo se determinó en este grupo. Un 64,4% se solicitaron a mujeres de 50-69 años y sólo un 28,4% en mayores 70 años. EL 98,8 de las DMO solicitadas correspondían a pacientes con IMC superior 18. Un 5,2% tenían antecedentes de menopausia precoz. Sólo un 2,8% y 2,4% tenían antecedentes de tratamiento farmacológico con corticoides orales y

anticonvulsivantes respectivamente. Un 6,9% estaban diagnosticadas de diabetes mellitus. Un 36% tenían una alteración de la función tiroidea, siendo hipertiroidismo en 5,2%. La fractura previa osteoporótica constaba en 7,7%. Tabaquismo activo en 11% y exfumadoras en 13,5%. Sólo se recogieron antecedentes familiares de fractura osteoporótica en 1,6%, siendo lo más frecuente falta de información sobre este ítem. Tenían antecedente de artritis reumatoide un 0,8%.

**Conclusiones:** Llama la atención en general la baja prevalencia de los factores de riesgo que son criterios para solicitar una DMO en estas pacientes. Faltaría estudiar si con la combinación de los distintos factores de riesgo cumplimos mejor con los criterios de indicación de la DMO.

### 10/664. USO/MAL USO DE LAS URGENCIAS/ESPONTÁNEAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Cerecedo Guillán, P. Torres Viñuelas, B. Modolell Melin e I. Gurruchaga Zabala

CAP Río de Janeiro. Barcelona.

**Objetivos:** Cuantificar las visitas urgentes/espontáneas inadecuadas en atención primaria y el porcentaje del uso respecto al sexo.

**Metodología:** Diseño: estudio observacional descriptivo transversal. Ámbito de estudio: CAP urbano-ciudad. Sujetos de estudio: usuarios que acuden a visitas espontáneas/urgentes, de una población de 18.100 personas. Número de sujetos estudiados: 4.116 usuarios atendidos. Periodo objeto de estudio: 6 meses, de diciembre-2008 a mayo-2009. Variables: Tipo visita: Médica Imprevisible/Previsible, y Administrativa Imprevisible/Previsible. Según sexo: Hombre, Mujer.

**Resultados:** Obtenidos previo cribado realizado por el personal administrativo. De 4.116 usuarios atendidos, por cuatro médicos de atención primaria, en 131 días de visitas espontáneas: las visitas imprevisibles, 1.804 (visitas médicas imprevisibles, 1.469, más las visitas administrativas imprevisibles, 335), que suponen el 43,83% del total de visitas, es inferior a las visitas previsibles, 2.312 (visitas médicas previsibles 1.780, más las visitas administrativas previsibles, 532), que representan el 56,17% del total de las visitas. Las visitas espontáneas son más utilizadas por mujeres, 2.434, son el 59,13%, que por hombres 1.682, que son el 40,87%.

**Conclusiones:** Gran parte de la demanda de consulta urgente/espontánea, no lo es. Uno de los principales motivos del mal uso de la demanda de atención urgente es la gran accesibilidad, que deriva de una "responsabilidad" mal entendida. El elevado coste económico que genera el mal uso de los recursos sanitarios, pues cuatro profesionales médicos, en 131 jornadas laborales, invirtieron 786 horas, de las cuales gran parte son visitas improcedentes, 2.312, del total de visitas realizadas, 4.116. Importancia de la información/educación de la población en el buen uso de los servicios sanitarios.

### 10/665. TERAPIA CON ANTICOAGULANTES ORALES. ¿ES DIFERENTE SEGÚN EL CENTRO DE SALUD?

M. Rodríguez Porres<sup>a</sup>, T. Saiz Careaga<sup>a</sup>, E. Montalvillo Delgado<sup>b</sup> y A. Pérez Llerandi<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Liébana. Potes. Cantabria; <sup>b</sup>CS Dr. López Albo. Colindres. Cantabria; <sup>c</sup>CS Zurbarán. Bilbao. Vizcaya.

**Objetivos:** Analizar las diferencias que puedan existir en los controles del tratamiento con anticoagulantes orales (TAO) entre dos Centros de Salud (C.S.) con distintos hospitales de referencia.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Población: pacientes con TAO que realizaron el control en el centro de salud durante el segundo semestre de 2009. Unidad de estudio: Visita para control de TAO. Variables: INR; fármaco; diagnóstico; número de even-

tos clínicos y tipo: crítico-no crítico. Criterio de exclusión: pacientes no activos y exitus. Análisis estadístico con SPSS.

**Resultados:** Los 444 pacientes (43,24% del C.S.1, 56,76% del C.S.2) realizaron un total de 3.849 visitas para control de TAO, con una media por paciente de  $9,66 \pm 2,88$  el C.S.1 y  $7,91 \pm 0,42$  el C.S.2. La media de INR fue  $2,48 \pm 0,85$  en el C.S.1 y de  $2,60 \pm 0,95$  en el C.S.2, estando en bajo rango el 28,31% y 23,24%, en rango terapéutico el 51,36% y 54,12%, sobre rango el 20,32% y 22,63% respectivamente. El fármaco más utilizado es el Sintrom 4 mg con una dosis media de  $14,42 \pm 7,03$  y  $15,30 \pm 6,83$  en los C.S.1 y C.S.2 respectivamente, siendo el medicamento responsable de la totalidad de los eventos clínicos. Sólo en el C.S.2 se dieron eventos clínicos críticos. El diagnóstico más frecuente es fibrilación auricular/flutter, seguido de "diagnóstico desconocido" en el C.S.1 o ACVA/TIA en el C.S.2.

**Conclusiones:** El porcentaje de pacientes con buen control de TAO es similar en ambos centros, sin embargo en el C.S.1 se realizan más visitas por paciente.

### 10/667. ¿POR QUÉ ESTÁN DE BAJA NUESTROS PACIENTES?

E. Montalvillo Delgado<sup>a</sup>, A. Pérez Llerandi<sup>b</sup>, M. Rodríguez Porres<sup>c</sup> y T. Saiz Careaga<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS Dr. López Albo. Colindres. Cantabria; <sup>b</sup>CS Zurbarán. Bilbao. Vizcaya; <sup>c</sup>CS Liébana. Potes. Cantabria; <sup>d</sup>CS Liébana. Potes. Cantabria.

**Objetivos:** Evaluar las características de las incapacidades temporales (IT) generadas en un centro de salud rural de alta montaña que asume una población de 5230 personas.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal de los pacientes en situación de IT desde el 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2009. No se realiza muestreo, se recogen los datos de la totalidad de los pacientes en IT. Variables: sexo, edad, motivo de baja, tipo de trabajador, diagnóstico y duración de la IT. Se utilizó el programa OMI-AP (6.9). Criterio de exclusión: Continuar de baja laboral al finalizar el periodo de estudio.

**Resultados:** N = 116. Tiempo medio de baja: 15,80 días. Edades: [18-29]: 16,37%; [30-41]: 29,31%; [42-53]: 39,65%; [54-65]: 13,79%; > 65: 0,86%. Sexo: 54,31% varones, 45,68% mujeres. El motivo que ocasionó con mayor frecuencia IT fue la enfermedad común (88,79%), seguido del accidente no laboral (8,62%) y en tercer lugar el accidente laboral (2,58%). En cuanto al tipo de trabajo, los trabajadores por cuenta ajena suponen un 78,44% de las bajas frente al 21,55% de los trabajadores autónomos. No encontramos ninguna baja en otro tipo de trabajadores. Los procesos traumatológicos fueron la causa más frecuente de IT (37%), de los cuales un 23,25% correspondieron a lumbalgias; seguidos de las enfermedades respiratorias (30,17%) y digestivas (11,20%), el 21,63% restante se reparte en diversas patologías.

**Conclusiones:** El perfil del paciente en situación de IT en nuestro medio es el de un hombre entre 42 y 53 años, activo, trabajador por cuenta ajena que sufre una enfermedad común ocasionada por un proceso traumatológico.

### 10/670. DESCRIPCIÓN DEL BUEN CONTROL GLUCÉMICO EN LA PRÁCTICA DIARIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 TRATADOS CON INSULINA BASAL. ESTUDIO GLYCON

L. Flores Meneses

Hospital Quirón. Barcelona.

**Objetivos:** Determinar y describir el porcentaje de pacientes con DM2 tratados con ADO más insulina basal adecuadamente controlados en atención primaria y especialistas.

**Metodología:** Estudio observacional, transversal, nacional y multicéntrico realizado en 2009. Los 617 investigadores registraron todos los pacientes con DM2, mayores de edad, tratados con ADO e insulina basal hasta alcanzar 4 pacientes controlados (HbA1c < 7%). Se definieron 3 poblaciones. La población 1 (1.283 pacientes no controlados) necesarios para reclutar la población 2 (552 pacientes controlados). La población 3 incluye todos los pacientes controlados que completaron el CRD (1.309 pacientes).

**Resultados:** El porcentaje de pacientes con ADO más insulina basal controlados fue del 30,1% (13,6% en AP y 41,1% en especialistas). Presentaron una edad media (DE) de 64,5 (11,2) años, el 47,3% eran mujeres, IMC  $29,0 (4,7) \text{ kg/m}^2$ , duración diabetes 10,6 (7,3) años y 2,5 (3,0) años desde la insulinización. El 32,9% presentó valores de GPA > 130 mg/dl. Metformina fue el ADO más utilizado (84,6%) seguido de sulfonilureas (19,5%), glinidas (17,5%) y glitazonas (5,4%). La insulina más utilizada fue glargina (78,9%-dosis media: 27,8UI), NPH (12,8%-33,5 UI) y detemir (7,8%-30,6 U). El 98% de los pacientes con glargina recibió una inyección diaria mientras que con detemir y NPH el 31% y 63% respectivamente necesitaron 2 inyecciones. Las diferencias de dosis y número de inyecciones de glargina fueron significativas en comparación con las otras 2 insulinas ( $p < 0,001$ ). El 14,3% tuvo alguna hipoglucemia durante el mes previo, y el 0,8% alguna hipoglucemia severa.

**Conclusiones:** El 30,1 de los pacientes con DM2 tratados con insulina basal más ADOS estaban controlados, destacando el mayor uso de insulina glargina en una sola dosis más metformina.

### 10/676. EXPERIENCIA DE PILOTAJE EN UNIDADES DE GESTIÓN FAMILIAR. LA CALIDAD COMO MOTOR DE CAMBIO

C. Betancort Mastrangelo, C. Ramírez Álamo, C. Sosa Suárez, A. Barreno Hernández, N. Hernández Betancor y S. Hernández Pérez

CAP Cono Sur. Las Palmas.

**Objetivos:** El pilotaje de esta unidad, formada por médicos, enfermeras y administrativos, supone una ocasión única para formar un equipo multidisciplinar con el fin de tratar y prestar al usuario una atención personalizada y de calidad. Estos son algunos de sus objetivos: 1.-Disminuir los actos administrativos realizados por el profesional sanitario, empleando este tiempo en mejores actos clínicos. 2.-Mayor control de los procesos crónicos. 3.-Aumento de las citas Inter-disciplinares. 4.-Disminución de las lista de espera y citas forzadas.

**Metodología:** 1.-Talleres de formación en gestión. 2.-Registro de motivos de consulta. 3.-Análisis y priorización de dichos motivos. 4.-Realización de protocolos y creación de la nueva agenda. 5.-Puesta en marcha de la unidad de gestión familiar (UGF).

**Resultados:** Valoración comparativa entre marzo y octubre de 2008 con el mismo periodo en 2009, con las siguientes mejoras: 1.-Accesibilidad (demora, lista de espera y tiempo de espera). 2.-Gestión de las agendas (adecuación de citas telefónicas y citas coincidentes en el día). 3.-Datos asistenciales (presión asistencial y frecuentación). 4.-Satisfacción de los profesionales.

**Conclusiones:** Con la UGF se consigue una atención personalizada y de calidad. La disminución de las listas de espera, mejora en la organización, agilidad en la burocracia y disminución en los tiempos de espera repercute en una resolución más eficaz de los problemas de los usuarios.



### 10/685. EL HUMOR Y EL FUEGO: UN NUEVO BLOG DE EDUCACIÓN SANITARIA BASADO EN EL ANÁLISIS DEL HUMOR GRÁFICO DE LA PRENSA PERIÓDICA

J. de la Fuente Madero<sup>a</sup> y A. Gómez Álvarez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad Médica. EVI del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Dirección Provincial Málaga; <sup>b</sup>Unidad Médica del EVI del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Dirección Provincial Jaén.

**Objetivos:** Describir la trayectoria de un blog educativo de divulgación científico-sanitaria del Colegio Oficial de Médicos de Málaga, basado en el análisis del humor gráfico de la prensa periódica ("El humor y el fuego"; dirección URL <http://elhumoryelfuego.blogspot.com>) entre enero y mayo de 2010. Analizar la procedencia de las visitas registradas durante ese periodo. Analizar el impacto del recurso mediante la información proporcionada por los mensajes de correo electrónico recibidos.

**Metodología:** -Análisis de las entradas aparecidas en el blog. -Registro de visitas usando un contador de Motigo Webstats. -Análisis de los mensajes de correo electrónico recibidos en la dirección que consta en el propio blog.

**Resultados:** Hasta el 31 de mayo se incluyeron 16 entradas, abordando aspectos microbiológicos, inmunológicos, preventivos, clínicos y sociales de enfermedades infecciosas mediante análisis de obras de 37 humoristas de diversas nacionalidades. Se registraron visitas procedentes de 3 continentes: Europa (69,1%), América (Sudamérica 20,6%, Centroamérica 9,1% y Norteamérica 0,9%) y Asia 0,3%. El blog fue finalista en "Las Mejores Iniciativas en Internet" (Diario Sur, febrero 2010) y premiado en "Los Favoritos en la Red" (Diario Médico, mayo 2010).

**Conclusiones:** El análisis del humor gráfico es un adecuado método docente para captar la atención del público sin límites de fronteras.

### 10/686. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: LA INCAPACIDAD PERMANENTE EN LA BIBLIOTECA COCHRANE PLUS

J. de la Fuente Moreno<sup>a</sup> y A. Gómez Álvarez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad Médica. EVI del Instituto Nacional de la Seguridad Social: Dirección Provincial de Jaén; <sup>b</sup>Unidad Médica. EVI del Instituto Nacional de la Seguridad Social: Dirección Provincial de Málaga.

**Objetivos:** Analizar los trabajos incluidos en la Biblioteca Cochrane Plus que hacen referencia a la incapacidad laboral de carácter permanente, y concluir cuáles son las patologías acerca de las cuales puede extraerse información de esta fuente.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal realizado en mayo de 2010 (Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1 ISSN 1745-9990). Utilizamos como términos de búsqueda "incapacidad", combinado con "laboral" y con "permanente", y "work disability", seleccionando únicamente los trabajos que incluían esos términos en su título o en su resumen.

**Resultados:** Encontramos 6 trabajos diferentes que respondían a los criterios de búsqueda. En ellos se daba respuesta a diversas preguntas relacionadas con la incapacidad laboral derivada de diferentes problemas de salud: 1) Lumbalgia: 3 trabajos. 2) Ciatalgia: 1 trabajo. 3) Traumatismos por accidentes de tráfico: 1 trabajo. 4) Cáncer de mama: 1 trabajo. Dos de los trabajos (uno sobre lumbalgia y el de accidentes de tráfico) eran españoles.

**Conclusiones:** Más de la mitad de estudios sobre incapacidad permanente incluidos en la Biblioteca Cochrane Plus hacen referencia a problemas derivados de patología de columna lumbar. Ne-

cesitamos más estudios sistemáticos sobre la incapacidad laboral derivada de otras patologías.

### 10/687. GRASAS TRANS: ¿SABEMOS LO QUE CONSUMEN LOS ESCOLARES?

E. Zurilla Leonarte<sup>a</sup>, M. Giraudo Stabio<sup>b</sup>, T. Jiménez Pascua<sup>c</sup>, J. Montero Alia<sup>d</sup>, M. Jiménez González<sup>e</sup> y C. Forcada Vega<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. EAP Mataró 6. Barcelona; <sup>b</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Familia. EAP Mataró 7. Barcelona; <sup>c</sup>Médico de Familia. EAP Mataró 3. Barcelona; <sup>d</sup>Médico de Familia. EAP Mataró 1. Barcelona; <sup>e</sup>Técnico de Salud. SAP Mataró. Barcelona.

**Objetivos:** Conocer el consumo de GT y la adhesión al Índice de calidad de la dieta mediterránea (ICDM) en niños de 1º, 4º y 6º de educación primaria (EP).

**Metodología:** Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. En 828 niños de 11 escuelas de ámbito urbano, públicas y concertadas. Se estudian datos demográficos, peso, talla, test Kidmed (cuestionario de ICDM) y consumo de GT (diferentes productos con GT cuantificados). Encuestas de 1º: contestadas por padres. Encuestas 4º y 6º: por padres y niños (dobles).

**Resultados:** De 828 matriculados participan 83,7%, excluimos 22 (3,2%) por dificultad idiomática (7) y por dietas especiales (15). 48% niñas, 88% nativos, 17% sobrepeso y 5% obesidad, 16% comen a diario en el comedor escolar. El 41% presenta elevada adhesión al ICDM y tienen IMC (índice de masa corporal) más bajo. El 53% tiene consumo diario de 1 o más productos con GT. De los padres, 80% participan. Existe una concordancia entre padres-hijos moderada para ICDM y buena respecto al consumo de GT. El contenido de GT de la mayoría de los productos es inferior al 3%.

**Conclusiones:** Existe un alto consumo de productos con GT. Los alumnos de 1º presentan un grado de adhesión ICDM más alto. Conforme crecen disminuye el grado de adhesión al ICDM. Niños con alta adhesión ICDM tienen un IMC menor. Aun existiendo una elevada adhesión al ICDM, el consumo de productos con GT es alto en todas las edades estudiadas.

### 10/690. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR DE NUESTROS HIPERTENSOS DEPENDIENDO DE SU PERFIL NICTAMERAL?

F. Aranda Lara, A. Ramos Corpas, J. Zarazaga Rodríguez, C. Fernández Soler, E. González Barbero y A. Medrano Ortega

UGC Utrera Sur. Sevilla.

**Objetivos:** Los estudios OHSAMA y PIUMA han demostrado la importancia del perfil nictameral en el riesgo cardiovascular (RCV). Nuestro objetivo es valorar si en nuestros pacientes, existe diferencia de RCV según su perfil nictameral.

**Metodología:** Revisamos 185 pacientes a los que le hemos realizado una monitorización de presión arterial de 24 h (MAPA). Cumplían criterios de calidad 153-82,7%. Edad media de 55,6 años y el 56,9% son hombres. Los clasificamos según su perfil circadiano de presión arterial en: Dipper, Extreme-dipper, Non-dipper y Riser comparando su RCV mediante prueba de Chi cuadrado con programa estadístico SSPS.

**Resultados:** No encontramos diferencias significativas en sexo, obesidad central, dislipemia y antecedentes familiares de muerte cardiovascular prematura.

**Conclusiones:** Los pacientes non-dipper y riser presentan un incremento de su RCV. Teniendo en cuenta 43.8% de los pacientes hipertensos de nuestra población los presentan, el poder identificarlos mediante la MAPA, nos ayuda a intentar modificar, me-

Tabla

	DIPPER	EXTREME DIPPER	NON- DIPPER	RISER	p
N-%	71-46,4	15-9,8	48-31,4	19-12,4	
Edad media (años)	49,0	47,9	52,3	66,5	0,0000
RCV alto/muy alto (n-%). Criterios SEH	26-36,6	11-73,3	27-56,3	6-31,6	0,0085
Edad (h > 55 y m > 65) (n-%)	14-20	3-20	16-33	13-68	0,0005
Tabaco (n-%)	24-34	3-20	10-21	0	0,0148
Diabetes (n-%)	4-6	0	5-10	7-37	0,0007
3 o más factores RCV (n-%)	11-16	1-7	12-25	11-58	0,0005
Enfermedad CV asociada (n-%)	3-4,2	1-6,7	4-8,3	2-10,5	0,0005

diente la cronoterapia, su perfil nocturnal y así disminuir su RCV.

### 10/698. CONTROL DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA UNIDAD BÁSICA ASISTENCIAL DISTRIBUIDA EN 2 CONSULTAS DIFERENTES

A. Arana Madariaga, P. Farrás i Serra, J. Boné Amela<sup>c</sup>, M. Oroquieta Villanueva<sup>a</sup>, E. Vilaplana i Penella<sup>d</sup> y M. Juncadella i Puig<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. <sup>b</sup>Medicina General. <sup>c</sup>DUE. ABS Súrria. Barcelona; <sup>d</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Sallent Barcelona.

**Objetivos:** Averiguar si existen diferencias en el control de los pacientes atendidos en una Unidad Básica Asistencial (UBA) dividida en un área semi-urbana y un área rural.

**Metodología:** Diseño: estudio observacional tipo self-audit, efectuando revisión de Historias clínicas (e-CAP) del último año natural. Ámbito de estudio y sujetos: Área Básica de Salud Suria (8200 individuos) con 6 UBAs. Una (UBA-E) realiza sus funciones asistenciales en dos consultorios diferentes: CAP Goretti-Badia de Suria (semi-urbano-SU-) y CAP Callús (rural-R-). La UBA-E atiende 1359 pacientes, 973 en SU y 386 en R con distribución horaria de 4/5 en SU y 1/5 en R. Población: pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus 2 (DM-2) en e-CAP. Consideramos criterios de control óptimo los de la ADA 2009. Variables: edad, sexo, %HbA1c, LDL-C, HDL-C, TG, TAS, TAD, tabaco.

**Resultados:** Media edad, 68 años, y prevalencia diabetes, 7%, es semejante en ambos grupos. Distribución por sexos es diferente: 2/3-varones-SU, 1/3-varones-R. Control aceptable de HbA1c-65%-y LDL-54%-. Diferencias poblacionales de registro tabáquico, TA e IMC. Diferencias registro HbA1c, LDL, HDL y TG. Control TAS-28%-bajo en las 2 poblaciones.

**Conclusiones:** Prevalencia de DM-2, media de edad y HbA1c < 7% muestra cifras similares en las dos poblaciones. Registro tabáquico, TA, dislipemias e IMC son diferentes en las dos poblaciones, que se puede atribuir a la distribución horaria y a la protocolización analítica de los datos. Sólo un 1,01% de la población tiene controladas todas las variables.

### 10/699. ¿CÓMO ASISTIMOS A NUESTROS PACIENTES? ¿DEMANDA, CONCERTADA? ¿VIENEN, VAMOS?

M. Saiz Careaga<sup>a</sup>, M. Rodríguez Porres<sup>a</sup>, A. Pérez Llerandi<sup>b</sup> y E. Montalvillo Delgado<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS Liébana. Potes. Cantabria; <sup>b</sup>Médico de Familia. CS Zurbarán. Bilbao. Vizcaya; <sup>c</sup>Médico de Familia. CS López Albo. Colindres. Cantabria.

**Objetivos:** Analizar si existen diferencias en nuestra actividad asistencial entre dos Centros de Salud, uno rural (CSR) y otro urbano (CSU).

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Los datos se obtienen del registro de actividades durante 6 meses: octubre/2009 a marzo/2010. Ambos centros tienen una dotación de 6 médicos, 6 enfermeras y 1 pediatra. Variables a estudio: tipo de consulta Demanda/Concertada; lugar de consulta Domicilio/Centro y solicitud de consulta mostrador/teléfono. Se valoró también la presión asistencial y frecuentación.

**Resultados:** Se realizaron un total de 112.348 visitas (61,42% en CSU y 38,57% en CSR). El tipo de consulta fue: demanda 53,80% en CSU y 55,57% en CSR; concertada 38,7% en CSU y 35,65% en CSR. El lugar donde se realizó la consulta: domicilio 3,21% en CSU y 4,53% en CSR; en el centro 96,79% en CSU y 95,47% en CSR. La cita se pidió en el mostrador de admisión 46,38% en CSU y 31,33% en CSR y vía telefónica 50,41% en CSU y 64,13% en CSR. Frecuentación fue 7,1 en CSU y 8,2 en CSR con una presión asistencial de 565,68% en CSU y 355,20 en CSR.

**Conclusiones:** No se observan grandes diferencias entre un Centro y otro: en ambos la cita se realiza preferentemente vía telefónica solicitando una consulta tipo demanda. La presión asistencial en CSU es mayor aunque no así su frecuentación, posiblemente por las características de la población.

### 10/701. DOLOR CRÓNICO OSTEOARTICULAR: CONOCIMIENTO Y ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

J. Vázquez Castro<sup>a</sup>, A. Tejedor Varillas<sup>b</sup>, J. Sánchez Jiménez<sup>c</sup>, A. Delgado Martínez<sup>d</sup>, J. Tornero Molina<sup>e</sup> y M. Grifols Ronda<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS Estrecho de Corea. Madrid; <sup>b</sup>CS Las Ciudades. Getafe, Madrid; <sup>c</sup>CS Berja. Almería; <sup>d</sup>Complejo Hospitalario de Jaén; <sup>e</sup>Reumatólogo. Hospital General Universitario de Guadalajara; <sup>f</sup>Departamento Médico de Esteve. Barcelona.

**Objetivos:** Detectar áreas de mejora en el manejo médico del dolor crónico osteoarticular (DCO).

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal (febrero-julio de 2009). Se evaluaron 647 cuestionarios: 486 de médicos de Atención Primaria (AP), 161 de Atención Especializada (AE): Traumatología (78), Reumatología (49), Unidad del Dolor (20), Rehabilitación (13). Estadística descriptiva: Stata v10.1 y SPSS v17.

**Resultados:** Ámbito de trabajo urbano (64% AP, 94% AE) y público (90% AP, 80% AE). El DCO se considera en su mayoría mixto (50% AP, 48% AE) y nociceptivo somático (43% AP, 46% AE). La localización más habitual es columna, hombro y cadera. El origen más frecuente es articular (artrosis, espondilodiscartrosis), seguido de mixto, óseo y muscular. La mayoría presentan dolor de intensidad moderada (75% AP, 73% AE). La escala de valoración del dolor visual-analógica (EVA) es utilizada en el 30% AP y 42% AE; las multidimensionales (MD), 17% AP y 11% AE. Los fármacos más usados son analgésicos,

AINes, opioides menores (tramadol, codeína) y mayores (fentanilo-TTS, morfina oral retardada). El 19% AP y 11% AE señalan falta de conocimientos para utilizar opioides mayores. El 68% de los médicos desearía ampliar conocimientos sobre DCO.

**Conclusiones:** El DCO más frecuente es el mixto, seguido del nociceptivo, de intensidad moderada y localización articular (causa más frecuente, la artrosis). Existe un área de mejora en la utilización de escalas y cuestionarios de valoración del DCO. Los fármacos más empleados fueron analgésicos, AINE y opioides débiles (necesidad de formación en esta área). No se observan diferencias relevantes entre AP y AE.

### 10/709. ¿CÓMO TRATAMOS A LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN NUESTRO CENTRO DE SALUD?

M. Rodríguez Porres<sup>a</sup>, E. Montalvillo Delgado<sup>b</sup>, A. Pérez Llerandi<sup>c</sup> y M. Sáiz Careaga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Liébana. Potes. Cantabria; <sup>b</sup>CS López Albo. Colindres. Cantabria; <sup>c</sup>CS Zurbarán. Bilbao. Vizcaya.

**Objetivos:** Analizar el tratamiento con anticoagulantes orales (ACO) en un Centro de Salud rural en Cantabria: diagnóstico y control del mismo.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal durante el último semestre del año 2009 de los pacientes en tratamiento con ACO: se utiliza para ello la historia clínica del programa OMI-AP (6.9) y el programa del Sintrom TAO. Variables estudiadas: tipo de fármaco, diagnóstico y rango terapéutico. Se excluyen los pacientes controlados en el hospital.

**Resultados:** Obtenemos 168 pacientes con tratamiento anticoagulante a los que se realiza control capilar. Por fármacos: Sintrom 4 mg: 161 (95,83%) Sintrom 1 mg: 3 (1,78%) Sintrom 1 mg (mitad): 1 (0,59%) Previscan 20 mg: 1 (0,59%) Aldocumar 10: 1 (0,59%) y Aldocumar 1 mg: 1 (0,59%). Los diagnósticos que ocasionaron el tratamiento fueron: Fibrilación Auricular (ACFA)/Flutter: 90 (53,5%); patología valvular: 5 (2,79%) tres biológicas y dos mecánicas; embolismo sistémico: 1 (0,59%); miocardiopatía dilatada: 2 (1,19%); accidente cerebro-vascular (ACVA): 5 (2,97%); tromboembolismo pulmonar (TEP): 5 (2,97%); trombosis venosa profunda: 11 (6,54%); evento recurrente tras TAO: 2 (1,19%) y diagnóstico desconocido: 41 (24,4%). De los 168 pacientes 60,12% se encontraban dentro de rango terapéutico, 19,05% por debajo del mismo y 20,83% por encima de rango.

**Conclusiones:** El diagnóstico por el que más frecuentemente se anticoagula es por ACFA, seguido de TEP. Aproximadamente 1/4 de las personas no tienen registrado en su historia, ni en el programa TAO el diagnóstico del tratamiento. El fármaco más utilizado para la anticoagulación es le Sintrom 4 mg.

### 10/710. INDICACIONES DE LOS DISPOSITIVOS DE AVANCE MANDIBULAR EN LOS SÍNDROMES RESPIRATORIOS OBSTRUCTIVOS DEL SUEÑO

P. Mayoral Sanz<sup>a</sup>, R. Ramírez Parrondo<sup>b</sup>, D. García Borreguero<sup>a</sup>, D. Panova Tzonova<sup>a</sup>, O. Larrosa<sup>a</sup> y E. Calvo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Instituto Investigaciones del Sueño. Madrid. <sup>b</sup>Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

**Objetivos:** Poner en conocimiento del Médico de Familia: dispositivos de avance mandibular (DAM) son tratamiento de primera elección para el Ronquido, Síndrome de Resistencia de la Vía aérea (SRVA), Síndrome de apnea obstructiva de sueño (SAOS) leve y moderado.

**Metodología:** Búsqueda bibliográfica MEDLINE 1982 a 2010, artículos en español, inglés o francés con datos primarios, número de enfermos = 30. Artículos: calificación metodológica y de calidad. Excluidos: artículos duplicados, desfasados o con información insuficiente para su valoración.

**Resultados:** 233 artículos (grado A 138, B 46, C 37, D 12). La Asociación americana de medicina de sueño y la sociedad europea de medicina del sueño reconocen la efectividad de los DAM y recomiendan su uso. Efectividad de los DAM en el tratamiento de las alteraciones respiratorias obstructivas documentada por Cochrane Collaboration al más alto nivel de evidencia científica.

**Conclusiones:** Al Médico de Familia le conviene conocer que el DAM, constituye un tratamiento eficaz en síndromes respiratorios obstructivos del sueño, porque interrumpe la generación de la obstrucción de la vía respiratoria superior. Indicaciones: primera opción: ronquido, SRVA, SAOS < 25 sin síntomas asociados, buena dentición y BMI < 30; alternativa al CPAP en SAOS > 25; pacientes que no toleran el CPAP.

### 10/712. CONTROLAMOS MEJOR LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA QUE EL RESTO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ISQUÉMICAS

A. Rodríguez Garrote<sup>a</sup>, J. López de la Iglesia<sup>a</sup>, G. Gutiérrez Raso<sup>a</sup>, S. Fernández Cordero<sup>b</sup>, A. Rodríguez Rodríguez<sup>c</sup> y N. Martínez Pérez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Área Condesa. León; <sup>b</sup>Área Ribera del Órbigo. Benavides de Orbigo. León; <sup>c</sup>Eras de Renuva. León.

**Objetivos:** Determinar si existen diferencias en el buen control de los principales factores de riesgo cardiovascular de las siguientes patologías de origen isquémico: cardiopatía isquémica (ci), accidente cerebrovascular isquémico (acv) y claudicación intermitente (eap) y en la utilización de fármacos de probada eficacia en el aumento en la supervivencia en estas patologías.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en una zona básica de salud urbana (27.439 habitantes mayores de 14 años. Muestra aleatoria sistematizada de 247 pacientes con ci de 767, 184 con acv de 347 y 98 con eap a 30 de abril de 2009. Revisión de historias clínicas informatizadas, convencionales y entrevista telefónica. Variables: filiación, frcv: fumador, obesidad, diabetes, dislipemia, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular concomitante. Fármacos: b-bloqueantes y nitroglicerina sl en ci, hipotensores, hipolipemiantes, antiagregantes, anticoagulantes orales (aco). Buen control de frcv: presión arterial (pa) < 130/80 (media de 2 últimas) hba1c < 7. Ldl-c < 100 no fumador mediciones del 30/04/2008 al 30/04/2009. Intervalo de confianza de 95%.

**Resultados:** Edad media: acv 76,1 (11,7) ci 73,2 (10,4) eap 71,9 (10,5) hombres 66,4% acv 54,2% ci 72,8% eap 87,9% fumadores: acv 10,5% ci 10,7% eap 15,5% obesos: acv 29,6% ci 20,1% eap 33,9% diabéticos: acv 19,4% ci 24,3% eap 22,4% buen control ta: acv 45,1% ci 46,2% eap 30,6% buen control ldl: ci 61,2% (53,7-68,7) acv 45,6% eap 43,2%. Fármacos: hipolipemiantes: ci 78,2% acv 40,8% eap 69% antiagregantes/aco ci 96,6% (58,5% aas) acv 90,4% eap 86,2% (28% clopidogrel) bb 57%.

**Conclusiones:** Los resultados del estudio muestran un ligero mejor control de frcv en pacientes con ci, usando más estatinas y antiagregantes que en el resto. Solamente el 57% de los pacientes con ci toma b-bloqueantes y el 40% de los acv estatinas. Destaca el peor control de los frcv en los pacientes con eap que en un elevado porcentaje desarrollara otros eventos cardiovasculares potencialmente mortales.

### 10/715. FIBRILACIÓN AURICULAR: ¿SOMOS CAPACES DE CONTROLARLA EN PRIMARIA?

A. Martín Herruzo<sup>a</sup>, A. García Lerín<sup>a</sup>, O. García Vallejo<sup>a</sup>, R. del Olmo Zamora<sup>a</sup>, S. Martín Herruzo<sup>b</sup> y F. Ojeda Galdón

<sup>a</sup>CS Almendrales. Madrid; <sup>b</sup>Hospital de Fuenlabrada. Madrid; <sup>c</sup>CS Algemesi. Valencia.

**Objetivos:** Determinar prevalencia y características de población con fibrilación auricular del C.S. Almendrales de Madrid y compararla con otros estudios.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo transversal utilizando programa OMI-AP revisando 149 pacientes del C.S. Almendrales de Madrid con historial de arritmia cardíaca o FA (población 23.303 19% > 65 años) presentaban FA 80, hombres 44 mujeres 36, edad media  $76.75 \pm 8.48$  años. Se revisaron: edad, sexo, factores de riesgo: eventos cardiovasculares, HTA, DM, DL, anticoagulación/antiagregación, antiarrítmicos/frenadores NAV), comparando con otros estudios.

**Resultados:** Prevalencia de FA en nuestro estudio 0,34%, otros estudios (0,4%). Diferencias en mayores 65 años (1,59% frente al 5% en otros estudios). En otros estudios se encontró que pacientes con FA presentaban HTA del 49 al 86,3%, en nuestro estudio 75%. El 20% diabéticos y el 41,3% dislipémicos, encontrándose eventos cardiovasculares en 23,8%. Un 21,3% de pacientes con FA con tratamiento antiarrítmico y 38,8% frenadores del NAV. De los pacientes 56,3% anticoagulado, 28,8% antiagregado (23,8% AAS, 5% clopidogrel) 10% anticoagulado y antiagregado, sin tratamiento 5%.

**Conclusiones:** De cada mil pacientes 3 presentaban FA y 15 de cada mil en mayores 65 años, confirmando mayor prevalencia en este grupo, siendo en nuestro estudio similar a los demás. Elevada prevalencia de HTA en pacientes con FA, mayor en nuestro estudio que en estudios consultados. Porcentaje superior de pacientes que reciben profilaxis tromboembólica respecto otros estudios. El porcentaje de pacientes cuya base de tratamiento es control de la frecuencia de NAV prácticamente es el doble de los que recibían tratamiento antiarrítmico.

#### 10/721. ¿NUESTRO PSIQUIATRA CONSULTOR VARÍA EL PLAN TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS A SU SERVICIO?

E. Costa Atienza, C. Forcada Arcarons, A. Arrufat Nevot, A. Bárcena Fernández, B. Mateu Carralero y R. Chaparro Cardozo

ABS Manlleu. Barcelona.

**Objetivos:** Revisar los cambios terapéuticos farmacológicos realizados por el psiquiatra consultor en nuestro centro de salud (CS). Revisar las características demográficas y las patologías psiquiátricas de los pacientes derivados.

**Metodología:** Des de mediados de 2009 disponemos en nuestro CS de un psiquiatra consultor cuya función es proporcionar ayuda al médico de familia en las patologías psiquiátricas que no son de derivación al centro de salud mental (CSM) de referencia. Hemos analizado las visitas de los 6 primeros meses. Se analizan descriptivamente los cambios de medicación realizados por el psiquiatra, las características demográficas de los pacientes, las patologías psiquiátricas y tipos de tratamiento farmacológico.

**Resultados:** El psiquiatra ha realizado cambios en el tratamiento médico en el 74%. De éstos, Se hizo seguimiento en un 52%. Un 16% fue derivado al CSM de referencia. Total de visitas: 117. 72% mujeres, 28% hombres. Media de edad: 45 años. Un 69% de mujeres y un 82% de hombres presentaban problemas de ansiedad y/o depresión. Un 18% de los hombres presentaban problemas relacionados con trastornos de la personalidad. Las 3 clases de fármacos más usados fueron 35,3% Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, 24,2% ansiolíticos y 14% antiepilépticos. Tanto en hombres como en mujeres, el 24% tomaban 3 tipos de fármacos psiquiátricos.

**Conclusiones:** El psiquiatra realiza cambios en el tratamiento de manera habitual además de cómo mínimo una visita de seguimiento posterior. Se visitaron más mujeres que hombres. La patología psiquiátrica más habitual es ansiedad y/o depresión. No hay diferencias entre polifarmacia y sexo.

#### 10/723. ¿TENEMOS A MUCHOS PACIENTES DE BAJA?

E. Montalvillo Delgado<sup>a</sup>, M. Saiz Careaga<sup>b</sup>, M. Rodríguez Porres<sup>b</sup> y A. Pérez Lerandi<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS López Albo. Colindres. Cantabria; <sup>b</sup>CS Liébana. Potes. Cantabria; <sup>c</sup>CS Zurbarán. Bilbao. Vizcaya.

**Objetivos:** Analizar las bajas laborales (IT) que se dan a los pacientes de un centro de salud semiurbano en el que la variabilidad de sectores de trabajo en la población es importante, comparándolas con las que existen en nuestro área de salud.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal de la población activa con seguridad social durante el año 2009 en la zona básica de salud. Ámbito: Atención Primaria. No se realiza muestreo. Variables: pacientes en IT, duración de la IT, médico prescriptor. Indicadores: incidencia, prevalencia referida al último día de cada mes. Análisis estadístico con SPSS.

**Resultados:** El número de asegurados activos es variable a lo largo del año correspondiendo a una población media de 5033,17 [5024,38-5041,96]. Los pacientes en IT a final de cada mes fueron 162 [143,24-180,76]. La incidencia de IT en el año fue de 2,32, similar a la del área de salud de 2,31. La media de las prevalencias fue de 3,22 [2,84-3,60] mientras que en el área correspondió a 3,06 [3,02-3,10]; Los meses de mayor prevalencia de bajas en la zona y en el área fueron los de febrero (3,51) y enero (3,3) y los de menor septiembre (2,99) y julio (2,84) respectivamente, la referida al último día del año en ambos es de 3. El promedio de días de baja por activo se sitúa en 1 [0,68-1,32] en nuestra zona frente a 0,97 [0,78-1,16] del área.

**Conclusiones:** Damos las mismas bajas a los pacientes y sin cambios en el patrón estacional en ambos casos, aunque con algunas diferencias según los meses.

#### 10/729. RIESGOS PSICOSOCIALES EN MÉDICOS DE CENTROS URBANOS DE SEGOVIA

M. Andrés Francés<sup>a</sup> y M. Fragua Gil<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Complejo Hospitalario de Segovia; <sup>b</sup>CS Segovia I.

**Objetivos:** Evaluar el nivel de riesgo psicosocial al que están expuestos los médicos de los centros de salud urbanos de Segovia analizando los factores implicados en el mismo para hacer propuestas de intervención dirigidas a su prevención. El Sistema Nacional de Salud ha experimentado grandes cambios en un corto periodo de tiempo, que han tenido una influencia profunda en la salud y la seguridad de sus trabajadores. La patología derivada de la exposición a Riesgos Psicosociales es actualmente una causa importante de absentismo laboral en el personal sanitario. Conlleva un coste en sufrimiento humano importante y consecuencias negativas en la calidad de la atención sanitaria.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal realizado en junio de 2009. Población de estudio: Médicos de los tres Centros de Salud y Servicio Urgencias de Atención Primaria (SUAP). Total 49 trabajadores. Participación voluntaria y anónima. N = 26 (53%). Método de Valoración de Factores Psicosociales FPSICO del Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo (FPSICO). Presenta una aplicación informática con un método de valoración propio. Se basa en un cuestionario de 75 preguntas de respuesta cerrada, previamente codificadas en una escala de 3 a 5 rangos. Se miden siete factores, que analizan otros tantos aspectos de la realidad psicosocial de la empresa. a) Carga mental: las presiones del tiempo, el esfuerzo de atención, la fatiga, la cantidad y la dificultad de la tarea. b) Autonomía temporal: la capacidad de poder organizar las tareas en el tiempo de trabajo. c) Contenido del trabajo: la variedad de tareas, la importancia y motivación. d) Supervisión-Participación: control que ejerce la empresa sobre el trabajador participación del trabajador. e) Definición del rol: claridad con que el trabajador vive su



cometido. f) Interés por el trabajador: aspectos como su promoción o formación. g) Relaciones personales: la dirección, los clientes y los compañeros. Para cada factor se da una puntuación grupal que es la media de las puntuaciones de cada sujeto al factor. Oscila de 0 a 10 puntos. Según este valor se clasifican en: Tramo satisfactorio (0 A 4), Tramo intermedio (4 A 7), Tramo nocivo (7 a 10). Además se aporta el porcentaje de cuestionarios que quedan incluidos en cada uno de los tramos. Se analizan también las frecuencias absolutas y relativas de las contestaciones a cada una de las preguntas y estos datos sirven para un análisis en profundidad de los subfactores que componen cada uno de los factores en estudio.

**Resultados:** Existen tres factores con valores no aceptables: La Carga mental, la Autonomía Temporal y la Supervisión-Participación. La Carga mental (media 7,92), se encuadra en el tramo nocivo. El 73,03% de encuestados están en el tramo nocivo y el 26,92% en el intermedio. La sensación subjetiva de fatiga es alta (el 61%), con una intensidad de atención alta o muy alta en el 100% de los casos, y necesitando mantener esta atención más de tres cuartas partes de su tiempo (88%). El 76% de los médicos valoran que tienen poco tiempo asignado a la tarea y necesitan recuperar los retrasos acelerando el ritmo en el 83% de los casos. El 74% considera que la tarea es intensa, y en un 72% que es compleja. La Autonomía temporal (media de 6,73) se sitúa en el punto máximo del nivel intermedio. El 61% indica que no puede abandonar el puesto y el 11% tiene capacidad de distribuir las pausas. La Supervisión participación (media de 5,32) se sitúa en el tramo intermedio. Mas del 60% opinan que los medios de participación no existen o son malos. El contenido del trabajo (media 2,77) se sitúa en el tramo aceptable estando el 0% de los casos encuadrados en el tramo nocivo. El Interés por el trabajador (media 3,8) da valores generales buenos, sin embargo, los médicos están descontentos de la promoción (68%) y de la formación (79%). Las relaciones (media, 1,02) son valoradas como buenas las relaciones con jefes, (85,3%) compañeros (92%) y con clientes (96%). La definición del rol, (media 3,4) está incluido en el tramo satisfactorio.

