

otra forma: ¿son válidos? Es decir, enjuicamos la validez metodológica del artículo. Los criterios de validez de los artículos son diferentes para las diferentes preguntas: preguntas sobre tratamiento, diagnóstico, pronóstico, evaluación económica... Dependiendo de la validez de un artículo lo podemos clasificar dentro de una escala de niveles de evidencia y grados de recomendación.

- ¿Cuáles son los resultados? Por ejemplo, ¿la intervención experimental frente al control muestra un gran efecto?, ¿cómo miden el efecto?, ¿son precisos los resultados?

- ¿Son pertinentes o aplicables estos resultados en mi medio?

Para ayudarnos en la evaluación de estos tres aspectos, en CASPe ha diseñado unas parrillas de preguntas que nos guían en el proceso de lectura crítica.

Existen otras guías y cuestionarios como los criterios CONSORT para evaluar ensayos clínicos controlados, los criterios QUORUM para revisiones sistemáticas y los criterios AGREE para valorar guías de práctica clínica.

AULA HISPANOLUSA

Proyecto formativo: la consulta virtual como entrenamiento para mejorar la calidad existencial

Coordinadores:

Juan Antonio Trigueros Carrero y Manuel Martínez Boyano

Ponentes:

Concepción Flores Muñoz¹ e Higinio Flores Tirado²

1.- Médica general y de familia. UGC La Roca. Distrito Sanitario Málaga

2.- Médico general y de familia. Dispositivo de Apoyo Distrito Sanitario de Málaga

Esta actividad congresual tendrá lugar el próximo día 21 de mayo constando de dos partes bien diferenciadas.

Esta primera parte formativa consiste en la exposición a los asistentes de tres casos clínicos, basados en tres patologías cotidianas en la consulta del médico de Atención Primaria, como son la reagudización de un paciente con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la consulta de un paciente por un dolor de origen osteomuscular en la región lumbar y el de otro afecto de una clínica compatible con un síndrome de apnea-hipopnea del sueño.

Una vez expuesto el caso clínico, se solicitará que los asistentes elaboren su juicio clínico; para, a continuación, ir dando claves para que por medio de un sistema informático interactivo, vayan respondiendo a una serie de cuestiones planteadas que conduzcan a la resolución definitiva del caso. Finalmente se establecerá un turno de palabra para solventar aquellos aspectos e impresiones que hayan podido surgir durante la actividad. Los casos clínicos serán expuestos por los doctores Concepción Flores, Mario Bárcenas e Higinio Flores.

La segunda parte de la actividad consistirá en el

área investigadora, que tendrá lugar a continuación de la anterior y donde se va a desarrollar un proyecto de investigación sobre el síndrome de apnea del

sueño. Dicha exposición correrá a cargo del Grupo de Trabajo de Aparato Respiratorio de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

Proyecto de investigación: diagnóstico del síndrome de apnea del sueño en atención primaria

Ponentes:

Mario Bárcena Caamaño¹ y Juan Antonio Trigueros Carrero²

1.- Médico general y de familia. Centro de Salud Novoa Santos. Ourense

2.- Médico general y de familia. Centro de Salud Menasalbas. Toledo

En la mañana del sábado día 21 dentro del **Aula Hispanolusa** se desarrollará el "Proyecto formativo: la consulta virtual como entrenamiento para la calidad asistencial". A los asistentes se les propondrá la resolución de diferentes casos clínicos, los datos de los pacientes serán proporcionados a través de un ordenador mediante vídeos y otras informaciones para ir respondiendo a una serie de preguntas que al finalizar la actividad se discutirán con un moderador. Uno de los casos clínicos versará sobre el Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS). Se trata de una patología que afecta de forma importante a la calidad de vida de quien lo padece, y aumenta el riesgo de morbimortalidad especialmente por accidentes y patología cardiovascular.

No existe una definición consensuada de manera universal del SAHS, una de ellas es la de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) en una publicación de 2010 sobre la Apnea del Sueño en Atención Primaria: "*Aparición de episodios recurrentes de limitación del paso de aire durante el sueño como consecuencia de una alteración anatómico-funcional de la vía aérea superior que conduce a su colapso total (apnea) o parcial (hipopnea), provocando descensos en la saturación de oxihemoglobina y micro-despertares múltiples que dan lugar a un sueño no reparador, somnolencia diurna excesiva y trastornos neuropsiquiátricos, respiratorios y cardiovasculares*".

