

medicinageneral

XV Congreso Nacional IX Internacional de La Medicina General Española

Número especial dedicado al Congreso en el que se recoge lo que se abordará en las Mesas (de Debate, de Controversia, Profesional, Iberoamericana, Cultural), Cátedra SEMG, Simposios, Foro Médico, Debates con el Experto en..., Talleres, Área de Investigación, Aulas, Paseo por las Habilidades Médicas, Muévete y come con SEMGtido, Comunicaciones y entrevistas a los miembros de la organización



SEMG
Sociedad Española de Médicos
Generales y de Familia

Málaga 2008
del 21 al 24 de mayo



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS GENERALES Y DE FAMILIA



UNIÓN IBEROAMERICANA DE MÉDICOS GENERALES Y DE FAMILIA



UNIÓN IBEROAMERICANA DE MÉDICOS GENERALES Y DE FAMILIA



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MÉDICOS GENERALES Y DE FAMILIA



ASOCIACIÓN DE MÉDICOS GENERALES Y DE FAMILIA

Palacio de Ferias y Congresos de Málaga



281	Comités
281	Comité de Honor
281	Comité de Congresos
282	Comité Organizador
282	Comité Científico
283	Comisión Permanente
283	Objetivos Generales
286	Entrevistas
286	Dr. Benjamín Abarca, Presidente de la SEMG
290	Dr. Leopoldo Garrido, Presidente del Comité Organizador
294	Dr. Diego Vargas, Presidente del Comité Científico
298	Dra. Mercedes Otero, Miembro del Comité de Congresos
302	Dr. Juan Antonio Trigueros, Miembro del Comité de Congresos
306	D. Manuel Martínez Boyano, Miembro del Comité de Congresos
313	Mesas de Debate
322	Mesa de Controversia
324	Mesa Profesional
325	Mesa Iberoamericana SEMG-Solidaria
325	Mesa Cultural
327	Cátedra SEMG
330	Simposios
335	Foro Médico
336	Debates con el Experto en...
341	Talleres
354	Área de investigación
358	Aulas
360	Otras Actividades
361	Comunicaciones

Director Médico

Pedro Javier Cañones Garzón

Comité Científico

Benjamín Abarca Buján
Ignacio Burgos Pérez
Pedro Javier Cañones Garzón
Vicente Palomo Sanz
Miguel Ángel Ripoll Lozano
Juan José Rodríguez Sendín
José Manuel Solla Camino

Consejo Editorial

José Manuel Cucalón Arenal
Manuel de la Cruz López
Manuel Devesa Muñiz
Antonio Fernández-Pro Ledesma
Camilo Fuster Palacios
Fernando Gonçalves Estella
Antonio Hedrera Peláez
Carlos Miranda Fernández-Santos
Juan Jurado Moreno
Mercedes Otero Cacabelos
Fernando Pérez Escanilla
José Antonio Piqueras López
Moisés Robledo del Corro
Antonio Romero Hernández
Francisco José Sáez Martínez
Juana Sánchez Jiménez
Juan Antonio Trigueros Carrero
Diego Agustín Vargas Ortega

Comité de Redacción Alternativa Group

Director: Ignacio Mario Braier
Redactora jefe: Anna Borau
Redacción: Laura González
Diseño: Alejo Ruiz
Maquetación: Adriana Capinel
Ilustraciones: Elena M^a Oliveros
Administración: Anastasia Braier
Colaboradores:
Dr. Juan Gérvas Camacho
Dr. Fernando Gonçalves Estella
Dr. Vicente Palomo Sanz
Dr. Juan Antonio Trigueros Carrero
El Tuerto

Agencia de noticias

Infomedpress

Correspondencia

e-mail: medicinageneral@alternativagroup.com.es
medicinageneral@semg.com.es

Consejo de Expertos

Ricardo Abengózar Muela
Radwan Abou-Assali Boasly
Jesús Manuel Aguarón Pérez
José Alfredo Agulló López
José Javier Aizpiri Díaz
Cesáreo Amezcua Viedma
F. Javier Amorós Oliveros
José Antonio Barbado Alonso
José María Basart Arraut
Araceli Boraita Pérez
José Miguel Cano López
Antonio Cascos Gallardo
Eugenio Cerezo López
César Chaves Beis
Francisco Javier Durán Rodríguez
María Isabel Egocheaga Cabello
Alfonso Encinas Sotillos
Carlos Estévez Lago
Alejandro Fernández Camacho
Jerónimo Fernández Torrente
Alberto Freire Pérez
Josep Fumadó Queral
Javier Gamarra Ortiz
Fernando Gómez Ruiz
Miguel Ángel Hernández Bitor
Julio Hernández Moreno
José María Huerga Huerga
Julio Jiménez de León
Fernando Jiménez Díaz
Isabel Jimeno Sanz
Ramiro Lamiel Alcaine
Joaquín Lemos Zunzunegui
Carlos López Madroñero
Isidro López Rodríguez
Hermenegildo Marcos Carreras
Alejandro Marín Ibáñez
Nieves Martell Claros
Cándido Martín Gil
Juan Antonio Martín Jiménez
Carlos Melero Moreno
Ángeles Neira Rodríguez
Ana María Ojea Yáñez
Francisco Ortiz Sánchez
Nicolás R. Robles Pérez-Monteoliva
María del Pilar Rodríguez Ledo
Rafael Sánchez Camacho
Enrique Selva Bellón
Inmaculada de la Serna de Pedro
Antonio Sousa Pérez
Xavier Targa Piñol
Pilar Torres Murillo

Firmas invitadas

Juan José Rodríguez Sendín, Fernando Pérez Escanilla,
Julio Ancochea, Berta Hernández Fierro,
Rodríguez Montes JA, Tárraga López PJ,
Ramón Medina González-Redondo,
Jerónimo A. Fernández Torrente,
Antonio Prieto Fernández

Edita: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS GENERALES Y DE FAMILIA - ALTERNATIVA GROUP IMAGEN Y COMUNICACIÓN SL

Editorial Alternativa

Plaza Pere San, 7 - 08172 Sant Cugat del Vallès (Barcelona). Tel.: 93 589 74 66 Fax: 93 544 21 78 e-mail: alternativa@alternativagroup.com.es
Departamento de Publicidad: Editorial Alternativa - Tel.: 93 589 74 66 / 93 674 52 08 / Fax: 93 544 21 78 e-mail: publicidad@alternativagroup.com.es
Responsable de Área: Alicia Mayol
Publicación mensual (excepto enero y agosto, 10 números al año) - Depósito Legal: M-44.915-1989 - ISSN 0214-8986 - Imprime: Studium S.A.
C/ Corcs Lladó, 99-107. Pol. Ind. Can Salvatella · 08210 Barberà del Vallès - Tel.: 93 747 93 10 - Copyright de los textos originales. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito de los titulares.

Comité de Honor

Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo
D. Bernat Soria Escoms

Excmo. Sr. Presidente de la Junta de Andalucía
D. Manuel Chaves González

Excmo. Sr. Alcalde de Málaga
D. Francisco de la Torre Prados

Excma. Sra. Consejera de Salud de la Junta de Andalucía
D.ª María Jesús Montero Cuadrado

Excmo. Sr. Presidente de la Diputación Provincial de Málaga
D. Salvador Pendón Muñoz

Excma. Sra. Rectora de la Universidad de Málaga
D.ª Adelaida de la Calle Martín

Ilma. Sra. Delegada Provincial de Salud en Málaga
D.ª María Antigua Escalera Urkiaga

Ilmo. Sr. Decano de la Facultad de Medicina
D. Salvador González Barón

Sr. Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia SEMG
D. Benjamín Abarca Buján

Comité de Congresos

D. Manuel Martínez Boyano
Dra. Mercedes Otero Cacabelos
Dr. Juan Antonio Trigueros Carrero

Comité Organizador

Presidente

Dr. Leopoldo Garrido Garfia

Vocales

Dra. Marisa Alcalá Cornide

Dr. Nicolás Coín Ciézar

Dr. Carlos López Madroñero

Dra. María Carmen Millón Ramírez

Dra. Sonia Palma Rodríguez

Dra. Paloma Peláez Navalón

Comité Científico

Presidente

Dr. Diego Agustín Vargas Ortega

Vocales

Dr. Pablo Berenguel Martínez

Dr. Pedro Javier Cañones Garzón

Dr. Francisco Llave Gamero

Dr. José Antonio Pérez Vargas

Dra. M^ª Pilar Rodríguez Ledo

Dra. Juana Sánchez Jiménez

Comisión Permanente

Presidente

Dr. Benjamín Abarca Buján

Vicepresidente 1º

Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma

Vicepresidente 2º

Dr. Juan Antonio Trigueros Carrero

Vicepresidente 3º

Dr. Juan Jurado Moreno

Secretario General

Dr. Pedro Javier Cañones Garzón

Vicesecretaria General

Dra. Juana Sánchez Jiménez

Secretario de Información

Dr. Moisés Robledo del Corro

Tesorera

Dra. Mercedes Otero Cacabelos

Consejeros

Dr. Ignacio Burgos Pérez
 Dr. Juan José Rodríguez Sendín
 Dr. José Manuel Solla Camino
 Dr. Fernando Gonçalves Estella
 Dr. Vicente Palomo Sanz
 Dr. Fernando Pérez Escanilla

Objetivos Generales

- 1.- Responder al compromiso de la Medicina General por mantener y mejorar la "equidad" como cualidad fundamental del Sistema Nacional de Salud, tanto para la oferta como para la prestación de servicios sanitarios.
- 2.- Propiciar vías de confluencia efectivas entre los diversos planteamientos de los profesionales del sector, con un enfoque solidario, digno, lógico y no discriminatorio.
- 3.- Abordar, con criterios de calidad y rigor formativo, las diversas Temáticas Científicas y Profesionales que integran los contenidos del Congreso.
- 4.- Facilitar la comunicación e intercambio entre los profesionales como compromiso "humanístico" y complemento esencial de la parcela puramente científica.
- 5.- Transmitir a la Administración Sanitaria Central y Autonómicas, a los propios médicos y a la población en general, los planteamientos finales y conclusiones derivadas de la actividad congresual.

“Formación, investigación y recuperación de la dignidad profesional son nuestros objetivos básicos”

El doctor Benjamín Abarca, presidente de la SEMG, hace un breve repaso por los acontecimientos más importantes que se han sucedido desde su asunción del cargo y destaca los ejes fundamentales de la Sociedad que preside, entre los que destaca la actividad investigadora de la SEMG, su compromiso por la formación continuada de calidad y haber potenciado los sistemas de información para los socios. También destaca aspectos de la actualidad sanitaria que preocupan al médico general y de familia y adelanta algunos de los retos de futuro.



Dr. Benjamín Abarca Buján
Presidente de la SEMG

Laura González

- Hace ahora casi un año fue usted elegido como presidente para colocarse al frente de la SEMG. ¿Qué balance hace de este primer año de legislatura?

En realidad hace poco más de nueve meses, desde la constitución efectiva de la nueva Junta Directiva y aunque los objetivos que nos habíamos propuesto eran amplios, lo cierto es que muchos de ellos o los hemos cumplido o estamos en el camino de realizarlos en breve plazo. Aunque no es el momento de reseñar cada uno de ellos si destacaría los más importantes: abordamos una modificación en profundidad de los estatutos realizando cambios que considerábamos importantes, desde la ampliación del nombre asumiendo el término “de familia”, a la limitación de mandatos, pasando por el nuevo tipo de socios; también hemos dado un paso muy importante recuperando el ámbito

universitario con la creación de la Cátedra SEMG de Medicina de Familia, a la que seguramente al leer estas líneas se habrá añadido otra Universidad de gran prestigio y a las que esperamos sigan otras. En resumen, el balance es muy positivo pero no podemos quedarnos parados porque, aunque lo conseguido es importante, queda mucho por hacer.

- El sistema público de salud arrastra, según numerosos agentes del panorama sanitario, un importante déficit de médicos que se agravará ante la próxima jubilación de varias generaciones de profesionales. ¿Estamos ante una situación de colapso?

Efectivamente la demografía médica es un problema en nuestro país, pero su enfoque debe realizarse desde la sensatez y el estudio riguroso de la realidad actual y las necesidades presentes y futuras. No puede volver a

repetirse, por culpa de una mala planificación, la plétora de médicos que sufrimos a finales de los ochenta. Consideramos que es un tema importante y de hecho en nuestro Congreso se tratará en la Mesa de controversia.

- La investigación ha sido siempre un pilar para la SEMG. ¿En qué proyectos está embarcada la Sociedad?

La investigación figura entre las funciones del médico de familia. Sin embargo, aún no está desarrollada ni asumida, no tenemos facilidad para realizarla, ni tradición histórica. Actualmente, los proyectos de investigación propios de AP representan, según los más optimistas, poco más del 6% del total de los proyectos. Por ello, la SEMG hace años que ha puesto en marcha el Grupo de Metodología y Apoyo a la Investigación (MAI), que además de realizar proyectos propios, imparte formación



y ayuda a aquellos compañeros con dificultades metodológicas para realizar sus proyectos. Fruto de ello es el aumento considerable de la calidad y número de trabajos presentados en nuestros Congresos y que en este supera los dos centenares, algo insólito hace apenas unos años. Entre los últimos proyectos de investigación que la Sociedad está desarrollando está el IF-SEMG sobre interacciones farmacológicas, cuyos resultados se presentarán en este Congreso y que hemos realizado con la colaboración del Ministerio de Sanidad, la segunda fase del estudio de mejora de la Calidad de la Asistencia prestada a los Pacientes con Síndrome Metabólico (CAPSIME), así como los proyectos formativos en metodología que realizamos con el apoyo del Ministerio.

- El Campus-SEMG se ha celebrado por primera vez en la Universidad de Santiago y su modelo se exportará a otras universidades enmarcado en la Cátedra SEMG de Medicina de Familia. ¿Cuál es su valoración de esta innovadora estructura formativa?

Hace apenas tres semanas hemos tenido la oportunidad de realizar este primer Campus en un lugar con una historia tan rica como es la Facultad de Medicina. En él hemos desarrollado un formato novedoso consistente en el desarrollo de 21 talleres con más de 150 asistentes y una treintena de docentes que, de forma intensiva a lo largo de tres días, revisaron un gran número de técnicas y procedimientos que son habituales en nuestras consultas. Me gustaría destacar, además

de la colaboración del Decanato que inauguró el Campus, la participación en el mismo de un porcentaje de estudiantes de medicina que compartieron enseñanzas y conocimientos y conocieron de primera mano las actividades del médico de primaria, lo cual sin duda les ayudara en su elección al finalizar la carrera.

- SEMG-Solidaria está de enhorabuena ante la reciente inauguración de su proyecto más ambicioso, la Unidad Clínico-Docente de Ciudad Sandino en Nicaragua. ¿Qué ha significado para la SEMG la culminación de este proyecto?

La inauguración de la Unidad ha significado el cumplimiento de un sueño para nosotros, donde han sido vertidos los esfuerzos de mucha gente que ha empujado este propósito.

- De nuevo la SEMG aborda en el Congreso actividades dirigidas a la población. ¿Cree que es suficiente la promoción de la salud para la sociedad española?

Como siempre, las campañas para la educación de la salud nunca son suficientes y consideramos que deberían iniciarse en los primeros años escolares. Creemos que las autoridades deberían tomar conciencia de que la promoción de un uso adecuado de los servicios de salud es imprescindible y también es educación sanitaria, para lo cual son necesarias campañas que eviten una medicalización excesiva de la sociedad. Desde la SEMG se han hecho

esfuerzos muy importantes en este sentido y podemos recordar el proyecto *Los caminos para la salud* que se desarrolló en el Congreso de Gijón en 2005 o el *Plan Salvavidas*, proyecto de suma importancia para la formación de la sociedad en técnicas de soporte vital básico. Para Málaga hemos diseñado una actividad que promueve los hábitos saludables en nutrición y ejercicio físico.

- La SEMG ha potenciado sus sistemas de información. ¿Dónde reside la importancia de ampliar las actividades comunicativas?

La información era uno de los retos que se planteó la nueva Junta Directiva y por eso hemos hecho los esfuerzos necesarios para mantener a los socios permanentemente informados con la aparición de nuevos soportes, como el

Periódico SEMG.

¿Cuáles son los retos y las propuestas para el futuro?

Además de seguir trabajando por una formación continuada de calidad, seguiremos defendiendo al médico para que recupere su dignidad profesional y, para ello, continuaremos observando el cumplimiento de los acuerdos alcanzados a raíz de las movilizaciones de la Plataforma 10 Minutos. Ya presentamos el informe que estudiaba la situación de las Comunidades Autónomas, pero no termina ahí. Además, otro de nuestros objetivos para el futuro es exigir la presencia de la SEMG en la Comisión Nacional de la Especialidad.

“Que los participantes vivan el Congreso de la excelencia y la calidad en un clima de compañerismo”

El doctor Leopoldo Garrido Garfia, presidente del Comité Organizador del XV Congreso Nacional de la Medicina General Española defiende la autonomía profesional del médico de atención primaria para gestionar sus conocimientos y su tiempo y el acceso a las pruebas diagnósticas que aumenten la resolución del primer nivel asistencial. El doctor Garrido desea que en el marco de este Congreso, se viva un ambiente de compañerismo, donde los médicos tengan la oportunidad de enriquecerse intercambiando experiencias con otros colegas de diferentes procedencias.

Dr. Leopoldo Garrido Garfia
Presidente del Comité Organizador



L.G.

- En esta ocasión, la SEMG elige Málaga como sede para celebrar su Congreso Anual, ¿qué aspectos motivaron la decisión de elegir esta ciudad de la Costa del Sol?

Los últimos cuatro congresos se habían celebrado en ciudades del norte y centro de la península y el Comité de Congresos aprobó la decisión de celebrar este encuentro en alguna ciudad del sur de España. Se decidieron por Málaga por su infraestructura, tanto en comunicaciones como hostelera, y dado que este año el Congreso se adelantaba un mes con respecto a las fechas de anteriores celebraciones, también influyó en la decisión la climatología de la ciudad y, sobre todo, la hospitalidad de sus habitantes, entre otras cosas.

- Un nuevo Congreso de la SEMG y ya van quince nacionales.

¿Qué novedades aportará esta edición?

Nuestros congresos se caracterizan por tener una gran cantidad de talleres prácticos, mesas de debate y comunicaciones, que son realmente la base de los encuentros. Como novedades más interesantes he de destacar la *Mesa de controversia ¿Hacen falta más médicos?* que tratará sobre demografía médica. En ella se debatirá el problema sobre la falta de médicos en España. Otra actividad que yo resaltaría es la *Mesa Profesional*, siempre importante en nuestros congresos. En ella hablaremos de la formación de pregrado y la adaptación de España al Espacio Europeo de Educación Superior, sin olvidar la organización del trabajo ni las competencias profesionales.

También se comentará desde una nueva perspectiva el tratamiento de la depresión. Todas son novedades interesantes para el médico de atención primaria.

- Y el carácter internacional del encuentro, ¿cómo se traduce en la celebración?

Por la presencia activa de alrededor de un centenar de médicos pertenecientes a las sociedades iberoamericanas de Bolivia, Nicaragua, República Dominicana, México, Perú, Cuba... ya que se trata de una cita anual para intercambiar impresiones con sus colegas españoles y al mismo tiempo aprovechan para formarse científicamente.

- El programa de este año viene cargado de numerosos talleres prácticos, mesas de debate,

“una de las novedades del Congreso es la mesa donde se debatirá sobre demografía médica”



simposios, comunicaciones... multitud de propuestas. ¿Destacaría alguna de ellas en particular?

Es una cuestión muy difícil de responder dado el excelente nivel de cada una de las propuestas, además de estar muy bien pensado su abordaje tanto por el Comité Organizador como por el Comité de Congresos. Personalmente y aquí me dejo ir por el corazón una de las más revelantes es la mesa que organiza la Fundación SEMG Solidaria sobre los problemas sanitarios en Latinoamérica.

- El *Aula Abierta* promueve la exposición e intercambio de opiniones y experiencias no recogidas en el Congreso. ¿Cuál sería su invitación a los médicos para que participasen de esta actividad?

El *Aula Abierta* es una convocatoria a todos los congresistas a exponer sus ideas y sus opiniones sobre cualquier tipo de tema o problemática. Es una oportunidad de oír y ser oídos en un foro realizado por y para médicos, donde todos nos enriquecemos escuchando las distintas opiniones de colegas de todas las regiones españolas.

- ¿Cuáles son los desafíos de la atención primaria española en la actualidad?

El primer gran desafío es que el médico de atención primaria debe tener autonomía profesional para ser resolutivo en su consulta. Por

autonomía profesional entendemos que el médico debe gestionar sus conocimientos y además también gestionar su tiempo. Otro gran desafío es que el médico de atención primaria debe de tener acceso a todas las pruebas diagnósticas para poder completar el acto médico.

- ¿En qué situación se encuentran hoy en día los médicos del primer nivel asistencial?

Desencantados y desorientados, ya que hay una gran falta de planificación y de organización en la AP.

En la última encuesta realizada por el grupo de análisis sanitario de la SEMG se llegaron a las siguientes conclusiones:

Hay sobrecarga en las consultas, malas condiciones de trabajo, y el presupuesto sanitario sigue siendo escaso.

Además hay también falta de profesionales y falta de motivación

por parte de los médicos para elegir o para completar las plazas ofertadas en el sistema MIR en atención primaria.

- ¿Cuál es la importancia de un Congreso de contenidos científicos tan diversos para los médicos asistentes?

El Congreso es tan completo y variado para poder llegar al mayor número posible de compañeros médicos y para que tengan la posibilidad de elegir aquellos contenidos

científicos que les sean más útiles para su quehacer diario.

- La Fundación SEMG Solidaria siempre tiene su hueco en el Congreso, ¿cómo animaría a los congresistas a participar de la Mesa Iberoamericana?

La SEMG ha sido pionera, como sociedad, en ayudar a los países que tienen dificultades graves en su sanidad. Invitaría a los congresistas a que conociesen de primera mano a través de los médicos originarios

de los propios países iberoamericanos los grandes problemas sanitarios y las

grandes desigualdades sociales que existen en dichos países. También me gustaría destacar que como soporte de la mesa se proyectará la película *Los Anillos del Alma* que afronta la problemática de la enfermedad desde tres estratos sociales distintos.

- ¿Cómo le gustaría que fuese recordado este XV Congreso Nacional y IX Internacional de la Medicina General Española?

Me gustaría que se recordara como el Congreso de la excelencia y la calidad de cada una de las actividades que componen el programa científico.

Y también como un Congreso donde se viva un clima de gran compañerismo, unido a un ambiente sano y alegre, que haga recordar este evento a sus participantes como la mejor cita anual para todos los médicos generales y de familia.

“los médicos de primaria están hoy desencantados por la falta de organización”

“el médico de atención primaria debe tener la autonomía profesional que le permita ser resolutivo en su consulta”

“Animo a los congresistas a que se integren en la dinámica formativa y nos nutran de sus inquietudes”

El doctor Diego Vargas Ortega, presidente del Comité Científico del XV Congreso Nacional de Medicina General, destaca que el evento cuenta con un programa muy completo a nivel científico, para cuya preparación se han tenido en cuenta temas con repercusión directa en la práctica diaria del médico general y de familia, además de asuntos de actualidad, patologías emergentes, repercusión social o innovaciones terapéuticas, entre otros aspectos. El doctor Vargas se felicita también por el aumento de Comunicaciones Científicas presentadas y resalta la importante aportación de los congresistas.



Dr. Diego Vargas
Presidente del Comité Científico

L.G.

- ¿Cuáles son los aspectos científicos más destacados de este XV Congreso Nacional y IX Internacional de la Medicina General Española?

Realmente es difícil decidir cuáles son los aspectos científicos más destacados, ya que el programa científico diseñado para este evento es completo en su totalidad, ajustándose a las necesidades formativas de nuestros socios y ajustándose de forma rigurosa y seria a los avances más significativos en la medicina clínica y social. El programa sin duda da respuesta a las expectativas de una amplia base societaria que ve en nuestro Congreso un referente divulgativo, formador y discusor de los aspectos más relevantes en nuestra práctica clínica diaria y que contribuirá posteriormente en la calidad asistencial que prestamos a nuestros pacientes.

- ¿Qué criterios se han tomado para la elección de los temas y los ponentes?

La selección de los temas ha pasado un riguroso control por parte del Comité Científico en su totalidad. Se valoran varios aspectos como temas de actualidad con repercusión directa en nuestro ejercicio profesional, políticas sanitarias respecto a patologías emergentes o de amplia repercusión social, innovaciones terapéuticas... Pero sobre todo se realiza un exhaustivo análisis de la experiencia anterior (Congreso Salamanca 2007), dónde se desgranaban las encuestas de satisfacción y nos hacemos eco de las necesidades de actualización y formación de nuestros socios. No cabe ninguna duda de que los ponentes

que nos van acompañar en Málaga son referentes nacionales en los temas que van a tratar.

- Este año se ha registrado un aumento de casi el 50% en las Comunicaciones Científicas presentadas al Congreso, ¿cómo valora este incremento de la participación de los congresistas?

Lo valoro muy positivamente, es muy buena noticia ya que uno de los pilares fundamentales en los que se apoya nuestra sociedad científica es la investigación. Sin duda este dato ha supuesto un compromiso fuerte y leal de nuestros socios con este Congreso y con la aportación del mismo al resto de la comunidad científica. Quiero aprovechar esta oportunidad para agradecer desde el Comité Científico el esfuerzo de

“el aumento de comunicaciones responde al compromiso fuerte y leal de los socios con el Congreso”



todos aquellos que le han robado horas al día, a sus familias y a sus amigos en pro de una Atención Primaria más nutrida de su propia capacidad de producción científica.

- La investigación tiene una presencia en este Congreso igual de importante que es para la SEMG esta actividad. Iniciación a la investigación para los estudiantes, ¿cree que la actividad investigadora en AP es atractiva y tiene el reconocimiento merecido?

Sin duda, la actividad investigadora en el primer nivel asistencial sigue sin tener el reconocimiento que se merece. Podríamos mencionar el síndrome de El Quijote como paradigma para la investigación en atención primaria. La incapacidad de investigación es clara y rotunda debido a la presión asistencial, como lo son la falta de recursos y de apoyos por parte de la administración y entidades privadas.

- También pensando en los estudiantes se ha preparado una actividad sobre comunicación ¿Se valora entre los médicos la importancia de tener dotes comunicativas?

Las dotes de comunicación son fundamentales en el médico actual ya que es una herramienta básica en sus actividades profesionales diarias (y en ellas incluyo el acto médico en sí, la educación para la salud, la producción científica y la formación). Nuestra actividad profesional se ve muy influida por la calidad de la relación que establecemos con nuestros pacientes y entre los facultativos. Para que dos

personas se hagan conscientes de sus sentimientos e ideas, para comunicarse y comprenderse, es necesario que intercambien mensajes mediante expresiones verbales y no verbales.

En nuestra práctica diaria, para poder ayudar a las personas que nos consultan, necesitamos conocer qué les ocurre, su motivo de consulta, cómo se sienten y lo que esperan de nosotros.

Con frecuencia, los problemas de los pacientes trascienden las quejas que los incitan a consultar. El paciente debe conocer las posibilidades y limitaciones del médico a la hora de responder a sus demandas y necesidades. Para poder llevar a cabo con éxito esta comunicación son necesarios una serie de elementos, entre los que destacan las habilidades del médico en el desarrollo de la entrevista clínica, sin olvidar multitud de condicionantes que van a influir en el encuentro entre médico y paciente, como son el marco organizativo y el lugar en el que se produce, el tiempo del que se dispone o el motivo por el que se consulta, entre otros.

Las habilidades del médico en la comunicación, a menudo, se han considerado innatas, relacionadas más con su forma de ser y relacionarse que con su profesionalidad. Pero, aunque sin duda esto influye de forma importante, también es cierto que nuestra competencia en comunicación puede mejorarse

mediante la formación, el aprendizaje y el ejercicio de una práctica más observacional y reflexiva en los aspectos relacionales.

- Un Aula abierta sobre informática para médicos ¿es ya una herramienta habitual para ellos?

El uso de las herramientas informáticas es fundamental para el profesional de la medicina, que sin duda debe adaptarse a los tiempos que corren y apoyarse en los avances tecnológicos. Sin duda, cada vez más la informática

está presente en las consultas de atención primaria y facilita a los médicos su labor diaria.

- Uno de los sellos de identidad de la SEMG es el compromiso por la formación médica continuada de calidad. ¿Algún mensaje para que los congresistas aprovechen al máximo esta ocasión?

Yo animo a participar en todas las actividades que ofrecemos este año, que se integren en esta dinámica formativa que nos identifica como sociedad científica líder sin lugar a dudas en formación, que abusen de la relación docentes-discentes y que nos nutran de sus inquietudes, de sus propias experiencias profesionales. Les animo a no dejar nada en el tintero y sobre todo les animo a disfrutar y enriquecerse de una actividad formativa de calidad dotada con unos profesionales preparados, cercanos y con una calidad humana y científica extraordinaria.

“la calidad de la actividad médica es inseparable de la relación médico-paciente”

“Cada congreso es un nuevo reto y su innovación anual es una de las estrategias de la SEMG”

Desde el Comité de Congresos, la doctora Mercedes Otero, una de las artífices del evento anual más importante de la Sociedad, resalta las principales características de su organización. Se trata de la innovación para las actividades y del mantenimiento de la máxima calidad. Con numerosas novedades en el programa científico y cuidados hasta los últimos detalles, arranca el XV Congreso Nacional de la Medicina General Española, para el que todos los esfuerzos son pocos, ya que se ha convertido en el mejor escaparate de la SEMG.

Dra. Mercedes Otero Cacabelos
 Miembro del Comité de Congresos



L.G.

- En esta ocasión, la SEMG elige Málaga como sede para celebrar su Congreso Anual, ¿qué motivó la decisión de elegir la ciudad de la Costa del Sol?

Intervienen varios factores. En primer lugar que se trata de una ciudad atractiva como sede y que cuenta con las infraestructuras adecuadas. De hecho, el Palacio de Ferias y Congresos de Málaga ya nos llamó la atención cuando nos reunimos en Marbella, y se emplazó como sede para un futuro congreso. Además, para ser fieles al propósito de visitar cada año una Comunidad Autónoma, el año pasado estuvimos en el interior y éste nos desplazamos a la costa.

- ¿Han facilitado las infraestructuras de la ciudad la organización del Congreso?

Evidentemente el hecho de que el Palacio disponga del número de

salas y de las características necesarias para la estructura de nuestro Congreso, que la ciudad tuviera las plazas hoteleras suficientes en número y en calidad y que el acceso a Málaga y sus comunicaciones fueran buenos, nos indicaron que Málaga era una excelente opción.

- Un evento científico de tales características debe apoyarse en una sólida red de cooperación. ¿Qué profesionales han intervenido en su preparación?

Desde sus primeros pasos en los que la Junta Directiva, los Grupos de Trabajo y los responsables autonómicos proponen contenidos para el programa científico, el Comité de Congresos, el Organizador y el Comité Científico, éste con el imprescindible apoyo del doctor Pedro

Cañones y la doctora María Pilar Rodríguez Ledo, responsables de las Comunicaciones Científicas del Congreso, comienzan su tarea que durará todo el año. Igualmente la labor de las personas que forman la Secretaría Técnica de la SEMG, junto

con las tareas propias de agencia de viajes, gabinete de prensa...

- Siendo ya esta la decimo-

quinta edición del Congreso Nacional, ¿es cada año más sencillo organizarlo o se siguen presentando inconvenientes?

Cada congreso es un proyecto nuevo para nosotros. Hay apartados que sin duda tienen una estructura fija y la experiencia acumulada nos da facilidades para prepararlos, pero la organización de cada congreso es un nuevo reto:

“seguimos controlando el número de asistentes para garantizar la máxima calidad”



los contenidos científicos y los ponentes son distintos. La sede local, los interlocutores, patrocinadores, colaboradores y empresas de servicios que colaboran en el desarrollo del Congreso son siempre diferentes. Además, una de las líneas fundamentales de estrategia de la SEMG es la innovación en cada congreso y como mínimo cada dos años introduce una actividad científica novedosa.

- ¿Cuáles son las novedades este año?

Son varias. Por destacar una, el *Aula de...* Se trata de una actividad que ofrece formación más extensa en una patología concreta que la que se puede obtener en un taller de dos horas. Está estructurada en dos sesiones, una de conocimientos básicos y otra más avanzados para que el congresista decida lo que necesita. Algunos optarán por asistir a las dos sesiones, otros preferirán quedarse en los conocimientos básicos y otros decidirán acceder directamente a la sesión de conocimientos avanzados.

Otra de las novedades es la actividad denominada *Paseo por las habilidades médicas*, que ofrece la posibilidad a los congresistas de valorar de manera relajada sus habilidades en áreas propias de la AP. De manera voluntaria y anónima, el médico podrá detectar aquellas áreas en las que tenga algún déficit formativo. Además, 50 estudiantes de medicina de la ciudad congresual estarán becados como cada año para

participar en algunos talleres, y este año cuentan con una actividad exclusiva para ellos: el Área Cátedra SEMG en el marco de la Cátedra SEMG de Medicina de Familia.

- La SEMG prepara con sumo cuidado su Congreso. ¿Cómo afecta esto al número de congresistas?

Seguimos controlando su número en favor de mantener la máxima calidad.

Al alcanzar un número de inscripciones cerramos el cupo para evitar la masificación y poder de esta manera garantizar la calidad ofrecida a nuestros congresistas.

- ¿Cuáles son los objetivos generales del encuentro?

El Congreso de la SEMG es punto de encuentro de los médicos generales y de familia de las distintas Comunidades Autónomas y sirve de escenario para la convivencia y para compartir información y formación a nivel científico, profesional, laboral e incluso personal. Es un espacio donde se dan cita anualmente muchos compañeros y una buena forma de presentación de nuestra Sociedad para ellos, para la industria farmacéutica, organizaciones, etc. El Congreso es en definitiva el mejor escaparate de la SEMG.

- Diversidad de temas, diversidad de formatos, y cada año novedades formativas. Todo un mosaico obra del Comité de Congresos... ¿se compensan los esfuerzos de tal organización?

Definitivamente sí. Cuando al finalizar un congreso, se han cumplido los objetivos que nos habíamos marcado todos los que participamos en la organización de este evento, incluidos los propios congresistas con sus propuestas y valoraciones, estamos satisfechos y todos los esfuerzos vertidos se compensan y se transforman en ilusión para la preparación del próximo congreso.

- Calidad acreditada para todas las actividades científicas del Congreso. ¿Es un atractivo para los congresistas?

No todos ellos tienen el mismo interés en los créditos y la mayoría no los necesitaría, pero sin duda sirven para avalar la calidad y es además una recompensa que se puede aprovechar en pro de la carrera profesional de cada uno.

- De esas pocas cosas que puedan quedarse pendientes, ¿cuál es la lección y los retos para el futuro?

Nos gustaría en primer lugar que la Junta Directiva siguiera depositando la confianza en el Comité de Congresos y posteriormente poder implicar si es posible más, desde el inicio, a los compañeros que forman parte de los Comités Organizador y Científico a nivel local, para ampliar la propuesta de temas y así la discusión, lo que sin duda enriquecerá próximas ediciones.

“El auténtico profesional debe conocer el mundo en el que vive y sus referencias culturales”

Desde el Comité de Congresos se ha tomado en cuenta para la elección del contenido científico temas con referencias culturales y humanas de la profesión médica y que enriquezcan el bagaje cultural y formativo de los congresistas. Y es así como el doctor Juan Antonio Trigueros, miembro del Comité de Congresos, define al buen facultativo, a aquél que no se limita a la acumulación de conocimientos médicos, sino que se forma de manera global. Las actividades lúdicas y culturales engrosan el contenido científico puro y duro del Congreso para ofrecer una formación integral.

Dr. Juan Antonio Trigueros
Miembro del Comité de Congresos



L.G.

- Este XV Congreso Nacional y IX Internacional trae un completo programa científico pero no ha relegado la programación cultural. ¿Cuáles son los actos culturales previstos para esta edición?

En efecto consideramos desde el Comité Organizador que por el especial contenido de nuestra profesión, con la dimensión que nos da el trabajar todos los días con personas que padecen o sufren enfermedades así como frecuentemente con familias que tienen conflictos personales o sociales, la formación recibida no debe acabarse en nuestra área de conocimiento esencial que son las Ciencias Médicas. El auténtico profesional debe tener una formación completa en muchas más áreas de conocimiento global que hacen que el médico sea una persona antes de nada, que conozca el mundo donde vive y sus referencias culturales.

- ¿Qué significado tiene el enfoque cultural de este XV Congreso Nacional?

Siempre pretendemos que sea múltiple, sin centrarse en aspectos concretos sino que pueda ser interesante para la mayoría de los congresistas y que no centre sus contenidos en aspectos repetitivos o elitistas.

- ¿Qué criterios marcan la elección de temas y ponentes?

Los marca el trabajo continuado y coordinado del Comité de Congresos, el Comité Científico y el Organizador. Procuramos, en cuanto a temas, que tengan referencias culturales y humanas a la profesión, que enriquezcan el bagaje cultural y formativo de los congresistas y que no generen aspectos comprometidos desde el

punto de vista ético, social o político. En cuanto a los ponentes, nuestro único interés se centra en procurar la asistencia de los expertos y principales figuras nacionales e internacionales de los temas elegidos.

- La Mesa cultural, *Las enfermedades a través de la pintura* ¿es una aportación al humanismo sanitario y un guiño a Picasso a la vez?

En efecto. La especial referencia malagueña al mundo de la cultura, obligadamente tiene que encontrar acomodo en la figura de Picasso y por ello se diseñó la Mesa, con la pretensión de realizar un paseo por la iconografía pictórica, rica en referencias a enfermedades, deformaciones y traumatismos, que adornan con mucha frecuencia las imágenes de los grandes maestros



de la pintura, entre los que evidentemente no podrá faltar Pablo Ruiz Picasso.

- Entre los actos culturales también destaca la actuación del cantante Kiko Veneno, hay tiempo para todo...

Kilo Veneno forma parte de la cultura de este país por derecho propio y desde hace muchos años. Su forma de leer y entender la vida cotidiana del pueblo, sus referencias costumbristas y su labor de reforma y adecuación del canto y del nuevo enfoque de los ritmos tradicionales andaluces le hacen ser algo más que sólo un músico. Esperamos su actuación con impaciencia.

- Este año se presenta una innovadora actividad para la población que también podrán realizar los congresistas. ¿En qué consiste la gimcana Muévete y come con SEMG-tido?

Queremos inaugurar una zona temática dirigida al abordaje de los problemas de factores de riesgo y que mejor oportunidad, dentro de la mecánica de trabajo recomendada por la estrategia NAOS, que comenzar con dieta y ejercicio. Será una zona de sorpresa para el congresista donde le ofreceremos la posibilidad de mejorar su formación en dietética y nutrición así como actualizar sus conocimientos en medicina del deporte y ejercicio físico. Recibirá oferta formativa con posibilidad de realizar cursos o

asistir a conferencias y también podrá practicar por medio de un novedoso sistema de entrenamiento virtual.

- Y con esta una nueva propuesta dirigida a la población. ¿Tiene la educación sanitaria para la ciudadanía el reconocimiento que se merece?

Todos los esfuerzos son pocos. La SEMG tiene varios Grupos de Trabajo dedicados especialmente al diseño y ejecución de actividades dirigidas a mejorar la educación sanitaria de los ciudadanos en diversos tipos de patologías prevalentes como factores de riesgo cardiovascular, patologías osteoarticulares, etc. Encontrar un espacio propio en nuestro Congreso era una obligación asumida por todos. Esperemos que su rendimiento formativo, educacional y recreativo sea el esperado.

- También participará en el Foro Médico como ponente. ¿Qué aporta esta actividad al Congreso?

El Foro Médico es un área específica diseñada para abordar aspectos menos frecuentes en patologías que sin embargo si ocupan gran parte de nuestra actividad profesional cotidiana. Por ello, dentro de la selección inicial del paciente con EPOC, la orientación que el Foro Médico pretende dar, se refiere al habitual proble-

ma del seguimiento del paciente con frecuentes agudizaciones de la enfermedad y a las actitudes y acciones que consideramos deben integrarse en un buen sistema de seguimiento del paciente con esas características, que posibiliten un descenso de la frecuencia de agudizaciones y una mejoría de la calidad de vida con repercusión en la supervivencia.

- El Comité de Congresos modera también el Aula Abierta. El intercambio de experiencias debe de ser una opción atractiva para los médicos...

El Aula Abierta sigue siendo una experiencia pionera que nuestro Congreso propone y que no hemos visto en otras citas congresuales. Crea un área para compartir experiencias, recibir propuestas y valoraciones y debatir sobre lo que supone el Congreso para nosotros, profesionales de Atención Primaria.

- Y la Mesa Profesional que aborda temas de máxima actualidad. ¿Qué preocupa principalmente al médico general y de familia hoy en día?

Precisamente por ello, y como respuesta a temas de máxima actualidad, me va a permitir que mantenga todavía el secreto que la sorpresa que preparamos merece. Es un buen argumento para invitar a todos los congresistas a asistir a su celebración a primera hora del sábado.

“todos los esfuerzos son pocos para la educación sanitaria de la población y es obligado un espacio en el Congreso”

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

“Las nuevas tecnologías son imprescindibles para la organización de un congreso de estas características”

El manejo de un importante volumen de información para la preparación del Congreso precisa necesariamente de las herramientas informáticas, pero además intervienen otros elementos necesarios y la perfecta coordinación de los Comités de Congresos, Organizador, Científico y la Secretaría Técnica. Una labor que tiene detrás un gran equipo humano para convertirse en el evento anual más importante de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, que prepara y organiza con sumo cuidado.



D. Manuel Martínez Boyano
Miembro del Comité de Congresos

L.G.

- ¿Qué factores motivan la elección de una ciudad y no otra como sede del Congreso anual de la SEMG? ¿Qué ofrece Málaga en concreto?

Contemplamos entre otros, factores como ubicación, infraestructuras de transporte, instalaciones para albergar el congreso, apoyo de las instituciones locales y autonómicas etc. En este sentido, Málaga ofrece un Palacio de congresos capaz y bien dotado tecnológicamente, implicación y apoyo del Convention Bureau y del Ayuntamiento, capacidad hotelera suficiente y de calidad, atractivo como ciudad para congresistas y acompañantes y presencia de miembros de nuestra sociedad con muchas ganas de trabajar.