**Conclusiones:** Existe riesgo psicosocial de nivel medio-alto en los médicos de los centros de salud urbanos de Segovia. El factor psicosocial mas implicado en el riesgo es la carga mental. El 100% de los estudiados están sometidos a una carga mental elevada con un nivel de riesgo no aceptable. Las causas de la carga mental son la fatiga y la necesidad de atención alta, con tareas intensas y complejas disponiendo de poco tiempo asignado para su resolución. Se dispone de poca autonomía en la distribución del tiempo y las pausas de trabajo. La valoración de la supervisión es aceptable pero no así la de los medios de participación en la empresa. La valoración del contenido de trabajo, de las relaciones personales y de la definición del rol es positiva. Puede deducirse que el grupo en su totalidad considera su trabajo interesante, importante, motivador y cubre sus expectativas. Deben tomarse medidas preventivas que se dirigirán prioritariamente al control de la fatiga para minimizar la carga mental.

#### 10/736. DIAGNÓSTICO DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Álvarez Tutor y J. Álvarez Tutor

*Medicina de Familia. CS de Ermitagaña. Pamplona. Navarra.*

**Objetivos:** La carcinomatosis peritoneal (CP) puede presentarse como ascitis como única manifestación. Otras veces pueden demostrarse implantes metastásicos, adenopatías, atrapamiento mesentérico, etc. La ecografía y el TAC constituyen un excelente método de imagen para la valoración de la CP. Valorar la aportación de la Ecografía y el TAC al estudio de pacientes con carcinomatosis peritoneal.

**Metodología:** Realizamos estudio retrospectivo de 47 pacientes con CP, con edad comprendida entre 37-80 años, media de 64, siendo 14 varones y 33 mujeres. Se valoran los parámetros: -Presencia de líquido abdominal; -Distribución y densitometría del mismo; -Infiltración mesentérica; -Masas y adenopatías.

**Resultados:** Se comprobó presencia de líquido libre en el 100% de los casos, con igual distribución de líquido en saco mayor y menor en el 30% de los mismos; infiltración mesentérica en el 23%; presencia de masas en el 49%; adenopatías en el 13%. No se encontraron hallazgos de malignidad en 4 casos, en los cuales sí los demostró la laparotomía hecha con posterioridad.

**Conclusiones:** El TAC y la ecografía sugieren malignidad en el 91,5% de los casos de la serie estudiada. Por tanto, nos parece buen método de imagen la suma de ambas técnicas para el estudio de la CP. Sin embargo, los hallazgos negativos no son excluyentes de malignidad; en nuestra serie, 4 casos no mostraron hallazgos valorables con la ecografía y el TAC, y la posterior laparotomía, si demostró signos de carcinomatosis peritoneal.

#### 10/737. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: LAS BAJAS LABORALES EN LA BIBLIOTECA COCHRANE PLUS

A. Gómez Álvarez<sup>a</sup> y J. de la Fuente Madero<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad Médica del EVI. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Jaén; <sup>b</sup>Unidad Médica del EVI. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Málaga.

**Objetivos:** Analizar los trabajos incluidos en la Biblioteca Cochrane Plus que hacen referencia a las bajas laborales por incapacidad temporal, y concluir cuáles son las patologías acerca de las cuales puede extraerse información de esta fuente.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal realizado en mayo de 2010 (Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1 ISSN 1745-9990). Utilizamos como términos de búsqueda "baja laboral", "sick leave" e "incapacidad temporal", seleccionando únicamente los trabajos que incluían esos términos en el título o en el resumen.

**Resultados:** Encontramos 18 trabajos diferentes que respondían a los criterios de búsqueda. En ellos se daba respuesta a diversas preguntas relacionadas con la incapacidad temporal derivada de varias patologías, siendo tales patologías las siguientes: 1) Lumbalgia exclusivamente: 16 trabajos. 2) Raquialgia en general: 1 trabajo. 3) Dolor del aparato locomotor en general (raquis y extremidades): 1 trabajo. 4) Cáncer de mama: 1 trabajo. Todas las revisiones sistemáticas (4) versaron sobre lumbalgia. Sólo dos de los trabajos incluidos (uno descriptivo, otro intervencionista) eran españoles, ambos sobre lumbalgia.

**Conclusiones:** La inmensa mayoría de estudios sobre incapacidad temporal incluidos en la Biblioteca Cochrane Plus hacen referencia a patologías del aparato locomotor, con especial atención a la lumbalgia. Necesitamos más estudios sobre la incapacidad temporal derivada de otras patologías, especialmente trabajos realizados en nuestro medio.

#### 10/739. AVISO UNIDAD MÓVIL MEDICALIZADA: DOLOR TORÁCICO

A. Palma Enríquez<sup>a</sup>, A. Varón Espinosa<sup>b</sup>, J. Aguirre Rodríguez<sup>c</sup>, M. Sacristán Tovar<sup>d</sup>, P. Hernández Lozano<sup>d</sup> y M. Hurtado Pérez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS de Atarfe. Granada; <sup>b</sup>Médico de Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atarfe. Granada; <sup>c</sup>Médico de Familia. CS Casería de Montijo. Granada; <sup>d</sup>Enfermera de Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atarfe. Granada.

**Objetivos:** 1) Analizar asistencias realizadas por Unidad Medicalizada Atarfe (UM) en un año, proceso Dolor Torácico (DT) sugestivo de cardiopatía isquémica. 2) Valorar capacidad diagnóstica ante DT

de éstas características.3) Analizar resolución del proceso y elección medio de traslado al hospital tras estratificación riesgo.

**Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, todas las asistencias en atención primaria realizadas (UM), que entraron en proceso DT, sugestivo de cardiopatía isquémica, 1/5/ 2009 a 31/5/ 2010, población n = 45.000, 8h-15h, lunes a viernes. Motivo demanda (DM) dolor torácico no traumático, síntomas equivalentes, disnea brusca, síncope, BRIHH reciente. Variables: motivo de demanda (DT; DT origen cardiopatía isquémica), prioridades: (P1: emergencia, P2: urgencia no demorable) sexo, edad, diagnósticos emitidos (DE), resolución, confirmación hospitalaria DE.

**Resultados:** Total asistencias, n = 766 (100%); "proceso (DT) no filiado", n = 60, (8%), (5/mes). (DT) sugestivo cardiopatía isquémica (n = 17), (29%). 1.-síndrome coronario agudo (SCA) (n = 15) (88%): 1.1 Angina inestable/IAM sin elevación del ST (SCAEST): n = 10, (67%), edad media 70a; sexo predominio masculino (70%); prioridades: (P1: n = 5, P2: n = 5); 100% derivación hospitalaria (UM). Confirmaciones diagnósticas hospitalarias (80%). 1.2 IAM elevación ST (SCAEST): (n = 5), (34%), edad media (71a); sexo femenino (60%); prioridades: (P1: n = 3, P2: n = 2), (100%) derivación hospitalaria (UM). Confirmaciones diagnósticas hospitalarias (80%). 2.-Angina estable (n = 2) (12%): edad media (79a), hombres; ambos derivación hospitalaria en ambulancia convencional. Dos confirmación diagnóstica.

**Conclusiones:** 1) Analizadas las asistencias realizadas que entraron en proceso (DT) sugestivo de cardiopatía isquémica, el "Síndrome coronario agudo" fue el diagnóstico emitido más frecuente, destacando (SCAEST). 2) El diagnóstico emitido médico, confirmado a nivel hospitalario 85%. 3) 100% asistencias potencialmente graves /urgentes, se seleccionó la derivación hospitalaria en (UM), asegurando la asistencia integral y de alta calidad.

## Casos clínicos formato póster

### 10/20. ¡UNA REVISIÓN DE SALUD SORPRENDENTE!

M. Hernández Ribera<sup>a</sup>, J. Navarro Osuna<sup>a</sup>, J. Llosa Ventura<sup>b</sup>, M. Ciurana Tebé<sup>a</sup> y E. Descals Singla<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CAP Plaça Catalunya. Manresa; <sup>b</sup>CAP Berga Centre. Berga.

**Descripción del caso:** Varón de 17 años que solicita una revisión sanitaria para unas prácticas laborales. Antecedentes de asma y dermatitis atópica. No hábitos tóxicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: soplo sistólico 2-3/6 en foco mitral irradiado a axila. Electrocardiograma: criterios de hipertrofia ventricular izquierda. Ecocardiograma: hipertrofia ligera a nivel lateral medio-apical y segmento apical con hipertrabeculación (posibles sinusoides). Cardiorresonancia magnética: áreas hipertrabeculadas en segmento lateral medio, apical y casquete apical afectando a un grosor superior a 2/3 del miocardio, no compactación en las zonas afectadas.

**Juicio clínico:** Miocardiopatía espongiforme no compactada.

**Diagnóstico diferencial:** Miocardiopatías primarias: 1- Genéticas: miocardiopatía hipertrófica, displasia arritmogénica de ventrículo derecho, miocardiopatía espongiforme, defectos de conducción, miopatías mitocondriales, canalopatía iónicas (síndrome QT largo y corto, sd. Brugada, fibrilación ventricular idiopática, taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica); 2- Mixtas: miocardiopatía dilatada y restrictiva; 3- Adquiridas: inflamatorias, estrés, periparto, inducidas por taquicardia, hijos de madres insulino dependientes. Miocardiopatías secundarias: infiltrativas

(amiloidosis, Gaucher), de depósito (hemocromatosis, Fabry), tóxicas (cocaína, metales pesados, agentes químicos), endomiocárdicas (fibrosis, sd. hipereosinofílico), granulomatosas (sarcoidosis), endocrinas (diabetes, tiroides y paratiroides, feocromocitoma, acromegalia), cardiofaciales (síndrome Noonan, lentiginosis), neuromusculares-neurológicas (ataxia de Friedreich, distrofias musculares, neurofibromatosis, esclerosis tuberosa), déficits nutricionales (beri-beri, pelagra, selenio, carnitina, kwashiorkor), autoinmunes (lupus, dermatomiositis, artritis reumatoide, esclerodermia, poliarteritis nodosa), alteraciones electrolíticas, anti-neoplásicos.

**Comentario final:** La miocardiopatía espongiforme es de origen genético ocasionada por la interrupción de la embriogénesis, persistiendo senos profundos y sinusoides en el miocardio en comunicación libre con el ventrículo izquierdo causando la ausencia de compactación ventricular izquierda. Prevalencia: 0,05%-0,014%. Mortalidad: 80% a los 6 años. Puede asociar otras anomalías congénitas. Existen formas familiares recomendándose realizar ecografía a familiares de primer grado. Suelen desarrollar disfunción ventricular izquierda con insuficiencia cardíaca, embolias, arritmias y muerte súbita. Sin tratamiento específico salvo las complicaciones.

### BIBLIOGRAFÍA

- Galve Basilio E, Alfonso Manterola F, Ballester Rodés M, Castro Beiras A, Fernández de Soria Pantoja R, Penas Lado M et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en miocardiopatías y miocarditis. Rev Esp Cardiol. 2000;53:360-93.
- Jenni R, Oechslin E, Van der Loo B. Isolated ventricular non compaction of the myocardium in adults. Heart. 2007;93:11-5.
- Petersen SE, Sevanayagam JB, Wiesmann F, Robson MD, Francis JM, Anderson RH, et al. Left ventricular non compaction: Insights from cardiovascular magnetic resonance imaging. J Am Coll Cardiol. 2005;46:101-5.
- Ali SK, Godman MJ. The variable clinical presentation of, and outcome for, noncompaction of the ventricular myocardium in infants and children, an under-diagnosed cardiomyopathy. Cardiol Young. 2004;14:409-16.
- Chin TK, Perloff JK, Williams RG, Jue K, Mohrmann R. Isolated noncompaction of left ventricular myocardium. A study of eight cases. Circulation. 1990;82:507-13.

### 10/34. IMPORTANCIA DE LA RADIOLOGÍA CERVICAL EN EL TRAUMATISMO CRANEAL DE BAJA INTENSIDAD

E. Estévez Rovira<sup>a</sup>, E. Soy Ferrer<sup>b</sup>, M. Gispert Ametller<sup>b</sup>, S. Vázquez Mendoza<sup>b</sup> y X. Salgado Serrano<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CAP Girona Montilivi; <sup>b</sup>Urgencias. Hospital Josep Trueta.

**Descripción del caso:** Paciente de 20 años de edad sin antecedentes patológicos trasladada a nuestro centro por el Servicio Emergencias Médicas tras sufrir traumatismo cervical y dorsal provocado por las olas del mar. A su llegada la paciente refiere traumatismo craneoencefálico (TCE) sin pérdida de consciencia, dolor a nivel cervical acompañado de hipostesia en territorio de C8 sin otra sintomatología asociada. Se realiza una primera valoración desde el centro atención primaria, colocando collarín cervical i se traslada paciente a servicio Urgencias de hospital para descartar patología aguda de la columna cervical.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: Consciente y orientada, Glasgow (GSC) 15; normocoloración de piel y mucosas. Constantes vitales conservadas; auscultación cardiorespiratoria; Tonos rítmicos sin soplos, hipofonesis en la base derecha. Abdomen; blando depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Osteomuscular dolor a la palpación cervical baja. Movilidad dolorosa. No alteración sensitivomotora en ex-

tremidades superiores reflejos conservados. Pérdida de fuerza distal de ambas extremidades superiores (3/5). Presenta dolor a la palpación tercer dedo de la mano izquierda, sin deformidad ni hematoma. Dolor palpación epifisis distal cúbito. Neurológica. No nivel sensitivo, hipostesia territorio C8 con sensibilidad conservada. Exploración complementaria: Se realizan pruebas complementarias analítica completa, y radiología seriada de columna cervical, tórax y pelvis descartando patología en las dos últimas. Radiología cervical: (C1-C5) No patología traumática aguda. Se solicita nueva proyección de columna cervical que no se puede realizar correctamente por dolor, por lo que solicitamos TAC cervical que muestra una fractura de C6 con afectación de los tres pilares y las láminas, retropulsión del muro posterior que condiciona una disminución del canal medular del 40%. Así mismo se visualiza acúñamiento del pilar anterior. Correcta alineación del resto de los cuerpos vertebrales con rectificación. Espacios disco-vertebrales sin alteraciones significativas morfoestructurales, con conservación de la altura de los espacios discales y sin visualizar imágenes de protrusiones o hernias discales tomográficamente valorables. Articulaciones interapofisarias sin alteraciones significativas. Agujeros de conjunción libres.

**Juicio clínico:** Fractura de cuerpo vertebral C6.

**Diagnóstico diferencial:** Esquince cervical. Cervicalgia mecánica.

**Comentario final:** 1-Es imprescindible la correcta realización de la radiología de columna cervical. 2-No se debería aceptar en ningún caso una proyección en la que no se aprecien correctamente las 7 vértebras cervicales en un paciente traumático. 3-En caso de no ser así la experiencia nos dice que es necesario repetir la radiografía y de no ser posible estaría indicada la realización de un TAC cervical.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Andreu Sánchez JL, Sanz Sanz JJ, Mulero Mendoza. Cervicalgia. En: Moya Mir MS, ed.
2. Normas de actuación en urgencias. Madrid: Edición 2000; 2000:500-3.
3. Corts Giner JR, Castellano Cuesta JA. Artrosis cervical y otros síndromes cervicales. En: Herrero-Beaumont G, Martín Mola E, Riestra Noriega JL, Tornero Molina J, eds. Manual de Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid: Doyma; 1992:290-9.
4. Hoyt DB, Coimbra R, Acosta J. Management of acute trauma. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston Textbook of Surgery. 18th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007.

### 10/63. NEUROCISTICERCOSIS: UNA ENFERMEDAD NACIENTE EN NUESTRAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. García Muñoz

*Ambulatorio de San Ildefonso. Cornellá de Llobregat.*

**Descripción del caso:** Mujer de 45 años, natural de Perú, que presenta cuadro de hemihipoestesia izquierda de 1 día de evolución con parestesias en todo el hemicuerpo izquierdo. Además cefalea hemicraneal derecha de características pulsátiles, sin fotofobia ni sonofobia. Niega que la cefalea aumente con los movimientos cefálicos o que empeore con maniobras de valsava. No pérdida de conocimiento. No diplopía. No fiebre ni náuseas ni vómitos. Niega movimientos anómalos de las extremidades. La paciente acude a urgencias para valoración de dicha sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Vigil y orientada, pupilas isocóricas y normoreactivas a la luz, PPCC normales, hemiparesia faciobraquiocrural izquierda 4/5 con hemihipoestesia del mismo lado. ROTs más vivos al lado izquierdo, no clonus ni Babinski. No dismetría. Resto de exploración física sin

alteraciones significativas. Analítica: sin alteraciones significativas. TAC craneal: múltiples calcificaciones puntiformes corticosubcorticales, dos lesiones con calcificación, captación de contraste y edema perilesional temporoparietal bilateral.

**Juicio clínico:** Neurocisticercosis.

**Diagnóstico diferencial:** Tumor cerebral. Accidente vascular cerebral (ictus isquémico, AIT). Aneurisma cerebral. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Encefalopatía de Wernicke.

**Comentario final:** La neurocisticercosis ha dejado de ser una enfermedad excepcional en nuestro entorno. Debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de lesiones ocupantes de espacio intracraneales debido a su previsible aumento de incidencia en los próximos años. En el caso de nuestra paciente se pautó tratamiento con corticoides y con albendazol mejorando el episodio agudo actual, pero posteriormente la paciente ha presentado crisis parciales simples y alteraciones sensitivas variadas que han requerido atención médica en urgencias e ingreso hospitalario diagnosticándose vasculitis cerebral secundaria. Actualmente sigue controles periódicos en el servicio de neurocirugía y sigue tratamiento con prednisona 10 mg/24 h, omeprazol, calcio y antiepiléptico (levetiracetam) vía oral desde hace 1 año aproximadamente. La paciente está estable pero como complicación ha presentado varios episodios de herpes zoster (2-3) en el último año y ha desarrollado anemia ferropénica que está en estudio en estos momentos.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. del Brutto O. Neurocisticercosis: actualización en diagnóstico y tratamiento. Neurología. 2005; 20(8):412-8.
2. Beaumont C, Zazpe I, Jean-Louis C, Martínez S, Fernández B, Santiago I. Neurocisticercosis: a propósito de un caso. Emergencias. 2006;18:240-3.
3. Imirizaldu L, Miranda L, García-Gurtubay I, Gastón I, Urriza J, Quesada P. Neurocisticercosis. Una enfermedad emergente. An Sist Sanit Navar. 2004;27(2):201-9.
4. Sopena E, Coll D, Ceruelo S. Cisticercosis cerebral o neurocisticercosis. Form Med Contin Aten Prim. 2009;16:414-5.

### 10/65. MIASI CUTANIA OPORTUNISTA

C. Mascort Nogué, S. Saura Sanjaume, D. Fernández Punset, G. Hernández Jacas, R. Seguí Font y C. López Vila

*CAP Vila-Roja. ABS Girona 3. Girona.*

**Descripción del caso:** Paciente varón de 64 años de edad con antecedentes médicos de interés: dependencia al alcohol, tabaco, obesidad, fibrilación auricular, deterioro de la movilidad, déficit de higiene y autocura, insuficiencia venosa crónica con ulceraciones superficiales recidivantes a nivel de tercio inferior de las extremidades inferiores. Acude, después de cinco días de ausencia, a curas de enfermería. En el momento de la cura el paciente refiere aparición de dolor en la herida sin otra afectación sistémica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Al proceder a destapar las heridas se observa la presencia de incontables larvas blancas de unos 10 mm de longitud, en movimiento, sobre las úlceras de una de las piernas.

**Juicio clínico:** La miasis es la infestación de los tejidos del hombre o animales vertebrados por parte de larvas de dípteros<sup>1</sup>. Se conocen tres tipos de miasis cutánea: la migratoria, la oportunista (sobre heridas) y la foruncular. En los países desarrollados se ha convertido en un problema de salud creciente debido a la mayor frecuencia de viajes a lugares exóticos. Se trata de un proceso autolimitado en la mayoría de las ocasiones. La sobreinfección bacteriana es poco habitual, en parte gracias a la producción de sustancias bacteriostáticas por parte de las larvas. El tratamiento se limita a la limpieza exhaustiva de la herida intentado eliminar el máximo número de larvas y la oclusión de la misma para asfixiarlas. En alguna ocasión se precisa de la aplicación de larvicida<sup>2</sup>.

**Diagnóstico diferencial:** En las oportunistas es sencillo: la simple observación de las larvas en las heridas es el criterio diagnóstico más fiable. En situaciones en las que no sea posible debemos establecer diagnóstico diferencial con: celulitis, forúnculos, infecciones piógenas, fases iniciales de leishmaniasis, picaduras de insecto.

**Comentario final:** La prevención es la herramienta básica para limitar estas infestaciones. Una higiene básica y medidas para evitar el contacto de las moscas con la piel son los pilares básicos para limitar su aparición.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Cañueto Álvarez J, Roncero Riesco M, De Unamuno Pérez P. Miasis foruncular una dermatosis emergente en países desarrollados. *Piel*. 2010;25(3):146-51.
2. Caissie R, Beaulieu F, Giroux M, Berthod F, Landry P. Cutaneous Myiasis: Diagnosis, Treatment, and Prevention. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008;66:560-8.

### 10/70. MIOCLONÍAS DIAFRAGMÁTICAS IDIOPÁTICAS

M. Barranco Moreno, M. Ortega Bravo, R. Rodríguez Corbatón, F. Aparicio García, E. Paredes Costa y T. Justribó Fortón

*ABS Capponet. Lleida.*

**Descripción del caso:** Varón de 12 años que acudió a consulta de Pediatría de Atención Primaria por vómitos, pérdida de peso y reflujo gastro-esofágico resistentes a tratamiento específico. Antecedentes familiares y personales sin interés. En el estudio inicial del paciente la antropometría, exploración física, analítica sanguínea completa, estudio digestivo de heces, ECG, PPD, radiografía de tórax y radiografía de abdomen y tránsito esófago-gástrico-intestinal fueron normales. Se realizó endoscopia gástrica bajo sedación que confirmó diagnóstico de reflujo gastro-esofágico; al despertar de la sedación inició trastorno del movimiento consistente en sonido gutural tipo hipo, constante en vigilia, acompañado de vómitos, pirosis y epigastralgia. A los 10 días se sumaron movimientos de flexión de tronco y gritos inesperados que dificultaron la alimentación. Se consultó con psiquiatría, y neuropsiquiatría, que indicaron tratamiento con biperidino, gabapentina, benzodiacepinas, neurolepticos y ansiolíticos, administrados de forma sucesiva con escasa mejoría y evolución tórpida. Se decidió ingreso hospitalario para alimentación con sonda naso-gástrica por curva de peso descendente y patológica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Pérdida de más del 10% de su peso inicial. Analítica sanguínea, hemograma, proteínograma, hierro, ferritina, transferrina, estudio hormonal, función hepática y renal y resto de bioquímica completa normales. Fondo de ojo, EEG, RM craneal y medular y TAC abdominal y torácico normales. Electromiograma no aceptado por la familia. Tras colocación de sonda naso-gástrica el trastorno deja de ser permanente asociándose sólo a cambios emocionales intensos. Se inició recuperación ponderal durante el ingreso, y esta continuó ambulatoriamente. Con tratamiento antidepressivo evolucionó favorablemente, desapareciendo cualquier movimiento anómalo a los 6 meses.

**Juicio clínico:** Mioclonías diafragmáticas o flutter diafragmático.

**Diagnóstico diferencial:** Trastorno de conversión.

**Comentario final:** Las mioclonías diafragmáticas son un trastorno con una prevalencia baja<sup>1</sup>. La fisiopatología es de origen desconocido y se asocia con frecuencia a trastornos emocionales<sup>2</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Gazulla J, Fejió M, Val P, Benavente I. Aspectos clínicos y terapéuticos de las mioclonías diafragmáticas. *Neurología*. 2003;18(8):473-7.
2. Kaufman DM. *Neurología clínica para psiquiatras*, 6 ed. Barcelona. Elsevier; 2008.

### 10/71. HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR SEVERA

M. Barranco Moreno, M. Ortega Bravo, R. Rodríguez Corbatón, F. Aparicio García, T. Justribó Fortón y N. Vilà Jové

*ABS Capponet. Lleida.*

**Descripción del caso:** Niña de 10 años que una semana después de llegar a nuestro país acudió a consulta de Pediatría de Atención Primaria por presentar exantema máculo-papuloso hipocrómico en superficies flexoras de ambos codos y rodillas de 2 años de evolución. Familia monoparental, no conoce a su padre. Antecedentes familiares de hipercolesterolemia y cardiopatía isquémica, antecedentes personales de primoinfección tuberculosa tratada con isoniazida y vitamina B 6.

**Exploración y pruebas complementarias:** Antropometría y TA normales. Palidez, lesiones hipocrómicas redondeadas en placas en codos y rodillas compatibles con xantomas. Arco pericorneal bilateral. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Soplo sistólico II/VI en foco mitral que irradia a hemitórax izquierdo. Resto de exploración por órganos y aparatos compatible con la normalidad. Analítica sanguínea: anemia ferropénica, triglicéridos 137 mg/dl, colesterol total 730 mg/dl, colesterol-LDL 674 mg/dl, colesterol-HDL 28 mg/dl. Resto de estudio bioquímico, hormonal y serológico normales. Biopsia de máculo-pápula en codo: xantoma. Radiografía de tórax y abdomen, y ecografía abdominal normales. Estudio oftalmológico: depósitos corneales, resto normal. Estudio genético: mutación homocigota, localización (M106) + (M106), Cromosoma 19, Exon 11, actividad residual del receptor LDL in vitro 2-5,1% clasificación mutacional Clase A. Estudio cardiológico: prolapsos mitral, arteria coronaria derecha ectásica y aneurismática. Prueba de esfuerzo miocárdico: descenso del segmento ST de 1 mm en DI, y DII, y de hasta 2,5 mm, en V2 y V5. Exploraciones vasculares funcionales de extremidades normales. Funcionalismo renal normal. Angiografía: estenosis de aproximadamente el 50% del origen de la arteria carótida interna. Se inició tratamiento con dieta hipocolesterolémica, ezetimibe y simvastatina asociadas a diferentes dosis sin mejoría significativa de los niveles de colesterol, siempre por encima de 550 mg/dl en todas las determinaciones durante 2 años; tras el estudio de otras posibilidades terapéuticas se decidió realización de fistula arterio-venosa y posterior lipidoaféresis mensual observándose un descenso del 50% de las cifras de colesterol total tras cada sesión de lipidoaféresis, manteniendo el tratamiento hipolipemiente habitual y sesiones mensuales. En la actualidad las cifras de colesterol total no son superiores a 340 mg/dl y la reevaluación del tratamiento es mensual.

**Juicio clínico:** Hipercolesterolemia familiar severa homocigota.

**Diagnóstico diferencial:** Hipercolesterolemia familiar heterocigota. Disbetalipoproteinemia (hiperlipidemia tipo III). Hipercolesterolemia homocigota autosómica recesiva. Unión defectuosa familiar apoB-100. Fitosterolemia. Hiperlipidemia familiar combinada. Hipotiroidismo. Lipoproteína X. Síndrome nefrótico. Hipercolesterolemia poligénica. Hipertrigliceridemia severa.

**Comentario final:** La hipercolesterolemia familiar es un trastorno autosómico dominante. La prevalencia de la forma homocigota es de 1/1.000.000 personas<sup>1</sup>. El riesgo tan elevado de complicaciones graves como infarto agudo de miocardio o muerte súbita en niños hace plantearse que en ocasiones sea necesario intervenciones extremas como la lipoféresis<sup>2</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Kachadurian AK, SM Uthman. Experiencias con los casos de hipercolesterolemia familiar homocigota. Un informe de 52 pacientes. *Nutr Metab*. 1973;15(1):132-40.
2. WO Richter, MG Donner, B Hofling, p. Schwandt efecto a largo plazo de la aféresis de lipoproteínas de baja densidad en las lipoproteínas plasmáticas y la enfermedad coronaria en los vasos nativos y de derivación coronaria severa en la hipercolesterolemia familiar. *Metabolismo*. 47(7):863-8.



## 10/78. DORSALGIA EN PACIENTE DE 64 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CÁNCER DE MAMA

Z. Sainz Beltrán, L. Pons Pons, I. Mejía Ganoza, N. Pacheco Rubio, M. Ruiz Martín y B. Brun Alonso

CAP Montcada i Reixac. Barcelona.

**Descripción del caso:** Mujer de 64 años con antecedentes de dislipemia, hipertensión arterial, glaucoma, poliartritis y tuberculosis pulmonar en la infancia. Diagnosticada de carcinoma intraductual infiltrante en mama derecha estadio T1M0 en 2006 tratada con cirugía, quimioterapia y radioterapia. Ocho meses después del diagnóstico y sin evidencia de progresión de enfermedad, consulta por dolor costal izquierdo de características mecánicas, moderado, iniciándose tratamiento analgésico con paracetamol. Veinte días después persiste el dolor, continuo, de predominio nocturno, localizado en zona dorsal. Se añaden antiinflamatorios y mio relajantes con buena respuesta inicial. Un mes después consulta por aumento de la intensidad del dolor.

**Exploración y pruebas complementarias:** Destaca percusión dolorosa de apófisis espinosas dorsales. Exploración neurológica normal. Radiografías de columna dorsal y tórax se informan como normales. Gammagrafía ósea urgente: signos de proceso infiltrativo a nivel de D7-D8. En la analítica destacan: VSG 105 y FA 455. Ante un empeoramiento progresivo con aparición de signos de afectación neurológica: disminución de fuerza en EELL, abolición de reflejos rotulianos y Babinski bilateral se solicita RMN dorsolumbar que evidencia una compresión medular anterior a nivel de cuerpos vertebrales D7-D8 con orientación diagnóstica de espondilodiscitis. La aparición de clínica compatible con compresión medular, lleva a intervenir quirúrgicamente de forma urgente. En el material obtenido en la intervención se aísla *Mycobacterium tuberculosis*, con ausencia de celularidad tumoral. Se inicia tratamiento antituberculoso. Persiste como secuela una paraplejia.

**Juicio clínico:** Espondilodiscitis tuberculosa (Mal de Pott).

**Diagnóstico diferencial:** Dorsalgia mecánica, metástasis ósea, espondilodiscitis infecciosa.

**Comentario final:** El planteamiento inicial de dorsalgia mecánica se modificó ante el empeoramiento progresivo. Teniendo en cuenta el reciente diagnóstico de carcinoma de mama se sospechó metástasis ósea. El antecedente de tuberculosis referido por la paciente, no fue considerado por carecer de informes médicos. En los países desarrollados se está asistiendo a un aumento de casos de tuberculosis. Entre las causas cabe destacar el incremento de personas con tratamiento inmunosupresor, VIH, enfermedades crónicas autoinmunes, población inmigrante procedente de zonas endémicas. Todo esto influye de forma decisiva en la aparición de manifestaciones extrapulmonares (como en este caso), siendo la forma ganglionar la más frecuente, seguido del territorio óseo con afectación preferente de la columna dorsal baja o lumbar alta en forma de espondilodiscitis (mal de Pott). No hemos de olvidar la tuberculosis. La Atención Primaria es el ámbito idóneo para su detección precoz.

## 10/85. OSTEOPOROSIS TRANSITORIA DE CADERA: PATOLOGÍA A TENER EN CUENTA

M. Miralles Piñeyro, M. Martí Vilà, M. del Val Viñolas y M. Pérez Miras

MF CAP Vila Olímpica. Barcelona.

**Descripción del caso:** *Caso 1:* varón de 36 años, diabético. Consulta por dolor en muslo izquierdo de un mes de evolución tras esfuerzo, que ha ido en aumento a pesar de tto con AINEs y reposo relativo. Dolor continuo, que impide la deambulación y no cede

durante la noche aunque disminuye con el reposo. *Caso 2:* mujer de 40 años con AP de: colitis ulcerosa, epilepsia, sd ansioso y hipercolesterolemia. Consulta por dolor constante en cadera izquierda que irradia a muslo durante las 24 h del día y mejora con reposo.

**Exploración y pruebas complementarias:** *Caso 1:* Expl: limitación de la ABD y rotación interna de la cadera izquierda, dolor a la palpación de cuádriceps y trocánter mayor. -Rx cadera que aporta informada como normal. -RMN al mes de iniciar el dolor: Edema difuso de medula ósea en cabeza y cuello femoral. -RMN un mes posterior, sin cambios: Edema óseo en cabeza femoral que se extiende al cuello. -Gammagrafía: mínima afectación de cadera (acetábulo, cabeza, cuello femoral) sin signos de actividad inflamatoria significativa (fases vascular y precoz negativa de dudosa significación). *Caso 2:* -Expl: dolor a la presión en isquion y trocánter mayor. Cadera libre. -Gammagrafía ósea al mes de iniciar la clínica: Intensa hipercaptación patológica a nivel de cadera en la localización de la cabeza femoral. -RMN hiperseñal en cabeza y cuello femoral hasta la línea intertrocanterea. -Gammagrafía ósea a los tres meses de la primera: Persiste una discreta hiperactividad ósea a nivel de cabeza femoral y acetábulo homolateral, que comparativamente con la anterior gammagrafía muestra una favorable evolución.

**Juicio clínico:** Dadas las características del dolor, que aumento durante las primeras semanas, se mantuvo y luego disminuyó y; los resultados de las pruebas complementarias se orientaron ambos casos como osteoporosis transitoria. El varón recibió tratamiento con ácido risedronico, calcio y AINEs. La mujer, dados sus antecedentes se optó por calcitonina y analgésicos.

**Diagnóstico diferencial:** Tumor. Osteonecrosis. Infección. Fractura por estrés. Artritis inflamatoria. Sinovitis vello nodular. Distrofia simpático refleja.

**Comentario final:** La osteoporosis transitoria de cadera es un trastorno infrecuente que aparece en varones jóvenes y mujeres embarazadas. Se trata de un proceso autolimitado y con tendencia a la resolución espontánea entre los 6-8 meses. Etiología desconocida. Factores implicados: predisposición genética, ingesta de esteroides, alcoholismo, obesidad, hemoglobinopatías y embarazo. Cursa con dolor inguinal agudo, constante durante todo el día y disminuye con el reposo. El dolor aumenta de manera progresiva durante las primeras semanas llegando a provocar incapacidad funcional, posteriormente se estabiliza y empieza a disminuir de manera progresiva. Hay una limitación de la movilidad, sobre todo la abducción y rotación interna. Puede haber sensibilidad aumentada en el trocánter mayor, pubis o isquion. Los hallazgos radiológicos (osteopenia) no aparecen hasta las 4 semanas. Gammagrafía: incremento de la captación en la articulación afectada (DD osteonecrosis, fractura de estrés y artritis inflamatoria). RMN: patrón de edema medular óseo Tratamiento: reposo, analgésicos, antiinflamatorios, calcitonina y antiresortivos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Berenguel Martínez P, Ríos Luna A, De Haro Ramírez N, Parrilla Ruiz FM. Osteoporosis transitoria de cadera en una gestante. *Emergencias*. 2006;18:368-70.
2. Ruy Díaz A, González Herranz J, Ballesta de Vicente F, Rodríguez Ferrol P. Osteoporosis transitoria de cadera. *Rev Esp Osteoart*. 1994;29:163-9.
3. Suresh S, Thomas JK, Raniga S. Migrating transient osteoporosis of the hip in a 30-years-old men. *IJO*. 2009;43(1):301-4.
4. McWalter P, Hassan A. Transient osteoporosis of the hip. *Ann Saudi Med*. 2009;29(2):144-8.
5. Moltó A, Holgado S, Mateo L, Olivé A. Transient osteoporosis of the hip and pregnancy. *Med Clin (Bar)*. 2009;Oct 21.
6. Miguéns Vázquez X, Pagazaurtundua Gómez S. Osteoporosis transitoria, diagnóstico a considerar. *Rev SE Rehabilitación y M Física*. 2007;41(2):92-4.

## 10/90. ALERGIA A LA LECHE DE VACA. DESENSIBILIZACIÓN ORAL

M. Barranco Moreno, M. Ortega Bravo, R. Rodríguez Corbatón, F. Aparicio García, T. Justribó Fotón y M. Calvo Godoy

ABS Capponet. Lleida.

**Descripción del caso:** Varón de 13 años diagnosticado en consulta de Pediatría de Atención Primaria de alergia a las proteínas de la leche de vaca en el periodo de lactante. Antecedentes familiares: padre alérgico a gramíneas. Antecedentes personales: alergia a las proteínas de la leche de vaca, asma bronquial extrínseca; sensibilización a neuroalérgenos negativa. El paciente comenzó a tener problemas sociales y familiares asociados con la dieta de exclusión y se le planteó la posibilidad de la desensibilización oral. Se remitió a consultas de inmunología y cumpliendo los criterios de inclusión del protocolo de desensibilización oral a la leche de vaca<sup>1</sup> la familia y el paciente aceptaron el tratamiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** Antropometría normal. Exploración por órganos y aparatos normal. Analítica sanguínea: hemograma y bioquímica normales; inmunidad: IgE total 595 KUI/L, resto normal. Estudio de alérgenos: pruebas cutáneas (PRICK), y CAP-RAST, a leche entera, alfa-lactoalbúmina, beta-lactoalbúmina y caseína: positivos. Ingresó para inducir la tolerancia con administración previa de omalizumab<sup>2</sup>: se expuso al paciente, previamente monitorizado, a dosis progresivamente mayores y más concentradas de leche. Fue dado del alta a los 3 días tras ingerir, sin incidencias, 2,5 cc de leche sin diluir. Se prescribió pauta medicamentosa de rescate con instrucciones concretas para la familia y para nosotros; continuó protocolo en su domicilio ingiriendo dosis creciente de leche, 2 veces al día, con aumento de volumen semanal. A los 4 meses el volumen máximo tolerado por el paciente fue de 400 cc/día precisando antihistamínico de rescate por rinitis. El contacto de la familia con el servicio de inmunología fue semanal y telefónico el primer mes y casi diario con nosotros. Desde hace un año ingiere diariamente 300 cc de leche de vaca y alimentos elaborados con leche de vaca sin incidencias.

**Juicio clínico:** Alergia a las proteínas de la leche de vaca. Desensibilización oral.

**Diagnóstico diferencial:** Alergias alimentarias.

**Comentario final:** La alergia a la leche de vaca es una forma muy frecuente de alergia alimentaria en niños, la dieta de eliminación hasta ahora era el único tratamiento. La desensibilización oral puede ser eficaz en algunos casos y una alternativa a considerar<sup>3</sup>. El protocolo de desensibilización debe ser controlado y supervisado por un servicio de alergología en colaboración con las consultas de Atención Primaria<sup>4</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Meglio P, Bartone E, Plantamura M, et al. A protocol for oral desensitization in children with Ig E mediated cow's milk allergy. *Allergy*. 2004;59:980-7.
2. Bousquet J, Wahn U, Meltzer E O, et al. Omalizumab: an anti-immunoglobulin E antibody for the treatment of allergic respiratory diseases. *Eur Respir Rev*. 2008;17:1-9.
3. Frías García M L, Rodrigo García G, Vázquez Álvarez MC, Quevedo Teruel SJ, Bracamonte Bermejo SJ, Echeverría Zudaire LA. Desensibilización oral. Tratamiento eficaz en pacientes con alergia persistente a la leche de vaca. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68(Supl 2):102.
4. Ojeda P, Ojeda I, García A, Pineda F, Ojeda JA. Tratamiento de desensibilización en pacientes en edad pediátrica alérgicos a las proteínas de la leche. *JIAI*. 2006;139.

## 10/92. EL FENOTIPO, CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO

M. Ortega Bravo, O. Sacristán García, Y. Blasco Lacambra, G. Torres Cortada, E. Paredes Costa y N. Vilà Jové

ABS Capponet. Lleida.

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 71 años sin alergias conocidas con antecedentes patológicos: hace 15 años accidente cerebrovascular con hemiplejía facioabrazoizquierda residual, dislipemia, diabetes mellitus 2 en tratamiento con insulina, cardiopatía valvular. Ingresó en el hospital por síndrome febril.

**Exploración y pruebas complementarias:** Facies tosca con abombamiento frontal, nariz grande, macroglosia y prognatismo; manos y pies llamativamente grandes. AC: tonos apagados, rítmicos; soplo sistólico en foco mitral. AR: MVC. Neurológico: hemiplejía izquierda. Resto exploración normal. Analítica: hemograma y coagulación normal; bioquímica: glucosa 114, CT 187, HDL 41, LDL 113, TG 163, función hepática y renal normal, prolactina (PRL) y cortisol dentro de la normalidad. Sobrecarga oral de glucosa (SOG): glucosa a los 30 minutos 180; 60 minutos 243; 90 minutos 269; 120 minutos 268. Frenación de hormona crecimiento (GH) con SOG: somatotropina basal 17; GH a los 30 minutos post SOG 21,6; 60 minutos post SOG 26,4; 90 minutos post SOG 31,4; 120 minutos post SOG 31,2; somatomedina C 698. Radiografía tórax: cardiomegalia. Electrocardiograma: ritmo sinusal, BRDHH. Sedimento orina: hematias 9-10; leucos 2-3, bacteriuria. Ecocardiograma: prolapso sistólico del velo posterior mitral con insuficiencia mitral, dilatación aurícula izquierda, insuficiencia tricuspídea con signos de HTSP ligera, hipertrofia ligera del ventrículo izquierdo, derrame pericárdico leve, función sistólica satisfactoria. Resonancia nuclear magnética cerebral: lesión nodular de 5 mm paramedial derecho sugestivo de microadenoma hipofisario, lesión encefalomalacia hemisférica derecha.

**Juicio clínico:** Adenoma hipofisario. Acromegalia.

**Diagnóstico diferencial:** Por exceso de secreción de GH: De origen hipofisario: adenoma de células GH; adenoma mixto de células GH y PRL; adenoma de células mamosomatotropas; adenoma plurihormonal; carcinoma de células GH o metástasis; neoplasia endocrina múltiple 1; síndrome de McCune-Albright; adenoma hipofisario ectópico esfenoidal o del seno parafaríngeo; De origen extrahipofisario: tumor de células de islotes pancreáticos. Por exceso de secreción de hormona liberadora de GH: De origen central: hamartoma; coristoma; ganglioneuroma hipotalámicos; De origen periférico: carcinóide bronquial, tumor de células de islotes pancreáticos, carcinoma de células pequeñas del pulmón, adenoma suprarrenal, carcinoma medular del tiroides, feocromocitoma.

**Comentario final:** La acromegalia es una enfermedad poco prevalente y la consecuencia clínica más importante del exceso de GH afecta al aparato cardiovascular como se puede apreciar en la ecocardiograma. Lo que hace excepcional el caso es que la paciente fue diagnosticada hace 30 años, rehusó el tratamiento y cualquier tipo de seguimiento hasta que un síndrome febril hizo que ingresara en el hospital. Destacó su aspecto acromegálico y mediante pruebas complementarias se confirmó de nuevo la acromegalia secundaria a un adenoma hipofisario. Gracias a que las nuevas formulaciones del tratamiento son inyectables 1 vez al mes la paciente ha aceptado el tratamiento.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Melmed S. *N Engl J Med*. 1990;322:966.
2. Braunwald, Fauci, Asperl, Hauser, Longo, Jamerson. Harrison. Principios de Medicina Interna. 15ª. ed.

**10/96. HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA**

M. Barranco Moreno, M. Ortega Bravo, R. Rodríguez Corbatón, F. Aparicio García, T. Justribó Fortón y M. Calvo Godoy

ABS Capponet. Lleida.

**Descripción del caso:** Varón de 6 años que consultó a Pediatría de Atención Primaria por cefalea frontal de una semana de evolución. Desde hacía un mes se acercaba mucho a los objetos y sufría caídas de repetición. Antecedentes familiares y personales sin interés.