Aunque para el diagnóstico es precisa la derivación a neumología para la realización de una poli-

somnografía (PSG) del sueño, el papel del médico de Atención Primaria en el diagnóstico de sospecha es clave en esta patología. Se trata de una patología con un elevado infradiagnóstico, algunos hablan de que solo están diagnosticados entre un 5 y un 10% de los casos, estimándose una prevalencia en población general adulta del 4-6% en los hombres y del 2-4% en las mujeres (después de la menopausia la prevalencia tiende a igualarse), mientras que en población mayor de 65 años puede llegar al 20%.

Es relativamente frecuente que sospechemos este cuadro ante pacientes que refieren roncopatía y apneas observadas durante el sueño, y más cuando estamos ante un paciente varón, obeso y con un cuello corto. Pero no siempre pensamos en el SAHS ante pacientes que nos refieren síntomas tan frecuentes como cansancio crónico, irritabilidad, depresión, dificultades de concentración, pérdida de memoria, cambios de carácter, cefalea matutina, sensación de sueño no reparador, pesadillas o insomnio, entre otros. La excesiva somnolencia diurna también es un síntoma clave para hacernos sospechar un SAHS, aunque no debemos olvidar que la causa más frecuente de la excesiva somnolencia durante el día es el dormir menos horas de las necesarias.

La anamnesis debe recoger la existencia o no de ronquidos, apneas observadas durante el sueño, alteraciones del sueño y síntomas diurnos como los ya citados. También se debe realizar algún tipo de test como la Escala de Somnolencia de Epworth (una pun-

tuación superior a 12 se considera patológica e inferior a 9 normal)

También es importante reseñar si existen una serie de patologías ya que se conocen diferentes comorbilidades relacionadas con el SAHS (hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, accidentes cerebrovasculares, diabetes mellitus o antecedentes de accidentes de tráfico o laborales)

La exploración física a realizar ante una sospecha de SAHS debe incluir, al menos, el intentar objetivar una alteración anatómica de la vía aérea superior (tabique nasal, obstrucción nasal, paladar blando, amígdalas, retro o micrognatia), peso, talla y cálculo del índice de masa corporal, distancia hioides-mandíbula, toma de tensión arterial y auscultación cardiopulmonar.

Una vez establecido el diagnóstico de sospecha, realizada la anamnesis y la exploración se debe derivar a la correspondiente unidad para el estudio del sueño priorizando aquellos pacientes que presenten hipersomnia diurna importante, riesgo cardiovascular elevado y profesiones de riesgo (conductores, maquinaria peligrosa, etcétera)

El método de referencia para el diagnóstico de SAHS es la polisomnografía convencional. En esta prueba se registran, entre otros parámetros, las apneas, hipopneas, esfuerzos respiratorios asociados a microdespertares y la saturación de oxígeno. También se ha validado la utilización para el diagnóstico de un método con un dispositivo más sencillo, la poligrafía

respiratoria, que permite realizar la prueba tanto en hospital como en el domicilio del paciente. Los resultados de la prueba se expresan como índice de apneas-hipopneas (IAH) que indican el número de estos episodios por hora de sueño, considerándose patológico un IAH >5-10.

El tratamiento se realiza con CPAP (*continuous positive airway pressure*) nasal, es un dispositivo que consigue una presión positiva en la vía aérea superior y que evita su colapso durante el sueño. La indicación se realiza en función del IAH, la intensidad de la somnolencia diurna y la existencia de comorbilidades.

Una vez que al paciente se le ha indicado el CPAP, corresponde de nuevo al médico de Atención Primaria insistir en algunas medidas como evitar dormir en decúbito supino, evitar el consumo de alcohol y de benzodiazepinas, perder peso, también valorar y tratar la congestión nasal o la posible irritación causada por las mascarillas, aconsejar en ocasiones humidificar el ambiente, o prescribir si es preciso (sobre todo al principio) algún hipnótico no benzodiazepínico. Finalmente si hay problemas importantes de adaptación al dispositivo o no se obtiene mejoría habrá que volver a derivar a neumología.

El diagnóstico y tratamiento, sobre todo con CPAP, ha demostrado mejorar de forma clara la calidad de vida de estos pacientes (calidad del sueño y disminución de síntomas diurnos relacionados con el SAHS) así como disminuir el riesgo cardiovascular y de sufrir accidentes de tráfico y/o laborales.