- ¿Facilitan las nuevas tecnologías la organización de un Congreso de esta envergadura?

Diría que son imprescindibles, pues se requiere el manejo de un gran caudal de información para la toma de decisiones y esto es imposible sin el apoyo de las nuevas tecnologías.

- ¿De qué otras herramientas se sirve el Comité de Congresos para la organización?

En una primera fase, de herramientas informáticas que nos permiten tener en todo momento información del número de congresistas, acompañantes, ponentes, comunicaciones orales, pósters, etc. En la fase previa al Congreso, herramientas de estimación del número final de inscripciones para adecuar el número de actividades científicas, sobre todo talleres o debates con el experto, para que los congresistas tengan opción de participar en algunas de ellas. Sobre los datos de

estimación de asistencia, se efectúan las precontrataciones de los servicios necesarios para el buen desarrollo del Congreso. En el propio Congreso, utilizamos diversos sistemas de control de flujos y de control de presencia de congresistas en las actividades, como elemento de información para la acreditación de las actividades.

- ¿Cuál es su visión ideal de un Congreso?

Programa científico atractivo y variado, sede atractiva para congresistas y acompañantes, gran afluencia de congresistas dentro de los números que nos permitan mantener una gran calidad en todas las actividades, tanto científicas como lúdicas y desarrollo sin incidencias de las actividades. Pero sobre todo que el congresista vea cumplidas sus expectativas y que le

“el Comité de Congresos puede ofrecer al Comité Organizador su experiencia acumulada año tras año”



resulte científicamente y socialmente satisfactorio.

- ¿Por qué, a diferencia de muchas sociedades científicas, la SEMG cuenta con un Comité de Congresos?

Desde hace unos años, la Comisión Permanente de la SEMG, en su afán por ofrecer congresos de la mejor calidad, estimó que era conveniente buscar una fórmula para que el aprendizaje y la experiencia acumulada en la realización de un congreso, no se perdiese para el siguiente. Bajo esta premisa se nombró un Comité permanente de Congresos, que pudiese ofrecer a los comités organizadores su experiencia adquirida año tras año.

- ¿Y por qué una Secretaría Técnica propia y no externa?

Por la misma razón expresada en la respuesta anterior, pero además buscando una optimización en la relación con patrocinadores, congresistas y proveedores de servicios.

- ¿Qué sorpresas tecnológicas deparará a los asistentes este XV Congreso Nacional y IX Internacional de la Medicina General Española?

Si se cuentan las sorpresas, dejan de serlo, pero hemos diseñado una actividad para los congresistas, en la que utilizando tecnología lúdica, vamos a incidir en las recomendaciones de la estrategia NAOS sobre nutrición, actividad física y prevención de la obesidad.

- La SEMG ha apostado siempre por la aplicación de las nuevas tecnologías y ofrece en esta

edición del Congreso un Aula de informática para médicos. ¿Ya es generalizado su uso entre los médicos generales y de familia?

Yo diferenciaría dos supuestos. En lo que se refiere al uso de ordenadores personales con paquetes básicos de software, diría que está ya muy extendido entre los médicos, como también lo está el acceso general a Internet. Desde un punto de vista

más profesional, está muy extendido el uso de programas de gestión de consultas, tanto en

el sistema público de salud como en el privado. Pero en mi opinión, el acceso a recursos formativos en la red no está todavía muy generalizado, por lo que como sociedad científica, estamos inmersos en un magno proyecto formativo y de investigación, en el que aunaremos los potenciales de nuestras cátedras universitarias y de nuestra plataforma de teleformación.

- España es considerada uno de los países de la Unión Europea con mayor implementación de la informática en su sistema sanitario. ¿Son todas ventajas?

En mi opinión es indudable que aporta grandes ventajas, pues el caudal de información que permite manejar enriquece el quehacer profesional. No obstante, para que sean eficaces, los sistemas deben ser ágiles, fáciles de manejar y estar bien diseñados. Los usuarios deben tener la

formación y los recursos técnicos adecuados y aspectos como el de la confidencialidad de la relación médico-paciente deben estar garantizados.

- A la hora de preparar las actividades dirigidas a la población que siempre completan el programa, ¿qué criterios intervienen para diseñarlas?

Que sean actividades en las que los participantes reciban formación o información valiosa para mejorar su salud. Por otra parte, pensamos que deben contribuir al acercamiento de la población al médico general y de familia fuera de su entorno habitual de trabajo, en el centro de salud o de la consulta.

- ¿Cómo han combatido en esta ocasión el reloj para los últimos preparativos dada la anticipación en la celebración del Congreso?

Con una mayor dedicación y esfuerzo de todo el equipo, tanto de los Comités Organizador y Científico, como de la Secretaría Técnica y del Comité de Congresos.

- ¿Cuáles son sus recomendaciones para que los congresistas aprovechen al máximo esta oportunidad?

Como estoy convencido de que todas las actividades que les ofrecemos en esta edición del congreso son de gran interés y calidad, lo que les recomiendo es que asistan al mayor número posible de ellas.

“las actividades para la población acercan a los ciudadanos al médico general y de familia fuera de su entorno”

MESA DE DEBATE

TUBERCULOSIS, DE NUEVO UN RETO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Moderador: Dr. Antonio Torres Villamor

Médico general y de familia. Madrid

Las diferentes modificaciones recientes, epidemiológicas y sociodemográficas, han producido un repunte de la incidencia de la tuberculosis en nuestro país.

Dicha situación vuelve a colocar a la Atención Primaria en la primera línea para el diagnóstico y prevención de esta enfermedad.

Los objetivos planteados en esta mesa de debate son:

- Conocimiento de la epidemiología actual de la tuberculosis en España.
- Sociodemografía. Colectivos de riesgo.
- Abordaje desde Atención Primaria.
- Aspectos terapéuticos. Cepas resistentes. Actualización de pautas terapéuticas.
- Control evolutivo. Importancia de la prevención. Estudio de contactos.

Situación actual y futura en España

Ponente: Dr. Fernando Gómez Ruiz

Médico general y de familia. Centro de Salud de Bargas. Toledo

La tuberculosis es considerada una enfermedad infecto-contagiosa que causa la cuarta parte de la mortalidad evitable en los países en desarrollo. Constituye un gran problema de salud pública a nivel mundial y fue declarada emergencia sanitaria global por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1993.

Se calcula que cada segundo se produce en el mundo una nueva infección por el bacilo de la tuberculosis, que una tercera parte de la población mundial se encuentra infectada y que del 5 al 10% de las personas infectadas enferman o son contagiosas en algún momento de su vida, aumentando mucho las probabilidades de enfermar si existe coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Los grandes desequilibrios socioeconómicos existentes entre los países ricos y pobres guardan una

fuerte relación con la prevalencia de la tuberculosis, puesto que más del 90% de los casos se localiza en los países subdesarrollados, por otro lado, origen de la mayor emigración. La baja incidencia alcanzada en países desarrollados generó, hace unas décadas, un cierto desinterés en política sanitaria pensando que esta enfermedad era un problema lejano, provocando una cierta relajación y reducción de recursos destinados para la prevención y control de la tuberculosis. Como consecuencia de esto, unido a la coincidencia con la epidemia de VIH, la aparición de resistencias a los fármacos empleados y el aumento de la emigración, se produjo un resurgimiento de la tuberculosis.

Según el último informe de la OMS sobre control de la tuberculosis (*Global Tuberculosis Control/WHO report 2008*), el número estimado de casos nuevos

de tuberculosis en 2006, fueron de 9,2 millones, cifra que representa una incidencia de 139 casos/100.000 habitantes, de éstos, 4,1 millones (44%) corresponde a nuevos casos bacilíferos y 0,7 millones (8%) VIH- positivos. En términos absolutos, los cinco países que ocupan las mayores cifras de incidencia en orden descendente son India, China, Indonesia, Sudáfrica y Nigeria; por regiones es África la de mayor incidencia con 363 casos / 100.000 habitantes. La cifra estimada de casos de tuberculosis multirresistente fue de medio millón y las defunciones estimadas por tuberculosis alcanzarían 1,7 millones, incluidos 0,2 millones de personas infectadas por el virus VIH.

A finales de 2007, 202 de los 212 países y territorios que deben notificar sus datos a la OMS declararon 5,1 millones de nuevos casos de tuberculosis de los 9,2 millones de nuevos casos estimados para el año 2006. De estos nuevos casos, el 50% aproximadamente (2,5 millones) son nuevos casos bacilíferos.

En Europa se declararon 88.113 nuevos casos de tuberculosis en 2006, con una distribución muy diversa entre países, encontrando tasa bajas (< 10 casos / 100.000 habitantes), frente a otras por encima de 50 casos / 100.000 habitantes. Los datos demuestran que la Unión Europea está muy distante de alcanzar la meta de eliminación de la tuberculosis, situación que empeora con la presencia de tuberculosis multirresistente y extensivamente resistente, la comorbilidad con el virus del SIDA y la emigración, unido a fallos en los programas de control.

España, en 1995, fecha de la creación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), ocupaba el segundo lugar de incidencia notificada de tuberculosis entre los países de la Unión Europea con una tasa de 22,1 casos / 100.000 habitantes, solo superada por Portugal. Es a partir de 2004 cuando se dispone de información estatal sobre casos de tuberculosis de cualquier localización, desglosada en tres categorías, tuberculosis respiratoria, meningitis tuberculosa y otras, según protocolo de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).

En 2006, el número total de casos de tuberculosis declarados en España fue de 6.560, lo que representa una tasa de 15,09 casos / 100.000 habitantes, siendo Ceuta, Melilla y Galicia las zonas que presentan las tasas más elevadas. En la distribución por sexos, el 65% fueron hombres frente a un 34 % de mujeres, es decir, una proporción aproximada de dos hombres por cada mujer, con una edad media mayor en hombres que en mujeres.

Globalmente los grupos de edad con mayor afectación fueron de 25 - 34 años y 34 - 44 años con un 24% y 20% respectivamente.

Tras una petición realizada por el Comisionado Europeo para la Salud, en marzo de 2007, el Centro Europeo para el Control y Prevención de enfermedades (ECDC), en colaboración con un grupo de expertos, desarrolló un Plan de Acción para la lucha contra la tuberculosis basado en asegurar la calidad en el control total de la tuberculosis, fortalecer los sistemas de salud, desarrollar y evaluar herramientas nuevas y fortalecer la colaboración internacional. Todo ello en contexto de la estrategia Alto a la Tuberculosis, lanzada por la OMS en 2006 y diseñada para conseguir metas de impacto en 2015 y metas de detección de casos y éxito terapéutico.

La estrategia consta de seis puntos fundamentales:

- Expandir y mejorar los programas de tratamientos directamente observados (DOTS).
- Hacer frente a la comorbilidad del VIH, tuberculosis multirresistente y otros problemas afines.
- Contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud.
- Involucrar a todo el personal responsable en salud.
- Dar más capacidad de acción a pacientes y comunidades.
- Favorecer y provocar la investigación.

Con la aplicación de la estrategia se producirán mejoras que deberían reducir a la mitad la prevalencia y las tasas de mortalidad en todas las regiones, excepto África y Europa Oriental, para el año 2015.



Estrategias de abordaje desde Atención Primaria. Colectivos vulnerables

Ponente: Dra. Marisa Sánchez Benítez de Soto

Médica responsable del Equipo de Tuberculosis del Distrito Poniente. Almería

INTRODUCCIÓN

Los nuevos contextos locales con gran variedad étnica y multicultural, asociadas en muchas ocasiones a deficientes condiciones socioeconómicas, están determinando nuevos abordajes en la prevención y control de la tuberculosis. El Distrito Poniente de Almería tiene una Población BDU de 240.980 habitantes, donde conviven 121 nacionalidades distintas, un 30% de población extranjera, 20.947 inmigrantes en situación administrativa irregular, una alta natalidad y una gran dispersión geográfica, constituye uno de esos escenarios complejos.

Aunque la mayor parte de los inmigrantes son personas jóvenes, sanas y que aportan riqueza al país con su trabajo, no es menos cierto que estamos asistiendo al resurgir de determinadas enfermedades que o bien estaban ya erradicadas en nuestro país, o bien se encontraban ya en franco descenso y vuelven a resurgir en el momento actual. La tendencia de la evolución de la tuberculosis (TB) en España es descendente (tasas / 100.000 habitantes: 1998: 22,9 y en 2006: 14,7) al igual que en Andalucía (1998: 19,1 y en 2006: 15,1); sin embargo en Almería esta tendencia está aumentando (1998:22,2 y en 2006: 29,6) y más concretamente a expensas del Distrito Poniente (2006: 35,6), que siendo el más pequeño en superficie es el más denso en población, y aporta el 50% de los casos diagnosticados en la provincia.

En el Distrito Poniente el 70% de los casos diagnosticados de TB ocurre en población inmigrante. Porcentaje superior al de Barcelona y Madrid (40%).

La organización de la atención sanitaria a la población inmigrante en el Distrito Sanitario Poniente de Atención Primaria está orientada de forma que se

garantice la equidad en el acceso y en la prestación del servicio sin disminuir la calidad de la atención.

Los objetivos específicos planteados están enfocados a captar a la población inmigrante para facilitar el acceso normalizado al sistema sanitario; facilitar el conocimiento de los recursos del sistema sanitario; disminuir las barreras de acceso a los servicios sanitarios; mejorar los conocimientos y la competencia cultural de los profesionales del Distrito; trabajar en coordinación con redes sociales y adaptar los programas de salud implantados en el Distrito a la diversidad multicultural

Las actividades desarrolladas e instrumentos para conseguir estos objetivos son: convenio Consejería de Salud, oenegés y sindicatos coordinado por Fundación Progreso y Salud; circuitos ágiles y con puntos de atención en todos los centros; implicación de oenegés y sindicatos en la obtención de tarjetas sanitarias; asignación de población inmigrante a todos los profesionales.

En relación a adaptar los programas de salud implantados en el Distrito a la diversidad, en diciembre de 2001 se crea la Unidad de Tuberculosis (UTB) del Distrito Sanitario Poniente, formada por una médica de familia, una enfermera y una trabajadora social, y cuyos objetivos son mejorar el control del paciente con tuberculosis, reducir la demora diagnóstica, mejorar el estudio de contactos, asegurar la continuidad asistencial e incrementar el número de pacientes con tratamientos completos.

Desde el Hospital de Poniente y el Distrito Poniente de Almería se han desarrollado con el paso de los años diversas actuaciones encaminadas a la atención de la patología que afecta a los inmigrantes. Como resultado de ello, en el año 2004 se constituyó la Unidad de Medicina Tropical (UMT) del Hospital de Poniente. La UMT del

Hospital de Poniente es una de las diez que forman parte de la Red Española de Unidades de Medicina Tropical (REUMT), coordinadas por el Instituto de Salud Carlos III. Es la única perteneciente al Sistema Sanitario Público de Andalucía y, desde el inicio de su actividad en 2004, ha mantenido un carácter multidisciplinar, con facultativos de Atención Primaria y de Atención Especializada. En ella trabajan facultativos de distintas áreas, como Medicina Interna, Neumología, Microbiología, Hematología, Pediatría, Medicina Preventiva; así como 2 médicos de familia pertenecientes al Distrito Poniente de Atención Primaria.

La UMT ha desarrollado una serie de actuaciones encaminadas a facilitar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades importadas, así como a promover el conocimiento de esta patología entre los profesionales sanitarios.

Con la presentación de este trabajo pretendemos dar a conocer, a la comunidad sanitaria y a todas las personas e instituciones que trabajan a diario con la población inmigrante, un modelo asistencial que es capaz de dar respuesta a unas necesidades sanitarias a veces específicas, que requieren una constante actualización y que pueden suponer serios problemas para la salud pública, como es el caso de la tuberculosis. La coordinación interniveles y asegurar la continuidad asistencial son la base del trabajo asistencial, con una clara proyección al ámbito de la investigación, y esto supone un valor diferenciador de otras unidades que ejercen su labor en el resto del territorio nacional.

MÉTODOS

Programa de control de la tuberculosis, con la existencia de un equipo especializado de tuberculosis en atención primaria (AP) que realiza el seguimiento de los pacientes ambulatorios y garantiza la cumplimentación de los tratamientos y el estudio de los contactos siguiendo una metodología novedosa mediante dos abordajes, epidemiología clínica y molecular. Unos laboratorios microbiológicos que procesan, cultivan y tipifican las cepas (IS6110-RFLP y MIRU-15) y la UTB realiza entrevistas y reentrevistas, solicitando el reconocimiento

fotográfico entre las personas que comparten la misma cepa, para conocer las rutas por donde se transmite esta enfermedad, intentando dar respuesta a la pregunta de si la tuberculosis es importada o no.

La estrategia de abordaje es individualizada con un enfoque bio-psico-social. Para conocer la adherencia al tratamiento antituberculoso de estos enfermos se realiza atención a domicilio en el 80% de los casos y se entrega la medicación en unidosis de manera periódica a todos los enfermos y a los contactos infectados. Debido al peso que tienen los factores sociales a la hora de los abandonos de tratamiento, a todos los enfermos se les realiza una valoración social, y en el caso de que la situación social suponga un riesgo para el abandono del tratamiento se solicitan recursos a los servicios sociales de los ayuntamientos, y a las oenegés del tipo de ayuda económica para el pago de alquiler de vivienda, alimentos, ropa...

El trabajo coordinado con los agentes culturales de salud es fundamental en la presentación del equipo y en mejorar la comunicación, ayudando a interpretar el concepto de salud y enfermedad desde todos los aspectos culturales, de esta manera se facilita conocer mejor el grado de adherencia al tratamiento antituberculoso.

RESULTADOS

Con este tipo de intervención los resultados de seguimiento de la tuberculosis ha evolucionado en cuanto a las pérdidas (2000: 51% al 2006: 4,2% en el año) y resultados de tratamiento completado (2000: 41,4% y en el 2006: 69,3% en el año). En relación a la población inmigrante respecto a la autóctona, no existen diferencias significativas en cuanto al porcentaje de abandonos (4% versus 3%) y tampoco en cuanto al tratamiento completado (64% versus 72%) y sin embargo si las encontramos en relación al traslado durante el tratamiento (18% versus 3%) que se coordinan en su mayoría. En cuanto a la transmisión reciente de la tuberculosis podemos afirmar que existe una transmisión reciente de la tuberculosis entre población inmigrante y entre autóctonos e inmigrantes y, por tanto, se ha de tener en cuenta este tipo de transmisión para orientar tanto los estudios de contacto como las medidas de prevención y control implementadas.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Podemos afirmar que este modelo de atención multidisciplinar y de coordinación interniveles es capaz de dar respuesta al reto de la atención a los pacientes con enfermedades importadas, y en especial a la población inmigrante. El control de algunas patologías que representan un riesgo para la salud pública, como la tuberculosis, el VIH/SIDA o algunas parasitosis, sólo se conseguirá con el trabajo en equipo y la continuidad asistencial.

Además, las nuevas estrategias epidemiológicas, que combinan el genotipado de las cepas y estudios de contactos de mayor complejidad, son necesarias para investigar la transmisión de la tuberculosis en estas nuevas realidades sociales.

En nuestro distrito, facilitar la accesibilidad al sistema sanitario, realizar un abordaje bio-psico-social y garantizar la continuidad asistencial son factores determinantes para el control de la tuberculosis.

AGRADECIMIENTOS

Al Distrito Sanitario Poniente de Almería, a la Unidad de Medicina Tropical, al Grupo INDAL-TB, estos trabajos están parcialmente financiados por FIS (030654; 030986; 060882; 061467; 06/90490; 06/90357), Junta de Andalucía (0453/06, 151/05), ISCIII (CIBER Enfermedades Respiratorias CB06/06/0058). N.A.R. y la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid y el European Social Fund (3334/2004).

Actualización terapéutica

Ponente: Dr. Javier García Pérez

Neumólogo de la SEPAR. Hospital de la Princesa. Madrid

La identificación y tratamiento precoces de los pacientes con tuberculosis (TB) constituyen el arma terapéutica más efectiva para conseguir la curación de los enfermos y la interrupción de la cadena epidemiológica de transmisión.

El tratamiento farmacológico de la TB es largo, pesado y complejo, aunque una amplia mayoría de pacientes no presentará grandes dificultades en su manejo terapéutico. Los fármacos antituberculosos se clasifican en dos grupos en función de su eficacia, tolerancia y toxicidad. Los fármacos de "primera línea" serán utilizados en la mayoría de las ocasiones; este grupo incluye rifampicina (R), isoniacida (H), pirazinamida (Z), etambutol (E) y estreptomycin (S). La administración de fármacos de "segunda línea" queda restringida a determinadas situaciones y exige controles especiales.

La mejor pauta de tratamiento será aquella que tenga un alto poder bactericida y esterilizante para conseguir un alto porcentaje de curaciones y un mínimo número de recidivas, siendo además bien tolerada y

ocasionando pocos efectos secundarios. La combinación terapéutica vigente y universalmente aceptada consiste en un régimen diario de 6 meses con R y H, añadiendo también Z los dos primeros meses. En los colectivos o áreas geográficas con tasas de resistencia primaria a H mayores del 4%, incluiremos además en los dos meses iniciales un cuarto fármaco, preferiblemente E, hasta disponer del estudio de sensibilidades; dado el perfil epidemiológico de nuestros pacientes, esta última pauta va ganando importancia progresivamente.

El seguimiento evolutivo de los enfermos nos permitirá detectar precozmente la toxicidad del tratamiento (sin sobrevalorar síntomas leves), reforzar la adherencia al mismo y comprobar las curaciones. El sentido común guiará nuestra estrategia en este campo, para no someter a los pacientes a exploraciones injustificadas. Nuestras actuaciones básicas incluirán revisiones clínicas mensuales, controles microbiológicos mensuales hasta lograr la negativización del esputo y revisión radiológica final.

MESA DE DEBATE**VACUNAS EN ATENCIÓN PRIMARIA:
IMPACTO EN LA SALUD**

Moderadora: Dra. Isabel Jimeno Sanz

Grupo de Enfermedades Infecciosas y Vacunas de la SEMG. Madrid

Nadie duda de la trascendencia que sobre la salud individual y colectiva ha tenido la progresiva implantación de las estrategias vacunales para diferentes enfermedades muy prevalentes. Por otra parte, la constante investigación sobre las vacunas existentes les ha conferido mayor eficacia, mayor seguridad y mayor simplicidad de administración. El resultado ha sido la disminución, y en algunos casos la desaparición, de la morbilidad y de la mortalidad secundarias a tales enfermedades.

A pesar del consenso general sobre las pautas y los momentos de administración de cada vacuna, la realidad de la vertebración española en Comunidades Autónomas y la responsabilidad transferida a éstas en

materia de Salud Pública han traído consigo un amplio abanico de calendarios vacunales. Sin diferir en lo fundamental, no tienen la homogeneidad necesaria como para que cualquier individuo (especialmente los niños) que se traslada de una Comunidad Autónoma a otra no se vea abocado a situaciones como poco peculiares a la hora de ser vacunado o revacunado. Trataremos en esta mesa de justificar, minimizar o rechazar tales diferencias.

Por último, tendremos acceso a novedosos elementos de valoración sobre nuevas vacunas, su efectividad, su trascendencia, su coste-oportunidad, su inclusión en los calendarios vacunales y sus repercusiones para la Salud Pública.

MESA DE DEBATE**ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO**

Moderador: Dr. Moisés Robledo del Corro

Médico general y de familia. Centro de Salud El Coto-Gijón. Asturias

El dolor crónico representa uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria. Se estima que alrededor del 20% de la población adulta en los países industrializados lo padece. Esta elevada prevalencia, y su gran impacto, tanto en calidad de vida, con importante repercusión familiar y social, como en gasto, no sólo asistencial sino también el derivado de la incapacidad laboral que produce en muchas ocasiones, hacen necesario que, desde el primer nivel asistencial, se pongan en marcha actividades formativas e investigadoras que propicien un

mejor conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de producción del dolor, el manejo individualizado del mismo, y la mejora de la necesaria coordinación con el resto de niveles asistenciales que atienden a estos pacientes.

En los últimos años, se han creado en nuestro país Unidades del Dolor (UD) para atender a los personas con dolor crónico. La práctica totalidad de la Comunidades Autónomas tiene UD, siendo muy variable su grado de implantación. Andalucía dispone de 23, Madrid tiene 13 y Cataluña 12. A la cola figuran

Asturias, Cantabria y La Rioja, que cuentan solamente con una.

Pese a que el número de pacientes que se tratan en las UD aumenta cada año, la mayor parte de ellos son atendidos en Atención Primaria (el 84%, según la encuesta "Pain in Europe"), por lo que es necesaria una adecuada formación continuada en diagnóstico y tratamiento del dolor crónico para el médico general y de familia, aumentando su capacitación para el manejo de esta patología.

Normalmente, la accesibilidad de los pacientes a las UD es variable, siendo muy rápida en caso de dolor oncológico, y bastante más lenta en casos de dolor crónico no oncológico, lo que hace de la Atención Primaria el referente para la valoración ini-

cial de estos procesos.

No hay que olvidar que, además de la Atención Primaria y las UD, están implicados habitualmente en la atención del paciente otros servicios de la Atención Especializada (Traumatología, Neurología, Reumatología, etc.), por lo que resulta imprescindible, para una atención integral y de mayor calidad, la adecuada coordinación de todos estos dispositivos asistenciales.

Todo ello, ha motivado la inclusión de esta Mesa de Debate en el programa del XV Congreso Nacional y IX Internacional de la Medicina General Española, en la que se tratará, desde las perspectivas de la UD y de la actividad asistencial en el Centro de Salud, el abordaje del dolor crónico no oncológico.

Dolor crónico: ¿es posible su control desde Atención Primaria? Coordinación con Atención Especializada

Ponente: Dra. Juana Sánchez Jiménez

Grupo del Dolor de la SEMG. Madrid

El dolor es una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria (AP), solo por detrás de la patología respiratoria. Es un fenómeno complejo en todas sus vertientes: fisiológicas, bioquímicas, psicosociales, morales y comportamentales, lo que obliga a un enfoque y tratamiento multidisciplinar; esto es más evidente en el dolor crónico, que produce un gran impacto en el paciente con sufrimiento físico, afectación psicológica, repercusión laboral, social, económica, y por otro lado en el médico, con aumento de la presión asistencial, demanda de soluciones rápidas lo que unido a un déficit de formación y a una falta de capacidad de resolución provoca en definitiva una pérdida de calidad asistencial.

Así mismo el dolor crónico plantea un verdadero problema de salud pública con unos costes económicos, tanto directos como indirectos, elevados.

Es indispensable la formación adecuada de los médicos en el tratamiento del dolor, independiente de

la especialidad que tengan y de su ámbito asistencial. A pesar de estas premisas, es evidente que la situación actual dista mucho de ser la ideal para este síndrome, el aumento de la población y su envejecimiento hacen que sea cada vez más complejo el abordaje de esta patología tanto para la AP como para la Atención Especializada (AE).

Es inevitable cuando se analiza el dolor crónico llegar a la conclusión de que es necesario evitar el monopolio del tratamiento del dolor por una sola especialidad, solo sería una coartada para justificar el abandono en el que se deja a muchos pacientes con dolor y que convierte a los pacientes en usuarios hiperfrecuentadores, buscadores de una solución que no puede ser aplicada desde un contexto aislado sino en coordinación multidisciplinaria.

La pregunta es ¿quién debe ser el eje sobre el que pivote esta atención? Evidentemente, el núcleo debe ser siempre el paciente y a estos efectos las características

de la AP de accesibilidad, longitudinalidad, enfoque biopsicosocial le confieren una inmejorable situación para ejercer de filtro y motor coordinador en este proceso.

¿Cuál es la realidad en nuestro SNS respecto a la coordinación?

La Ley General de Sanidad de 1986 establece dos niveles de atención: Primaria y Hospitalaria y específicamente enuncia que "se promoverán las medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes modelos asistenciales".

Un ejemplo claro de buena coordinación entre AP y AE se establece ante la sospecha de patología tumoral o en los cuidados paliativos donde los circuitos en general en todas las autonomías están bien organizados y planificados con los pasos a seguir por todos los involucrados, sin embargo para el desarrollo de otras situaciones médicas igual de complejas se produce un mal funcionamiento, como se revela en los siguientes enfoques de diferentes estudios publicados:

- En un estudio publicado en *Annals de Medicina* revista del Consejo Catalán de Especialidades en Ciencias de la Salud sobre una encuesta realizada a médicos de AP y AE ambos colectivos reflejan una gran desconexión con la conclusión de que la comunicación entre ambos es deficiente.

- En otro estudio publicado en la *Rev. Soc. Esp. Dolor* 7:453-459, 2000 (encuesta en Sevilla) entre la relación entre la unidad de dolor y los centros de primaria se concluye que: el largo tiempo de espera para AE, la falta de técnicas diagnósticas en AP, la ausencia de contacto entre niveles, el uso de distintas herramientas de formato clínico provoca una insatisfacción generalizada tanto en primaria como en especializada y en el propio paciente.

- Una experiencia mediante un internista consultor desarrollado en la ZBS Berja Distrito AP Poniente Almería publicada en *An. Med. Int.* durante el 2005 evidenciaban la mejoría en todos los estándares analizados: calidad de la derivación, número de pruebas complementarias solicitadas y su correlación diagnóstica, satisfacción de los profesionales, sesiones clínicas, disminución de la presión asistencial tanto en AE como en AP, disminución de los tiempos de demora.

En ambos estudios se proponen una serie de iniciativas para mejorar la coordinación: historia clínica informatizada con datos comunes para los dos niveles, el uso del correo electrónico como medio de comunicación rápido para informar de ingresos, visitas, consultas externas, urgencias, el conocimiento mutuo: sesiones conjuntas, médico de enlace o de referencia que facilite la comunicación y mejore los circuitos de derivación, actividad asistencial docente e investigadora, la implicación de los gestores y la administración.

Estos estudios no dejan de ser iniciativas aisladas, heterogéneas y basadas en el voluntarismo, que no dejan de reflejar una situación insuficiente para todos los protagonistas.

Un ejemplo de mayor envergadura en el intento de coordinación y mejora del tratamiento del dolor crónico lo tenemos en el desarrollo del proceso de dolor crónico no maligno (DCNM) de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2007), donde en su introducción el Dr. Manuel J. Rodríguez, coordinador del proceso, define los objetivos como:

- "Mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor, de una manera racional, planificada y eficiente, garantizando el tratamiento adecuado del dolor según los principios rectores del Sistema Nacional de Salud.

- Ofrecer una cobertura que responda a las necesidades de los pacientes, con financiación pública.

- Impulsar la coordinación de los distintos niveles asistenciales y de los recursos disponibles, aprovechando todos los existentes.

- Asegurar la equidad, sin distinción por el tipo de enfermedad ni ámbito de atención.

- Proporcionar calidad, efectividad y eficiencia en el uso de los recursos.

- Conseguir la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales."

En dicho proceso se contempla la posibilidad de desarrollar un equipo multidisciplinario de tratamiento del dolor crónico en AP (EMAP) cuya composición sería:

- **Médico de Familia:** con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico y habilidades en técnicas mínimamente invasivas.

Abordaje del dolor crónico no oncológico

- **Enfermera:** con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico.
- **Médico Rehabilitador:** con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico y habilidades en técnicas mínimamente invasivas.
- **Psicólogo:** con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico.
- **Fisioterapeuta:** con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico.
- **Trabajador social:** con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico.
- **Terapeuta ocupacional:** con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico.

MODO DE ACTUACIÓN

Dada la complejidad del abordaje del dolor crónico se hace necesaria la actuación coordinada de todo el equipo en la elaboración del plan terapéutico del dolor, haciendo énfasis en la rehabilitación funcional con carácter intensivo (duración superior a

100 horas o tres meses de tratamiento), con dedicación plena de sus componentes siendo coordinados por aquel miembro del equipo, independiente de su especialidad, que reúna las mejores condiciones para ello.

El EMAP deberá desarrollar, además, actividades docentes e investigadoras para asegurar la mayor calidad y efectividad de los procedimientos aplicados.

De este modo se establece un filtro amortiguador de la presión que haría posible el enlace entre AE y AP y dar respuesta a las expectativas tanto de profesionales como de pacientes

A pesar de estos buenos deseos y de la publicación del proceso, hoy es difícil su implantación y desarrollo, sin embargo si no realizamos un esfuerzo desde todos los ámbitos, pacientes, profesionales y gestores, no será posible avanzar en conseguir una mejora de la calidad asistencial y una satisfacción tanto de los pacientes como de los médicos, ya sean del ámbito de la AE o de la AP: deseo de hacerlo, interés por implantarlo y recursos.

Impacto del dolor crónico, estrategias de abordaje

Ponente: Dr. Cándido Martín Gil

Médico general y de familia. Centro de Salud Torrejoncillos. Cáceres

Durante los años 2002 y 2003 se realizó una encuesta epidemiológica sobre dolor crónico en dieciséis países de Europa, entre ellos España. Se publicaron en noviembre del 2003 bajo el título "Pain in Europe".

Según este estudio, la incidencia de dolor crónico en la población española es del 11%, la menor incidencia de los países participantes. Las localizaciones más frecuentes son la rodilla y la espalda. La artrosis es la causa más frecuente del dolor. El dolor es intenso e insoportable en el 40% de los pacientes con EVA de 8/10 en el 20%, lo que sugiere que el problema no está suficientemente atendido.

La evolución del dolor en la mayoría de los pacientes tiene una media de 9,5 años. El dolor afecta de

forma importante a la calidad de vida del paciente. En un 29% de los pacientes se asocia a diagnóstico de depresión. Los médicos generales son los que más tratan el dolor crónico, aunque estos pacientes realizan un peregrinaje por los distintos especialistas y recurren a médicos y tratamiento paramédicos.

La mayoría de los enfermos están satisfechos con la atención recibida por el sistema sanitario y por sus médicos, aunque la mayoría considera que el médico no tiene conocimientos suficientes para tratar su dolor.

Los AINEs son los fármacos más utilizados para tratar el dolor. Solo el 1% de los pacientes utiliza opiodes mayores.

La mayoría de los pacientes están a cargo del

médico de cabecera, por lo que es necesaria mayor formación de estos en dolor, que aprendan a utilizar fármacos más potentes y medicamentos con capacidad para controlar mejor a sus pacientes.

Es muy importante diagnosticar bien el tipo de dolor del paciente: dolor agudo o crónico, dolor somático y neuropático, porque dependiendo del tipo de dolor se utilizará los diversos grupos de fármacos que actúan en el control del dolor.

A la hora de evaluar a un paciente con dolor crónico, ésta se debe realizar de una forma integral, eso es muy importante, a parte de diagnosticar el tipo de dolor y la patología que padece el paciente

y los factores socioculturales y emocionales del paciente que van a influir de forma importante en la percepción que el paciente tiene de su dolor.

En cuanto al tratamiento del dolor, se utiliza la Escalera Analgésica de la OMS, con sus cuatro peldaños, pero es conveniente el tratamiento individualizado del paciente, utilizando los fármacos que se ha demostrado que son más eficaces para el tipo de dolor del paciente. A parte del tratamiento médico, hay que intentar ayudar al paciente y tener en cuenta los factores socioculturales y emocionales que van a influir de forma importante en el dolor y que si no se controlan hacen muy difícil el control del propio dolor.

MESA DE CONTROVERSIA

DEMOGRAFÍA MÉDICA, ¿HACEN FALTA MÁS MÉDICOS?

Moderador: Dr. Fernando Pérez Escanilla

Presidente de SEMG-Extremadura

Las noticias sobre el número de médicos que se necesitan en España son contradictorias y varían sus cifras dependiendo de quien se manifieste al respecto. No cabe duda de que el diseño del Sistema Sanitario, las prestaciones sanitarias y el régimen laboral de los médicos condicionan esas afirmaciones. Si como reconoce la OMS, España en 2006 tenía una tasa global de 3,3 médicos por cada 1.000 habitantes, no parece estar muy perjudicada en relación al entorno europeo. Bélgica, que es el país más favorecido, tiene 4,49 y Rumanía 1,90 médicos para esos mismos habitantes.

Pero ¿qué hace más compleja la situación en España?, probablemente la edad de los médicos en ejercicio, la emigración a otros países de la Unión Europea por los escasos incentivos españoles y la distribución geográfica de los facultativos.

Parece evidente que la profesión médica, a juzgar por sus manifestaciones de las últimas semanas, no está dispuesta a pasar nuevamente por el calvario de los

excedentes de médicos de las décadas de los ochenta y noventa. A ello hay que sumar el coste social que conlleva en la actualidad la formación de profesionales tan cualificados para que al final de su periodo de formación se encuentren en situación de precariedad o de paro laboral.

El XV Congreso Nacional y IX Internacional de la Medicina General Española, atento siempre a la problemática profesional, no podía dejar de tratar un tema tan de actualidad y trascendente para la población, y ha querido dedicar esta Mesa de Controversia para hablar de la demografía médica con los agentes más representativos de la profesión médica. La mesa de debate pretende determinar el número real de médicos en España y su proporción en relación al entorno de la Unión Europea; analizar si existe alguna especialidad deficitaria. Y si es así, si los invitados a la mesa están de acuerdo en ese déficit. Además, se someterá a la opinión de los ponentes si la necesidad de mayor número

Demografía médica, ¿hacen falta más médicos?

de médicos puede venir condicionada por el diseño del Sistema Sanitario. Asimismo, valoraremos si en el futuro se puede garantizar la cobertura de las necesidades médicas en la población española con un perfil laboral

Ponente: Profesor José María Peinado

Facultad de Medicina. Universidad de Granada

La adecuación de los recursos humanos a las necesidades asistenciales es una cuestión de gran preocupación en los países occidentales. En España se ha producido de forma brusca un importante incremento en la demanda de médicos por parte del Sistema Nacional de Salud, debido, entre otros factores, al incremento de las prestaciones sanitarias, a la apertura de nuevos centros asistenciales, a las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas (CC AA) o al envejecimiento. A esto se ha sumado un inesperado crecimiento de la población. Todos estos factores han originado una percepción generalizada de falta de médicos. Pero... ¿faltan realmente médicos?

Las facultades de medicina son la puerta de entrada al sistema sanitario de los futuros profesionales. Tras la masificación de los años 80-90, la estabilidad en el número de alumnos que acceden a las facultades de medicina ha permitido una gran mejora de la calidad de la formación. Los indicadores básicos de calidad como demanda de la titulación, infraestructuras y recursos económicos, recursos humanos, programas formativos y resultados han situado a las facultades de medicina a la cabeza del sistema universitario español.

En la actualidad existen en España 28 facultades de medicina, de las cuales 26 son públicas y 2 privadas. Solo dos Comunidades Autónomas carecen de facultad de medicina: Islas Baleares y La Rioja. Hasta el año 2005, el número de alumnos admitidos por curso académico ha sido aproximadamente de 4.350, lo que representa un índice de 1,1 por cada 100.00 habitantes, ligeramente superior al valor de referencia, uno, en la Unión Europea. Entre nuestros alumnos el 73,55% es mujer.

diferente; analizaremos las soluciones alternativas con el compromiso de otros sanitarios, y daremos opciones para un mejor funcionamiento del SNS con la responsabilidad de los pacientes.

En los dos últimos años se ha producido un incremento en el número de alumnos del 15-50%, dependiendo de universidades y CC AA. Las previsiones son alcanzar un incremento adicional del 40% en los próximos 5 años. Por otra parte, la alarma generada en torno a la falta de médicos ha originado que en nuestro país se proponga la creación de, al menos en este momento, 14 nuevas facultades de medicina, lo que supondría un incremento del 50% respecto a las actuales. Esto nos situaría a la cabeza del mundo en número de facultades en relación a nuestra población, siendo superados solo por Cuba.

Este incremento se produce, además, en un momento de cambio en el modelo educativo universitario como consecuencia de la puesta en marcha del espacio europeo de educación superior, que requiere un trabajo más tutorizado, centrado en la formación en competencias, y por tanto con una mayor demanda en recursos humanos y de infraestructuras.

Otro factor a considerar es la evolución de plazas de especialista ofertadas históricamente en la convocatoria MIR, particularmente en aquellas especialidades más demandadas, así como su distribución por CC AA. Se observa como, a pesar de los incrementos producidos en los últimos años, la ratio de aspirantes por plaza ha vuelto a incrementarse en los últimos dos años, siendo entre 2.000 y 3.000 candidatos los que no escogen plaza. Existen grandes diferencias entre CC AA en la oferta formativa de especialistas. Igualmente no todas las plazas acreditadas son ofertadas.

Otros aspectos como la emigración, el porcentaje de profesionales contratados por el sistema nacional

(público) de salud, la edad de jubilación, la carrera profesional o los sistemas retributivos también serán valorados.

Se concluye que la demanda de profesionales debe analizarse en función de las especialidades, la geografía

o las diferencias retributivas, partiendo de un análisis detallado de la situación actual, que defina previsiones, así como políticas de recursos humanos que garanticen la flexibilidad a la vez que la adecuada cobertura de la demanda.

Ponente: Dr. Dámaso Villa Mínguez

Director gerente del Servicio Extremeño de Salud

Las ratios de médicos por mil habitantes que se emplean en Europa no son de aplicación en Extremadura. La dispersión de la población genera unas necesidades de profesionales sanitarios mucho mayores tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el de la Hospitalaria. Extremadura y los Países Bajos tienen una extensión casi idéntica. Sin embargo, los habitantes de Extremadura son 1.085.000, en tanto

que en Holanda sobrepasan los 16 millones.

Hay otras comunidades autónomas de España con situaciones semejantes. Tampoco debemos olvidar la situación por la que hemos pasado hace tan solo unos años, con un paro médico que ocasionaba tensiones muy acusadas. Por eso, debemos tomar medidas consensuadas y con una visión racional del problema, sin olvidar que hoy es un problema.

MESA PROFESIONAL

Moderador: Dr. Benjamín Abarca Buján

Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Se trata sin duda de una mesa de debate de gran actualidad e importancia y más si tenemos en cuenta los tres temas que aborda en esta ocasión.