**Exploración y pruebas complementarias:** Antropometría normal. Nistagmus horizontal en exploración de seguimiento visual, resto de exploración por órganos y aparatos fue normal. Analítica sanguínea, hemograma, estudio de coagulación y bioquímica completa normales. Serologías de: toxoplasma, rubeola, CMV, herpes simple y tipo 6, VEB, VHB, VHC, *Borrelia burgdorferi* brucea, virus respiratorios, *Mycoplasma pneumoniae*, *Cloxiella burnetti*, *Chlamydia* spp, *Bartonella henselae*, Lues, *Salmonella typhi* y paratyphi: negativas. PPD negativo. Radiografía de senos paranasales y RMN cerebral urgentes normales. Punción lumbar: LCR bioquímica, serología y microbiología normales. Presión en decúbito lateral de LCR: 29 cm de H<sub>2</sub>O. Estudio oftalmológico: defecto pupilar aferente ojo izquierdo. Fondo de ojo: papiledema bilateral crónico con atrofia óptica, exudados duros que afectan máculas de ambos ojos. Potenciales visuales: no respuesta ojo izquierdo, ojo derecho respuesta de muy baja amplitud y latencia alargada. Juicio oftalmológico inicial: papiledema crónico con estrellita macular y agudeza visual ojo derecho de 0,05. Se indica ingreso hospitalario urgente para completar estudio. Con la sospecha diagnóstica de hipertensión intracraneal hidropática y déficit visual importante se consultó con el neurólogo. Inició tratamiento con acetazolamida oral (20 mg/kg/día) y metilprednisolona intravenosa, monitorizando presión intracraneal y fondo de ojo. En la visita de control a los 15 días la presión del LCR se incrementó. Consultado el servicio de neurocirugía solicitó Angio TC cerebral: imagen compatible con trombosis parcial del seno lateral izquierdo. El tratamiento fue quirúrgico, se colocó válvula ventrículo-peritoneal de presión media. El paciente fue dado de alta con presiones de LCR normales y tratamiento anticoagulante y corticoideo en dosis descendentes. Fue reevaluado en nuestra consulta hasta retirar los fármacos, manteniendo la válvula de derivación, y prescribiendo rehabilitación oftalmológica en domicilio y física en piscina. El papiledema mejoró, aunque se confirmó a los 6 meses del alta la pérdida permanente de visión de ojo derecho y el severo déficit permanente del ojo izquierdo. En la actualidad precisa profesor de apoyo en su centro escolar y pertenece a la ONCE.

**Juicio clínico:** Hipertensión intracraneal idiopática severa, asociada a trombosis del seno cavernoso.

**Diagnóstico diferencial:** Pseudopapiledema, Neuropatía óptica inflamatoria, infecciosa o infiltrante. Papilitis bilateral del nervio óptico.

**Comentario final:** La hipertensión intracraneal idiopática es una entidad caracterizada por aumento de presión intracraneal sin que exista evidencia de patología intracraneal. La cefalea es un síntoma muy frecuente<sup>1</sup>. Puede tener graves repercusiones visuales llegando incluso a la ceguera<sup>2</sup>.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- González Hernández A, Fabre Pi O, Diaz Nicolas M, López Fernández JC, López Veloso C, Jiménez Mateos A, Cefalea en la hipertensión intracraneal idiopática. Rev Neurol. 2009;49(1): 17-20.
- Monge Galindo L, Pérez Delgado R, López Pisón J, Olloqui Escalona A, García Iñiguez JP, Ruiz del Olmo Izuzquiza I, Peña Segura JL. Hipertensión intracraneal benigna. Experiencia en 18 años. An Pediatr (Barc). 2009;71:400-6.

**10/124. PACIENTE JOVEN CON HIPERCOLESTEROLEMIA EN TRATAMIENTO CON ATORVASTATINA Y AUMENTO DE CREATININASA POR EJERCICIO**

J. Valentí Aldegue y E. Gas Pérez

Médico de Familia. CS de Rojales. Rojales. Alicante.

**Descripción del caso:** Paciente de 42 años que en análisis de rutina se detecta hipercolesterolemia (373 mg/dl), por lo que se recomienda dieta, ejercicio y 20 mg de atorvastatina por la noche. A los 4 meses de tratamiento presenta una disminución significativa de colesterol (247 mg/dl), pero al mismo tiempo la creatinina (CK) supera ligeramente los valores normales: 186 UI/l (valor normal: 38-174), por lo que no se incrementa la dosis inicial e insistimos con dieta y ejercicio. Pasados 4 meses, en el nuevo control nos encontramos con una CK de 294 y un colesterol total de 233 mg/dl, y seguimos con mismo tratamiento puesto que se trata de una elevación ligera de CK (menos de 3 veces del valor normal y está asintomático). Tres meses después, en el nuevo control, el paciente presenta mialgias en piernas y brazos, con una CK de 380 y col total de 280 mg/dl. Tras una exhaustiva historia clínica se detecta que las dos últimas analíticas se las ha realizado en lunes, y que todos los domingos por la mañana juega un estresante partido de fútbol, por lo que se le recomendó que tras dos semanas sin realizar ejercicio físico intenso se repitiera la analítica, bajando los niveles de CK a 166 UI/l, concluyéndose que el aumento de CK era debido al ejercicio estresante que realizaba los domingos por la mañana.

**Exploración y pruebas complementarias:** Análisis de sangre.

**Juicio clínico:** Aumento de creatinina inducido por el ejercicio.

**Diagnóstico diferencial:** Ejercicio, trabajo físico intenso, contusiones, inyecciones intramusculares o hipotiroidismo.

**Comentario final:** Uno de los efectos adversos de las estatinas es la aparición de una miopatía, de severidad variable, definida por la elevación de CK sérica, con o sin síntomas asociados (dolor, debilidad muscular). Ante un paciente tratado con estatinas y con cifras de CK por encima del rango normal, los médicos solemos estar incómodos, y la tendencia normal es suspender la estatina o bien reducir la dosis inicial de la misma. Pero si demostramos que el aumento es debido al ejercicio, nos tranquiliza y evitamos suspender una medicación cuya eficacia está sobradamente demostrada en las hipercolesterolemias. En nuestro caso, al tratarse de una persona joven, donde se descartó el hipotiroidismo primario, no se suspendió la estatina al no superar 5 veces el valor de la normalidad en presencia síntomas asociados, y se pudo constatar que el aumento ligero-moderado de CK era debido al ejercicio que realizaba el día antes de la analítica. Proporcionándonos la tranquilidad necesaria para poder subir la dosis de atorvastatina a 40 mg/día y o bien añadirle al tratamiento inicial ezetimiba 10 mg/día para un mejor control de su hipercolesterolemia.

**10/129. MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO**

M. Barco López, M. Ortega Bravo, A. Pellitero Santos, N. Vilà Jové, M. Bordaiba Layo y M. Calvo Godoy

ABS Capponet. Lleida.

**Descripción del caso:** Mujer 34 años, raza negra, antecedentes patológicos: Alergia a cloroquina, HTA en embarazo, paludismo y fiebre tifoidea, 3 partos (el último el 11 de mayo de 2009). No tratamiento habitual. A los 3 meses del parto presentar disnea y ortopnea de un mes y medio de evolución. No fiebre ni dolor torácico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientada, eupneica, ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular positivo. Auscultación cardiorespiratoria: ritmo de galope, ruidos hipofonéticos, soplo sistólico 3/6 en foco mitral y R4, no roce pericárdico,

mvc. Abdomen globuloso, doloroso a la palpación de hipocondrio derecho, Murphy negativo, hepatomegalia dolorosa a 12 cm de reborde costal, peristaltismo conservado, edemas bimaleolares con fovea. Analítica: Glucosa 104 mg/dL, Urea 21 mg/dL, Creatinina 0,66 mg/dL, AST 49 U/L, ALT 191 U/L, Colesterol total 167, HDL 33, LDL 116,8, Triglicéridos 86, proteínas 6,5, Albúmina 3,7, Bilirrubina total 1,03, LDH 508, CPK 47, GGT 80, Fosfatasa alcalina 102, PCR 9,6, TSH 0,48, Amilasa 47 U/L, Sodio 139 mEq/L, Potasio 3,26 mEq/L, Leucocitos 5700, Hb 10,5 g/dl, Hematocrito 34,9%, VCM 84 fl, Plaquetas 339.000, coagulación normal. Líquido pleural: hematíes/mm3 830, Leucocitos/mm3 180, segmentados 11%, Linfocitos 89%, glucosa 97 mg/dl, proteínas 0,9 g/dl, LDH 64 U/L, ADA 5,2 U/L, pH 7,49, CEA 0,4 ng/ml, CA 15,3 < 1 UU/ml, Características de trasudado. Citología: células neoplásicas negativo, toxina para *Clostridium difficile* negativa. Radiografía tórax: Relación cardiotorácica aumentada, hilos prominentes, redistribución de flujo, infiltrados alveolares bibasales, derrame pleural bilateral de predominio izquierdo. Electrocardiograma: 110 x', onda P positiva en DII y negativa en aVR, en doble lomo. PR 0,12, QRS 0,08, bloqueo de rama derecha. AQRS + 450, QTc 0,50 prolongado, ondas T negativas en V1, V2, V3. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo: no dilatado con severa hipocontractilidad global, FEVI 22-25%, patrón diastólico restrictivo, ligera dilatación biauricular. Ventrículo derecho: no dilatado, hipocontráctil. Insuficiencia mitral funcional severa secundaria disfunción sistólica de ventrículo izquierdo grado IV/IV. Insuficiencia tricuspídea funcional moderada (gradiente de presión ventrículo derecho-aurícula derecha de 47-49 mmHg). Válvula aórtica anodina con apertura de bajo gasto, aorta normal. PaPs estimada 62-65 mmHg. Cava inferior dilatada (23 mm sin colapso inspiratorio). Venas suprahepáticas dilatadas. Derrame pericárdico escaso sin repercusión. Derrame pleural bilateral y líquido libre intraabdominal.

**Juicio clínico:** Insuficiencia cardíaca sistólica/miocardiopatía periparto.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardíaca congestiva, preeclampsia, embolia pulmonar o de líquido amniótico, edema pulmonar tras tratamiento con terbutalina y dexametasona en amenaza de parto prematuro, infarto agudo de miocardio, disección coronaria.

**Comentario final:** La miocardiopatía periparto es una causa poco frecuente de insuficiencia cardíaca congestiva, ocurre en período periparto en mujeres previamente sanas. Se desarrolla durante el último mes de embarazo o en los 6 primeros meses del puerperio. De etiopatogenia desconocida, factores de riesgo asociados: obesidad, antecedentes de miocarditis, fármacos (anticancerígenos), tabaquismo, alcoholismo, embarazos múltiples, raza negra, desnutrición. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y ecocardiográfico. La sospecha precoz del cuadro en una gestante o puerpera puede mejorar el pronóstico.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Raddiono R, Bonadei I, Teli M, Chieppa F, Caretta G, Robba D, et al. Peripartum cardiomyopathy. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2008;70(1):15-23.
2. Radhakrishnan Ramaraj, MD, vicent L. Sorell, MD. Peripartum cardiomyopathy: causes, diagnosis and treatment. *Cleveland Clinic Journal of medicine*. 2009;5(76):289-96.

### 10/135. UNA URTICARIA LLAMATIVA

E. Pablos Herrero<sup>a</sup>, M. Tatjer Baldrich<sup>a</sup>, A. Navarro Reyes<sup>a</sup>, V. Sabaté Cintas<sup>b</sup>, A. Fabra Noguera<sup>b</sup> y G. Marcos Aldea<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CAP Sant Oleguer. Sabadell. Barcelona;

<sup>b</sup>Médico de Familia. CAP Creu Alta. Sabadell. Barcelona.

**Descripción del caso:** Paciente varón de 25 años. Presenta como antecedente de interés clínica alérgica en la infancia. Acude a

nuestra consulta por presentar a los pocos minutos de la realización de ejercicio físico clínica urticariforme generalizada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Urticaria eritematosa, milimétrica, confluyente desde la cabeza hasta la planta de los pies que no respeta las zonas fotoprotectidas, no presenta angioedema, ni afectación sistémica. En consulta se administra metilprednisolona 40 mg vía IM y se pauta hidroxicina 25 mg/24h vía oral.

**Juicio clínico:** Urticaria colinérgica.

**Diagnóstico diferencial:** La urticaria colinérgica es una urticaria crónica de tipo físico que se caracteriza por la presencia de pequeñas pápulas eritematosas y transitorias que se exacerban por calor, ejercicio, ropa oclusiva o factores emocionales. Se ha propuesto como mecanismo patogénico la activación de mastocitos secundaria a agentes liberadores por el sistema nervioso colinérgico. Las variedades clínicas de urticaria colinérgica son: -Urticaria colinérgica confluyente; -Urticaria colinérgica con afectación sistémica; -Urticaria colinérgica con angioedema; -Urticaria colinérgica inducida por frío; -Urticaria colinérgica estacional; -Eritema colinérgico persistente; -Anafilaxia inducida por ejercicio.

**Comentario final:** El diagnóstico es fundamentalmente clínico, se puede desencadenar tras un baño con agua caliente o un ejercicio físico intenso. En caso de duda y a nivel especializado es posible provocar esta urticaria con la inoculación intradérmica de metacolina. Ante un caso leve de urticaria colinérgica con poca afectación cutánea y sin síntomas sistémicos el antihistamínico más útil es la hidroxicina 25 mg/8 h durante 5-7 días, si intolerancia esta medicación se puede pautar un antiH2. Ante un caso más severo con gran afectación cutánea, sistémica y/o angioedema al tratamiento antihistamínico se ha de añadir metilprednisolona 1 mg/kg/peso vía im. Continuar después con una pauta de antihistamínico vía oral durante 7 días y metilprednisolona 0,5 mg/kg. peso durante 3 días y suspender. Si existe compromiso de la vía aérea es preciso administrar adrenalina 1/1000 0,3-0,5 ml. vía subcutánea. Ante un paciente con el diagnóstico previo de urticaria colinérgica será de vital importancia evitar el estímulo desencadenante. Los salicilatos agravan la urticaria y también deben ser evitados. En casos leves puede ser útil la toma de antihistamínicos, el más eficaz para este tipo de urticaria es la hidroxicina a dosis de 25 mg previos al factor desencadenante. En caso de intolerancia, los antihistamínicos no sedantes tipo ebastina, loratadina, cetirizina... pueden tener su utilidad. En caso de urticaria severa se puede utilizar danazol, con disminución progresiva hasta dosis mínima eficaz. La desensibilización mediante un programa de ejercicios o la elevación progresiva de la temperatura en baños controlados también ha mostrado su utilidad. Algunos casos duran años y remiten de manera espontánea pero también se han visto otros casos de duración indefinida.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Brasó Aznar J, Jorro Martínez G. Manual de alergia Clínica. 2003: 352-4.
2. Zuberbier T. Cholinergic Urticaria. In: Henz BM, Zuberbier T, Grabbe J, Monroe E: Urticaria: Clinical, Diagnostic and Therapeutic Aspects. Berlin. Ed. Springer-Verlag. 1998:91-6.
3. Gisela B. Urticaria. Causas y tratamiento. *Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina*. 2007;(172).

### 10/136. MAMÁ: ¿ESTO ES UNA PICADURA?

E. Pablos Herrero<sup>a</sup>, M. Ávila Ballesteros<sup>a</sup>, A. Navarro Reyes<sup>a</sup>, A. Fabra Noguera<sup>b</sup>, V. Sabaté Cintas<sup>b</sup> y R. Andreu Alcover<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CAP Sant Oleguer. Sabadell. Barcelona;

<sup>b</sup>Médico de Familia. CAP Creu Alta. Sabadell. Barcelona.

**Descripción del caso:** Reflejamos el caso de dos jóvenes hermanos, un varón de 25 años y un mujer de 21 años, ambos sanos, que viajaron durante todo el mes de julio por Mali y Burkina Faso provis-



tos de mosquiteras, repelentes antimosquitos y medidas físicas de protección. Durante el mes de septiembre el varón presenta a nivel de brazo derecho dos lesiones nodulares con hiperqueratosis posterior y durante el mes de octubre la mujer presenta una lesión de iguales características a nivel de pantorrilla derecha. Ambos pacientes durante todos los meses de incubación permanecieron asintomáticos, únicamente presentaron ligero prurito en la zona lesional.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se realizaron analíticas con hemograma, función hepática y determinaciones serológicas negativas. Se realizó biopsia de las lesiones a ambos pacientes que confirmó el diagnóstico de leishmania cutánea. Ambos pacientes recibieron tratamiento con infiltración intralesional de antimoniales en 5 ocasiones, asociada a crioterapia, con curación de proceso.

**Juicio clínico:** Leishmania cutánea.

**Diagnóstico diferencial:** Linfoma cutáneo, lupus eritematoso discoide, carcinoma basocelular, carbunco, ántrax, estoma contagioso, chancro sifilítico, tuberculosis cutánea, lupus, psoriasis.

**Comentario final:** Se estima que ocurren cada año 2 millones de casos nuevos de leishmaniasis en todo el mundo, de los cuales 1,5 millones son leishmaniasis cutánea, estas enfermedades son producidas por diferentes especies del género *Leishmania*, protozoo flagelado transmitido por la picadura del flebotomo hembra, que se puede encontrar en más de 80 países. El período de incubación de la leishmaniasis cutánea va desde semanas a meses. La evolución más frecuente de estas lesiones se inicia con una pápula inespecífica ligeramente pruriginosa en la zona de la picadura del insecto. Esta primera lesión puede pasar desapercibida ya que es similar a cualquier picadura de mosquito. Entre una semana y tres meses esta lesión evoluciona a nodular, en cuyo centro comienza a brotar un exudado cuya desecación da lugar a una costra. Bajo esta costra aparece una úlcera de bordes elevados y fondo irregular rodeado de un borde indurado. Para el diagnóstico de la leishmaniasis nos basaremos en: la sintomatología y la sospecha clínica en zonas endémicas; los exámenes microscópicos: investigación de los parásitos en frotis de exudados, punción-aspiración con aguja fina y estudio de biopsias cutáneas; también el test de Montenegro (inyección intradérmica de una suspensión preparada con amastigotas muertos con fenol y para valorar la respuesta inmunitaria celular). Dentro de los tratamientos existentes para la leishmaniasis cutánea disponemos de tratamientos a nivel tópico (paromomicina, imiquimod), intralesional (antimoniales pentavalentes) y sistémicos (antimoniales pentavalentes, pentamidina, anfotericina B, alopurinol, ketoconazol, itraconazol). También es útil la biopsia-extirpación de pequeñas lesiones y la crioterapia. A nivel preventivo no existe vacuna específica frente a esta enfermedad, la prevención de la misma se basa en evitar la picadura de insectos con la utilización de insecticidas, mosquiteras y repelentes de mosquitos.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Manual de lucha contra la leishmania. Organización Mundial de la Salud. División de lucha contra enfermedades tropicales. Ginebra, 1996.
2. García Almagro D. Leishmaniasis cutánea. *Actas Dermosifilogr.* 2005;96(1):1-24.

### 10/137. PACIENTE CON NEUMONÍA QUE NO RESPONDE A TRATAMIENTO

E. Pablos Herrero<sup>a</sup>, A. Fabra Noguera<sup>b</sup>, V. Sabaté Cintas<sup>b</sup>, R. Andreu Alcover<sup>b</sup>, M. Herranz Fernández<sup>c</sup> y J. Vila Moneny<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CAP Sant Oleguer. Sabadell. Barcelona;

<sup>b</sup>Médico de Familia. CAP Creu Alta. Sabadell. Barcelona; <sup>c</sup>Médico de Familia. CAP Santa Perpetua de Mogoda. Barcelona.

**Descripción del caso:** Varón de 18 años. Como antecedentes patológicos de interés presenta hipertrofia adenoidea y rinitis alérgica. Consulta por tos y dolor en hemitórax izquierdo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Auscultación respiratoria normal. Electrocardiograma y Radiografía de tórax normal, se pauta tratamiento sintomático. Vuelve a consulta a las 2 semanas por persistencia del dolor y fiebre de 39 °C. Se realiza una nueva radiografía de tórax que muestra una condensación apical izquierda e infiltrado a nivel de lóbulo superior derecho. Se practica PPD que es negativo. Se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico y control en 48 h, en la visita de control presenta empeoramiento clínico motivo por el cual se deriva a urgencias hospitalarias. A nivel hospitalario se le realiza analítica: leucocitos 10.942 (16% eosinófilos), VSG 80, resto normal. TAC tórax: afectación alveolar en vidrio deslustrado en campos superiores y distribución periférica. La broncoscopia y el lavado broncoalveolar (LBA) con 40% de eosinófilos orientan hacia neumonía eosinofílica. Se administra corticoterapia con resolución clínica y radiológica en 72 horas. Se ha realizado seguimiento del paciente durante 6 meses, con recaída del proceso al disminuir la dosis de corticoides, actualmente en tratamiento crónico.

**Juicio clínico:** Neumonía eosinofílica crónica.

**Diagnóstico diferencial:** Aspergilosis pulmonar alérgica, y los Síndromes de Löffler, de Churg-Strauss y hipereosinofílico idiopático.

**Comentario final:** En este caso la sospecha clínica de la enfermedad se ha planteado tras el fracaso de la terapia antimicrobiana instaurada para el tratamiento de una posible neumonía de etiología infecciosa. En esta enfermedad la eosinofilia es típica, según series entre un 85-95% de los pacientes. La VSG se encuentra en valores cercanos a 100, radiológicamente presenta infiltrados alveolares de distribución periférica. La combinación de eosinofilia periférica junto con la clínica y la radiología pueden ser suficientes para establecer el diagnóstico. Estos hallazgos combinados con los aportados por el LBA sustentan el diagnóstico y pueden evitar la realización de biopsia en muchas ocasiones. El tratamiento de elección son los glucocorticoides a dosis de 0,5-1mg/kg/24 h con una mejoría espectacular a las 48 horas. Dentro de las neumonías eosinofílicas la más frecuente es la crónica, un 30% de los pacientes con neumonía eosinofílica crónica cursan con antecedentes alérgicos, las recidivas son frecuentes y el tratamiento se ha de continuar como mínimo durante 6 meses.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Hernández I, Izquierdo Alonso JL, Castela Naval J. Eosinofilia pulmonares. *Medicine.* 1997;7(40).
2. Harrison. Principios de Medicina Interna, 14ª ed. Mc Graw Hill.
3. Schatz M, Wasserman F, Paterson R. Eosinophils and immunologic lung disease. *Med Clin North America.* 1981;65.
4. Eosinophilic pneumonias. *Allergy.* 2005;60 (7):841-57.
5. Allen JN, Davis WB. Eosinophilic Lung Diseases. *Am J Respir Crit Care Med.* 1994;150:1423-38.
6. Tordera Higón P, Andreu Rodríguez AL, Gómez Merino J. *An Med Intern (Madrid).* 2004;21(8):391-4.

### 10/138. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL QUISTE HEPÁTICO

E. Pablos Herrero<sup>a</sup>, V. Sabaté Cintas<sup>b</sup>, A. Fabra Noguera<sup>a</sup>, R. Andreu Alcover, M. Herranz Fernández<sup>c</sup> y M. Rubio Villar<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CAP Sant Oleguer. Sabadell. Barcelona;

<sup>b</sup>Médico de Familia. CAP Creu Alta. Sabadell. Barcelona; <sup>c</sup>Médico de Familia. CAP Santa Perpetua de Mogoda. Barcelona;

<sup>d</sup>Médico de Familia. CAP Canaletes. Cerdanyola. Barcelona.

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 60 años con antecedente de síndrome vertiginoso y poliartrosis. Inicia de manera brusca clínica de dispepsia y cambio de ritmo deposicional con episodios de suboclusión intestinal asociados a dolor a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho.

**Exploración y pruebas complementarias:** La exploración física es normal. Analítica con hemograma, función hepato-renal dentro de la normalidad. Se decide solicitar colonoscopia y TAC Abdominal. En la colonoscopia se detecta una sigmoiditis. TAC abdominal: quistes hepáticos simples de 10 y 4 cm a nivel de lóbulo hepático izquierdo. Después de una primera punción aspiración con alcoholización del quiste, la paciente presentó una rápida recidiva motivo por el cual la paciente precisó nueva aspiración del quiste junto a la alcoholización del mismo en 2 ocasiones, con mejoría sintomática, en la actualidad presenta mejoría clínica. La citología y el cultivo del líquido aspirado han sido negativos.

**Juicio clínico:** Quiste hepático gigante.

**Diagnóstico diferencial:** Absceso, el quiste hidatídico, la enfermedad poliquística, cistoadenoma, cistoadenocarcinoma y las metástasis.

**Comentario final:** El quiste hepático simple es una lesión congénita que afecta del 2 al 7% de la población. La mayoría de los quistes hepáticos simples no producen síntomas y son diagnosticados de manera casual. El tamaño del quiste hepático puede variar desde unos milímetros hasta lesiones gigantes. Cuando es grande (tamaño superior a 4 cm) puede dar síntomas inespecíficos como dolor abdominal, saciedad precoz o náuseas. Con menos frecuencia el quiste gigante puede complicarse con una hemorragia, torsión, infección o ruptura. La evaluación de estos síntomas se ha de hacer con cuidado ya que estas molestias pueden ser ocasionadas por muchas otras causas. Los quistes simples son más frecuentes en mujeres, la relación mujer/hombre es aproximadamente de 1.5:1 y la mayoría no son sintomáticos con una relación entre quistes asintomáticos y sintomáticos de 9:1 y no requieren tratamiento. Cuando su tamaño es superior a 4 cm habitualmente se recomiendan controles ecográficos, si no aumenta de tamaño en 2 años no sería necesario más seguimiento. En la ecografía el quiste hepático simple se refleja como una lesión anecoica, sin septos, de paredes finas y con un refuerzo posterior. Los quistes grandes y sintomáticos son más frecuentes en mujeres mayores de 50 años. Si el quiste es grande y sintomático el tratamiento de elección es la cirugía, otra opción es la aspiración y escleroterapia con alcohol y/o tetraciclina.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Gil JA, Duran Gómez CM. Drenaje de quiste hepático no parasitario mediante cirugía laparoscópica. Reporte de un caso. *Asociación Mexicana Cirugía Endoscópica*. 2004;5(1).
2. Zozaya JM, Rodríguez C, Aznarez R. Quistes hepáticos no parasitarios. En: Berenguer M, Bruguera M, García M, Rodrigo L, eds. *Tratamiento de las enfermedades hepáticas y biliares*. ELBA, 2001:333-41.
3. *Rev Esp Enferm Dig* (Madrid). 2004;96:331-43.
4. Benhamou JP, Menu Y. Enfermedades quísticas no parasitarias del hígado y del árbol biliar. En: Rodés, Benhamou, Bircher, eds. *Tratado de Hepatología Clínica*, 2ª ed. Barcelona: Masson, 2001:911-3.

#### 10/140. CATARRO CON SORPRESA

E. Pablos Herrero<sup>a</sup>, M. Herranz Fernández<sup>a</sup>, A. Fabra Noguera<sup>b</sup>, V. Sabaté Cintas<sup>b</sup>, M. Rubio Villar<sup>c</sup> y J. Vila Moneny<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CAP Sant Oleguer. Sabadell. Barcelona;

<sup>b</sup>Médico de Familia. CAP Creu Alta. Sabadell. Barcelona; <sup>c</sup>Médico de Familia. CAP Canaletes. Cerdanyola. Barcelona.

**Descripción del caso:** Paciente varón 60 años, desplazado, que acude a consulta por infección respiratoria de vías altas de 3 semanas de evolución, sin presentar según el paciente ningún antecedente patológico de interés, ni toma de medicación crónica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente con ictericia cutánea, faringe eritematosa, auscultación respiratoria normal,

gran hematoma de 10 cm. a nivel hipocondrio derecho, interrogando al paciente no refiere antecedente traumático. A la palpación abdominal presenta hepatomegalia de 4 travesas. Se solicita analítica y ecografía abdominal urgente. En la analítica presenta hemoglobina 105 g/L, VCM 99 fL, TP 1,26, ferritina 1.372 ng/ml, AST 167 U/L, ALT 81 U/L, GGT 573 U/L bilirrubina total 5 mg/dl, bilirrubina conjugada 4mg/dl., serología positiva para hepatitis C. Ecografía abdominal: nódulo hepático heterogéneo en lóbulo hepático derecho que ocupa todo el lóbulo, trombosis portal masiva.

**Juicio clínico:** Hepatocarcinoma (HCC).

**Diagnóstico diferencial:** Absceso, quiste hidatídico, la enfermedad poliquística, cistoadenoma, cistoadenocarcinoma y las metástasis.

**Comentario final:** El debut de un hepatocarcinoma (HCC) puede tener diferentes manifestaciones clínicas: dolor abdominal, particularmente en el cuadrante superior derecho, agrandamiento del abdomen, tendencia al sangrado o a la formación de hematomas y/o ictericia. Exponemos un HCC que debuta con un hematoma. El HCC constituye el 80-90% de los tumores hepáticos malignos primarios. Es más frecuente en hombres de 50-60 años y asienta sobre cirrosis en el 90% de los casos. Las complicaciones son las asociadas a la enfermedad hepática subyacente: hemorragia gastrointestinal, ascitis, insuficiencia hepática etc., las derivadas de la progresión local (trombosis de la vena porta, infrecuentemente a ganglios linfáticos) o a distancia (metástasis). Los principales factores pronósticos de supervivencia son la extensión tumoral, el deterioro funcional de la hepatopatía de base y el estado general del paciente. Solamente un 15-20% de pacientes se podrán beneficiar de tratamientos potencialmente curativos

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Bruix J. Treatment of Hepatocellular Carcinoma. *Hepatology*. 1997;25(2):259-62.
2. Ribeiro A., Nagorney D.M., Gores G.J. Localized Hepatocellular Carcinoma. Therapeutic options. *Current Gastroenterology Reports*. 2000;2(1):72-81.
3. Ramírez Martín del Campo M, Guzmán Ruiz O, Domper Bardají F, Hernández Albújar A. Actualización del diagnóstico y tratamiento del hepatocarcinoma. *Revista de la ACAD* 2008;XXIV:29-37.

#### 10/141. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENFERMEDAD TROPICAL POCO CONOCIDA

E. Pablos Herrero<sup>a</sup>, A. Fabra Noguera<sup>b</sup>, V. Sabaté Cintas<sup>b</sup>, J. Vila Moneny<sup>b</sup> y M. Rubio Villar<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CAP Sant Oleguer. Sabadell. Barcelona;

<sup>b</sup>Médico de Familia. CAP Creu Alta. Sabadell. Barcelona; <sup>c</sup>Médico de Familia. CAP Canaletes. Cerdanyola. Barcelona.

**Descripción del caso:** Mujer de 28 años sin antecedentes personales ni patológicos de interés que acude a consulta refiriendo desde hace 2 meses y coincidiendo con la vuelta de novios a Santo Domingo, clínica de astenia, debilidad y parestesias a nivel de brazo y pierna derecha. Como antecedentes de interés durante el viaje la paciente consumió pescado, presentando después de esa ingesta cuadro de gastroenteritis que se autolimitó.

**Exploración y pruebas complementarias:** Analítica con hemograma, hormonas tiroideas, ionograma, vitamina B12, ácido fólico y coprocultivos que fueron normales. TAC craneal: normal. Se pautó tratamiento para el dolor neuropático con gabapentina 300 mg/8h, sin mejoría clínica. Dado el antecedente de inicio de los síntomas después del consumo de pescado en zona tropical la paciente fue derivada al centro de enfermedades tropicales de Barcelona. La paciente fue diagnosticada, por exclusión, de infección por ciguatera, recibió tratamiento sintomático con pregabalina 75 mg/12h y diclofenaco 50 mg/8h con mejora progresiva a lo largo de meses.

**Juicio clínico:** Ciguatera.

**Diagnóstico diferencial:** Debe realizarse con el botulismo, alergias alimentarias, intoxicaciones alimentarias, enfermedades cerebrovasculares e intoxicación por diferentes fármacos: antiarrítmicos, litio, mercurio...

**Comentario final:** Esta enfermedad es endémica de las regiones tropicales y subtropicales. Pero la globalización favorece la ciguatera importada y el cuadro se pone de manifiesto en latitudes donde se desconoce. Las primeras manifestaciones son gastrointestinales y aparecen dentro de las primeras 24h tras el consumo de pescado, seguidas de síntomas neurológicos (parestias y debilidad) y síntomas (taquicardias, bradicardias e hipotensión). Las manifestaciones gastrointestinales tienden a resolverse en uno o dos días. La astenia y los síntomas neurológicos pueden durar varias semanas, aunque en alguna ocasión pueden hacerse crónicos. Entre un 1-5% podemos encontrar casos con depresión respiratoria. El diagnóstico es clínico y basado en el antecedente epidemiológico de consumo de pescado en zona endémica. El tratamiento ante la sospecha de ciguatera debe ser lo más rápido posible administrando manitol al 20% a dosis de 1 g/kg de peso en perfusión venosa durante 30 minutos y procediendo a lavado gástrico; dicho tratamiento precoz consigue la recuperación drástica de los síntomas neurológicos y autonómicos. Si este tratamiento cronológicamente no es posible se realizará tratamiento sintomático dependiendo de la clínica con antiinflamatorios, neurolépticos, amitriptilina o vitaminas del grupo B. Por último, dentro del diagnóstico diferencial de gastroenteritis aguda en pacientes que han viajado a zonas tropicales recientemente debe incluirse la intoxicación por ciguatera. Creemos necesario el consejo alimentario a viajeros a zonas de riesgo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Gascón J, Macià M, Oliveira I, Corachán M. Ciguatera poisoning in Spanish travellers. *Med Clin.* 2003;120(20):777-9.
2. Puente Puente S, Cabrera Majada A, Lago Núñez M, Azuara Solís M, González-Lahoz JM. Ciguatera: eight imported cases. *Rev Clin Esp.* 2005;205(2):47-50.
3. Randal JE. A review of ciguatera tropical fish poisoning with a tentative explanation of its cause. *Bull Mar Sci Gulf Carib.* 1958 8:236-67.

#### 10/142. ÍLEO MECÁNICO DE ETIOLOGÍA INESPERADA

A. López Herranz<sup>a</sup>, G. González Sanz<sup>b</sup>, S. Paterna López<sup>c</sup>, C. Gracia López<sup>c</sup> y R. Cerdán Pascual<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Atención Primaria CS Ciudad de los Ángeles. Madrid;

<sup>b</sup>Médico Adjunto de Cirugía General. <sup>c</sup>MIR de Cirugía General. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

**Descripción del caso:** Mujer de 85 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, obesidad y estreñimiento crónico con abuso de laxantes. Acude a consulta por presentar dolor abdominal con sensación de plenitud gástrica, náuseas, vómitos y ausencia de emisión de gases y heces de 4 días de evolución. No refiere antecedentes quirúrgicos previos ni cuadro clínico de similares características.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente afebril. Abdomen globuloso, muy distendido, timpanizado, con aumento del peristaltismo y ruidos hidroaéreos a la auscultación. No se aprecian hernias en pared abdominal y al tacto rectal la ampolla está vacía. Analítica: leucocitosis con desviación izquierda. Glucemia normal y urea elevada. Radiografía de abdomen en decúbito supino y decúbito lateral izquierdo que muestra dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos y ausencia de distensión del colon.

**Juicio clínico:** Sospecha de obstrucción mecánica de intestino delgado de origen desconocido, con tacto rectal sin presencia de

heces ni fecaloma y sin evidenciar hernias externas, por lo que la paciente es remitida al servicio de urgencias de un centro hospitalario para completar estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Estreñimiento crónico. Impactación fecal. Pseudoobstrucción intestinal. Íleo paralítico o adinámico. Isquemia intestinal. Enteritis.

**Comentario final:** Se completó estudio con TAC abdominal que evidenció clara dilatación de asas de intestino delgado hasta íleo proximal sin poder aclarar la causa de la misma, con ausencia de líquido libre o signos indirectos de proceso inflamatorio intraabdominal. La paciente fue intervenida hallando una obstrucción mecánica intraluminal provocada por la ingestión "a escondidas" de múltiples orejones, en número superior a 30. Se realizó enterotomía y extracción de múltiples bezoares. La presentación clínica más frecuente de los fitobezoares es la oclusión intestinal, y son responsables de un 3% de las oclusiones intestinales. Para evitar la recurrencia es necesario educar a los pacientes.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Bedioui H, Daghfous A, Ayadi M, Noomen R, Chebbi F, Rebai W et al. A report of 15 cases of small-bowel obstruction secondary to phytobezoars: predisposing factors and diagnostic difficulties. *Gastroenterol Clin Biol.* 2008;32(6-7):596-600. Epub 2008 May 19.
2. Teicher E.J, Cesanek P.B, Dangleben D. Small-bowel obstruction caused by phytobezoar. *Am Surg.* 2008;74(2):136-7.
3. Retter J, Neff W, Singer MV. Small bowel obstruction produced by a phytobezoar. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008;6(1):A20. Epub 2007 Dec 11.
4. Delabrousse E, Lubrano J, Sailley N, Aubry S, Mantion G.A, Kastler BA. Small-bowel bezoar versus small-bowel feces: CT evaluation. *AJR Am J Roentgenol.* 2008;191(5):1465-8.

#### 10/143. MUJER JOVEN QUE CONSULTA POR LESIONES ROJAS Y DOLOROSAS EN AMBAS PIERNAS

F. Carbonell Franco<sup>a</sup> y F. Martínez Ques<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS de Mislata. Valencia; <sup>b</sup>Médico de Familia. CS de Montanejos. Castellón.

**Descripción del caso:** Mujer de 19 años sin antecedentes patológicos. Anticoncepción hormonal oral desde los 18 años (drospirenona/etinilestradiol). Fumadora de 12 cigarrillos diarios. Refiere tos seca desde 5 semanas antes de la visita actual. Se automedica con cloperastina. Consulta por presentar lesiones dolorosas, de aspecto nodular y eritematosas en la región pretibial de ambas piernas.

**Exploración y pruebas complementarias:** El resto de la exploración clínica es normal (AC tonos normales sin soplos, AR murmullo vesicular normal, FR 16x', TA 111/66 mmHg FC 98x', pO<sub>2</sub> 98%, T<sup>a</sup> 36,2 oC). Los recuentos de las series roja y plaquetas son normales, en la fórmula leucocitaria destaca una monocitosis relativa (8.300 leucocitos con un 12,2% de monocitos). La bioquímica básica es normal. La radiografía de tórax muestra un patrón alveolar en lóbulo superior izquierdo con áreas sospechosas de cavitación. La intradermorreacción de Mantoux es positiva (16 mm). La baciloscopia es positiva para BAAR y posteriormente en el cultivo de esputo se confirma el crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis*.

**Juicio clínico:** Eritema Nodoso (EN). Tuberculosis pulmonar.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas sospechosas de EN debe efectuarse siempre con los distintos tipos de paniculitis, con o sin vasculitis. En el caso que presentamos el número de nódulos es escaso, aunque son de gran diámetro y cabe plantear diagnóstico diferencial con otros procesos que cursan con lesiones cutáneas similares (picaduras, celulitis, flebitis o tromboflebitis, lipodistrofias, granulomas, exantemas infecciosos, etc.). En cuanto al diagnóstico etiológico es sencillo por la presencia de síntomas y signos clínicos y resultados de las prue-

bas complementarias típicas de infección tuberculosa (diagnóstico confirmado mediante baciloscopia y cultivo en medios específicos). El uso de anticonceptivos orales se ha relacionado con la aparición de EN, sin embargo en nuestro caso no parece una relación relevante.

**Comentario final:** El EN es un proceso poco frecuente, pero en absoluto raro. Su diagnóstico es simplemente clínico. Sin embargo el diagnóstico causal supone un reto muy interesante por la variada patología con que se asocia (además entre un 30 y 50% de los casos son idiopáticos). Su estudio diagnóstico y tratamiento son perfectamente accesibles para el médico de atención primaria.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Requena L, Requena C. Erythema nodosum. *Dermatol Online J*. 2002;8(1):4.
2. Schwartz RA, Nervi SJ. Erythema nodosum: a sign of systemic disease. *Am Fam Physician*. 2007;75(5):695-700.
3. Requena L, Yus ES. Erythema nodosum. *Dermatol Clin*. 2008;26(4):425-38.
4. Noguerol MJ, Seco A. Eritema Nodoso. *Guías Clínicas* 2005 (5)1. Disponible en [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)

### 10/149. UN SÍNCOPE PARA NO DEJAR PASAR

A. Guillermo Ruberte<sup>a</sup>, E. Arana Alonso<sup>a</sup>, N. Berrade Goyena<sup>a</sup>, M. Contín Pescacén<sup>a</sup>, N. Ruiz Huguet<sup>b</sup> y J. Moreno Sánchez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Sangüesa; <sup>b</sup>CS Buñuel. <sup>c</sup>CS Elizondo.

**Descripción del caso:** Varón de 43 años que acude a consulta por haber presentado tras levantarse esta mañana, pérdida breve de conciencia precedida de mareo y náuseas con cefalea frontal residual. Desde hace 24 horas refiere dolor punzante en hemitórax izquierdo con irradiación laterocervical tras sobrecarga física. En los dos últimos días ha tramitado cuadro pseudogripal. Antecedentes personales de hipertipemia, hiperuricemia y trastorno de ansiedad. Tratamiento habitual: paroxetina y alopurinol.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Buena coloración. Presión arterial: 120/80. Pulso: 72 rítmico. Temperatura: 36. Frecuencia respiratoria: 16. Carótidas: simétricas y sin soplos. No ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen normal. Pulsos periféricos presentes. No edemas. No focalidad neurológica. Saturación oxígeno: 96%. Electrocardiograma (ECG): ritmo sinusal a 68 latidos por minuto, T negativa en III y V1. Glucemia 126. Ante la sospecha de posible patología cardíaca se deriva a urgencias hospitalarias para completar estudio: Radiología de tórax normal. Analítica sanguínea: leucocitosis leve, discreta hipertransaminasemia y elevación importante de enzimas cardíacas. Tras ecocardiograma, resonancia magnética y cateterismo cardíaco es diagnosticado de miocarditis aguda idiopática (daño miocárdico con disfunción ventricular).

**Juicio clínico:** Miocarditis aguda idiopática.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad coronaria. Síncope vasovagal.

**Comentario final:** La miocarditis es un proceso inflamatorio del músculo cardíaco cuyo diagnóstico puede ser complicado por falta de métodos diagnósticos sensibles y específicos. Los síntomas suelen ser inespecíficos y pueden simular un síndrome coronario agudo. El diagnóstico de la miocarditis durante el episodio agudo puede resultar complicado sobre todo en atención primaria donde las pruebas complementarias son muy escasas. El dolor torácico agudo (DTA) puede ser causado tanto por patologías leves como potencialmente mortales. Lo primero que debe hacer el médico de atención primaria es descartar situaciones de riesgo vital: infarto agudo de miocardio, angina inestable, tromboembolismo pulmonar, neumotórax a tensión, disección aórtica y rotura esofágica. Una vez descartadas (o iniciado su tratamiento) se debe proceder a anamnesis, exploración física y pruebas complementarias. A todo paciente con DTA deberá realizarse ECG y radiografía de tórax poste-

rioranterior y lateral. La determinación de enzimas cardíacas se realiza en DTA de perfil isquémico o si la causa no está clara. En nuestros centros de salud no disponemos de servicio de radiología ni de análisis de ahí la necesidad de derivar a un servicio de urgencias hospitalarias para completar estudio. La biopsia endomiocárdica era considerada como patrón de referencia diagnóstico de miocarditis, pero se asocia a un riesgo de mortalidad no despreciable. Durante los últimos años se han publicado diversos estudios que utilizan la resonancia magnética de contraste como técnica diagnóstica en pacientes con alta probabilidad de miocarditis.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Subinas A, Rilo I, Lecuona I, Velasco S, Larena JA, Laraudogoitia E. Diagnóstico de miocarditis aguda por cardiorensonancia magnética con contraste. *Revi Esp Cardiol*. 2005;58:753-5.
2. Álvarez Fernández JA, Lobelo Arciniegas R, Espinosa Ramírez S, Herrero Ansola P. Manejo clínico del paciente con dolor torácico agudo en el entorno extrahospitalario. *Medicine*. 2005;9(45):2994-7.