AULA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

Ecografía abdominal

Manuel Devesa Muñiz¹, Francisco Javier Durán Rodríguez², Aquilino Vázquez Fernández²

1.- Médico general y de familia. Centro de Salud Allariz. Ourense

2.- Médico general y de familia. Centro de Salud Socuéllamos. Ciudad Real

3.- Médico general y de familia. Centro de Salud Cartuelle. Ourense

En el ámbito de la Atención Primaria cada vez tiene mas importancia un diagnóstico precoz y preci-

so de aquellas patologías que demandan asistencia en los centros de salud teniendo especial relevancia

las técnicas de imagen, entre las que la Ecografía tiene un papel preponderante puesto que es en este nivel en el que se atienden y resuelven más del 80% de las consultas, siendo la Ecografía realizada en primaria una técnica de resultados rápidos, a la vez que es dinámica lo que permite realizar estudios con estas características de las patologías atendidas.

Para que esta técnica sea útil precisa que su realización se efectúe por el médico de familia en el momento de la demanda de asistencia médica y siempre como complemento de una buena anamnesis y exploración física correcta que serán los pasos que orientarán hacia las pruebas complementarias adecuadas.

Para obtener los mejores resultados en el manejo de la Ecografía podemos considerar que estos se apoyan en tres pilares, un buen equipo, una buena preparación del paciente y una buena sistemática exploratoria lo que nos va a permitir obtener unos óptimos resultados.

Con estas premisas se ponen en marcha estos dos talleres de ecografía abdominal, uno de iniciación y otro de ecografía abdominal avanzada; en el primero, se desarrollarán los principios físicos de la ecografía necesarios para una adecuada comprensión del manejo del ecógrafo consiguiendo los mejores resultados en la exploración permitiéndonos interpretar correctamente las imágenes que obtenemos, así mismo en el primer taller de iniciación se definirán los diferentes cortes anatómicos ecográficos que abarquen un recorrido por todo el

abdomen, de manera que no nos quede ningún órgano sin explorar, siguiendo para ello una secuencia de cortes longitudinales, transversales y oblicuos que nos definan las condiciones de normalidad de las diferentes vísceras exploradas entre las que se encuentran hígado, bazo, riñones, páncreas y a nivel de pelvis todo el sistema genitourinario tanto masculino como femenino completando este primer taller con un apartado práctico que explicita toda la sistemática exploratoria.

En el taller de nivel avanzado en ecografía abdominal y con la base del taller de iniciación se abarcarán las patologías específicas de órganos abdominales subsidiarios de ser explorados ecográficamente, pudiendo de esta manera encontrarnos a nivel hepático con lesiones sólidas o quísticas que a su vez pueden ser focales o difusas; así mismo podemos seguir aquellas patologías urológicas presentes en la consulta de primaria en donde por su frecuencia adquiere especial importancia el seguimiento del cólico nefrítico cuyo seguimiento ecográfico permite valorar las repercusiones que este puede tener sobre el riñón permitiendo orientar las medidas terapéuticas en función de dicha repercusión.

Puede considerarse por tanto, que con un adecuado ecógrafo, una buena preparación del paciente y una correcta formación específica se consiguen un mejor manejo y diagnóstico de múltiples patologías abdominales sin retraso y que en caso necesario permiten una adecuada derivación al nivel asistencial correspondiente.

Radiología osteomuscular

José Carlos Sánchez Sánchez

Director del Área Integrada de Gestión de Diagnóstico por Imagen. Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería

En esta sesión del Aula por Imagen del XVIII Congreso Nacional y XII Internacional de Medicina General y de Familia haremos un monográfico de la radiología de la rodilla. Empezaremos por un

recuerdo anatómico, fundamentalmente en resonancia magnética.

Posteriormente nos centraremos en las distintas técnicas de imagen que se utilizan para el estudio

de la patología de la rodilla. El conocimiento de los diferentes métodos radiológicos, permite la elección de la prueba indicada para cada paciente, según la patología que presente y su correcta interpretación. Las técnicas más utilizadas son la radiografía, la TC, la RM, la ecografía.

La radiografía simple de la rodilla es muy útil para la valoración de la cortical y de la trabécula ósea, siendo habitualmente la única prueba necesaria. Las proyecciones básicas del estudio radiológico son la antero posterior y la lateral. Las radiografías en carga son muy útiles en la evaluación del espacio articular en la enfermedad degenerativa.