En *Formación de pregrado, adaptación de España al Espacio Europeo de Educación Superior. Declaración de Bolonia*, el profesor José Antonio Torre Carballada, director de nuestra Cátedra SEMG de Medicina de Familia, nos perfilará con detalle cuál es exactamente este 'Plan de Bolonia' del que tanto se habla, y cómo repercutirá en nuestro entorno inmediato, teniendo en cuenta que la carga docente para el pregrado será mucho mayor, con todo lo que ello comporta y el planteamiento de que quizás los centros de salud también deberán acoger ese espacio formativo que pretende ampliarse.

Por su parte, el doctor Juan José Rodríguez Sendín, secretario general de la Organización Médica Colegial, tratará otro tema de gran actualidad: **organización del trabajo y competencias profesionales**, y abordará la necesidad de la reforma de la organización del trabajo médico en Atención Primaria. Es una obviedad que las cargas burocráticas han recaído en el profesional médico y que ello entorpece el desarrollo completo de su atención asistencial. Se realizará, pues, una aproximación al perfil de competencias que debería tener cada uno de los profesionales sanitarios implicados en este proceso asistencial, teniendo en cuenta que no somos los médicos quienes debemos definir estos perfiles, pero sin olvidar que la readaptación de las competencias es algo que debe hacerse a corto plazo.

Y también en este entorno formativo y de capacitación profesional no podía dejar de estar presente la cuestión del desarrollo profesional continuo: *La recertificación en Atención Primaria ¿es necesaria?*. El doctor Juan Antonio Trigueros Carrero será el encargado de abordar el tema,

ofreciendo una perspectiva de cuáles son los formatos posibles de evaluación continua de la competencia y presentando el modelo que para ello propone la SEMG, que se ha diseñado –como caracteriza a esta sociedad científica– prestando atención a todos los detalles.

MESA IBEROAMERICANA SEMG-SOLIDARIA

DESIGUALDADES SANITARIAS EN IBEROAMÉRICA. CINEFÓRUM: *LOS ANILLOS DEL ALMA*

Moderador: Dr. José Manuel Solla Camino

Fundación SEMG-Solidaria

Para este año, el espacio del Congreso anual de la SEMG destinado a su Fundación SEMG-Solidaria se ha reservado para la visualización de una película documental rodada en Nicaragua el pasado mes de noviembre con el propósito de mostrar las desigualdades sanitarias en el país centroamericano, uno de los más pobres de Latinoamérica. La obra podría extrapolarse sin embargo a cualquier país que arrastre importantes deficiencias estructurales y bajos índices de desarrollo. Más allá de las evidentes diferencias sociales que se viven en el país, la película recoge cómo tres habitantes de distintos estratos sociales afrontan la enfermedad, qué es lo que encuentran en tal situación y cuáles son sus maneras de buscar soluciones a la falta de salud. Desde tres posiciones

sociales distintas, cada historia relata un enfoque distinto de un hecho tan universal como es la enfermedad. Para este cinefórum sobre la película de título *Los anillos del alma*, se contará con la presencia de su director, Gonzalo García Palmeiro y Gretel, una de sus protagonistas, además de conmigo como guionista y productor.

Posteriormente se abrirá un debate en el que participarán también el doctor Leonel Argüello, presidente de la Sociedad Nicaragüense de Medicina General, el doctor Rafael Pimentel, presidente de la Sociedad Dominicana de Medicina General, el doctor Federico R. Bonilla, presidente de la Alianza Médica en México y el doctor Roberto Sabrido Bermúdez, consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha

MESA CULTURAL

LAS ENFERMEDADES A TRAVÉS DE LA PINTURA

Moderador: Dr. Leopoldo Garrido Garfia

Presidente del Comité Organizador del XV Congreso Nacional y IX Internacional de la Medicina General Española

Los auténticos protagonistas de la historia a través del arte de la pintura no son los estilos, las épocas, los autores, las escuelas, los catálogos... sino los hombres.

Siendo consustancial al hombre la enfermedad y el dolor, y estando el médico presente en la mayoría de ellas, es natural que todos estos momentos hayan sido reflejados

con representaciones gráficas en todos los tiempos.

Teniendo en cuenta que ya en las cuevas prehistóricas observamos mutilaciones de dedos; enanos y ciegos en las pinturas de la antigua Mesopotamia y mujeres embarazadas en las figuras esquemáticas de la cuenca mediterránea. No es de extrañar, entonces, que en la época de mayor esplendor de la pintura europea y española podamos encontrar temas de tipo

médico en cantidad y variedad.

El doctor Castillo Orugas nos hará un recorrido por los distintos cuadros pictóricos y su relación con la medicina, y con su forma de expresión nos deleitará en aquellos detalles clínicos de interés para que podamos gozar y soñar contemplando tantas maravillas. Todo está preparado para comenzar la visita. Que ustedes la disfruten.

Ponente: Prof. Antonio Castillo-Ojugas

Presidente de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas

Voy a intentar presentar una serie de obras artísticas en las que aparecen personajes con alguna enfermedad o al menos presentan un estado fisiopatológico. Hay centenares de ejemplos en cuadros de museos, iglesias y catedrales, colecciones privadas o instituciones artísticas, basados en la civilización europea, mitológica y cristiana, regia y popular, costumbrista y general, que nos permiten situarnos a un nivel intelectual y estético acorde con nuestro ambiente universitario.

Como los santos patronos de los médicos son San Cosme y San Damián, iniciamos la serie con el trasplante de la pierna sana de un negro a la ulcerosa y necrosada de un paciente. Bien, esto es un hecho milagroso, aunque todavía más insólito sería lo citado en el Génesis: la creación de Eva de una costilla de Adán.

Seguiríamos con los embarazos: el de Calisto (era una ninfa de Diana), la embarazada de Rafael, de Tiépolo, de Gustav Klimt, la gran serie de la *Visitación de la Virgen a Santa Isabel*. Más tarde tenemos un auténtico tesoro iconográfico en el *Parto de la Virgen*, de San Juan Bautista y cientos más y después las lactaciones, La Virgen y el Niño y las que llamo yo las "insólitas" como la *Creación de la Vía Láctea*, el *milagro de San Bernardo*, o la *Caridad Romana*.

En general, los pintores clásicos retrataban muy mal a los niños. Los de El Greco son monstruosos. Los primitivos flamencos, raquíuticos. Menos mal que los renacentistas italianos y flamencos arreglaron el asunto. Pedro Machuca nos muestra un niño con

paperas y Goya varios niños con tiña.

Muy abundantes son los ejemplos dermatológicos: calvos, queratosis, tumores cutáneos, rinofimias, y los que siguen aferrados en esa especialidad. Lepra o sífilis.

Y dentro de la oftalmología, Santa Lucía como patrona, ciegos, tuertos, bizcos y gafas de todo tipo. En traumatología, destacamos algunos ExVotos de ermitas e iglesias veneradas, curaciones, tratamientos y finalmente la "extracción de la piedra de la locura" con obras de Teniers, Van Hemesen y la curiosísima de El Bosco.

En sistema nervioso cito el hemipléjico de Antonio Moro o el epiléptico, narrado en los Hechos de los Apóstoles, como aparece en una gran tabla de Rafael. Y las mujeres barbudas de Sánchez Cotán y Ribera; la "Monstrua" de Carreño, los bocios de Ferrari y Nonell y los enanos de Velázquez comenzando con Maribarbola y Pertusato y los acompañantes del pobre Rey Carlos II, enfermo de Klinefelter tipo II, que no tenía espermatozoides.

Y en reumatología cito el autorretrato de Goya, con sus manos artrósicas, el genu varo del enano de Van der Hamen, el Hallux valgus de tantas figuras de El Greco, y la mano con artritis reumatoide del padre del pintor Villaseñor.

Permítanme también divagar un poco con el retrato del Rey Felipe IV y los versos de Manuel Machado.

COMUNICACIÓN MÉDICA PARA ESTUDIANTES

Docente: Dr. Cristóbal Pérez Romero

Grupo de Relación Médico-Paciente de SEMG-Andalucía

Esta intervención en el presente Congreso incidirá sobre la relevancia que tiene para el estudiante de medicina la formación en los aspectos de comunicación y de entrevista clínica. Para ello se abordará dicho tema desde el punto de vista de hacer de la intervención un taller más o menos interactivo, donde se irá aportando un determinado material teórico que el asistente irá asimilando progresivamente para luego poder escenificar alguna situación.

A modo de síntesis haremos girar nuestros argumentos sobre:

1. Generalidades sobre entrevista clínica. En este punto se abordará aquellos aspectos genéricos de la entrevista clínica y la comunicación asistencial, así como aquellos beneficios aportados por una comunicación eficaz.

2. Comunicación. Trataremos los principios comunicacionales, los elementos básicos en teoría de la comunicación, interferencias en la comunicación y la importancia de la comunicación no verbal. Análisis de los errores más frecuentes.

3. Características del entrevistador. Expondremos cuáles son aquellas características que son de por sí terapéuticas por parte del entrevistador. Seis modos de agradar a los demás.

4. Tipos de entrevista clínica. Veremos qué tipos de entrevista clínica hay y cuál es el más utilizado, analizaremos sus fases y veremos qué técnicas son las más rentables. Analizaremos cuáles son los errores más frecuentes. Veremos qué tipos de acompañante existen y cómo pueden intervenir en la entrevista.

5. Negociación en entrevista clínica. Aproximarse a la cultura de la negociación. Cuáles son los principios generales de la misma. Respuestas evaluativas y justificativas.

6. Cómo dar malas noticias. Variante comunicacional muy frecuente en nuestra profesión. Análisis de las técnicas más usadas. Ejemplos.

7. Manejo del paciente agresivo. Análisis de los desencadenantes o potenciadores de la hostilidad en la relación médico – paciente. Reclamaciones, una situación muy común.

8. Comunicación telefónica. Estrategias para sacar el máximo partido.

9. Comunicación con el paciente terminal.

10. El médico y el reto de hablar en público. Rasgos básicos a adquirir como profesionales ante distintas situaciones.

11. Escenificaciones. Análisis.

12. Resumen y despedida.



INICIACIÓN A LA INVESTIGACIÓN MÉDICA

Docente: Dra. M^a Pilar Rodríguez Ledo

Grupo de Metodología y Apoyo a la Investigación (MAI) de la SEMG. Lugo

Porque somos médicos parte de nuestra dedicación debe dirigirse a buscar soluciones cuando no las hay, considerando que a veces no es suficiente con "la mejor de las respuestas". Esto no quiere decir que todos los profesionales de AP nos dediquemos a la investigación *in sensu strictu*, pero sí debemos ser al menos conscientes de la importancia que ésta tiene, y estar abiertos a la formación continuada al respecto, a colaborar en proyectos (en la medida que nos motive), y a transmitir la cultura investigadora en nuestro entorno.

Una buena investigación depende, en gran medida, de la existencia de buenas preguntas a responder, de hecho, posiblemente una de las causas más frecuentes de fracaso en la investigación es la inexistencia de una buena pregunta en su comienzo. La pregunta debe entenderse como una incertidumbre sobre algún hecho o fenómeno que el investigador desea resolver. Muchas veces las preguntas surgen de conocimientos previos, y en otras ocasiones de la observación cuidadosa de los propios pacientes en los que se detectan sucesos, situaciones, o respuestas a los tratamientos que parecen contradecir lo científicamente aceptado, sugiriendo posibles hipótesis de trabajo. Este estado de *alerta* se complementa con una cierta actitud escéptica frente a las creencias y opiniones que prevalecen en la comunidad científica, ya que no todas las novedades son ciertas ni tienen el mismo valor. Pero además, se precisa *imaginación* y *creatividad* proponiendo nuevas respuestas a viejas preguntas. Para elaborar correctamente la pregunta de investigación

deberíamos, además de reconocer el aspecto clínico del que surge la pregunta (prevención, diagnóstico, tratamiento etc.), definir los siguientes aspectos:

1. Pacientes: grupo de pacientes o patología de la que surge la pregunta.
2. Intervención: especificar la intervención principal y el aspecto clínico a los que corresponde (diagnóstico, tratamiento, diagnóstico diferencial, etc.)
3. Comparación: definir la intervención con la que vamos a compararla, si procede.
4. Resultados: determinar los resultados clínicos esperados y como van a ser medidos.

Un estudio de investigación puede ser considerado como un instrumento elaborado para medir un suceso de interés. No se trata pues de recoger datos sin más, sino de elegir y describir un diseño que nos permita responder adecuadamente a la pregunta de la investigación, siendo a la vez compatible con los recursos disponibles. Existen diferentes clasificaciones de los estudios de investigación, destacando entre ellas, por su sencillez y utilidad desde el punto de vista práctico, las siguientes:

1. Estudios experimentales:
 - Ensayo clínico
 - Ensayo de campo
 - Ensayo comunitario de intervención
 2. Estudios no experimentales u observacionales:
 - Estudios ecológicos
 - Estudios de prevalencia
 - Estudios de casos y controles
 - Estudios de cohortes o de seguimiento
- A grandes rasgos, los diseños se pueden clasificar



en: *experimentales y no experimentales*. En los estudios experimentales se produce una manipulación de una exposición determinada en un grupo de individuos que se compara con otro grupo en el que no se interviene, o al que se expone a otra intervención. Cuando el experimento no es posible se diseñan estudios no experimentales que simulan de alguna forma el experimento que no se ha podido realizar. Si ha existido manipulación pero no aleatorización se habla de *estudios cuasi-experimentales*.

En la base de todo proyecto de investigación se encuentra la recogida de la información precisa para dar respuesta a la pregunta planteada. Esta información se organiza en forma de variables, entendiéndose por variable cada uno de los caracteres o aspectos que se miden en un conjunto de individuos y que adopta en cada uno de ellos diferentes valores (magnitud o categoría). Serán pasos claves en este proceso definir de forma clara y sin ambigüedad los siguientes aspectos:

1. Las variables
2. Los datos
3. La concordancia en la recogida de datos (entre investigadores y para un mismo investigador)
4. El instrumento de medida, su fiabilidad y validez
5. La codificación utilizada
6. Los mecanismos destinados a evaluar y asegurar la calidad de los datos
7. El sistema de procesado de datos

La selección de variables a recoger en un trabajo de investigación es un aspecto de gran importancia, en ocasiones se infravalora la dificultad que existe para medirlas y se recoge un número demasiado elevado, con las consecuencias de cansancio del profesional, menor calidad de la recogida de información, y confusión a la hora de interpretar los resultados. En otras ocasiones, por el contrario, se obvia información que puede ser de vital importancia para interpretar los resultados. En resumen, se deben recoger tantas variables como sean necesarias y tan pocas como sea posible, valorando la pertinencia de la inclusión de cada una de ellas.

Puede considerarse que las variables necesarias se agrupan en cinco grandes bloques:

1. Variables que permiten evaluar la aplicabilidad del protocolo: criterios de selección (criterios de inclusión y exclusión)
2. Variables que permiten medir el factor/factores de estudio (exposición: tipo, intensidad y duración) y el criterio/criterios de evaluación o variable respuesta (existencia o no del resultado y su magnitud)
3. Variables que pueden actuar como:
 - Posibles factores de confusión
 - Posibles variables modificadoras del efecto
 - Pasos intermedios de la cadena causal
4. Variables universales descriptoras de los sujetos estudiados y que evalúan la generalización de los resultados (sexo, edad, raza...)
5. Otras variables de interés (subgrupos de población, preguntas secundarias, medidas de tiempo, fecha de entrada y salida del estudio, etc.)

Las principales condiciones que debe cumplir una variable es que sea válida o exacta (representar el verdadero valor del fenómeno que se desea medir) y fiable o precisa (aplicada en condiciones iguales y sujetos similares en ocasiones sucesivas siempre se obtiene el mismo resultado). El criterio de evaluación, además, ha de ser capaz de detectar los cambios que se produzcan como consecuencia de la intervención/exposición.

Un apartado fundamental a considerar tras la recogida de datos es el análisis de los mismos en función de los objetivos planteados y destinado a proporcionar las conclusiones del estudio. Los principales pasos a seguir durante el análisis, en términos genéricos, son:

1. Descripción de la muestra y de los grupos/subgrupos, en el caso de que existan
2. Análisis estadístico de las relaciones causales en función del tipo de variables considerado :
 - Univariante
 - Multivariante

Todo ello teniendo en cuenta el error aleatorio, los posibles errores sistemáticos, la validez interna y externa, y los posibles factores de confusión.

SIMPOSIO MERCK SHARP & DOHME

INHIBICIÓN DE LA DPP-4 EN EL ABORDAJE DE LA DIABETES TIPO 2

La sesión estará moderada por el Dr. Francisco J. Llave Gamero, médico de familia del Hospital Virgen del Mar (Almería). El contenido científico girará en torno a un tema actual y relevante para la práctica clínica de la medicina general: las hormonas incretinas y su potencial como diana terapéutica en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

El Dr. Luis Felipe Pallardo Sánchez, jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital La Paz (Madrid) desarrollará la ponencia *El sistema Incretina y la diabetes tipo 2: patofisiología de las incretinas* y abordará los principales aspectos de las incretinas, las características de las dos principales incretinas (GLP-1 y GIP), el importante papel que juegan en la homeostasis de la glucosa y su alteración en la diabetes tipo 2. De igual manera, se establecerán los fundamentos por los que la actuación sobre esta diana terapéutica resulta de gran interés en el tratamiento de la diabetes tipo 2, aprovechando el carácter fisiológico de la misma.

Por otro lado, el Dr. Javier Mediavilla Bravo, médico

de Atención Primaria del Centro de Salud de Pampliega (Burgos), presentará el perfil clínico de sitagliptina, el primer inhibidor de la DPP-4. Durante su exposición *Sitagliptina: una nueva vía hacia el control glucémico*, el Dr. Mediavilla explicará el novedoso mecanismo de acción de sitagliptina, que inhibe el enzima encargado de la inactivación de las hormonas incretinas; de esta manera, se consigue una prolongación de la vida media de dichas hormonas y una potenciación de sus efectos. También se comentarán las indicaciones terapéuticas, muy relevante para el manejo práctico del paciente diabético, ya que puede administrarse en combinación con metformina, glitazonas o sulfonilureas, o en triple terapia junto a metformina y sulfonilureas. Además, compartirá con la audiencia los últimos estudios recientemente publicados de sitagliptina, aportando datos de eficacia y seguridad.

Conviene destacar que sitagliptina es el único tratamiento basado en incretinas comercializado hasta la fecha en nuestro país.

SIMPOSIO GLAXOSMITHKLINE

LA IMPORTANCIA DE UNA PROTECCIÓN DURADERA FRENTE AL CÁNCER DE CERVIX

Moderador: Dr. Mario Bárcena Caamaño

Grupo de Enfermedades Infecciosas y Vacunas de la SEMG. Zaragoza

En el pasado año 2007 una de las noticias de alcance que aparecía en los medios de comunicación era la comercialización de una vacuna contra

el cáncer de cuello de útero. Se trata del segundo tumor en frecuencia en las mujeres en todo el mundo, estimándose en 500.000 los casos nuevos



anuales y en 280.000 las muertes por esta causa.

Últimamente en la comunidad científica, y al igual que tras la aparición de otras vacunas, la polémica suele acompañar los primeros pasos de estos fármacos. Discusiones sobre prioridades, coste-eficacia, financiación, etc.

Al menos el 70% de los casos de cáncer de cérvix está producido por los tipos 16 y 18 del virus del papiloma humano (VPH) y aunque muchas de las infecciones por el VPH pueden resolverse espontáneamente en un periodo de hasta 2 años, otras pueden persistir y evolucionar en 20-30 años a un cáncer de cuello de útero.

En España la prevalencia de infección por el VPH en estudios realizados en población general oscilan entre el 3,4 y el 10%. Es más elevada en las edades próximas al inicio de las relaciones sexuales, entre los 15 y los 25 años de edad, estando en relación con los cambios de patrones de comportamiento sexual en la sociedad actual.

En el año 2002 la incidencia del cáncer de cervix en España se ha estimado en 2.103 casos nuevos (tasa estandarizada de 7,6 casos por 100.000 mujeres). La mortalidad por este tipo de cáncer fue en 2004 de 538 muertes (tasa ajustada por edad de 2 fallecimientos por 100.000 mujeres) con una edad media de defunción de 60,5 años. Son cifras de las más bajas de Europa, pero éstos son los números que el problema supone en nuestro país.

También hay que destacar que, aunque en España en el periodo 1986-2000 se aprecia una reducción global de la incidencia del cáncer de cervix de un 0,7% anual, en las mujeres más jóvenes (20-39 años) se produce un incremento anual del 4,1%. En una encuesta realizada en 2006 se ponía de manifiesto que el 16,7% de las mujeres entre 18 y 25 años había tenido su primera relación sexual coital antes de los 16 años, frente al 1,4% de las que tenían entre 56 y 70 años.

En octubre de 2007 el Pleno del Consejo

Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la inclusión de la vacuna contra el VPH en el calendario vacunal, aplicándose en una única cohorte entre los 11 y 14 años de edad, antes de finales de 2010. En el presente año son ya varias las Comunidades Autónomas que la han incluido en sus calendarios. No se contempla la financiación en las mujeres entre los 15 y los 26 años. En EE UU se recomienda su uso en mujeres de entre 9 y 26 años, y en Australia en mujeres de 10 a 45 años.

La vacuna está indicada para la prevención de la neoplasia cervical intraepitelial de alto grado (CIN grados 2 y 3) y cáncer de cervix relacionados causalmente con los tipos 16 y 18 del VPH. Con un esquema de vacunación recomendado de 0, 1, 6 meses. En los estudios clínicos se ha observado una protección sostenida durante al menos 5,5 años después de la primera dosis en mujeres de 15 a 25 años de edad.

En el marco del Congreso Nacional de la SEMG tendrá lugar este simposium bajo el título "**La importancia de una protección duradera frente al cáncer de cervix**" que tratará de acercar a los médicos de Atención Primaria las últimas evidencias sobre la vacunación contra el VPH y las estrategias de prevención. Para ello contaremos con la participación del Dr. Alfonso Alba Menéndez, director del Instituto de Estudios Celulares y Moleculares de Galicia que nos hablará sobre "**El mecanismo de infección del virus del papiloma humano**", de la Dra. Montserrat Cararach Tur, presidenta de la Sociedad Española de Patología Cervical y Colposcopia, que hablará sobre "**CERVARIX: vacuna VPH 16/18 adyuvada con AS04**" y del Dr. Miguel Ángel Ripoll Lozano, del Grupo de Enfermedades Infecciosas y Vacunas de la SEMG que centrará su intervención en la "**Estrategia global de prevención del cáncer de cervix: papel de la Atención Primaria**".

SIMPOSIO LILLY

¿ES POSIBLE RECUPERAR LA NORMALIDAD EN LA VIDA SEXUAL?

Conseguir un cambio de paradigma en el abordaje terapéutico de la disfunción eréctil pasa por pensar que la erección es necesaria pero no suficiente.

En este simposium se abordarán las cuestiones relativas a este tema. Los doctores Luis García-Giralda Ruiz, presidente de la Asociación para la

Investigación de las Disfunciones Sexuales en Atención Primaria, y Lorenzo Guirao, coordinador de Estudios del Grupo de Apoyo a la Salud Sexual en Atención Primaria, nos explicarán cómo lograr que los pacientes recuperen la normalidad en su vida sexual.

SIMPOSIO GLAXOSMITHKLINE

UNA NUEVA PERSPECTIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN: DOPAMINA Y NORADRENALINA

Moderador: Dr. Fernando Gonçalves Estella

Grupo de Salud Mental de la SEMG. Zamora

A día de hoy, y hablando en general, el tratamiento de la depresión desde Atención Primaria es más que conocido por todos, ya sabemos que la salud mental ocupa gran parte de nuestras consultas, y en especial los trastornos afectivos y del humor, así que no nos entretendremos en esta introducción en explicar cuál es la importancia de este tema, ni que tasas ni índices de prevalencia avalan la necesidad de estar atentos a esta cuestión.

Con este simposio, el XV Congreso Nacional y IX Internacional de la Medicina General Española recoge un tema de gran relevancia y actualidad en cuanto al futuro del tratamiento de episodios de depresión, aunque el título no es extrapolable internacionalmente: la nueva perspectiva es española, este tratamiento llega avalado por la experiencia que desde hace más de una década desarrollan en otros países.

Se trata de un inhibidor de la recaptación de

la dopamina y la noradrenalina, que llega a España como decimos con la gran ventaja de tener una experiencia positiva previa en otros países, como Estados Unidos, donde se desarrolla desde 1989; sí, casi veinte años, durante los cuales se ha tratado a más de 15.000.000 de pacientes.

La novedad recae en que esta molécula es de efecto dual y permite una administración única al día con efectos beneficiosos en síntomas como la pérdida de energía, de la motivación y del interés por las cosas. Además de la ventaja de la experiencia previa, que siempre se agradece, habría que destacar que se trata de un tratamiento similar en su potencia antidepressiva a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), con un perfil de tolerabilidad en determinados pacientes superior al de los inhibidores de la recaptación de serotonina y



noradrenalina (IRSN). Esta similar eficacia y mejor tolerabilidad supone un avance que, junto a su mecanismo dual único en España, parece que encaminan el tratamiento al destino de la depresión mayor, aunque los candidatos a utilizarlo serán pacientes con síntomas tales como los anteriormente comentados, bajo interés y energía, y que hayan presentado problemas a tratamientos con ISRS, puesto que éste nuevo presenta menor incidencia de problemas de disfunción sexual y somnolencia, y no se ha encontrado todavía que influya en peso o apetito.

Para desarrollar todos los aspectos que rodean a este nuevo tratamiento, contaremos con la participación de diferentes ponentes para perfilar cada

uno de los temas. **Dopamina y trastornos afectivos: implicaciones en el tratamiento de la depresión** será la ponencia que correrá a cargo de la doctora María Dolores Franco, del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, mientras que el doctor Eloy Rodríguez Arrébola, que ejerce en el Centro de Salud Mental Limonar de Málaga, repasará **Del análisis de la expresión clínica al diagnóstico de la depresión**. Por su parte los doctores Manuel Camacho, también del Hospital Virgen Macarena, y Víctor González, del Centro de Salud La Alberca de Salamanca, nos perfilarán la **Revisión de las características terapéuticas** del bupropion y los **aspectos prácticos de su utilización en depresión por el médico de Atención Primaria**.

SIMPOSIO GLAXOSMITHKLINE

NOVEDADES TERAPÉUTICAS EN EL MANEJO DE LA HBP DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Moderador: Dr. Benjamín Abarca Buján

Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

El objetivo fundamental de este simposium es definir los métodos más efectivos para el diagnóstico de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) y describir los tratamientos más apropiados. Contaremos para ello con dos ponencias de interés: la del doctor Antonio Fernández-Pro Ledesma, médico general y de familia del Centro de Salud de Menasalbas (Toledo) y la del doctor José Manuel Cózar Olmo, urólogo del Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

En la primera, el doctor Fernández-Pro describirá con detalle el **Consenso HBP**, importante paso adelante para el diagnóstico y tratamiento de este trastorno en el que han participado las

tres sociedades científicas de primaria junto a la Asociación Española de Urología. Un manejo de la HBP que presenta **nuevas evidencias terapéuticas en HBP** que nos desarrollará el doctor Cózar.

La importancia de este tema es de sobras conocida. La hiperplasia benigna de próstata es la patología tumoral benigna más frecuente en el varón. Su historia natural es variable e imprevisible, pero casi siempre progresiva. La histológica presenta una prevalencia, en HBP sintomática, del 50% en varones de más de 60 años, porcentaje que llega hasta casi el 100% en varones de más de 80 años.

SIMPOSIO PRONOKAL

MANEJO DE LA OBESIDAD MEDIANTE AYUNO PROTEICO

Ponente: Prof. Farouk Radwan

Hospital Clínico de Montreal. Canadá

La obesidad se ha convertido en un grave problema de salud pública y, pese a su connotación estética, es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad crónica. La OMS, en su informe publicado en el año 2003, considera que la primacía de la obesidad ha alcanzado un umbral de epidemia. Incluso se habla de pandemia a escala mundial¹. En España, la preponderancia de la obesidad está avanzando². Los gastos relacionados con esta patología son del orden de los 2,5 mil millones de euros al año en España, lo que representa el 75% de los gastos relacionados con la sanidad en este país. El origen de esta patología es muy complejo y depende de numerosos factores, pero se debe principalmente a un aumento del consumo de calorías con relación a las necesidades fisiológicas del individuo³.

Los médicos guardan silencio ante esta patología. A menudo su implicación es escasa y tímida. Por consiguiente, la propia enfermedad y las modificaciones patológicas-fisiológicas inherentes a su tratamiento exigen una implicación médica continua e incluso agresiva por parte de los médicos. Actualmente existen numerosas dietas médicamente aceptadas y aprobadas por diversos comités científicos⁶. Estas dietas pueden ser utilizadas por los pacientes. La dieta baja en calorías o dieta proteínica y la dieta hipoglucídica son ejemplos de regímenes que pueden ofrecer unos resultados satisfactorios a corto plazo e incluso a largo plazo, si se combinan con un programa de modificación de los hábitos alimenticios y de mantenimiento del peso⁴.

James W Anderson⁵, en un metaanálisis publicado en el año 2001, sugiere que con las dietas proteínicas el mantenimiento del peso sigue siendo significativo

incluso 5 años después de la pérdida de peso. El informe SCOOP⁶ del comité europeo sobre la dieta proteínica describe la eficacia y la inocuidad de este enfoque terapéutico y aprueba su uso para el tratamiento de los pacientes obesos.

En nuestras clínicas médicas de nutrición y adelgazamiento de Canadá, el Dr. Jean-Marie Marineau, basándose en los trabajos de Blackburn⁷ y en el American Task Force publicado en 1993⁸, ha elaborado un protocolo detallado sobre la dieta proteínica. Este protocolo es seguido desde hace varios años. Nosotros hemos desarrollado recientemente con la ayuda de psicólogos, nutricionistas y quinesiólogos, un programa de mantenimiento multimodal que permitirá que nuestros pacientes se aseguren un correcto mantenimiento tras la pérdida de peso.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organisation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva 2003
2. World Health Organisation: Global database on body mass index. Geneva 2006
3. Bouchard C, Genetic and molecular basis of obesity. Can J Diagnosis 1996; 13 (Suppl Jan): 7-12
4. Lantz H, Peltonen M, Agren L, Torgerson JS. A dietary and behavioral programme for the treatment of obesity. J Int Med. 2003 ;254 :272-279.
5. Anderson JW, Elizabeth CK, Robert CF, and Constance LW. Long-Term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. Am J Clin Nutr 2001;74 :579-84.
6. SCOOP-VLCD Working Group. Scientific Co-operation on Questions Relating to Food. Directorate-General Health and Consumer Protection, European Union. <http://33www.foodedsoc.org/scoop.pdf> (Accessed February 24 , 2006)
7. Kanders BS , Blackburn GL. Very-Low-Calorie Diets for the Treatment of Obesity. In (eds): Blackburn GL, Kanders BS. Obesity Pathophysiology psychology and Treatment. Chapman & Hall, New York, NY 10119. 1994;197-216.
8. The National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Very-Low-Calorie Diets. JAMA 1993 ;270 (8) :967-974.

FORO MÉDICO GLAXOSMITHKLINE

EL PACIENTE CON EPOC

Un paciente de ida y vuelta, hoy estable, mañana agudizado

Ponente: Dr. Juan Antonio Trigueros Carrero

Grupo de Respiratorio de la SEMG. Toledo

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un proceso lentamente progresivo que tiene entre sus más esenciales características algunas que condicionan de manera inevitable una evolución continuada, persistente y clínicamente caracterizada por una afectación basal que empeora con el paso del tiempo.

En esa lenta y progresiva evolución de la enfermedad tienen un gran peso específico una serie de condiciones y situaciones que enumero: persistencia del hábito tabáquico, falta de adhesión a medidas de educación sanitaria, falta de cumplimentación de tratamientos y medidas preventivas, aparición de comorbilidad y frecuencia de agudizaciones sobre el proceso basal.

Por todo ello, la velocidad de evolución de la afectación clínica y funcional, así como su impacto en la calidad de vida y supervivencia de los pacientes, es extrema.

Es fundamental incidir en la necesidad de identificar todos aquellos factores que pueden influir en la situación de inestabilidad de la EPOC para actuar sobre ellos, procurando un enlentecimiento en la esperada evolución clínico funcional del proceso.

El título de la ponencia quiere establecer una llamada de atención sobre un aspecto que frecuentemente complica el manejo evolutivo de los pacientes. El enfermo EPOC en situación estable puede periódicamente (con mayor frecuencia si es mal cumplimentador) presentar cuadros de agudización (AEPOC) vinculados a causas infecciosas y no infecciosas. Con

frecuencia, sobre todo si afectan a un paciente en estadio de severidad moderado-grave, el cuadro clínico aconseja su valoración hospitalaria. En muchos casos el paciente es ingresado por breves períodos de tiempo o incluso valorado y remitido de nuevo a su médico de cabecera.

En nuestra experiencia, y de manera preocupante, esta situación que puede repetirse periódicamente no incide en el manejo posterior del paciente. La importancia que las modificaciones evolutivas de los tratamientos de base y las recomendaciones de educación sanitaria y rehabilitación respiratoria tienen, forman los aspectos más relevantes de discusión en este foro.

Por ello, se presta especial atención a las circunstancias derivadas de: identificación de factores que favorecen la frecuencia de aparición de AEPOC, criterios de derivación de los pacientes con EPOC tanto en situación de mala evolución como en situación de AEPOC con sospecha de afectación sistémica grave, criterios de alta hospitalaria por la que recibimos en consulta nuevamente a nuestros pacientes, actitud proactiva de seguimiento inicial del paciente de alta, establecimiento de un programa de revisión y seguimiento del paciente a corto y largo plazo, y por último y de gran importancia, desarrollo de cuantas acciones preventivas, terapéuticas, educacionales y sociales sean necesarias para conseguir que la enfermedad progrese de la manera más lenta posible con el menor número de AEPOC, procurando los mejores niveles de calidad de vida y con el mayor de los impactos en la supervivencia de nuestros pacientes.

DI. Insuficiencia cardiaca: manejo en Atención Primaria

Moderador: Dr. Carlos López Madroñero

Grupo de Cardiovascular de la SEMG. Málaga

La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad crónica, progresiva y letal, caracterizada por una serie de síntomas, ya sea con el ejercicio o en reposo, que evidencian una disfunción ventricular.

La IC supone la tercera causa de muerte de origen cardiovascular, tras la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares.

Su prevalencia es muy elevada, debido al envejecimiento de la población y al incremento de los casos de supervivencia tras sufrir un evento coronario. Se calcula que la padece el 10% de los mayores de 70 años, siendo el primer motivo de hospitalización entre los mayores de 65 años.

Es más que probable que en los próximos años asistamos a un notable incremento de casos. Estamos, pues, en la antesala de una verdadera epidemia.

En este caso, como en casi todos, el médico general / de familia es un profesional clave por su privilegiada situación dentro del Sistema Sanitario. De nosotros y de nues-

tra capacidad de intervención dependerá, en gran medida, que podamos controlar en los próximos años este auténtico problema de Salud Pública, mejorando la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes.

Los recientes avances en el conocimiento fisiopatológico de esta enfermedad así como los medios diagnósticos y el arsenal terapéutico que tenemos a nuestro alcance, deben permitirnos alcanzar esos objetivos, sin olvidar un aspecto importantísimo como es la formación y actualización de nuestros conocimientos y habilidades. Es por este motivo que la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) ha considerado que este debate debía incluirse en el programa de su XV Congreso Nacional y IX Internacional, y que el docente idóneo para hacerlo es el Dr. D. Vicente Palomo Sanz, médico de Torrelaguna (Madrid) y responsable del Grupo de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular de la SEMG. La deficiencia de yodo es la causa simple más prevalente de retraso mental y daño cerebral prevenible a nivel mundial. Ya en 1978

Ponente: Dr. Vicente Palomo Sanz

Grupo de Cardiovascular de la SEMG. Madrid

A lo largo de dos horas, este debate tiene por objeto aclarar las dudas que sobre el manejo de la insuficiencia cardiaca se suscitan en nuestro trabajo como médicos de Atención Primaria.

Esta enfermedad tan prevalente, sobre todo en pacientes de avanzada edad, supone ya la primera causa de ingreso en hospital en los mayores de 65 años, por delante de las infecciones respiratorias, los infartos o los ictus, y tiene una mortalidad (los estadíos III y IV), superior a muchos cánceres.

Es fundamental, por parte del médico del primer nivel, hacer prevención de esta enfermedad, controlan-

do los factores de riesgo cardiovascular y tratando las lesiones de órgano (hipertrofia ventricular, por ejemplo) y las enfermedades causales (HTA, diabetes, obesidad, miocardiopatías, valvulopatías, arritmias, etcétera), antes de que originen la insuficiencia cardiaca.

El manejo de esta enfermedad por el médico de cabecera es en la actualidad, y será cada vez más, fundamental para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, minimizar sus ingresos hospitalarios en las descompensaciones de la enfermedad y finalmente ayudarles a tener una muerte digna, cuando se llegue a la fase terminal.

D2. La importancia del yodo en Atención Primaria

Modera: Dra. M^a Carmen Millón Ramírez

Médico general y de familia. Centro de Salud Viñuela. Axarquía. Málaga

Laboisse (UNICEF) dijo: la deficiencia de yodo es tan fácil de prevenir que, realmente es un crimen permitir que un solo niño nazca incapacitado por esta causa". En 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que "la deficiencia de yodo puede causar pérdida de hasta 10-15 puntos de CI".

Las consecuencias para el hombre dependen del momento de la vida: provoca descenso de natalidad, pérdidas fetales (abortos y mortinatos) y malformaciones. La descendencia puede padecer enanismo, sordomudez, apatía, retrasos del crecimiento y daño cerebral irreversible.

2.200 millones de personas (38% de la población mundial) se encuentran en riesgo de sufrir sus consecuencias. 740 millones padecen bocio, 26 millones daño cerebral y casi 6 millones cretinismo¹. Europa, incluida España, padece un déficit nutricional de yodo. El consumo de sal yodada alcanza sólo al 27% de los hogares³.

El bocio es sólo una alteración estética y la menor de las consecuencias. El daño cerebral, inapreciable al nacimiento, puede condicionar problemas más serios que suponen un freno al desarrollo económico y social de las naciones que lo padecen.

Existe tecnología eficaz y accesible, coste-eficaz y coste-eficiente, para prevenir la deficiencia de yodo. La medida más importante es la yodación universal de la sal, al tiempo que se realiza una monitorización del estado de yodación de la población.

Con sólo 5g de yodo, se cubren las necesidades de toda la vida. Pero el yodo no se puede almacenar en el organismo y son necesarias pequeñísimas cantidades diarias. En zonas endémicas el suelo es pobre en yodo y, tanto las cosechas como los productos de origen animal, son pobres en este elemento.

El empleo de sal yodada en la población general y los suplementos de yoduro potásico a la población más

susceptible (embarazadas y lactantes y niños pequeños) puede eliminar los trastornos por déficit de yodo.

Los efectos secundarios son mínimos frente a los riesgos. Ocurren en lugares con deficiencia crónica y dependen de una yodación excesiva, bien por la cantidad o por la rapidez con que se instaura, tendiendo a desaparecer al normalizarse la nutrición en yodo de la población.

Las necesidades mínimas diarias, del orden de microgramos (μg - millonésimas de gramo) dependen de la edad y han sido establecidas por la OMS, ICCIDD y UNICEF en 90 $\mu\text{g}/\text{día}$ para RN (0-59 meses), 120 $\mu\text{g}/\text{d}$ entre 6 y 12 años, 150 $\mu\text{g}/\text{d}$ en adultos y, al menos, 250 $\mu\text{g}/\text{d}$ en mujeres embarazadas y lactantes².

En 1990, la Asamblea Mundial de la Salud, adoptó la resolución de eliminar la deficiencia de yodo para el año 2000, pero el plazo se ha ido alargando en sucesivas resoluciones de 1998, 2003 y ha sido reafirmado en 2007. En diciembre de 2003, el Consejo Interterritorial de Salud aprobó un Programa Nacional de Prevención del déficit de yodo (que Andalucía plasmó en el "protocolo del proceso Embarazo Parto y Puerperio"). Esto supone el compromiso del Ministerio de Sanidad y de los Consejeros de Sanidad de las 17 Comunidades Autónomas a seguir las siguientes recomendaciones generales:

1. Consumo de sal yodada en todos los hogares y comedores escolares.
2. Consumo frecuente de productos marinos, pescado y lácteos.
3. Asegurar los requerimientos aumentados de yodo del embarazo y lactancia y
4. Evitar la utilización de desinfectantes yodados en la época prenatal, tanto en la madre como en el recién nacido.

WHO. Global Database on Iodine Nutrition, 2004

WHO. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A guide for programme managers. 3th Edition, 2007

D3. Marcadores tumorales

Ponente: Dr. José Antonio Ortega Domínguez

Especialista en Oncología Médica. Servicio de Oncología Médica. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Los marcadores tumorales, también llamados biomarcadores y en algún caso antígenos asociados al cáncer, son determinantes bioquímicos asociados a diferentes tipos de tumores, sustancias que se encuentran en el tumor o son producidas por él o por el huésped en relación al cáncer y que, en general, se consideran herramientas útiles en la investigación y manejo de la enfermedad oncológica. Estas sustancias pueden hallarse en las células, los tejidos o los líquidos orgánicos, midiéndose de forma cuantitativa o cualitativa con métodos químicos, inmunológicos o de biología molecular.

Existe actualmente no sólo un incremento en el número de marcadores tumorales, sino un estudio más profundo de los ya conocidos, como por ejemplo ocurre con los receptores de estrógeno y progesterona, así como la aparición de nuevos marcadores de la mano de la biología molecular, como por ejemplo son el EGFR, VEGF... y que en algunos casos permiten hacer subclasificaciones del tumor en cuanto a pronóstico, supervivencia y tratamiento. Dentro de los marcadores tumorales encontramos diferentes sustancias: hidratos de carbono, proteínas, receptores, genes o productos de genes.

Un marcador tumoral ideal debería ser específico de un tipo de cáncer concreto y no debería detectarse en personas sanas ni en las que tienen patologías benignas, y además debería ser lo suficientemente sensible como para permitir el cribado y el diagnóstico precoz de los tumores pequeños. Desgraciadamente, la mayoría de ellos no son específicos ni lo bastante sensibles para estos fines. Del mismo modo, su concentración debería ser proporcional al volumen tumoral, que tengan una semivida corta que permita una valoración rápida y fácil de la respuesta al tratamiento, y que su nivel se modificara de forma lineal con la progresión y/o regresión del tumor, que se mida de forma normalizada y reproducible en muestras fáciles de obtener.