### 10/150. ERISIPELA FACIAL: UNA LOCALIZACIÓN POTENCIALMENTE GRAVE

N. Berrade Goyena<sup>a</sup>, M. Contín Pescacén<sup>a</sup>, N. Ruiz Huguet<sup>b</sup>, E. Arana Alonso<sup>a</sup>, A. Guillermo Ruberte<sup>a</sup> y J. Garcés Resa<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Sangüesa; <sup>b</sup>CS Buñuel; <sup>c</sup>CS Peralta.

**Descripción del caso:** Mujer de 80 años que acude a consulta porque desde hace una semana presenta vesículas agrupadas en mejilla izquierda que de forma progresiva se han ido extendiendo hacia ambos lados de la cara con afectación de ambos pabellones auriculares y ocasionándole calor y picor. Refiere prurito ocular sin alteración de la visión. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo II, aplastamiento dorsal osteoporótico. Alérgica a amoxicilina y piroxicam.

**Exploración y pruebas complementarias:** Piel: eritema en zona frontal e infraorbitaria bilateral. Lesiones pustulosas en zona frontal y malar izquierda y lesiones ampollas en zona frontal derecha. Engrosamiento con exudado en pabellón auricular derecho. Temperatura: 36,6 °C. Buen estado general ojos: Fluortest negativo. Fondo de ojo normal bilateral. Otoscopia normal. Exploración neurológica normal. Analítica sanguínea: leucocitosis con desviación a la izquierda y proteína C reactiva elevada.

**Juicio clínico:** Por la morfología de las lesiones y los resultados analíticos se establece el diagnóstico de erisipela facial y se inicia tratamiento antibiótico con levofloxacino, con clara mejoría en 48 horas.

**Diagnóstico diferencial:** Herpes zoster bilateral, celulitis, dermatitis de contacto, dermatosis neutrofílica, urticaria, picaduras de arañas.

**Comentario final:** Actualmente la erisipela facial representa el 20% de los casos, mientras que las piernas resultan afectadas en el 80%. La erisipela es una infección bacteriana que afecta a la dermis y porción superficial de la hipodermis con marcada afectación linfática. El patógeno más habitual es el *Streptococo* beta hemolítico del grupo A y siempre hay que buscar erosiones u otras pérdidas de la solución de continuidad de la piel como puerta de entrada del microorganismo, salvo en casos de comorbilidad (diabetes mellitus, inmunosupresión, edades extremas de la vida...). Se manifiesta como una placa eritematoedematosa, indurada, dolorosa y caliente con bordes bien definidos, de rápida extensión. A veces se acompaña de vesículas o ampollas que plantean dudas diagnósticas. El diagnóstico de erisipela es fundamentalmente clínico, basándose en una presentación súbita de la lesión dérmica acompañada de síntomas generales: fiebre, dolor, linfadenopatía regional (cervical anterior) y apoyándose en la rápida respuesta al tratamiento antibiótico. Las complicaciones pueden ser: recurrencia si no se tratan



los factores locales, abscesos localizados, septicemia (menos del 5%), tromboflebitis venosa profunda (1-5%). Los factores de riesgo para complicaciones graves son: diabetes mellitus, obesidad y estados inmunodeprimidos. La erisipela facial puede tener un pronóstico grave por la proximidad de las meninges y cerebro requiriendo ingreso hospitalario y tratamiento endovenoso a menos que el cuadro sea leve y haya una respuesta rápida al antibiótico. El tratamiento es penicilina durante un mínimo de 10 días. Otras opciones son macrólidos o fluorquinolonas con actividad semejante.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1- Bordas X. Erisipela. En Dermatología: correlación clínico-patológica.
- 2- González Melián C, Rojo García J.M. En: Infecciones bacterianas de la piel.
- 3- Erisipela <http://www.clinicadam.com/salud>

### 10/157. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR: UNA PATOLOGÍA VASCULAR POCO FRECUENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Guillermo Ruberte<sup>a</sup>, E. Arana Alonso<sup>a</sup>, N. Berrade Goyena<sup>a</sup>, M. Contín Pescacén<sup>a</sup>, N. Ruiz Huguet<sup>b</sup> y J. Moreno Sánchez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Sangüesa; <sup>b</sup>CS Buñuel; <sup>c</sup>CS Elizondo.

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 80 años de edad que acude por cuadro de dolor e inflamación de la extremidad superior izquierda de 10 horas de evolución. No refiere traumatismo previo. No inmovilización prolongada. Relata dolor en articulación de hombro izquierdo de días de evolución sin otra clínica acompañante. Antecedentes personales: hipertensión arterial, marcapasos (hace 4 años), tromboflebitis miembro inferior y hernia de hiato. En tratamiento con torasemida y lansoprazol.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Buen estado de hidratación. Presión arterial: 154/66. Pulso: 80. Temperatura axilar: 37,2. Carótidas: simétricas y sin soplos. No ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar: normal. No adenopatías cervicales ni axilares. Mamas normales. Abdomen normal. Extremidades: superior izquierda: rubor, calor y edema generalizado, se palpa cordón venoso. Inferiores: signos insuficiencia venosa crónica. Articulaciones: sin alteraciones significativas. Pulsos periféricos simétricos. Exploración neurológica: normal. Saturación oxígeno: 97%. Electrocardiograma: ritmo de marcapasos a 80 latidos por minuto.

**Juicio clínico:** Trombosis venosa profunda (TVP) venas axilar, subclavia y yugular izquierdas.

**Diagnóstico diferencial:** Tromboflebitis superficial, celulitis y compresión venosa tumoral.

**Comentario final:** Como no es fácil que un centro de Atención Primaria disponga de eco-doppler para la confirmación del diagnóstico debemos evacuar a un centro hospitalario, con criterios de urgencia, a todo paciente con sospecha de TVP. Si no es posible realizar un eco-doppler de urgencia, es factible aplicar una dosis de heparina de bajo peso molecular (HBPM) y realizar la prueba en las siguientes 24 horas, ello decidirá continuar con el fármaco o retirarlo. La TVP de la extremidad superior es una entidad poco frecuente. Puede ser primaria, cuya causa más frecuente son los pequeños traumatismos repetidos, o bien secundaria por presencia de catéteres, tumores o estados de hipercoagulabilidad. La implantación de marcapasos cardíacos definitivos conlleva el riesgo de padecer TVP de los miembros superiores secundaria a la inserción de catéteres-electrodo, pero la mayoría de TVP ocurre durante los tres primeros meses postimplante y suelen ser asintomáticas (en este caso clínico la implantación del marcapasos había sido cuatro años antes). Otro aspecto relevante de la TVP en Atención Primaria es el control del tratamiento extrahospitalario en la fase aguda (HBPM inicialmente y anticoagulantes orales varios meses) y en la

prevención secundaria. Así como realizar una prevención primaria en los pacientes con riesgo trombotico: la aplicación de HBPM ha demostrado ser sencilla, de escaso riesgo (hemorrágicos, etc.), aplicable a muchos pacientes (no precisan control analítico) y de un coste razonable.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Lozano Sánchez FS. Urgencias vasculares (periféricas). En: Lozano F, ed. Cuaderno de Patología Vascular (Vol 4). Madrid: Arán ed.; 2006:145-76.
2. Guzmán Mora F, Vargas Vélez F, García Herreros LF, Ramírez Cabrera J, Paccini Vasquez A, Zundell Majerowick N, et al. Trombosis venosa profunda del miembro superior. <http://www.aibarra.org/guias/3-13.htm> (consulta 19 de abril 2010).
3. Azara A, Ruffa H, Rocchinotti M, Pelliza M. Trombosis venosa postimplante de marcapasos cardíacos definitivos. Electrofisiología y Arritmias. 2009;2(4):126-9.

### 10/158. LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Arana Alonso, N. Ruiz Huguet, M. Contín Pescacén, A. Guillermo Ruberte, N. Berrade Goyena y J. Garcés Resa

CS Sangüesa.

**Descripción del caso:** Varón de 76 años que acude a consulta de atención primaria por presentar epistaxis anterior unilateral recurrente de un mes de evolución. El paciente realizaba maniobras de compresión nasal como única medida terapéutica previa. Antecedentes personales: - Carcinoma laríngeo en 1983. - Laringectomía total más vaciamiento ganglionar funcional bilateral en 1985. - Cuerpo extraño (clavo) a través de estoma traqueal (2001). - Condiciones higiénico sanitarias deficientes.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración mediante rinoscopia anterior se objetiva material muco-purulento, restos hemáticos y cuerpo extraño orgánico y móvil en suelo de fosa nasal derecha. Tras la limpieza de fosa nasal, se continúa observando el cuerpo extraño sobre una mucosa friable. En la parte antero-superior de tabique nasal se observa una mucosa nasal engrosada, enrojecida y dolorosa al tacto. La fosa nasal izquierda no presenta alteraciones. El paciente es derivado a servicio de urgencias para extracción de cuerpo extraño. Se realiza extracción de cuerpo extraño bajo control endoscópico en consulta de ORL, confirmando el diagnóstico de sospecha inicial de larva en cavidad nasal. No se objetiva ninguna patología en fosa nasal izquierda. Se realiza TAC con el objetivo de descartar la posibilidad de infestación larvaria a nivel de senos paranasales y cavidad craneal. El TAC descarta ocupación de senos paranasales y fosa craneal; y se objetiva engrosamiento en cara lateral derecha de tabique que contacta con cornete medio derecho y ocupación parcial de celdillas etmoidales derechas.

**Juicio clínico:** Miasis en fosa nasal derecha.

**Diagnóstico diferencial:** Epistaxis anterior de repetición. Manipulación digital. Tumoración intranasal. Hipertensión arterial. Rinitis aguda. Poliposis nasal. Cuerpo extraño nasal.

**Comentario final:** La infestación larvaria de fosa nasal se trata de una entidad poco frecuente en nuestro medio. Los principales factores de riesgo son las edades extremas, alcoholismo, enfermedades psiquiátricas, mala higiene, así como el contacto próximo con animales. La manipulación nasal digital suele ser el punto de entrada. La realización de una exploración física sistemática en urgencias es fundamental para un diagnóstico de sospecha de esta infrecuente patología, derivación precoz al especialista en Otorrinolaringología, y tratamiento adecuado por parte de éste.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Hadlow WJ, Ward JK, Krinsky WL. Intracranial myiasis by *Hypoderma bovis* L in a horse. Cornell Vet. 1977;67:272-81.

2. Cruz S. El estudio de la miasis en España durante los últimos cien años. *Ars Pharmaceutica*. 2000;41(1):19-26.
3. Elgart M. Flies and myiasis. *Dermatol Clin*. 1990;8 (2):237-44.
4. Mandell G, Douglas R, Bennett J. Miasis. *Enfermedades infecciosas, principios y prácticas*. Buenos Aires: Panamericana; 1992:2296-302.

### 10/159. DOLOR ABDOMINAL DE ETIOLOGÍA INESPERADA

N. Ruiz Huguet<sup>a</sup>, E. Arana Alonso<sup>b</sup>, A. Guillermo Ruberte<sup>b</sup>, N. Berrade Goyena<sup>b</sup>, M. Contín Pescacén<sup>b</sup> y J. Moreno Sánchez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Cortes; <sup>b</sup>CS Sangüesa; <sup>c</sup>CS Elizondo.

**Descripción del caso:** Varón de 63 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta de atención primaria por dolor moderado cólico izquierdo irradiado a hemiabdomen izquierdo y zona genital desde hace 48 horas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial: 124/89. Temperatura: 36,4o. ACP: normal. Pulsos periféricos simétricos y presentes. Exploración abdominal normal. Puño percusión renal negativa. Se solicita radiografía de abdomen de forma urgente. Se administra ketoloraco im, quedando el paciente asintomático. En la radiografía de tórax se objetiva un posible aneurisma de aorta abdominal. Ante los resultados de las radiografías, el paciente es derivado a los servicios de urgencias hospitalarios. Se realiza ecografía abdominal en urgencias y se confirma la existencia de una rotura de aneurisma de aorta. Se solicita TAC abdominal urgente y se informa como rotura contenida en aorta abdominal. Se deriva al paciente al servicio de Cirugía vascular siendo intervenido con éxito.

**Juicio clínico:** Rotura contenida en aorta abdominal.

**Diagnóstico diferencial:** Cólico renal. Abdomen agudo. Neumoperitoneo. Aneurisma de aorta.

**Comentario final:** La rotura de aneurisma de aorta exige un diagnóstico precoz mediante el cual pueda llevarse a cabo un tratamiento quirúrgico precoz. Desafortunadamente el diagnóstico puede ser difícil, ya que la triada de dolor abdominal súbito, hipotensión y masa pulsátil sólo está en la mitad de los casos; incluso muchos pacientes, como el del caso clínico expuesto, están normotensos, retardando y dificultando el diagnóstico. La clínica y exploración física del caso clínico expuesto era compatible con cólico renal izquierdo, siendo la sospecha diagnóstica inicial. El aneurisma de aorta con rotura contenida puede simular otras patologías como el cólico renal o el abdomen agudo. Ante la posibilidad de una confusión que pueda retrasar el diagnóstico, se deben evaluar los factores de riesgo previos y solicitar pruebas complementarias que nos ayuden a confirmar el diagnóstico.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Chang JB, Stein TA, Liu JP, Dunne ME. Risk factors associated with rapid growth of small abdominal aortic aneurysms. *Surgery*. 1997;121:117-22.
2. Matsushita M, Nishikimi N, Sakurai T, Nimura Y. Relationship between aortic calcification and atherosclerotic disease in patients with abdominal aortic aneurysm. *Int Angiol*. 2000;19:276-9.
3. Farreras R. *Medicina Interna*, Vol 2. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1995:650-1.

### 10/197. DOCTORA, EL ESTÓMAGO NO ME FUNCIONA

F. Rosique Gómez, C. Ramírez Tirado, I. Vicente López, M. Correa Stañ, E. Madrid Sánchez y J. Vivero Bolea

CS de Torre-Pacheco Oeste.

**Descripción del caso:** Varón de 34 años consumidor esporádico de cannabis, consulta por cuadro diarreico de repetición, con 6-8 deposiciones líquidas diarias, acompañada de distensión abdominal

y pérdida de peso de 10 kilos en el último año, con algún vomito esporádico. No presentaba otra sintomatología asociada. Consulta hace un año por un cuadro similar se remitió al digestivo, quien diagnóstico de colon irritable.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: Regular estado general y leve palidez cutánea. Peso 58 kg. Talla 1,68 m. TA 120/70. Auscultación cardio-pulmonar normal. Abdomen blando depresible no visceromegalias, no sopro abdominal. Exploración cuello no bocio, adenopatías en zona cervical menores de 1 cm, adenopatías axilares y adenopatías inguinales menores de 1 cm. Pruebas complementarias. Analítica con bioquímica dentro de la normalidad, salvo GOT 93, GPT 87, ferritina 18,9, ácido fólico 5,1 ng/ml, vitamina B12 173 pg/ml, IgA total 679 mg/dl, IgA anti-tranglutaminasa positivos > 128. Anticuerpos anti gliadina positivos. Anticuerpos anticélulas gástricas positivos. Serología hepatitis B y C, VIH negativos. Coprocultivo negativo. Parásitos en heces negativos. Hemograma leucopenia. Ecografía abdominal: dilatación de asas de intestino delgado, adenopatías mesentéricas. Tac de cuello-tórax-abdomen-pelvis con contraste: adenopatías mesentéricas. Esofagoscopia: duodenopatía atrófica. Biopsia: atrofia subtotal de vellosidades.

**Juicio clínico:** Celiacía del adulto. Déficit ácido fólico y vitamina B12.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad celíaca y el linfoma difuso de intestino delgado es difícil diferenciar. Para diagnosticar la celiacía es necesaria la respuesta clínica a la dieta sin gluten además de la biopsia intestinal que muestre lesión típica. La enfermedad celíaca puede complicarse con un linfoma intestinal. La tuberculosis abdominal puede dar lugar a un cuadro clínico similar, con presencia de adenopatías, sobre todo peri pancreática y mesentérica.

**Comentario final:** Las manifestaciones de la celiacía tienen una gran variabilidad de un paciente a otro. El paciente presentaba un cuadro de leve elevación de transaminasas con déficit de vitamina B12 y ácido fólico. Todas estas alteraciones se normalizaron con la dieta sin gluten, incluso la desaparición de las adenopatías. En los casos publicados de enfermedad celíaca con linfadenopatías mesentéricas diagnosticadas por TAC en las que se ha descartado linfoma, la biopsia pone de manifiesto una hiperplasia reactiva, y se evidencia una regresión total de dichas adenopatías tras la institución de la dieta exenta de gluten.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Yousif E, Gupta R, Gelzayd E, Osher D, Maas L. Lymphadenopathy in Celiac sprue, not necessarily a malignant disease. *J Clin Gastroenterology*. 1998;27:82-4.
2. Arotcarena R, Hammel P, Terris B, Guth A, Bernades P, Ruszniewski P. Regression of mesenteric lymph node cavitation syndrome complicating Celiac disease after a gluten free diet. *Gastroenterol Clin Biol*. 2000;24:579-81.
3. Tourtet S, Lachaux A, Frappaz D, Thiesse P, Bouvier R. Retroperitoneal lymphadenopathy and mesenteric mass mimicking lymphoma in a child With celiac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1998;27:449-51.

### 10/200. LAS DISTINTAS CARAS DE UN FÁRMACO

I. Guerra Hernández<sup>a</sup>, M. Fandiño Cobo<sup>b</sup>, M. Prieto Rodríguez<sup>c</sup> y R. Prieto Rodríguez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS de Taco. Tenerife; <sup>b</sup>CS Laguna Geneto. La Laguna. Tenerife;

<sup>c</sup>CS La Vera. Puerto de la Cruz. Tenerife; <sup>d</sup>CS La Orotava.

Tenerife.

**Descripción del caso:** Varón de 42 años que consulta por disnea de inicio brusco. Fumador, con HTA, glucemia basal alterada, mielodisplasia, úlcus, insuficiencia venosa con úlceras, flebitis recurrente y fibrilación auricular (FA) revertida

farmacológicamente, en tratamiento (Tto) con amiodarona. Madre con arritmia y padre fallecido a los 56 años por IAM. Demanda urgente por tos, cansancio y debilidad hace 3 días que empeora la noche anterior con ahogos y le impiden dormir obligándole a sentarse.

**Exploración y pruebas complementarias:** Impresiona de gravedad, palidez, afebril, sin dolor y disnea a pequeños esfuerzos, tolera decúbito, pulso rítmico, soplo pansistólico, crepitantes basales. Abdomen con esplenomegalia (5 cm). Saturación-O<sub>2</sub>: 85%, índice masa corporal: 32, TA: 140/80 mmHg, FC: 72 ppm. Electrocardiograma: ritmo sinusal sin isquemia. Derivado a hospital. En urgencias realizan analítica: hemoglobina 8,9 g/dl, hematocrito 26%, serología a clamidia (+). Rx-tórax: cardiomegalia, patrón alveolar bilateral, hilio izquierdo engrosado. Panendoscopia normal. SPECT pulmonar sin actividad inflamatoria. Ecocardiografía: insuficiencia-aórtica leve con FE normal, tras esta prueba comienza con dolor centrotorácico y vómito sanguinolento, practican tránsito donde se observa disección en pared esofágica, derivan para controlar en UCI. Al alta Hb: 10 g/dl, Hto: 28%.

**Juicio clínico:** Neumonitis intersticial por amiodarona, mejora con corticoides y retirada del fármaco.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardiaca congestiva. Embolia pulmonar. Infección respiratoria. Fibrosis pulmonar. Distrés respiratorio. Síndrome mieloproliferativo.

**Comentario final:** El 2-5% de las hospitalizaciones lo son por una reacción adversa a fármacos. Entre los efectos secundarios de la amiodarona además del hiper-hipotiroidismo, supresión de médula ósea (en este paciente la mielodisplasia era anterior al tratamiento), depósitos corneales, coagulopatías, alteración de enzimas hepáticas y neuropatía periférica, destaca la lesión pulmonar en un 61% de los casos, con mortalidad de hasta el 33%. El mecanismo de toxicidad no se conoce y aun retirando el fármaco puede llegar a fibrosis (no fue así en este caso). Es más probable con dosis > 400 mg/día, aunque es posible con menos, la dosis acumulativa no influye en la toxicidad. Hay tres formas de presentación clínico-radiológicas: insidiosa (patrón intersticial bilateral), pseudogripal progresiva (imágenes alveolointersticiales: neumonía BONOY) y aguda (< 1/3 casos), con disnea brusca, fiebre, patrón alveolar parcheado que simula neumonía y desorienta el diagnóstico, como pudo ocurrir en este paciente. La espirometría presenta patrón restrictivo, el TAC es útil en detección precoz y en confirmar el diagnóstico. Este caso pone de manifiesto la importancia que tiene la historia clínica de atención primaria (AP) y la orientación que ofrece para el abordaje terapéutico en sujetos polimedicados. El médico de familia trata al paciente de forma continua, global e integral y es el profesional idóneo para realizar un adecuado manejo del tratamiento farmacológico, vigilando la aparición de complicaciones y efectos secundarios, que no siempre son simples reacciones adversas sino como este caso, patologías que podrían tener un pronóstico fatal.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Talmadge E, King Jr. Enfermedades pulmonares intersticiales. En: Kasper Denis L, Fauci Anthony S, Longo Dan L, Braunwald Eugene, Hauser SI, Jameson JL eds. Harrison principios de medicina interna, 16ª ed. México, DF: McGraw-Hill interamericana; 2006:1717-28.
2. Fernández Fabrellas E, Domingo Montañana M, Martínez Moragón E. Estado actual de la neumonía intersticial aguda. Rev Clin Esp. 2007;207(6):295-7.
3. Har Estarriol M, Rubio Goday M, Bernardo Turmo L. Lesiones pulmonares inducidas por fármacos. Med Integral. 2002;40(2):64-75.
4. Llorente Fernández J, Cancelo Díaz L. Protocolo diagnóstico de la enfermedad intersticial pulmonar. Valoración de la indicación de pruebas complementarias y de su interpretación. Medicine. 2002;8(79):4265-7.

## 10/205. MUJER CON DOLOR CENTROTORÁCICO

M. Martí Vilà, M. Miralles Piñeyro, M. Pérez Miras y M. del Val Viñolas

CAP Vila Olímpica. Barcelona.

**Descripción del caso:** Paciente de 76 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. AP: Osteoporosis y artrosis. Acude por dolor centro torácico que define como un peso en posición de decúbito supino de varios meses de evolución que desaparece al cambiar de posición, al girarse o al levantarse de la cama. No refiere náuseas, vómitos ni clínica de reflujo. No pérdida de peso, no anorexia. No síntomas respiratorios. No vegetativismo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente con buen estado general. AC Rítmica, sin soplos. AR MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. ECG Rs 70 x' Eje 0°. No alteraciones de la repolarización. RX de tórax: Imagen redondeada bien delimitada parahiliar derecha. TAC: Lesión de 31 x 28 mm en segmento lateral del lóbulo medio que comprime bronquio. Broncocele que condiciona atelectasia laminar distal a la lesión. No adenopatías significativas. Se realiza interconsulta con neumólogo del Hospital de referencia que aconseja derivación a Hospital de día para completar estudio. Analítica normal. Marcadores tumorales negativos. PET: Lesión nodular hipermetabólica en pulmón derecho. No afectación ganglionar ni a distancia. Broncofibroscopia; compresión extrínseca a nivel del segmento lateral del bronquio lobar medio derecho. Citologías del BAS, punción aspirativa transbronquial y cepillado bronquial del mismo segmento positivas para carcinoma de células pequeñas. PFR: dentro de la normalidad. RMN cerebral normal.

**Juicio clínico:** Carcinoma de pulmón de célula pequeña. Con este diagnóstico se decide tratamiento quirúrgico: lobectomía media.

**Diagnóstico diferencial:** 1.- Al inicio y por las características del dolor: -Dolor de características mecánicas. -Sd de Tietze o costocondritis. -Patología cardiaca. -Patología digestiva. -Patología pulmonar. 2.- Diagnóstico diferencial del nódulo pulmonar. a) Benignos. Granulomas: TBC, brucelosis. Hamartomas. Lipomas, fibromas, adenomas. Granulomatosis de Wegener, nódulo reumatoideo, amiloidosis, sarcoidosis. Quistes broncogénicos, infarto pulmonar, neumonitis, absceso. Malformaciones arteriovenosas. Infecciones: micosis, parasitosis, émbolos sépticos, fiebre Q, nocardiosis, hidatidosis. b) Malignos. Carcinomas broncogénicos: c. epidermoide, adenocarcinoma, de célula grande, de célula pequeña. Tumor carcinoide. Sarcoma pulmonar. Linfomas. Metástasis: tiroideas, tumores de cabeza y cuello, mama, tracto gastrointestinal, riñón, ovario, sarcomas y melanomas.

**Comentario final:** Ante una clínica aparentemente banal; la adecuada interpretación de los síntomas, la correcta exploración clínica y la realización de pruebas complementarias desde AP: ECG, Rx y TAC; junto con una buena comunicación con el Hospital de referencia nos pueden ayudar a descartar patologías potencialmente severas en un corto periodo de tiempo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Balsalobre RM, Fernández-Fau L. Nódulo pulmonar solitario: qué ha cambiado en su evolución diagnóstica. Arch Bronconeumol. 2003;39:246-8.
2. Grupo MBE Galicia. Nódulo pulmonar solitario. Guías Clínicas. 2007;7(8).

## 10/208. DOCTORA, LO QUE ME PASA PUEDE SER POR LA OPERACIÓN DE MI MUJER

F. Rosique Gómez<sup>a</sup>, C. Ramírez Tirado<sup>a</sup>, V. Buendía Carrillo<sup>b</sup>, M. Correa Stañ<sup>b</sup>, I. Vicente López<sup>a</sup> y A. Díaz Alboreda<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS de Torre-Pacheco Oeste. Murcia; <sup>b</sup>Médico de Familia. CS de Torre-Pacheco Este. Murcia.

**Descripción del caso:** Varón de 51 años con antecedentes de fumador de 20/año, HTA en tratamiento con valsartán-amlodipino 160

mg/5 mg 1/24h y dislipemia en tratamiento con atorvastatina de 20 mg, refiere disminución de la libido y disfunción eréctil desde hace 3 años, fecha en la que intervinieron a su mujer de un cáncer de mama. Desde entonces, no había consultado dando este problema como normal por la operación de su mujer y por todo el estrés que tuvo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buena hidratación y coloración de piel y mucosas. Ausencia de vello en zona torácica. TA 160/110 (en ambos brazos) pulso 70 lpm. Cuello: no bocio. No adenopatías palpables. Auscultación cardiaca: rítmico y sin soplos. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando depresible no signos de irritación peritoneal, no visceromegalías palpables. No sopro abdominal. EELL: pulsos pedios y tibiales positivos y simétricos. No signos de insuficiencia venosa. Pruebas complementarias: Analítica con bioquímica, donde destaca dislipemia con colesterol 290, HDL 40, LDL 190 TG 200. Prolactina, FSH y LH normales. Testosterona (0,1). RMN hipófisis con gadolinio: adenoma hipofisario. Campimetría normal.

**Juicio clínico:** Disfunción eréctil. Adenoma hipofisario hipo secretor de testosterona. HTA. Dislipemia.

**Diagnóstico diferencial:** Se debe realizar un diagnóstico diferencial con causas que produzcan disfunción eréctil como causas de origen cardiovascular (arteriopatía), neuropatías, causas endocrinas, causas psicógenas y fármacos. Es fundamental es nuestro caso la patología cardiovascular, puesto que presenta hipertensión, dislipemia y es fumador, causas que pueden producir arteriopatía.

**Comentario final:** En nuestro caso cabe descartar que al iniciar el tratamiento con testosterona intramuscular trimestral el paciente recupere su libido, vello en zona de barba y en tronco y desaparece la disfunción eréctil. Siempre que exista un suceso traumático en la vida de una persona, ante cualquier sintomatología hay que descartar patología orgánica.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Aron DC, Howlett TA. Pituitary incidentalomas. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2000;29:205-21.
2. Beck-Peccoz P, Persani L. Medical management of thyrotropin-secreting pituitary adenomas. *Pituitary.* 2002;5:83-8.
3. Ben-Shlomo A, Melmed S. Acromegaly. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2001;30:565-83.
4. Bevan JS, Webster J, Burke CW, Scanlon MF. Dopamine agonists and pituitary tumor shrinkage. *Endocr Rev.* 1992;13:220-40.
5. Bilezikian JP, Silverberg SJ. Asymptomatic primary hyperparathyroidism. *N Engl J Med.* 2004;350:1746-51.
6. Donovan LE, Corenblum B. The natural history of the pituitary incidentaloma. *Arch Intern Med.* 1995;155:181-3.

### 10/228. ERITEMA NODOSO, UNA PATOLOGÍA HABITUAL EN CONSULTA

M. Pérez Unanua, Y. Muñoz González, C. Mateo Pascual, N. Ortega Inclán y S. Alvarado Torres

*Médico de Familia. CS Dr. Castroviejo. Área 5 Madrid.*

**Descripción del caso:** Paciente de 18 años que consulta por lesión eritematosa, indurada y dolorosa de aproximadamente 7 centímetros de diámetro en región pretibial de la pierna derecha de un mes de evolución. No antecedentes de traumatismo previo ni fiebre en ningún momento del proceso. Entre sus antecedentes familiares destaca una tía con lupus eritematoso sistémico. Entre sus antecedentes personales la paciente presenta diarrea crónica valorada por especialista digestivo y diagnosticada con criterios clínicos como probable intolerancia a la lactosa.

**Exploración y pruebas complementarias:** Analítica general con el único dato patológico de elevación de la velocidad de sedimentación glomerular (VSG) a 89, resto de analítica: hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, factor reumatoide, PCR normales. Mantoux 0 mm. Remitida para valoración por Servicio de Dermato-

logía del área para completar estudio. El resultado de la anatomía patológica confirma la impresión clínica: paniculitis septal. Recomendado reposo y observación clínica. Dada la mala evolución de las lesiones y la aparición de nuevos nódulos subcutáneos se pauta tratamiento con corticoides, prednisona 30 mg/día en pauta descendente durante 1 mes.

**Juicio clínico:** Eritema nodoso.

**Diagnóstico diferencial:** El eritema nodoso (EN) es una paniculitis septal sin vasculitis con inflamación del tejido celular subcutáneo. Los nódulos aparecen típicamente en la región pretibial y con menor frecuencia en muslos y antebrazos. Es más frecuente en mujeres jóvenes. Puede asociarse a enfermedades infecciosas (estreptococo, tuberculosis, muy frecuentes hoy en día las infecciones intestinales como salmonella, yersinia o campilobacter, estafilococo, virus, etc.), puede relacionarse con el consumo de fármacos (antibióticos como las sulfamidas o penicilinas, salicilatos, anticonceptivos, codeína, etc., embarazo, lupus eritematoso sistémico y otras collagenosis, enfermedad inflamatoria intestinal, linfomas o idiopático (30-50%). El EN debe diferenciarse de las contusiones pretibiales, vasculitis sistémicas y de otras formas de paniculitis.

**Comentario final:** Se trata de una respuesta de hipersensibilidad de determinados antígenos en la que se ve implicada tanto la inmunidad humoral como celular. El EN se puede acompañar de sintomatología sistémica como poliartralgias, malestar general, fiebre, astenia o cefalea. El curso evolutivo suele ser autolimitado con remisión de las lesiones en 1-6 semanas, sin dejar cicatriz ni atrofia residual aunque son muy frecuentes las recidivas. El tratamiento debe ser etiológico si se conoce la enfermedad de base y es fundamental el reposo, se pueden dar AINES (AAS 1 g/8 h, indometacina 50 mg/8 h), yoduro potásico 0,5-1 g al día (20 gotas/8h) o corticoides si fuera necesario.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz Ávila JA, García Criado EI, Berlanga Jiménez A, Calderón de la Barca Gázquez JM, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo LM. Manejo del eritema nodoso en urgencias. *Semerger.* 1998;24(5):395-8.
2. Noguerol Casado MJ, Seco González A. Eritema Nodoso Guías clínicas Fistera. 2005;5(1).
3. Sota Busselo I, Oñate Vergara E, Pérez-Yarza EG, López Palma F, Ruiz Benito A, Albisu Andrade Y. Eritema nodoso: modificación etiológica en las dos últimas décadas. *An Pediatr (Barc).* 2004;61(5):403-7.
4. Atanes A, Gómez N, Aspe B, de Toro J, Graña J, Sánchez JM, Galdo F. Eritema nodoso: estudio de 160 casos. *Med Clin (Barc).* 1991;96(5):169-72.

### 10/254. DISECCIÓN CAROTÍDEA EN PERSONA JOVEN

E. Arana Alonso<sup>a</sup>, M. Alarcón Meléndez<sup>b</sup>, M. Contín Pescacén<sup>a</sup>, A. Guillermo Ruberte<sup>a</sup>, N. Berrade Goyena<sup>a</sup> y N. Ruiz Huguet<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Sangüesa. Navarra; <sup>b</sup>Urgencias. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra; <sup>c</sup>CS Cortes. Navarra.

**Descripción del caso:** Varón de 45 años con antecedentes personales de esofagitis (funduplicatura 01), depresión 01, neuralgia post-terapéutica 06. Acude a urgencias por cefalea de 7 días de evolución con visión borrosa desde hace 24 horas, en el contexto de laringitis tratada con Dacortín 5 mg, posterior a bolus urbason 40 mg ev desde hacía 4 días.

**Exploración y pruebas complementarias:** Miosis izquierda débilmente reactiva con ligero enoftalmos. No otra focalidad neurológica. No soplos carotídeos. Analítica de sangre mínima leucocitosis con VSG 46 y PCR 6,25.

**Juicio clínico:** Disección carotídea.

**Diagnóstico diferencial:** Cefalea con síntomas del trigémino desencadenado por proceso viral vs disección carotídea vs proceso



aneurismático vs proceso infeccioso-inflamatorio.

**Comentario final:** La amplia sintomatología que puede presentar una patología tan grave como es la disección carotídea, nos debe hacer estar alerta en sintomatología tan banal como la tan frecuente cefalea inespecífica, neuralgia postherpéticas, parálisis faciales periféricas dudosas. Grau et al recogen tres casos de disección carotídea en varones jóvenes en el contexto de proceso viral. No obstante no olvidar la incidencia de esta patología que llega a ser un 5-20% en jóvenes.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Neurologische klinik, universitätsspital Zurich, Switzerland. *Neurology*. 2001;57(5):827-32.
2. *Front Neurol Neurosci*. 2005;20:70-6.
3. *Neurology*. 2009;72(21):1810-5. Epub 2009 Mar 25.
4. *Rinsho Shinkeigaku*. 2003;43(6):313-21.

### 10/257. ¿HACEMOS UN BUEN USO DE LAS NUEVAS QUINOLONAS?

A. Guillermo Ruberte<sup>a</sup>, N. Berrade Goyena<sup>a</sup>, N. Ruiz Huguet<sup>b</sup>, E. Arana Alonso<sup>a</sup>, M. Contín Pescacén<sup>a</sup> y M. Alarcón Meléndez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Sangüesa. Navarra; <sup>b</sup>CS Cortes. Navarra; <sup>c</sup>Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.

**Descripción del caso:** Mujer de 77 años en tratamiento con levofloxacino y prednisolona desde hace 6 días por reagudización de EPOC, consulta por dolor en ambos gemelos que dificulta su marcha, sin comienzo brusco ni traumatismo previo. Antecedentes personales: insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal crónica, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Trombosis venosa profunda (TVP) y Tromboembolismo pulmonar (TEP).

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Tensión arterial: 145-100. Pulso: 80. Temperatura axilar: 36.0. Carótidas: simétricas y sin soplos. No ingurgitación yugular. Auscultación cardíaca: rítmica. Auscultación pulmonar: crepitantes campos medio e inferior izquierdo. Extremidades: Izquierda: depresión dolorosa de tendón de Aquiles y hematoma en piel. Derecha: palpación dolorosa tendón de Aquiles con relieve normal. Ambas extremidades: signos de insuficiencia venosa crónica. Edemas distales bilaterales con predominio tobillo izquierdo. Articulaciones: sin alteraciones significativas. Pulsos periféricos presentes. Saturación oxígeno: 96%. Electrocardiograma: ritmo sinusal con extrasístoles supraventriculares aisladas.

**Juicio clínico:** Rotura tendón Aquiles izquierdo. Tendinitis aquilea derecha.

**Diagnóstico diferencial:** Tendinitis traumáticas o atraumáticas (lupus, artritis reumatoide, síndrome SR3-PE, hipotiroidismo autoinmune).

**Comentario final:** Las nuevas quinolonas muestran unos perfiles de eficacia y comodidad en el tratamiento de las infecciones respiratorias adquiridas en la comunidad que han hecho que su uso se haya generalizado en la práctica habitual. No obstante, se debe valorar el aumento del riesgo de efectos adversos tendinosos. El levofloxacino ha sido incluido como tratamiento de la neumonía adquirida de la comunidad y de las reagudizaciones de los pacientes con EPOC. La tendinopatía por levofloxacino es infrecuente inferior al 0,1% y el de rotura tendinosa inferior a 4 por millón. A pesar de la baja frecuencia de este efecto adverso, en Atención Primaria es necesario tomar medidas preventivas evitando la prescripción indiscriminada y reconociendo los factores de riesgo para la tendinopatía (corticoterapia, insuficiencia renal, edad avanzada, enfermedad reumática). Al igual que monitorizar los posibles efectos secundarios tras la prescripción, manteniendo un elevado índice de sospecha en el caso de aparición de síntomas osteomusculares. Tras sospecha se debe suspender el levofloxacino (en tendinitis la reversión suele ser entre 10 días y 2 meses, evitando la

rotura del tendón) e indicar reposo, probablemente sería aconsejable inmovilizar la articulación y derivar a Traumatología ante sospecha de rotura tendinosa. Es importante recordar que la rotura tendinosa puede aparecer muy rápidamente después iniciado el tratamiento, pero que se han descrito casos de rotura tendinosa incluso después de terminado el tratamiento, por lo que ante toda patología tendinosa de etiología no evidente se aconseja anamnesis farmacológica para excluir toma de quinolonas hasta un periodo de tres meses atrás.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Medrano M, Mauri J, Bruscas C. Tendinitis por fluorquinolonas. *An Med Intern (Madrid)*. 2007;24:227-30.
2. Gómez N, Ibáñez J, González M., Tendinitis aquilea bilateral y levofloxacino. *An Med Intern (Madrid)*. 2004;21(3):154.
3. Grupo de estudios de la Neumonía Adquirida de la Comunidad. Normativas para el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). *Arch Bronconeumol*. 2005;41:272-89.

### 10/258. TRAUMATISMO VASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

N. Berrade Goyena<sup>a</sup>, N. Ruiz Huguet<sup>b</sup>, A. Guillermo Ruberte<sup>a</sup>, M. Contín Pescacén<sup>a</sup>, M. Alarcón Meléndez<sup>c</sup> y E. Arana Alonso<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Sangüesa. Navarra; <sup>b</sup>CS Cortes. Navarra; <sup>c</sup>Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.

**Descripción del caso:** Varón de 72 años que acude por sangrado profuso de extremidad superior izquierda y traumatismo craneal. Refiere caída desde unos 2 metros sobre tijeras de podar, mientras permanecía en una escalera podando en su huerto. No mareo previo. No pérdida de conciencia. Antecedentes: sin interés. Ante sospecha de lesión vascular se solicita helicóptero para prevenir lesión isquémica de extremidad y se alerta a los Servicios de Cirugía Vascular y Traumatología. Por el sangrado arterial continuo se realiza hemostasia con compresión intermitente local, analgesia y suero-terapia e inmovilización adecuada al politraumatismo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Orientado. Colaborador. Presión arterial: 100/60. Pulso: 94. Regular estado general. Palidez de piel y mucosas. Auscultación cardio-pulmonar: normal. Cabeza: herida incisocontusa leve en región occipital. Cuello: no ingurgitación yugular. Carótidas simétricas y sin soplos. Extremidad superior izquierda: Herida de 2 cm punzante en región epitroclear en codo izquierdo con hemorragia profusa. Pulso radial presente. Abdomen: normal. Tórax y extremidades inferiores: normales. Pulsos periféricos presentes. Exploración neurológica: normal. Saturación oxígeno: 97%. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 85 latidos por minuto.

**Juicio clínico:** Fractura oblicua corta olecranon izquierdo. Traumatismo craneoencefálico leve.

**Diagnóstico diferencial:** Traumatismo vascular con hemorragia arterial en codo.

**Comentario final:** Las fracturas de olecranon son generadas por dos mecanismos y, con mucha frecuencia, actúan en forma conjunta: 1) Contusión directa por caída con apoyo violento del codo contra el suelo. 2) Por tracción violenta del músculo tríceps. Por una u otra razón, el olecranon se fractura en su base y la contractura del tríceps se encarga de separarlo de la epífisis cubital. Ante una contusión violenta, el olecranon sufre una fractura múltiple que complica el pronóstico y el tratamiento. El sangrado por fracturas abiertas debe tratarse inicialmente por taponamiento, pero ante un sangrado profuso continuo hay que descartar traumatismo vascular asociado. Los aspectos más relevantes de los traumatismos vasculares en Atención Primaria son: 1-Tratamiento inicial del traumatizado. 2- Hemostasia si procede en traumatismos abiertos (tor-niquete o mejor manguito neumático). 3- Valorar mediante datos

clínicos y exploración física una posible isquemia arterial (palpación bilateral de pulsos periféricos). Existen signos definitivos y equívocos para el correcto diagnóstico de traumatismo arterial. Los primeros son: presencia de isquemia (palidez, parestesias, ausencia de pulsos), auscultación de un soplo, presencia de hematoma pulsátil o percepción de hemorragia externa. Los signos equívocos son hematoma, herida o lesión nerviosa cerca de un vaso arterial, o la existencia de shock inexplicable con hipotensión. 4- Evacuación inmediata al hospital de referencia, donde se realizarán las oportunas técnicas diagnósticas.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Soto JA, Múnera F, Morales C, Lopera JE, Holguín D, Guarín O, et al. Focal arterial injuries of the proximal extremities: Helical CT arteriography as the initial method of diagnosis. *Radiology*. 2001;218:188-94.
2. Lozano FS, Pina Rubiralta, Ruiz Gorjón C. Manejo extrahospitalario de la patología vascular. *Medicine*. 2009;10(45):3013-20.
3. [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/textotratomatologia/Trau\\_Secc01/Trau\\_Sec01\\_33.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/textotratomatologia/Trau_Secc01/Trau_Sec01_33.html).

### 10/259. OSTEONECROSIS MAXILAR RELACIONADA CON ÁCIDO ZOLEDRÓNICO

I. Gosálvez Mariño<sup>a</sup>, F. Saiz Cáceres<sup>b</sup> y R. Valentín Tovar<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico. CS Salorino. Cáceres; <sup>b</sup>Médico. <sup>c</sup>Enfermera. Equipo de Cuidados Paliativos. Cáceres.

**Descripción del caso:** Paciente de 75 años de edad diagnosticada de cáncer de mama en el año 2003 tratada mediante cirugía asociada de quimioterapia y radioterapia. En julio 2006 la enfermedad progresa con metástasis óseas por lo que se inicia tratamiento con zoledronato (bifosfonato IV) mensual. En diciembre de 2008 tras una extracción dentaria, presenta lesión ulcerada mandibular, sugestiva de absceso, muy dolorosa que precisó de analgesia con opioides potentes así como varios ciclos de antibioticoterapia. La lesión progresó rápidamente presentando exposición ósea hemimandibular izquierda con secreción purulenta y drenaje espontáneo a piel por múltiples trayectos fistulosos. Se consultó con su oncólogo quien pensó en una metástasis ósea a ese nivel y la derivó al servicio de cirugía maxilofacial para tratamiento. En dicho servicio se tomó biopsia de la lesión, descartándose progresión de la enfermedad, siendo diagnosticada de osteonecrosis de mandíbula. La paciente fue tratada con antibioticoterapia previo cultivo de la herida, irrigaciones y enjuagues orales con clorhexidina así como remodelado del hueso afecto presentando una mejoría parcial de las lesiones. Aún así, la calidad de vida de la paciente permaneció severamente disminuida hasta su fallecimiento en septiembre 2009, debido a la necesidad de curas diarias de la herida, la pérdida de varias piezas dentarias que le dificultaban la alimentación así como recurrentes episodios de dolor orofacial agudo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Rx mandíbula: área lítica en hemimandíbula izquierda, bordes irregulares. Fístula oroantral.