La TC es muy útil en el estudio de algunas lesiones óseas y de partes blandas. Tiene una resolución de contraste superior a la de la radiografía simple, valora excelentemente la cortical y la trabécula ósea y es superior a la RM en demostrar calcificaciones de partes blandas; sin embargo es menos sensible que la RM para valorar partes blandas y de la médula ósea. Es muy útil para demostrar y caracterizar lipomas, hematomas, abscesos y osteomielitis.

La TC helicoidal reduce artefactos de movimiento, obtiene reconstrucciones multiplanares y volumétricas en 3D, que proporcionan un información muy importante en fracturas complejas.

La artrografía convencional, que evalúa la patología de la capsula articular, los meniscos, ligamentos, cartílago articular y cuerpos libres articulares, ha sido reemplazada por la artroTC y la artroRM.

El avance en las imágenes Modo B y el desarrollo de sondas lineales cada vez de mayor frecuencia, han hecho de la ecografía una herramienta muy útil, por su disponibilidad, bajo coste y la posibilidad de realizar estudios dinámicos, siendo un complemento "perfecto" a la exploración física del paciente. Como inconvenientes, tenemos la dificultad de explorar lesiones profundas intrarticulares y que es operador dependiente, así como la existencia de artefactos en nervios, tendones y ligamentos.

La resonancia magnética se ha convertido en una de las pruebas más importantes para el estudio de

la patología de la patología de la rodilla, sustituyendo en algunos casos a la artrografía y la artroscopia diagnóstica para el estudio de los meniscos y ligamentos cruzados. Debido a su gran resolución de contraste, así como a su capacidad multiplanar, se evalúan perfectamente las estructuras vasculares, la médula ósea, los ligamentos, tendones, meniscos, cartílagos y músculos.

La mayor o menor rentabilidad de la resonancia viene determinada por la experiencia del médico que interpreta la exploración, así como de la elección de los protocolos de estudio y secuencias apropiados a la patología que presenta el paciente.

La resonancia es una técnica muy rentable cuando se usa como complemento y no como sustitución de una exploración clínica rigurosa, de una historia clínica precisa y de una lectura detallada de la radiografía simple de la rodilla.

Analizaremos la anatomía normal de todos los elementos de la rodilla en resonancia, empezando por los meniscos (imagen normal, degeneración meniscal, menisco discoideo, roturas meniscales y los errores en la interpretación de la rotura meniscal); posteriormente analizaremos la patología del ligamento lateral interno, del ligamento lateral externo y ligamentos cruzados anterior y ligamento cruzado posterior. Seguiremos analizando la patología de las estructuras de soporte anterior: alteraciones del tendón del cuádriceps, alteraciones del tendón rotuliano (tendinitis, enfermedad de Sinding – Larsen –Johanson, enfermedad de Osgood – Schlatter, rotura del tendón rotuliano), bursas y plisacas sinoviales. Dedicaremos un capítulo aparte a la inestabilidad rotuliana, el síndrome de hiperpresión lateral, la condromalacia rotuliana, defecto dorsal de la rótula, osteocondritis disecante y rótulas bipartita. Posteriormente estudiaremos las fracturas y luxaciones de la rodilla.

Nos detendremos en el análisis de la enfermedad degenerativa de la rodilla y acabaremos analizando los tumores óseos y lesiones pseudotumorales de la rodilla.

Radiología torácica

José Carlos Sánchez Sánchez

Director del Área Integrada de Gestión de Diagnóstico por Imagen. Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería

El estudio radiológico de tórax es la exploración que se realiza con mayor frecuencia en cualquier departamento de radiodiagnóstico. En Estados Unidos más del 40% de las exploraciones radiológicas son de tórax.

La exploración habitual de tórax consiste en la realización de dos radiografías con el paciente en bipedestación: una proyección posteroanterior y una lateral izquierda con una distancia foco película de unos 2 mts, en máxima inspiración con la respiración completamente suspendida. Las proyecciones oblicuas a veces son útiles para confirmar la presencia de un nódulo o separar vasos normales superpuestos o lesiones óseas que simulen un nódulo y para el diagnóstico de las placas pleurales en la asbestosis. Pero hoy en día han sido sustituidas por la Tomografía Computarizada (TC). La exploración radiográfica portátil a la cabecera del enfermo es de enorme utilidad, pues muestra hallazgos inesperados o hallazgos que motivan cambios en la terapéutica en el 37 - 65% de los pacientes. Las radiografías con bajo kilovoltaje (60 – 80 kvp) son útiles en ocasiones para la detección de calcificaciones y lesiones de la parrilla costal. Las tomografías convencionales de todo el tórax, útiles en la búsqueda de nódulos pulmonares y las oblicuas para la evaluación de los hilios han sido reemplazadas por la TC, que es más sensible. La proyección lordótica fue muy utilizada en el pasado por la prevalencia de la tuberculosis y puede utilizarse para la visualización de las lesiones en los vértices pulmonares proyectando las clavículas por encima del tórax. También está indicada en la confirmación de lesión del lóbulo medio, presumida en estudios convencionales. La fluoroscopia ha perdido su vigencia, pero puede utilizarse para la valoración de la movilidad diafragmática. Las radiografías en