Los marcadores tumorales sirven, sobre todo, para

valorar la progresión de la enfermedad tras tratamiento inicial y para valorar la eficacia del tratamiento posterior. Varios grupos científicos y clínicos de la *Nacional Academy of Clinical Biochemistry* y el *European Group on Tumor Markers* han desarrollado normas prácticas y recomendaciones para el uso de los marcadores tumorales en diferentes tipos de tumores, aunque los puntos de vista científico y clínico no siempre coinciden. El uso de marcadores tumorales se incluye también en las *Practice Guidelines in Oncology del Nacional Comprehensive Cancer Network* y la ASCO (American Society for Clinical Oncology) publicó unas recomendaciones en diferentes tipos de tumores.

La introducción del radioinmunoanálisis en 1960 y los análisis de inmunoabsorción ligados a enzimas (ELISA) y de Ac. monoclonales ha marcado un hito en los marcadores tumorales en cuanto a su medición y seguimiento.

Cuando se usan o interpretan los marcadores tumorales hay que tener presente limitaciones clínicas y analíticas. Las influencias fisiológicas a considerar son la variabilidad biológica, los efectos del envejecimiento, la menopausia, la semivida y vía de eliminación. Los marcadores tumorales pueden elevarse debido a insuficiencia renal, insuficiencia hepática, colestasis, dependiendo si su vía de eliminación es a través renal o hepática, de todos es conocida la elevación del CEA en insuficiencia hepática y/o hepatopatías. La concentraciones séricas de CEA consideradas normales son inferiores a 5 ng/ml, si bien niveles más elevados (< 10 ng/ml) pueden ser detectados en el 5-10% de los sujetos fumadores. Se pueden observar pequeñas elevaciones séricas de CEA (15-20 ng/ml) en una gran variedad de situaciones inflamatorias, crónicas y agudas, entre las que se incluyen la cirrosis hepática alcohólica, coleditiasis, ictericia obstructiva, colangitis, abscesos hepáticos, enfisema, bronquitis, úlcera gástrica. No obstante, el CEA es el marcador tumoral más ampliamente utilizado, pudiendo detectarse niveles séricos elevados en numerosos tumores de estirpe epitelial: carcinomas de



mama, pulmón, estómago, páncreas, cervix, vejiga, riñón, tiroides, hígado, melanomas y linfomas. La elevación de los marcadores tumorales puede ocurrir también en procesos inflamatorios, como ocurre con el PSA y la prostatitis, o bien en procesos inflamatorios de la serosas así como derrames pleurales o ascitis en las determinaciones del Ca 125 y Ca 19.9.

La medición de los niveles, por si sola, no es suficiente para diagnosticar un cáncer por las siguientes razones: el nivel de los marcadores puede elevarse en personas en patologías benignas, el nivel del marcador no se eleva en todas las personas con cáncer, especialmente en etapas tempranas, y, por último, muchos marcadores tumorales no son específicos de un tipo único de tumor, pudiendo aumentar en diversos procesos oncológicos. Es importante conocer la concentración del marcador previo a la cirugía, para poderlo usar en el seguimiento, ya que la sensibilidad de los marcadores no es del 100%, ni siquiera en la enfermedad avanzada, y hay tumores que no lo secretan. Y algunos marcadores tumorales pueden incluso aumentar tras el tratamiento quirúrgico y/o quimioterápico, pudiendo influir la manipulación del mismo en su concentración como ocurre tras biopsias prostáticas o RTU, tras la cirugía del cáncer de ovario o tras el inicio de tratamiento hormonal en el cáncer de mama diseminado.

Una de las consideraciones analíticas más importantes que influyen sobre la interpretación de los resultados es el hecho de que distintos tipos de análisis pueden dar valores diferentes para un mismo marcador, sobre todo cuando se usa inmunoanálisis, por lo que los valores no pueden intercambiarse y se recomienda que en el seguimiento se utilice siempre el mismo método analítico. Los distintos resultados de los diversos métodos pueden

atribuirse a diferencias en la calibración de los distintos equipos, a la asignación de valores, a los tipos y especificidades de los Ac., a los diseños y cinéticas de los análisis, a las variaciones de los límites de referencia o de corte.

Dado los avances de la genómica y la proteómica, hemos asistido a la aparición de nuevos marcadores tumorales, apareciendo nueva clasificación basada en aspectos de biología molecular, así la sobreexpresión del c-erb-2 en el 20-30% de los cánceres de mama ha supuesto un cambio conceptual en el tratamiento adyuvante y en la enfermedad diseminada.

Los perfiles genéticos o proteicos peculiares son los responsables de la heterogenicidad del cáncer, serán medidos en tejidos, en la célula o líquidos orgánicos. Los análisis de estos nuevos marcadores tumorales se realizan con método tradicional de ELISA, con chips proteicos basados en el Ac. monoclonales o con micromatrices. Adquiere así, la biología molecular un papel fundamental, no sólo en la clasificación, sino también en el pronóstico y tratamiento de la enfermedad oncológica.

Durante este encuentro, estudiaremos las aplicaciones clínicas de los marcadores tumorales, su implicación en el diagnóstico, pronóstico/predicción de respuesta terapéutica y seguimiento de la enfermedad, entraremos a desglosar los diferentes tipos de marcadores tumorales y su significación clínica y por último abordaremos los nuevos marcadores tumorales de la mano de la biología molecular, con su valoración pronóstica y terapéutica. Intentaremos, con todo ello, responder si realmente los marcadores tumorales tienen un valor científicamente probado en la detección, diagnóstico, localización, monitorización e incluso en el tratamiento de la enfermedad oncológica.

D5. Anticoncepción en Atención Primaria

Ponente: Dra. María Vega Martínez Escudero.

Grupo de Salud de la Mujer de la SEMG. Toledo

En la exposición trataré de expresar la importancia de la sexualidad y reproducción formando parte de la salud integral de la persona, y de cómo es necesario abordar este tema como cualquier problema de salud.

A nuestras consultas diariamente acuden mujeres con diferentes problemas que tenemos que abordar, temas relacionados con la menarquia y cambios en el adolescente, con la menstruación y sus manifestaciones, con los

problemas de fertilidad e infertilidad, anticoncepción, perimenopausia, menopausia, relaciones sin protección y posibles embarazos no deseados, inmigrantes en situaciones laborales precarias que no pueden seguir con sus embarazos, todas estas situaciones son problemas de salud, igual que consideramos la diabetes, la hipertensión, el tabaquismo... y nos interesamos por ellos. ¿Por qué no interesarnos de la misma forma?

Es cada vez más preocupante el aumento en las tasas por mil mujeres de IVE siendo en 1997 un 5,52 y llegando en el 2006 a cifras de 10,62, afectando este aumento más al grupo de 20-24 años que ha pasado de 8,13 a 18,57 seguido del grupo de 19 y menos que fue de 5,03 en el año 1997 y de 12,53 en el 2006 y en el grupo de 25-29 años que pasa de 6,84 en el 1997 a 14,44 en el año 2006, coincidiendo que la proporción de no utilización de anticonceptivos ni visitas a centros de planificación en estos grupos es elevada, entre 50-70%. Sería un objetivo en este debate el analizar qué está ocurriendo en esta población, y qué se podría hacer para mejorar la accesibilidad a las consultas.

Debemos reflexionar y analizar qué es lo que está pasando, en qué está fallando el sistema para que los

jóvenes no se motiven para usar métodos, ¿poca accesibilidad?, ¿se les recrimina su actuación cuando solicitan la anticoncepción de emergencia y se les desmotiva para acercarse al sistema?, o sería mejor crear más consultas de jóvenes, más dotadas de personal, donde se mejorara la información y se les motivara a desarrollar una vida sexual placentera y segura.

Por último, debatiremos la puesta en marcha de la vacunación para prevenir el cáncer de cervix, recomendándose vacunar a mujeres entre 9 y 26 años, siendo ideal antes del inicio de la actividad sexual y la exposición al virus. En Castilla-La Mancha ha comenzado la campaña en mujeres que cumplen 14 años, y en el resto de edades... ¿se la tiene que costear la paciente? Por supuesto no debemos olvidar el seguir informando de la necesidad de utilización de método de barrera con preservativo para evitar las enfermedades de transmisión sexual.

Concluyendo, para facilitar el uso de un método hay que informar, formar y no coaccionar, y facilitar el acceso de distintos métodos a la población que los demande, si es posible financiados por el Sistema Nacional de Salud, ya que son considerados medicamentos esenciales por la OMS.

D6. Diagnóstico: demencia. ¿Qué otras cosas podemos hacer?

Moderador: Pedro Javier Cañones Garzón

Grupo de Salud Mental de la SEMG. Madrid

El progresivo incremento de la edad media de la población viene acompañado de un aumento sustancial de los casos de deterioro cognitivo o, en su más evidente manifestación, de demencia.

Hoy por hoy la demencia es una enfermedad crónica progresiva e incurable, y los médicos inconscientemente asumimos que en todo demenciado las posibilidades terapéuticas son tan escasas que en mayor o menor grado acabamos dejando a su suerte al paciente (y a sus cuidadores). Olvidamos que muchos de los síntomas que acompañan a la demencia no tienen su origen precisamente en ella, sino en cuadros psicopatológicos concomitantes, cuyo manejo es asequible para

el médico de cabecera y en muchas ocasiones con notable éxito.

En este debate no nos ocuparemos del diagnóstico y tratamiento de la demencia, que ya fueron objeto de estudio y debate en Congresos anteriores; trataremos de hacer hincapié en cuadros clínicos relacionados indirectamente con el proceso de deterioro cognitivo y que complican la evolución y la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores. Además, haremos un breve repaso de aspectos médico-legales que siempre debemos tener presentes en estas circunstancias.

En todo caso, se trata de tomar conciencia de que en la demencia siempre hay cosas por hacer.

TI. Habilidades en lectura de radiología torácica

Docente: Dr. Carlos Melero Moreno

Neumólogo. Hospital Universitario IZ de Octubre. Madrid

A pesar de que la radiografía de tórax fue una de las primeras aplicaciones de las que dispuso el médico, los problemas en la interpretación continúan en algunas ocasiones sorprendiéndonos y constituyen un verdadero desafío. Los patrones radiográficos son generalmente inespecíficos y puede estar justificada la frustración para quienes pretenden obtener una correlación directa entre los hallazgos de los signos radiográficos encontrados y la anatomía patológica o con la microbiología.

El objetivo de los sesenta minutos en que discurrirá el taller será recordar algunos aspectos de la sistemática a seguir en la lectura de la radiografía de tórax, repasar los signos y patrones radiográficos más comunes, que nos ayuden en la localización de los hallazgos y en la situación de las lesiones, para, de esta

forma, situarnos en una lista de probabilidades diagnósticas. Además, estimular a través de casos clínicos la participación en la lectura radiográfica de todos los participantes y, con ayuda de la imagen radiográfica, datos de la historia clínica, la exploración física y algunas particularidades de los exámenes complementarios, sugerir un debate de decisiones o fijar conceptos que puedan ser de interés en la toma de decisiones de la práctica clínica.

Cada uno de los aspectos estará documentado con figuras ilustrativas y una amplia gama de imágenes de casos reales demostrativas, que ayudaran a discriminar a los participantes el grado de incertidumbre en la lectura radiográfica y aplicar las mejores probabilidades diagnósticas o algunos criterios de derivación.

T2. Asistencia inicial al paciente con trauma grave

Docentes: Dr. Nicolás Morón Carande y Dra. Sonia Martínez Cabezas

Monitores SVAT del Plan Nacional de RCP. Almería

La situación en España en relación con los accidentes de tráfico es escalofriante. Hacen que nuestro país sea el segundo de la Unión Europea en cuanto al número de muertes de este origen y sexto en relación al número de muertes de este origen por millón de habitantes.

Si bien en los últimos años se ha notado un descenso en la mortalidad por accidentes de tráfico, sigue constituyendo un problema de vital importancia, por el hecho en sí y por lo que se deriva de ello, como los costes económicos secundarios o por ejemplo los lesionados derivados, como son los lesionados medulares, la reducción de expectativa de vida debido a sus secuelas y sobre todo el sufrimiento humano que producen.

La enfermedad traumática representa una importante carga de morbimortalidad, fundamentalmente en los segmentos más jóvenes de la población.

El combate frente a la pandemia que suponen los accidentes de tráfico se debe plantear en primer lugar desde la prevención y una vez que se ha producido desde la asistencia temprana y adecuada.

De ahí surge el fundamento de nuestro taller: un acceso inmediato al sistema que debe generar una respuesta mediante la activación del equipo necesario y una atención prehospitalaria *in situ* por personal cualificado, en un tiempo óptimo y posterior traslado al centro hospitalario más adecuado.

Se trata de abordar las acciones iniciales que

deben realizarse ante una situación de trauma grave, las cuales deben comenzar en el área prehospitalaria y continuarse en los departamentos de emergencias hospitalarias.

Fundamentalmente, nosotros nos fijaremos en el escenario extrahospitalario donde se produce el traumatismo, ahí abarcaremos el establecimiento de medidas de seguridad, una fase de rescate y de extracción, una de reconocimiento de las posibles lesiones que presente el enfermo para su posterior adecuación y traslado y también le enseñaremos a los alumnos el manejo de la vía aérea tanto en su modo básico como en su vertiente complicada, con la utilización de material médico.

Nos basaremos en las normas generales sistematizadas de actuación para ejecutarlas de forma mecánica según prioridades y para permitir y tratar precozmente las lesiones y alteraciones producidas como consecuencia del trauma.

El alumno aprende a realizar el reconocimiento primario y secundario del enfermo en su totalidad, a detectar y a diagnosticar lesiones de una forma rápida, aprende a priorizar y a utilizar los medios necesarios para el traslado óptimo del enfermo al medio hospitalario necesario, e incluso se le enseña las medidas básicas de soporte médico para estabilizar desde el punto de vista terapéutico a ese paciente accidentado.

T3. Interpretación del ECG

Docentes: doctores Javier Gamarra Ortiz, Julio Hernández Moreno y Vicente Palomo Sanz

Grupo de Cardiovascular de la SEMG

El objetivo de este taller es refrescar las habilidades en lectura e interpretación del electrocardiograma por parte de los médicos de Atención Primaria.

Con una duración de dos horas, a lo largo de la exposición interactiva con los asistentes se repasarán las características del ECG normal, su lectura ordenada y las alteraciones electrocardiográficas

que se dan en las principales enfermedades cardiovasculares (crecimiento de cavidades, bloqueos AV, bloqueos de rama, pericarditis, arritmias y cardiopatía isquémica).

En la segunda parte del taller, se trabajará en grupos e individualmente con electrocardiogramas reales, mediante exposición y debate de los mismos.

T4. Intervención antitabaco

CON LA COLABORACIÓN DE: GLAXOSMITHKLINE

Docente: Dr. Juan Antonio Sanz Pérez

Grupo de Tabaquismo de la SEMG. Talavera de la Reina. Toledo

Los fumadores deben ser considerados como personas con un grave factor de riesgo sobre su salud. En la gran mayoría de los casos son dependientes del tabaco y presentan una enfermedad adictiva crónica, que produce muerte prematura a la mitad de aquellos que la padecen a través de enfermedades cardiovasculares,

pulmonares y tumorales. Es importante que todos los profesionales sanitarios tengamos en cuenta este nuevo concepto del tabaquismo como enfermedad crónica y como primera causa de muerte evitable en nuestro país (56.000 muertes al año).

El correcto abordaje clínico del fumador, al igual

que en cualquier otra patología, debe contemplar un diagnóstico correcto, tras el cual, y a través de una buena evaluación global del fumador, podamos individualizar y optimizar las intervenciones terapéuticas.

El tratamiento del tabaquismo incluye diversas intervenciones terapéuticas que han demostrado ser eficaces, desde el consejo mínimo hasta la intervención avanzada con tratamiento farmacológico, junto con apoyo cognitivo conductual de forma individual o grupal.

La Atención Primaria (AP) ofrece una oportunidad excelente para abordar el problema del consumo de tabaco, teniendo en cuenta que el 70% de los fumadores visitan a su médico de familia una vez al año, y que la media de frecuentación de la población general a los servicios de AP en España es de 5,5 visitas al año, lo que supone una oportunidad única específica de este nivel para intervenir en un gran número de personas. La eficacia del consejo sanitario realizado desde la AP quedó demostrado desde el conocido estudio de Russell en el que se vio que un 5,1% de los pacientes que habían recibido consejo de su médico, acompañado de un folleto educativo sobre cómo dejar de fumar, abandonaron el hábito y mantuvieron este abandono por 1 año frente al 0,3% en el grupo de control que no recibió consejo educativo ni los folletos explicativos; además, si a este consejo se le añade una oferta de seguimiento se pueden alcanzar abstinencias de hasta el 8 - 10%.

La OMS define el tabaquismo como una enfermedad crónica adictiva y es la nicotina presente en el tabaco la droga causante de esta adicción. El principal objetivo del tratamiento farmacológico es controlar el padecimiento del síndrome de abstinencia a la nicotina. Sabemos que este síndrome es causa del 75-80% de las recaídas que sufren los fumadores cuando están haciendo un intento serio de dejar de fumar. En la actualidad se dispone de tratamientos farmacológicos eficaces que ayudan a dejar de fumar, por ello a todo fumador que desee dejar de fumar se le debe ofertar un correcto tratamiento farmacológico (Evidencia A).

Actualmente los tratamientos farmacológicos de primera línea (se consideran fármacos de primera

línea para el tratamiento del tabaquismo, aquellos que han demostrado ser eficaces y seguros) que están aprobados para dejar de fumar son: terapia sustitutiva con nicotina (TSN), bupropión y vareniclina.

La terapia sustitutiva con nicotina (TSN) se define como *la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo del cigarrillos y en una cantidad suficiente como para disminuir el síndrome de abstinencia, pero insuficiente para crear dependencia*. La eficacia de la TSN para ayudar a dejar de fumar duplica, cualquiera de los dispositivos disponibles (parches, chicles, comprimidos), la eficacia del placebo (Evidencia A).

El bupropión fue el primer medicamento no nicotínico para ayudar a dejar de fumar. Es un antidepresivo cuya estructura química no tiene ninguna similitud con la de la nicotina, sin embargo, sus efectos sobre el síndrome de abstinencia de la nicotina pueden explicarse gracias a que tiene claros efectos dopaminérgicos y/o noradrenérgicos. Se sabe que actúa a nivel de núcleo accumbens inhibiendo la recaptación neuronal de dopamina; este efecto explicaría la reducción del craving (necesidad irresistible de fumar) que los fumadores experimentan cuando lo usan. También inhibe la recaptación neuronal de noradrenalina en el núcleo ceruleus, consiguiendo con ello reducir significativamente los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina.

La vareniclina es un fármaco agonista parcial de la nicotina que actúa selectivamente sobre los receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$ dando lugar a un aumento de los niveles de dopamina (en menor cantidad que en el caso de ser estimulados por la nicotina) en el núcleo accumbens, lo que evitaría las manifestaciones del síndrome de abstinencia, y ocupando los receptores en competencia con la nicotina, evita la acción de ésta sobre el sistema nervioso central (SNC), comportándose así como un antagonista de la nicotina y evitando los efectos placenteros derivados de la actuación de la misma sobre el sistema mesolímbico en el SNC, por lo que podría prevenir las recaídas. Esta doble acción es una característica diferencial de vareniclina respecto de otros medicamentos.

Cualquiera de estas tres opciones terapéuticas (TSN, Bupropión y Vareniclina), junto con apoyo psicológico, están indicadas en el ámbito de la Atención Primaria, presentando una eficacia similar (30-50% de abstinencia al año). Para la indicación de una u otra terapia debemos considerar las características particulares de cada fumador y sus preferencias por uno u otro tratamiento.

Por último señalar que cuando el profesional sanitario no pueda atender al paciente fumador, bien por falta de formación específica en tabaquismo o bien por falta de medios, éste debe ser remitido a un profesional especializado o a una unidad especializada en tratamiento del tabaquismo, sea dentro del ámbito de la atención primaria o de la atención hospitalaria, pues una actitud nihilista no sería admisible desde el punto de vista ético.

T5. Exploración neurológica básica

CON LA COLABORACIÓN DE: URIACH PHARMA

Docentes: doctores Víctor Campos Arillo¹ y Alberto Freire Pérez²

¹Neurólogo. Jefe del Área de Neurociencias. Hospital Xanit Internacional. Benalmádena. Málaga

²Médico general y de familia. Centro de Salud de Vimianzo. La Coruña

¿Qué es una exploración neurológica básica? Denominamos así a un conjunto de maniobras encaminadas a entender cuál es el funcionalismo del sistema nervioso de una persona en un momento determinado y si éste es considerado normal o patológico. La hacemos a diario todas las personas de forma intuitiva. Su objetivo inicial es localizar una presunta alteración y no es necesaria una dotación técnica amplia. Se agrupa en dos grandes bloques: exploración cortical (nivel de alerta, cognitiva y conductual) y el resto.

EXPLORACIÓN CORTICAL

Bajo la exploración cortical se encuadran dos aspectos básicos: nivel de conciencia y funciones cognitivas. En el nivel de conciencia se trata de observar cómo se encuentra el paciente a nivel global. En cuanto a funciones cognitivas, con conciencia normal se expresan las funciones de la corteza cerebral adecuadamente y son: orientación y colaboración, atención (activación y alerta, orientación y atención selectiva), dominancia, lenguaje, memoria, praxias y cálculo.

Las funciones conductuales nos dan información de estructuras cerebrales relacionadas con el lóbulo

frontal, áreas prefrontales y ganglios basales. Para su valoración específica se usa un número de test estandarizados.

RESTO DE LA EXPLORACIÓN

El resto de la exploración se basa en pares craneales, sistema motor, test cerebelosos y prueba Romberg, marcha, reflejos osteotendinosos y sistema sensitivo.

En los pares craneales intervienen el olfatorio, el óptico, oculomotores, trigémico, facial, estatoacústico, glossofaríngeo, espinal e hipogloso.

En el sistema motor intervienen los siguientes parámetros: masa muscular, tono muscular, fuerza muscular, grado de movilidad articular y la posición y movimientos involuntarios.

El cerebelo se encarga de la correcta coordinación de grupos musculares con el objetivo de realizar una acción definida y eficaz. Entre las maniobras que exploran su función están el test cerebeloso, la prueba de Romberg y la marcha.

Los reflejos representan la parte más objetiva de la exploración neurológica y exige un mayor entrenamiento. Pueden ser explorados: reflejos musculares,

cutáneos y otros reflejos.

La sensibilidad es lo que debe explorarse al final de la visita. Para su correcta valoración, precisa una

colaboración y debe realizarse con los ojos cerrados. Se explorarán formas primarias de sensibilidad elemental y formas elaboradas (discriminativa y cortical).

T6. Habilidades en oftalmología

Docente: Dra. Viviana Fernández Gensini

Oftalmóloga. Clínica Dr. Hidalgo. Málaga

Este taller, como su nombre indica, abordará diferentes habilidades en oftalmología. Ayudar en el diagnóstico diferencial de las diversas patologías que se presentan con ojo rojo es uno de los objetivos y para ello se expondrán casos clínicos, para que de una manera interactiva enfoquemos el diagnóstico y en algunos casos el manejo por parte del médico general y de familia. Otro de los objetivos será familiarizarse con oftalmoscopia directa, y usarlo de una manera clínicamente apropiada para obtener mediante su uso información ocular, que ayude a la identificación de ciertas patologías oculares o sistémicas; en la oftalmoscopia, como otros entrenamientos, su dominio requiere de una técnica apropiada y mucha práctica; se presentarán fotografías de fondos de ojos normales y diferentes patologías como: retinopatía hipertensiva, retinopatía diabética, glaucoma, papiledema, neuritis óptica, agujero macular, degeneración macular relacionada con la edad, etc. Y no dejaremos de abordar tampoco la extracción de cuerpo extraño en córnea buscando la correcta evaluación de un paciente con posibilidad de presentar un cuerpo extraño en córnea según nuestro enfoque al realizar la historia clínica, igualmente se explicará la mejor forma de extracción, según su localización y su manejo posterior.

Estos temas son importantes por varias razones. Por ejemplo, un ojo rojo es un signo importante de inflamación ocular, la cuál puede ser causada por algunas condiciones, en su mayoría benignas y que pueden ser manejadas efectivamente por el médico

general y de familia. La clave para su correcto manejo es el apropiado diagnóstico, reconociendo aquellos casos que requieren ser evaluados por el oftalmólogo. Su causa es la dilatación de los vasos sanguíneos en el ojo. Para enfocar el diagnóstico debemos diferenciar la inyección conjuntival de la ciliar. La inyección ciliar involucra ramas de las arterias ciliares anteriores e indica inflamación de la cornea, iris o cuerpo ciliar, se presenta a nivel circuncorneal. La inyección conjuntival principalmente afecta los vasos sanguíneos conjuntivales posteriores que son más superficiales que las arterias ciliares, producen más enrojecimiento, se mueven con la conjuntiva y se constriñen con el uso de vasoconstrictores tópicos.

Por su parte, el oftalmoscopio directo permite la examinación visual del fondo del ojo y medios oculares. Usa el ojo del paciente como simple magnificador alineando su rayo de iluminación y visualización. Esto produce una imagen real, erecta y magnificada de la retina. Aunque se obtiene una visión aceptable a través de una pupila no dilatada, una dilatación pupilar aumenta el campo de visión. El oftalmoscopio directo está indicado para evaluar el fondo ocular, los medios del paciente y el punto de fijación del paciente. La cabeza del oftalmoscopio se conecta con un mango que sirve como fuente de luz. La cabeza contiene: un rango variable de lentes positivos y negativos usados para compensar el error refractivo que pueda tener tanto el paciente como el observador. La luz es proyectada a través de una apertura de tamaño variable, ajustando

los cambios de apertura cambia el tamaño del rayo lo cual ayuda a controlar las reflexiones. Un filtro libre de rojo está disponible y ayuda a identificar fácilmente las hemorragias y la capa de fibras nerviosas de la retina. Además en muchos oftalmoscopios incluyen un blanco de fijación para evaluar la fovea (centro de la mácula).

Y el cuerpo extraño (CE) en córnea es un objeto (metal, vidrio, madera, plástico, arena etc.) que se encuentra adherido superficialmente en el epitelio o embebido en el estroma corneal. Son unas de las causas más frecuentes de las emergencias oftálmicas, algunas veces el cuerpo extraño puede que no esté presente en el momento de la evaluación, habiendo dejado la abrasión corneal residual con el dolor y la molestia resultante. Si un cuerpo extraño en córnea no se remueve prontamente, puede causar dolor y llevar a complicaciones como infección. Si se remueve prontamente generalmente no deja secuelas permanentes

como una cicatriz corneal. Dependiendo del mecanismo del trauma y siempre que se sospeche un cuerpo extraño intraocular, necesita una historia detallada al igual que una evaluación exhaustiva incluyendo en muchos casos, radiografía simple o TAC de órbitas. RMN es ocasionalmente usada, pero contraindicada si se sospecha CE metálico. Las circunstancias que rodean el trauma es el elemento crucial de la descripción del paciente para la sospecha de un cuerpo extraño, y determinar si hubo penetración del globo ocular y su pronta remisión al oftalmólogo. Indagar acerca del momento y el lugar en que ha ocurrido, lo que estaba realizando el paciente y lo más exactamente posible el mecanismo del trauma. Por ejemplo un paciente que estaba cortando el césped con una guadaña sin protección probablemente sospechar un cuerpo extraño intraocular, sin embargo el paciente que estaba trabajando debajo de un coche cuando siente un sucio en el ojo posiblemente se trate de algo superficial.

T7. Exploración sistematizada en extremidad superior e inferior

Docentes: Dr. Juan de Felipe Gallego y Dr. Antonio Narváez Jiménez

Traumatólogos. Hospital FREMAP. Madrid y Marbella

El hombro doloroso, las patologías por sobrecarga (epicodilitis, epitrocleitis, tendinitis...) el síndrome del túnel carpiano, los esguinces y las lesiones meniscales en rodilla son motivos de consulta frecuente; los médicos de atención primaria son en muchas ocasiones los encargados de valorar estas patologías y en ocasiones la falta de experiencia origina que los pacientes estén pendientes de la valoración por el especialista con largos períodos de baja laboral al no poder diagnosticarse determinadas patologías.

El concepto de este taller es poder sistematizar una serie de exploraciones que puedan ser útiles y de ayuda al médico en el diagnóstico de las patologías más frecuentes en atención primaria.

Durante el desarrollo de este taller se va a realizar una

exposición de las maniobras fundamentales en la exploración del hombro, codo, muñeca-mano, rodilla y tobillo; para ello es fundamental recordar una serie de principios básicos en cualquier valoración traumatológica seguidos de la exploración de una región anatómica concreta.

Para ello, se realizará una breve exposición teórica con videos de diferentes maniobras exploratorias, seguidas de una demostración práctica en la que podrá aprender a valorar un derrame articular de rodilla, una laxitud articular, un síndrome de conflicto de hombro o una tendinopatía ...

Posteriormente los alumnos podrán ejercitar entre ellos la práctica de las maniobras exploratorias que anteriormente han sido realizadas siendo supervisados por los profesores.

T8. Cirugía menor en Atención Primaria

Docentes: Dr. Radwan Abou-Assali Boasly¹; D.^a Reyes Gil Martín²;
Dr. Juan Jurado Moreno³ y Dr. Luis Manuel López Ballesteros³;

¹Médico general y de familia. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca

²DUE. Responsable de Enfermería del Servicio de Cirugía Menor. Centro de Salud Medina del Campo Rural. Valladolid

³Médico general y de familia. Centro de Salud Medina del Campo Rural. Valladolid

El médico general actual, en su quehacer clínico diario, debe enfrentarse a los nuevos retos que la calidad y la excelencia profesional le imponen. En el área de la cirugía, le corresponde encontrar soluciones que den respuesta a los problemas de urgencia y a las entidades dermatológicas asumibles por esta disciplina.

La incompleta formación universitaria y la escasa respuesta durante la fase de postgrado, en lo que a técnicas quirúrgicas básicas se refiere, hacen que sea demandado cada vez más este tipo de formación. Sólo las actitudes autodidácticas serán las que conducirán a completar esta formación tan necesaria e imprescindible.

Por estos motivos, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, utilizando sus propios recursos, sigue ofreciendo este taller, cada vez más solicitado, que permitirá ir completando la formación y capacitando al mayor número posible de médicos en las técnicas propias de la cirugía menor (CM).

Dadas las peculiaridades que la formación congresual permite, se ha diseñado un taller lo más adecuado posible al perfil de los asistentes. Se ofrecen dos intervenciones de nivel básico, de introducción a la CM haciendo especial hincapié al manejo y resolución de las heridas; y una intervención de nivel avanzado, para completar la formación de aquellos profesionales que, de alguna forma, ya vienen realizando esta actividad en su ámbito de trabajo.

OBJETIVOS

- Revisar las técnicas básicas en cirugía, utilizables en atención primaria, y encuadradas en el servicio de

Cirugía Menor, de una forma más selectiva y con mayor profundidad, manteniendo el desarrollo completamente práctico.

- Ampliación en el reconocimiento del instrumental y material quirúrgico más usual en CM.

- En el nivel más avanzado, dar las bases para poder desarrollar una cirugía menor programada, basada en las habilidades dermatológicas de atención primaria, y en las técnicas de la cirugía escisional, practicando también la obtención de muestras biopsicas, y los recursos de los colgajos cutáneos propios de la cirugía menor.

ESTRUCTURA

Breves explicaciones audiovisuales de los diferentes contenidos y de las técnicas a practicar en cada apartado con seguimiento y refuerzo de forma individualizada.

- Problemas más frecuentes y sus posibles soluciones, durante el transcurso de la práctica quirúrgica.

- Tras la breve exposición, desarrollo práctico individual, sobre material inerte, de las técnicas quirúrgicas explicadas. Supervisión individual de cada práctica.

- Entrega de material documental con la información complementaria seleccionada.

CONTENIDOS GENERALES (VARIANDO SEGÚN NIVELES)

- Introducción.
- Consideraciones médico-legales. Consentimiento Informado. Documentos.

- Evaluación médica preoperatorio. Historia Clínica.
- Infraestructura mínima para la realización de CM.
- Asepsia y Esterilización.
- Instrumental Básico.
- Suturas reabsorbibles y no reabsorbibles.
- Anestésicos locales. Técnicas de infiltración en CM.
- Indicaciones y contraindicaciones para Cirugía Menor.
- Zonas anatómicas de riesgo.

- Tratamiento de heridas más frecuentes.
- Técnicas de suturado y su ejecución.
- Heridas cutáneas complicadas.
- Cirugía escisional névica.
- Obtención de muestra biópsica. Punch.
- Exéresis Lipoma.
- Introducción a las técnicas de los colgajos cutáneos.
- Cuidados postoperatorios.
- Revisión y dudas.

T9. Consejo nutricional. Trastorno de la conducta alimentaria

CON LA COLABORACIÓN DE: PULEVA BIOTECH

Docentes: Dra. Guadalupe Blay Cortés¹; Dr. Francisco Javier Durán Rodríguez¹ y D. Juristo Fonollá Joya²

¹Grupo de Dietética y Nutrición de la SEMG

²Responsable del área de Nutrición. Departamento de Nutrición y Salud de Puleva Biotech

Los trastornos del comportamiento alimentario son un conjunto de enfermedades que si bien de formas y aspectos diferentes han podido existir de siempre, no cabe duda que es en la última parte del siglo pasado, cuando recobran un auge importante, en coincidencia con el aumento y diferentes formas de entender las actividades y funciones de los medios de comunicación.

Para los médicos que trabajamos en el primer nivel asistencial, en muchas ocasiones y por las características estándar de trabajo, puede costar el identificar en los primeros momentos los primeros datos, sospechas familiares o incluso algunos síntomas.

De igual manera y de forma conjunta con las familias se vive, no sin gran impotencia, el comprobar como, una vez realizado el diagnóstico, el paciente y su familia no tienen una pronta y posiblemente adecuada respuesta terapéutica.

Por ello parece oportuno en un congreso de las

características de éste, el poder desarrollar un taller en el que se puedan abordar de una forma práctica los aspectos más relevantes, para poder, en la medida de lo posible, realizar una sospecha diagnóstica, cuando no el diagnóstico final de estos cuadros, dado que éste es un aspecto fundamental para conseguir unos resultados terapéuticos verdaderos y sin repercusiones orgánicas.

Todo ello por medio de pautas de valoración de grupos de riesgo, detección de conductas de riesgo, objetivos a establecer, criterios de hospitalización y prevención.

Como en otros muchos procesos, sería conveniente el poder extender y abordar estos procesos desde otros ámbitos profesionales y sociales, con el fin de entre todos contribuir en su justa medida a que estos cuadros puedan disminuir su prevalencia, o al menos que se puedan detectar estas alteraciones del comportamiento en sus estadios iniciales.

TIO. Vendajes funcionales de tobillo

CON LA COLABORACIÓN DE: SMITH & NEPHEW

Docente: D. Juan Amat Mata

Enfermero y fisioterapeuta. Madrid

Los aspectos a desarrollar en este taller del Congreso es el siguiente:

- El vendaje funcional de tobillo con técnica no elástica.
- El vendaje funcional de tobillo con técnica elástica.

Y su desarrollo contemplará las etapas siguientes:

- Objetivos.
- Efectos del vendaje.
- Material.
- Técnicas.
- Precauciones y contraindicaciones.
- Demostración práctica del desarrollo de los vendajes.

TII. Habilidades en patología urológica

Docente: Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma

Grupo de Urología de la SEMG. Toledo

La hiperplasia benigna de próstata (HBP), es una enfermedad ocasionada por el crecimiento benigno, pero progresivo, de la próstata, asociado a la edad. Provoca síntomas (prostatismo) que disminuyen la calidad de vida del paciente.

Existen evidencias de que el adenoma de próstata afecta de forma histológica a más de del 50% de los varones de más de 50 años y que de éstos presenta alguna clínica el 50%. Por lo que el conocimiento de esta patología para el médico que desarrolla su trabajo en el ámbito de la Atención Primaria es fundamental. De ahí la importancia de desarrollar un taller en el que se revise la patología prostática, pasando por todos los puntos clave, y a la vez se practiquen las habilidades necesarias para el manejo correcto de estas patologías.

El taller que se celebra en el XV Congreso Nacional y IX Internacional de la Medicina General Española, proporcionará una actualización sobre el manejo de los problemas clínicos prostáticos más prevalentes en Atención Primaria, aprendiendo a realizar un diagnóstico diferencial de los síntomas prostáticos ya que existen una serie de situaciones patológicas que sintomáticamente pueden presentarse parecidas a la HBP.

Además, todo el contenido se orientará hacia un enfoque eminentemente práctico, necesario para facilitar la resolución de los problemas diarios de la consulta del médico general y de familia.

- Los puntos de especial revisión en este taller serán:
- El tacto rectal.
 - PSA

TI2. Atención integral al paciente inmigrante

Docentes: doctores Pablo Berenguel Martínez¹ y Juan Manuel Fernández Peláez²

¹Médico general y de familia. AIG Cuidados Críticos y Urgencias. EP Hospital de Poniente. El Ejido. Almería

²Médico general y de familia. AIG Medicina Interna. EP Hospital de Poniente. El Ejido. Almería

La "inmigración" es un fenómeno ligado a nuestra cultura desde los años sesenta, cuando grandes contingentes de españoles tuvieron que emigrar a otros países que les ofrecían mejores condiciones de vida. Sin embargo en los últimos veinte años, a partir de la entrada de España en la Unión Europea y al proceso de industrialización sumado a un declive de los países subsaharianos, latinoamericanos así como la desestabilización de los Balcanes y la separación de los países de la URSS ha hecho que se invierta el papel y actualmente se ha acelerado el flujo de inmigrantes que entran en Europa.

La inmigración es un fenómeno de gran relevancia en nuestro país. Día a día observamos atónitos en los medios de comunicación cómo cientos de inmigrantes intentan llegar a nuestras costas para conseguir un trabajo que le permita una vida digna, sin importarle arriesgar su vida.

Almería, donde se ubican nuestras Unidades de Urgencias, es un real exponente del fenómeno migratorio. Desde hace años estamos trabajando diariamente con esta peculiar población. Con el tiempo hemos intentado adaptarnos a situaciones especiales que para nosotros eran impensables.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA

Actualmente en España habitan más de dos millones de inmigrantes, sin contar con los inmigrantes no regularizados, según datos de las organizaciones no gubernamentales. Para controlar este fenómeno, el Gobierno español tiene establecido un control de flujos migratorios mediante unos sistemas de cupos

anuales de inmigrantes en función de la economía nacional y de la capacidad de integración de la sociedad española, pero resulta difícil debido a la imposibilidad de control real de las fronteras españolas y a la situación administrativa de todos los extranjeros.

La procedencia de los inmigrantes está encabezada por personas de origen marroquí seguida de los procedentes de Latinoamérica (Ecuador y Colombia), Europa (británicos y alemanes), China, subsaharianos y Países del Este. Este flujo de inmigrantes en España se dirige con mayor proporción a las grandes capitales como Madrid y Barcelona seguido de Andalucía, Levante y ambos archipiélagos.

PROBLEMÁTICA DE LA INMIGRACIÓN

El momento de la emigración se acompaña de una serie de pérdidas importantes para el sujeto que toma la decisión: cambio de país, idioma, cultura, amigos, familia, etc. además de incorporar el estatus de marginación, pobreza, xenofobia o racismo que se encuentra en el país receptor. Esto produce un choque psicológico, social y cultural que requiere una adaptación global del inmigrante. La "integración" debe ser mutua entre el inmigrante y la sociedad de acogida, ayudando al inmigrante a su adaptación a: el sistema de trabajo, enseñanza, mercado de vivienda y en lo que respecta al profesional sanitario, al Sistema Nacional de Salud.

Para los que dirigen y componen el Sistema Nacional de Salud comienza un reto importante para afrontar esta nueva situación y ofrecer una asistencia sanitaria de calidad, en correspondencia con la vigente Ley de Extranjería que recoge en su artículo 12,

“Derecho a la asistencia sanitaria”: cualquier extranjero que se encuentre en territorio español tendrá derecho a la asistencia sanitaria en iguales condiciones que los españoles.

El inicio de la asistencia sanitaria al inmigrante se plantea con grandes problemas como: la barrera idiomática, el desconocimiento del médico de enfermeda-

des por escaso manejo, precariedad de la situación económica que influye en los tratamientos, desconocimiento de la organización y entrada al Sistema Sanitario, etc. De ahí surgió la idea de crear un taller para complementar la formación de todos aquellos profesionales de la salud que nos enfrentamos diariamente a este problema.

T13. Infiltraciones en miembro superior

Docentes: doctores Juan Antonio de Felipe Gallego y Antonio Narváez Jiménez

Traumatólogos. Hospital FREMAP. Madrid y Marbella

Un año más, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) nos brinda la oportunidad de ofrecer a sus congresistas técnicas encaminadas a la curación de patologías localizadas en el aparato locomotor.

Las infiltraciones son una de ellas, bien entendido que antes de recurrir a éstas, deben agotarse otros métodos incruentos, como el tratamiento médico convencional con AINE, analgésicos, reposo, incluso hasta inmovilización de la estructura implicada; también la rehabilitación tiene su sitio en el tratamiento de estas patologías. Sólo el fracaso de los tratamientos anteriores nos inclinaría por el uso de infiltraciones.

En estos talleres que llevaremos a cabo abordaremos la patología más frecuente localizada a nivel del miembro superior que es susceptible de tratamiento con infiltraciones. A saber, patología del manguito rotador, tendinitis y bursitis, patología de la acromioclavicular y la glenohumeral. A nivel del codo nos ocuparemos de la patología de la cara externa e interna, y en la muñeca nos centraremos en la tendinitis de De Quervain, dedo en resorte y túnel del carpo.

Antes se hablará de la clínica y exploración y contaremos con "fantomas" de hombro, codo, muñeca y mano sobre los que se podrá infiltrar en numerosas ocasiones.