**Juicio clínico:** Osteonecrosis mandibular asociada a ácido zoledrónico.

**Diagnóstico diferencial:** 1. Metástasis óseas. Es infrecuente y localizada en ángulo posterior mandibular. 2. Osteorradionecrosis: Antecedentes de radioterapia en dicha localización. 3. Osteomielitis crónica: Imágenes radiológicas de esclerosis, expansión ósea y sequestro óseo. Mejoría con antibioticoterapia y tratamiento quirúrgico.

**Comentario final:** Los bifosfonatos son potentes inhibidores de la actividad osteoclástica acumulándose en la matriz ósea durante largos periodos de tiempo. Los bifosfonatos intravenosos como el pamidronato y el ácido zoledrónico son usados ampliamente en el paciente oncológico para el tratamiento de la hipercalcemia tumo-

ral, mieloma múltiple, metástasis óseas de tumores sólidos (mama, próstata y pulmón) y para la prevención de metástasis óseas en tumores de mama y próstata (ácido zoledrónico). En los últimos años se han descrito varios casos de osteonecrosis mandibular en pacientes oncológicos tratados con bifosfonatos, principalmente endovenosos, pero también se han descrito en tratamientos orales de larga duración como terapia de osteoporosis. Existen factores comórbidos cuyo papel aún está por determinar: tratamiento con corticoides, mal estado cavidad oral (mala higiene, infecciones), procedimientos dentarios.

Las lesiones son de difícil tratamiento por lo que, actualmente la prevención es el mejor enfoque terapéutico (revisiones dentarias, evitar extracciones, etc.).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Junque LM. Diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteonecrosis de los maxilares por bifosfonatos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM). *Cient Dent*. 2008;5:229-37.
2. Woo SB et al. Systematic Review: Bisphosphonates and Osteonecrosis of the Jaws. *Ann Intern Med*. 2006;144:753-61.
3. Pastor D, et al. Osteonecrosis maxilar y bifosfonatos. Presentación de tres casos. *Cirugía bucal*. 2005:76-9.

### 10/264. HIPERTRANSAMINASEMIA EN MUJER DE 50 AÑOS

I. Mejía Ganoza, L. Pons Pons, Z. Sainz Beltrán, J. Vives Ballester, N. Pacheco Rubio y S. Güell Parnau

CAP Montcada i Reixac. Barcelona.

**Descripción del caso:** Mujer de 50 años con antecedentes de tabaquismo, ingesta alcohol de 21U/ semana, hipertrigliceridemia, litiasis renal. Elevación transitoria de GGT en 2004, en dos ocasiones (60 U/L y 50 U/L) normalizada posteriormente. Episodio de depresión actualmente asintomático, tratado con venlafaxina en 2006. Consulta en julio del 2009 por dolor abdominal inespecífico, en ambas fosas ilíacas de tres meses de evolución. En las últimas semanas aparece astenia y anorexia. Dos días antes de acudir a consulta presenta una deposición acólica. No coluria, prurito, fiebre ni otra sintomatología. No ingesta de fármacos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: no ictericia de piel ni mucosas. Exploración abdominal normal. No visceromegalias. Ecografía ginecológica reciente: normal. Análisis de sangre: destaca GOT/AST: 158; GPT/ALT: 213; GGT: 366 y FA: 146. Se repite a la semana: GOT: 191; GPT: 247; GGT: 360; FA: 117. Serología hepatitis B, C, A negativas. Coagulación normal. Ecografía y TAC abdominal normal. Un mes y medio después el análisis muestra: GOT: 110; GPT: 156; GGT: 269; FA: 123. Anticuerpos antinucleares (ANA) positivos, título de 1/320, patrón nucleolar. Anticuerpos antimitocondriales (AMA) negativos. Anticuerpos anti-músculo liso (SMA) positivos, título de 1/320. Auto-anticuerpos anti-transglutaminasa negativos. Biopsia hepática: hepatitis crónica activa moderada con puentes de probable etiología autoinmune.

**Juicio clínico:** Hepatitis autoinmune.

**Diagnóstico diferencial:** Hepatitis crónica activa de etiología vírica. Esteatosis hepática. Cirrosis biliar primaria (CBP). Hepatitis tóxica (medicamentosa). Hepatopatía crónica alcohólica.

**Comentario final:** El incremento de GPT en relación con GOT, orienta hacia una etiología hepática. Al no superar la GPT 10 veces el valor normal, sospechamos un proceso crónico. La ausencia de antecedentes con tratamientos farmacológicos descarta la probable etiología tóxica medicamentosa. Existe un componente colestático, lo que nos hace pensar en una CBP, aunque los AMA sean negativos. La serología de Hepatitis es negativa. La biopsia hepática confirma el diagnóstico. La determinación rutinaria de transaminasas en Atención Primaria ha provocado un incremento en la de-

tección precoz de hepatopatías crónicas asintomáticas en las primeras fases de la enfermedad. La orientación diagnóstica debe basarse en: 1) Magnitud de la elevación de transaminasas y predominio de GPT o GOT hasta 300 U/L nos hará sospechar una hepatopatía crónica. 2) Anamnesis exhaustiva para descartar cualquier etiología posible. La utilización de protocolos de actuación ante una hipertransaminasemia en las consultas de Atención Primaria sería una herramienta útil. 3) La biopsia hepática es esencial para confirmar el diagnóstico de hepatopatías crónicas. La hepatitis autoinmune (HAI) es un trastorno necroinflamatorio crónico del hígado de causa desconocida, que puede estar presente en cualquier edad y sexo, siendo más frecuente en mujeres jóvenes. Parece ser que la enfermedad se desarrolla en individuos con cierta predisposición genética al exponerse a un agente ambiental aun no identificado que genera una respuesta autoinmune contra el hígado, generando fibrosis y cirrosis, siendo un diagnóstico de exclusión de otras hepatopatías que se confirma mediante biopsia hepática. Su forma de presentación es heterogénea por su amplia variedad de manifestaciones clínicas y diferencias histológicas, junto con la presencia de los diferentes autoanticuerpos. El pronóstico dependerá de la respuesta al tratamiento, orientado a inmunosupresión.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Mallo-González N, López-Rodríguez R, Campos-Franco J, Abdulkader I, Otero-Antón E, Alende-Sixto MR. Síndrome overlap hepatitis autoinmune-cirrosis biliar primaria: A propósito de un caso. *An Med Int.* 2008;25:3.
2. Cuadrado A, Crespo J. Hipertransaminasemia en pacientes con negatividad de marcadores virales. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004;96:7.

### 10/267. NOCARDIOSIS PULMONAR CON DISEMINACIÓN CEREBRAL

A. Artuñedo González<sup>a</sup>, J. Claramunt Mendoza<sup>a</sup>, A. Ocaña Padilla<sup>b</sup>, D. de la Rosa Carrillo<sup>c</sup>, R. Sierra Luján<sup>b</sup> y J. Cortés Martínez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>ABS Nova Lloreda. Badalona; <sup>b</sup>EAP Ocata-Teià; <sup>c</sup>Hospital Plató. Barcelona; <sup>d</sup>EAP Vilassar.

**Descripción del caso:** Varón de 74 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, hipertenso y dislipémico. Consulta por dolor torácico intercostal izquierdo de características mecánicas que aumenta a la palpación, tos e inspiración profunda, tras una primera visita en atención primaria se realiza la orientación diagnóstica de esguince intercostal y se pautan analgésicos convencionales. Reconsulta al cabo de 3 semanas por persistencia de dolor irradiado a escápula, así como aparición de fiebre, anorexia y pérdida de peso. Se solicitan pruebas de imagen. A las 2 semanas aparece cefalea e inestabilidad a la marcha. Tratamiento: trimetoprim-sulfametoxazol. Evolución: a las 3 semanas del tratamiento se realiza TC pulmonar y cerebral con desaparición de las lesiones.

**Exploración y pruebas complementarias:** Auscultación pulmonar normal sin estertores. Examen neurológico sin focalidades ni meningismo. Rx de tórax: infiltrado en lóbulo superior izquierdo (LSI) con nódulos pulmonares dispersos. TC tórax: múltiples nódulos pulmonares sugestivos de metástasis. TC cerebral: normal. RMN cerebral: múltiples nódulos en hemisferios cerebrales y cerebelo.

**Juicio clínico:** Nocardiosis pulmonar con diseminación cerebral.

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasia pulmonar metastásica, enfermedades parasitarias, patología infecciosa, tuberculosis.

**Comentario final:** La nocardiosis es una enfermedad poco frecuente, con más incidencia en varones adultos con patología previa pulmonar. Se presenta como una neumonía subaguda con patrón radiológico de infiltrado y nódulos múltiples que sugieren tumor metastásico y en el 50% de los casos se produce diseminación encefálica. La experiencia clínica es limitada. Pese a ser una infección

poco frecuente, este caso nos hace reflexionar sobre la variedad clínica de presentación de las neumonías. En este paciente se presentó de forma subaguda, con dolor torácico de características mecánicas compatible con patología músculo-ligamentosa intercostal. Al aumentar el dolor con la tos y la inspiración profunda debimos sospechar el origen pleural. Si bien es cierto que la mayoría de esguinces intercostales también presentan estas características. En nuestro caso, la aparición de fiebre y síndrome constitucional nos puso en alerta replanteándonos el diagnóstico y solicitando exploraciones complementarias. Cabe destacar que a pesar de éstas, existían dudas diagnósticas hasta la obtención del resultado del cultivo de esputo que fue positivo para *Nocardia cyriacigeorgica*.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez R, Reyes S, Menéndez R. Pulmonary nocardiosis: risk factors, clinical features, diagnosis and prognosis. *Curr Opin Pulm Med.* 2008;14(3):219-27.
2. Mari B, Montón C, Mariscal D, Luján M, Sala M, Domingo CPulmonary nocardiosis: clinical experience in ten cases. *Respiration.* 2001;68(4):382-8.
3. Corti ME, Villafañe-Fioti MF. Nocardiosis: a review. *Int J Infect Dis.* 2003;7(4):243-50.
4. Yildiz O, Doganay M. Actinomycoses and Nocardia pulmonary infections. *Curr Opin Pulm Med.* 2006;12(3):228-34.

### 10/268. FALLO RENAL TRAS USO DE IECA Y ARA-II

N. Polo Fernández y M. Gutiérrez Cabanas

CS Daroca. Madrid.

**Descripción del caso:** Paciente varón de 72 años con diabetes mellitus tipo 2 con hemoglobina glicada inferior a 7, microalbuminuria negativa, retinopatía proliferativa. HTA, hiperlipidemia mixta con LDL inferior a 100, Hemorragia digestiva alta hace 8 años por toma de AINEs. (adiro 100). Tratamiento: metformina 850 mg, 2,5 comp/día glicazida 30 mg (2 comp/día), valsartán 80 mg/día, nifedipino 20 mg/día, simvastatina 40 mg/día y ticlopidina 1c/día. El paciente acude por episodios hipotensivos coincidiendo con intensificación de tratamiento antihipertensivo añadiendo hidroclorotiazida 12,5 mg/día. A la exploración destaca soplo sistólico en foco aórtico. Electrocardiograma con morfología de bloqueo incompleto de rama derecha resto sin hallazgos. Teniendo en cuenta que no existe microalbuminuria, no hay signos de hipertrofia ventricular izquierda ni de insuficiencia cardíaca, se decide sustituir valsartán por lisinopril 20 mg/día junto con retirada de hidroclorotiazida obteniendo resultados de objetivos tensionales según su perfil de riesgo cardiovascular en 116/74 mmHg. Por otro lado se observa un empeoramiento de la función renal con creatinina sérica 1,6 mg/dl e hiperpotasemia de 6,3 mEq/dl, iniciando bruscamente una alopecia areata. Se decide volver a cambiar el tratamiento a valsartán 80 mg/día y nifedipino 20 añadiendo furosemida 40 mg/día, consiguiendo normalización de potasemia con 4,7 mEq/l, disminución de creatinina a 1,41 mg/dl manteniéndose sin microalbuminuria en ningún caso. Se solicita estudio con ecografía abdominal y bioquímica renal para descartar patología vascularrenal además de radiología de tórax. Obtenemos resultados de ecografía con hallazgos de aneurisma abdominal de 50 mm que se extiende proximal respecto a las arterias renales, con imagen compatible con trombo circunferencial. En radiografía de tórax vemos imagen compatible con aneurisma de la aorta torácica descendente. Junto a los resultados de la pruebas complementarias se observan un nuevo deterioro de la función renal con creatinina de 1,65 mg/dl y filtrado glomerular 52% con hiperpotasemia 5,15 mEq/l por lo cual se considera suspensión de medicación vasoactiva, (el paciente dejó por su cuenta días antes el nifedipino 20) al sospechar estenosis de arterias renales, sustituyendo el valsartán por amlodipino 10 mg/día junto doxazosina 4 mg/día. Se deriva a cirugía vascular que solicita an-

gio-TAC cuya preparación se planifica desde la consulta de atención primaria con acetilcisteína 200 mg/día 48 horas antes. El informe del angio-TAC detecta aneurisma de 72 mm en aorta ascendente, aneurisma en aorta torácica descendente y otro a la salida de las arterias renales.

**Exploración y pruebas complementarias:** Bioquímica sanguínea junto a aclaramiento de creatinina. Ecografía abdominal y de vías urinarias. Radiografía de tórax. Angio-TAC con contraste.

**Juicio clínico:** HTA vascularrenal en relación con trombosis de aneurisma aórtico abdominal.

**Diagnóstico diferencial:** Nefropatía diabética vs nefropatía vascularrenal.

**Comentario final:** Destacar la ecografía abdominal como prueba inocua y accesible desde atención primaria que diagnosticó la patología aórtica de base. El efecto secundario de los fármacos vasoactivos orienta al origen de la patología.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Cowan BR, Young AA, Anderson C, Doughty RN, Krittayaphong R, Lonn E, et al. ONTARGET Investigators. Am J Cardiol. 2009; 104(11):1484-9. Epub 2009 Oct 14.
2. Verdecchia P, Sleight P, Mancia G, Fagard R, Trimarco B, Schmieder RE, et al. Effects of telmisartan, ramipril, and their combination on left ventricular hypertrophy in individuals at high vascular risk in the Ongoing Telmisartan Alone and in Combination With Ramipril Global End Point Trial and the Telmisartan Randomized Assessment Study in ACE Intolerant Subjects With Cardiovascular Disease. Circulation. 2009;120(14):1380-9. Epub 2009 Sep 21.
3. Weber M. Achieving blood pressure goals: should angiotensin II receptor blockers become first-line treatment in hypertension? J Hypertens. 2009;27Suppl 5:S9-14.
4. Sleight P. Clinical evidence from ONTARGET: the value of an angiotensin II receptor blocker and an angiotensin-converting enzyme inhibitor. J Hypertens. 2009;27 Suppl 5:S23-9.
5. Sadjadi SA, McMillan JI, Jaipaul N, Blakely P, Hline SS. A comparative study of the prevalence of hyperkalemia with the use of angiotensin-converting enzyme inhibitors versus angiotensin receptor blockers. Ther Clin Risk Manag. 2009;5(3):547-52. Epub 2009 Jul 12.
6. Amir O, Hassan Y, Sarrieff A, Awaisu A, Abd Aziz N, Ismail O. Incidence of risk factors for developing hyperkalemia when using ACE inhibitors in cardiovascular diseases. Pharm World Sci. 2009;31(3):387-93. Epub 2009 Mar 3.
7. Bakris GL, Weir MR. Angiotensin-converting enzyme inhibitor-associated elevations in serum creatinine: is this a cause for concern? Arch Intern Med. 2000;160(5):685-93.
8. de Mast Q, Beutler JJ. The prevalence of atherosclerotic renal artery stenosis in risk groups: a systematic literature review. J Hypertens. 2009;27(7):1333-40.

#### 10/295. MISMA ENFERMEDAD: DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN

M. Pérez Miras, M. Miralles Piñeyro, M. Martí Vila y M. del Val Viñolas

*Médico de Familia. CAP Vila Olímpica. Barcelona.*

**Descripción del caso:** Se trata de dos varones, ambos de 51 años. *Caso 1:* AP: Exfumador desde hace 11 años, no hábitos tóxicos, dislipemia. Consulta por dolor a nivel del omoplato derecho que aumenta con la tos y el movimiento. *Caso 2:* AP: Fumador, Sd WPW (ablación), herniorrafia inguinal derecha y enolismo de 15 g/día. Consulta por astenia, anorexia, pérdida de peso, dolores musculares y diarreas.

**Exploración y pruebas complementarias:** *Caso 1:* AR murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. AC rítmica no soplos ni

roces. TA 111-60 FC 80 x'. Rx de tórax: imagen lobulada en lóbulo superior pulmón derecho. TAC tórax: gran masa pulmonar lobar superior izquierda, en segmento ápico-posterior, de límites imprecisos, con amplio contacto cisural y extensión anterior a lo largo de la pleura mediastínica, con áreas periféricas de vidrio deslustrado, que pueden corresponder a extensión tumoral. Existe extensión central por continuidad a nivel hilar, por dentro de la pleura mediastínica, y a nivel interlobar. Se remite al servicio de neumología para anatomía patológica y estudio de extensión. *Caso 2:* AR MVC en ambos campos pulmonares sin ruidos sobreañadidos. AC Rítmica, sin soplos ni roces. TA 105-75 FC 100 x'. Por la clínica de sd tóxico se solicita analítica y Rx de tórax. Analítica destaca VSG de 68 y CEA de 14,1 nanog/ml. Rx de tórax: masa en zona apical derecha. Se deriva al paciente a servicio de neumología donde se realiza. TAC torácico: adenopatía de 16 mm a nivel paratraqueal derecho. Voluminosa ocupación ganglionar hilar derecha, así como a nivel interlobar, prolongándose intrapulmonarmente hasta nivel segmentario. Ocupación subcarinal e interlobar izquierda. A partir de bronquios subsegmentarios posteriores del segmentario apical del lóbulo superior derecho existe una masa pulmonar lobulada de aprox. 82 mm de diámetro máximo, con amplio contacto con la pleura periférica, no pudiendo excluir su infiltración, que se acompaña de un engrosamiento peribroncopulmonar proximal (intersticio axial-linfático) que se extiende hasta nivel del hilio pulmonar. Enfisema pulmonar de predominio en campos superiores.

**Juicio clínico:** En ambos casos se sospecha carcinoma de pulmón.

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasias malignas: metástasis, carcinoma, adenocarcinoma, linfoma, sarcomas, carcinoide bronquial. Neoplasias benignas: leiomiomas, endometriomas, fibroma, lipomas. Infecciones: neumonías, abscesos, granulomas, embolismos sépticos. Inflamatorias: vasculitis, neumonía organizada, sarcoidosis, nódulos reumatoides. Enf. por inhalación/aspiración: silicosis, neumonías lipoideas. Lesiones vasculares: infartos, hematomas, fístulas arteriovenosas. Miscelánea: atelectasias redondas, quiste broncogénico, granulomatosis de Wegener.

**Comentario final:** En estos dos casos observamos como sintomatología muy distinta nos puede conducir a un mismo diagnóstico; tras realizar anamnesis, exploración y pruebas complementarias se llegó a un mismo diagnóstico: Carcinoma de pulmón pobremente diferenciado. En ambos casos la buena coordinación entre la AP y el hospital de referencia permitió un diagnóstico correcto en un corto periodo de tiempo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Abate E. Nódulo pulmonar solitario. Evidencia actualización en la práctica ambulatoria. 2009;3(3) Mayo-Junio.
2. Obeso Carrillo GA, Rivo Vazquez JE, Cañizares Carretero MA, García Fontán E, Blanco Ramos M, García Tejedor JL. Nódulo pulmonar solitario: ¿primario, metastático o ambos? Arch Bronconeumol. 2009;45:567-9.
3. Martín Buil MM, Galindo Estevan MC, Mateo Lázaro ML. Nódulo pulmonar solitario: diagnóstico y pauta de actuación. Boletín oncológico. 19-4-2010.
4. Gispert P, Andreu J, Ferrer M, Ferrer J. Atelectasia redonda del pulmón. Una lesión benigna producida por el amianto. Med Clin (Barc). 2005;124(7):256-8.

#### 10/303. DIARREA CRÓNICA COMO SÍNTOMA DE INVAGINACIÓN INTESTINAL

A. Guillermo Ruberte<sup>a</sup>, N. Ruiz Huguet<sup>b</sup>, N. Berrade Goyena<sup>a</sup>, M. Alarcón Meléndez<sup>c</sup>, M. Contín Pescacén<sup>a</sup> y E. Arana Alonso<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Sangüesa. Navarra; <sup>b</sup>CS Cortes. Navarra; <sup>c</sup>Urgencias. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.

**Descripción del caso:** Varón de 50 años acude por presentar desde hace un mes cuadro de deposiciones diarreicas líquidas, con



productos patológicos: con sangre los primeros días, acompañado de dolor abdominal tipo cólico localizado en mesogastrio. No sd febril. Ha mantenido tratamiento con tiorfan y dieta astringente sin clara mejoría. Desde hacía tres días ha comenzado tratamiento con fortasec, iniciándose reagudización del dolor abdominal, acompañada de náuseas y vómitos. No sd miccional. No antecedentes personales viajes recientes.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial 159/92; 69 latidos por minuto; Temperatura 36°. Estado general: afectado por el dolor. ACP normal; abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en marco cólico, más marcado en fosa ilíaca izquierda, con descompresión negativa. Ruidos hidroaéreos de progresión. Placa de tórax normal. Placa de abdomen: niveles hidroaéreos tanto en colon e intestino delgado. Gas en recto. ECG ritmo sinusal. Analítica de sangre: leucocitosis  $13,5 \times 10^3$ ; neutrófilos 94,2%, resto anodino. Ecografía intestinal hallazgos patológicos de invaginación de colon descendente-sigma, con imagen compatible con lipoma (cabeza de invaginación) vs meso invaginado. TAC: invaginación colo-cólica en sigma actuando como cabeza de invaginación una lesión de unos 5 cm de predominio hipodenso y densidades negativas compatibles con lipoma.

**Juicio clínico:** Invaginación colo-cólica en sigma.

**Diagnóstico diferencial:** Invaginación de sigma con lipoma, meso invaginado.

**Comentario final:** Episodios tan frecuentes como son las diarreas pueden encerrar diagnósticos tan infrecuentes como una invaginación. El estudio continuado nos permite sospechar enfermedades no frecuentes.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Chirr Ital. 2008;60(5):749-53.
2. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. Ann Surg. 1997;226:134-8.
3. Gayer G, Zissin R, Apter S, et al. Pictorial Review: adult intussusception. Br J Radiol. 2002;75:185-90.

### 10/308. ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN TIROIDEA POR INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Herrero Alonso, R. Ortega González, N. Perallón Solans, M. Martí Martínez, M. Tomas Lachos y M. Herranz Fernández

CAP Santa Perpetua de Mogoda.

**Descripción del caso:** Mujer de 35 años con antecedentes patológicos de epilepsia desde la infancia en tratamiento con tegretol y topamax, migraña, e hipotiroidismo primario de 14 años de evolución bien controlado con 125 µg/día de LT4 hasta la actualidad. Desde hace 6 meses refiere aumento de 10 kg de peso, astenia y estreñimiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración se objetiva aumento del tamaño tiroideo y se palpa bocio grado II de superficie heterogénea y de consistencia algo aumentada. En la analítica de sangre inicial se objetiva TSH 97,04 #mU (0,7-4,2) con fT4 0,3 ng/dL (0,8-1,8). Posteriormente se deriva a Endocrinología quien prosigue el estudio con screening de enfermedad celíaca, de anemia perniciosa y de infección por *Helicobacter pylori*. Los resultados fueron negativos para enfermedad celíaca y anemia perniciosa pero los anticuerpos IgG para *Helicobacter pylori* fueron positivos por lo que se solicita test del aliento que fue positivo. Se inició tratamiento erradicador para *Helicobacter pylori*.

**Juicio clínico:** La paciente ha presentado descompensación de su hipotiroidismo primario de base por infección por *Helicobacter pylori*, tras el inicio del tratamiento erradicador la función tiroidea se normalizó (TSH 1,52 #mU y fT4 0,4 ng/dL).

**Diagnóstico diferencial:** Ante una descompensación de la función tiroidea en un paciente con hipotiroidismo primaria hay que

sospechar un mal cumplimiento del tratamiento pero también ingesta de hierbas laxantes y procesos intercurrentes como una enfermedad celíaca no diagnosticada, anemia perniciosa o bien una infección por *Helicobacter pylori*.

**Comentario final:** Hay varias publicaciones respecto a la alteración de la función tiroidea en relación a la infección por *Helicobacter pylori*.

### 10/314. GINECOMASTIA UNILATERAL EN VARÓN ADULTO

M. Mateo Pascual, R. Julián Viñals, M. Pérez Unanua, I. Gómez Cabañas, Y. Muñoz González y S. Alvarado Torres

CS Doctor Castro Viejo.

**Descripción del caso:** Varón de 22 años sin antecedentes personales de interés salvo talasemia minor, que acude a consulta del médico de familia por aumento del tamaño y dolor en mama derecha desde hace un mes. El joven, sano y deportista se muestra muy afectado emocionalmente en su vida.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la anamnesis general se descarta el uso de fármacos, drogas y alcohol. Se trata de un adulto de constitución atlética, con un IMC de 22, y una exploración física normal salvo la presencia de un soplo cardíaco funcional. Destaca el aumento de tamaño de la glándula mamaria derecha, de consistencia blanda, móvil y dolorosa al palpar. Los caracteres sexuales masculinos son normales, con tamaño y aspecto de testículos sin alteraciones. Se solicita hemograma, función hepática, renal y tiroidea, esteroides sexuales y prolactina. Se le deriva a la unidad de radiodiagnóstico hospitalario para hacer mamografía.

**Juicio clínico:** Tras los resultados se le diagnostica de ginecomastia idiopática, tranquilizamos al paciente, siguiéndole para observación mensual.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial hay que hacerlo principalmente con el cáncer de mama masculino a través de la mamografía y si es preciso, con biopsia. Hay que descartar ginecomastias secundarias a procesos sistémicos como insuficiencia renal y hepática, hipo o hipertiroidismo, hipogonadismo, déficit de testosterona y tumores testiculares secretores de estrógenos, así como el efecto secundario de drogas y fármacos. Por último está la pseudoginecomastia que se asocia al porcentaje elevado de grasa corporal.

**Comentario final:** La ginecomastia en varones es una entidad frecuente. Aunque la prevalencia es mayor en la etapa puberal, también en la adulta es importante (30 a 50%). La causa más frecuente es idiopática (25%) pero hay que considerar la secundaria a drogas (10 a 20%), hipogonadismo primario (8%) y secundario (2%), tumores testiculares (3%), enfermedad renal (1%), así como, por su gravedad, el cáncer de mama (1% de las muertes por cáncer en hombres). Neurofibromas, linfangiomas, hematomas, lipomas y quistes dermoides pueden dar un crecimiento mamario unilateral, aunque la presentación asimétrica puede representar una etapa en el desarrollo de la enfermedad bilateral. Si no hay causa subyacente, se debe ver la evolución y siempre valorar el impacto emocional y disconfort social que suele sufrir el paciente llegando, si es preciso, como en nuestro caso ocurrió, a la cirugía.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Sepúlveda S, Navarrete G, Martorell B, Miranda F. Ginecomastia: aproximación clínica y terapéutica. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2005;16:117-23.
2. García Pérez J, García Ortega A. Tratamiento de la ginecomastia. Revista de la AECEP.
3. Bembo SA, Carlson HE. Gynecomastia: its features and when and how to treat it. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2004;71(6):511-7.
4. Daniels IR, Lyster GT. Gynecomastia. Eur J Surg. 2001;167:885-92.

5. Lazala C, Saenger P. Puberal gynecomastia. *J Pediatr Endocrinol.* 2002;15(5):553-60.
6. Haenneken S, Kruse R, Dall P, Ruzicka T, Neumann NJ. Unilateral Pseudogynecomastia: A Novel Work-Related Disease. *Ann Intern Med.* 2004;140:W-28-W-28.

### 10/316. LA PARATIROIDES TAMBIÉN EXISTE

M. Álvarez Rodríguez<sup>a</sup>, R. Bonich Juan<sup>b</sup>, E. Albà Real<sup>b</sup>, A. Ocala Padilla<sup>c</sup>, D. de La Rosa Carrillo<sup>d</sup> y E. López Martí<sup>e</sup>

<sup>a</sup>EAP Santa Coloma 6-Fondo. Barcelona; <sup>b</sup>ABS Vic 1 Nord. Barcelona; <sup>c</sup>EAP Ocatà-Teià. Barcelona; <sup>d</sup>Hospital Plató. Barcelona; <sup>e</sup>EAP Masnou-Alella. Barcelona.

**Descripción del caso:** Mujer de 62 años que acude a Urgencias con dolor cólico en fosa iliaca derecha, náuseas y vómitos, sin fiebre, de 24h de evolución. Se orientó como primer episodio de cólico nefrítico, por presentar hematuria. Reinterrogada por su médico, refiere pérdida de fuerza en EEL y astenia generalizada los 2 meses previos. Estado de ánimo depresivo (viudedad reciente). Antecedentes de HTA, miopatía hipertiroidica secundaria a bocio multinodular, tratado hasta hace 6 meses con antihipertiroidicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ecografía renal: normal. Analítica: función tiroidea normal, calcio 12,2 (N < 10), fósforo normal, PTH 200 (N 12-65). Ecografía y gammagrafía: hiperplasia de una g. paratiroides. Se realizó paratiroidectomía D inferior, normalizándose calcemia y PTH. Tras un nuevo episodio de cólico nefrítico se vuelve a detectar calcio y PTH elevados. La gammagrafía mostró una quinta glándula paratiroides ectópica (AP: adenoma).

**Juicio clínico:** Hiperparatiroidismo primario.

**Diagnóstico diferencial:** Por aumento de absorción intestinal/déficit de eliminación: sd de leche y alcalinos, hipervitaminosis D, IRC. Por aumento de reabsorción ósea: hiperparatiroidismo secundario, tumores malignos, hipertiroidismo, inmovilización. Fármacos: diuréticos tiazídicos, carbonato de litio (5% pueden presentar hipercalcemia con PTH elevada), teofilinas. Asociado a neoplasias: metástasis líticas, liberación proteína relacionada con PTH (PTHrP), producción de calcitriol. Insuficiencia suprarrenal. Feocromocitoma: producción PTHrP. Hipercalcemias familiares (hipercalcemia hipocalciúrica).

**Comentario final:** La litiasis renal cálcica, es la forma de presentación predominante del hiperparatiroidismo primario, en menores de 60 años (hasta el 20%). Del 2 al 5% de pacientes con litiasis renal lo padecen, siendo de hasta el 10% si es recidivante. El 70-80% de los pacientes presentan astenia y fatigabilidad, sobre todo en la musculatura proximal de las extremidades inferiores. Entre las manifestaciones psiquiátricas podemos encontrar confusión irritable emocional, depresión, fallos de memoria y en ocasiones psicosis. Así pues, las alteraciones de la glándula paratiroides, aunque infrecuentes, tienen que figurar en el diagnóstico diferencial de diferentes síndromes clínicos, por lo que hemos de incluir el Calcio y Fósforo dentro de las exploraciones analíticas a realizar en su despistaje.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Estopiñán V, Fortea Gimeno L. Hiperparatiroidismo primario e hiperaldosteronismo primario: una rara asociación. *Med Clin (Barc).* 1992;98:117.
2. Barkan A, Marilus R, Winkelsberg G, et al. Primary hyperaldosteronism: possible cause of primary hyperaldosteronism in a 60-year-old woman. *J Clin Endocrinol Metab.* 1980;51:144-7.
3. Hellman DE, Kartchner M, Komar N, et al. Hyperaldosteronism, Hyperparathyroidism, Medullary Sponge Kidneys, and hypertension. *JAMA.* 1980;244:1351-3.
4. Rossi E, Sani C, Perazzoli F, et al. Alterations of calcium metabolism and of parathyroid function in primary aldosteronism, and their reversal by spironolactone or by surgical removal of aldosterone-producing adenomas. *Am J Hypertens.* 1995;8:884-93.

5. Conroy S, Moulis S, Wassif WS. Primary hyperparathyroidism in the older person. *Age Ageing.* 2003;32:571-8.
6. Tomasella G. Diagnostic imaging in primary hyperparathyroidism. Radiological techniques: US-CAT-MR. *Minerva Endocrinol.* 2001;26:3-12.

### 10/320. EDEMA DE ARITENOIDES Y ADENOPATÍAS DOLOROSAS EN PACIENTE CON RGE

M. Álvarez Rodríguez<sup>a</sup>, A. Ocaña Padilla<sup>b</sup>, D. de la Rosa Carrillo<sup>c</sup>, R. Bonich Juan<sup>d</sup>, E. Albà Real<sup>d</sup> y E. López Martí<sup>e</sup>

<sup>a</sup>EAP Santa Coloma 6-Fondo. Barcelona; <sup>b</sup>EAP Ocatà-Teià. Barcelona; <sup>c</sup>Hospital Plató. Barcelona; <sup>d</sup>ABS Vic 1 Nord. Barcelona; <sup>e</sup>EAP Masnou-Alella. Barcelona.

**Descripción del caso:** Mujer de 62 años, sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas, con antecedentes de dislipemia, gastritis crónica atrófica, RGE con dispepsia y pirosis crónica, sin tratamiento de mantenimiento. Consulta por molestias faríngeas sin fiebre. Refiere empeoramiento de sus síntomas digestivos habituales en los días previos, con vómito ocasional. La exploración física es normal, excepto presencia de adenopatías latero-cervicales bilaterales, dolorosas, móviles. Se pautan AINES y antibiótico, pero a las pocas horas la paciente reconsulta, por disfagia, voz gangosa y disnea, siendo remitida al hospital.

**Exploración y pruebas complementarias:** La Rx tórax y la analítica sanguínea no muestran alteraciones significativas, y la exploración ORL pone de manifiesto edema de aritenoides.

**Juicio clínico:** Edema de aritenoides por RGE. Fue tratada con omeprazol y AINES, mejorando en pocos días los síntomas digestivos y laríngeos.

**Diagnóstico diferencial:** Faringitis vírica. Faringitis bacteriana. Faringitis no infecciosa. Adenitis infecciosa. Adenopatías tumorales.

**Comentario final:** Las lesiones faringo-laríngeas secundarias a RGE pueden presentarse sin síntomas digestivos, hasta en un 50% de los pacientes. En este caso, la anamnesis y los antecedentes patológicos orientaron hacia la presencia del RGE como responsable del edema de aritenoides y las adenopatías reactivas. Los pacientes que presentan problemas laríngeos de posible causa digestiva, sin estar previamente diagnosticados de RGE, deben ser estudiados mediante laringoscopia, fibrogastroscofia (permite valorar esofagitis y/o hernia de hiato), tránsito esófago-gastro-duodenal (opcional) y pH-metría de 24h (confirma el diagnóstico de RGE). El tratamiento se basa en medidas higiénico-dietéticas y en inhibidores de la bomba de protones, durante un tiempo variable (2-6 meses), según la evolución y presencia de otras complicaciones del RGE.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Karkos PD, Benton J, Leong SC, Karkanevatos A, Badran K, Srinivasan VR, et al. Trends in laryngopharyngeal reflux: a British ENT survey. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2007;264(5):513-7. Epub 2007 Feb 14.
2. Monini S, Di Stadio A, Vestri A, Barbara M. Silent reflux: ex juvantibus criteria for diagnosis and treatment of laryngeal disorders. *Acta Otolaryngol.* 2006;126(8):866-71.

### 10/323. HERNIA OBTURATRIZ. UN DIAGNÓSTICO COMPLICADO

A. López Herranz, G. González Sanz, M. Herrero López, I. Barranco Domínguez, S. Paterna López y C. Gracia Roche  
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

**Descripción del caso:** Paciente de 89 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, valvulopatía mitral con insuficien-

cia mitral severa, AIT de repetición, estenosis carotídea bilateral, ACxFA, cifosis, estreñimiento crónico, fisura de ramas pélvicas y cataratas. Acude por presentar desde hace cuatro días malestar general, distensión abdominal, dolor cólico, náuseas y vómitos. Ausencia de deposición desde hace tres días con escasa emisión de gases. No refiere fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente muy delgada con abdomen distendido difusamente, timpánico, con ruidos hidroaéreos y tonos metálicos aislados. No se palpan masas ni tumores de pared abdominal anterior ni en región inguinocrural. Al tacto rectal ampolla vacía y si signos de sangrado rectal. Radiografía de tórax: afectación intersticial difusa crónica. Radiografía de abdomen: Asas de intestino delgado distendidas en hemiabdomen derecho, compatible con cuadro oclusivo. TAC abdominal: oclusión de intestino delgado por hernia obturatriz derecha con segmento de íleon terminal localizado entre músculos obturadores.

**Juicio clínico:** Paciente con cuadro oclusivo de intestino delgado remitida a centro hospitalario de forma urgente y diagnosticada por medio de TAC abdominopélvico de hernia obturatriz derecha. Intervenido de urgencia realizando resección de asa estrangulada e isquémica de íleon distal con anastomosis manual latero-lateral y cierre de orificio herniario con malla. Evolución posterior satisfactoria.

**Diagnóstico diferencial:** Íleo paralítico: adinámico, espástico y vascular. Pseudoobstrucción intestinal. Enteritis infecciosas o inflamatorias. Otras causas de íleo obstructivo: bridas, hernias externas, vólvulos, invaginaciones, neoplasias, íleo biliar, impactación fecal, cuerpos extraños, bezoares...

**Comentario final:** La hernia obturatriz, descrita por primera vez en 1724 por Ronsil, es una entidad rara, con una frecuencia de presentación entre un 0,05-0,14% de todas las hernias de la pared abdominal. En general, aparece en mujeres delgadas, ancianas y multiparas. Los signos y síntomas son inespecíficos, debutando en un 90% de los pacientes como un cuadro de obstrucción intestinal. El signo de Howship-Romberg (dolor en la cadera irradiado a la cara interna del muslo y rodilla ipsilateral) se encuentra en un 15-50% de los casos y a menudo se confunde con un proceso osteoarticular. Por lo tanto, el diagnóstico y el tratamiento a menudo se retrasan, siendo el diagnóstico preoperatorio únicamente posible en un 10-30% de los casos, y por ello la hernia obturatriz presenta una elevada tasa de estrangulación y mortalidad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Bueno J, Serralta A, Dobón F, Galeano J, Ballester C, Ibáñez F, et al. Reparación de hernia obturatriz con malla de polipropileno. *Cir Esp*. 2000;67:516-7.
2. Rodríguez JI, Codina A, Maroto A, Puig J, Sirvent JM, Garsot E, et al. Obturador hernia: clinical analysis of 16 cases and algorithm for its diagnosis and treatment. *Hernia*. 2008;12:289-97.
3. Kammori M, Mafune K, Hirashima T, Kawahara M, Hashimoto M, Ogawa T, et al. Forty-three cases of obturator hernia. *American J Surg*. 2004;187:549-52.

### 10/324. HODGKIN

R. Andreu Alcover, G. Marcos Aldea, J. Vilá Moneny, A. Fabra Noguera, V. Sabaté Cintas y E. Pablos Herrero

*CAP Creu Alta. Sabadell.*

**Descripción del caso:** Mujer de 37 años, fumadora de 10 cigarrillos/día, sin antecedentes patológicos de interés. Presenta tos seca con febrícula de 2 meses de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** Auscultación cardiorespiratoria normal. Radiografía de tórax: infiltrado hiliar derecho compatible con neumonía de lóbulo medio derecho. Se instaura tratamiento con levofloxacino durante 10 días. La paciente no mejora y se pide, a las 3 semanas, radiografía de control donde no

existe ningún cambio. Se realiza TC torácico que muestra masa mediastínica anterior compatible con linfoma. En la punción percutánea se evidencia inmunofenotipo celular sugerente de linfoma de Hodgkin clásico.

**Juicio clínico:** Linfoma de Hodgkin mediastínico.

**Diagnóstico diferencial:** Se establece prioritariamente por anatomía patológica con los linfomas no-Hodgkin. Otras enfermedades a diferenciar son las adenopatías de tumor primario desconocido, la mononucleosis, la sarcoidosis, la toxoplasmosis y el síndrome de Sjögren.

**Comentario final:** El linfoma de Hodgkin es un tumor de células de Reed-Sternberg, células aneuploides de origen incierto que suelen expresar CD30 y CD15. Tiene un inicio ganglionar y se extiende a través del sistema linfático y, posteriormente, por vía sanguínea. Es una neoplasia maligna poco frecuente (1%) que presenta un pico en adultos jóvenes y otro después de los 55 años. Los síntomas y signos dependerán de la localización. Los subtipos histológicos se distribuyen de la siguiente forma: 75% esclerosis nodular, 20% celularidad mixta, y predominio linfocítico y depleción linfocítica aproximadamente 5% cada uno. En localizaciones torácicas, la infiltración del parénquima pulmonar puede simular una consolidación lobular o una bronconeumonía y originar cavitación o abscesos pulmonares. El diagnóstico es anatomopatológico. El tratamiento permite una esperanza de curación a los 20 años del 75% de los pacientes, con una toxicidad menor por quimioterapia y radioterapia que son las medidas terapéuticas más importantes. Las indicaciones de laparotomía son muy limitadas. Nuestra paciente se encuentra en estos momentos pendiente de intervención quirúrgica y en manos de los especialistas del hospital de referencia.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Lozano JA. *Offarm*. 2002;21:114-8.
2. Freedman AS, Nadler LM. Neoplasias de las células linfoides. *Principios de Medicina Interna Harrison*, 14ª ed, Cap 113:795.
3. Longo DL. Trastornos de las células plasmáticas. *Principios de Medicina Interna Harrison*, 14ª ed, Cap. 114:813.

### 10/326. ARTERITIS DE HORTON

A. Fabra Noguera, G. Marcos Aldea, J. Vilá Moneny, E. Pablos Herrero, V. Sabaté Cintas y R. Andreu Alcover

*CAP Creu Alta. Sabadell.*

**Descripción del caso:** Paciente de 86 años que consultó por cefalea, cansancio, tristeza, anhedonia hace 6-7 semanas y le prescribimos: citalopram, al no mejorar vuelve y explica mayor cansancio y debilidad, astenia, anorexia, pérdida de peso, cefalea frontotemporal y dificultad para masticar.

**Exploración y pruebas complementarias:** Palpación arterias temporales con pulso, no duras, analítica: VSG (velocidad de sedimentación globular): 58, anemia discreta (hemoglobina 11,6), resto normal, consultamos con reumatólogo de referencia, quien solicita ecografía que confirma la sospecha de arteritis de Horton o de células gigantes (ACG). El paciente no acepta la biopsia y se inicia tratamiento con corticoides.

**Juicio clínico:** Los criterios del American College of Rheumatology tienen una sensibilidad del 93% y una especificidad del 91%. La biopsia no es imprescindible si no va a modificar la toma de decisiones, es un criterio diagnóstico más: 1. Inicio por encima de los 50 años. 2. Cefalea de inicio o cambio de características de la habitual. 3. Arterias temporales sensibles o con pulso disminuido. 4. VSG > 50 mm. 5. Biopsia de temporal con infiltración de células gigantes. Se considera diagnóstico de ACG la presencia de tres o más criterios. El tratamiento debe comenzarse lo antes posible. Se administrarán altas dosis de prednisona (40-60 mg/día). Cuando la VSG baje de 40 mm y los síntomas desaparezcan al menos durante dos meses se reducen las dosis manteniendo la dosis mínima tole-

rada (10 mg) durante al menos 12-18 meses. El control posterior se realiza con la VSG cada tres meses, o cuando aparecen síntomas. Mejoría a los 3-4 días de tratamiento. No altera la biopsia hasta pasadas 2-4 semanas.