inspiración y espiración se emplean fundamentalmente para la detección de atrapamiento aéreo y pequeños neumotórax. La radiografía en decúbito supino, y discretamente en Trendelenburg o en decúbito lateral, se utilizaban para detectar pequeños derrames pleurales o evaluar su movilidad, pero actualmente la ecografía es mucho más útil.

La radiografía de tórax tras la realización de técnicas invasoras sobre el tórax es de considerable importancia. La broncografía está actualmente en desuso por la TC y la broncoscopia.

En los últimos años el papel de la ecografía se ha extendido a la patología torácica, a pesar de las limitaciones que suponen la existencia de la caja torácica ósea y la refringencia del aire del parénquima pulmonar para conseguir una buena ventana acústica. La ecografía se realiza a través de los espacios intercostales o utilizando el bazo o el hígado como ventanas acústicas para visualizar las bases pulmonares. Suelen emplearse transductores sectoriales de 3,5 o 5 MHz. La ecografía sirve para diagnosticar, caracterizar, cuantificar y servir de guía para la aspiración y drenaje del derrame pleural. La ecografía también es útil para la demostración de consolidación o masa en el seno de derrame, la detección de tumores muy cercanos a la superficie pleural y el estudio del mediastino superior y anterior.

La tomografía computarizada se ha consolidado en los últimos años como la técnica de elección después de la radiografía de tórax convencional en el diagnóstico, evaluación y seguimiento de numerosos problemas relacionados con el tórax. Hay dos técnicas fundamentales: la TC convencional y la TC de alta resolución (TACAR). La TC convencional se hace en decúbito supino, con los brazos levantados por encima de la cabeza y en inspiración máxima, con un

espesor de corte de 5 -7- 10 mm y se suele usar contraste intravenoso para valorar el mediastino. La TC de alta resolución es útil en la enfermedad difusa del tórax; se hacen cortes de poco espesor (1 – 2 mm) y se utiliza un algoritmo de reconstrucción de alta frecuencia espacial. La TC tiene el gran valor de aportar información acerca de los valores de atenuación, lo que permite caracterizar perfectamente grasa, quistes, masas de tejidos blandos, calcificación y aire; y mediante el uso de contraste intravenoso permite hacer el diagnóstico diferencial entre una masa y una estructura vascular. Las lesiones de tejido graso benigno tienen valores de atenuación entre -80 y – 120 UH. Éstas incluyen la lipomatosis difusa del mediastino, la grasa epicárdica, hernias diafragmáticas y el teratoma.

El 10% de las masas mediastínicas corresponden a bocios intratorácicos que pueden ser perfectamente visualizados en la TC ya que muestran características específicas, como la continuidad con el tiroides, la alta atenuación en los estudios sin contraste y el marcado realce tras la inyección de contraste intravenoso. Las lesiones quísticas aparecen en la TC como masas definidas, con valores de atenuación cercanos al agua, con pared fina y bien delimitada. Algunos quistes pueden tener una atenuación elevada debido a contenido cálcico, proteináceo o hemorrágico, siendo mejor caracterizados mediante RM. El ensanchamiento mediastínico puede ser debido a adenopatías. La radiografía de tórax es muy limitada en ciertas regiones, por lo que la TC, además de confirmar la existencia de adenopatías en un territorio ganglionar concreto, puede poner de manifiesto adenopatías en otras áreas no visibles en la radiografía convencional. Aproximadamente el 10% de las masas mediastínicas son de origen vascular y el aneurisma de la aorta torácica es la causa más frecuente en el adulto. La TC es útil en la disección aórtica, aunque no existe consenso en cuanto a la técnica de elección para su diagnóstico (versus ecografía transesofágica) y en la valoración de las lesiones aórticas traumáticas, fundamentalmente la rotura aórtica. La TC es la técnica de elección para la valoración del tromboembolismo