INTRODUCCIÓN

La infiltración es un tratamiento médico que consiste en depositar un medicamento en una determinada región anatómica (articulación o tejidos blandos), dependiendo de la patología a tratar.

El objetivo de esta técnica es conseguir aliviar o disminuir el dolor y la inflamación, acelerar la recuperación funcional y evitar otros tratamientos más agresivos; Las infiltraciones están indicadas en la patología articular o de los tejidos blandos que no responden al tratamiento médico y/o rehabilitador.

CONSIDERACIONES TÉCNICAS

La infiltración es un procedimiento de aplicación sencilla, que no precisa quirófano ni anestesia previa, sin embargo exige un conocimiento anatómico de la zona a tratar y unas rigurosas condiciones de asepsia.

La técnica se debe de explicar claramente al paciente, solicitando el consentimiento para que su realización (debemos dejar constancia en la historia clínica). La infiltración se realizará en un ambiente tranquilo, con una posición cómoda del paciente y del profesional.

Para la realización de la infiltración debemos

disponer del material adecuado (guantes estériles, agujas intramusculares, subcutáneas y jeringas, anti-séptico y gasas estériles).

Debemos recordar las siguientes consideraciones:

1- Aspirar antes de inyectar; si es una articulación realizar previamente evacuación del líquido sinovial o artrocentesis

2- No intentar vencer resistencias inesperadas

3- Elegir la aguja adecuada a cada región anatómica.

4- Adecuar el volumen de los fármacos utilizados a la zona a (anestésico + corticoide): en las articulaciones grandes (2+ 2cc), articulaciones medianas (1+1cc), articulaciones pequeñas (0,5+0,5cc); en tejidos blandos (1.5+1.5cc).

5- No guiar la aguja con los dedos.

6- Favorecer la buena distribución local del medicamento.

Una vez realizada la infiltración es recomendable el reposo relativo al menos durante

24-48 horas con aplicación de frío en la zona tratada.

Las infiltraciones deben de distanciarse en el tiempo, con intervalos de al menos una semana, aunque es más recomendable realizarlas tras un espacio de 10-15 días. No es conveniente realizar más de tres infiltraciones al año en la misma localización anatómica, pero es muy importante completar el ciclo de tratamiento con el número de infiltraciones previstas.

¿QUÉ INFILTRAMOS?

En la infiltración utilizamos la asociación de dos productos: un anestésico y un corticoide, que se mezclan en la misma proporción (cantidad) y en la misma jeringa; siempre se cargará primero el anestésico y con una aguja diferente a la que utilizaremos para infiltrar para evitar complicaciones sépticas.

Como anestésico podemos utilizar mepivacaína al 2% y en cuanto a los corticoides disponemos de varias alternativas válidas en el mercado como el acetato de betametasona, acetato de parametasona o acetato de triamcinolona).

Debemos tener en cuenta antes de realizar el procedimiento, la presencia de antecedentes por sensibilidad o alergia a alguno de los productos y la posible aparición de efectos secundarios fundamentalmente en el caso de los corticoides.

COMPLICACIONES

A nivel local son poco frecuentes y generalmente de carácter leve como sucede con la hemartrosis, inflamación postinfiltración y la lipodistrofia (atrofia de la piel en el lugar de la inyección).

Excepcionalmente puede aparecer infección en el lugar de la infiltración, complicación muy grave sobre todo en el caso de infiltraciones intrarticulares.

A todas ellas habría que añadir las complicaciones propias de los fármacos utilizados.

CONTRAINDICACIONES

Además de las contraindicaciones de los propios medicamentos utilizados, deberemos tener en cuenta las siguientes situaciones clínicas:

1-Trastornos de la coagulación; (solicitar tiempos de coagulación)

2- Infecciones cutáneas.

3-Infección sistémica o bacteriemia.

4- Prótesis articulares.

5- Infiltraciones previas sin mejoría; no realizar más de tres infiltraciones.

También deberemos tener en cuenta como contraindicaciones relativas, la inestabilidad articular, el

alcoholismo y la patología psiquiátrica.

1- Patología de hombro:

- a. Tendinopatía del manguito rotador
- b. Bursitis subacromial
- c. Capsulitis adhesiva.
- d. Artritis/esguince acromio-clavicular
- e. Artritis /esguince esterno-clavicular

2- Patología de codo:

- a. Epicondilitis.
- b. Epitrocleititis

c. Bursitis

d. Artritis radio-humeral.

3- Patología de muñeca:

- a. Síndrome de túnel carpiano
- b. Rizartrosis
- c. Tendinitis de Quervain
- d. Artritis radio-carpiana.

4- Patología de mano

- a. Artritis de las articulaciones: MCF e IFS
- b. Dedo en resorte

TI4. RCP avanzada instrumentalizada: desfibrilación semiautomática en Atención Primaria

Docentes: doctoras Mónica P. López Fonticiella¹ y Marta Martínez del Valle²

¹ Médico general y de familia. Servicio de Urgencias. Hospital de San Agustín de Avilés. Asturias

² Médico general y de familia. SAMU Asturias

Cada año pierden la vida miles de personas a consecuencia de paradas cardíacas y/o respiratorias, y más del 40% de éstas ocurren en el ámbito extrahospitalario. El conocimiento de protocolos de actuación por parte del personal sanitario de atención primaria es imprescindible ya que en un gran número de ocasiones van a ser los primeros que intervengan, y de su actuación va a depender la supervivencia de dichos pacientes.

El desarrollo del taller tiene como objetivo fundamental adquirir las habilidades necesarias para hacer frente a una situación de parada cardiorrespiratoria y/o actuar en situaciones de riesgo vital en el ámbito de la atención primaria.

El taller consta de una parte teórica, de aproximadamente 30 minutos, en la que se hará un recordatorio de las últimas recomendaciones, publicadas en el 2005, sobre reanimación cardiopulmonar básica y manejo del DESA (desfibrilador externo semiautomático). Así mismo, se hará un breve repaso sobre el manejo de la vía aérea en situaciones de urgencia vital, teniendo en cuenta el material disponible en atención primaria.

Completa el taller una parte práctica, de 90 minutos, en la que los alumnos participan activamente en el manejo de los protocolos de reanimación cardiopulmonar básica, RCP básica con optimización de la vía aérea (RCP instrumentalizada), desobstrucción de la vía aérea y protocolo de actuación con el DESA.

Proyectos actuales, innovación en investigación, nuevos proyectos, y proyectos autonómicos

Docentes: Dra. M^a Pilar Rodríguez Ledo y Dr. Ángel Modrego Navarro

Grupo de Metodología y Apoyo a la Investigación (MAI) de la SEMG. Toledo y Lugo

El XV Congreso Nacional y IX Internacional de la Medicina General Española ha dedicado un espacio en su programa científico para hablaros de los proyectos que la SEMG tiene previstos, algunos de ellos ya en marcha. Como el IF-SEMG'07, del que os ampliamos más información en este resumen.

La prescripción de medicamentos constituye, en la mayoría de las ocasiones, la consecuencia final de la toma de decisiones del médico general y de familia ante cualquier proceso de salud planteado en la práctica asistencial diaria. Su gran variabilidad, junto con el hecho de que supone una de las causas más importantes de consumo de recursos en el Sistema Nacional de la Salud, le proporcionan a dicho acto una gran relevancia.

La Organización Mundial de la Salud propone desarrollar programas de uso racional del medicamento dirigidos a conseguir que la buena información, la buena selección y la buena voluntad guíen la prescripción médica; asimismo indica que la evaluación continuada de las prescripciones debe ser una práctica habitual para garantizar la calidad de las terapias y controlar el riesgo iatrogénico en la población.

Actualmente el médico de Atención Primaria (AP) dispone de un amplio arsenal terapéutico para dar respuesta a un gran número de situaciones clínicas, pero el envejecimiento de la población, junto con la pluripatología que ello conlleva, hace que sea necesario prescribir cada vez más fármacos por paciente, con el subsiguiente riesgo de generar potenciales interacciones farmacológicas (IF) que, aunque en su mayoría tienen escasa relevancia clínica, algunas son importantes e incluso con trascendencia vital.

La literatura científica ha demostrado que las interacciones entre fármacos son la causa de casi el 25% de

RAMs (reacciones adversas a medicamentos) que presentan los pacientes y cerca del 7% de los ingresos en hospital. Pero es que, además, se calcula que hasta el 6% de los acontecimientos mortales de los pacientes que ingresan en un hospital son debidos a IF potencialmente peligrosas.

Las consecuencias de las IF potenciales son muy variables, oscilando desde la escasa relevancia clínica hasta, como hemos descrito, el desenlace de muerte, con todo un espectro de situaciones intermedias. La mayoría de las IF pasan desapercibidas al no ocasionar clínica nueva, limitándose en la mayoría de los casos a empeorar la clínica o la evolución de las enfermedades ya tratadas. Entre las situaciones intermedias merecen ser destacadas aquellas IF con relevancia clínica para las que administramos más fármacos con el objetivo de que palien los efectos clínicos aunque, con ello, incrementamos la probabilidad de que aparezcan nuevas IF.

El médico debe estar familiarizado con las IF que potencialmente se pueden producir entre los fármacos prescritos, las causas que facilitan su aparición, y sus consecuencias clínicas.

Algunas combinaciones de fármacos, evidentemente, están contraindicadas y deben ser evitadas. La mayoría de las interacciones pueden controlarse reduciendo la dosis del fármaco. Otras asociaciones presentan IF que se pueden evitar con facilidad ampliando el intervalo de dosificación y, en ocasiones, utilizando otro fármaco de la misma familia que no presente dicha interacción. Pero en cualquier caso, debemos tener presente que el paciente juega un papel fundamental en la respuesta final, de modo que una misma asociación puede o no producir una IF cuya gravedad será diferente dependiendo de las características y patología concomitante del paciente.

Existen importantes lagunas de conocimiento sobre IF en el ámbito de la AP, a pesar de ser el lugar donde se prescriben el 85% de los fármacos, sin embargo el impacto sobre la salud de nuestros pacientes puede ser muy importante.

Todo lo anteriormente expuesto conduce a que sea un objetivo de calidad la evaluación de las prescripciones a la par que ofertar a los profesionales actividades efectivas y eficientes para mejorar el uso de los medicamentos. Los resultados son controvertidos cuando esta información se proporciona sólo de forma pasiva mientras que ofrecen mejor resultado las técnicas activas que implican al profesional. Dada la unanimidad de la necesidad de incrementar la información-formación del profesional sanitario sobre IF sólo resta descubrir cuál es la mejor estrategia para conseguirla y mantenerla a largo plazo.

En línea con todo lo anteriormente expuesto, y guiados por la preocupación constante por promover la investigación aplicada a la mejora de la práctica clínica diaria, la SEMG ha puesto en marcha la primera fase de un proyecto de investigación con el objetivo de detectar y registrar las potenciales IF producidas en la tarea asistencial desarrollada por el médico de atención primaria y analizar sus posibilidades de mejora mediante la aplicación de una intervención consistente en un programa de formación sobre IF junto con el uso de un software informático desarrollado para tal fin. Dicho proyecto ha recibido una subvención parcial del Ministerio de Sanidad y Consumo (Orden SCO/954/2007).

Entre los resultados obtenidos, y a modo de resumen, destacar las siguientes conclusiones del estudio IF-SEMG'07:

1. En el proyecto IF-SEMG'07 se registraron 1.267 pacientes diagnosticados de patologías crónicas y que tenían pautados más de un fármaco para su tratamiento. Los 42 investigadores que participaron en el proyecto registraron 177 interacciones farmacológicas (IF) en condiciones de práctica clínica habitual afectando al 39,5% de la muestra (36,2% de los hombres y 42,2% de las mujeres). De las IF registradas por los investigadores, 109 no eran verdaderas IF (falsos positivos) y sólo 68 se correspondían con IF correctamente filiadas. Tras aplicar

el software informático diseñado para la detección de IF se calculó la presencia de 1.167 IF, es decir, se mejoró la capacidad de detección de las interacciones por los investigadores en un 1.716%.

2. Las potenciales IF más frecuentes fueron metformina-sacarosa (excipiente), acenocumarol-furosemida, hidroclorotiazida-metformina, paracetamol-acenocumarol, y digoxina-furosemida, destacando la relevancia de los excipientes que contienen sacarosa en pacientes diabéticos.

3. Son los diuréticos eliminadores de potasio el grupo farmacológico que con mayor frecuencia interacciona.

4. Incrementando el conocimiento farmacológico de 13 sustancias (hidroclorotiazida, acenocumarol, digoxina, furosemida, calcio, metformina, insulina, omeprazol, enalapril, torasemida, ibuprofeno, espirolactona, y sacarosa como excipiente) se podría reducir el 81,2% de las IF producidas. Dichos principios deberían ser los prioritarios de cualquier programa de formación. Dado que el 75,8% de los pacientes reciben tratamiento para el área cardiovascular (factores de riesgo o enfermedad cardiovascular), y dado que 7 de esos 13 principios activos son para el tratamiento directo de este tipo de patologías y 3 pueden influir indirectamente en este proceso, los fármacos con efecto cardiovascular también deberían constituir un objetivo prioritario en la formación continuada de cualquier médico, pero especialmente de los médicos de AP, responsables del inicio del 85% de las prescripciones y el seguimiento continuo de todas ellas.

5. La variable predictiva de IF más potente fue el número de fármacos pactados.

6. Las repercusiones socio-sanitarias de esta situación impone la necesidad de contar con un sistema informático que nos alerte de las posibles IF, ya que la polimedición de una población cada vez más envejecida, el gran número y repercusión de las IF, los diferentes tipos de IF con las diferentes actitudes clínicas que generan, la variabilidad individual en la respuesta a las potenciales IF, así como la escasez de tiempo en la consulta diaria hacen muy difícil la detección de IF, incluso de las importantes o con repercusión clínica.

¿Cómo elaborar una comunicación científica?

Docentes: Dr. José Carlos Bastida Calvo y Dr. Ángel Modrego Navarro

Grupo de Metodología y Apoyo a la Investigación (MAI) de la SEMG. Pontevedra y Toledo

Ante el escaso tiempo del que disponemos en nuestras consultas, y la frustración y el desánimo que muchas veces nos causa la elaboración de cualquier proyecto científico, el grupo MAI de la SEMG pretende incidir en el aprendizaje de una correcta elaboración de una comunicación científica.

En la Atención Primaria, un *trabajo de calidad* integrará siempre la *práctica clínica asistencial*, la *investigación* y la *docencia*.

Así, es nuestra intención, enseñar los pasos que se deben seguir para llevar a cabo cualquier proyecto de investigación, y el proceso de comunicar.

En un principio, trataremos de mostrar cómo se debe elaborar una pregunta clínica, que será el eje central de la práctica clínica y de cualquier proceso de investigación. El punto de partida serán los pacientes, y la estrategia para su desarrollo será el método científico.

¿Cómo hacer una pregunta clínica bien hecha?

1º Toda pregunta debe responder a un objetivo claro de investigación.

2º Debe ser formulada de tal forma que sea posible obtener una respuesta.

Para alcanzar estos objetivos, la pregunta debe estar bien enfocada y bien articulada en sus cuatro apartados o componentes:

- 1.-El paciente o el problema del que se trata (P)
- 2.-La intervención o exposición que se está considerando (causa, pronóstico, tratamiento...) (I)

3.-La comparación de la intervención o exposición cuando es pertinente (C)

4.-Los resultados clínicos de interés (O)

Así, entendemos por pregunta clínica la formulación explícita de una duda surgida en el contexto de la práctica clínica y que sigue un esquema estructurado que facilita la posterior localización de la información necesaria para responderla y su consiguiente evaluación crítica.

Para formular preguntas enfocadas con estos cuatro componentes, se requiere práctica. Para hacerlo bien, en primer lugar es necesario que se reconozca lo que no se sabe, y asociar este reconocimiento con una curiosidad y la voluntad de aprender. El saber cómo surgen las preguntas, de dónde vienen, y cómo reconocerlas y articularlas nos ayudará a perfeccionar nuestras habilidades en esta materia.

¿De dónde vienen estas preguntas?

Pueden proceder de cualquier punto del trabajo clínico con los pacientes:

- 1) Evidencia Clínica: cómo recoger e interpretar hallazgos clínicos a partir de la anamnesis y exploración física del paciente.
- 2) Etiología: cómo identificar las causas de las enfermedades.
- 3) Diagnóstico: cómo seleccionar e interpretar las pruebas diagnósticas considerando su precisión, aceptabilidad, seguridad, coste, etc.

4) Diagnóstico Diferencial: cómo tener en cuenta las posibles causas del problema clínico de un paciente, y cómo clasificarlas en función de su probabilidad, gravedad y abordaje.

5) Pronóstico: cómo anticiparnos el pronóstico probable de un paciente.

6) Tratamiento: cómo seleccionar el tratamiento que produzca más beneficio que daño, y que lo haga de un modo eficiente.

7) Prevención: cómo hacer un despistaje y reducir el riesgo de enfermedad.

8) Educación: cómo llevar a cabo una autoformación.

La falta de experiencia en la formulación de preguntas clínicas, suele ser una dificultad inicial, pero el tomarse tiempo y practicar sobre casos hipotéticos, ayuda a adquirir las habilidades.

Uno de los problemas más frecuentes es plantear dudas de modo impreciso, lo que llevará a obtener unos resultados irrelevantes al no ser posible buscar una respuesta adecuada. Otro problema habitual es el plantear varias preguntas desde un mismo escenario; en este caso será necesario construir buenas preguntas, seleccionando aquellas que son más importantes en función de la situación, la necesidad de respuesta, las características de los pacientes, la posibilidad de respuesta, el coste,...

Una vez realizadas estas preguntas, el siguiente paso será la selección de la fuente de información más adecuada para proporcionar una respuesta:

- los pacientes, generándose un proceso de investigación observacional o experimental

- la bibliografía, debiendo seleccionar la mejor base de datos que gestione las referencias bibliográficas más adecuadas, los descriptores más eficientes que generen la mejor estrategia de búsqueda y la valoración de las evidencias mediante la lectura crítica de las mismas, analizando la validez de los resultados, su magnitud y precisión, y la aplicabili-

dad final de las mismas en nuestro paciente y entorno del estudio.

Posteriormente, deberemos elaborar la comunicación científica, la cual deberá:

- seguir método científico
- partir de una hipótesis previa clara y tener unos objetivos definidos
- contar con una recogida de datos y análisis estadístico adecuado
- llegar a unas conclusiones acordes con los objetivos.

Una vez elaborada la comunicación, debemos pensar en su formato:

- oral
 - escrita
 - mixta
- pudiendo ser presentada en conferencias, mesas redondas, comunicaciones orales, póster.

La comunicación deberá contar siempre con las fuentes de información (bibliográfica, pacientes, estadísticas) y sus autores, siguiendo siempre unas normas éticas: razonables, motivación, sinceridad, protección de datos, consentimiento informado. Se trata, en definitiva, de enseñar en poco tiempo unas normas de elaboración de una comunicación que deberá sistematizarse siempre siguiendo estos apartados:

- Título
- Autores
- Centro de Trabajo
- Introducción (justificación)
- Objetivo
- Métodos
- Resultados
- Discusión y Conclusiones

Teniendo siempre en cuenta que, para presentarla a un congreso, tendremos que atenernos a las propias normas del comité científico del mismo.

Aula de Ecografía Clínica

Docentes: doctores Javier Amorós Oliveros y Francisco Javier Durán Rodríguez

Sección de Ecografía Clínica de la SEMG. Alicante y Ciudad Real

Se trata de un Aula, la primera, dirigida a los congresistas que no practican la ecografía y deseen conocer las posibilidades de la técnica. Se realizará un taller de introducción en el que se explicarán las bases del uso de la ecografía, el modo de obtención de imágenes, la relación con la anatomía y los criterios básicos que se utilizan en el diagnóstico ecográfico en la consulta.

También se realizará un recorrido por las posibilidades de aplicación de la ecografía en las diferentes enfermedades y sistemas del cuerpo humano en la actualidad con imágenes obtenidas en el propio taller.

La segunda sesión, en esta ocasión, irá dirigida a los médicos que ya conocen la técnica y/o la practican. El taller se basará en mostrar una serie de situaciones que se pueden producir tanto en el abdomen como en como en el sistema músculo esquelético, con la presentación de casos clínico-ecográficos que se debatirán interactivamente entre los asistentes.

Pretende ser un foro con situaciones reales en el que se mostrará la influencia de la exploración ecográfica para obtener imágenes de ayuda al diagnóstico y seguimiento de alteraciones.

Aula de Hipertensión Arterial

Docentes: doctores Julio Hernández Moreno y Javier Gamarra Ortiz

Grupo de Cardiovascular de la SEMG. Valladolid y Madrid

La hipertensión arterial sigue representado uno de los principales factores de riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (ictus, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, arteriopatía periférica e insuficiencia renal).

Se trata de una enfermedad muy prevalente en nuestras consultas de Atención Primaria, por lo que la responsabilidad de su correcto diagnóstico y tratamiento va a caer de lleno en la práctica diaria.

Por estas razones nos proponemos realizar durante este Congreso esta estructura formativa en la que trataremos, en formato de preguntas y respuestas sobre un caso clínico, de actualizar las últimas novedades relacionadas con el manejo del paciente hipertenso, como son:

Estudio diagnóstico del hipertenso: ¿qué pruebas están indicadas y en qué momento?

Estudio del hipertenso: búsqueda de lesiones de órganos diana

El RCV: ¿qué papel tiene en el manejo del paciente hipertenso?

¿Cuáles son las estrategias terapéuticas más recomendables?

¿Hasta dónde llevar las cifras de PA? Objetivos de control de los FRCV

¿Los betabloqueantes, fármacos en desuso?

¿Cuándo utilizar combinaciones de fármacos a dosis fijas?

Diferencias entre las recomendaciones de la Guía 2007 de las SEH- SEC y las del 2003.

Aula de Informática para Médicos

Docentes: Dr. Francisco Ortiz Sánchez¹ y Dra. M^a Pilar Rodríguez Ledo²

¹Grupo de Informática de la SEMG. Ávila

²Grupo de Metodología y Apoyo a la Investigación (MAI) de la SEMG. Lugo

Tal vez una de las primeras aportaciones de la informática a la medicina haya sido la de superar el concepto de la medicina como "arte", en tanto que este término se entienda como una habilidad secreta, intransferible, inaccesible en su estructura para los no iniciados y propia sólo de los dotados. Al identificar los caminos por los que discurre la mente experta para llegar a desenlaces o conclusiones más o menos previsibles, se entiende que buena parte del proceso es susceptible de ser sistematizado y transferido a un procesador, ya sea humano o electrónico. El término "informática" se refiere al tratamiento de la información y a los métodos y mecanismos para hacerlo. La "informática médica" se ha definido como el campo científico que tiene que ver con la información, los datos y el conocimiento biomédicos, su almacenamiento, su recuperación y su uso óptimo para resolver problemas y tomar decisiones. Bajo esta perspectiva, la informática participa tanto en la adquisición, almacenamiento y utilización de datos, como en la toma de decisiones bajo un razonamiento probabilístico.

La lista de las aportaciones de la informática a la práctica de la medicina es, seguramente, mucho más extensa de lo que a priori cabe imaginar:

La SEMG así lo ha entendido desde hace mucho tiempo y, consciente de la importancia de las nuevas tecnologías para el desarrollo del ejercicio profesional del médico general y de familia, diseña cursos de formación en informática general y aplicaciones clínicas que se imparten de forma pionera desde 1992. Siguiendo esta línea de trabajo, el grupo de trabajo de Informática de la SEMG junto con al Grupo de Metodología y Apoyo a la Investigación (MAI) han desarrollado este espacio físico y temporal, con contenidos cambiantes y complementarios dentro sus Congresos Nacionales, Internacionales y

Autonómicos, dedicado a la adquisición o mejora de las habilidades informáticas necesarias para la investigación clínica aplicada en el terreno de la Atención Primaria, la comunicación de resultados científicos, e incluso el propio desarrollo de las tareas asistenciales.

Los principales objetivos de las actividades serán:

1. Aprender el uso de las principales fuentes de información científica
2. Perfilar la búsqueda bibliográfica, en bases de datos biomédicas clásicas así como en la literatura gris, como estrategia complementaria al proceso de incrementar el conocimiento.
3. Considerar la utilidad e idoneidad de los diferentes recursos informáticos como elementos de apoyo en el ámbito de la presentación de resultados científicos (comunicación y/o artículo científico): elaboración de gráficos, manipulación de imágenes y fotografías,...
4. Adiestrar en el uso de elaboración de manuscritos científicos con el apoyo de programas informáticos diseñados para la gestión de citas bibliográficas
5. Fomentar la seguridad informática de archivos y procesos

Para el XIV Congreso Nacional y IX Internacional de la Medicina General Española que celebramos en Málaga los contenidos de esta estructura formativa estarán constituidos por los siguientes talleres:

1) Taller de Presentaciones con Power Point

Objetivo: Iniciar en el uso de presentaciones de Power Point con el objetivo de realizar presentaciones más dinámicas y atractivas. Programa: Visión general de Power Point. Conceptos básicos para la realización de una presentación. Diseño de diapositivas. Patrones de diapositivas. Utilización de fondos o backgrounds. Formato: controles de texto e imágenes. Secuenciación y transiciones de

las diapositivas. Características de las presentaciones. Presentaciones automáticas o portátiles. Análisis de técnicas avanzadas de diseño de presentaciones destinadas a incluir imágenes y vídeos, generar plantillas, y crear estilos personalizados. Utilización avanzada de Power Point. Creación de fondos o backgrounds personalizados. Utilización, manipulación y creación de biblioteca personalizada de plantillas. Templates. Recursos en la red. Captura, retoque e inserción de imágenes, vídeo y sonido. Formatos de imagen. Formato avanzado de diapositivas y plantillas.

2) Gestión integral de imagen y fotografía digital

Objetivo: Capturar, editar y manipular imágenes obtenidas mediante cámaras fotográficas u otros

soportes digitales para su optimización y posterior uso en presentaciones.

Programa: Conceptos básicos (píxeles, resolución, formatos; fotografía química vs. fotografía digital; tipos de cámaras digitales; partes de una cámara; técnicas fotográficas básicas), fotografía automatizada (programaciones habituales; captura y almacenamiento; tipos de tarjetas; software de visualización, retoque, manipulación y archivo de fotografías; retoque y optimización de fotografías; filtros; impresión de fotografías; impresión online; formatos de impresión), compartiendo la fotografía (fotografía digital y correo electrónico; presentaciones; álbumes y carruseles).

OTRAS ACTIVIDADES

PASEO POR LAS HABILIDADES MÉDICAS

Espacio de actividad práctica en técnicas o herramientas diagnósticas. El participante deberá resolver situaciones clínicas en base a la información aportada por un sistema audiovisual o practicar una técnica determinada mediante un simulador de alta tecnología. Se trata de una nueva actividad formativa que la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia pone a disposición de sus congresistas, mediante la cuál cada uno de los participantes podrá autoevaluarse a sí mismo -sin observadores ni evaluadores externos- sus capacidades, o bien sencillamente participar en las diferentes estaciones para

manejar las herramientas o simuladores que estarán preparados para las diferentes técnicas.

Las áreas que se han previsto para este XV Congreso Nacional y V Internacional de la Medicina General Española son las siguientes: auscultación cardíaca y pulmonar, sondaje nosagástrico, otoscopia diagnóstica, intubación orotraqueal, taponamiento anterior de fosas nasales, infiltraciones de mano, de codo y de hombro, cricotirotomía de urgencias, y habilidades en neumología, en aparato locomotor, en pruebas diagnósticas, en comunicación y en casos clínicos.

MUÉVETE Y COME CON SEMGTIDO

Actividad de promoción de hábitos saludables. Los participantes podrán profundizar en esta materia mediante materiales formativos específicos y de prácticas saludables con dispositivos virtuales de alta innovación.

Se propondrá además a los congresistas que se inscriban a esta actividad que complementen su formación mediante la participación a otras actividades congresuales previstas entorno a este tema.

PREÁMBULO A LAS COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

La voluntad de vivir constituye en su esencia el estímulo que impulsa al hombre a investigar, experimentar y producir. Esta investigación tiene múltiples facetas, tan distintas como los rostros de las personas que a ella se dedican.

Raramente percibimos el esfuerzo personal, material e intelectual que es indispensable para obtener resultados sólidos y aprovechables. La investigación avanza sólo de forma lenta y progresiva, y debe, en casi todos los casos, sortear difíciles obstáculos para alcanzar las metas propuestas.

Antes de iniciar la exposición del capítulo correspondiente a las "Comunicaciones Científicas" aportadas a este XV Congreso Nacional y IX Internacional de la Medicina General Española deseamos también manifestar nuestro ánimo y agradecimiento a todos los compañeros Médicos

Generales y de Familia que año tras año se dedican a la investigación en el ámbito de la Atención Primaria y deben ser ejemplo para todos nosotros de profesionalidad, esfuerzo y dedicación.

A continuación se transcribe el texto de las Comunicaciones aceptadas por el comité Científico para su presentación en el Congreso.

No han podido transcribirse las admitidas cuyas correcciones -solicitadas a sus autores respectivos- no han sido recibidas a tiempo.

Cada Comunicación aparece identificada por su número de orden (tres cifras), una primera inicial "O" o "C" (original, caso clínico) y una segunda inicial "O" o "P" (oral o póster).

001-0-0

Efectividad de dos terapias cortas de antibiótico para el tratamiento de las infecciones no complicadas del tracto urinario en mujeres según su etiología

López Marina V, Costa Bardají N, Pizarro Romero G, Alcolea García R, Cristel Ferrer L, Pérez Vera M

OBJETIVOS

Comparar amoxicilina-clavulánico (500-125 mg/8 horas durante 5 días) (A) frente a norfloxacino (400 mg/12 horas durante 3 días) (N) para el tratamiento de las infecciones no complicadas del tracto urinario (ITU) en mujeres. Evaluar su efectividad de forma global en diabéticas, en pacientes mayores de 65 años y según la etiología. El estudio fue evaluado por el Comité de Ética del ámbito de Atención Primaria de Costa de Ponent (Barcelona). Todas las participantes dieron su consentimiento por escrito.

METODOLOGÍA

Ensayo clínico aleatorio no ciego y pragmático, multicéntrico, en la provincia de Barcelona. Se incluyó a mujeres mayores de 18 años con síndrome miccio-

nal no complicado y tira de orina positiva. Se asignaron aleatoriamente al grupo A o N. Se realizó sedimento y urocultivo pre y post-tratamiento. Variables principales: edad, etiología, análisis de la efectividad (E) global, en pacientes diabéticas con buen control metabólico ($HbA1c < 7\%$), en mujeres mayores de 65 años y según la etiología; principales efectos secundarios. Análisis estadístico: media (X), desviación estándar (DE), porcentajes, $p < 0,05$ para la significación estadística por la t-Student.

RESULTADOS

Edad (X +/- DE): 54,7 +/- 20,7 años. Etiología: E. coli (66,4%), K. pneumoniae (7,5%), P. mirabilis, Enterococo y Corynebacterium (5,4%), Streptococcus

agalactiae (Grupo B) (1,6%), otros (8,1%). E global: A (93) 78,5%, N (92) 86,9% ($p=0,19$). E en diabéticas: A (24) 79%, N (21) 81% ($p=0,27$). E en mujeres mayores de 65 años: A (36) 75%, N (34) 85,3% ($p=0,03$). E según etiología: E. coli: A 85,2%, N 86,4%; K. pneumoniae: A 75%, N 100%; P. mirabilis: A 80%, N 100%; Enterococo: A 100%, N 66,6%; Corynebacterium: A 75%, N 100%; otros: A 55%, N 100% ($p=0,02$); en el resto $p>0,05$. Efectos secundarios: A 0,02%, N 0,03%. En ambos, la intolerancia digestiva fue el efecto secundario más frecuente.

002-0-0

Efectividad de dos terapias cortas de antibiótico para el tratamiento de las infecciones no complicadas del tracto urinario en hombres según su etiología

López Marina V, Alcolea García R, Pizarro Romero G, Costa Bardají N, Cristel Ferrer L, Pérez Vera M

OBJETIVOS

Comparar amoxicilina-clavulánico (500-125 mg/8 horas durante 5 días) (A) frente a norfloxacino (400 mg/12 horas durante 3 días) (N) para el tratamiento de las infecciones no complicadas del tracto urinario (ITU) en varones atendidos en consultas de atención primaria. Analizar su efectividad global y según la etiología. El estudio fue evaluado por el Comité de Ética del ámbito de Atención Primaria de Costa de Ponent (Barcelona). Todos los participantes dieron su consentimiento por escrito.

METODOLOGÍA

Ensayo clínico aleatorio no ciego y pragmático, multicéntrico, en la provincia de Barcelona. Se incluyó a hombres mayores de 18 años con síndrome miccio-

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

E. coli sigue siendo el germen más frecuente de las ITU no complicadas en atención primaria. A la vista de los resultados, podemos decir que ambos fármacos son seguros y efectivos para el tratamiento de éstas, con muy pocos efectos secundarios (el más frecuente es la intolerancia digestiva en ambos). N resulta más efectivo que A para mujeres mayores de 65 años. Son equivalentes tanto globalmente como en pacientes diabéticas con buen control metabólico. También es de destacar que N es más efectivo que A en gérmenes menos frecuentes; para E. coli son equivalentes.

nal no complicado y tira de orina positiva. Se asignaron aleatoriamente al grupo A o N. Se realizó sedimento y urocultivo pre y post-tratamiento. Variables principales: edad, etiología, efectividad global y según la etiología, complicaciones, efectos adversos. Análisis estadístico: media (X), desviación estándar (DE), porcentajes, $p<0,05$ para la significación estadística por la t-Student.

RESULTADOS

Edad (X +/- DE): 56 +/- 16 años. Etiología: E. coli (57,5%), P. mirabilis (12,3%), K. pneumoniae (7,5%), Enterococo (5,7%), A. lwoffii (1,9%), otros (7,5%). Efectividad global: A (55) 78,2%, N (51) 84,3% ($p=0,289$). Efectividad según etiología: E. coli: A 72,4%, N 80,5%; P. mirabilis: A 100%, N 78,4%; K. pneumoniae: A 100%, N 100%; Enterococo: A 81,3%,

N 100%; A. Iwoffi: A 100%, N 100%; otros: A 51,2%, N 100% ($p=0,017$); en el resto $p>0,05$. Complicaciones: A: pielonefritis (1, 0,02%), N: prostatitis (1, 0,025%). Efectos adversos: A: 7% (intolerancia digestiva), N: 5,4% (cefalea e intolerancia digestiva).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

No existen estudios en la literatura biomédica que demuestren la efectividad de la terapia corta antibiótica en las ITU en hombres. *E. coli* es el germen

más frecuente en éstas. A la vista de los resultados obtenidos en este ensayo, podemos concluir que tanto A como N son muy efectivos y seguros para el tratamiento de las ITU en hombres, sin importantes diferencias entre ellos. Es de destacar, también, el escaso número de complicaciones y efectos adversos de ambos fármacos. Se necesitan más estudios que corroboren nuestros resultados para poder establecer en la práctica clínica la indicación de la terapia corta de antibiótico para el tratamiento de las ITU en hombres.

003-O-P

Cardiopatía isquémica en los ancianos

Baelo Bodelón MP, Lana Álvarez MD, Baelo Bodelón MT, González Varela A, Villamil Lana I

OBJETIVOS

Conocer mejor los pacientes mayores de sesenta y cinco años con cardiopatía isquémica de nuestra área sanitaria (área IV de Asturias). Éstos están poco representados en los ensayos clínicos y es frecuente la extrapolación de resultados obtenidos con poblaciones más jóvenes y más homogéneas.

METODOLOGÍA

Estudio epidemiológico, analítico, observacional del tipo caso-control en una población de ambos sexos y mayor de 65 años. El grupo de casos con cardiopatía isquémica estaba formado por 128 pacientes que ingresaron consecutivamente en el hospital y presentaban en el electrocardiograma anormalidades mayores de acuerdo con el Código de Minnesota y asinergia en el ecocardiograma. El grupo control de 117 individuos elegidos aleatoriamente, residentes del área sanitaria IV de Asturias, estratificado por edad y sexo respecto a los casos. Entre el 1 de junio de 2005 al 31 de mayo de 2006.

RESULTADOS

Los pacientes con cardiopatía isquémica tenían valores medios significativamente más elevados del índice cintura-cadera ($p<0,01$), leucocitos, plaquetas, fibrinógeno, glucemia y ácido úrico ($p < 0,05$). Los factores de riesgo cardiovascular detectados eran más evidentes en los que presentaban cardiopatía isquémica con respecto a diabetes (35% frente a 11%, $p<0,001$), dislipemia (61% frente a 41%, $p<0,001$), hiperfibrinogenemia (83,5% frente a 53%, $p<0,001$) e hiperuricemia (31% frente a 8%, $p<0,001$). Tras análisis de regresión logística, se mantuvieron como variables predictoras la diabetes tipo 2 (RR 4,37; IC 95%, 1,96-9,74), hiperfibrinogenemia (RR 3,23; IC 95%; 1,64-6,34) e hiperuricemia (RR 2,62; IC 95%, 1,71-4,01).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Estos resultados nos hacen pensar que el desarrollo de una cardiopatía isquémica en este tipo de población se debe a una exposición prolongada a los factores ambientales de riesgo, por lo que hay que incidir de forma contundente en las medidas de prevención.

004-O-P

Isquemia miocárdica y síndrome metabólico en ancianos

Baelo Bodelón MP, Baelo Bodelón MT, González Varela A, Lana Álvarez MD

OBJETIVOS

El mayor porcentaje de enfermedad y muerte por isquemia miocárdica se produce en los pacientes ancianos, con pocos estudios que se hayan referido a ello. Pretendemos conocer mejor a la población mayor de 65 años con cardiopatía isquémica (CI) y síndrome metabólico (SM) en el área IV de Asturias.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo de 128 pacientes con enfermedad coronaria con una media de edad de 78 +/- 7 años (48% mujeres), comparados con un grupo control de 117 pacientes estratificado por edad y sexo. Los criterios diagnósticos de enfermedad isquémica cardiaca fueron la presencia de anomalías en la electrocardiografía (Código de Minnesota) y la existencia de asinergias ecocardiográficas. Se midieron la tensión arterial y los niveles de glucosa, índice de masa corporal, HDL, LDL y colesterol total, triglicéridos, lipoproteína (a), apolipoproteína A y B. Los criterios para establecer la existencia de síndrome metabólico fueron los establecidos por la NCEP ATP III.

005-O-P

Estudio de la derivación desde un servicio de urgencias extrahospitalario rural durante dos años

Echave Ceballos P, Pérez Martín A, Pereda García MA, López Lanza JR, Raba Oruña S, Agüeros Fernández MJ

OBJETIVOS

Analizar las características de la demanda de los usuarios atendidos en un servicio de urgencias extrahospitalarias rural durante 2 años y derivados al hospital de referencia.

RESULTADOS

En los pacientes con CI se pudieron apreciar valores significativamente más elevados de glucosa, ácido úrico e índice de masa corporal ($p < 0,01$), y más bajos de apolipoproteína A y HDL-colesterol ($p < 0,01$). La prevalencia de factores de riesgo fue más alta en el grupo de casos, significativamente más elevada la dislipemia (61%) y la diabetes (35%). En los pacientes con criterios de SM estos porcentajes aún fueron más elevados de forma significativa ($p < 0,019$) y doblaban el riesgo de padecer la enfermedad (CI). Tras modelo de regresión múltiple, quedaron como variables significativas la dislipemia y la diabetes. Por sexo, la diabetes es la variable con mayor capacidad predictiva para CI en mujeres.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En nuestro estudio los pacientes ancianos con CI tienen una alta prevalencia de factores de riesgo cardiacos. Encontramos una clara relación entre el SM y la CI. Las recomendaciones clínicas deben ir en este sentido, orientadas hacia el control de los factores de riesgo en este grupo de población.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal retrospectivo de los pacientes atendidos por cualquier causa en la unidad de urgencias extrahospitalarias de Los Valles durante los años

2006-2007 y derivados al hospital de referencia. Para describir variables cuantitativas se ha utilizado la media y la desviación típica y porcentajes para variables cualitativas.

RESULTADOS

Se realizaron 184 derivaciones (5,5% del total), con edad media de 55,45 años (DE +/- 25,23) y predominio masculino (56,2%). El 17,5% fue atendido a domicilio. Por clasificación CIPSAP-2 principalmente fueron "XVII Traumatismos y envenenamientos" (18,1%), "VII Enfermedades cardiovasculares" (16,4%) y "VIII Enfermedades del aparato respiratorio" (15,5%). La causa más frecuente fue traumatismo de extremidad (9,2%). La atención fue principalmente los viernes y sábados (20,7%), en fin de semana (38,2%), en noviembre

(20,6%) y por la tarde (15-22 horas) (47,6%); el 19,4% fue atendido por la noche. Necesitó medicación el 21,7%, principalmente antiinflamatorios (39,2%) y broncodilatadores (17,2%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El porcentaje de resolución del servicio es muy bueno (aproximadamente 95%). El perfil del paciente derivado es el de un varón de 55 años, atendido en el mismo servicio de urgencias por traumatismo en extremidad, que acude en horario de tarde. La derivación desde el domicilio es relativamente significativa, al igual que la nocturna. Destaca la poca necesidad de medicación, quizás por la derivación traumática al carecer de posibilidad de realizar radiografía.

006-O-P

Epidemiología oncológica según el sexo en un centro de salud urbano

López Marina V, Pizarro Romero G, Costa Bardají N, Medina Peralta M, Vázquez Blanco JR, Brenes Bermúdez F

OBJETIVOS

La patología oncológica presenta elevada prevalencia, morbimortalidad y asociación con hábitos tóxicos en la población española. Los objetivos del presente estudio fueron describir en un centro de salud urbano los tumores más frecuentes por sexos y su asociación al consumo de alcohol y tabaco.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo. Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de neoplasias malignas desde 2003 hasta 2005. Los datos fueron obtenidos del registro informatizado OMI-AP. Ámbito de estudio: centro de salud urbano. Variables principales: edad, sexo, número de neoplasias totales por año, tipos de neoplasias según el sexo, consumo de tabaco y alcohol según el sexo en pacientes oncológicos. Análisis

estadístico: se estudia toda la población del centro de salud (P) y se obtienen números absolutos, medias (X) y porcentajes.