**Diagnóstico diferencial:** Con enfermedades que cursan con dolor, fatiga, pérdida de peso, fiebre: polimialgia reumática, fibromialgia, mieloma múltiple, mialgias por tratamiento con estatinas, polimiositis, artritis reumatoide.

**Comentario final:** Es una enfermedad de etiología desconocida. Se filtran de células gigantes la media e íntima de las arterias de medio o gran calibre. Como en la polimialgia reumática se relaciona con el HLA-DR4. Inicio gradual con cefalea, problemas visuales (amaurosis fugaces o escotomas), claudicación a la masticación (33%), temporales sensibles, en muchas ocasiones síntomas de polimialgia, astenia, anorexia, pérdida de peso y anemia. La ceguera es la principal complicación y la razón por la que urge un diagnóstico precoz. Afecta al 50-60% de los pacientes no tratados y en un 75% de los que presentan alteración en un ojo se afecta el contralateral en un plazo de 3 semanas. Pueden afectarse también otras arterias como las carótidas e incluso la aorta, pero acostumbra a ser con posterioridad la diagnóstica. En este caso, inicialmente nos confundió el estado de ánimo, pero al persistir la clínica y añadir el síntoma de la claudicación mandibular, nos orientó hacia la arteritis. El paciente mejoró con el tratamiento de corticoides.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Yazici Y. Vasculitis Update, 2007. Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases. 2007;65(3):212-4.
2. <http://www.uv.es/derma/CLindex/CLvasculitis/CLvasculitis.html>
3. Unwin B, Williams CM, Gilliland W. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. Am Fam Physician. 2006;74(9):1547-54.

### 10/359. SÍNDROME DE OVERLAP: DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Rodríguez Fernández<sup>a</sup>, E. Vázquez Seijas<sup>b</sup>, M. Sánchez de Enciso Ruiz<sup>c</sup> y C. López Silva<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS La Milagrosa. Lugo; <sup>b</sup>CS Singoy. Lugo; <sup>c</sup>CS de Friol. Lugo; <sup>d</sup>CS Plaza del Ferrol. Lugo.

**Descripción del caso:** Mujer de 42 años que consulta por un cuadro de prurito de 6-8 meses de evolución con inicio insidioso y exclusivamente nocturno. La paciente no tenía antecedentes clínicos de interés ni alergias farmacológicas conocidas, no ingestión de fármacos ni intervenciones quirúrgicas ni diagnósticas previas; fumadora de 5-8 cigarrillos/día, sin hábito de ingesta de alcohol ni drogas. Consultó previamente a dermatología siendo etiquetada de escabiosis y tratada con solución de permetrina tópica y similares. Posteriormente el prurito era tanto nocturno como diurno, de intensidad variable, sin relación con ninguna alimentación u otro proceso aparentemente. Consultado un segundo dermatólogo, pauta tratamiento sintomático del prurito, experimentando mejoría durante su toma y empeorando la clínica tras la supresión por lo que acude por primera vez a consulta de Atención Primaria (AP).

**Exploración y pruebas complementarias:** La exploración física fue totalmente normal a excepción de lesiones de rascado en tronco y extremidades y una ligerísima hiperpigmentación generalizada. En analítica sanguínea se obtienen los siguientes resultados: Hemograma con ligera anemia hipocrómica y microcítica, VSG de 84, fórmula leucocitaria, coagulación y básico de orina dentro de la normalidad. En bioquímica destaca AST 114, ALT 148, GGT 305, ALP 271, bilirrubina total en límites normales y TSH de 7,17 con tiroxina normal. Screening de atopía y parásitos en heces en 3 muestras negativo. Ante estos resultados se amplía el estudio analítico centrado en elevación de transaminasas, con estudio serológico virus hepatitis B y C, VIH y Epstein Barr negativos. El hierro, ferritina y

TIBC fueron normales con un proteinograma con ligera hipoalbuminemia (53,4) y betas-globulinas ligeramente elevadas (13,6). La ecografía abdominal no demuestra hepatomegalia ni imágenes focales hepatoesplénicas con resto del abdomen sin alteraciones.

**Juicio clínico:** La existencia de un aumento de ALP y GGT sin hiperbilirrubinemia indica un patrón predominante de colestasis. La clínica en una mujer joven sin litiasis ni procesos infiltrativos por imagen, nos hace pensar en un diagnóstico de cirrosis biliar primaria (CBP).

**Diagnóstico diferencial:** Descartada la existencia de una hepatitis vírica, hemocromatosis y enfermedad tiroidea, es necesario tener en cuenta otras patologías como enfermedad celíaca, hepatitis autoinmune, déficit de alfa 1 antitripsina y enfermedad de Wilson. Para ello ampliamos el estudio analítico: la proteína alfa 1 antitripsina y el Ac antitransglutaminasa fueron normales. La determinación de ceruloplasmina no se pudo realizar en AP. En autoinmunidad AMA negativo (altamente específicos de CBP), ANA positivo 1/640 con un patrón moteado.

**Comentario final:** Con un diagnóstico incierto entre CBP y hepatitis autoinmune (HAI) se deriva a atención especializada que mediante biopsia hepática confirma ambos diagnósticos. La HAI es una enfermedad crónica que se caracteriza por inflamación y necrosis hepatocelular en presencia de anomalías serológicas, y que en ocasiones se acompaña de manifestaciones extrahepáticas de autoinmunidad. Esta asociación está ampliamente reconocida en la actualidad y se denomina síndrome "overlap" HAI-CBP.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Fernández FJ et al. Síndrome "overlap" hepatitis autoinmune-cirrosis biliar primaria. Aportación de dos nuevos casos. An Med Intern (Madrid). 2005;22.
2. Gossard AA, Lindor KD. Development of autoimmune hepatitis in primary biliary cirrhosis. Liver Int. 2007;27(8):1086-90.

### 10/366. LA CLAUDICACIÓN FAMILIAR EN LA ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

S. Roldán García<sup>a</sup>, S. Díaz Ortiz<sup>a</sup>, A. Casero Fernández-Montes<sup>b</sup>, M. Baltuille Aller<sup>a</sup>, N. Maraño Henrich<sup>a</sup> y N. Zarzuelo Martín<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Las Olivas. Aranjuez. Área 11 Madrid; <sup>b</sup>Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios. Móstoles. Área 8 Madrid.

**Descripción del caso:** Caso clínico 1: mujer de 85 años con diagnóstico de cáncer no microcítico pulmón estadio IV en septiembre de 2008. Había recibido quimioterapia paliativa hasta agosto 2009. Permanencia en programa cuidados paliativos 142 días. Visitas domiciliarias: 17. Esfera física: ayuda para aseo, Barthel 85 y Palliative Performance Scale (PPS) 60. Hemoptisis leve continua. Dolor mecánico-inflamatorio articular. Escala Visual Analógica (EVA) 6/10. Tratamiento con primer escalón. Pronóstico mayor de 6 semanas. Esfera mental y psico-emocional: duelo por pérdida de su marido hace cuatro meses. Desconoce diagnóstico-pronóstico y no pregunta sobre ello. Se muestra tranquila ante el futuro. Esfera socio-económica: domicilio en propiedad con condiciones de habitabilidad necesarias. Cuidadora privada 24 horas. Dos hijas: una (60 años), casada con dos hijos independizados (cuidadora principal); la otra, con trastorno obsesivo-compulsivo, no apoya en los cuidados de su madre. Caso clínico 2: paciente de 69 años con diagnóstico de adenocarcinoma de colon en 2004. Varias intervenciones quirúrgicas y portadora de colostomía. Del 2006-2009 recibió distintas líneas de quimioterapia. Permanencia en programa 156 días. Visitas domiciliarias: 15. Esfera física: independiente. Barthel 100 y PPS 70. Dolor incidental abdominal y en miembro inferior izquierdo de características neuropáticas. EVA 10/10. En tratamiento con tercer escalón. Pronóstico mayor de 6 semanas. Esfera mental y psico-emocional: conoce diagnóstico pero no pronóstico. Negación adaptativa. Alto grado de ansiedad, con dificultad para el descanso



nocturno. Esfera social-económica: domicilio en propiedad, vive sola. Separada, con dos hijas: una (43 años) casada y con dos hijos dependientes (cuidadora principal); la otra no colabora en el cuidado. Existe mala relación por motivos económicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ambas cuidadoras eran mujeres, con reacciones más frecuentes de angustia, ansiedad y culpa. Desde el inicio presentan alto riesgo de claudicación, (Zarit reducida > 17 puntos). Evolución caso 1: Miedo del cuidador: muerte por hemoptisis masiva y situación de abandono. Se proporciona apoyo de voluntariado. La paciente presentó deterioro funcional progresivo pero buen control sintomático. Muere en domicilio. Evolución caso 2: Miedo del cuidador: atención al final y el hecho de que la muerte afectara a sus hijos. Aparece dolor de muy difícil control. Ante la pérdida de autonomía, la paciente se traslada a casa de su hija y se ofrece ayuda domiciliaria. En esta fase, la cuidadora principal mostraba reacciones de impotencia. Se produce claudicación familiar y la paciente es derivada a unidad de media estancia, donde fallece. Se analizan factores más frecuentemente relacionados con la claudicación: - Características personales, aspectos socio-económicos; - Relaciones interpersonales entre los miembros familiares; - Historia previa de pérdidas; - Naturaleza y evolución de la enfermedad; - Relaciones con el equipo; - Recursos ante situaciones de estrés.

**Juicio clínico:** La incapacidad de los familiares para ofrecer una respuesta adecuada a las demandas físicas y/o emocionales del paciente se conoce como claudicación familiar.

**Diagnóstico diferencial:** Se debe realizar un diagnóstico diferencial con la claudicación del equipo y/o mal manejo por parte de éste.

**Comentario final:** 1. La intervención del personal sanitario en la familia es esencial para el tratamiento óptimo de pacientes con enfermedad terminal, en particular al final de vida. 2. El cuidado de las necesidades físicas y espirituales del paciente y su familia son un punto importante en la prevención de claudicación familiar. 3. La escala Zarit constituye una herramienta de detección precoz.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Garriga C. La claudicación familiar. En Die-Trill M. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos, Cap 30. ADES; Madrid: 2000.
2. De Quadras S, Hernández, MA, Pérez E, et al. Reflexiones multicéntricas sobre la claudicación. Medicina Paliativa. 2003;10:187-90.
3. Goldstein NE, Concato J, Fried TR, et al. Factors associated with caregiver burden among caregivers of terminally ill patients with cancer. J Palliat Care. 2004;20(1):38-43.
4. Glajchen M. The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. J Support Oncol. 2004;2(2):145-55.
5. Gómez Sancho M. Las malas noticias. Cuidados paliativos e intervenciones psicosociales en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canaria: Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), 1994.
6. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados paliativos (SECPAL). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
7. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Gerontol. 1996;6:338-46.
8. Álvarez L, González AM, Muñoz P. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. Gac Sanit. 2008;22(6):618-9.
9. Regueiro Martínez AA, Pérez-Vázquez A, Gómara Villabona SM, Ferreira Cruz MC. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Aten Primaria. 2007;39(4):185-8.
10. Sherman AC, Edwards D, Simonton S, Mehta P. Caregiver stress and burnout in an oncology unit. Palliat Support Care. 2006;4(1):65-80.

11. Novellas Aguirre de Cárcer A, Pajuelo Valsera MM. La familia de la persona enferma. Guías clínicas SECPAL. [Internet]. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. [acceso 12 de febrero de 2010]. Disponible en: [http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see\\_guia&id\\_guia=4](http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=4)

#### 10/368. HEPATITIS: ¿TODO SON VIRUS?

M. Lafarga Giribets, M. Rodrigo Claverol, M. Madrid Valls, M. Urgelés Castellón, V. Martín Miguel y J. Martínez Céspedes

CAP Bordeta-Magraners. Lleida.

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 34 años con antecedentes personales de tabaquismo, dermatitis seborreica y sindactilia. Presentó también hace años pirosis y gastritis diagnosticada por sintomatología clínica y tratada con antiácidos e inhibidores de la bomba de protones (IBP). Niega ingesta de bebidas alcohólicas. Acude a la consulta por presentar síncope vasovagales, astenia, sensación de pesadez en epigastrio.

**Exploración y pruebas complementarias:** La exploración física por aparatos fue normal salvo un leve dolor a la palpación de hipocondrio derecho, sin megalias ni masas. En una primera analítica se observó un aumento de las transaminasas: GOT 40, GPT 58, GGT 307 y FA 297, con resto de parámetros dentro de la normalidad. Al cabo de dos meses se realizó una segunda analítica para completar el estudio de la hepatopatía con GOT 51, GPT 80, GGT 360 y FA 399. Anti-HAV Ig totales > 100, Anti-CMV IgG 201 (positivos), Anti-VEB Ig G positivos. Las serologías para hepatitis B, hepatitis C y VIH fueron negativas. Destacaba los títulos positivos 1/640 de ANA con AMA positivos a 1/160 y anticuerpos AMA M2 > 1000. Alfa-antitripsina, ceruloplasmina fueron normales, screening anti-ENA negativo, Anticuerpos anti-LKM y anti-músculo liso negativos. Se solicitó ecografía hepática que aún no ha sido realizada.

**Juicio clínico:** Dada la edad de la paciente, el sexo y los hallazgos analíticos se orientó el caso como cirrosis biliar primaria, remitiéndose el caso al servicio de gastroenterología donde prosigue su estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Con todas las causas que causen elevación persistente de transaminasas de origen hepático. Las más frecuentes: fármacos, esteatosis hepática, hepatitis crónicas, alcohol. Causas menos frecuentes serían: hepatitis autoinmune, hemocromatosis, enfermedad de Wilson, déficit de alfa-1 antitripsina, colangitis esclerosante primaria. También se debe realizar diagnóstico diferencial con las causas de origen extrahepático: hipertiroidismo, porfiria cutánea tarda, miopatías, enfermedad celiaca, insuficiencia cardíaca congestiva. Además se debería realizar con aquellas causas de elevación de fosfatasa alcalina: trastornos biliares (litiasis, tumores), fármacos, colangitis esclerosante primaria, hepatitis, cirrosis, tumores primarios y metastáticos, enfermedades infiltrativas.

**Comentario final:** Ante todo paciente con elevación de transaminasas no se debe pensar tan sólo en la etiología vírica del cuadro, sino que se debe realizar una completa anamnesis para descartar otras posibles causas. En nuestro caso, la edad, el sexo, la abstinencia enólica y un estudio completo de todos los parámetros analíticos relacionados fueron claves en el diagnóstico de la hepatopatía.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Hipertransaminasemia. Guía fisterrae, 2009 <http://www.fisterrae.com/fisterrae/>
2. Sociedad española de medicina de familia y comunitaria. Guía de actuación en atención primaria, 2ª ed. Barcelona: Edide, 2002.
3. Barajas Gutiérrez M, Robledo Martín E, Tomás García N, Barrado Bravo MJ, Voces García D, Guerra Moyano M. Protocolo de hepatopatías crónicas. FMC 1999;6(supl.1).

### 10/374. NEUMOMEDIASTINO EN PACIENTE ASMÁTICO

O. Ortiz Oliete<sup>a</sup>, M. Valls Esteve<sup>b</sup>, P. Marín Ramos<sup>b</sup> y M. D' Lacoste Farré<sup>a</sup>

<sup>a</sup>ABS Sant Ildefons; <sup>b</sup>CUAP Sant Ildefons.

**Descripción del caso:** Paciente varón de 26 años. Antecedentes patológicos: Alergia a penicilina y sulfamidas. Fumador de 1 paquete/día, no enolismo, no drogas Asma bronquial diagnosticada a los 19 con PFR 2005: FEV1/cvf 67% y PBD + (aumento FEV1 del 13%), pruebas de alergia positivas a ácaros, pelos de perro y gato, ha recibido vacunas sin mejoría. No otros antecedentes de interés. Enfermedad actual: En el contexto de catarro vías altas presenta aumento disnea y broncoespasmo basal que no mejora a pesar de tratamiento broncodilatador. El día anterior a la visita en el ambulatorio inicia de manera brusca posterior a un acceso de tos dolor cervical bilateral por lo que acude a la consulta de su médico de familia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: BEG, NHNC, Sat O<sub>2</sub> (pulsioxímetro) 98%, FC: 86 latidos minuto, T<sup>a</sup> axilar 36.2°C, TA 120/70. Mínima presencia de enfisema subcutáneo con subcrepitantes en escotadura supraesternal, ACC: tonos rítmicos, no soplos. AR: sibilantes diseminados. Abdomen normal, EEl no edemas, no signos de TVP. Rx tórax: neumomediastino izquierdo mínimo, signos de enfisema subcutáneo en cuello. Rx cuello posteroanterior: enfisema cervical bilateral de predominio izquierdo.

**Juicio clínico:** Se trata de un paciente asmático que en el contexto de un acceso de tos durante un episodio de broncoespasmo presenta neumomediastino. Dadas las características clínicas del paciente al persistir broncoespasmo en el momento del diagnóstico se decidió derivación a Hospital, donde procedieron a su ingreso en planta de Neumología para tratamiento del asma y control evolutivo del neumomediastino que se resolvió espontáneamente a la semana del ingreso, momento en el que fue dado de alta hospitalaria.

**Diagnóstico diferencial:** Causas más frecuentes de neumomediastino: perforación o intervención (cirugía, fibroscopia) sobre esófago, tráquea o bronquios; traumatismos torácicos o de cuello, rotura alveolar a mediastino y la disección de aire procedente de cuello o abdomen; en ocasiones no hay causa desencadenante y aparece de forma súbita y espontánea.

**Comentario final:** En la consulta de atención primaria es muy importante la anamnesis y una exploración física sistematizada, en este caso nos dio la orientación diagnóstica la historia brusca de dolor cervical tras un acceso de tos y la crepitación a nivel escotadura supraesternal. Estas dos herramientas básicas en la praxis de cualquier médico son las armas más importantes para el médico de Atención Primaria.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Actuación en Atención Primaria, 2ª ed. Barcelona, 2002.
2. Felson B. Radiología Torácica, 2ª ed corregida. Barcelona: Científico-Médica, 1985.
3. Pedrosa C. Diagnóstico por la imagen. Barcelona: Interamericana McGraw-Hill, 1993.
4. Farreras P; Rozman C. Medicina Interna, 13ª ed. Mosby-Doyma libros, 1995.

### 10/377. SWEET MAN

J. Vilá Moneny, G. Marcos Aldea, R. Andreu Alcover, A. Fabra Noguera, E. Pablos Herrero y M. Baré Mañas

CAP Creu Alta, Sabadell.

**Descripción del caso:** Hombre 51 años, fumador de 30 c/día. No enolismo. Portador del virus de la hepatitis B. Diabetes tipo II, buen control. Inicia fiebre, artromialgias y astenia intensa de una semana de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física anodina, analítica completa con serologías + virus Epstein Barr, se diagnóstica: mononucleosis infecciosa, evoluciona favorablemente, pero a los 2 meses, aparece de forma súbita un cuadro cutáneo con pápulas y máculas, algunas hiperqueratósicas, que afectan básicamente tórax, espalda, cara, parte superior de los brazos, piernas y zona genital. Poco pruriginosas. Se acompaña de más astenia y febrícula con sudoración profusa de predominio nocturno. Desde primaria, después de la analítica y con la aparición del nuevo brote cutáneo, consultamos con dermatología donde se hizo biopsia y se llegó al diagnóstico: dermatosis neutrofílica febril aguda. Informamos al paciente del buen pronóstico, con mejora de las lesiones después de prednisona 1 mg/kg/día y reducción dosis en 3-4 semanas.

**Juicio clínico:** Síndrome de Sweet.

**Diagnóstico diferencial:** Los casos idiopáticos son los más frecuentes, pero hemos de tenerlo en cuenta ya que el SS se asocia a diversas enfermedades: neoplasias hematológicas: leucemia mieloide aguda, síndromes mielodisplásicos y diversos procesos inflamatorios autoinmunes (enfermedad inflamatoria intestinal, artritis reumatoide, lupus eritematoso o tiroiditis) o infecciosos. Asociación a embarazo, a la toma de: antibióticos, anti-epilépticos, anti-retrovirales, antipsicóticos, anticonceptivos, diuréticos, retinoides, etc.

**Comentario final:** El Síndrome de Sweet (SS) o dermatosis neutrofílica febril aguda es infrecuente. Sus características son; aparición súbita de placas y nódulos eritematosos, dolorosos, en cara, extremidades y tronco, fiebre, astenia intensa y neutrofilia. Diagnóstico por biopsia: dermatitis neutrofílica. Etiología desconocida y de predominio en mujeres (3/1), se puede confundir con múltiples patologías por lo que hemos de tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial en nuestros pacientes.

### 10/389. ENFERMEDADES IMPORTADAS. MANIFESTACIÓN CARDÍACA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

S. Poveda Siles<sup>a</sup> y M. González Navarro<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Jumilla. Murcia; <sup>b</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal Virgen del Castillo. Yecla. Murcia.

**Descripción del caso:** Varón, 43 años, agricultor, inmigrante boliviano, sin antecedentes de interés salvo fractura costal hace años y consumo esporádico de alcohol, que mientras paseaba sufre mareo con sensación de pérdida inminente de conciencia, solicitando ayuda y tumbándose en el suelo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Pálido. Diaforesis. TA: 120/75. ACP rítmica a 45 lpm, sin soplos ni ruidos sobreañadidos, sin estertores, murmullo conservado y ligera taquipnea. No hay meningismo pero sí ligera bradipsiquia. Solicitamos ECG urgente. Se objetiva bloqueo auriculoventricular completo con ritmo de escape ventricular de 45 lpm. Dado su origen y el problema de conducción cardiaca que presenta, se sospecha Enfermedad de Chagas con lesión cardiaca asociada. Se remitió al paciente en ambulancia medicalizada a Urgencias de nuestro Hospital Comarcal, donde se mantuvo tratamiento con isoproterenol y trasladó a la UCI del H.U. Virgen de la Arrixaca donde se colocó marcapasos transitorio por vía femoral derecha y quedó ingresado para estudio. Hemograma, bioquímica y coagulación fueron normales, la radiografía de tórax sin hallazgos de interés y la serología para Chagas fue positiva. El ecocardiograma evidenció alteraciones compatibles con miocardiopatía chagásica: FEVI levemente deprimida por discinesia apical y severa hipocinesia inferoposterior en el contexto del ritmo ventricular estimado. Ventrículo izquierdo y derecho de dimensiones normales, aurículas normales, válvulas normales en estructura y función. No detectándose derrame pericárdico.

**Juicio clínico:** Bloqueo auriculoventricular III grado secundario a miocardiopatía chagásica.

**Diagnóstico diferencial:** El bloqueo AV completo puede producirse en las siguientes situaciones: 1) Congénito. 2) Adquirido: cardiopatía isquémica (aguda/crónica), post-cirugía cardíaca, hipopotasemia, acción farmacológica (digoxina, betabloqueantes, etc.), infecciones, fibrosis del sistema de conducción, miocardiopatías, valvulopatía mitroaórtica.

**Comentario final:** La transformación que se ha producido en la sociedad española en los últimos años debido al fenómeno de la inmigración es algo innegable. Hemos recibido gentes de diversas zonas de la geografía mundial que han portado consigo patologías que en nuestro ámbito son poco comunes o inexistentes, lo cual nos obliga como profesionales sanitarios a estar preparados y alerta para sospechar la presencia de éstas ante síntomas compatibles con las mismas. La enfermedad de Chagas es una patología endémica en Sudamérica, sobre todo en aquellos países desde los que hemos recibido mayor cantidad de inmigración, Bolivia y Ecuador. Es misión desde Atención Primaria, la detección precoz de la infección por *Trypanosoma cruzi*, para prevenir el desarrollo posterior de enfermedad cardíaca y digestiva. En nuestro caso, al paciente se implantó marcapasos definitivo vía subclavia izquierda, modo DDDR. Fue remitido al Servicio de Medicina Tropical donde se pautó tratamiento farmacológico para la enfermedad de Chagas en el adulto: Benznidazol 100 mg (Radanil® o Rochagan®) 1 comprimido cada 24h durante la primera semana de tratamiento, luego 2 comprimidos al día durante la segunda semana y 3 comprimidos al día a partir de la tercera semana y hasta el día 60 del inicio de la medicación. Actualmente se encuentra asintomático y sigue revisiones periódicas por el Servicio de Medicina Tropical y el Servicio de Cardiología del H. Virgen de la Arrixaca de Murcia.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Marín-Neto JA et al. Chagas' heart disease. UpToDate. 2009.
2. Laso FJ. Diagnóstico diferencial en medicina interna, 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.

### 10/392. LEISHMANIASIS CUTÁNEA. UNA ENFERMEDAD EMERGENTE

M. García Muñoz, C. Sierra, S. Carbó e I. González

ABS San Ildefonso. Cornellá de Llobregat. Barcelona.

**Descripción del caso:** Varón de 40 años, natural de Marruecos (Errachidia), que acude por lesión de unos 2 cm de diámetro, ulcerada, en pierna izquierda de un mes de evolución. Presenta costra rodeada de halo enrojecido y sobrelevada. No dolorosa. No presenta otros signos ni síntomas clínicos. Dejó su país en 1999 y ha regresado en varias ocasiones, la última vez del 16/11/09 al 10/02/10. No ha vivido en ningún otro país. En enero 2010 inicia pápula eritematosa en pierna que crece y evoluciona hacia una lesión ulcerada e indolora. Ha tomado amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg cada 8h/7d tras recomendación médica en visita de urgencias. Como no ha mejorado la lesión cutánea reconsulta en su centro de salud donde se deriva a la unidad de enfermedades tropicales, previo contacto telefónico, por la sospecha de leishmaniasis cutánea, ya que han habido varios casos sospechosos en la zona de pacientes con lesiones dermatológicas similares y con las mismas características sociodemográficas a las de nuestro paciente.

**Exploración y pruebas complementarias:** Raspado de la lesión cutánea: negativo para leishmania (24/02/10). Biopsia de la lesión cutánea: PCR positiva para leishmania spp. Pendiente identificación de especie.

**Juicio clínico:** Leishmaniasis cutánea.

**Diagnóstico diferencial:** Infecciones micóticas: blastomycosis, paracoccidiomycosis, histoplasmosis, esporotricosis, cromomycosis. Lesiones por micobacterias: tuberculosis, *M. marinum* o lepra. Lesiones por bacterias: sobreinfecciones tras picaduras de artrópodos, carbunco. Impétigo o lesiones impetiginizadas. Úlceras trau-

máticas, úlceras por estasis, úlceras de miembros inferiores por anemia falciforme. Piodermitis. Miasis u otras afecciones no infecciosas: neoplasias, granulomatosis de Wegener, sarcoidosis, lupus discoide eritematoso.

**Comentario final:** Las pruebas clásicas de demostración de la presencia del amastigote en la impronta de la lesión teñida con Giemsa o el cultivo en el medio NNN tienen una baja sensibilidad, especialmente en lesiones de varios meses de evolución y, en concreto, algunas especies como *L. braziliensis* o *L. venezuelensis*, presentan mayores dificultades para su cultivo in vitro. El procedimiento actual con mayor sensibilidad es la PCR, con la secuenciación del ADN de la subunidad pequeña ribosómica y dado que además aporta la determinación de especie, resulta el más adecuado, puesto que este dato es esencial para el diagnóstica de la enfermedad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Mateo M, Cruz I, Flores M, López-Vélez R. Úlceras cutáneas de tórpida evolución tras estancia en Costa Rica. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23(4):243-4.
2. Murria HW, Berman JD, Davies CR, Saravia NG. Advances in leishmaniasis. *Lancet*. 2005;366(9496):1561-77.
3. Albajar Viñas P. Departamento de Medicina Tropical, Instituto Oswaldo Cruz-FIOCRUZ. Master de salud internacional y medicina tropical. 2008. Universidad Autónoma de Barcelona.

### 10/403. ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA. ¿ITS?

V. Martín Miguel, M. Rodrigo Claverol, M. Lafarga Giribets, L. García Esteve, B. Pérez Olano y M. Urgeles Castillón

Médico de Familia. CAP Bordeta-Magraners. Lleida.

**Descripción del caso:** Mujer de 39 años de edad con antecedentes de litiasis renal derecha no obstructiva y pielonefritis derecha hace un año. Inserción DIU hace 15 días. Acude a urgencias de primaria por dolor en FID e HD, síndrome miccional y fiebre de hasta 38º. Se interpreta el cuadro como de posible cólico nefrítico con infección urinaria y se inicia tratamiento con AINEs, analgesia de rescate y antiséptico urinario. A las 24h acude con Rx simple de abdomen y refiere escasa mejoría. A la semana vuelve porque persiste abdominalgia con febrícula sin síndrome miccional por lo que se deriva a urgencias. En urgencias la valora el ginecólogo que sospecha enfermedad inflamatoria pélvica e inicia tratamiento antibiótico con buena respuesta.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física en primera consulta: abdomen doloroso a la palpación de HD y FID con sucusión renal negativa. En tira de orina: hemáties y leucocitos +. A la semana presenta abdomen blando, depresible. Doloroso a la palpación de todo el abdomen aunque sobre todo en vacío derecho y FID. Blumberg ±. Timpanismo a la percusión. Peristaltismo presente. Sucusión renal bilateral negativa. Tira reactiva de orina: sangre: indicios. Resto negativo. Rx simple de abdomen: No imagen de litiasis. Se aprecia DIU con buena localización. Analítica de sangre en urgencias: hierro 11 ug/dL [37-145] 1,97 umol/L. Leucocitos 11,48 × 10<sup>9</sup>/L [4,8-10,8]. Hematíes: 3,89 × 10<sup>12</sup>/L [4-5,4]. Hemoglobina 11,0 g/dL [12-16]. Hematocrito 33,2% [36-48]. Neutrófilos 9,48 × 10<sup>9</sup>/L [1,4-6,5]. Cultivo vaginal: *Gardnerella vaginalis*.

**Juicio clínico:** Se trata de una paciente con antecedentes de litiasis renal y pielonefritis por lo que al presentar dolor en hemiabdomen derecho, síndrome miccional y fiebre se piensa directamente en un nuevo episodio de cólico renal con infección de orina a pesar de que la exploración no confirma el diagnóstico. El antecedente de inserción de DIU con la mala evolución de la paciente con el tratamiento de litiasis biliar obliga a pensar en la posibilidad de infección ascendente del tracto urinario.

**Diagnóstico diferencial:** Pielonefritis, cistitis, enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), apendicitis, endometritis, torsión de quiste ovárico, patología vía biliar.

**Comentario final:** La enfermedad pélvica inflamatoria se trata de una infección del tracto genital femenino cuya causa más frecuente es la transmisión sexual, aunque también puede ser secundaria a procedimientos como legrado uterino, inserción de DIU, etc. Es importante tenerlo en cuenta porque si los casos no son graves podemos tratarlos en Primaria. También queremos recalcar la importancia de todos los datos recogidos en la anamnesis y no pensar sólo en repetición de cuadros.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Llor Vilá C, Hernández Anadón S, Moragas Moreno A, De la Poza Abad M, Senán Sanz R. Infecciones de transmisión sexual. Protocolos FMC 2/2010:16-7.
2. Ibarrola M, Benito J, Azcona B, Zubeldia N. Patología infecciosa: vulvovaginitis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad inflamatoria pélvica, abscesos tubo-ováricos. An Sist Sanit Navar. 2009;32 Supl 1:29-38.

### 10/416. LÍMITES DE ANAMNESIS: ¿CREES LO QUE DICEN O HACES LO QUE CREES?

C. Sierra Matheu, M. García Muñoz y A. Carbó Queraltó

*CAP Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.*

**Descripción del caso:** Mujer de 19 años, natural de Ecuador, que acude por primera vez a nuestro centro de salud el 13/04/10 (por traslado) explicando un episodio de lipotimia 3 días antes y dolor abdominal de 2 semanas de evolución. Se prioriza el estudio inicial de lipotimia descartando patología cardíaca. En nueva visita el 21/04/10 se centra el problema de salud en el dolor abdominal, que persiste, y que la paciente localiza en hipogastrio (sin náuseas ni vómitos, no síndrome miccional, no alteración del ritmo deposicional, afebril). Como antecedentes personales sólo destaca parto en diciembre de 2008. A través de la Historia Clínica Compartida (HCC) se observa en curso clínico del anterior centro de salud (diciembre 2009) una consulta por epigastria y clínica de pirosis que mejoró con Almax, aunque se solicitó tránsito esófago-gastro-duodenal (TEGD) para descartar hernia hiato con reflujo gastroesofágico que la paciente dice no haberse hecho. Se pregunta sobre la posibilidad de embarazo que la paciente niega y refiere tratamiento anticonceptivo con Depo-Progevera inyectable en febrero de 2010.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: abdomen blando y depresible, destacando palpación de una masa en hipocondrio-flanco derecho, dura, móvil y no adherida a planos profundos. Estrías en piel abdominal. Ecografía abdominal preferente: Hígado, vesícula biliar y vías biliares normales. Presencia de feto.

**Juicio clínico:** Embarazo de 27 semanas de gestación.

**Diagnóstico diferencial:** Masa hepática: neoplasias, quistes, abscesos, hepatomegalia, enfermedad de Chagas. Masas renales derechas: neoplasias, quistes, hidronefrosis. Masas en colon ascendente. Patología ginecológica: mioma uterino, masa ovárica.

**Comentario final:** En nuestro caso, la paciente negó dos veces la posibilidad de embarazo ante la pregunta formulada por 2 médicos y dio 2 fechas distintas, en otras tantas visitas (médico del ambulatorio y en tocología), sobre el momento de la administración del tratamiento anticonceptivo. Además, y revisando la HCC, se constata que dicho tratamiento se administró en una tercera fecha. El caso me lleva a la siguiente reflexión: ¿Es necesario poner en tela de juicio los datos obtenidos en la anamnesis? Probablemente el tiempo del que se dispone en la consulta diaria limita la profundidad del interrogatorio pero ante una respuesta plausible ¿hay que darla por válida o quizá deberíamos objetivar las respuestas con exploraciones complementarias? En nuestro caso, ahora podríamos estar ante una yatrogenia sobre el feto si se hubiera realizado el TEGD o se hubiese tratado con otros fármacos las molestias digestivas de la paciente. Entonces: ¿crees lo que dicen o haces lo que

crees? Si se quiere objetivar la anamnesis es fácil caer en el exceso de pruebas pero si se acepta sin cuestionar la fiabilidad de la información obtenida se puede incurrir en errores.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Actuación en Atención Primaria, 2ª ed. Barcelona: semFYC; 2002.

### 10/428. DOCTOR, TENGO FIBROMIALGIA, PERO HOY VENGO PORQUE ME DUELE LA MUÑECA: ENFERMEDAD DE KIENBÖCK. ¿PENSAMOS EN ELLA?

A. Carbó Queraltó, C. Sierra Matheu y M. García Muñoz

*Ambulatorio de Sant Ildefons de Cornellà. Barcelona.*

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 65 años con antecedentes patológicos: fibromialgia, hipertensión arterial y hipercolesterolemia. Niega hábitos tóxicos. Tratamiento: Hidrosaluretil 25 mg/día, Quinapril 20 mg/día, paracetamol s/p y dieta. La paciente es zurda y trabajadora manual. Acude a consulta en repetidas ocasiones por dolor en múltiples articulaciones, pero desde hace 2 meses consulta por episodios recidivantes de dolor más intenso en la muñeca izquierda que empeoran con el movimiento, no recuerda traumatismos previos. El dolor le impide llevar a cabo su trabajo con normalidad, en las últimas consultas, ya no cedía con antiinflamatorios ± inmovilización e iba presentando una progresiva limitación de la movilidad articular.

**Exploración y pruebas complementarias:** La exploración física inicial destacaba un dolor selectivo en el dorso de la muñeca izquierda bien tolerado, sin rigidez ni signos inflamatorios, pero en los controles sucesivos presentaba aumento de intensidad del dolor e indicios de rigidez articular. Realizamos analítica: hemograma, bioquímica, perfil renal, hepático, niveles de ácido úrico, factores reumatoideos y pcr, parámetros dentro de rango. RX del carpo (1ª): osteopenia semilunar. RX de control (2ª): semilunar con aspecto moteado. Gammagrafía ósea: confirma la sospecha y descarta otras localizaciones.

**Juicio clínico:** Necrosis del semilunar (enfermedad de Kienböck).

**Diagnóstico diferencial:** Causas locales: patología monoarticular (¿rizartrosis?), alteraciones tendinosas (tendosinovitis estenosante De Quervain, tendosinovitis de los extensores), ganglión o pseudoquiste sinovial, neuropatías periféricas (síndrome del túnel del carpo o del canal de Guyon), artrosis del carpo y enfermedades sistémicas (artritis por microcristales: gota, condrocalcinosis...), artritis infecciosas y patología neurovascular (necrosis avascular y distrofia simpático-refleja). Causas referidas: radiculopatías cervicales.

**Comentario final:** La necrosis avascular (NAV) de los huesos del carpo es un problema relativamente frecuente en la práctica clínica. El diagnóstico precoz de la NAV es de gran importancia en el tratamiento y pronóstico funcional de estos pacientes. Sin embargo, el diagnóstico de la NAV es difícil y con frecuencia se realiza en fases avanzadas, con isquemia irreversible de la médula ósea. La presencia de esclerosis ósea en las radiografías es indicativo de osteonecrosis, no se correlaciona con el grado de vascularización en estudios de NAV con correlación histológica. La gammagrafía ósea es una técnica muy sensible en el diagnóstico precoz de la NAV pero con baja especificidad y escasa resolución espacial. Se realiza en nuestra paciente para descartar otras localizaciones debido a que presenta dolores en varias articulaciones. Sin embargo, la RM es la técnica de elección.

#### BIBLIOGRAFÍA

- González Macías, S., Serrano Figueras, S., Nolla Solé, J.M., Carbonell Abelló, J., Cannata Andía J., Torres Ramírez A., Morales Piga, A., Valverde García J., Roig Escofet D., Gomis Gabilán M. Enfermedades óseas. Medicina Interna Farreras Rozman. 13ª Ed. Vol I. Harcourt Brace; 1184-6.



Vizcaino Sanchez-Rodrigo, J.M., Elices Apellaniz, A.M. Dolor en la extremidad superior (codo, muñeca y mano). Guía de Actuación en Atención Primaria. 2ª Ed. Semfyc; 765-71

### 10/431. DOCTORA, ESTO EN MI PAÍS SE LLAMA LEISHMANIA

M. García Muñoz, S. Carbó y C. Sierra

ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

**Descripción del caso:** Varón de 47 años, natural de Marruecos (Errachidia), que acude por presentar varias lesiones (2 en pierna derecha, 1 en pierna izquierda, 2 en dedos mano derecha, 1 en antebrazo izquierdo y 1 en mentón) de 3 meses de evolución de las siguientes características: nódulo que en pocas semanas desarrolla una costra y finalmente se ulcera presentando un contorno circular sobrelevado y un fondo granuloso rojizo y/o amarillento. No hay tendencia al sangrado espontáneo y las heridas son indoloras y de varios tamaños, siendo la más grande de 9 cm de diámetro y la más pequeña de 1 cm. No hay fiebre ni ningún otro signo o síntoma acompañante. El paciente refiere que es la primera vez que presenta dichas lesiones y que en su país hay mucha gente con lesiones similares y "lo llaman leishmania".

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física por aparatos: sin alteraciones significativas. Analítica básica: normal. Serología VIH: negativa. Serología leishmania spp Ac-IgG: negativa.

**Juicio clínico:** Leishmaniasis cutánea.

**Diagnóstico diferencial:** Infecciones micóticas: blastomicosis, paracoccidiomicosis, histoplasmosis, esporotricosis, cromomicosis. Lesiones por micobacterias: tuberculosis, *M. marinum* o lepra. Lesiones por bacterias: sobreinfecciones tras picaduras de artrópodos, carbunco. Impétigo o lesiones impetiginizadas. Úlceras traumáticas, úlceras por estasis, úlceras de miembros inferiores por anemia falciforme. Piodermitis. Miasis u otras afecciones no infecciosas: neoplasias, granulomatosis de Wegener, sarcoidosis, lupus discoide eritematoso.

**Comentario final:** Dada la dificultad desde la atención primaria para realizar el diagnóstico de confirmación de esta patología, dada la poca colaboración del paciente ante la necesidad de desplazarse a diferentes centros para hacer biopsia y cultivo de las lesiones, y basándonos en la confirmación de varios casos confirmados en el centro de salud, de características clínicas y sociodemográficas similares a las de nuestro paciente, se decidió iniciar un tratamiento empírico con Glucantime (antimoniato de meglumina) intramuscular y en pauta ascendente durante 10 días. Nuestro paciente presenta buena tolerancia al tratamiento y no presenta efectos secundarios. Tras un periodo de descanso de 15 días se observa una mejoría en las lesiones y se procede a la inoculación perilesional del Glucantime en aquellas lesiones de mayor tamaño a intervalos de 2 días durante 7-10 días. En visita de control post-tratamiento se observa mejoría espectacular de todas las lesiones, llegando a desaparecer algunas de ellas y quedando sólo leve alteración de la pigmentación cutánea residual en las que eran más ulceradas. En la leishmaniasis cutánea hay varias estrategias de tratamiento posibles y el Glucantime como terapia local suele ser suficiente. Como nuestro paciente presentaba un total de 7 lesiones cutáneas distribuidas por toda la superficie corporal para tratar localmente, se pactó con el paciente iniciar un tratamiento intramuscular (una sola inyección) con una dosis baja e ir aumentando progresivamente la dosis si no aparecían efectos adversos, y así fue como se pudo completar el tratamiento y curar la infección.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Mateo M, Cruz I, Flores M, López-Vélez R. Úlceras cutáneas de tórpida evolución tras estancia en Costa Rica. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2005;23(4):243-4.

2. Albajar Viñas P. Departamento de Medicina Tropical, Instituto Oswaldo Cruz-FIOCRUZ. Master de salud internacional y medicina tropical. Universidad Autónoma de Barcelona.
3. Murria HW, Berman JD, Davies CR, Saravia NG. Advances in leishmaniasis. *Lancet.* 2005;366 (9496):1561-77.

### 10/434. LA CONDUCTA EXPECTANTE ES POSIBLE EN EL QUERATOACANTOMA

R. Ortega González<sup>a</sup> y J. Luelmo Aguilar<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CAP Santa Perpètua. Barcelona; <sup>b</sup>Consortio Hospitalario Parc Taulí. Sabadell.

**Descripción del caso:** Varón de 81 años con demencia tipo Alzheimer en fase avanzada que le produce un trastorno de la conducta en forma de acatisia (inquietud psicomotriz). Vive en un centro geriátrico desde hace dos años. Presenta una lesión de aparición explosiva en el dorso de la mano derecha. Se trata de un nódulo de consistencia gomosa que ha crecido en dos meses hasta tener varios centímetros. El paciente es de fototipo claro y tiene además daño actínico intenso. Dada la enfermedad de base que supondría una intervención bajo sedación -incluso para una biopsia cutánea- se opta por observar la evolución de la lesión de acuerdo con la familia. La demencia imposibilita cualquier cuidado tópico. El nódulo toma forma de cráter, presentando en el centro una costra que podría ser un tapón córneo y orientó el diagnóstico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se toma fotografía digital y se realiza interconsulta virtual con el dermatólogo de zona, que confirma la sospecha diagnóstica. Se realiza seguimiento de la lesión, que finalmente se autolimita y regresa espontáneamente, dejando una cicatriz atrófica sin secuelas funcionales.

**Juicio clínico:** Queratoacantoma.

**Diagnóstico diferencial:** Se ha comunicado recientemente una serie de 3.465 queratoacantomas con una incidencia del 5,7% de carcinoma escamoso (0,2% con invasión perineural)<sup>1</sup>. Algunos autores dudan de que se trate realmente de una verdadera neoplasia maligna ya que existen muy pocos casos de metástasis de un queratoacantoma, y lo atribuyen a un error diagnóstico<sup>2</sup>. Clásicamente se lo había considerado un fenotipo de carcinoma epidermoide, a distinguir por ejemplo de la queratosis actínica hipertrófica<sup>3</sup>. El carcinoma basocelular ulcerado podría parecerse en el aspecto (si bien este presenta bordes perlados y telangiectasias) pero no en la evolución<sup>4</sup>.