pulmonar. La TC es muy útil en la detección y caracterización de lesiones de mediastino posterior: como los abscesos vertebrales y tumores neurogénicos. La TC es muy útil en la detección y evaluación de la patología pleural, siendo superior a la radiología convencional en la diferenciación entre lesiones pleurales y pulmonares periféricas. Es capaz de demostrar derrames pleurales de menos de 10 ml. La TC es útil para diferenciar empiemas de abscesos pulmonares. La TC es útil el diagnóstico de determinados neumotórax (pequeño tamaño, proyecciones en supino en traumatismos agudos o sometidos a ventilación). La TC es útil para detectar complicaciones secundarias a la colocación urgentes de tubos torácicos. Los tumores localizados en la pleura (tumores fibrosos/lipomas) son bien evaluados (diagnóstico/biopsia) mediante TC, así como la afectación difusa de la pleura por el fibrotorax, el mesotelioma maligno y las metástasis pleurales.

La TC es útil para diagnosticar patología esternal, como fracturas, tumores u osteomielitis, para diferenciar lesiones costales que simulan nódulos pulmonares, para diferenciar fracturas de lesiones líticas agresivas, para diferenciar tumores de pared costal y para valorar hernias diafragmáticas.

La TACAR es útil en el seguimiento de los pacientes sometidos a trasplante pulmonar. Cuando existe sospecha de rechazo crónico, sirve para apoyar el diagnóstico si se observan signos de bronquiolitis obliterante. La TC demuestra el 100% de las dehiscencias bronquiales.

Otro apartado muy interesante de la radiología torácica es la radiología intervencionista que incluye la PAAF, el drenaje de colecciones torácicas, la localización de nódulos pulmonares para resección toracoscópica y la colocación de prótesis.

Finalmente, hablaremos brevemente del PET (tomografía por emisión de positrones), que es una técnica de diagnóstico por imagen, dentro del campo de la Medicina Nuclear y se utiliza para realizar el diagnóstico imágenes de la distribución en el organismo de diversas moléculas marcadas con isótopos radiactivos emisores de positrones.

AULA DE RESIDENTES

Carrusel clínico

Silvia Gómez García

Grupo de Residentes y Jóvenes Especialistas (RYJE) de la SEMG

El carrusel clínico es un área preparada por y para residentes y jóvenes especialistas en Medicina de Familia. Coordinado por Concepción Flores Muñoz, y con la participación en la autoría de miembros del Grupo RYJE (Eva Abarca Esperón, Carmen Rocío García García, Silvia Gómez García, Jonatán Miguel Carrera, Sandra Muñoz de la Casa, Laura M^a Quintas Vázquez y Sally Salinas Herrero), este año se abordarán cuadros clínicos que tienen como común denominador el dolor pero muy diversas patologías; creo que será sumamente útil para todos los congresistas el abordaje del diagnóstico diferencial mediante MBE (nivel de evidencia y grado de recomendación) de cada una de las distintas opciones.

Se debatirán los cuidados paliativos, tanto desde el abordaje de comunicación, hasta las etapas finales del proceso; las cefaleas, la neuropatía periférica, la lumbalgia secundaria y su estudio, la consulta de astenia y la presencia de disnea. Por último se abordarán procesos de patología osteoarticular que supone por lo menos un 10% de todos los motivos de consulta en Atención Primaria, siendo, tras la hipertensión arterial, el

motivo más frecuente de consulta médica en pacientes mayores de 55 años.

El motivo de consulta, con respecto a la patología del aparato locomotor, más frecuente en Atención Primaria suele ser la existencia de dolor o "algia", de ahí la importancia de incluir dentro del carrusel clínico, patologías frecuentes como el hombro doloroso y la epicondilitis, con el objetivo de mejorar la coordinación y derivación entre los distintos niveles asistenciales, en este caso, entre Atención Primaria y Rehabilitación.

El dolor de hombro es un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria, ya que aproximadamente la mitad de la población sufre al menos un episodio anual de dolor de hombro. Nos centraremos en la capsulitis adhesiva u hombro congelado, debido a la importancia de conocer el manejo adecuado de forma precoz desde Atención Primaria y por ser criterio de derivación preferente a los servicios de Rehabilitación. Por otro lado, abordaremos el diagnóstico diferencial del dolor de codo, centrándonos en la epicondilitis, además de por su frecuencia, por su fácil manejo desde la consulta del médico de familia.