RESULTADOS

Población asignada y número de neoplasias totales: Año 2003: P=31.817, 191 neoplasias, Edad (X): 69,05 años, varones 54,9%; Año 2004: P=35.640, 186 neoplasias, Edad (X): 67,15 años, varones 54,3%; Año 2005: P=35.923, 196 neoplasias, Edad (X): 68,12 años, varones 59,1%. En los hombres, los tumores más frecuentes son: cáncer de piel (18,94%), pulmón (16,45%), próstata (15,83%) y colon (11,49%). En las mujeres, las neoplasias más frecuentes son: cáncer de mama (25,09%), piel (17,92%), ginecológico (13,14%) y colon (12,35%). El 22,98% de los hombres y 7,17% de las mujeres son fumadores. El 32,61% de los hombres y 11,55% de las mujeres son consumidores habituales de alcohol.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Alrededor de 200 neoplasias nuevas se diagnostican por año en nuestro centro de salud, un registro ligeramente inferior a la estimación de la incidencia anual de cáncer en España en el período 1997-2000. La edad media es superior a los 65 años y son ligeramente más frecuentes en varones. El cáncer de piel en

ambos sexos ha aumentado su incidencia y se ha convertido en la primera causa en hombres (pulmón la segunda y próstata la tercera) y la segunda en mujeres (mama la primera y ginecológica la tercera). El cáncer de colon constituye la cuarta causa de neoplasia en ambos sexos. El tabaquismo en población oncológica se ha estancado y el consumo de alcohol ha aumentado respecto a la población en general.

007-0-0

Prevalencia de la enfermedad vascular periférica en pacientes con síndrome metabólico

López Marina V, Pizarro Romero G, Beato Fernández P, Rama Martínez T, Montellà Jordana N, Mata Navarro A

OBJETIVOS

El Síndrome Metabólico (SM) se relaciona con un incremento en los acontecimientos cardiovasculares, entre ellos la enfermedad vascular periférica (EVP). El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de EVP en pacientes con SM y en población general.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Pacientes mayores de 14 años atendidos en 2003. Ámbito: 19 consultas de medicina general de un centro de salud urbano. Como fuente de información se utilizó una base de datos de la historia clínica informatizada (OMI-AP) y se siguió el código de patologías según la CIAP-2. Variables: edad, sexo, índice de masa corporal, presión arterial, glucemia, HbA1c, HDL-colesterol, triglicéridos (TG), microalbuminuria (malb), criterios de SM según OMS y NCEP III, prevalencia de EVP en pacientes con SM y en población general. Análisis estadístico:

media (X), desviación estándar (DE), porcentajes, $p < 0,05$ para la significación estadística por la t-Student, Odds Ratio (OR).

RESULTADOS

Pacientes con SM: OMS 1.417, 40,9% hombres, Edad (X+/-DE) 65,9 +/- 11,2 años; NCEP III: 2.728, 41,2% hombres, Edad (X+/-DE) 64,1 +/- 12,1 años. Criterios más frecuentes en pacientes con SM: OMS: hiperglucemia 100%, HTA 90,9% y obesidad 71,9%; NCEP III: HTA 89,7%, hipertrigliceridemia 73,8%, hiperglucemia 73% y obesidad 73%. Criterios más frecuentes en pacientes con SM+EVP: OMS: hiperglucemia 100%, HTA 98,2%, dislipemia 81,1% y malb 49,8%; NCEP III: HTA 98,4%, hiperglucemia 91,5% e hipertrigliceridemia 77,6% ($p < 0,05$ para la HTA, hiperglucemia, dislipemia y malb). Prevalencia de EVP: pacientes con SM: OMS 31 (2,2%), NCEP III 39 (1,4%); en población general 0,5% (128 en 25.555 pacientes atendidos). OR de EVP en SM según OMS y NCEP III respecto a la población general de 4,4 y 2,8.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con los resultados que hemos obtenido concluimos que los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes con SM más asociados a la EVP son la HTA (OMS y NCEP III), hiperglucemia (NCEP III), dislipemia

y malb (OMS). La prevalencia de EVP en pacientes con SM está muy incrementada respecto a la población general, de modo que los enfermos diagnosticados de SM según la OMS presentan más del cuádruple de posibilidades de sufrir EVP que la población general, mientras que según la NCEP III casi el triple.

008-O-P

Riesgo cardiovascular en pacientes con síndrome metabólico según la NCEP III

López Marina V, Pizarro Romero G, Montellà Jordana N, Rama Martínez T, Beato Fernández P, Mata Navarro A

OBJETIVOS

Describir la frecuencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con síndrome metabólico (SM), el grado de control de éstos y el cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) en este tipo de enfermos.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Pacientes mayores de 14 años atendidos en 2003. Ámbito: 19 consultas de medicina general de un centro de salud urbano. Como fuente de información se utilizó una base de datos de la historia clínica informatizada (OMI-AP) y se siguió el código de patologías según la CIAP-2. Variables principales: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), TA, glucemia, HbA1c, HDL-colesterol, colesterol total, triglicéridos, tabaquismo (criterios de SM según la NCEP III) y RCV en estos pacientes. Análisis estadístico: media (X), desviación estándar (DE) y porcentajes.

RESULTADOS

Se detectaron 2.728 pacientes con SM según la NCEP III, 41,2% hombres y edad (X +/- DE) 64 +/- 12,1 años.

Frecuencia de los FRCV en pacientes con SM: HTA 89,7%, hiperglucemia 73%, hipertrigliceridemia 73,8%, HDL-colesterol disminuido 43,7%, obesidad 73%. Número de FRCV en pacientes con SM: 3 (58,4%), 4 (30%) y 5 (11,6%). Pacientes con SM y buen control de los FRCV: HbA1c 38%; TA 17,9%; triglicéridos 22,8%; HDL-colesterol 41,3%; colesterol total 23,3%; IMC 10,4%; tabaquismo 89,7%. RCV en estos pacientes: bajo 7,1%, medio 16,5%, alto 32%, muy alto 9,9%, no calculado 34,5%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La HTA es el FRCV más frecuentemente hallado en los pacientes con SM según la NCEP III. La hiperglucemia, hipertrigliceridemia y obesidad (otros FRCV que son criterios de SM según la NCEP III) ocupan un segundo lugar respecto a la HTA en cuanto a frecuencia. Según nuestros resultados estos pacientes tienen un bajo control de los FRCV, con excepción del hábito tabáquico. Presentan un RCV alto y es un hallazgo curioso que en 34,5% de los casos no se ha calculado tal riesgo. De cara a la práctica clínica, pensamos que las medidas diagnóstico-terapéuticas aplicadas a este tipo de pacientes han de ser más efectivas e intensivas para disminuir el elevado RCV que presentan.

O10-O-P

Grado de satisfacción e índice de masa corporal tras intervención en hábitos alimenticios y ejercicio físico

Madan Pérez MT, Fandiño Cobo ME, Guerra Hernández IM, López Santiago JA, De Salamanca Hernández A, Wagüemert Madan MT

OBJETIVOS

Un problema del estilo de vida actual es el sobrepeso, cuya frecuencia constituye una "epidemia del siglo XXI". Nos proponemos comparar el Índice de Masa Corporal (IMC) al inicio y final de una intervención sobre hábitos de vida saludable y valorar el grado de satisfacción de las participantes.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de intervención. Se seleccionan 50 mujeres de 15-58 años, según edad e IMC mayor de 25, sin patologías concomitantes, en una zona de salud de Tenerife. Variables: peso, talla, IMC y en la última visita se valoró el grado de satisfacción de las participantes en la intervención, con una escala tipo Likert (0=nada satisfecha, 3=máxima satisfacción). Tras sesiones teóricas individualizadas y grupales sobre alimentación y ejercicio, se pactó la máxima normalización del comportamiento alimentario y la realización de ejercicio aeróbico 45 minutos cada 3 días por semana durante 3 meses. Análisis estadístico: frecuencias, medias, desviación estándar (DE) y t Student para datos apareados.

O12-O-P

Hallazgos clínicos observados en pacientes con infecciones no complicadas del tracto urinario

López Marina V, Pizarro Romero G, Costa Bardají N, Alcolea García R, Cristel Ferrer L, Guevara Peña D

OBJETIVOS

Describir la clínica de las infecciones no complicadas del tracto urinario (ITU), analizar los hallazgos encontrados

RESULTADOS

No hubo abandonos. Edad media 34,34 años (11,83 DE). El IMC medio pasó de 29,59 (DE 3,84) a 27,54 (DE 4,72) ($p < 0,0001$). Al inicio del estudio 60% presenta sobrepeso y 40% obesidad; alcanzó normopeso un 30% y permaneció en sobrepeso y obesidad al final del seguimiento el 44% y el 26%, respectivamente. Al final, 62% de las mujeres se mostraron muy satisfechas, 28% satisfechas y sólo 4% y 6% estaban poco o nada satisfechas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La intervención resultó efectiva para reducir IMC. Un resultado interesante es el alto grado de satisfacción de las participantes aunque no normalicen peso. Creemos que ello se debe a los beneficios aportados por la práctica del ejercicio físico, así como al aprendizaje de nuevos hábitos alimentarios y a la relación grupal establecida entre ellas. Ésta es una ventaja añadida a la intervención, que, además de la mejora en el riesgo cardiovascular (RCV), aporta beneficios psicológicos y sociales. Hace falta más población y seguimiento para valorar la efectividad observada y generalizar resultados.

en el sedimento urinario más prevalentes y sus combinaciones pre y post-tratamiento con antibioterapia corta [amoxicilina-clavulánico (500-125 mg/8 horas durante 5 días), o norfloxacino (400 mg/12 horas durante 3 días)].

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal, multicéntrico, en la provincia de Barcelona. Pacientes mayores de 18 años con síndrome miccional no complicado y tira de orina positiva. Se realizó sedimento urinario pre y post-tratamiento durante el periodo de reclutamiento (mujeres 2004, hombres 2004-05). Variables: edad, sexo, etiología, clínica (disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, hemiabdominalgia baja, macrohematuria, escozor miccional y combinaciones), sedimento urinario pre-tratamiento (leucocituria, hematuria, nitritos, cristalurias y combinaciones), post-tratamiento (normal; leucocituria, hematuria y hematuria+leucocituria residual). Análisis estadístico: media (X), desviación estándar (DE) y porcentajes.

RESULTADOS

Edad (X +/- DE) 55,35 +/- 18,35 años. Sexo: 185 mujeres, 106 hombres. Etiología: E. coli 64,2%, P. mirabilis 7,9%, K. pneumoniae 7,9%, Enterococo 5,4%, Corynebacterium spp 4,1%. Clínica: disuria 77,6% y polaquiuria 72,5%; disuria+polaquiuria

18,5% y disuria+polaquiuria+hemiabdominalgia baja 11,3%, son las combinaciones más frecuentes. Sedimento urinario pre-tratamiento: leucocituria 94,1%, hematuria 55,3%, nitritos 43%, cristalurias 11,7% (50% de Oxalato Cálculo); leucocituria aislada 29,9% y leucocituria+hematuria 23,4%, como combinaciones más frecuentes. Sedimento urinario post-tratamiento: normal 61,2%, leucocituria residual 20%, hematuria residual 14%, hematuria + leucocituria residuales 4,8%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las ITU son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres. E. coli sigue siendo el germen más frecuente en atención primaria. Disuria y polaquiuria son los síntomas principales, tanto individualmente como en combinaciones. Leucocituria y hematuria son los hallazgos principales del sedimento, tanto individualmente como en combinación; los nitritos son positivos en casi el 50% de los sedimentos. Casi el 40% de los sedimentos post-tratamiento (paciente ya curado de su ITU) presenta alteraciones, por lo que creemos innecesaria su realización para comprobar la curación de la ITU.

013-0-0

Incontinencia urinaria en mujeres mayores de 45 años

Álvarez Galán MC, Tárraga López PJ, Cerdán Cerdán M, Ocaña López JM, Solera Alberio J, Celada Rodríguez A

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de incontinencia urinaria (IU) en mujeres mayores de 45 años de una zona básica de salud. Determinar si existe asociación entre factores etiológicos conocidos e incontinencia urinaria en dicho grupo. Valorar la calidad de vida de mujeres mayores de 45 años con IU.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio epidemiológico descriptivo, de tipo transversal, en el que se incluye a mujeres mayores de 45 años que acuden a nuestra consulta de Atención Primaria desde Junio a Septiembre de 2006. Se les cita de forma programada en la consulta y contestan al cuestionario de la forma abreviada de Vejiga

Incontinente (OAB-q SF) que toma en cuenta 6 puntos de escala de gravedad y la forma abreviada de la encuesta de calidad de vida HQRL que toma 13 puntos al respecto. Tomamos en cuenta como variables cuantitativas edad (dividida en rangos de 45 a 55 años, 55 a 65 años y mayores de 65 años), número de partos, puntuación de la OAB y puntuación de la HQRL.

RESULTADOS

Se realizaron 30 encuestas. La relación edad con número de partos ha obtenido una correlación significativa de 0,005; con menopausia hay una correlación significativa de 0,0058; con presentar prolapsos de 0,572; con estreñimiento de 0,544; finalmente correlación

entre las variables afectadas con IU de 0,003. La prevalencia de IU para nuestra muestra fue de 3%. Los resultados de la HQRL describen una afectación de la calidad de vida sobre todo en las mujeres más jóvenes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Existe asociación entre la variable edad con sus distintos rangos y el número de partos; también con tener la menopausia y padecer algún tipo de prolapso de órganos pélvicos. Existe relación estadística entre el deterioro de la calidad de vida según la HQRL y la variable edad; el 66% de las pacientes de 55 años consideran que la presencia de IU proporciona una inaceptable calidad de vida.

018-0-0

Rentabilidad de la ecografía mamaria en atención primaria

Mula Rey N, Parra Gordo L, Millán I, Blanco Rodríguez AM

OBJETIVOS

La ecografía mamaria es una prueba bastante inocua en el ámbito de la atención primaria y con alta rentabilidad en el diagnóstico de la patología mamaria. Nuestro objetivo era valorar la rentabilidad de dicha prueba y la importancia en el cribado en pacientes con antecedentes familiares.

METODOLOGÍA

Estudio transversal realizado en el centro de especialidades Jaime Vera (n=563) durante los meses de Febrero de 2005 y Enero de 2007. Se recogieron edad, sexo, médico prescriptor, sospecha clínica, hallazgos ecográficos y presencia de lesiones no sospechadas. Estudio estadístico: Chi cuadrado de Pearson y ANOVA de un factor.

RESULTADOS

La edad media fue de 33 años con un gran rango entre 12 y 71 años. El 98,4% eran mujeres. Atención especializada (AE) solicitó 55,6% (n=313) de las pruebas y el resto (43%, n=242) atención primaria (AP). El 84% de las derivaciones de AP tenía una exploración positiva frente a 63,6% de AE ($p < 0,01$). El 54,5% de las ecografías derivadas por AP fueron positivas frente a 59,1% en AE ($p = 0,535$). Los principales hallazgos ecográficos encontrados en AP: 45,5% normal, 19,4% quiste, 11,2% fibroadenoma y 11,2% nódulo indeterminado benigno; y en AE: 40,9% normal, 19,8% quiste, 22,4% fibroadenoma y 8,6% nódulo indeterminado benigno. Un 6% de las ecografías tenía antecedentes familiares (AF) de carcinoma de mama: 87% de las mismas fueron normales y 13% presentó patología benigna. La edad de estas pacientes era menor que la media.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La ecografía mamaria es una buena prueba diagnóstica utilizada habitualmente por AP tras exploración patológica y por AE como cribado. No se observan diferencias por patología, salvo un mayor diagnóstico de fibro-

adenomas en pacientes derivados por Ginecología. Los pacientes con AF de carcinoma de mama y exploración normal tienen un porcentaje muy alto de exploración ecográfica normal; por lo tanto sólo está recomendada la ecografía en pacientes menores de 35 años con AF, si la exploración es patológica.

019-0-0

Correlación de clínica y ecografía testicular y tiroidea en atención primaria

Mula Rey N, Parra Gordo L, Millán I, Blanco Rodríguez AM

OBJETIVOS

La ecografía de partes blandas (testicular y tiroidea) es una herramienta fundamental en AP si se acompaña de una buena exploración. Nuestro objetivo fue valorar la correlación clínico-ultrasonográfica en dos órganos fácilmente accesibles mediante exploración manual.

METODOLOGÍA

Estudio transversal realizado en el centro de especialidades Jaime Vera en Enero de 2005 y Diciembre de 2006. Se realizaron 268 ecografías tiroideas y 204 ecografías testiculares. Se recogieron edad, sexo, médico prescriptor, sospecha clínica, hallazgos ecográficos y presencia de lesiones no sospechadas. Estudio estadístico: Chi cuadrado de Pearson y ANOVA de un factor.

RESULTADOS

Los pacientes sometidos a eco testicular tenían una edad media de 44 ± 16 años; el 81% fueron derivados por Urología. Los principales motivos fueron: masa en epidídimo 30,4%, aumento de masa testicular 24%, varicocele 11,4%. Hallazgos ultrasónicos: quiste en

epidídimo 41,2%, varicocele 19%, hidrocele 16% y tumor testicular 2,4%. Los pacientes sometidos a eco tiroidea tenían una edad media de 50,7 años. El 87% eran mujeres y la mayoría de las peticiones (75%) eran realizadas por el Endocrinólogo. Los motivos de derivación: bocio multinodular 40%, nódulo tiroideo 26%, aumento tamaño 12,3% e hipotiroidismo 12,3%. Los hallazgos ultrasonográficos: bocio multinodular 43%, nódulo tiroideo 28% y 11% ecografía normal. El endocrino derivaba a ecografía 50% de sus pacientes con sospecha de bocio multinodular, que se confirmó en 100% de los casos; el médico de atención primaria derivaba a ecografía 10% de sus pacientes con sospecha de bocio multinodular, que se confirmó sólo en 33% de los casos ($p < 0,001$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La ecografía testicular tiene buena concordancia clínico-ultrasonográfica cuando el diagnóstico clínico de sospecha es de quiste epididimario y varicocele; no se observan diferencias entre urólogos y médicos de primaria en cuanto a dicha concordancia. Sin embargo, la ecografía tiroidea tiene mayor rentabilidad y concordancia clínico-ultrasonográfica cuando es indicada por el endocrinólogo, sobre todo cuando la sospecha diagnóstica es de bocio multinodular.

Efectos locales de la diseminación tumoral del carcinoma pulmonar

Blanco Rodríguez AM, Parra Gordo L, Mula Rey N, Pena Fernández I

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón es la primera causa de mortalidad por cáncer en el varón y la tercera, después del de colon y mama, en la mujer. En el momento del diagnóstico sólo 20% son intrapulmonares, 25% tiene extensión a los ganglios linfáticos y 55% tiene metástasis a distancia.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón 69 años, fumador de 1 paquete/día (IPA: 50), acude por dolor escapular derecho con irradiación axilar y ptosis de ojo derecho. Síndrome constitucional con pérdida de 6-7 Kg en 2 meses. Placa de tórax: aumento de densidad paratraqueal derecha. Exploración normal, SaO₂: 95%, VSG: 106, gasometría normal. Marcadores tumorales negativos. Ingresa por tos y aumento de expectoración y se objetiva absceso pulmonar en lóbulo superior derecho (LSD). TAC torácico: masa cavitada en LSD, 8x3 cm, destrucción de cuerpos vertebrales D1-D2 que contacta con canal neural, infiltración esofágica con fístula. Esofagograma: fístula tumoral. Fibrobroncoscopia: estenosis subsegmentaria en LSD. PAAF: adenocarcinoma de células grandes. Tratamiento: radio y quimioterapia y prótesis esofágica.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Los síntomas del cáncer de pulmón no suelen aparecer en los primeros estadios, sino que surgen cuando se ha extendido demasiado como para aumentar las probabilidades de curación. A menudo los pacientes se presentan con síndromes paraneoplásicos que dificultan inicialmente el diagnóstico. Desde atención primaria debemos estar atentos a ciertos síntomas: síndrome de Bernard-Horner, síndrome de vena cava superior o disfagia. Un síndrome de Horner y una fístula esofágica indican invasión tumoral, no reseccabilidad, pocas posibilidades terapéuticas y permiten indicar terapia paliativa no muy agresiva para intentar mantener al paciente con la mejor calidad de vida posible en su estadio terminal.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: lung cancer, perforation esophageal.
1.- Ferr L, Lee JK, Wrong KH et al. Management of spontaneous perforation of esophageal cancer with covered expanding metallic stent. *Dis Esophagus* 2005;18:67-9.
2.- Shen KR, Myers BF, Larner JM et al. Special treatment issues in lung cancer; ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2007;132(Suppl 3):290S-305S.
3.- Socinski MA, Crowell R, Hensing TF et al. Tt of non-small cell lung cancer, stage IV. ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). *Chest* 2007;132(Suppl 3):277S-289S.

023-O-P

Sospecha de malos tratos en mujeres mayores de 65 años. Prevalencia y factores de riesgo

Pérez Cárceles MD, Pereñíguez Barranco JE, Rubio Martínez LM, Medina Abellán MD, Pérez Flores D, Luna Maldonado A

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de sospecha de malos tratos en mujeres mayores de 65 años, sus diferentes tipologías y los factores de riesgo asociados.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal, llevado a cabo en los Centros de Salud de la Gerencia de Atención Primaria. Se realiza mediante entrevista personal en la que se recogen variables sociodemográficas. Para detectar la presencia de malos tratos utilizamos las preguntas recomendadas por American Medical Association y Canadian Task Force.

RESULTADOS

La media de edad es de 74,7 años (DS: 5,7; rango: 65-91). La prevalencia de sospecha de malos

tratos es: 26,9% abuso psicológico, 4,1% abuso físico, 8,6% abuso económico, 2,4% negligencia psicológica. La prevalencia total de sospecha de abuso: 52,7%. Factores de riesgo asociados a la sospecha de malos tratos: con quién vive ($p < 0,001$), ingresos recibidos ($p < 0,001$), vivir con un familiar que consuma excesivamente alcohol ($p < 0,001$) o drogas ($p = 0,02$) y ser dependiente para la realización de actividades para la vida diaria ($p = 0,001$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Existe una alta prevalencia de sospecha de malos tratos en mujeres mayores de 65 años, ya que más de la mitad de las mujeres sufren o han sufrido malos tratos. Los médicos de atención primaria están en una situación privilegiada para valorar la situación de mujeres mayores, detectar factores de riesgo y confirmar la presencia de abuso.

024-O-P

Demanda de la interrupción voluntaria del embarazo en un centro de salud

Calvo Galiana MI, Rodríguez González MJ, Mena Sánchez FJ, García González FJ, García Saucedo A, Benítez Rodríguez E

OBJETIVOS

Analizar el perfil de las pacientes que acuden al centro de salud solicitando la interrupción voluntaria

del embarazo (IVE) acogiéndose a la LO 9/1985, de 5 de Julio. El tratamiento recibido fue en función de la semana de gestación y colaboración de la embarazada.

METODOLOGÍA

Estudio transversal en un periodo de 36 meses (Marzo 2005 – Febrero 2008). De la historia clínica se recogieron las variables, edad, semanas de gestación, nacionalidad, la derivación y supuesto legal al que se acogieron: peligro para la vida o la salud física o psíquica para la embarazada, presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras y violación.

RESULTADOS

Fueron 182 mujeres atendidas en la consulta de planificación familiar, demandando la IVE. La edad media fue de 25,62 años (55% menor de 25 años y 19,7% menor de 19 años). La media de las semanas de gestación fue de 8,53 (16,4% a partir de la

once). El 20,8% fueron realizadas entre los meses de marzo y abril. El número de casos aumentó: 41 casos el primer año, 74 casos el segundo y 67 el tercero. El 88,46% eran de nacionalidad española y 11,5% de otra (42,8% bolivianas y 66% sudamericanas). A 85,7% se les practicó IVE con anestesia local y a 14,28% con anestesia general. El 97,8% se acogieron al supuesto legal de riesgo psicológico para la madre y 1,65% a malformaciones fetales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El perfil es el de una mujer de 25,6 años, que acude en su novena semana de gestación. Son de nacionalidad española y fueron derivadas a clínicas concertadas donde se les practica la IVE con anestesia local tras acogerse al supuesto legal de riesgo psicológico para la mujer.

025-O-P

Demanda de la píldora postcoital en un centro de salud

Calvo Galiana MI, Mena Sánchez FJ, García González FJ, Rodríguez González MJ, García Saucedo A, Benítez Rodríguez E

OBJETIVOS

Analizar el perfil de las pacientes que acuden a un centro de salud para solicitar la pastilla postcoital (PPC). Determinar el motivo de la solicitud y tipo de anticoncepción usado habitualmente.

METODOLOGÍA

Estudio transversal durante un periodo de 24 meses (Enero 2006 – Diciembre 2007). De la historia clínica se recogieron las variables, edad, uso anterior

de anticoncepción postcoital, anticoncepción habitual, motivo de la solicitud y actuación realizada.

RESULTADOS

Se recogen resultados de 331 mujeres que fueron atendidas en el centro de salud, tanto en la consulta de planificación familiar como en las consultas de médico de familia y que demandaron la píldora postcoital. El 77,64% eran menores de 30 años. El 62,83% de las solicitantes no usaron con anterioridad anticoncepción postcoital. El 79,45% utilizaba como anticonceptivo

habitual el preservativo, 9,9% ninguno y un 8,45% tratamiento hormonal. Motivo de solicitud: 64,35% rotura de preservativo, 11,48% preservativo retenido y 20,54% no uso de método anticoncepción. En cuanto a la actuación, se prescribió la pastilla poscoital a todas.

026-O-P

Demanda de la píldora postcoital en atención primaria a través de la consulta programada y del servicio de urgencias

Calvo Galiana MI, Rodríguez González MJ, García González FJ, Mena Sánchez FJ, Benítez Rodríguez E, García Saucedo A

OBJETIVOS

Comparar el perfil de las pacientes que acuden a un servicio de urgencias extrahospitalarias para solicitar la pastilla poscoital (PPC), con las que lo solicitan en un centro de salud de forma programada (con cita).

METODOLOGÍA

Estudio transversal realizado durante el periodo comprendido entre marzo de 2006 y marzo de 2007 en un centro de salud (CS) y en su servicio de urgencias extrahospitalario (DCCU) correspondiente. Entre las pacientes que la solicitaron a través del servicio de urgencias se excluyó a aquellas a quienes no se les administró el médico que las atendía por motivos éticos y las había derivado a otro centro. En la consulta programada no se excluyó a ninguna. De la historia clínica se recogieron las variables edad, uso anterior de anticoncepción poscoital, anticoncepción habitual, motivo de la solicitud y causa de no prescripción.

RESULTADOS

Se vieron 298 pacientes, 194 en CS y 204 en DCCU.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El perfil es el de una joven menor de 25 años, que utiliza el preservativo como método de anticoncepción habitual, que no refiere uso de anticoncepción postcoital anteriormente y acude por rotura de preservativo.

La edad media fue de 23,3 años en ambos grupos. En el CS 78% eran menores de 30 años, 86% en DCCU ($p < 0,05$). De las que acudieron al CS 67,52% no usaron anteriormente anticoncepción postcoital, 68,1% en DCCU ($p > 0,05$). De las atendidas en el CS, 77,8% utilizaba como anticonceptivo habitual el preservativo, 10,8% ninguno, 0,5% el preservativo más hormonal y 10,8% hormonal, frente a 87,7%, 5,4%, 3,4% y 2,5%, respectivamente en el DCCU ($p < 0,001$). En CS el motivo de solicitud: 62,37% rotura de preservativo, 11,34% preservativo retenido y 26,27% no utilizó ningún método; en DCCU estas mismas causas representaron 78,4%, 9,8% y 9,8%, respectivamente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El perfil de la mujer demandante en ambos niveles de atención es el de una joven de 23 años, que utiliza el preservativo como método de anticoncepción habitual, que no refiere uso de anticoncepción postcoital y que acude por rotura de preservativo, aunque es mayor la proporción de mujeres más jóvenes atendidas en el DCCU y cuyo motivo es la rotura del preservativo. En el caso del CS es mayor el porcentaje de mujeres que no utiliza ningún método de anticoncepción.

027-O-P

Ecografía endorrectal en el estadiaje del carcinoma rectal: correlación radiológico-anatomopatológica y comparativa en el uso de dos transductores diferentes

Álvarez Tutor J, Álvarez Tutor, E

OBJETIVOS

Analizar comparativamente los resultados radiológicos frente a los anatomopatológicos en el estadiaje del carcinoma rectal según la clasificación-estadiaje de Dukes. Asimismo, comparar dos tipos de sondas transrectales, para ver si existen diferencias significativas en ambos estudios.

METODOLOGÍA

Se practicó a 36 pacientes con carcinoma rectal diagnosticados por biopsia colonoscópica una ecografía endorrectal para ver el grado de infiltración de la pared rectal y la existencia de adenopatías regionales afectadas por el proceso. De ellos, 14 fueron estudiados con una sonda lineal de 90 grados y 7,5 MHz, mientras que los 24 restantes lo fueron con una sonda circular de 360 grados y 10 MHz.

RESULTADOS

En total 18 pacientes en estadio A de Dukes (hasta capa intermedia), 12 en estadio B (infiltra todas las

capas) y 6 en estadio C (invade grasa y órganos vecinos). La cirugía y la anatomopatología demostraron que un paciente diagnosticado de estadio B fue C, ya que infiltraba la grasa perirrectal. En el análisis comparativo entre ambas sondas con test del Chi cuadrado no hay diferencias significativas al usar ambos transductores ($p > 0,05$). Test de análisis comparativo a través del error estándar, con una $Z = 2,8$ refleja diferencias significativas ($p < 0,01$) al correlacionar los hallazgos clínicos, radiológicos y anatomopatológicos en el estadiaje.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es importante realizar una ecografía endorrectal en pacientes con carcinoma rectal para definir el estadio con vistas a la terapéutica final. Encontramos un alto grado de aproximación entre el estadiaje radiológico y el anatomopatológico, por lo que pretendemos resaltar la importancia de la ecografía endorrectal en la clasificación de los carcinomas rectales. No encontramos diferencias significativas entre las sondas empleadas.

030-O-P

Estudio del patrón circadiano en hipertensión arterial

Gil Gil I, Gil Gil C

OBJETIVOS

Analizar el patrón circadiano en una muestra de hipertensos.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio longitudinal, abierto, que analiza el patrón circadiano de la presión arterial



mediante medición de MAPA de 24 horas con dispositivo validado SpaceLabs 90207, realizado a 132 pacientes hipertensos. La inclusión de pacientes en el estudio se ha realizado de forma consecutiva, previo consentimiento informado. Los criterios de inclusión han sido: sospecha de hipertensión arterial (HTA) de bata blanca, HTA lábil, HTA refractaria al tratamiento, HTA de alto riesgo y mayores de 15 años.

RESULTADOS

Tomamos una muestra de 132 pacientes, 80 hombres y 52 mujeres, con una media de edad de 53,48 años para hombres y de 54,28 años para mujeres.

031-C-P

Doctor, ¿por qué no me puedo sentar?

López Marina V, Alcolea García R, Ramírez Rueda I, Rama Martínez T, Carvajal Cantero R

INTRODUCCIÓN

La neuropatía pudenda (NP) es una patología infrecuente que afecta más a mujeres y que tiene un difícil diagnóstico, puesto que sus síntomas son abigarrados, con gran variabilidad individual. Muchas veces se cataloga a las pacientes como pacientes histéricas o con patología mental.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente intervenida hace 3 años de quiste sacro y 2 fístulas anales. Cinco meses después se inició cuadro de dolor y ardor en región perineal irradiado a labio menor derecho al sentarse. Fue vista por diversos especialistas (cirujano, ginecólogo, traumatólogo, urólogo, psiquiatra...) con distintos diagnósticos (coccigodinia, posible fístula anal con dirección al labio, trastorno adaptativo...). RMN, gammagrafía ósea, manometría ano-rectal, EMG de superficie y ecografía endoanal, normales; EMG Bilan Urodinámica: disminución de la

Encontramos que 41% presenta patrón "dipper", 46% patrón "non dipper" y 13% patrón "riser".

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Más de 50% de la muestra presenta un ritmo circadiano diferente al "dipper", lo que implica un mayor riesgo cardiovascular. El conocer el ritmo circadiano de cada paciente nos lleva a adoptar una cronoterapia más personalizada. Dado el elevado porcentaje de pacientes que presentan un patrón diferente a "dipper", el uso de la MAPA debería ser casi obligado en hipertensos así como más generalizado en atención primaria.

conducción de los nervios pudendos en las pinzas ligamentarias sacro-espino-tuberales. Se diagnostica NP, se infiltra (mejoría) y está pendiente de cirugía de descompresión del nervio.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La etiología de la NP es la compresión del nervio pudendo debida a actividad laboral, parto distócico, traumatismos, cirugía perineal... El diagnóstico es clínico (dolor neuropático al sentarse y que desaparece en bipedestación) y complementado con el EMG (enlentecimiento de la conducción del nervio pudendo). Al no ser una patología en la que se piense inicialmente, son pacientes que visitan muchos profesionales, con diferentes diagnósticos y suelen desarrollar problemas psicológicos secundarios. El tratamiento puede ser médico (amitriptilina, gabapentina, plataformas perineales, infiltraciones perineurales...), cirugía de descompresión del nervio y fisioterapia perineal.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: *compression, pudendal nerve, perineal pain*. 1.- Sangwan YP, Coller JA, Barret RC, Roberts PL, Murray JJ, Rusin L, et al. Unilateral pudendal neuropathy. Impact on outcome of anal

sphincter repair. *Dis Colon Rectum* 1996;39:686-9. 2.- Amarenco G, Ismael SS, Bayle B, Denys P, Kerdraon J. Electrophysiological analysis of pudendal neuropathy following traction. *Prog Urol* 2000;10:114-23. 3.- Benson JT, Griffis K. Pudendal neuralgia, a severe pain syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1663-8.

032-O-P

Prescripción inducida desde el hospital: ¿hasta cuándo?

Rojas Corrales MO, López Palomino J, Alfaro Gómez MR, Prada Presa U

OBJETIVOS

Analizar a lo largo de un periodo de seis años el impacto que ha supuesto la prescripción de fármacos que necesitan obligatoriamente informe hospitalario sobre el importe total de las recetas prescritas en un Distrito Sanitario de Atención Primaria.

METODOLOGÍA

Estudio realizado en el Distrito de Atención Primaria de Salud Bahía de Cádiz-La Janda, que da cobertura a 500.000 habitantes aproximadamente, en el periodo 2002-2007. Para su realización se seleccionaron 41 principios activos que obligatoriamente necesitan informe hospitalario para que se autorice su dispensación a través del visado de recetas (medicamentos de diagnóstico hospitalario y otros). La información se obtuvo de la base de datos de facturación farmacéutica del Servicio Andaluz de Salud (MicroStrategy®), de donde se extrajo el importe de los medicamentos seleccionados (en su conjunto y por grupos terapéuticos) y se comparó con el importe total del Distrito.

RESULTADOS

El importe facturado del grupo de medicamentos

objeto de estudio fue de 2,24 millones de euros en 2002 y aumentó año tras año hasta alcanzar los 4,45 millones de euros en 2007. Esto supone un incremento de 98,92% en el periodo estudiado. Por otro lado, la factura total de medicamentos prescritos en primaria pasó de 69,9 millones de euros en 2002 a 105,75 millones en 2007, un aumento de 51,29%. El análisis por grupos terapéuticos mostró que la terapia inmunosupresora supuso 37% del importe de estos medicamentos, seguida por los tratamientos anti-Alzheimer (25%) y los modificadores de la respuesta hormonal (20%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En Andalucía la prescripción farmacéutica se encuentra vinculada a la consecución de incentivos económicos, para lo que se valora en el ámbito cuantitativo el incremento de importe/tarjeta sanitaria y en el cualitativo el ajuste a estándares de calidad en varios grupos terapéuticos. El trabajo demuestra que existe una proporción de medicamentos, instaurados en el hospital, cuya prescripción y seguimiento corresponde al médico de atención primaria. El importe de estos tratamientos crece a ritmo muy elevado y en el periodo de tiempo estudiado se observa cómo supone una proporción cada vez mayor del gasto farmacéutico atribuido al médico de atención primaria.

033-O-P

¿Qué proporción de diabéticos tipo 2 lleva tratamiento antiagregante según indican los criterios de la ADA?

Egea Ronda A, Pacheco Arroyo J, Ojeda Galdón F

OBJETIVOS

Determinar la proporción de diabéticos tipo 2 (tanto en prevención primaria -PP- como secundaria -PS-) a quienes no se ha prescrito tratamiento antiagregante (TAG), a pesar de cumplir los criterios propuestos por la ADA en cuanto a edad y otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

METODOLOGÍA

Se estudió una muestra aleatoria de 229 pacientes elegidos entre los 1.624 individuos codificados como diabéticos en el centro de salud (seguridad 95%, precisión 6%). Los datos se recogieron en una tabla del programa Excel para su posterior análisis estadístico mediante el programa SPSS 12. Criterios de inclusión: diabéticos tipo 2, mayores de 30 años. Variables: edad, sexo, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, tabaquismo, antecedentes de enfermedad vascular, tipo de tratamiento antidiabético y TAG.

RESULTADOS

El 60% de la muestra fueron mujeres frente a 40% de hombres. La media de edad fue de 70,9 años con una

desviación típica de 9,57. El 90% tenía algún FRCV añadido a la diabetes, el más frecuente la hipertensión arterial (74%). El 37% de los pacientes del total de la muestra evaluada toma TAG frente a 63% que no lo toma. Como PS, del total de 67 pacientes con antecedentes de enfermedad vascular (ECV) y en los que no existían contraindicaciones clínicas para recibir TAG, están antiagregados 68% (50). Un 32% con ECV previa no toman TAG. En cuanto a PP, de los 133 pacientes sin ECV previa pero con otros FRCV añadidos a la diabetes, sólo 7 toman TAG (3,5%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se trata de uno de los pocos estudios realizados en España en los que se intenta conocer la prescripción de TAG como prevención de enfermedad cardiovascular en diabéticos. A pesar de las recomendaciones de la ADA, existen muchos pacientes susceptibles de recibir TAG que no lo reciben. Nuestros resultados son comparables a estudios previos y dejan bastante que desear en cuanto a PP. Sorprende también que como PS hubiera 32% que no estuviesen antiagregados. Es importante dar una mayor difusión de los criterios de la ADA entre los médicos de atención primaria para mejorar así su cumplimentación.

034-O-P

Dependencia de los pacientes en atención primaria

García Pérez R, García Pino G, García Moreno R, González Ballester D

OBJETIVOS

Estudiar la relación y distribución del estado funcional de dependencia definida según la escala de Lawton y Brody y distintas variables sociodemográficas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal de una muestra de 125 pacientes mayores de 65 años, no institucionalizados, obtenida por muestreo aleatorio simple de un cupo del

Centro de Salud de Zona Centro. Los individuos se clasificaron en dependientes e independientes según la puntuación total obtenida en la Escala de Lawton y Brody. Las variables sociodemográficas estudiadas fueron sexo, grupos de edad, estado civil, convivencia, vivienda, nivel de estudios y clase social. El análisis de los datos se realiza con el paquete estadístico de SPSS 12 y se efectuó análisis de distribución de frecuencias.

RESULTADOS

La prevalencia de dependencia es de 33,6%, 61,9% en mujeres, sin diferencias significativas ($p=0,12$) con respecto a hombres (38,1%). La OR de dependencia en mujeres es 0,78 (IC95%: 0,361-1,699). Por grupos de edad, el mayor porcentaje de dependientes está en los mayores de 90 años, en los de 80-84 y en los de 70-74 años. Los más dependientes son las viudas y casadas, las que viven con hijos varones o cónyuge, las residentes en pisos con ascensor, las de clase social V y las que

tienen estudios primarios o son analfabetas. Resulta significativa la relación entre los distintos grupos de edad, el estado civil y la dependencia, así como entre la dependencia y la convivencia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Alta prevalencia de dependencia en pacientes mayores de 65 años, sobre todo mujeres. Las personas más dependientes de nuestra muestra son las mayores de 90 años y las de 80 a 84 años; los pacientes más dependientes son los que poseen estudios primarios, los pertenecientes a la clase social V, los residentes en pisos con ascensor y los viudos. La dependencia guarda una relación estadísticamente significativa con el tipo de convivencia del paciente, menor en los pacientes que viven solos o con su pareja. Se plantea la idoneidad de valorar la dependencia de los pacientes mayores en atención primaria como instrumento habitual de consulta.

035-0-P

Valoración cualitativa y cuantitativa de los beneficios de la anticoagulación ambulatoria en atención primaria de salud

Álvarez Tutor E, Álvarez Tutor J, Jean Lous C

OBJETIVOS

Control de la anticoagulación ambulatoria, por los profesionales de Centro de Salud. Dicho control consiste en la determinación del INR capilar en la consulta con un fotómetro de refractancia (Coagucheck) durante 5 años en el Área de Salud de Estella (Navarra).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de los datos registrados en los

centros de salud y consultorios por los profesionales sanitarios en el medio rural y urbano, número de pacientes controlados, número de visitas y consumo de tiras reactivas por paciente.

RESULTADOS

Se realizaron 2.699 atenciones en toda el Área de Salud en 446 pacientes, de ellos 248 varones y 198 mujeres. Resulta una media de 6,05 atenciones por paciente, lo que representa un control al mes. En el



medio urbano el número de atenciones se encuentra un poco por encima (6,75 atenciones por paciente), mientras que en el medio rural un poco por debajo (5,72 atenciones por paciente). La media total del INR es de 2,56, similar en ambos medios por separado, con un rango que va de 1,38 - 4,62. El consumo de tiras en el medio urbano es de 1,57 por paciente, mientras que en el medio rural es de 2,19.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La cifra media del INR se encuentra dentro de valores

adecuados (2,56), lo que refleja el buen control de los pacientes anticoagulados por parte de los profesionales de atención primaria y su técnica en la utilización del aparato.

Las diferencias entre el medio rural y urbano no son significativas en cuanto al número de controles realizados a los pacientes, aunque existe diferencia en cuanto al consumo de tiras reactivas. Por tanto, la anticoagulación ambulatoria llevada a cabo por los médicos de atención primaria representa un gran avance, por la comodidad que supone para los propios pacientes y el ahorro tanto en tiempo como económico para todos.