**Comentario final:** En este caso una correcta orientación diagnóstica y el acceso por vía telemática al especialista evitó desplazamientos al paciente y una intervención bajo sedación. La consulta virtual puede ser muy útil en pacientes institucionalizados, en los que incluso una biopsia cutánea puede ser un procedimiento invasivo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Weedon DD, Malo J, Brooks D, Williamson R. Squamous Cell Carcinoma Arising in Keratoacanthoma: A Neglected Phenomenon in the Elderly. *Am J Dermatopathol.* 2010.
2. Mandrell JC, Santa Cruz D. Keratoacanthoma: hyperplasia, benign neoplasm, or a type of squamous cell carcinoma? *Semin Diagn Pathol.* 2009;26(3):150-63.
3. Beham A, Regauer S, Soyer HP, Beham-Schmid C. Keratoacanthoma: a clinically distinct variant of well differentiated squamous cell carcinoma. *Adv Anat Pathol.* 1998;5(5):269-80.
4. Fitzpatrick, T.B, Johnson, R.A., Wolff, K. Atlas en color y síncopsis de dermatología clínica, 4ª ed. Madrid; McGraw-Hill, 2001.

### 10/436. AUTOLISIS, ENFERMEDAD MENTAL Y ORGÁNICA: ¿UN TRIÁNGULO DE LAS BERMUDAS?

R. Ortega González, C. Herrero Alonso, M. Tomàs Lachós, M. Martí Martínez y M. Herranz Fernández

Médica de Familia. CAP Santa Perpètua.

**Descripción del caso:** Paciente de 30 años que es llevada al centro de salud por intento autolítico en forma de ingesta de 50 mg de lorazepam. Se encuentra obnubilada, precisa de la administración de flumaceno intravenoso y derivación hospitalaria para seguimiento. Se trata de una mujer con neuralgia del trigémino diagnosticada clínicamente hace un año. No ha hecho tratamiento de forma regular debido a dificultades en el seguimiento. Refiere antecedentes familiares de trastorno bipolar, y personales de abuso físico en la infancia (distocia familiar) con un episodio de sobreingesta medicamentosa a los 10 años reactiva a estresores. Consultó la semana previa por empeoramiento del dolor de la neuralgia que no controlaba con analgésicos habituales, verbalizando ideas autolíticas no concretas ni finalistas en relación al dolor. El episodio fue desencadenado por una discusión con la pareja actual.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se realiza seguimiento estrecho por parte de su médica de familia, que consigue adherencia al tratamiento para la neuralgia (carbamazepina) e instaura un sistema de control de dispensación de fármacos a través del enfermero. Se la deriva a la psiquiatra de zona, que tras varias entrevistas la diagnostica de trastorno límite de la personalidad con enfermedad orgánica y estresores vitales. Prescribe tratamiento antidepresivo y ansiolítico.

**Juicio clínico:** Se trata de un intento autolítico en una paciente con una enfermedad psiquiátrica de base que no estaba filiada, desencadenada por estresor orgánico (neuralgia del V par craneal) y familiar (discusión conyugal).

**Diagnóstico diferencial:** Si bien está descrito el suicidio por dolor no controlado en pacientes con neuralgia del trigémino, en nuestro caso creemos que el trastorno de la personalidad de base favoreció esta conducta.

**Comentario final:** Conocer a nuestros pacientes nos puede ayudar a detectar patología de base que puede precipitar desenlaces fatales. La adherencia al tratamiento es fundamental en el manejo de la enfermedad orgánica, pero también en la mental.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Paris J. Borderline personality disorder. *CMAJ*. 2005;172(12):1579-83.
2. Arsénault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4:37.

### 10/449. HIPERSENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE

M. D' Lacoste Farré, S. Sinobad Rushlet, R. Martini, O. Ortiz Oliete, M. Masamunt Paris y S. Carbó Queraltó

ABS Sant Ildefons. Barcelona.

**Descripción del caso:** Mujer de 46 años, sin hábitos tóxicos habituales. Divorciada con 2 hijos. Trabajadora de labores de limpieza domiciliar inicialmente y posteriormente en empresa de productos de limpieza hasta hace 2 años. Actualmente en paro laboral tras despido. Contacto regular con productos de limpieza (sulfamán, lejía, amoníaco, ambientadores). Ha presentado intolerancia a diversos fármacos. Disnea y cansancio crónico, cuadro ansioso depresivo asociado con mala respuesta a fármacos. Antecedentes patológicos: TBC pulmonar en la infancia, hiperlaxitud ligamentosa, intervención quirúrgica auditiva izda a los 20a con hipoacusia residual, episodios etiquetados de alergia estacional, algias musculoesqueléticas crónicas de curso recidivante. Anemia ferropénica crónica (metrorragias). Enfermedad actual: episodios sucesivos de irritación nasal y bronquial con tos persistente y febrícula (desde

2003) tras exposición a "Triggers": productos de limpieza, colonias, perfumes, ambientadores, gasolina, humo. Asocia cefalea fronto-orbitaria, astenia, fatiga a pequeños esfuerzos, cuadro ansioso depresivo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Al reiniciar el trabajo recidivan los síntomas, no mejora con prednisona ni broncodilatadores. PFR (pruebas funcionales respiratorias) normales. PFR con TCLO 70%, KCO<sub>2</sub> 66%, metacolina positivo. Pruebas cutáneas negativas. No datos relevantes a la exploración física excepto los tender points dolorosos comunes a fibromialgia, sibilantes en crisis y mucosas secas (frecuente síndrome seco asociado).

**Juicio clínico:** La paciente sólo ha mejorado al cambiar de residencia al medio rural y al evitar la exposición a agentes químicos industriales y laborales desencadenantes. El diagnóstico se confirmó tras derivación a unidad especializada hospital clínico donde se confirmó una hipersensibilidad química múltiple, además coexistencia de fatiga crónica.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial se debe hacer con asma extrínseca y enfermedades psicósomáticas. Se debe valorar siempre la posible coexistencia con síndrome de fatiga crónica o fibromialgia.

**Comentario final:** Es muy importante la sospecha clínica en atención primaria, ya que puede afectar hasta un 2% de la población y es a menudo infradiagnosticada. Podemos realizar el test de queesi (validado) y si es positivo derivar a unidad de diagnóstico especializado, para evitar que estos pacientes sigan sin diagnóstico, aunque no haya tratamiento si puede ensayarse con melatonina y antioxidantes como vitamina B12 o evitar el factor ambiental. No responde a corticoides sistémicos u otros fármacos. Es necesario el diagnóstico ya que se trata de una enfermedad laboral.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Joffres MR et al. Environmental sensitivities: Prevalence of major symptoms in a referral center: the Nova Scotia Environmental Sensitivities Research Center Study. *Env Health Perspect*. 2001;109.
2. Fernández-Solà J, Nogué S. Sensibilidad química y ambiental múltiple. *JANO*. 2007;166:27-30.
3. Fernández-Solà J. Síndrome de Fatiga Crónica y su relación con la Sensibilidad Química Múltiple. Videoconferencia, Bilbao, 2007.
4. Arnold Llamas P. Entrevista para Barcelona TV 20 junio 2007.
5. Functional impairment in chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivity. *Can Fam Physician*. 2010;56(2):e57-65.

### 10/460. UNA IMAGEN VALE MÁS... QUE MIL PALABRAS

M. Atallah González, M. Hernández Velasco y A. Ares Dios

CS de Astorga. Astorga. León.

**Descripción del caso:** Una mujer de 18 años acude a la consulta de atención primaria por una lesión facial de 1 mes de evolución que no era dolorosa ni pruriginosa. Una semana más tarde, refiere la aparición de manchas blanquecinas en las piernas y lesiones genitales no dolorosas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se observa una mácula peribucal de unos 5 cm de diámetro con aspecto en diana, cuyo centro hipocrómico estaba rodeado de un halo hiperocrómico. El borde era sobreelevado y eritematoso dándole aspecto de frente activo y por tanto de una lesión centrífuga. Una semana más tarde aparecieron máculas hipocrómicas en extremidades inferiores y lesiones vulvares hipocrómicas. Se observan además adenopatías inguinales de pequeño tamaño no dolorosas ni supurativas. Se solicita una analítica completa con hemograma y bioquímica y una serología para hepatitis B, C, VIH, Herpesvirus, CMV y LUES. Todos los parámetros se encuentran dentro de la normalidad a excepción de

la serología para herpes simple IgG + (20.000), IgM -, CMV IgG + (16.000), IgM -, Lúes +, TPHA + (1/5.120), RPR 1/4.

**Juicio clínico:** Las lesiones descritas son características de la Sífilis secundaria<sup>1</sup>: una lesión anular facial, una leucoplasia sifilítica y condilomas acuminados en región genital. El diagnóstico inicial clínico y las pruebas complementarias confirmaron la sospecha clínica. Al historiar de nuevo a la paciente reveló que había tenido una relación sexual de riesgo con un hombre que tenía una úlcera peneana hace aproximadamente 3 meses. Se instauró tratamiento con una inyección única de 2.140.000 U de Penicilina G benzatina i.m. Se informó de la posible aparición de un cuadro de fiebre y gran malestar general (reacción de Jarish-Herxheimer) la cual finalmente no se produjo. Las lesiones genitales desaparecieron a los 3 días y las faciales a los 7 días del tratamiento.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con las micosis cutáneas: pitiriasis versicolor, pitiriasis alba y herpes circinado. La paciente fue tratada inicialmente con antifúngicos tópicos, clotrimazol 1/12h. Al acudir una semana más tarde con lesiones genitales y sin mejoría de las lesiones faciales se sospecha entonces una sífilis secundaria.

**Comentario final:** Debido a que la prevalencia de la sífilis se ha triplicado en España en los últimos 10 años<sup>1</sup> es imprescindible que los médicos de atención primaria estemos familiarizados con las distintas lesiones características de la sífilis. El aumento de la incidencia se debe fundamentalmente a los cambios en las conductas sociales, al menor uso del preservativo y a las corrientes migratorias. Causado por el *Treponema pallidum*, el chancro primario aparece a los 10-90 días en el sitio de inoculación y suele ser asintomático<sup>3</sup>. La sífilis secundaria representa la diseminación del *T. pallidum* y da lugar a una gran variedad de lesiones. Si no se trata, el *T. pallidum* puede permanecer latente durante largos periodos y desarrollar posteriormente una sífilis terciaria. Como en cualquier enfermedad de transmisión sexual no debemos de olvidar tratar a la(s) pareja(s).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Perine PL, Hopkins DR, Niemel PLA, Causse G, Antal GM. Manual de Treponematoses endémicas: pian, sífilis endémica y pinta. Organización Mundial de la Salud 1984.
2. Informe de Febrero 2010. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual. 1995-2008. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad.
3. Syphilis de great mimicker is back? Australian Family Physician. 2009;38.

### 10/461. EPISTAXIS EN ADULTO JOVEN

M. Atallah González<sup>a</sup>, N. Vidal Lorenzo<sup>b</sup> y H. Hernández Ontiveros<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS de Astorga, Astorga. León; <sup>b</sup>Complejo Hospitalario de León.

**Descripción del caso:** Varón de 38 años que acude al servicio de Urgencias del Centro de Salud por epistaxis y cefalea holocraneal sin otra clínica asociada y posteriormente al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de León por persistencia de la epistaxis en 2 ocasiones.

**Exploración y pruebas complementarias:** Centro de Salud: epistaxis anterior fosa nasal izquierda, taponamiento con tiras de gasa. TA 170/100 mmHg. Exploración física y fondo de ojo normales. Se administra captopril 25 mg sublingual y se remite su médico de AP para estudio. TA al alta 150/90. Primera visita hospitalaria: se realizó un taponamiento anterior con un merocel de 8 cm, TA 160/100 mmHg. Se administró hasta 75 mg captopril sublingual. Analítica: creatinina de 2,4 mg/dl; urea 60 mg/dl. Alta con TA de 150/90, losartán 50 mg 1cp/día e interconsulta preferente a la Consulta de Hipertensión. Segunda visita hospitalaria: TA 200/110 mmHg. El otorrinolaringólogo de guardia le practicó un taponamiento posterior e ingresó para estudio en Medicina Interna. Bioquímica: Urea

132; Crea 2,4; CT 236; TG 208; LDH 158. Orina: proteinuria 500 mg/dl, eritrocitos 150/mm<sup>3</sup>. Sedimento: 12-15 Hm/campo. Orina de 24h: creatinina 47,65 mg/dl; Cl de crea 60,78 ml de FG Sedimento: 0-5 Hm/ campo. Catecolaminas normales, ácido vanilmandélico y 5-hidroxiindolacético normales. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo con hipertrofia concéntrica. Eco abdominal: coledolitiasis. Riñones discretamente disminuidos y con aumento de ecogenocidad compatible con enfermedad de parénquima renal. La radiografía de tórax y el electrocardiograma no muestran alteraciones. MAPA: TAM 135/81 mmHg con cifras máximas de 176/97. Inmunología: ligero aumento de IgA 334 mg/100U (40-300). Biopsia renal percutánea: glomerulonefritis proliferativa mesangial con depósitos de IgA.

**Juicio clínico:** Emergencia hipertensiva en un paciente sin hipertensión conocida que se ha manifestado por epistaxis, proteinuria y hematuria. Tras los estudios realizados se le diagnostica de hipertensión arterial secundaria a nefropatía por IgA, con insuficiencia renal leve e hiperlipidemia. Fue dado de alta con nifedipino 30 mg 1-0-1, candesartán 16 mg 1-0-0, doxazosina 4 mg 0-1-1, atorvastatina 10 mg 1-0-0.

**Diagnóstico diferencial:** La emergencia hipertensiva en un paciente no diagnosticado de hipertensión puede ser secundaria al consumo de drogas, a la presencia de un feocromocitoma, un tumor carcinoide, una disección de aorta, una isquemia cerebral o coronaria, una hipertensión renovascular, una glomerulopatía, una vasculitis, una colagenosis, o un tumor secretor de renina, entre los diagnósticos más frecuentes.

**Comentario final:** La nefropatía por IgA es la glomerulopatía primaria más frecuente<sup>1</sup>. Suele presentarse en varones en edades medias de la vida como episodios de microhematuria y proteinuria ligera sin otros síntomas renales<sup>2</sup>. Sin embargo, el 50% de los pacientes acaban en diálisis a los 25 años<sup>2</sup>. El tratamiento se basa en el control de las cifras de tensión arterial y la proteinuria (< 500 mg/día) usando tratamiento antihipertensivo, especialmente los inhibidores de la enzima de conversión. En pacientes refractarios se usan pulsos de metilprednisolona intravenosa asociados o no a prednisolona oral<sup>2</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Shen P, He L, Huang D. Clinical course and prognostic factors of clinically early IgA nephropathy. The Netherlands Journal of Medicine. 2008;66:242-6.
2. Glassock RJ. Ig A nephropathy. Challenges and opportunity. Cleveland Clinical Journal of Medicine 2008;75:569-76.

### 10/463. DETECTAR LOS OLORES: CALIDAD DE VIDA Y AVISO DE PELIGRO

M. Medina Sanpedro, G. Escribano Romo, J. Molina Ramos, E. Avalos Galán, E. Gil Hides y R. Rubiato Aragón

CS Villaviciosa de Odón. Madrid.

**Descripción del caso:** Mujer de 33 años, ex fumadora desde 2003 (20 cigarrillos al día durante 17 años), que consulta en 2005 porque no percibe los olores, especialmente llamativo cuando se le quema la comida. Pérdida progresiva en los últimos 12 años, sin trauma previo ni rinitis. Entre sus antecedentes sólo figura estudio y tratamiento por infertilidad, y parto en 2004.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física general, neurológica, inspección de faringe, oídos y fosas nasales no se encontró patología. La analítica solicitada, con hemograma, bioquímica, velocidad de sedimentación, perfil hepático y tiroideo resultó normal. La radiografía de senos paranasales en proyección de Waters, no evidenciaba ocupación. La paciente fue derivada al servicio de otorrinolaringología donde se completó el estudio con pruebas específicas como test olfativos estandarizados y tac craneal, éste último sin alteraciones significativas.

**Juicio clínico:** Anosmia, idiopática.

**Diagnóstico diferencial:** Evaluará la anatomía del sistema olfativo, y descartará la patología intranasal e intracraneal. La anamnesis detallada, es la herramienta clave del médico de familia. El comienzo súbito aparece tras traumatismos craneales e infecciones víricas; el gradual tras rinitis alérgica, poliposis nasal y neoplasias. Otros síntomas como cefalea o alteración del comportamiento indicarán origen en el sistema nervioso central. La exposición a tóxicos como laborales, medicamentos, tabaco y alcohol sugerirá lesión del epitelio olfativo. La exploración física completa la anamnesis, centrándose en cavidad nasal, senos paranasales y neurológica. El laboratorio descartará alteraciones metabólicas, vitamínicas y hormonales relacionadas con lesión del epitelio olfativo, o del sistema neuronal. El diagnóstico diferencial se concentra entonces en tres grupos de causas: las que alteran el transporte de las sustancias olorosas al epitelio olfativo (lesiones nasales alérgicas, víricas, bacterianas, tóxicas o anatómicas), las que producen pérdida sensorial (drogas, neoplasias, tóxicos, radiaciones o infecciones), o las que producen daño de la vía nerviosa (diabetes, hipotiroidismo, malnutrición, hipovitaminosis B12, tabaco, alcohol, neurotóxicos, neoplasias, traumatismos, depresión, enfermedades de Parkinson o Alzheimer, síndrome de Kallman).

**Comentario final:** La anosmia no suele ser un síntoma incapacitante, pero es una defensa frente al peligro y un componente del disfrute de la vida. Hay que asegurar que no existen alteraciones sistémicas ni neurológicas antes de considerarlo como inocuo. De tratamiento etiológico, las posibilidades terapéuticas para las anosmias idiopáticas o neurosensoriales son escasas. Esta paciente recibió suplementos de zinc y vitamina A, y propuesta de rehabilitación del sistema olfativo. Reconoce cierta recuperación y bienestar al poder describir el olor de la piel de sus hijas, renunciando entonces a la rehabilitación específica.

#### 10/464. MUJER DE EDAD MEDIA CON TRISTEZA

E. Avalos Galán, R. Rubiato Aragón, E. Gil Higes, J. Molina Ramos y G. Medina Sampedro

CS Villaviciosa de Odón. Madrid.

**Descripción del caso:** Mujer de 50 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta refiriendo clínica de astenia, apatía, tristeza y leves trastornos del sueño que empeoraron provocando insomnio. Se indica en una primera visita tratamiento para el insomnio con benzodiacepinas. En el siguiente mes la paciente acude en dos ocasiones más a la consulta refiriendo aumento de la clínica de apatía, anhedonia, disminución del apetito y astenia cada vez más intensa, con pesadez en miembros inferiores, que al final del día casi le impide estar en pie. Se diagnostica a la paciente de cuadro depresivo y se inicia tratamiento con antidepresivos. A raíz de un viaje a las dos semanas de inicio del tratamiento antidepresivo la paciente comienza con trastornos de la marcha con bloqueo al iniciar la deambulación y leve espasticidad. La paciente regresa de su viaje inmediatamente y acude al centro de salud, donde tras valoración es remitida a un centro hospitalario de urgencias, donde le realizan estudios complementarios.

**Exploración y pruebas complementarias:** Durante las primeras consultas de la paciente en el centro de salud se realiza una exploración básica con palpación cervical buscando bocio, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen normal y exploración neurológica sin focalidad y con reflejos osteotendinosos mínimamente disminuidos pero normales. Tras su viaje la paciente presenta pérdida de fuerza en miembros inferiores, con reflejos osteotendinosos más disminuidos y espasticidad en la marcha. La exploración de pares craneales es normal, fondo de ojo normal, fuerza y tono en miembros superiores normal, sensibilidad normal y sin incontinencia. En

el centro de salud se realizó analítica con hemograma, orina elemental y bioquímica con perfil hepático, renal y tiroideo que fue rigurosamente normal. En el hospital se le realizó Rx de tórax que fue normal, y TAC donde se objetivó lesión tumoral cerebral.

**Juicio clínico:** Meningioma parasagital frontoparietal.

**Diagnóstico diferencial:** En un primer momento se realizó diagnóstico diferencial con anemia, ansiedad, depresión primaria o secundaria e hipotiroidismo. Al comenzar la clínica en miembros inferiores se realizó diagnóstico diferencial con trastornos de la marcha secundarios a tumores, enfermedades neuromusculares, enfermedades desmielinizantes y posibles infecciones de sistema nervioso central.

**Comentario final:** La paciente fue intervenida de forma programada realizándose resección parcial del meningioma por importante hemorragia durante la intervención debido a la gran vascularización del tumor, eliminando así la clínica por compresión que presentaba. Dada la benignidad del tumor se decide valorar segunda intervención si nueva clínica. En todo caso hemos de estar atentos a los posibles cambios en la clínica de nuestros pacientes, es fácil englobar una gran cantidad de síntomas en los diagnósticos de los trastornos del ánimo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Hochberg F, Pruitt A. Neoplasias del sistema nervioso central. In: Isselbacher K.J, Braunwald E, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 13ª ed. Madrid, 1994:2606-7.

#### 10/467. ¿CANSADA DESPUÉS DEL EMBARAZO?

V. Sabaté Cintas, G. Marcos Aldea, E. Pablos Herrero, A. Fabra Noguera, R. Andreu Alcover y J. Vila Moneny

ABS Creu Alta. Sabadell. Barcelona.

**Descripción del caso:** Paciente de 31 años con antecedentes de cefalea migrañosa y escoliosis con lumbalgias mecánicas de repetición. Acude por cansancio, apatía, somnolencia, falta de concentración y alteración de la memoria. Refiere sequedad de piel y caída de cabello de forma masiva. Destaca parto eutócico hace 5 meses con anemia postparto que requirió transfusión de hierro.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física general incluyendo palpación tiroidea dentro de la normalidad. Exploración neurológica sin alteraciones. Se solicita analítica general con hemograma, bioquímica y hormonas tiroideas resultando todo dentro de los límites normales a excepción de THS 20 uU/ml (0,27-4,2) y tiroxina 1 ng/dl (0,92-1,69) con anticuerpos anti-tiroideos positivos. Se orienta como hipotiroidismo sintomático y se solicita ecografía tiroidea que informa de ligero aumento del tamaño tiroideo de forma heterogénea compatible con tiroiditis.

**Juicio clínico:** Tiroiditis postparto en fase hipotiroidea.

**Diagnóstico diferencial:** Depresión postparto, anemia, hipotiroidismo primario, tiroiditis.

**Comentario final:** La tiroiditis postparto (TPP) es una enfermedad autoinmune que aparece durante el primer año tras el embarazo. La prevalencia es variable según el país, pero presenta una media de 7,2% siendo más alta en mujeres con otra condición autoinmune (diabetes mellitus tipo 1, anticuerpos antitiroperoxidasa positivos, historia de un episodio previo de TPP). La presentación clínica clásica es de evolución bisfásica, con una primera fase de hipertiroidismo que generalmente no requiere tratamiento, seguida de un hipotiroidismo transitorio hasta llegar al eutiroidismo en el curso de unos meses. Durante la fase hipotiroidea se aconseja tratamiento con levotiroxina si los síntomas son severos, pero no se ha llegado a un consenso en la duración de dicho tratamiento. El seguimiento es importante ya que el hipotiroidismo permanente se desarrolla en 30% de estas mujeres en los años siguientes al episodio y el 70% presenta recurrencias en los siguientes embarazos.



**BIBLIOGRAFÍA**

1. Jaén Díaz JI, López De Castro F, Cordero García B, Santillana Balduz F, Sastre Marcos J, Martín Dal Gesso C. Incidence of postpartum thyroiditis and study of possible associated factors. *Med Clin (Barc)*. 2009;132(15):569-73.
2. Filippi U, Brizzolara R, Venuti D, Cesarone A, Maritati VA, Podestà M, et al. Prevalence of post-partum thyroiditis in Liguria (Italy): an observational study. *J Endocrinol Invest*. 2008;31(12):1063-8.
3. Sopena Bert E, Valentí Moreno V, Corcoy Pla R. Postpartum thyroiditis with unusual evolution. *An Med Interna*. 2007;24(6):305-6.
4. Lucas A, Pizarro E, Granada ML, Salinas I, Roca J, Sanmarti A. Postpartum thyroiditis: long-term follow-up. *Thyroid*. 2005;15(10):1177-81.
5. Azizi F. The occurrence of permanent thyroid failure in patients with subclinical postpartum thyroiditis. *Eur J Endocrinol*. 2005;153(3):367-71.

**10/506. DISARTRIA COMO FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN DE UNA MENINGITIS**

M. Barco López, M. Ortega Bravo, A. Pellitero Santos, M. Bordialba Layo, N. Vilà Jové y E. Paredes Costa

*ABS Cappedont. Lleida.*

**Descripción del caso:** Varón de 36 años con antecedentes patológicos de dislipemia, cólicos nefríticos y herpes zoster. No alergias medicamentosas conocidas. Originario de Rumanía. Acude a su médico de familia en el centro de salud por presentar cefalea, mialgias generalizadas, fiebre y disartria de 24 horas de evolución. No náuseas ni vómitos ni otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, normohidratado y normocoloreado, no lesiones cutáneas, no signos meníngeos, temperatura axilar: 37,5 °C, TA: 130/80, FC 80x'. Faringe hiperémica sin exudado, otoscopia normal. Auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos sin soplos ni ruidos sobreañadidos, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias, peristaltismo presente. Exploración neurológica: pupilas mióticas normorreactivas a luz y acomodación, pares craneales conservados, fuerza, motricidad y sensibilidad conservadas, ROT presentes y simétricos, disartria y marcha inestable. Analítica: Hemograma, bioquímica, gasometría venosas y pruebas de coagulación normales. ECG y radiografía de tórax normales. Recuento en líquido cefalorraquídeo (LCR): claro, 6 hematíes/mm<sup>3</sup>, 33 leucocitos/mm<sup>3</sup> (segmentados 1%, linfocitos 99%), glucosa 73 mg/dl, proteínas 41 mg/dl, serología de herpes simple y enterovirus negativa. Tomografía axial computarizada craneal sin hallazgos valorables.

**Juicio clínico:** Meningitis aséptica.

**Diagnóstico diferencial:** Meningitis bacteriana, encefalitis viral, sífilis terciaria, abscesos cerebrales, sarcoidosis, lupus, trombosis senos cavernosos, fármacos (sulfamidas).

**Comentario final:** La meningitis aséptica es una entidad frecuente. La causa más común es un grupo de virus llamados enterovirus. Menos frecuentemente puede ser causado por el virus del herpes, virus de parotiditis, VIH. La clínica se presenta con fiebre, escalofríos, cefalea, fotofobia, también son frecuentes la náusea y el vómito. La exploración pone de manifiesto un meningismo sin signos neurológicos focales, por lo que llama la atención que en este caso clínico el paciente presentaba disartria. Son raras las secuelas neurológicas y en su mayoría los pacientes tienen un pronóstico excelente.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. De Ory F, Gegúndez MI, Fedele CG, Sánchez-Seco MP. Toscana virus, West Nile virus and lymphochoriomeningitis virus as causing

agents of aseptic meningitis in Spain. *Med Clin (Barc)*. 2009;132(15):587-90.

2. Pérez-Vélez DM et al. Outbreak of neurologic enterovirus type 71 disease: A diagnostic challenge. *Clin Infect Dis*. 2007;45:950.

**10/511. EL MISTERIO AMARILLO**

E. Gil Higes, J. Molina, G. Escribano, G. Medina, R. Rubiato y E. Avalos

*CS Villaviciosa de Odón. Madrid.*

**Descripción del caso:** Varón de 28 años sin antecedentes de interés, salvo episodio de hepatitis de etiología no aclarada en su infancia, en su país natal (Venezuela), que consulta por cuadro de malestar general y artromialgias de cuatro días de evolución, tos escasamente productiva, episodio aislado de diarrea, sin náuseas ni vómitos. No disuria, pero sí refiere "orinas oscuras". Quince días antes consultó por cuadro catarral.

**Exploración y pruebas complementarias:** Destaca tinte icterico de la piel e ictericia evidente en conjuntivas. AP: mvc, hiperemia faríngea sin exudados. Abdomen: RHA +, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, PPRB -. Tira reactiva de orina: pH 7, densidad 1005, resto negativo. Se solicita analítica. En la analítica destaca Hb: 8 g/dl; VCM 95,9; CHCM 32,8; RDW 15; leucocitos 7,43 (58,4 N, 24,9 L, 7,7 Mo, 2,7 Eo); Plaquetas 337.000; Bilirrubina 3,4; Directa 1,3; GPT 131; GOT 73; FA 80; GGT 41; Amilasa 39; Serologías VHA, B, y C negativas. CMV IgG e IgM negativos.

**Juicio clínico:** Anemia hemolítica sin clara etiología, con episodio de citolisis hepática asociada.

**Diagnóstico diferencial:** Debe plantearse fundamentalmente entre crisis hemolítica en paciente sin anemia previa con citolisis hepática asociada, o episodio de hepatitis en anemia crónica establecida previamente. En el segundo caso encontraríamos probablemente otro perfil anémico con volumen normal o bajo por ferropenia, y un RDW bajo. En este caso el RDW hace pensar en recambio eritrocitario rápido, el aumento de cifras de bilirrubina a expensas sobre todo de la indirecta hace pensar en una crisis hemolítica. Dentro de las anemias hemolíticas debemos diferenciar entre las membranopatías congénitas, eritroenzimopatías, hemoglobinopatías estructurales. Cuadros que parecen descartarse por ser el primer episodio a los 28 años, sin episodios anteriores y por no tener desencadenantes farmacológicos ni tóxicos. Hiperesplenismo, anemias hemolíticas inmunes (sobre todo secundarias a infecciones Mycoplasma, mononucleosis y otras viriasis), o las inducidas por fármacos.

**Comentario final:** Posteriormente positivizó serologías para CMV y VEB. Se diagnosticó anemia hemolítica en posible relación con infección aguda por CMV, hepatitis secundaria. El paciente ha precisado tratamiento con corticoides. En última revisión 8 meses después del inicio, se detectan dos poblaciones celulares lo que hace pensar en un inicio de recuperación.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. Enfermedades del sistema eritrocitario, 15ª ed. Madrid; Elsevier, 2005:1665-8.

**10/512. EL TIEMPO ACABA DANDO LA RAZÓN**

J. Molina Ramos, M. Medina Sampedro, E. Avalos Galán, R. Rubiato Aragón, G. Escribano Romo y E. Gil Higes

*CS Villaviciosa de Odón. Madrid.*

**Descripción del caso:** Varón de 17 años que refiere febrícula y odinofagia desde hace cuatro días, con empeoramiento del estado

general y fiebre de 39.5° en las últimas 24 horas, motivo por el que consulta. Tras la valoración inicial se sospecha mononucleosis infecciosa y se solicita analítica para confirmarlo, realizando el paciente tratamiento sintomático. Se recibe test de Paul-Bunnell negativo y hemograma sin alteraciones. El paciente sigue con fiebre alta, adenopatías laterocervicales muy dolorosas, odinofagia y amígdalas hipertróficas e hiperémicas recubiertas de exudado, se sospecha amigdalitis estreptocócica y se inicia tratamiento con bencetizil 6-3-3 im y clindamicina 300 1/8 horas. Se reevalúa en consulta y sigue con fiebre alta, adenopatías laterocervicales y en la palpación abdominal dolor intenso en epigastrio e hipocondrio derecho. Se realiza nueva analítica: test de Paul-Bunnell positivo, linfomonocitosis atípica, hipertransaminasemia GPT 438. GOT 300. Se suspende clindamicina, y a los dos días presenta odinofagia intensa, disfagia y persistencia de fiebre, se deriva a urgencias. Le pautan tratamiento con corticoides iv y después vía oral en pauta descendente, en unos días desapareció la fiebre, pero la astenia persistió meses.

**Exploración y pruebas complementarias:** Pirético 39o. Saturación 98%. FC 107. Consciente y colaborador. No taquipnea, ni cianosis, tolera bien decúbito. No bocio. No ingurgitación yugular. No rigidez de nuca. Adenopatías laterocervicales y submandibulares muy dolorosas. Faringoamigdalitis intensa con exudados. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Auscultación cardíaca: ruidos cardíacos regulares, no soplos ni extratonos. Abdomen: blando, depresible, doloroso en epigastrio y ambos hipocondrios con posible borde hepático a 2 cm y esplénico a 4 cm. Ruidos hidroaéreos normales. Puño percusión renal bilateral negativa. Leucocitos 18.480 con linfocitos activados. LDH 1152. GPT 364. GOT 191. Fosfatasa alcalina 341. Serología VEB IgM positiva, CMV Ig G e Ig M negativos. Radiografía abdomen: luminograma aéreo inespecífico.

**Juicio clínico:** Mononucleosis infecciosa por virus de Epstein-Barr, con amigdalitis secundaria intensa.

**Diagnóstico diferencial:** Citomegalovirus (adenopatías y faringitis menos marcada). Toxoplasmosis (fiebre y adenopatías, pero no afecta a faringe ni a pruebas hepáticas). Primoinfección por VIH. Rubeola. Hepatitis viral A y B (también pueden cursar con linfomonocitosis leves y adenomegalias). Por reacciones toxoalérgicas medicamentosas (difenilhidantoína).

**Comentario final:** La mononucleosis infecciosa tiene un periodo de incubación de 30-50 días, con un periodo prodrómico de 7 a 15 días con síntomas inespecíficos cefalea, mialgia y astenia, seguida del periodo de estado con fiebre alta, adenopatías y faringitis. Las pruebas de diagnóstico pueden ser negativas hasta la 2-3 semanas de enfermedad clínica. Por ello atención primaria, permite valorar la continuidad del proceso para poder intervenir en su diagnóstico y resolución.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Cohen JL. Infecciones por virus de Epstein-Barr. En: Harrison Principios de Medicina Interna, 14ª ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 1998:1247-50.
2. Aguado García JM, Rodríguez Otero JJ. Infecciones por el virus de Epstein-Barr: mononucleosis infecciosa. En Medicina Interna. Farreras P, Rozman C eds. Barcelona: Mosby-Doyma, 1995.

### 10/521. DE UNA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA A UNA NEFROLITIASIS POTENCIALMENTE GRAVE

G. Escribano Romo, E. Gil Higes, R. Rubiato Aragón, J. Molina Ramos, E. Avalos Galán y M. Medina Sampedro

CS Villaviciosa de Odón. Villaviciosa de Odón. Madrid.

**Descripción del caso:** Mujer de 43 años sin antecedentes personales de interés. Se realiza analítica por presentar sofocos y baches amenorreicos desde hace 1 año. Le realizaron en ginecología la

última analítica, cuando comenzó con la sintomatología. Nos informa verbalmente la paciente que fue normal y no recuerda si le solicitaron orina. Se solicita analítica que incluye hemograma + bioquímica básica + perfil hepático + perfil lipídico + función tiroidea + función ovárica + orina sedimento y anormales. Los resultados obtenidos estaban dentro de parámetros normales a excepción de la orina. Se halló bacteriuria y cristales de estruvita. La paciente no presentaba ninguna sintomatología urinaria y negaba antecedentes de ITU (infección del tracto urinario) o CRU (crisis renoureteral).

**Exploración y pruebas complementarias:** La exploración física fue anodina, incluida puño percusión renal bilateral. Se solicitó urocultivo y rx simple de abdomen. Se justifica la realización de pruebas complementarias a pesar de tratarse de una bacteriuria asintomática en una mujer sana, no embarazada, por la asociación de cálculos de estruvita con presencia de bacterias productoras de ureasa, frecuentemente *Proteus* spp. El resultado del cultivo, efectivamente, mostró la presencia de *Proteus mirabilis* > 100.000 UFC/ml. Y la rx objetivó una imagen radiopaca, coraliforme, que ocupaba en su totalidad la pelvis renal del riñón izquierdo. La paciente fue derivada a urología donde solicitaron UIV (urografía intravenosa) presentando ambos riñones una función normal.

**Juicio clínico:** Nefrolitiasis por cálculo de estruvita. ITU por *P. mirabilis*.

**Diagnóstico diferencial:** Bacteriuria asintomática. ITU. Se define la bacteriuria asintomática como la bacteriuria significativa (> 100.000 UFC) que afecta a pacientes asintomáticos. Esta situación tiene interés en niños, embarazadas y en diabéticos. Se define como ITU la presencia de microorganismos en el tracto urinario1. En cuanto al diagnóstico del germen causante se realizará mediante urocultivo. *E. coli* es el agente patógeno más frecuente (85%) seguido por *Staphylococcus saprophyticus*, *Proteus mirabilis* y *Klebsiella*. Respecto al diagnóstico diferencial en la nefrolitiasis, determinación de su composición, se realiza mediante análisis mineralógico. En ocasiones nos da el diagnóstico la presencia de cristales en el sedimento urinario. Pueden ser de oxalato cálcico (los más frecuentes), estruvita (10-20%), ácido úrico, cistina o por fármacos1.

**Comentario final:** En la bacteriuria asintomática se aconseja sólo tratar a niños, mujeres embarazadas, previo a la manipulación de la vía urinaria (cistoscopia), trasplantados renales, inmunodeprimidos y eventualmente en infecciones por *Proteus* spp (riesgo de formación de cálculos de estruvita). La realización de ecografía o rx simple de abdomen estaría indicada en los varones, mujeres con ITU recidivante o sospecha de patología urológica concomitante, como es el caso de la infección por *proteus* spp2 o el hallazgo de cristales de estruvita que se forman por la presencia de bacterias formadoras de ureasa, como es el *proteus*.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Zurro A. Cano Pérez J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, 5 ed. Madrid: Elsevier, 2003.
2. Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Urología y Hospitalización Domiciliaria del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Guía clínica de infecciones urinarias. Abril 2006. Disponible en: URL: [http://www.humv.es/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=66&Itemid=27](http://www.humv.es/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=66&Itemid=27)

### 10/530. ARTERITIS DE LA TEMPORAL. UN CASO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

S. González Amaya<sup>a</sup>, J. Ocaña Rodríguez<sup>a</sup>, M. Ruiz Peña<sup>b</sup>, M. Beardo Alonso<sup>a</sup>, J. Piñero Alonso<sup>a</sup> y A. Alvarado Tato<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Algeciras Norte, Algeciras. Cádiz; <sup>b</sup>CS Los Barrios. Cádiz; <sup>c</sup>CS Bellavista. Sevilla.

**Descripción del caso:** Paciente de 72 años con antecedentes personales de HTA y hernia de hiato, en tratamiento con valsartán

y omeprazol. Consulta por cuadro de astenia generalizada y poliartralgias mal definidas de 1 mes de evolución, posteriormente refiere febrícula mantenida documentada, por lo que se decide comenzar estudio. Finalmente comienza con cefalea global focalizándose a nivel periorbitario, así como deterioro del estado general.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración, el único dato destacable, fue la hipersensibilidad del cuero cabelludo, con engrosamiento de los vasos sanguíneos frontales. Sin signos inflamatorios articulares. La analítica rutinaria, muestra aumento de las reactantes de fase aguda (VSG 114, PCR 12,2, ferritina 158). Proteinograma con elevación de alfa globulinas. Anemia (Hb 10,3) normocítica, con discreta hipocromía y anisocitosis), ferritina elevada, pero sideremia e índice de saturación descendidos (16, 3,9%), glucemia en cifras de GBA (117) con HbA1c 5,4%. Resto de bioquímica normal. Sangre oculta en heces negativa en 3 muestras. Rx tórax normal. Rx columna dorso-lumbar: signos indirectos de osteopenia. Densitometría T Score talón -2,7.

**Juicio clínico:** Sospecha clínica, en Atención primaria, de arteritis de la arteria temporal con polimialgia reumática asociada.

**Diagnóstico diferencial:** Las principales posibilidades diagnósticas, fueron, en principio: -Neoplasia oculta, principalmente digestiva (se derivó para estudio por Digestivo). -Mieloma múltiple (descartándose con el proteinograma).

**Comentario final:** Se derivó a segundo nivel para completar estudio y confirmar diagnóstico, dado el empeoramiento del estado general, con predominio de la cefalea, con incluso episodios de claudicación mandibular. Fue ingresada en hospital, donde se le realizó biopsia de la arteria temporal, confirmando el diagnóstico y comenzó con tratamiento esteroideo, con baja respuesta y posteriormente con leflunomida añadida a éstos, consiguiendo remisión clínica. Debutó con diabetes secundaria a esteroides, por lo que se decidió insulinar y se le prescribió un bifosfonato para evitar complicaciones osteoporóticas. La arteritis de la temporal es una patología que puede ser diagnosticada de presunción desde Atención Primaria, atendiendo fundamentalmente a la clínica y a las pruebas de laboratorio básicas en nuestro medio. Aunque precisa de una confirmación mediante biopsia, por lo que necesitaríamos apoyarnos en un segundo nivel, sería recomendable que se realizara con una buena orientación diagnóstica, para disminuir el tiempo y exploraciones innecesarias. Ante la sospecha clínica, podríamos comenzar tratamiento esteroideo y valorar respuesta, incluso antes de la confirmación diagnóstica. El seguimiento, tanto clínico, como analítico, también podría hacerse, de forma compartida, entre Reumatología y Atención Primaria.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Font J, Cervera R, Ramos-Casals M. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades autoinmunes sistémicas.
2. Schumacher RH, Klippel JH. Primer on the Rheumatic Diseases.
3. Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *N Engl J Med*. 2002;347:261-71.

### 10/563. SÍNDROME DE BRUGADA

M. Atallah González, A. González Gago y G. Rodríguez Andrés

CS de Astorga. León.

**Descripción del caso:** Mujer de 54 años que acudió al servicio de urgencias del Centro de Salud de Astorga por un cuadro de epigastria acompañada de náuseas y diarrea de unas horas de evolución. AP: Dislipemia en tratamiento dietético. AF: padre fallecido a los 40 años de muerte súbita.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 100/60. Afebril 60 lpm. La exploración física es estrictamente normal. Electrocardiograma (ECG): elevación del ST convexo de 1mm en V1-V2 y J de más de 2 mm por lo que se remite al Hospital de León. Valoración Urgencias: Analítica: normal incluidas troponina y ckMB. ECG: Rit-

mo sinusal con bloqueo incompleto de rama derecha y con morfología en silla de montar. Ingresan a la paciente para estudio electrofisiológico de arritmias ventriculares como estratificación de riesgo de muerte súbita. Hormonas tiroideas normales. Ecocardiografía: válvula mitral con insuficiencia trivalva, insuficiencia tricúspide muy ligera. Resto del estudio normal. Estudio electrofisiológico de inducción de arritmias ventriculares: negativo.

**Juicio clínico:** Viriasis gastrointestinal que ha desenmascarado un síndrome de Brugada. El ECG realizado en el Centro de Salud presenta un patrón típico de síndrome de Brugada tipo1 mientras que el ECG realizado en el Hospital corresponde al tipo 2.

**Diagnóstico diferencial:** Viriasis gastrointestinal que ha desenmascarado un síndrome de Brugada. El ECG realizado en el Centro de Salud presenta un patrón típico de síndrome de Brugada tipo1 mientras que el ECG realizado en el Hospital corresponde al tipo 2.

**Comentario final:** El diagnóstico del síndrome de Brugada se caracteriza por la presencia en el ECG de bloqueo de rama derecha y elevación del segmento ST en las derivaciones precordiales derechas, ausencia de enfermedad cardíaca estructural, historia familiar de muerte súbita (< 45 años) y episodios de síncope o muerte súbita secundarias a crisis de taquicardia ventricular polimórfica rápida o de fibrilación ventricular. Es una enfermedad genética debida a mutaciones en los canales de sodio (SCN5A) codificados en el cromosoma 3. Existen 3 tipos de patrón electrocardiográfico típico en el síndrome de Brugada, el 1 y 2 ya fueron descritos anteriormente, el tipo 3 muestra una elevación del segmento ST < 0,1 mV en silla de montar o convexo. Dado que la mortalidad a los dos años puede llegar al 26%, es importante estratificar el riesgo de muerte súbita ya que el único tratamiento eficaz es la implantación de un desfibrilador automático. Los pacientes sintomáticos, con historia positiva e inducción de taquicardia ventricular polimórfica o fibrilación ventricular son los de peor pronóstico. La fiebre puede desencadenar un episodio de arritmias malignas por lo que ante un cuadro febril > 38o debe de remitirse el paciente al hospital, así como en el caso de síncope, mareo o palpitaciones. Se recomienda estudiar a los familiares de primer grado.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Daga B, et al. Electrocardiographic findings typical of Brugada syndrome unmasked by cocaine consumption. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58(11):1355-7.
2. Wilde A, et al. Proposed diagnostic criteria for the Brugada syndrome: consensus report. *Circulation*. 2002;106 (19):2514-9.
3. Dizon JM, Nazif TM. Brugada syndrome, *emecine*, April 2010.

### 10/564. AMNESIA DISOCIATIVA

C. Hernando Román, M. Atallah González y M. Panizo González

CS de Astorga. León.

**Descripción del caso:** Acude al servicio de urgencias del centro de Salud una mujer de 22 años acompañada de su novio quien refiere haberla encontrado inconsciente en el salón de casa sin relación de esfínteres, recuperándose espontáneamente, persiste una pérdida de memoria. Previamente había tenido una conversación telefónica con su madre. Niega consumo de tóxicos ni ideas autolíticas. Antecedentes personales: hipotiroidismo y trastorno bipolar en tratamiento con quetiapina 100 mg 0-0-1, clonazepam 0,5 1-0-1, carbonato de litio 400, paliperidona 3 mg 1-0-1 y levotiroxina sódica 50 mg. Refiere la toma de 1 cp de quetiapina a las 9h según pauta de su psiquiatra si situación estresante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente consciente, desorientada, con amnesia global en recuperación. TA 110/60, FC 78 lpm, glucemia 84 mg/dl Sat O<sub>2</sub> 97% No focalidad neurológica. Resto de la exploración física normal. ECG: RS 62 lpm, PR 0,16, sin alteraciones de la repolarización. Se remite al Hospital de León para valoración psiquiátrica. Analítica urgencias: GPT 31, GOT 53,

Litemia: 1,15 (0,8-1,2); Orina: leucocitos 500, pH 8, eritrocitos 20; sedimento 15-20 leucocitos/campo; Tóxicos: cannabinoides +.

**Juicio clínico:** Amnesia disociativa e infección tracto urinario.

**Diagnóstico diferencial:** Debe realizarse diagnóstico diferencial con un intento autolítico, yatrogenia por litemia excesiva, consumo de tóxicos, simulación, amnesia disociativa, síncope de origen neurológico (foco epiléptico temporal) o cardiológico.

**Comentario final:** La paciente había presentado un episodio de características similares a los 13 años con TAC craneal y electroencefalograma normales. Tratada desde entonces por psiquiatría por inestabilidad emocional con descontrol de impulsos, ansiedad, intentos autolíticos, reacciones depresivas y pérdida de conciencia de tipo evitativo. Es diagnosticada de trastorno de la personalidad límite con descompensaciones autoreferenciales y riesgo de depresión mayor. Su ambiente familiar es totalmente inestable, padres separados, padre alcohólico actualmente fallecido y madre politoxicómana viva. Ha sido diagnosticada posteriormente de depresión mayor precisando múltiples tratamientos, antidepresivos y antipsicóticos, y desde hace 1 año de enfermedad bipolar al presentar un cuadro de euforia que se interpretó como un episodio maniaco. Además la paciente ha presentado múltiples trastornos somatomorfes (cefaleas y vértigos de repetición). La amnesia disociativa se caracteriza por un episodio de pérdida de memoria parcial o global como consecuencia de un trauma psicológico o emocional reciente (experiencias o visión de experiencias traumáticas o graves conflictos internos). Una atmósfera de apoyo puede ser suficiente para la resolución gradual y espontánea de un episodio de amnesia disociativa. Una vez recuperada la memoria se aconseja psicoterapia para ayudar a la persona a comprender el trauma o los conflictos que causaron la situación y a encontrar los medios para resolverla.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Butler LD. Disociación Normativa. En: Trastornos Disociativos, una ventana abierta a la psicobiología de la mente. Richard Chefetz, ed. Masson, 2006.
2. Van der Hart. Somatoform Dissociation in Traumatized World War I Combat Soldiers: A Neglected Clinical Heritage? Journal of Trauma & Dissociation. 2000;1:33-67.
3. Mirapeix C. Desarrollo del Self, múltiples estados mentales de evaluación desde la psicoterapia cognitivo analítica. APRA, 2008.

### 10/600. PICADURAS PARECEN, VARICELA ES

E. Montalvillo Delgado<sup>a</sup>, A. Pérez Llerandi<sup>b</sup>, M. Rodríguez Porres<sup>c</sup> y T. Saiz Careaga<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Dr Lopez Albo. Colindres. Cantabria; <sup>b</sup>CS Zurbarán. Bilbao. Vizcaya; <sup>c</sup>CS Liébana. Potes. Cantabria.

**Descripción del caso:** Niña de 11 meses (cumplió los 12 durante el proceso), valorada por el médico de familia del servicio de urgencias por unas lesiones papulosas con importante reacción inflamatoria local, podría pensarse que eran pruriginosas porque la niña las tocaba continuamente. Aparecieron de repente el primer día de vacaciones en el mes de julio en una zona donde abundan los mosquitos, la madre presentaba también algunas lesiones típicas por picadura de insecto. La niña estuvo afebril durante todo el proceso. No había constancia de ningún caso de varicela entre los contactos próximos ni en el parque de juegos; al tercer día un familiar informó a la familia de que en su entorno había varios casos de varicela. Durante los 3 primeros días fue valorada cada día por el mismo médico de familia. Antecedentes personales: embarazo normal, parto por cesárea en la semana 38. Lactancia materna exclusiva hasta los 12 meses y desde los 6 alimentación complementaria. Calendario vacunal correspondiente a su edad, se había decidido no vacunar de la varicela. No patologías previas, salvo algún episodio ocasional de fiebre. Madre con Ac antivariela.

**Exploración y pruebas complementarias:** Sólo es reseñable las lesiones en piel, el resto fue completamente normal. 1er día: 3 lesiones papulosas con inflamación local y tumefactas a la palpación, 1 en antebrazo y 2 en la cara, que por su aspecto parecían picaduras de insecto. 2º día: Aparecen 2 nuevas lesiones iguales a las anteriores, 1 en la cara y 1 en antebrazo derecho. Las 3 iniciales mantienen la reacción inflamatoria y en el centro aparece una vesícula ovalada de aproximadamente 3 mm de diámetro mayor. 3er día: en las primeras lesiones prácticamente ha desaparecido la inflamación, la vesícula empieza a transformarse en costra, brotan nuevas lesiones en un número muy superior a los días previos, algunas de ellas con menor reacción inflamatoria. Hasta el 10º día estuvieron apareciendo nuevas pápulas, cada vez con menor inflamación local. Únicamente afectó a zonas expuestas: cara, pabellones auriculares, zona retroauricular, EESS, piernas. No precisó valoración en pediatría, ni pruebas complementarias. El único tratamiento fue Ibuprofeno hasta que disminuyó la reacción inflamatoria perilesional, salvo los 2 primeros días que se usó un corticoide tópico en las lesiones.

**Juicio clínico:** Varicela

**Diagnóstico diferencial:** Exantemas vesiculosos: primoinfección por herpes simple, molluscum contagiosum, impétigo, urticaria papulosa, Acropustulosis infantil. Picaduras de insecto. Las lesiones de la varicela son muy típicas y fácilmente identificables, pero en este caso hasta el 3er día se pensó en picaduras de insecto dado el número de lesiones, las características de las mismas, su aparición por la mañana y sólo en zonas expuestas coincidiendo con la presencia de mosquitos durante la noche.

**Comentario final:** La varicela sigue siendo una enfermedad infecciosa con alta incidencia, sobre todo en niños en los que el cuadro es más leve que en adultos, y es un motivo importante de absentismo escolar fundamentalmente en edades tempranas. Se ven casos de varicela en épocas de epidemia incluso en niños vacunados. La vacuna está indicada en mayores de 1 año cumpliendo una serie de requisitos. El aciclovir se utiliza en el tratamiento de pacientes de alto riesgo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz Hernández M. Tratado de pediatría, 7ª ed. Barcelona: Espax S.A. 1994:467-72.
2. Cruz Hernández M. Manual de pediatría. Madrid: Ergon, 2003: 203-5.
3. del Pozo Machuca J. Tratado de pediatría extrahospitalaria. SE-PEAP. P.E. Libros y revistas BJ 2001: 487-91, 742-5.
4. Schwartz MW. Los 5 minutos clave en la consulta del pediatra. Buenos Aires 2006:872-3.
5. Zubizarreta Alberdi R. Guía Clínica de Varicela. 2010. Disponible en: <http://www.fisterra.com/fisterra/guias.asp?idGuia=154&sGuia=Varicela>

### 10/622. ÚLCERAS ORALES EN PACIENTE HIPERTENSA

R. Rubiato Aragón, E. Ávalos Galán, M. Medina Sampedro, E. Gil Higes, J. Molina Ramos y G. Escribano Romo

CS Villaviciosa de Odón. Madrid.

**Descripción del caso:** Mujer HTA de 73 años en tratamiento con IECA, consulta por lesiones ulcerativas cubiertas por una membrana blanquecina, dolorosas, en cavidad oral que se rompen fácilmente, dificultan la alimentación y le producen halitosis. La paciente, no lo relaciona con ninguna causa, se inicia tratamiento con antimicóticos tópicos sin mejoría clínica. En una segunda visita, al persistir las lesiones se indica la aplicación de enjuagues de solución de acetato de triamcinolona al 0,1% con mejoría. Acude 4 semanas después por la aparición de nuevas lesiones en la boca y úlceras en región submamaria y cuero cabelludo. Se remite al servicio de dermatología para completar estudio



**Exploración y pruebas complementarias:** La exploración física destaca lesiones ulcerosas en la mucosa oral y lesiones ulcero-cos-trosas en región submamaria y cuero cabelludo, desprendiéndose fácilmente la piel con el roce. Se indicó exámenes de laboratorio que incluyeron hemograma, bioquímica, VDRL y VIH, siendo negativos. Se practicó una biopsia parcial de una lesión del labio, en la que se observó signo de Nikolsky positivo en la toma de la muestra y características anatomopatológicas de acantolisis suprabasal compatible con pénfigo vulgar. Unos días después la paciente presenta exacerbación de las lesiones con importante deterioro del estado general, motivo por lo que fue hospitalizada por lesiones ampollosas generalizadas en tórax, extremidades y cuero cabelludo. Se tomaron nuevas biopsias de las lesiones y un estudio de inmunofluorescencia, en el que se observó depósito de anticuerpos de IgG en las uniones intercelulares. Se ingresó en la unidad de grandes quemados, con permanencia en UCI por sobreinfección bacteriana por *Klebsiella pneumoniae* 2º a catéter venoso y candiduria. La paciente precisó tratamiento antibiótico, corticoides a dosis de 180 mg/día, inmunosupresores y reposición hidroelectrolítica.

**Juicio clínico:** Pénfigo vulgar reactivado por la toma de IECA +sepsis por *Klebsiella pneumoniae*.

**Diagnóstico diferencial:** El pénfigo vulgar comienza con lesiones inespecíficas, dolorosas, pasando meses hasta su diagnóstico. En el 60-80% de casos se inicia en la mucosa oral. La lesión elemental son ampollas, de distinto tamaño y evolución, que se rompen fácilmente, dejando erosiones cubiertas por una pseudomembrana. Curan sin dejar cicatriz. Las lesiones cutáneas pueden aparecer meses o años después de las lesiones orales, localizadas en cualquier parte del cuerpo, pero más frecuentes en cuero cabelludo, cara y parte superior del tronco. Así, el diagnóstico diferencial se realiza con el síndrome de Stevens-Johnson, liquen plano erosivo, gingivoestomatitis herpética, epidermolisis bullosa, estomatitis aftosa recurrente, candidiasis, síndrome de Behçet, pénfigoide de las mucosas y enfermedad lineal de la IgA.

**Comentario final:** El pénfigo vulgar es una rara enfermedad autoinmune, que afecta a piel y mucosas, de etiología desconocida, pero puede ser activada por fármacos como los IECA. Aparece entre los 40-60 años, independientemente del sexo. Son lesiones inespecíficas, pero es importante su conocimiento porque los pacientes mejoran mucho su pronóstico con un diagnóstico y tratamiento correctos. Es un proceso crónico, sin tratamiento puede llegar a ser mortal, y su causa generalmente es la infección generalizada.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Baroni A, Lanza A, Cirillo N, Brunetti G, Roucco V. Vesicular and Bullous Disorders: Pemphigus. *Dermatol Clin.* 2007;25(4):597-603.
2. Mimouni D, Anhalt GJ. Pemphigus. *Dermatologic therapy.* 2002; 15:362-8.
3. Hernández G, Arriba de la Fuente L, Lucas M. Enfermedades ampollosas de la mucosa bucal, características diferenciales clínicas, histológicas e inmunológicas. *Med Oral.* 1999;4:528-51.

#### 10/635. Y AL DESPEDIRSE... ¡AÚN HAY MÁS!

G. Marcos Aldea, J. Vilà Moneny, R. Andreu Alcover, A. Fabra Noguera, V. Sabaté Cintas y M. Baré Mañans

CAP Creu Alta. Sabadell.

**Descripción del caso:** Paciente de 68 años, sin antecedentes personales de interés. Acude a nuestra consulta por cuadro catarral y otras consultas banales, al despedirse y ya en la puerta de salida comenta que además, des de hace tiempo siente disconfort abdominal y cambio en el ritmo deposicional pero no le ha dado importancia. Al volver a entrar en la consulta y explorar al paciente se palpa en abdomen una masa dolorosa en hipocondrio izquierdo.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física destaca una masa abdominal en hipocondrio izquierdo, dolorosa que junto con la anamnesis nos orienta a solicitar una prueba de imagen como el TAC abdominal, una semana después el resultado del TAC demuestra a nivel de la porción distal del colon izquierdo/sigma una masa de 7,5 cm. Intervenido al cabo de 15 días y con informe de anatomía patológica de adenocarcinoma de colon. Posteriormente hizo tratamiento con quimioterapia y actualmente está libre de enfermedad y sigue controles en oncología de nuestro centro hospitalario de referencia.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma de colon.

**Diagnóstico diferencial:** Tenemos múltiples causas de dolor abdominal: 1. Intraabdominales: gastroenteritis, perforación de vísceras huecas, peritonitis, dolor secundario a procesos inflamatorios localizados, úlcera péptica, apendicitis, diverticulitis, colecistitis, pancreatitis, abscesos, obstrucción/pseudo obstrucción intestinal, aneurisma aórtico, isquemia, torsión, tumores. Más toda la patología ginecológica, que en este caso se descartaría. 2. Extraabdominales: torácicos (neumonía, embolia, neumotórax, IAM), neurogénicos (sobre todo radicales). 3. Metabólicas: cetoacidosis diabética, uremia, porfiria, insuficiencia suprarrenal. 4. Otras causas: colagenosis, púrpura Schönlein-Henoch, anemia hemolítica, intoxicaciones por fármacos.

**Comentario final:** Nuestro paciente no acudía a nosotros por clínica digestiva, sino por clínica banal y no fue hasta el final de la visita que expuso los síntomas que dispararon nuestra alerta. Es muy importante escuchar a nuestros pacientes y explorarlos ya que entre toda la patología banal de nuestra consulta del día a día siempre hay un caso que depende de nuestra capacidad para detectarlo y que como en esta ocasión gracias a la rápida actuación de todos los involucrados ha tenido un final feliz. Hemos de estar alerta porque cada día, entre toda la patología restante puede estar el caso que no se nos puede escapar y que demuestra que somos buenos médicos y estamos orgullosos de nuestro trabajo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison. Principios de Medicina Interna, 15ª ed. Madrid. McGraw-Hill- Interamericana de España, S.A.U., 2002.

#### 10/639. DOCTORA, LAS PIERNAS NO ME DEJAN DORMIR

B. Sánchez Hernández<sup>a</sup>, S. Clemos Matamoros<sup>b</sup>, D. Pérez Feito<sup>b</sup>, S. Alonso Martínez<sup>a</sup>, A. Sánchez Martínez<sup>a</sup> y J. Ayensa Calvo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Reina Sofía. Tudela; <sup>b</sup>CS Tudela Este. Tudela. Navarra.

**Descripción del caso:** Mujer de 58 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia e hiperuricemia, que acude a la consulta refiriendo que desde hace unas semanas, le es imposible conciliar el correcto descanso nocturno porque "las piernas no me dejan". Explica que al acostarse nota como "una quemazón" y tirantez a nivel de la pantorrilla que le obliga a mover constantemente las extremidades inferiores y levantarse para encontrar alivio. Comenta mejoría durante el día y con la movilización.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración de extremidades inferiores no se encuentran signos patológicos cutáneos externos. Realización de exploración neurológica sin hallazgos. Se solicitan pruebas analíticas, objetivando anemia ferropénica e hipocalcemia.

**Juicio clínico:** El diagnóstico de síndrome de piernas inquietas, es clínico, llegando a él por la anamnesis y una exploración física normal. Hay que realizar la anamnesis dirigida a diagnóstico diferencial, causas secundarias o factores que la agravan (como son el déficit de hierro, calcio, magnesio o potasio). Se inicia tratamiento con antiparkinsoniano que estimula los receptores dopaminérgicos mejorando la sintomatología de la paciente.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial lo realizamos con neuropatía periférica; venas varicosas; piernas dolorosas por

artritis u otras causas; acatisia inducida por neurolépticos (aunque ésta es generalizada y no afecta sólo a las piernas), claudicación intermitente o disconfort posicional.

**Comentario final:** El síndrome de piernas inquietas es una enfermedad del sistema neurológico relacionada con la actividad de la dopamina que se caracteriza por sensaciones desagradables/dolorosas de las piernas provocando necesidad de moverlas para encontrar alivio. Es una enfermedad de larga duración y sin curación (aunque sí mejoría de los síntomas). Debemos explicar al paciente que no es una enfermedad grave ni maligna pero sin tratamiento puede afectar a su calidad de vida.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Earley CJ. Restless legs syndrome. *NEJM* 2003;348:2103-9.
2. Iglesias M, Cortés X. Síndrome de las piernas inquietas. *FMC* 2002;9(10):730-4.
3. Hening W, Allen R, Earley C. The treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder: an American Academy of Sleep Medicine Review. *Sleep*. 1999;22:970-99.

### 10/650. USO DE CITALIPRAM EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

A. Altés Boronat<sup>a</sup>, S. Sitjar Martínez de Sas<sup>b</sup>, D. Cararach Salami<sup>b</sup>, M. Calvo Rosa<sup>a</sup>, C. Casals Beistegui<sup>a</sup> y M. Amorós Brotons<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Sants. Barcelona; <sup>b</sup>CS Les Corts. Barcelona.

**Descripción del caso:** Mujer de 50 años de edad, sin antecedentes de interés, que consulta a la unidad de tabaquismo del centro de salud para "deshabitación de Champix". Se trata de una paciente fumadora desde los 18 años de edad, con un índice de tabaquismo de 30 paquetes/año. Sin intentos previos de abstinencia, la paciente inició la toma de vareniciclina por propia iniciativa hacia ocho meses. A los dos meses del inicio, con buena tolerancia al fármaco y con escaso síndrome de abstinencia, intentó su retirada, apareciendo una ansiedad y deseo de fumar intensos que provocaron la recaída. Al poco tiempo reinició vareniciclina, con supresión completa de la ansiedad y el deseo de consumo mientras toma la medicación; pero con gran ansiedad cada vez que intenta su supresión. Acude a consulta después de cinco meses de consumo de vareniciclina.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se procedió a evaluar las tres dificultades del abandono tabáquico. La primera, el síndrome de abstinencia físico, no había supuesto un problema, ya que desde el principio del consumo de vareniciclina éste había sido mínimo. La segunda, el componente situacional según el hábito de consumo individual, tampoco era una dificultad, ya que consumiendo vareniciclina no había situaciones concretas que generaran especial deseo del consumo de nicotina. La tercera, el mantenimiento a largo plazo, era, por tanto el problema. Se trataba de una paciente altamente motivada, que superaba fácilmente el periodo inicial de deshabituación con vareniciclina, apoyada por su entorno sociofamiliar, sin exceso de autoconfianza; pero con extrema dificultad a la abstinencia tabáquica, sin vareniciclina, debido a un gran componente ansioso con elevada relación con el ambiente laboral (donde nadie era fumador).

**Juicio clínico:** Se orientó el cuadro desde el punto de vista de la ansiedad. Se trataba de una paciente con un componente obsesivo importante (tendencia al perfeccionismo, autoexigencia...), sobre todo en el contexto laboral (la paciente era ayudante en una clínica odontológica). Explorando la situación que generaba mayor ansiedad, ésta siempre se relacionaba en los momentos de mayor estrés laboral. Reinterrogando la paciente, antes del intento de abandono tabáquico, también tenía esta tendencia obsesiva, que, con palabras de la paciente, "controlaba fumando". Se trata pues, de una paciente con un componente obsesivo importante, que "autotratada" fumando como un fenómeno pseudocompulsivo (y que también controlaba con vareniciclina); pero que se magnificaba con su supresión, impidiendo la abstinencia a largo plazo.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome de abstinencia a la nicotina. Personalidad ansiosa-obsesiva, con componente compulsivo hacia el tabaquismo. T.O.C.

**Comentario final:** Se procedió, para controlar la ansiedad y obesidad, a iniciar tratamiento con citalopram 20 mg/día, los primeros quince días en combinación con vareniciclina. La paciente no presentó problemas al retirar vareniciclina, y disminuyó notablemente la ansiedad y el pensamiento obsesivo, especialmente evidentes a los 2-3 meses de tratamiento. Se mantuvo el tratamiento con ISRS durante 9 meses más, con buena tolerancia y sin problemas de retirada. Actualmente sigue abstinentes y sin problemas de ansiedad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de abordaje del tabaquismo de la SEMFYC.
2. DSM-IV.

### 10/678. ENFERMEDAD DE PAGET Y CARCINOMA MULTICÉNTRICO DE MAMA

A. López Herranz<sup>a</sup>, G. González Sanz<sup>b</sup>, M. Herrero López<sup>b</sup>, S. Saudí Moro<sup>b</sup>, C. Gracia Roche<sup>b</sup> y S. Paterna López<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Los Ángeles. Madrid; <sup>b</sup>Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Descripción del caso:** Mujer de 76 años de edad con antecedentes familiares de Ca. de Mama en una prima hermana, 2 tías y 1 tío por parte materna y antecedentes personales de HTA, Sd depresivo y trombocitemia esencial en tratamiento con hidroxiurea, que acude a consulta refiriendo que lleva una temporada más nerviosa y que se pellizca el pezón.

**Exploración y pruebas complementarias:** Lesión eritematosa y descamativa en pezón de mama derecha de unos 2,5 cm de diámetro. No adenopatías en territorio axilar ni supraclavicular, ni nódulos palpables en ambas mamas. Auscultación cardiopulmonar normal. Radiografía de tórax y eco abdominal normal. Ecocardiografía: Disfunción diastólica leve. Insuficiencia mitral leve. Analítica normal salvo plaquetas de 630.000. Biopsia de areola derecha: Piel con enfermedad de Paget. Mamografía: Microcalcificaciones dismórficas segmentarias en unión de cuadrantes internos de mama derecha y microcalcificaciones similares en cuadrante superoexterno. Bi-rads 4. A descartar Ca multicéntrico. Gammagrafía ósea normal.

**Juicio clínico:** Sospecha de Ca. Multicéntrico de mama derecha con biopsia intraoperatoria positiva, efectuándose mastectomía radical modificada, tipo Patey. Diagnóstico anatomopatológico: Ca. Ductal infiltrante grado 2 + Ca. intraductal grado 3 con focos de necrosis y calcificación + enfermedad de Paget del pezón. Un ganglio linfático axilar sin evidencia de infiltración tumoral. Dos ganglios sin infiltración tumoral. Receptores hormonales negativos. Herceptest grado 3 (positivo).

**Diagnóstico diferencial:** Dermatitis crónica eccematosa, adenomatosis erosiva del pezón.

**Comentario final:** La enfermedad de Paget es una neoplasia que representa menos del 1% de los ca. mamarios. La edad de presentación es a partir de la 4ª década de la vida, preferentemente en la post-menopausia. Suele ser una lesión unilateral que afecta al pezón solamente, o acompañada, con menos frecuencia, de una Ca ductal adyacente. En el caso expuesto llama la atención la triple asociación de una Ca ductal infiltrante con una Ca intraductal y la enfermedad de Paget.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Curto OC, De Lauro JA, Morassut HJ. Carcinoma Mamario de Paget con seguimiento a más de 10 años. *Rev Argent Cirug.* 2008;94(5-6):214-20.
2. Sakorafas GH, Blanchard K, Sarr MG, Farley DR. Paget's disease of the breast. *Cancer Treat Rev*. 2001;27:9-18.
3. Ikda DM, Helvie MA, et al. Paget's disease of the nipple. Radiologic-pathologic correlation. *Radiology*. 1993;189:98-194.

**10/679. TIÑA INCÓGNITO**

A. López Herranz<sup>a</sup>, G. González Sanz<sup>b</sup>, S. Saudí Moro<sup>b</sup>, S. Paterna López<sup>b</sup>, C. Gracia Roche<sup>b</sup> y M. Herrero López<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Los Ángeles. Madrid; <sup>b</sup>Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Descripción del caso:** Mujer de 64 años de edad con antecedentes de carcinoma intraductal de mama en tratamiento con tamoxifeno, adenocarcinoma colorrectal y coleditiasis, que acude a consulta por presentar lesión anular en antebrazo derecho de 2 semanas de evolución, levemente pruriginosa y de crecimiento progresivo tras rascado de una pústula.

**Exploración y pruebas complementarias:** Placa de crecimiento anular, eritemato-violácea de 3 cm de diámetro en antebrazo derecho, con zona central más clara, pústulas en la zona periférica y signos de sobreinfección bacteriana. No se palpan adenopatías loco-regionales y el resto de la exploración física es normal. Analítica de sangre completa sin alteraciones.

**Juicio clínico:** Ante la sospecha de una tiña con sobreinfección bacteriana, en primer lugar se pauta tratamiento con mupirocina tópica, desapareciendo los signos de sobreinfección, pero presentando un crecimiento progresivo de la misma hasta 4 cm de diámetro. Posteriormente se instaura tratamiento con griseofulvina 500 mg/ 24 h y bifonazol tópico, que fueron suspendidos a la semana por cuadro de urticaria aguda.

Se deriva a dermatología, pautando tratamiento con mometasona tópica por sospecha de eccema secundario a tamoxifeno, con empeoramiento progresivo, motivo por el cual se realiza biopsia que informan como dermatitis espongiforme compatible con eccema y raspado de la lesión con cultivo de las escamas con diagnóstico de *trichophyton mentagrophytes* variedad *granulosum*, con lo cual se reintroduce el tratamiento con griseofulvina 500 mg/24 h y bifonazol crema, completando 4 semanas seguidas de tratamiento oral sin reaparecer la urticaria y con remisión completa de la lesión.

**Diagnóstico diferencial:** Granuloma anular. Eccema numular. Eccema pitiriasiforme. Impétigo.

**Comentario final:** Desde la introducción en la década de los años 60 de los corticoides tópicos para el tratamiento de las dermatosis, se ha observado un cambio en la patología ocasionada por los dermatofitos, con la aparición de una nueva forma clínica denominada tiña incógnita. Se trata de lesiones en las que la aplicación de corticoides tópicos, condicionan la pérdida de la morfología típica clásica, por lo que generalmente estas lesiones tienden a la cronicidad. Es importante el diagnóstico etiológico de cualquier dermatosis y el empleo cauteloso de tratamiento esteroideo tópico.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Clemente-Ruiz de Almirón A, Serrano Falcón C, Serrano Falcón MM, Burkhardt Pérez P, Naranjo Sintes R. Granuloma de Majocchi de presentación como tiña incógnita. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2009;37(4):193-6.
2. Weinstein A, Berman B. Topical treatment of common superficial tinea infections. *Am Fam Physician.* 2002;65(10):2095-102.
3. Sánchez-Castellanos M, Mayorga-Rodríguez J. Tinea incognita due to *Trichophyton mentagrophytes*. *Mycoses.* 2005;50:85-7.

**10/694. TAQUICARDIA VENTRICULAR: MÁS QUE UNA ARRITMIA**

M. Rodrigo Claverol<sup>a</sup>, J. Martínez Soldevila<sup>b</sup>, M. Lafarga Giribets<sup>a</sup>, M. Rodrigo Claverol<sup>a</sup>, V. Martín Miguel<sup>a</sup> y E. Camats Escoda<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Medicina de Familia. <sup>b</sup>Enfermería. CAP Bordeta-Magraners. Lleida.

**Descripción del caso:** Varón, colombiano, de 27 años de edad con antecedentes de accidente laboral en su país hace 4 años en el que según explica recibió descarga eléctrica de alta tensión. Posteriormente estuvo ingresado por extrasístoles y recibió tratamiento

farmacológico que no recuerda. No refiere antecedentes familiares de muerte súbita. Acude derivado de Mutua por hallazgo casual de extrasístola ventricular (EV). En la anamnesis únicamente refiere que desde hace años presenta sensación de "latidos fuertes".

**Exploración y pruebas complementarias:** No signos de insuficiencia cardíaca. Auscultación cardíaca: ruidos arrítmicos a 73X'. TA: 140/70. SatO<sub>2</sub>:100%. ECG: ritmo sinusal con EV frecuente, en algunas ocasiones agrupadas en rachas autolimitadas. Rx tórax: sin alteraciones. Analítica básica e ionograma normal. Holter: EV frecuente. Ecocardiograma: normal. Estudio electrofisiológico: taquicardia ventricular (TV) no sostenida, TV sostenida autolimitada y EV monomorfa con morfología de tracto de salida.

**Juicio clínico:** A pesar de estar asintomático ante la imagen electrocardiográfica se deriva al paciente a urgencias para valoración cardiológica. El cardiólogo de guardia decide estudio ambulatorio urgente e inicia tratamiento con betabloqueantes. Durante el estudio el paciente continúa asintomático. Tras el estudio completo deciden realizar ablación de foco automático en tracto de salida de ventrículo derecho que resulta efectivo.

**Diagnóstico diferencial:** Taquicardias de QRS ancho: TV, taquicardia supraventricular en paciente con bloqueo de rama o taquicardia supraventricular con conducción anterógrada por una vía accesorias.

**Comentario final:** Durante su estudio, cardiología recomienda que en el trabajo realice actividades que no impliquen riesgo (desaconseja trabajo en alturas y conducción de maquinaria pesada). La Mutua dice que no puede realizar las siguientes tareas de su trabajo habitual hasta la emisión de su aptitud definitiva: conducción de vehículos, realizar trabajos en alturas. El empresario solicita la IT del paciente pero el paciente no la quiere porque dice que en estos momentos no está realizando tareas de riesgo y tiene miedo al despido tras la IT como ha pasado con otros compañeros. Así pues, nos encontramos con un caso que ha acudido a nosotros por un problema físico de posible riesgo vital y que tras una valoración inicial derivamos a atención especializada pero cuya dificultad en el seguimiento por nuestra parte ha radicado en el conflicto entre dos de los clásicos principios de la bioética, el de autonomía y el de no maleficencia. Por un lado, el paciente asintomático y que niega hacer en este momento los trabajos que desaconseja el cardiólogo presionando a su médico por el riesgo de despido si coge IT (y no olvidemos que es un inmigrante) y por otro lado el empresario presionando para IT y un ECG con EV frecuente y TV no sostenida.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Baquero Alonso M, Rodríguez Martín AM, González Carnero R, Gómez Santana JC, De Haro Muñoz J. Recomendaciones de buena práctica clínica en arritmias. *Semerger.* 2010;36:31-43.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999.
3. Simón Lorda P, Rodríguez Salvador JJ, Martínez Maroto A, Lopez Pisa RM, Júdez Gutiérrez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. *Med Clin (Barc).* 2001;117:418-26.

**10/707. LIPOATROFIA SEMICIRCULAR. LA IMPORTANCIA DE ESCUCHAR AL PACIENTE ANTE SITUACIONES POCO FRECUENTES**

A. Rodríguez Romero<sup>a</sup>, D. de Diego Sierra<sup>a</sup>, M. Fernández Cañaveras<sup>a</sup>, C. Izquierdo del Reino<sup>a</sup>, I. Martínez González<sup>b</sup> y A. Jurado Toro<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Manzanares I. Ciudad Real; <sup>b</sup>Hospital General de Ciudad Real; <sup>c</sup>CS Corral de Calatrava. Ciudad Real.

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 35 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que acude a consulta refiriendo que desde hace algunos meses se encuentra cansada con sensación de pesadez en ambos miembros inferiores a lo que se añaden, como únicos signos físicos la presencia de unas bandas deprimidas transversales en la cara anterolateral de ambos muslos. La pacien-

te presenta una manifiesta preocupación pues refiere que en la empresa donde trabaja han aparecido casos similares (empleada de banca), y ella misma ha realizado una búsqueda en internet en prensa general y especializada y piensa que bien pudiera ser un caso de lipoatrofia semicircular (entidad nosológica desconocida para el facultativo que atendió inicialmente a la paciente). Ante la sospecha de una enfermedad relacionada con el trabajo, se solicitó la intervención de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, la cual coincidió con la sospecha diagnóstica inicial, requiriendo a la empresa para que realizara un estudio de niveles de humedad y de electricidad electrostática, siendo estos últimos elevados aunque sin que se sobrepasaran los límites legalmente establecidos. Se realizaron modificaciones en el puesto de trabajo de la paciente mejorando la clínica de manera progresiva hasta su total desaparición. Actualmente la paciente se encuentra asintomática, desempeñando su actividad laboral en la misma empresa con normalidad.

**Exploración y pruebas complementarias:** La paciente presentaba unas bandas deprimidas transversales en la cara anterolateral de ambos muslos no dolorosas ni a la palpación ni de manera espontánea, sin presentar alteraciones de la piel ni aparentemente de la musculatura, y de unas dimensiones de 15 cm de largo, 1,5 cm de ancho y una profundidad de 1-2 mm. Se le realizó una analítica en la que se incluyó enzimas musculares y proteinograma, que fue rigurosamente normal, con excepción de un ligero aumento de alfa1-globulina y una ecografía de partes blandas de la zona afectada que no evidenció ninguna alteración significativa.

**Juicio clínico:** Lipoatrofia semicircular.

**Diagnóstico diferencial:** La principal entidad clínica con la que realizar diagnóstico diferencial es la lipodistrofia localizada, diagnóstico que se descartó al no existir sobrepeso en la paciente, la piel no presentaba irregularidades y no existían otros síntomas asociados (dolor espontáneo, calambres, parestesias, edemas, varices o frialdad de pies).

**Comentario final:** La lipoatrofia semicircular es una alteración del tejido graso subcutáneo, uni o bilateral, localizada en la zona anterolateral del muslo sin que coexista con alteraciones de la piel ni del tejido muscular subyacente. Para explicar la aparición de esta patología se ha descrito la activación de los macrófagos que mediante la producción de citoquinas son capaces de dañar y modificar la estructura del tejido adiposo y que estaría en relación con la presencia de campos electromagnéticos debajo de las mesas de trabajo. Se trata en cualquier caso de un trastorno reversible que desaparece al eliminar las causas que lo originan y que no es doloroso para quien lo padece.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Maes A, Curvers B, Verschaeve L. Lipoatrofia semicircular: the electromagnetic hipótesis. *Eetic Biology and Medicine*. 2003; 22(2).
2. Marqués F. Lipodistrofia semicircular: ¿estamos ante una nueva enfermedad profesional? *Med Segur Trab*. 2008;54.
3. Pañella H, Juanola E, De Peray JL, Artazcoz L. Lipoatrofia semicircular: un nuevo trastorno de salud relacionado con el trabajo. *Gac Sanit*. 2008;22(1):73-5.

#### 10/714. AMIOTROFIA DIABÉTICA COMO CAUSA DE DOLOR EN EXTREMIDAD INFERIOR DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

D. Fernández Punset<sup>a</sup>, C. Mascort Nogué<sup>a</sup>, M. Vila Martí<sup>a</sup>, S. Mauri Roca<sup>b</sup>, A. Armengol Arxé<sup>b</sup> y S. Saura Sanjaume<sup>a</sup>

<sup>a</sup>ABS Girona 3. Girona; <sup>b</sup>Hospital Trueta. Girona.

**Descripción del caso:** Varón de 50 años diabético de 6 años de evolución con mal control metabólico. Como complicaciones crónicas presenta macroangiopatía con IAM hacia 4 años y macroalbuminuria. Otros antecedentes: TEP, HTA, dislipemia, obesidad y síndrome

de apnea del sueño. Seguía tratamiento con ácido acetilsalicílico, atenolol, nitroglicerina, metformina, amlodipino, enalapril y simvastatina. Cuadro clínico de dolor errático en extremidades inferiores de 5 meses de evolución acompañado de pérdida progresiva de peso. Inicialmente refirió dolor mecánico en rodilla derecha y posteriormente a nivel lumbar, cadera y rodilla izquierda así como en hemiabdomen ipsilateral. El dolor era mal definido, intenso en reposo aumentando con el movimiento y necesitando incluso ayuda externa para deambular. La pauta analgésica progresiva llegando hasta la administración de morfina no llegó a controlar el dolor.

**Exploración y pruebas complementarias:** Destaca alodinia en hemiabdomen y en extremidad inferior izquierda desde zona inguinal hasta rodilla sin signos de inflamación articular. Leve atrofia muscular en extremidades inferiores y arreflexia rotuliana bilateral con aquileos vivos. Glucosa 255 mg/dl, colesterol 397 mg/dl y HBA1c 9,5%. VSG, PCR, hemograma, ionograma, calcio, CK, función tiroidea, renal y hepática, marcadores tumorales, electroforesis, B2 microglobulina, ANA, vitamina B12 normales. RNM rodilla derecha: ruptura de menisco externo. RNM lumbar, TAC pélvico y abdominal normal, gammagrafía ósea normal. Electromiograma de miembros inferiores mostró alteraciones compatibles con plexopatía lumbosacra aguda.

**Juicio clínico:** Poliradiculopatía lumbosacra diabética (amiotrofia diabética).

**Diagnóstico diferencial:** Poliradiculoneuropatía lumbosacra asimétrica y subaguda con posible causa endocrinometabólica (amiotrofia diabética, déficit de vitaminas), autoinmune (vasculitis), infecciosa (HIV), tóxica (plomo) o neoplásica.

**Comentario final:** La amiotrofia diabética es una poliradiculopatía del plexo lumbosacro y afecta aproximadamente al 1% de pacientes diabéticos y probablemente es la neuropatía que causa más morbilidad. El cuadro clínico se presenta en diabéticos no insulina-dependientes y no guarda relación con el mal control metabólico. La etiología no es conocida pero los estudios sugieren un mecanismo inflamatorio asociado a vasculitis con acúmulo de inmunocomplejos y complemento. Los síntomas iniciales son el dolor agudo o subagudo, asimétrico y severo en extremidades inferiores, inicialmente proximal pero al progresar se extiende a toda la extremidad. El dolor es severo y de difícil control. Con el paso del tiempo la debilidad y la atrofia se convierten en el principal problema, dificultando la movilización. El diagnóstico se basa en la historia, exploración clínica y el electromiograma que muestra daño axonal multifocal de raíces y plexos con desmielinización y denervación. El pronóstico es bueno en la mayoría de casos, la recuperación se produce entre 6 meses y dos años, sin embargo existen casos de recidivas frecuentes y en diferentes extremidades, así como secuelas motoras y sensitivas graves.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Jennifer A, Tracy MD, James B, Dyck MD. The Spectrum of Diabetic Neuropathies. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008;19(1).
2. Dyck J, Norell J, Dyck PJ. Microvasculitis and ischemia in diabetic lumbosacral radiculoplexus neuropathy. *Neurology*. 1999;53;2113.
3. Feldman E. Epidemiology and classification of diabetic neuropathy. Update. 2010.
4. Pedraza L. Neuropatías diabéticas: formas clínicas y diagnóstico. *Revista Medicina Clínica Condes*. 2009;20(5):681-6.

#### 10/717. HIPERREFLEXIA EN POLINEUROPATÍA DIABÉTICA

Z. Pascual García

CS Guayaba. Madrid.

**Descripción del caso:** Varón de 76 años con antecedentes personales de diabetes mellitus (DM) tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales (repaglinida) con buen control metabólico; y gas-



trectomía por úlcus duodenal. Clínica subaguda de 6 meses de evolución de parestesias en manos y pies que han ido progresando proximalmente hasta codos y rodillas, en los últimos meses acompañado de torpeza motora en ambas manos.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física presenta hipoestesia marcada en ambos miembros superiores distal hasta codo y ambos miembros inferiores distal hasta rodilla. Destaca el hallazgo no congruente de reflejos osteotendinosos (ROT) exaltados aunque simétricos a todos los niveles excepto aquileos. No clonus ni Babinski. Pruebas complementarias realizadas en atención primaria: hemograma normal; bioquímica con estudio vitamina B12, hemoglobina glicada, reactantes de fase aguda, hormonas tiroideas, calcio y proteinograma sin alteraciones; estudio autoinmunidad negativo; radiografía cervical: importante degeneración artrósica con esclerosis subcondral y osteofitos en todas las vértebras. Pruebas realizadas en atención especializada: electromiograma (EMG): polineuropatía (PNP) sensitivo-motora mixta de predominio desmielinizante; RMN cervical: espondiloartrosis cervical que afecta a los niveles C3-C4 y C4-C5 con clara estenosis de canal y mielopatía cervical artrósica.

**Juicio clínico:** PNP diabética que cursa con parestesias en guante-calcetín y mielopatía espondilítica cervical artrósica que justificaría el síndrome piramidal asociado.

**Diagnóstico diferencial:** Se planteó el diagnóstico diferencial con las siguientes entidades causantes de polineuropatía, donde la lesión reside a nivel de nervio periférico: como opción más probable complicación metabólica crónica de DM; PNP secundaria a déficit de vitamina B12 por el antecedente de gastrectomía; PNP pre-

sente en la enfermedad de Lyme por contacto con medio rural; posibilidad de enfermedad grave intercurrente. En el caso de la hiperreflexia, donde la que está afectada es la primera motoneurona: la principal sospecha ante el hallazgo radiológico es compresión medular por espondiloartrosis, otras causas serían hernia discal, malformaciones vasculares, compresión neoplásica.

**Comentario final:** Se trata de un paciente diabético con clínica rápidamente progresiva de afectación de sensibilidad distal simétrica en manos y pies que como dato llamativo presenta en la exploración una exaltación de los ROT profundos. Este último dato no sólo no es característico de una PNP diabética, que sería la primera sospecha diagnóstica, sino que en esta entidad lo más habitual es encontrar en la exploración física pérdida de ROT progresiva a medida que se van afectando los distintos grupos musculares. En el segundo nivel asistencial se le realizó un EMG con resultado esperable de hallazgo sugestivo de PNP sensitivo-motora mixta. El hallazgo más relevante fue en la RMN cervical de un compromiso medular por estenosis de canal cervical que podría justificar la clínica de hiperreflexia.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Asbury AK. Estudio del paciente con neuropatía periférica. En: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, eds. Harrison Principios de medicina interna, 16ª ed. Madrid. McGraw-Hill Interamericana; 2006:2579-84.
2. Boulton AJ, Vinik AI, Arezzo JC, Bril V, Feldman EL, Freeman R, et al. Diabetic Neuropathies. A statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2005;28(4):956-62.
3. Hughes RA. Peripheral neuropathy. BMJ. 2002;324:466-9