040-O-P

Frecuencia del maltrato en embarazadas en un centro de atención primaria

Rodríguez González MM, Hazañas Ruiz S, López Molina A

OBJETIVOS

Determinar la frecuencia de maltrato en embarazadas que acuden al programa de mujer del Centro Salud Tiro Pichón, aplicando cuestionario diseñado por Delgado y cols para medir malos tratos (MT) a mujeres por parte de su pareja.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo transversal. Participaron 170 mujeres de al menos 14 años que consultaron en atención primaria y con pareja estable (prevalencia estimada de 8%, precisión 4% , alfa 5%), de Diciembre de 2006 a Mayo de 2007. Todas acudían a control de embarazo y cumplían criterios de inclusión. Se realizó cuestionario autocumplimentado

con 10 preguntas tipo LiKert sobre maltrato psíquico, físico y sexual.

RESULTADOS

El 14,9% de las mujeres embarazadas de la muestra sufren MT. Éstas tienen una edad Media de 29 años, 26% solteras, 72% vida laboral activa, 39% poseen estudios primarios. El 7% eran inmigrantes y en ellas MT era de 27%. El 69% estaban casadas. En 79% de las mujeres con MT el embarazo era deseado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se observa una alta prevalencia de MT en las embarazadas, superior en inmigrantes y en mujeres casadas y con nivel de estudios primarios.

041-O-P

Valoración de los derechos de los pacientes por usuarios de la sanidad

Pérez Cárceles MD, Sánchez Reales A, Pereñíguez Barranco JE, Medina Abellán MD, Luna Maldonado A, Romero JI

OBJETIVOS

Analizar la importancia que conceden los pacientes a sus derechos y si influyen variables sociodemográficas en su valoración.

METODOLOGÍA

Encuestas diseñadas para conocer diversos aspectos relacionados con la importancia que conceden los pacientes a sus derechos, realizadas a 1.917 pacientes seleccionados aleatoriamente en servicios sanitarios de la provincia de Cádiz (59,6% en hospitales y 40,4% en atención primaria).

RESULTADOS

El 52,% de los pacientes entrevistados son mujeres, 29% menores de 30 años, 16,% mayores de 65 años y 32,1% con estudios medios. Conceden la máxima

importancia a los siguientes derechos: explicación del médico sobre su enfermedad (64,5%), conocer el diagnóstico de su enfermedad (59,5%), conocer el pronóstico de su enfermedad (58%), conocer el tratamiento de su enfermedad (58,6%), conocer alternativas de tratamiento (44,5%), garantizar el secreto de toda la información de su enfermedad (20,5%). En general, son las mujeres, las personas más jóvenes y las que tienen mayor nivel de instrucción quienes conceden mayor importancia a sus derechos como pacientes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mayor proporción de pacientes concede la máxima importancia al derecho a la información del médico sobre la enfermedad. Edad, sexo, nivel de estudios y ámbito sanitario establecen diferencias significativas en la importancia que se concede a los derechos de los pacientes.

043-O-P

Prevalencia de obesidad-factores de riesgo cardiovascular en una población rural de Andalucía

Esteban Bueno G, Villahoz Castrillejo R

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de obesidad y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en una población rural de Andalucía.

METODOLOGÍA

La población estudiada está compuesta por 362 individuos de 20-80 años residente en Campillos (Málaga). Varones 118, cuya edad media es de 52,1

+/- 14,1 años; mujeres 244, cuya edad media es de 47,5 +/- 13,6 años. Se realizó un estudio aleatorio simple para determinar la prevalencia de obesidad según el índice de masa corporal (IMC) usando como marco muestral los listados diarios de una consulta atención primaria desde marzo hasta julio del 2007. Sobre la población obesa se valora la existencia de otros FRCV realizando medición estandarizada de la presión arterial (PA), peso, talla, lipidemia y glucemia.

RESULTADOS

El 48,3% de las mujeres y 35,7% de hombres son obesos. El 33,12% de la población obesa es hipertensa, 16% diabéticos, 19% intolerantes a la glucosa (IG) y un 50,62% dislipémicos. En los hombres 66,6% son hipertensos, 19% IG, 16% diabéticos y 64,28% dislipémicos; en mujeres, 21,18% son hipertensas, 9,3% IG, 13,5%

diabéticas y 45,7% dislipémicas. Existe entre ambos sexos diferencias importantes de los distintos FRCV.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se detecta un índice elevado de obesidad que aumenta el riesgo de añadir otros factores de riesgo cardiovascular. Su desarrollo depende en gran medida de factores socioculturales asociados al ambiente rural, como la excesiva ingesta de grasas saturadas, la tendencia al sedentarismo y la despreocupación por el peso. De ahí la importancia de instaurar medidas higiénico-dietéticas. La prevalencia de diabetes tipo 2 y dislipemias es ligeramente superior a la estimada en España debido a que el estudio se ha realizado en obesos. El sexo femenino constituye un factor protector del riesgo cardiovascular, sobre todo evidente al valorar la asociación de obesidad e hipertensión arterial.

047-0-0

Estudio CIBAR para la cardiopatía isquémica crónica

Blanco Rodríguez R, Besada Gesto R, De la Fuente Mariño R, Fernández Seoane A, Pérez Ullamas M, Grupo Barbanza

OBJETIVOS

Se pretende conocer la situación de los pacientes con cardiopatía isquémica crónica de nuestro medio, sus características demográficas, clínicas y terapéuticas, y analizar la morbimortalidad de estos pacientes tras un período de seis meses de seguimiento.

METODOLOGÍA

Sesenta médicos de atención primaria incluyeron a todos los pacientes de su cupo (1.121) que cumplen los siguientes criterios: mayor de 18 años, hospitalización previa por síndrome coronario agudo (angina estable, angina inestable o infarto agudo de miocardio) o revascularización miocárdica (angioplastia o cirugía torácica), y firma del consentimiento informado. Se registraron los

factores de riesgo, los antecedentes familiares, la patología asociada, ECG y tratamiento. Durante el seguimiento se registraron las consultas, los ingresos y la mortalidad por cualquier causa.

RESULTADOS

ECG: RS 84,8%; FA 11,1%; otro: 4,1%; HVI:19,4%; BRIHH:10,3%. Tratamiento: trombolíticos 15,3%; angioplastia 39,7%; cirugía coronaria 17,7%; salicilatos 75,4%; clopidogrel 21,6%; anticoagulantes orales 16,4%; betabloqueantes 60,2%; nitratos 51,7%; IECA 38,7%; ARA II 24,0%; antialdosterónicos 5,7%; calcioantagonistas 38,1%; diuréticos 33,0%; antiarrítmicos: 5,7%; estatinas 87,3%; ezetimibe 11,9%; dieta 89,1%; ejercicio 76,6%. Acudió a 92,2%. Ingresos: 13,3%. Mortalidad: 16 (1,4%, 10 por causa cardiovascular).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los pacientes con cardiopatía isquémica crónica son de alto o muy alto riesgo cardiovascular, polimedicados,

con una demanda muy alta de consultas de atención primaria y hospitalaria, con riesgo de ingreso hospitalario y mortalidad muy elevado. Esto obliga a médicos de familia y a cardiólogos a un control estricto de estos pacientes.

049-C-P

Síndrome de Ramsay-Hunt

Medina de la Casa R, Muñoz Cabañero G, Martos López-Zosa F, Moreno Briones M, De Diego Rodríguez J, Akram D

INTRODUCCIÓN

Es una neuritis del VII par, provocada por el virus varicela-zoster que se manifiesta mediante la triada otalgia, vesículas en pabellón auricular y parálisis facial.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 81 años, no alergias conocidas, diabético tipo 2. Acude a consulta por escozor y erupción vesicular en el hombro izquierdo desde hace 12 horas, que atribuye a la inyección subcutánea de su tratamiento de insulina. A las 24 horas la erupción máculo-pápulo-vesicular se extiende al cuello, región escapular, deltoides izquierdo y pabellón auricular izquierdo. A las 48 horas presenta escozor ocular sin dolor, pequeñas pápulas en región amigdalina izquierda y pilar amigdalino anterior, otalgia, hipoacusia y costra en oído izquierdo; no hay parálisis facial.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se debe realizar el diagnóstico en atención primaria en las primeras horas, ya que éste es eminentemente clínico. Hay que efectuar examen minucioso de las lesiones e instaurar tratamiento lo más precozmente

posible con aciclovir 800 (cada 4 horas, cinco veces al día durante 7 días, para minimizar la morbilidad), aciclovir tópico y analgésicos. En el servicio de ORL se añadieron corticoides por vía oral (prednisona 60 mg diarios durante 5 días), aunque no todos los autores usan los emplean por el riesgo de producir una encefalopatía herpética. A los 11 días del tratamiento sólo se aprecian lesiones dérmicas en región deltoidea y la recuperación es completa al cabo de dos meses.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: Ramsay Hunt syndrome zoster oticus. 1.- Martínez Oviedo A, Lahoz Zamorro MT, Uroz del Hoyo JJ. Síndrome de Ramsay-Hunt. *An Med Interna* 2007;24:31-34. 2.- Whitley RJ, Weiss H, Gnann JW Jr, Tyring S, Mertz GP, Pappas PG et al. Acyclovir with or without prednisone for the treatment of herpes zoster. A randomized, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 1996;125:376-83. 3.- Pino V, Marqués L, Pereda JM, Montero C, Blasco A. Síndrome de Ramsay-Hunt. Nuestra experiencia y revisión de la literatura. *ORL-DIPS* 2002;29:120-123. 4.- Sweeney CJ, Gilden DH. Ramsay Hunt Syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71:149-154.

050-O-P

¿Tenemos bien controlados a los diabéticos tipo 2 en nuestra población rural?

Muñoz Cabañero G, Medina de la Casa R, García Díaz MD, Arévalo López M, Martínez López-Alcorocho A, Delgado Moreno-Arones A

OBJETIVOS

Evaluar la calidad asistencial prestada a nuestros pacientes diabéticos tipo 2.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados tipo 2 (CIAP-2= T90). Rango objetivo: LDL \geq 100 mg/dl; HbA1c \geq 7%; triglicéridos \geq 150 mg/dl; presión arterial \geq 130/80 mmHg. Parámetros: sexo, hábito tabáquico, sobrepeso, obesidad, tratamiento antiagregante, ejercicio físico, dieta, consumo de alcohol y trastornos tróficos cutáneos en los pies.

RESULTADOS

El número total de pacientes diabéticos tipo 2 estudiados es de 57; 52,6% son hombres. Tiempo de evolución de la diabetes: 10 +/- 7,35 años. Edad: 72,8 +/- 6,62

años. Fumadores 21,1%, consumidores de alcohol 21,1%. El 59,1% son obesos; con sobrepeso 33,3%. Presentan callosidades en pies el 70,2%. Hacen dieta 40,4% y ejercicio 61,4%. El 35% de los diabéticos está en tratamiento con antiagregantes y 82,5% de los que presentan enfermedad cardiovascular toma tratamiento antiagregante. Hipertensos 78,9%; toman ARA II + IECA 55,4% y diuréticos 16,1%. HbA1c \geq 7: 34%; TG \geq 150: 80%; LDL \geq 100: 34,5%; TA \geq 130/80: 73,3%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El 92,4% presenta sobrepeso u obesidad. Hay que mejorar los siguientes hábitos: alcohol, tabaco, actividad física y reducción de peso. Se debe introducir o reajustar el tratamiento con estatinas y ajustar dosis de antidiabéticos orales o insulina para el mejor control de la glucemia y dislipemia. Los pacientes con callosidades (casi dos tercios) fueron remitidos a Podología para prevenir úlceras en pies.

051-C-P

Síndrome de la cola de caballo

Medina de la Casa R, Muñoz Cabañero G, Delgado Quero RM, Villaseñor González M, Contreras Claramonte R, Almansa Martín MJ

INTRODUCCIÓN

Sospechamos síndrome de compresión de cola de caballo ante la aparición de forma aguda o progresiva

de un cuadro de ciatalgia bilateral o unilateral con déficit motor en miembros inferiores, hipoestesia en silla de montar, acompañado de trastorno esfinteriano generalmente por hernia discal lumbar.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 38 años, con antecedentes de hernia discal, acude a nuestra consulta por presentar lumbo-ciática izquierda e hipoestesia perineal. Se pauta tratamiento con AINE y relajante muscular. Realizamos interconsulta telefónica con Servicio de Rehabilitación y le solicitamos una RNM. A la semana acudimos a su domicilio por presentar anestesia perineal, dolor lumbar intenso, incontinencia vesical y fuerza conservada en miembros inferiores. Lassègue izquierdo a 30°. La RMN de columna lumbosacra muestra hernia discal L4-L5 lateralizada a la izquierda que compromete en gran parte el canal vertebral y los recesos. Enviamos al paciente a urgencias hospitalarias.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Intervenido de urgencia de laminectomía L4-L5 con discectomía y extirpación de una gran hernia discal extraída que ocupa el 100% del canal en el lado izquierdo. A los 14 días de la intervención deambula sin bastones y presenta pérdida de fuerza en músculo

cuádriceps y trastorno de los esfínteres urinario y anal. Es trasladado a centro especializado para rehabilitación y reeducación de sus trastornos esfinterianos. Aunque la incidencia del síndrome de cola de caballo se estima en un caso por millón, es una urgencia diagnóstica y quirúrgica. La descompresión en las primeras 48 horas es el único tratamiento que mejora los resultados. Debe ser conocido y sospechado para derivar con urgencia.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: cauda equina syndrome, disc herniation. 1.- Barriga A, Villas C. Síndrome de cauda equina por hernia discal gigante. *Rev Med Univ Navarra* 2002;46:33-35. 2.- Roig García JL, García Criado El, Torres Trillo M. Lumbalgia y lumbociática aguda. Su manejo como urgencia en atención primaria. *Semergen* 1997;8:487-491. 3.- Ahn UM, Ahn UN, Buchowski JM, Garret ES, Sieber AN, Kostuik JP. Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation: a meta-analysis of surgical outcomes. *Spine* 2000;25:1515-22.

052-C-P

Diagnóstico del pie diabético infectado en atención primaria

Peña Gómez MI, Muñoz Cabañero G, Medina de la Casa R, Serrano Martín C, Ortega Rodríguez P, Quintana Alaminos O

INTRODUCCIÓN

Las infecciones del pie son la principal causa de hospitalización del paciente diabético y conducen con frecuencia a la amputación. Es importante la profilaxis, reconocimiento y tratamiento de todas las complicaciones del pie diabético. El cuidado del pie es multidisciplinar.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 42 años. Antecedentes de diabetes, HTA y dislipemia. Se realizó monofilamento y doppler compatibles con isquemia significativa. HbA1c 12,3%. El paciente consulta por lesión en primer dedo de pie derecho. En enfermería se cura y desbrida a planos. Es positivo el "probing to bone". En radiografía hay signos

de destrucción ósea y es positivo el cultivo de exudado. Diagnosticamos osteomielitis y derivamos a cirugía donde se practica amputación del dedo. En el transcurso de las curas se aprecia infección de la herida quirúrgica y se pauta tratamiento antibiótico. Derivamos a podología para iniciar tratamiento de descarga del pie mediante filtros de espuma y calzado posquirúrgico de medio pie. Cura en 2 semanas.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Como protocolo ante cualquier úlcera de pie diabético debemos realizar una exploración trans-ulcerosa ("probing to bone": palpación del hueso a través de la úlcera, con una pinza de hemostasia tipo "mosquito"), una radiografía simple y un cultivo. El diagnóstico de infección en una lesión del pie diabético es sobre todo clínico. El tratamiento en la úlcera neuropática no complicada se basa en un correcto desbridamiento del tejido desvitalizado, la aplicación de un apósito adecuado

y evitar la carga sobre la zona afectada. El tratamiento de la úlcera isquémica no infectada incluye la valoración del procedimiento revascularizador más idóneo.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: foot ulcer, osteomyelitis, diabetic foot. 1.- Aragón Sánchez FJ, Lázaro Martínez JL. Atlas de manejo práctico del pie diabético. Madrid. Editan los autores, 2004. 2.- Lázaro Martínez JL, March García JR. Guía del tratamiento del pie diabético con terapia de presión negativa. Madrid. Editan los autores, 2007. 3.- Lozano Sánchez FS. Estado actual de las infecciones en el pie diabético. Cir Esp 2002;72(supl 1):33-9. 4.- Martínez Gómez DA. Tratamiento de la infección en el pie diabético. Cir Esp 2004;76:9-15. 5.- Grayson ML. Probing to bone in infected pedal ulcers: a clinical sign of underlying osteomyelitis in diabetic patients. JAMA 1995;273:721-3.

053-C-P

Anemia ferropénica en varón deportista

Navaz Tejero JJ, Burgos Remacha I, González Ruiz F, Cubells Larrosa MJ, Fernández Moyano JF, Gil Vázquez JM

INTRODUCCIÓN

La celiaquía es un problema de salud con gran repercusión para la vida del paciente. No siempre se diagnostica en la infancia y su presentación es muy variada, con formas atípicas y subclínicas que hacen que se diagnostique en la edad adulta e incluso en mayores de 60 años.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 37 años que acude por episodio de astenia.

Antecedentes de astenia desde los 27 años. Se objetivó ferropenia y fue tratado con hierro en varias ocasiones. Tránsito gastroduodenal: pequeña hernia de hiato y sangre oculta en heces negativa. Hemoglobina 12,7, hematócrito 37,5, ferritina 10, Fe 67, GOT 41, GPT 48, GGT 13, CK 230 (ejercicio físico intenso previo), TSH 3,69. Se da tratamiento con Fe y se fija control a los tres meses. Se reinterroga y refiere deposiciones blandas con la ingestión de pasta. Hemoglobina 12,4, hematócrito 36,2, Fe 67, ferritina 29, IgA 116, antitransglutaminasa 16,8 (>7,01).

Se deriva a Digestivo donde realizan endoscopia y confirman el diagnóstico de enfermedad celiaca.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La enfermedad celiaca tiene diferentes formas de presentación en la edad adulta. Frecuentemente asintomáticos, dolor abdominal, irregularidades menstruales, estreñimiento, deposiciones blandas, dispepsia, dolores óseos, infertilidad, parestesias... Aftas orales, distensión abdominal, debilidad muscular, anemia por déficit de hierro, malnutrición, edemas periféricos, hipertransaminemia, neuropatía periférica, osteopenia... Es importante descartar celiaquía ante estos síntomas y signos dado que el tratamiento con la dieta exenta de gluten es de por vida y las complicaciones de la enfermedad dejada a su libre evolución pueden ser graves (asociación con linfomas y carcinomas digestivos).

054-C-P

Astenia en mujer de 15 años

López Marina V, Alcolea García R, Rama Martínez T, Alborch Orts MA

INTRODUCCIÓN

La astenia es una de las consultas más frecuentes en atención primaria (65% de la población la ha sufrido; se estima que es 10-20% de todas las consultas en los centros de salud). Suele traducir una causa banal, pero a veces puede esconder procesos malignos, como el linfoma mediastínico primario.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 15 años con astenia, prurito y caída del cabello en verano. Analítica normal. A las 3

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: celiaquía, anemia ferropénica, malabsorción. 1.- Chirido FG, Garrote JA, Arranz E. Enfermedad celiaca del adulto. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2005;35(supl 3):183-189. 2.- Tomás Ivorra H, Giner R, Bixquert Jiménez M. Adult Celiac Disease. *Rev Sdad Valenciana Patol Dig* 2001;20(supl 2):65-71. 3.- Moreno V, Gasull MA. Síndromes de malabsorción. Etiología y clínica general. Formas clínicas más importantes. En: Hernández M, Sastre A (Eds). *Tratado de Nutrición*. Madrid: Díaz de Santos, 1999;985-992. 4.- Bai JC, Gómez JC, Mauriño E. Enfermedad celíaca del adulto. En: Vilardel F, Rodés J, Malagelada JR, Pajares JM, Pérez-Mota A, Moreno E, Puig J (Eds). *Enfermedades Digestivas*. 2ª ed. Madrid: Aula Médica, 1998;979-998.

semanas, consulta en Urgencias de hospital al aumentar la astenia, disnea progresiva y ortopnea. Analítica: 12.700 leucocitos con desviación a la izquierda; cardiomegalia y masa mediastínica anterior en placa de tórax. Ingresó en medicina interna. TAC torácico: masa mediastínica anterior que desplaza corazón, derrame pericárdico y pleural derecho. Se realiza pericardiocentesis, PAAF guiada por TAC y biopsia por toracoscopia. Diagnóstico: linfoma mediastínico primario tipo B de células grandes esclerosante. Con corticoides, tratamiento hormonal y quimioterapia (QT) durante 2 años hay resolución completa.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La etiología de la astenia puede ser trivial (funcional, anemia, estrés...) o trascendente (lupus, linfomas y leucemias, neoplasias, infecciones...). El linfoma mediastínico primario puede presentarse con síntomas generales (fiebre, prurito, astenia...) o con síntomas más específicos dependiendo de la localización (dolor pleurítico, disfagia, disnea, síndrome de vena cava superior, abdominalgia, compresión medular...). La radiografía y TAC torácicas ayudan al diagnóstico, que será por anatomía patológica. El tratamiento con corticoides, hormonal y QT puede curar 60-75% de los casos y alcanza 90% si se asocia a radioterapia. El trasplante autogénico de progenitores hemopoyéticos es el más efectivo.

055-O-P

Frecuencia del diagnóstico espirométrico en pacientes con EPOC en atención primaria

Belmonte García R, Gil Latorre F, López Marchirant I

OBJETIVOS

Estimar el porcentaje de enfermos codificados como EPOC en atención primaria que tienen confirmado su diagnóstico mediante pruebas funcionales respiratorias y el porcentaje de enfermos EPOC que presentan en espirometría un patrón obstructivo.

METODOLOGÍA

Se seleccionó a la población adulta (mayor de 14 años) clasificada como EPOC en las historias clínicas del Centro de Salud Fuente de San Luis (Valencia). Se excluyó a los pacientes que pertenecían a este centro de manera periódica/espóradica. De las historias clínicas de la población a estudiar, se recogían las siguientes variables: edad, sexo, IMC, fumador, realización de

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: asthenia, mediastinal mass, lymphoma. 1.- Poppema S, Kluiver JL, Atayar C, Van den Berg A, Rosenwald A, Hummel M, et al. Report: workshop on mediastinal grey zone lymphoma. *Eur J Haematol Suppl* 2005;66:45-52. 2.- Mazzarotto R, Boso C, Vianello F, Aversa MS, Chiarion-Sileni V, Trentin L, et al. Primary mediastinal large B-cell lymphoma: results of intensive chemotherapy regimens (MACOP-B/VACOP-B) plus involved field radiotherapy on 53 patients. A single institution experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007;68:823-9.

espirometría, patrón espirométrico. Las variables cualitativas se expresan en proporciones y las cuantitativas en medias y desviación estándar. Se utilizó para comparar dos medias la prueba t de Student y medidas no paramétricas, y para las variables cualitativas se utilizó la prueba chi cuadrado.

RESULTADOS

De los pacientes codificados como EPOC, 52,1% tiene realizada una espirometría, de las que 81,8% presenta patrón obstructivo. La media de edad en mujeres es de 72,37 años y en hombres de 69,06 años. Dentro de los pacientes que tienen una espirometría realizada 79% son hombres. Además observamos que de estos pacientes 84,1% son fumadores. Entre los pacientes diagnosticados como EPOC hay

más hombres fumadores (86,1%) que mujeres fumadoras (29,9%). Entre los pacientes diagnosticados como EPOC y que son fumadores, tienen realizada la espirometría 61,2%; en el caso de los no fumadores, tan solo 29,2% la tienen realizada.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De la muestra de 338 pacientes con EPOC únicamente tienen espirometría 176 (52,1%). El resto están

diagnosticados a partir de criterios clínicos. El 74,3% de los EPOC son hombres y 25,7% mujeres. La media de edad es superior en las mujeres (72 años) que en los hombres (69 años). Es frecuente la obesidad en la EPOC, lo que se relaciona inversamente con el pronóstico. De los pacientes con EPOC, 81,8% presentan en espirometría un patrón obstructivo. En mujeres jóvenes se realizan menos espirometrías que en hombres. En pacientes fumadores se realizan más espirometrías que en no fumadores.

057-O-P

Programa de planificación familiar: renovarse o desaparecer

Vico Ramírez F, Velasco Aguilera MM, La Rubia García M, Cabrera Morente L, Evangelista Sánchez EM, Herrera Serena P

OBJETIVOS

Conocer la opinión, el grado de conocimientos clínicos y de procedimiento sobre el manejo de los métodos de planificación (especialmente los anticonceptivos hormonales) de los profesionales sanitarios del Distrito Sanitario de Jaén sobre el Proceso de Atención Integrado de Planificación Familiar.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional mediante la elaboración de un cuestionario autoadministrado, previamente pilotado y modificado. Consta de treinta ítems con cuatro posibilidades en escala tipo likert. Cinco preguntas son de tipo administrativo, diez de opinión sobre acceso, procedimiento y financiación y el resto de control clínico con información enmascarada basada en los datos científicos disponibles. Se entregaron en cada uno de los centros de salud que integran el Distrito y se recogieron a las dos semanas con dos recordatorios

telefónicos. El periodo de estudio fue durante los meses de Enero y Febrero de 2008. Los resultados fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

Obtuvimos 58 encuestas, con una tasa de respuesta de 17%. El 37,9% fueron médicos, 58,6% enfermeros y 3,4% matronas. El 56,9% fueron mujeres, 57% tienen entre 30 y 50 años, 94% considera fácil el acceso, 79% considera necesario un programa específico, 75,9% cree que deberían financiarse todos, estima necesaria la receta 77,6%, 44,8% cree que el programa es de entidad inferior al resto. El 69% cree que es el médico quien ha de dispensar la píldora postcoital y con receta (77,6%). Los adolescentes precisan programas y consultas específicas (62%). Estima que son necesarias visitas cada 6 meses 32%, recomienda descansos para ACO 46,6%, limita la prescripción de ACO a los 35 años y no recomiendan DIU para jóvenes adolescentes 69%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El fracaso de la cobertura del programa de planificación familiar hace necesario plantearse el grado de conocimiento y las actitudes y aptitudes de los profesionales que lo realizan. Los resultados de la encuesta

demuestran la ausencia de actualización en los conocimientos, el arraigo de tópicos ya desfasados y la necesidad de formación específica e incluso la posibilidad de la transformación radical del proceso de atención o incluso la inclusión en las consultas a demanda mediante un formato informático dirigido.

058-O-P

Diraya o la búsqueda de "El Dorado"

Herrera Serena P, Vico Ramírez F, Evangelista Sánchez EM, Cabrera Morente L, Tortosa Pulido P, Seda Mateos E

OBJETIVOS

Queremos conocer la opinión de los profesionales del Distrito Sanitario de Jaén, determinar los elementos positivos y negativos, detectar las áreas de mejora y aportar propuestas sobre la aplicación y el desarrollo de la Historia Clínica Digital Diraya, dado que existe una generalizada insatisfacción con la misma.

METODOLOGÍA

Estudio observacional. Formación de Grupo de Trabajo autonómico de mejora. Encuesta autoadministrada con preguntas abiertas: centro de salud, tipo de profesional, opiniones genéricas negativas (3), positivas (3). Identificar 10 áreas de mejora y proponer modificaciones para cada una de ellas. Como ejemplo de propuestas se adjuntaron las del Grupo de Mejora de Historia de Diraya de Huelva y Cádiz. El cuestionario fue enviado a todos los profesionales de todas las Zonas Básicas de Salud del Distrito Sanitario de Jaén en un sobre personalizado que incluía otro franqueado para el envío de las respuestas. Se enviaron 584 encuestas durante el mes de Diciembre de 2007.

RESULTADOS

La tasa de respuesta ha sido de 18% (n=105). Las respuestas se recibieron dentro de los 45 días siguientes al envío. El 55% de las encuestas recibidas corresponden a médicos de familia, 5% pediatras, 15% a enfermeros, 5% a Trabajadores Sociales, 5% Auxiliares de clínica y 5% a celadores conductores. La opinión genérica positiva más repetida fue la inmediatez en el acceso (100%), la incorporación de la Receta XXI (91%) y el acceso compartido por todos los profesionales (73%). Las opiniones negativas: la inestabilidad del sistema (100%), la lentitud y complejidad (clicks excesivos) 86% y el exceso de fragmentación de la historia (71%). Compartimentos estancos medicina enfermería (68%)...

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La respuesta baja puede condicionar la validez de los resultados y muestra que los profesionales tienen poca confianza en los responsables de realizar los cambios. La implantación de la historia clínica digital, primero TASS y luego Diraya, ha supuesto un avance indiscutible. Sin embargo, la inestabilidad, fragmenta-

ción, complejidad, dificultad de explotación, seguridad, entre otras, ha provocado graves crisis dentro de los equipos de atención primaria e incluso deserciones en el uso de un instrumento tan valioso. Es necesario

incorporar "centinelas" que transmitan las necesidades de los usuarios del sistema e implantar ágilmente las modificaciones propuestas por los mismos. Este trabajo nos parece un buen ejemplo.

059-O-P

"Beers or not beers": medicación en ancianos

Cabrera Morente L, Vico Ramírez F, Cobo Valenzuela N, Evangelista Sánchez EM, La Rubia García M, Tortosa Pulido P

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de prescripción potencialmente inadecuada en pacientes mayores de 80 años de nuestro Centro de Salud. Determinar la gravedad de dicha prescripción inadecuada.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional. La población de estudio está compuesta por pacientes ambulatorios mayores de 80 años, de ambos sexos, que pertenecen a nuestra Unidad de Gestión Clínica. Se realizó un muestreo aleatorio y se seleccionó uno de cada 3 pacientes mayores de 80 años de la base de datos unificada (BDU). Período de estudio: Junio 2007-Marzo 2008. Se ha incluido la medicación tomada desde Junio de 2007 hasta ahora, incluyendo comprimidos, colirios, medicación de uso tópico, soluciones y se seleccionaron las que según los criterios de Beers fuesen inapropiadas en ancianos o aquellas cuyo uso en esta población debería realizarse con cautela.

RESULTADOS

La población total era de 595 pacientes de entre los que se seleccionó una muestra de 196. Mujeres

63,8%, varones 36,2%. Las enfermedades de Beers consideradas son 18 (hipertensión 58,2%, insuficiencia cardíaca 6,6%, EPOC 11,2%, úlcera gástrica 1,5%, crisis convulsivas 0%, alteraciones de coagulación 7,1%, hiperplasia benigna de próstata 11,2%, incontinencia de orina de esfuerzo 22,4%, arritmias 9,2%, insomnio 8,2%, Parkinson 3,6%, deterioro cognitivo 8,7%, depresión 2,6%, anorexia 1%, síncope o caídas 26%, SIADH o hiponatremia 0%, obesidad 6,1%, estreñimiento crónico 14,8%. Se halló una prescripción inadecuada en 28,1%, dos prescripciones en 6,1%, tres en 2%, cuatro en 1% y siete en 0,5%. Alta gravedad de la prescripción inadecuada en 26% y baja en 2%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las reacciones adversas a medicamentos, entendidas como efectos no deseados que aparecen tras su administración a dosis terapéuticas, son las consecuencias más serias de la prescripción inadecuada y son evitables en un número elevado de casos. En la literatura el porcentaje de prescripción inadecuada es del 26%; en nuestro estudio alcanza el 37,7%. Los criterios de Beers limitan el estudio al no considerar fármacos de uso habitual en nuestro medio y consideran algunas enfermedades poco prevalentes (SIADH). No considera la diabetes, la cardiopatía isquémica ni las interacciones entre fármacos. Aun así este enfoque sigue dando frutos.

060-O-P

Asma control test: la cara de la realidad

Vico Ramírez F, Lara Cabeza FJ, La Rubia García M, Tortosa Pulido P, Elfazazi S, Seda Mateos E

OBJETIVOS

Queremos conocer el grado de control de síntomas en pacientes diagnosticados y tratados de asma bronquial en un centro de salud rural y en 6 cupos médicos utilizando la versión española validada "Asma Control Test" (ACT).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Pacientes diagnosticados e incluidos en el proceso asistencial integrado de asma bronquial y registrados en la historia clínica digital "Diraya" del Servicio Andaluz de Salud. Los pacientes fueron seleccionados mediante el uso de la aplicación "Diabaco" de la historia Diraya y adscritos a 6 cupos médicos. De éstos se seleccionó mediante muestreo aleatorio a 75. Los pacientes fueron llamados por teléfono a consulta y se les administró la encuesta "Asma Control Test". Período de estudio: meses de Mayo y Junio de 2007 en los que se generan las mayores tasas de polinización del olivo.

RESULTADOS

75 pacientes que corresponden a 38% de los incluidos en proceso. Tenemos una tasa de infradiagnóstico de 33%. Los pacientes diagnosticados por cupos son: cupo 1

(17), 2 (68), 3 (27), 4 (33), 5 (33), 6 (22). Son mujeres 59,2% y 40,8% hombres. El asma impide sus actividades siempre casi siempre a 7,6% y a veces a 48,7%. Ha notado falta de aire más de una vez al día 36,8% y una vez al día 19,9%. Se ha despertado por la noche con síntomas de asma 4 o más noches por semana 15,8% y de 2 a 3 noches por semana 36,8%. Ha utilizado el inhalador de rescate 3 o más veces al día 23,7% y 1-2 veces al día 36,8% de los pacientes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El asma bronquial es una enfermedad muy prevalente que ocasiona un gasto importante y aún con elevada mortalidad. Para ella disponemos de fármacos que la controlan hasta en 90% de los casos. No obstante, está infradiagnosticada e infratratada y necesitamos instrumentos que midan de forma sencilla y válida el grado de eficacia del tratamiento y la eliminación de los síntomas. El instrumento ACT es muy útil, rápido y bien aceptado por los pacientes y aporta una información precisa y sistematizada para valorar la eficacia de nuestros tratamientos. Se hace preciso implementar el proceso de atención integrado para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y la eficiencia.

061-O-P

"Ver, diagnosticar y tratar": cáncer de cervix en Guatemala

Ajtujal Ramírez BS, Vico Ramírez F, Herrera Serena P, La Rubia García M, Elfazazi S, Tortosa Pulido P

OBJETIVOS

Implantar un programa, de base poblacional, de diag-

nóstico precoz de cáncer de cuello uterino y evaluar la estrategia de "ver, seleccionar y tratar" por un médico de atención primaria de Salud en una población rural de Guatemala.

METODOLOGÍA

Análisis preliminar de un programa de base poblacional de diagnóstico precoz de cáncer de cérvix con el objetivo de tamizar a 80% de la población de mujeres entre 35 y 55 años, en un período de tres años. Se adoptó como método de tamizaje la "inspección visual con ácido acético" (IVAA), y como tratamiento la crioterapia. Objetivo específico: evaluar la eficacia del tratamiento de las lesiones precancerosas mediante la crioterapia aplicada por los médicos de atención primaria. Población: todas las mujeres de 35 a 55 años que viven en Quezada (Jutiapa). Periodo de intervención: tres años (2007-2009). Periodo de análisis preliminar de este estudio: abril a julio de 2007.

RESULTADOS

Se ha cambiado el programa que era a demanda a otro de base poblacional y se ha formado al médico en la realización de IVAA y en tratamiento con crioterapia (antes sólo se hacían citologías). El objetivo son 8.500 mujeres de 35 a 55 años. De 35 a 49 años son 340, de 40 a 44 son 340, de 45 a 49 años 265 y

062-O-P

Seguridad de los pacientes: la penúltima revolución

Velasco Aguilera MM, Vico Ramírez F, Evangelista Sánchez EM, Cabrera Morente L, La Rubia García M, Tortosa Pulido P

OBJETIVOS

Queremos conocer el punto de partida, el conocimiento, opiniones y actitudes que tienen los profesionales sanitarios de un distrito sanitario sobre la Seguridad de los pacientes en una empresa de servicios sanitarios en el Siglo XXI.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional. Población: profesionales sanitarios (médicos de familia y enfermeros)

de 50 a 55 años 170. De Abril a Julio de 2007 se han tamizado 458 mujeres. 53 de ellas fueron IVAA positivas (11,57%). Se derivaron para colposcopia 8 pacientes (1,7%). Se derivó al centro oncológico nacional 1 paciente. Se investigaron 59 pacientes fuera del objetivo del estudio (mayores de 25 años). A 141 mujeres nunca se les habían realizado ningún tipo de tamizaje.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El nuevo programa se hace más eficiente al ser poblacional y no "a demanda". Se realiza en un sólo acto. Todavía se realizan exploraciones fuera de la diana del programa, que esperamos corregir en los próximos años. Hemos rediseñado las informaciones dadas a las pacientes y en la radio emitimos las instrucciones e informamos de a quiénes va dirigido el programa. Si se sigue con la tasa de exploraciones actuales es muy probable conseguir el objetivo a los tres años. Cuando son formados adecuadamente, los médicos de atención primaria son capaces de tratar las lesiones iniciales con la misma seguridad y eficacia que los especialistas en ginecología.

del Distrito Sanitario de Jaén Centro, pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud. Periodo de estudio: septiembre 2007 a febrero 2008. Se ha informado a todos los profesionales sobre qué se entiende por suceso (cualquier tipo de error, equivocación, incidente, efecto adverso o actuación fuera de protocolo, sin importar si el resultado daña al paciente o no) y seguridad del paciente (evitar y prevenir lesiones en los pacientes o efectos adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud prestados) y se les ha enviado una encuesta adaptada de "Hospital Survey on Patient Safety Culture".

RESULTADOS

62 encuestas recogidas. Tasa de respuesta de 14,5%. 38,7% son médicos y 51,6% son enfermeros. 49,6% no sabe que la seguridad es un objetivo del Contrato de Gestión. 54,8% opina que no hay suficiente personal; hay buen ambiente de trabajo para 85,55%; 48,4% afirma no tener actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente; 66,1% dice sufrir una jornada laboral agotadora; 69,7% piensa que los errores no se utilizan en contra del profesional y que en 71% de los casos se toman medidas para evitarlos. La sobrecarga de trabajo aumenta el número de errores, pues 72% cree que se trabaja bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.

064-C-P

Asbesto

Concepción Medina T, Rodríguez Hernández O, Illada Navarro L, Garcés Fernández MJ

INTRODUCCIÓN

A pesar de las datos científicos sobre los efectos perniciosos en la salud, la lentitud de la puesta en marcha de medidas de prohibición del uso asbesto le convierten en un problema de salud pública debido a la presencia de este en los materiales empleados antes de dichas medidas prohibitorias.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 45 años que presenta cuadro de disnea, dolor torácico y sensación febril. En la exploración física destaca la presencia de roncus y sibilantes inspiratorios dispersos en ambos campos pulmonares. Tras un primer diagnóstico de infección respiratoria aguda viral con persistencia de disnea, se reinterroga y obtenemos datos de pérdida de 8 Kg en el último mes, astenia y exposición a materiales con amianto sin protección adecuada durante 10 años. Se solicita hemograma y bioquímica

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La seguridad de los pacientes no sólo es un objetivo de los Contratos de Gestión sino una imposición ética y deontológica. Los profesionales comenzamos a vislumbrar la demanda ciudadana y apenas tenemos listos nuestros servicios para este reto. Antes de implementar medidas al respecto, se hace necesario un estudio exhaustivo de las condiciones de trabajo y de las expectativas de los profesionales. Este trabajo nos informa y es piedra angular para el desarrollo de proyectos de mejora que ya se han puesto en marcha (revisión de carros de parada, higiene y limpieza de instalaciones, instrumentos y personas...). Es un reto que o ganamos o perdemos; no hay término medio.

básica, Mantoux y baciloscopia que fueron normales. En la radiografía de tórax se aprecia reforzamiento de la silueta hiliar derecha con borramiento del seno costodiafragmático derecho (derrame pleural).

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El empleo de una metódica y completa recogida de historia clínica incluyendo la indagación sobre su historial laboral, junto con la solicitud de pruebas complementarias básicas pueden agilizar y permitir el diagnóstico temprano de procesos susceptibles de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: asbesto, amianto, mesotelioma maligno. 1-. Martínez C, Monsó E, Quero A. Arch Bronconeumol 2004;40:166-177. 2.- Simó E, Ureña

MM, Vernet M, Sender MJ, Larrosa P, Novell E. Intervención del médico de familia en el diagnóstico del cáncer. *Aten Primaria* 2000;26:86-8. 3.- Lee YC et

al. Malignant mesothelioma. En: Hendrick D, Burge S, Becklet B, Chug A (Eds). *Occupational disorders of the lung*. Philadelphia: WB Sanders, 2002.

065-C-P

Lesiones cutáneas importadas: ¿estamos preparados?

Esteban Bueno G, Villahoz Castrillejo R

INTRODUCCIÓN

El aumento de pacientes extranjeros que acuden a la sanidad pública hace que se demande del médico de atención primaria conocimientos sobre patologías a las que no está habituado. Existen lagunas de conocimientos, por lo que se pueden confundir patologías habituales con otras importadas.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Niña de 3 años nacida en España, ascendencia boliviana. Lesión forunculoides medifrontal, edema de párpados y hemicara izquierda. Se diagnostica de forúnculo y es tratada con amoxicilina-clavulánico. A los 15 días, inflamación laterocervical derecha, borramiento de ángulo mandibular y edema en hemicara; diagnosticada en hospital de adenopatía infectada y se pauta el mismo tratamiento. Lesiones residuales semejando quemaduras de cigarrillo. Al mes acude la prima de 4 años con forúnculo frontal, edema bipalpebral y hemicara izda. En ambos casos hay anemia microcítica hipocróma y aumento de VSG. Cultivo y antibiograma del exudado: *S. aureus* sensible a cefaclor, cefuroxima y cefotaxima. Tratamiento final con cefaclor oral.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Estudio familiar (ambas familias): 4 adultos (uno

sin enfermedad, dos la padecieron de niños, un varón lo presenta tras viaje a zona rural boliviana); cuatro niños, nacidos en España, sin viajes previos, tuvieron similar patología con recurrencias. Un adulto indicó que era común en su país y que se denomina "puchi-chi"; se trata con drenaje de material y extracción de larva para erradicarlo. Examen físico y analítico de la familia: todos los niños tienen lesiones furunculoides y anemia microcítica hipocróma; dos adultos con lesiones residuales, uno con forunculosis activa y analíticas normales. Diagnóstico final mediante toma de muestra por expresión y estudio microbiológico para búsqueda de parásito.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: miasis, dermatobia hominis. 1.- Canora J, Martínez MA, Soler A, Serrano S, Hernández Quero J. Bite on the scalp and buzzing in the head. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20:171-2. 2.- Guidi B, Olivetti G, Sbordoni G, Garcovich A. Guess what! Diagnosis: cutaneous myiasis due to *Dermatobia hominis*. *Eur J Dermatol* 2001;11:259-60. 3.- González M, Lama C, Otero MA. Furuncular myiasis after a trip to South America. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000;18:482-3. 4.- Arocha J, Moreno A, Díaz J, Valladares B, Bautista N, González A. Myiasis caused by *Dermatobia hominis*. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1996;14:453.

066-0-0

Percepción de la calidad de vida profesional en la unidad médica de un organismo de la administración pública estatal. Propuestas de mejora

Olalla García T, Sánchez Galán L

OBJETIVOS

Conocer la percepción de la calidad de vida profesional de los trabajadores de la Unidad Médica de la Dirección Provincial de Madrid del Instituto Nacional de la Seguridad Social, con la finalidad de proponer líneas de actuación concretas para su mejora.

METODOLOGÍA

Estudio transversal. Población diana: 34 médicos y 21 administrativos. Obtención de datos: mediante un cuestionario de calidad de vida profesional, anónimo y autoadministrado, elaborado a partir de las características de la empresa, contenido del trabajo y relaciones interpersonales. Con el fin de garantizar el anonimato sólo se incluyeron como variables de control el sexo, la edad y la categoría profesional (médico, personal administrativo). El cuestionario se entregó en diciembre de 2005. En el análisis estadístico, las variables cuantitativas se describen a partir de la media y desviación estándar y las variables cualitativas con la distribución de frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

Tasa de respuesta: 62,5% médicos y 90% administrativos. Porcentajes de respuestas positivas

(áreas de mayor y menor satisfacción) del total de la población estudiada y por variables de control: motivación con la empresa (56%) y motivación económica (35%); ambiente laboral (66%), motivación económica en hombres (33%) y ambiente de trabajo mujeres (32%); edad: ambiente laboral (69%, 63% y 66%, respectivamente, en los tres grupos de edad), ambiente de trabajo (38% de los más jóvenes) y motivación económica (33% del grupo de 45-54 años y 22% del grupo de 55-64 años); categoría profesional: ambiente laboral (65% médicos y 67% administrativos), motivación económica (34% y 36%, respectivamente).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Todos los trabajadores coinciden en el ambiente laboral (relaciones con los compañeros y el jefe) como el aspecto más positivo de la empresa. Existen diferencias en el área de mayor insatisfacción: los hombres de edad media y más mayores coinciden en la retribución económica, las mujeres y los más jóvenes perciben como un aspecto menos positivo el ambiente de trabajo (ergonomía, puesto de trabajo en sus aspectos físicos y materiales y ambiente físico que le rodea). Las relaciones interpersonales en la empresa, fuente de mayor satisfacción entre sus empleados, deben ser "cuidadas" y se verían reforzadas si el trabajador percibe una mejora en su reconocimiento profesional y económico.

067-0-0

¿Por qué nuestros pacientes piden hora con su médico y no acuden?

Herranz Fernández M, Herrero Alonso C, Martí Martínez MC, Tomás Lachos M, Calero García S, Vicens Fernández M

OBJETIVOS

Conocer los motivos por los cuales los usuarios solicitan visita y no acuden al ABS de Santa Perpetua y repercusión sobre la accesibilidad en nuestro CAP.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal realizado en el ABS de Santa Perpetua, con población semiurbana de 22.500 habitantes, durante el mes de enero del 2008. Acudieron 942 pacientes en este mes a la consulta de un médico de atención primaria en horario de tarde de lunes a viernes; las ausencias fueron 98. Se analizaron 50 usuarios que no acudieron a la visita mediante llamadas telefónicas y revisión del e-cap. Se recogió la siguiente información: motivo de consulta (médica o administrativa), desde dónde se había solicitado la visita (CAP, Centro de Llamadas, internet, profesional sanitario), tipo de visita (programada, cita previa o sin cita) causa de la ausencia (mejoría, olvido...).

069-0-0

Un mes en la vida de un médico de una población semiurbana

Herrero Alonso C, Herranz Fernández M, Tomás Lachos M, Vicens Fernández M, Carmona Segado JM, Calero García S

OBJETIVOS

Análisis cuantitativo y cualitativo de la demanda en el Centro de Salud de Santa Perpetua de Mogoda, población semiurbana de 22.500 habitantes en noviembre del 2007.

RESULTADOS

Usuarios analizados: 50; mujeres 65%, edad media 52 años; hombres 35%, edad media 60 años. Visitas administrativas 85%. Visitas médicas 15%. Solicitadas al CAP 84%, cita previa 92%. Causas de ausencia: 50% motivos personales, 31% olvidos, 18% mejoría espontánea y 1% visita a otro centro. El 40% de los ausentes eran hiperfrecuentadores (más de 11 visitas /año). Tiempo medio de espera 2 días.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mayor parte de las ausencias corresponde a visitas administrativas causadas por motivos personales y olvidos. Las ausencias repercuten negativamente en la lista de espera. Probablemente coloquemos carteles en nuestro CAP para recordar la importancia de la anulación de las citas.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo observacional en un cupo de un médico de atención primaria en horario de tarde con población asignada de 1.662 habitantes (65% de esta población de 45 a 65

años) con una presión asistencial de 40 pacientes diarios. Se analizan variables como edad, sexo, tipo de visita (clasificadas en motivos previsible e imprevisible por parte del médico debido a necesidades administrativas y a necesidades asistenciales).

RESULTADOS

N=840. Edad media 50 años. 56% mujeres. Necesidades asistenciales previsible: crónicos 3%, resultado de pruebas complementarias 6,2%, consulta telefónica 1%. Necesidades administrativas previsible: recetas crónicas 1,3%, Incapacidad Temporal (IT) 6%. Necesidades asistenciales imprevisible: proceso agudo 65,6%, reagudización 14,6%. Necesidades administrativas imprevisible: informes 2,3%.

070-O-P

Perfil del usuario atendido los sábados en un centro de salud

Moreno Moreno R, Cuenca del Moral R, Moreno Moreno MI

OBJETIVOS

Nuestra zona básica de salud consta de 22 Centros de Salud (CS); 9 de ellos ofrecen atención los sábados de 9 a 15 horas. El usuario es atendido sin cita previa y se tiene acceso a su historia clínica informatizada. Describir el perfil del usuario que demanda asistencia no demorable los sábados.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo. Pacientes atendidos en un CS urbano los sábados desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2007 (N=2.499). Criterios de exclusión: pacientes en cuya historia clínica no exista registro del día de la asistencia. Tamaño muestral 96 para un α de 0,05 y precisión

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mayor parte de visitas realizadas por parte del médico en nuestro Centro son las necesidades asistenciales agudas. Para disminuir este tipo de visita se quiere establecer algún circuito para implicar al personal de enfermería en algunas de las actividades asistenciales imprevisible agudas (infecciones urinarias, infecciones respiratorias de vías altas...). Las tareas administrativas previsible suponen un 7,3% de las visitas médicas; el resto de dichas tareas (recetas crónicas e IT) son realizadas por el personal de admisión previo consentimiento médico, lo que disminuye este tipo de demanda. Un 3% de las visitas médicas se debe a control de patología crónica gracias a la aplicación de protocolos de seguimiento de patologías crónicas por el personal de enfermería.

del 90%. Muestreo probabilístico sistemático (K=26). Variables recogidas: edad, sexo, CS al que pertenece, mes de asistencia, requiere actividad de enfermería, solicitud de prueba complementaria, tipo de patología, prescripción de tratamiento farmacológico, derivación hospitalaria.

RESULTADOS

Se asistió a 2.499 pacientes. El 31,6% de Enero a Marzo. Edad media 36,32 años. 51% mujeres. 60,4% tenía entre 14 y 64 años, 21,9% menos de 14 y 17,7% 65 o más. El 63,5% pertenecía a nuestro CS, 12,5% proviene de CS cuya asistencia urgente es asumida en nuestro CS durante los sábados y 24% debieron ser atendidos en otro CS. El 16,7% requirió asistencia por enfermería y 8,3% pruebas complementarias. 38,5%

acudió por patología respiratoria de vías altas y 9,4% de vías bajas. Patologías digestivas, traumatológicas, dermatológicas y otológicas 5,2% cada una y 4,2% solicitud de píldora postcoital. El 54,2% recibió prescripción farmacológica y 2 pacientes fueron derivados al Hospital.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El perfil del usuario que acude al CS un sábado se caracteriza por tener edad media de 36 años, pertenecer

071-C-P

Lesiones dérmicas infrecuentes

Herranz Fernández M, Herrero Alonso C, Martí Martínez MC, Tomás Lachos M, Vicens Fernández M, Calero García S

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis liquenoide es una dermatosis poco frecuente. Se caracteriza por la presencia de pápulas discretas, eritematosas, algo descamativas, que pueden evolucionar a crostas hemorrágicas o ulcerarse. La mayoría de lesiones se resuelve espontáneamente en pocos meses.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 35 años de edad sin antecedentes patológicos de interés, salvo rinitis alérgica extrínseca y alergia a los anticonceptivos orales, que tomaba por poliquistosis ovárica. Consulta por presentar en tronco y extremidades desde hace un año de forma lenta pápulas rojas, prominentes, lisas de 2 mm aproximadamente, recubiertas por una típica escama, seca y adherente, que se desprende en capas tras el raspado. Cuando tiene el brote presenta febrícula de varios días.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Para evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias y dado que se trata de una

a nuestro CS, consultar por patología respiratoria, no requerir pruebas y ser derivado a domicilio con prescripción farmacológica. Destaca un 21,9% de pacientes pediátricos pese a la inexistencia de pediatras ese día. Nuestro CS asume pacientes de otros 2 centros, que demandan asistencia 5 veces menos que nuestros pacientes. La accesibilidad pudiera ser responsable de una mayor demanda. Se excluyó a 29 pacientes y en un 34,4% de la muestra no había registro sobre tratamiento. El registro en la historia clínica es imprescindible para una atención continuada de calidad.

enfermedad dermatológica acompañada de fiebre, se decide derivación a dermatología. El dermatólogo realizó biopsia que dio como diagnóstico la enfermedad de Juliusberg. Cuando tiene el brote es tratada con eritromicina por el dermatólogo. Aunque sea un enfermedad benigna, en casos excepcionales puede evolucionar a largo plazo a otros cuadros, como la micosis fungoide o la porqueratosis variegata, que puede transformarse en un linfoma cutáneo de células T. Por esta razón los pacientes, especialmente los que padecen la forma crónica de la enfermedad, deben mantener un seguimiento de por vida.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: pápulas, escamas, pitiriasis, parapsoriasis. 1.- Romani J, Puig LL, Fernandez-Filgueras MT, De Moragas JM. Pytiriasis lichenoides in children: clinicopathologic review of 22 patients. *Pediatr Dermatol* 1998;15:1-6. 2.- Bonifaci E. Pytiriasis lichenoides. En: Harper J, Orange A, Prose N (Eds). *Textbook of pediatric dermatology*. Oxford Blackwell Science, 2000;675-7.

072-C-P

Hallazgo radiológico casual en paciente de 90 años

Burgos Remacha I, Navaz Tejero JJ, Fernández Moyano JF, Lozano Mateo F, González Ruiz F, Cubells Larrosa MJ

INTRODUCCIÓN

Es importante desde atención primaria conocer y saber diagnosticar el signo de Chilaiditi, dada la relativa frecuencia con que lo encontramos en la consulta y la dificultad del manejo si no conocemos la clínica y el sencillo diagnóstico radiológico.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 90 años, sin alergias ni hábitos tóxicos de interés. Antecedentes personales: hipertensión arterial en tratamiento médico, marcapasos cardíaco. Consulta por dolor en hemitórax derecho, de características pleuríticas, de 3 días de evolución, sin otra clínica acompañante ni traumatismo previo. Mejoría con analgesia. Exploración física: presión arterial 150/94, SatO₂ 98%; auscultación cardíaca: hipoventilación basal derecha; abdomen normal; ECG normal; radiografía de tórax: elevación del hemidiafragma derecho, informada como signo de Chilaiditi. Diagnóstico diferencial con dolor torácico pleurítico y cólico renal. Diagnóstico definitivo: signo de Chilaiditi. Se realizó tratamiento conservador que consiguió mejoría del cuadro.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El signo de Chilaiditi se define como el hallazgo radiológico casual de la interposición de una parte

de colón, generalmente derecho, entre el hígado y el diafragma. Cuando se acompaña de dolor abdominal, vómitos y anorexia se denomina síndrome de Chilaiditi. Es más frecuente en pacientes de 65 años y se acompaña de estreñimiento crónico. Se ha asociado a elongación colónica, malposición congénita, parálisis de nervio frénico y EPOC. El diagnóstico es siempre radiológico mediante radiografía de tórax o abdomen. Se puede confundir con otras entidades como neumoperitoneo, absceso subfrénico, quiste hídático... El tratamiento es conservador: analgesia y medidas higiénico-dietéticas.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: signo chilaiditi. 1.- Alcocer Pérez A, Carod Benedicto E, Sanz Martínez D. El síndrome de Chilaiditi en el diagnóstico diferencial del cólico renal. *Medifam* 2003;13:41-4. 2.- Javors BR, Sorkin NS, Flint GW. Transverse colon volvulus: a case report. *Am J Gastroenterol* 1986;81:708-10. 3.- Angulo Cuesta J, González Zorraquino A, Unda Urzaiz M, Flores Corral N. Síndrome de Chilaiditi en el diagnóstico diferencial del cólico renal. *Arch Esp Urol* 1991;44:300-1. 4.- Yáñez Llobet W, Sfeir Byron R, Hayes Dorado J, Paniagua Guzmán R. Síndrome de Chilaiditi. *Rev Inst Med Su* 2004;59:61-2.

073-C-P

Ciguatera, el tercer pasajero

Pablos Herrero E, Sabaté Cintas V, Clotet Romero L, Fabra Noguera A, Rubio Villar M, Baré Mañas M

INTRODUCCIÓN

La ciguatera es una intoxicación alimentaria causada por la ingestión de pescado. La causa de la enfermedad es un conjunto de toxinas presentes en el plancton que a través de la cadena trófica llegan al hombre. Son termoestables y resistentes a los jugos gástricos y causan mortalidad en 5% de los casos.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 28 años. Desde hace 2 meses, coincidiendo con la vuelta de viaje de novios a Santo Domingo, presenta clínica de astenia, debilidad y parestesias en brazos y piernas. Durante el viaje en una ocasión bebió agua no embotellada y un día cenó un pescado, después de lo cual presentó cuadro de gastroenteritis durante 4 días que mejoró espontáneamente. La paciente fue derivada al centro de enfermedades tropicales de Barcelona y recibió tratamiento sintomático con mejora progresiva a lo largo de meses. Al año del diagnóstico, la paciente quedó embarazada y dio a luz una niña de bajo peso, con Apgar correcto y 2 vasos de cordón.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Esta enfermedad es endémica en las regiones

074-C-P

Tiroiditis postparto: ¡todos atentos!

Pablos Herrero E, Fabra Noguera A, Rubio Villar M, Clotet Romero L, Sabaté Cintas V, Hernández Ribera M

INTRODUCCIÓN

Una de las patologías que pasa más desapercibida

tropicales y subtropicales. 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 entre la primera y la sexta hora, seguidas de síntomas neurológicos (parestesias y debilidad) y síntomas neurológicos. Causa depresión respiratoria en 5% de los casos. El diagnóstico es clínico y el tratamiento sintomático. La paciente tuvo un bebé de bajo peso y 2 vasos de cordón, característica bastante peculiar; en el momento actual no existe suficiente bibliografía para asegurar que ello esté ligado a la infección.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: poisoning, ciguatera. 1.- 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. 2.- Scheuer PS, Takahashi W, Tsutsumi J, Yoshida T. Ciguatoxin: isolation and chemical nature. Science 1967;155:1267-68. 3.- Yasumoto T, Nakajima I, Bagnis R, et al. Finding a dinoflagellate as a likely culprit of ciguatera. Bull Jpn Soc Sci Fish 1977;43:1021-26. 4.- Murata M, Legrand AM, Bagnis RA, Adachi R. Finding of dinoflagellate as like culprit of ciguatera. Bull Jpn Soc Sci Fish 1977;43:1021-26.

difusos y se pueden considerar inherentes a la nueva situación de la mujer.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 33 años, primípara, sin antecedentes personales ni familiares de interés. A los 3 meses de su primer parto eutócico y sin complicaciones inicia cuadro de cansancio y parestesias en extremidad superior derecha, sobre la que suele apoyar al bebé, con ligera hiporreflexia en la exploración; el resto de la exploración física es completamente normal, incluida la palpación tiroidea. Hemograma normal, TSH 29 mcU/ml, tiroxina 3,39 mcg/dl. Anticuerpos antitiroideos positivos. Se inicia tratamiento con levotiroxina a dosis de 50 mcg/24horas. Mejoría clínica y analítica a los 2 meses.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El diagnóstico de esta patología únicamente requiere la sospecha clínica y una analítica. Se trata de una enfermedad autoinmune que habitualmente cursa con una primera fase hipertiroidea, que no suele requerir

tratamiento, seguida de un hipotiroidismo que puede hacerse permanente. El diagnóstico se debe sospechar en mujeres con antecedente de parto en los últimos 9 meses. Se ha comprobado que esta tiroiditis es más frecuente en personas con depresión posparto, cuya razón se desconoce. Las mujeres que han sufrido una tiroiditis posparto deberían ser controladas en siguientes embarazos: el riesgo de recurrencias es del 70% y el riesgo de hipotiroidismo definitivo del 20%.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: postpartum, thyroid. 1.- Postpartum Thyroiditis. Citado en 1999 May 31; 1 pantalla. Disponible en: URL: <http://www.clark.net/pub/tfa/postbroc.htm>. 2.- Lazarus JH, Hall R, Othman S, Parkes AB, Richards CJ, McCulloch B, et al. The clinical spectrum of postpartum thyroid disease. *Q J Med* 1996;89:429-35. 3.- Fantz CR, Dagogo-Jack S, Ladenson JH, Gronowski AM. Thyroid function during pregnancy. *Clinical Chemistry* 1999;45:2250-8. 4.- Gerstein HC. How common is postpartum thyroiditis? *Arch Intern Med* 1990;150:1397-400.

075-C-P

El bupropion como antidepresivo

Pablos Herrero E, Sabaté Cintas V, Clotet Romero L, Fabra Noguera A, Rubio Villar M, Dapena Barón C

INTRODUCCIÓN

En 1997 fue aprobada por la FDA americana la utilización del bupropion para la deshabituación tabáquica. Su mecanismo de acción es la recaptación de la noradrenalina y la dopamina y constituye un activador del sistema adrenérgico central.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 34 años que presenta desde hace años

clínica de tedio, descontento vital, desmotivación, rumiaciones constantes e incertidumbre en relación con el futuro, ánimo disfórico e inestable y somatizaciones que motivan diversas consultas a especialistas. Durante meses se intentaron diversas pautas de tratamiento antidepresivo sin ninguna mejoría con ISRS clásicos, venlafaxina, escitalopram, duloxetina... Teniendo en cuenta el antecedente de una mejora sintomática del paciente cuando éste realizó hace años una deshabituación tabáquica con bupropion, se decide reiniciar de nuevo este tratamiento. Las somatizaciones disminuyen con la

toma de 150 mg/24 horas de bupropion.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La Agencia Española del Medicamento ha aprobado recientemente la comercialización del bupropion como antidepresivo. Apoyándonos en este hecho se decide iniciar el tratamiento en este paciente. Sin negarle el lugar que le corresponde, su utilización se ha de hacer de manera individualizada teniendo en cuenta la historia y el estado del enfermo, la medicación concomitante, el apoyo del entorno y sus contraindicaciones absolutas: antecedente de convulsiones, bulimia o anorexia, arritmias graves o tratamiento con IMAO. Los pacientes que tienen niveles de ansiedad más elevados según el HADS test responden mejor al tratamiento con bupropion y mantienen la remisión después de 6 meses de seguimiento.

076-C-P

La fluoxetina... me sube la bilirrubina

Pablos Herrero E, Rubio Villar M, Fabra Noguera A, Clotet Romero L, Sabaté Cintas V, Tarrats Feliú E

INTRODUCCIÓN

Se trata de una paciente depresiva, motivo por el cual inicia tratamiento con fluoxetina. Presenta un importante aumento de las transaminasas, con normalización al suspender la medicación. Después de descartarse otras causas, este cuadro es compatible con hepatopatía tóxica idiosincrásica.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 66 años con antecedente de hipertensión en tratamiento con cilzapril. Cervicoartrosis y

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: bupropion, mayor depression. 1.- Chengappa KN et al. Bupropion sustained release as a smoking cessation treatment in remitted depressed patients maintained on treatment with selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants. *J Clin Psychiatry* 2001;62:503-8. 2.- Hayford KE et al. Efficacy of bupropion for smoking cessation in smokers with a former history of major depression or alcoholism. *Br J Psychiatry* 1999;174:173-8. 3.- Patten CA et al. Development of depression during placebo-controlled trials of bupropion for smoking cessation: case reports. *J Clin Psychiatry* 1999;60:436-41. 4.- Barnett PG; Wong W, Hall J. The cost-effectiveness of a smoking cessation program for out-patients in treatment for depression. *Addiction* 2008;103:834-40.

faringitis crónica. Inicia cuadro de astenia, anhedonia, anorexia y pérdida de peso. Exploración física y analítica normales. Inicia fluoxetina 20 mg/24 horas. Al cabo de un mes de iniciar el tratamiento presenta mejoría anímica, ganancia de peso y aumento de la actividad. Un mes más tarde consulta por vómitos y molestias abdominales. Ferritina 2.558, GOT 720, GPT 1.440, GGT 172, FA 851, bilirrubina 3; CEA, marcadores hepatitis, ANA, AMA y SMA negativos. Ecografía abdominal normal. Suspendemos la fluoxetina. A los 14 días la enferma se encuentra asintomática. Analítica normal al cabo de un mes.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El cominezo de la clínica a los pocos días de iniciarse la medicación, la rápida regresión del mismo al retirarla y los marcadores de hepatitis negativos orientan hacia una hepatopatía tóxica de tipo idiosincrásico, infrecuente e imprevisible. La respuesta no guarda relación con la dosis y puede ocurrir en cualquier momento de la exposición al fármaco o incluso a los pocos días de su retirada. Se ve favorecida por el hecho de ser mujer y mayor de 40 años y es importante destacar que en caso de hepatopatía previa ésta no constituye un factor de riesgo. En la cuarta parte de los pacientes existen manifestaciones extrahepáticas. El único tratamiento eficaz es la supresión del fármaco.

077-C-P

La neumonía eosinofílica como entidad diferenciada

Pablos Herrero E, Clotet Romero L, Rubio Villar M, Fabra Noguera A, Sabaté Cintas V, Andreu Alcover RM

INTRODUCCIÓN

Las neumonías eosinofílicas son una variedad heterogénea de enfermedades infiltrativas del pulmón, en las que el parénquima pulmonar se ve ocupado mayoritariamente por eosinófilos. En la práctica clínica se debe diferenciar la neumonía eosinofílica de causa desconocida y la secundaria.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 18 años. Hipertrofia adenoidea, rinitis alérgica. Consulta por tos y dolor en hemitórax izquierdo. ECG y radiografía de tórax normales. Se pauta tratamiento sintomático. A las 2 semanas persiste el dolor y fiebre de 39°. Radiografía de tórax: condensación apical izquierda, infiltrado de lóbulo superior derecho. PPD

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: hepatitis toxic fluoxetine. 1.- LinksCapellà D, Bruguera M, Figueras A, Laporte J. Fluoxetine-induced hepatitis: why is postmarketing surveillance needed? *Eur J Clin Pharmacol* 1999;55:545. 2.- LinksCai Q, Benson MA, Talbot TJ, Devadas G, Swanson HJ, Olson JL, Kirchner JP. Acute hepatitis due to fluoxetine therapy. *Mayo Clin Proc* 1999;74:692-4. 3.- LinksFriedenberg FK, Rothstein KD. Hepatitis secondary to fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 1996;153:580. 4.- Cooper GL. The safety of fluoxetine-an update. *Br J Psychiatry Suppl* 1988; 3:77-86.

negativo. Se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico pero no hay mejoría. Se envía al hospital. Analítica: leucos 10.942 (16% E), VSG 80; resto normal. TAC torácico: afectación alveolar en vidrio deslustrado en campos superiores y distribución periférica. Broncoscopia y BAS (40% eosinófilos) orientan hacia neumonía eosinofílica. Se administra corticoterapia y se produce resolución clínica y radiológica en 72 horas.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En esta enfermedad la eosinofilia es típica, aunque puede estar ausente. 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. El

tratamiento de elección son los glucocorticoides a dosis de 0,5-1 mg/24 horas con una mejoría espectacular a las 48 horas. Las recidivas son frecuentes y el tratamiento se debe continuar durante 6 meses. Hay que hacer diagnóstico diferencial con la aspergilosis pulmonar alérgica, síndrome de Löffler, síndrome de Churg-Strauss y síndrome hipereosinofílico idiopático.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: lung eosinophils. 1.- Mochimaru H,

Kawamoto M, Fukuda Y, Kudoh S. Clinicopathological differences between acute and chronic eosinophilic pneumonia. *Respirology* 2005;10:76-85. 2.- Harrison. Principios de Medicina Interna. 16ª edición, tomo 2. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 2005;1671-1690. 3.- Schatz M, Wasserman F, Paterson R. Eosinophils and immunologic lung disease. *Med Clin North America* 1981;65:1055-1071. 4.- Allen JN, Davis WB. Eosinophilic lung diseases. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150:1423-38. 5.- Christoforidias AJ, Molnar W. Eosinophilic pneumonia: report of two cases with pulmonary biopsy. *JAMA* 1960; 173:157-161.

078-O-P

Vasculopatía periférica en pacientes diabéticos

Burgos Remacha I, Ruiz Comellas A, Velasco Carrera M, Català Magre M, Pueyo Sánchez MJ, Foz Serrà M

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de vasculopatía periférica en los pacientes diabéticos tipo 2 de más de 50 años y sus principales factores de riesgo.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal en una zona urbana. Población diana de 1.008 diabéticos tipo 2, mayores de 50 años. Muestra de 226 pacientes (muestreo probabilístico sistemático con reemplazamiento). Periodo de recogida de datos: enero 2006-agosto 2006. Variables: edad, sexo y factores de riesgo cardiovascular. Se realizó el cálculo índice tobillo-brazo (ITB) mediante doppler de bolsillo. Se consideró vasculopatía periférica un ITB \leq 0,9, y sugestivo de calcificación un ITB \geq 1,25.

RESULTADOS

La prevalencia de vasculopatía periférica antes del

estudio era de 4,9%; tras el estudio fue de 17,5%. 39 pacientes presentaban arteriopatía periférica, de los cuales 27 (69%) un ITB de 0,7-0,9 (estenosis leve) y 3 (7,7%) un ITB $<$ 0,5 (estenosis grave). En el análisis bivariante se observa que las variables con relación estadísticamente significativa son antecedentes familiares de accidente vascular cerebral, antecedentes personales de cardiopatía isquémica, sexo y edad superior a 70 años.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La vasculopatía periférica está infradiagnosticada. Los pacientes diabéticos varones y mayores de 70 años son un grupo de alto riesgo para sufrirla. El doppler de bolsillo en nuestro estudio ha facilitado su diagnóstico y estadiaje según su gravedad. Creemos que debería utilizarse en atención primaria, dado su fácil manejo, accesibilidad económica y la gran información que aporta.

079-O-P

Abordaje integral del enfermo domiciliario

Burgos Remacha I, Velasco Carrera M, Ruiz Comellas A, Roses Circums C, Irujo Tatuarte JL, Castillo Ballester J

OBJETIVOS

Conocer el perfil y grado de sobrecarga del cuidador principal informal (CPI) de pacientes terminales y/o inmobilizados no oncológicos. Identificar los factores de sobrecarga.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal realizado mediante entrevista personal. Se ha utilizado un cuestionario que recoge datos sociodemográficos del cuidador y enfermo y la escala de sobrecarga del cuidador, versión castellana de la "Caregiver Burden Interview" (CBII) de Zarit. Los sujetos de estudio han sido los cuidadores de pacientes no oncológicos incluidos en un programa de atención domiciliaria.

RESULTADOS

Se incluyó a 53 cuidadores (92,5% mujeres), de 61 años de edad media. Relación con el paciente: cónyuge (39,6%), hijos (41,5%) y cuidador externo (7,5%).

Un 30,2% lee y escribe y 49,1% tiene estudios primarios. Un 56,6% soporta otras cargas familiares. El 24,5% tenía prescrito algún tratamiento ansiolítico y/o antidepresivo. El 58,5% presentaba sobrecarga (18,9% leve y 22,6% intensa). La proporción de cuidadores con sobrecarga no fue significativamente diferente entre los que tenían a su cargo un enfermo con demencia o con problema de inmovilidad. Existe relación estadísticamente significativa entre sobrecarga y consumo de algún fármaco ansiolítico y/o antidepresivo (χ^2 8,89, $p=0,003$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mayoría de cuidadores informales son mujeres. Los cónyuges y los hijos son los familiares más implicados. La ayuda que reciben proviene principalmente de familiares. La sobrecarga en los CPI de pacientes no oncológicos alcanza una importante proporción entre ellos y frecuentemente es intensa; además presenta una asociación estadísticamente significativa con un mayor consumo de ansiolíticos y/o antidepresivos.

080-C-P

Hemocromatosis hereditaria o sobrecarga férrica: ¿mismo significado?

Burgos Remacha I, Navaz Tejero JJ, Fernández Moyano JF, Pablos Mateos O, Gil Vázquez JM, Lozano Mateo F

INTRODUCCIÓN

La hemocromatosis hereditaria (HH) es una enfermedad infradiagnosticada a cuya detección se llega

en muchas ocasiones a través de sus complicaciones o enfermedades asociadas. Podemos encontrar sobrecarga férrica sin diagnóstico de HH, y la actitud terapéutica es diferente en cada situación.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 32 años con antecedente materno de diabetes tipo 2. No hábitos tóxicos ni antecedentes personales de interés. Refiere astenia desde hace unos meses con leve aumento de GPT en control rutinario. Exploración física sin signos de hepatopatía aguda ni crónica. GPT 63; GGT y GOT normales ferritina 679; resto de analítica normal. Ecografía abdominal normal. Estudio molecular: mutación en gen HFE, heterocigoto H63D. Se detecta sobrecarga bioquímica de hierro en paciente sin antecedentes de interés con elevación aislada de GPT. El descenso de las cifras de ferritina con flebotomías semanales hasta una cifra 267 ng/ml mejora la clínica de astenia y mejora el valor de GPT.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La mutación H63D del gen HFE de la HH aparece en 25-30% de la población. El diagnóstico es la homocigosis C282Y o bien la doble heterocigosis C282Y/H63D. En este caso, podemos hablar de sobrecarga bioquímica de hierro sin diagnóstico molecular de HH. Se debe sospechar por elevación

de ferritina por encima de 300. Debemos tratar con flebotomías hasta alcanzar ferritina de 50 si el individuo es HH (homocigoto C282Y o bien heterocigoto C282Y/H63D). En situaciones de sobrecarga bioquímica de hierro sin diagnóstico de HH, están indicadas las donaciones de sangre cada 2-3 meses para mantener cifras de ferritina por debajo de 1.000; sólo si hay clínica evidente de desestructuración de tejidos sin HH, se deben realizar sangrías semanales.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: hemocromatosis, sobrecarga férrica, screening. 1.- Powell LW, Isselbacher KJ. Hemocromatosis. En: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JA, Martin JB, Favoi AS, Kasper DL (Eds). Principios de medicina interna. Harrison. 13ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1994;2384-2388. 2.- Baer DM, Simon JL, Staples RL, Rumore GJ, Morton CJ. Hemochromatosis screening in asymptomatic ambulatory men 30 years of age and older. *Am J Med* 1995;98:464-468. 3.- Edwards CQ, Kushner JP. Screening for hemochromatosis. *N Engl J Med* 1993;328:1616-1620.

OBI-C-P

Doctora, ¡no puedo dejar de mover las piernas!

Rubio Villar M, Clotet Romero L, Sabaté Cintas V, Pablos Herrero E, Fabra Noguera A, Andreu Alcover RM

INTRODUCCIÓN

El síndrome de las piernas inquietas es un trastorno neurológico caracterizado por movimientos bruscos de las piernas (mioclonias) durante el sueño y que obligan a la movilización de las mismas. Afecta al 15% de población, aumenta con edad y en mayores de 50 años. Su origen es desconocido.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 40 años, colombiano. Asmático en tratamiento con broncodilatadores inhalados. Tiene una hermana con síndrome de piernas inquietas. Refiere sensación desagradable en las piernas, como parestesias al inicio del sueño y en reposo, que le obliga a moverlas constantemente y le dificulta el

sueño; se alivia con el movimiento de las mismas. Exploración física normal. Analítica normal. EMG normal. Se orienta como síndrome piernas inquietas. Se deriva a neurología para confirmar diagnóstico e iniciar tratamiento. Es dado de alta con pramipexol, 0,7 mg/día con lo que mejora visiblemente.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Los pacientes con síndrome de las piernas inquietas tienen la necesidad irresistible de mover las piernas por una sensación molesta en las mismas. Se inicia o empeora con el reposo y los síntomas se reducen con movimiento voluntario de la extremidad afectada. Empeoran por la tarde y noche al estar tumbados o sentados. Un 80% tienen movimientos periódicos de piernas con el sueño. Más frecuente en mujeres mayores de 50 años. Componente familiar. El diagnóstico es clínico. Hay que descartar otras causas: anemia, diabetes, fallo

renal. Tratamiento: cambios de estilo de vida, dar suplementos de minerales, fármacos dopaminérgicos, benzodiazepinas, opiodes y anticonvulsivantes. No tiene cura.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-calve: restless legs syndrome. 1.- Pérez-Romero T, Comas-Fuentes A, Debán-Fernández M, González-Nuevo Quiñones JP. Prevalence of restless legs syndrome at the office in primary health care. *Rev Neuro* 2007;44:647-51. 2.- Hening W A, Caivano CK. Restless legs syndrome: A common disorder in patients with rheumatologic conditions. *Semin Arthritis Rheum* 2007 Oct 29. 3.- Quili S, Abrams KR, Nicolas A, Martin M, Petit C, LLeu PI, Finnern HW. Meta-analysis of the efficacy and tolerability of pramipexole vs ropirinole in the treatment of Restless legs syndrome. *Sleep Med* 2008 Jan 26.

082-C-P

Cefalea frontal y edemas en paciente con hipertensión no conocida

Burgos Remacha I, Navaz Tejero JJ, Fernández Moyano JF, Ruiz Comellas A, González Ruiz F, Pablos Mateos O

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las veces desconocemos la causa de la hipertensión arterial (HTA), pero en 5-10% es secundaria a una enfermedad. Es importante pensar en esta posibilidad para lograr la curación y evitar un tratamiento farmacológico de por vida.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 44 años con padre y madre hipertensos. No hábitos tóxicos conocidos. Hipercolesterolemia que

trata con dieta. Refiere cefalea fronto-occipital de 15 días de evolución. Talla 170 cm; peso 70 Kg (IMC 24,5). TA 155/103. Edema palpebral y en tercio inferior de extremidades inferiores con fóvea. Analítica: hipoalbuminemia. Radiografía de tórax y ECG normales. Proteinuria en orina 24 horas (9,5 g/dl). Con sospecha de HTA secundaria de origen renal se deriva a nefrología para estudio, donde se confirma tras biopsia renal glomerulonefritis membranosa. Se inicia tratamiento con diuréticos, IECA y ARA II sin respuesta. Tras tratamiento inmunosupresor se produce mejoría clínica.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Los médicos de atención primaria realizamos diariamente diagnóstico y tratamiento de HTA, lo que hace que en ocasiones no hagamos una correcta evaluación de los enfermos para detectar causas corregibles. Entre ellas, las más frecuentes son enfermedad vascular renal, coartación de aorta, enfermedad de Cushing, hiperaldosteronismo primario, enfermedad parénquima renal, consumo excesivo de alcohol... Es importante por ello, realizar un cribado sistemático y una correcta evaluación diagnóstica para sospechar HTA secundaria sobre todo en pacientes jóvenes, en mayores de 50 años con HTA grado III o IV o en resistentes al tratamiento farmacológico.

083-C-P

Prurito generalizado de tres años de evolución

Burgos Remacha I, Navaz Tejero JJ, Fernández Moyano JF, Lozano Mateo F, Ruiz Comellas A, Velasco Carrera M

INTRODUCCIÓN

El delirio enterozoico, o síndrome de Ekbom, es un cuadro raro, que la mayoría de las veces puede ser detectado en atención primaria (AP). Dada la dificultad para remitir a estos pacientes al servicio de psiquiatría, el diagnóstico debe realizarse en AP con el apoyo de la unidad salud mental.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 69 años, sin hábitos tóxicos ni alergias. Síndrome depresivo e hipercolesterolemia. Consulta por prurito generalizado de tres años de evolución, que relaciona con la infestación de "unos bichitos negros que están por toda la casa". Presenta múltiples excoriaciones con signos de infección. Hemograma, radiografía de tórax y RNM craneal normales. Se pautan diversos tratamientos sin éxito. Se remite a dermatología, que descarta

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: hipertensión secundaria, glomerulonefritis membranosa. 1.- Zoorob RJ, Arif AM, Morelli V. Hypertension. Prim Care 2000;27:589-614. 2.- Akpunonu BE, Mulrow PJ, Hoffman EA. Secondary hypertension: evaluation and treatment. Dis Mon 1996;42:609-722. 3.- Tovar JL. Diagnóstico de la hipertensión secundaria. En: De la Figuera M, Arnau JM y Brotons C (Eds). Hipertensión arterial en atención primaria. Evidencia y práctica clínica. Badalona: Euromedice, 2002;233-254. 4.- Coca A, De la Sierra A (Eds). Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. Barcelona: JIMS, 2002.

patología pues se trata de lesiones autoprovocadas. Se realiza análisis microscópico de la muestra aportada por la paciente con resultado negativo. La enferma no presenta conciencia de enfermedad y se niega a valoración psiquiátrica.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Una vez descartadas las posibles causas orgánicas del prurito debemos pensar en etiología psicógena. El delirio de Ekbom predomina en mujeres postmenopáusicas. Se clasifica dentro de trastornos delirantes del subtipo no especificado. Se caracteriza por prurito asociado a la convicción de hallarse infestada por pequeños microorganismos vivos y por emplear medidas desproporcionadas para su eliminación. Se debe realizar diagnóstico diferencial con delirios orgánicos; una vez descartados, iniciar tratamiento con neurolépticos, ya que mejoran la calidad de vida del paciente.



BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: delirio parasitario, síndrome de Ekbom. 1.- CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992. 2.- Gould WM, Gragg TM. Delusions of parasitosis: an approach to the

problem. Arch Dermatol 1976;112:1745-8. 3.- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995. 4.- Lynch PJ. Delusions of parasitosis. Semin Dermatol 1993;12:39-45. 4.- Bhatia MS, Jagawat T, Choudhary S. Delusional parasitosis: a clinical profile. Int J Psychiatry Med 2000;30:83-91.

084-C-P

Mujer con pérdida de fuerza en mano izquierda

Rubio Villar M, Pablos Herrero E, Clotet Romero L, Fabra Noguera A, Sabaté Cintas V, Dapena Barón C

INTRODUCCIÓN

La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad neurodegenerativa que causa pérdida de la función motora por lesión y muerte de las motoneuronas en cerebro, tronco cerebral y médula. La prevalencia es de 4-6 casos/100.000. Es más frecuente en varones de 50 años. Un 5% es familiar.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 61 años que acude por pérdida de fuerza en mano izda de 1 mes de evolución. En la exploración física destaca una disminución de fuerza respecto a mano derecha. Se pide EMG y tratamos con aspirina (300 mg/día). A los 15 días sigue igual. Se pide TAC craneal que es normal. Se deriva a neurología. EMG: lesión preganglionar/asta. RMN cervical: cervicoartrosis con protrusión C6-C7 de predominio izda sin compromiso mielorrádicular. Dos semanas más tarde camina con desviación a la izquierda y extensión de pérdida de fuerza a pierna izquierda. Se deriva a neurología para descartar lesión de motoneurona. Se diagnostica esclerosis lateral amiotrófica. Tratamiento riluzol 50 y rehabilitación.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad

neuromuscular de origen desconocido en la que fallan las motoneuronas del asta anterior de la médula espinal. Síntomas: pérdida de fuerza progresiva en brazos, atrofia muscular en brazos y piernas, fasciculaciones, espasticidad, trastornos del habla. Diagnóstico: EMG. Diagnóstico diferencial con artrosis cervical grave, polineuropatías e intoxicaciones. No hay tratamientos exitosos para la enfermedad. Se emplean antagonistas del receptor de glutamato (riluzol) y tratamiento sintomático: baclofeno y ventilación mecánica. Control por neurólogo, neumólogo, digestivo y médico familia. Supervivencia: 3-5 años. Muerte por insuficiencia respiratoria.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: amyotrophic lateral sclerosis. 1.- Matías-Guiu J, Gala L, García Ramos R, Vela A, Guerrero A. Epidemiología descriptiva de la ELA. Revisión. Neurología 2007;22:368-80. 2.- Larrode Pellicer P, Alberti-González O, Íñiguez Martínez C, Santos L, Pérez-Lázaro C. Factores pronósticos y supervivencia en la enfermedad de neurona motora. Neurología. 2007;22:362-7. 3.- Brown RH, Jr. Esclerosis lateral amiotrófica y otras enfermedades de la neurona motora. En: Harrison. Principios Medicina Interna. 16ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana, 2005;2668-2673.

085-C-P

Si no comes, tu hueso pierde

Sabaté Cintas V, Pablos Herrero E, Clotet Romero L, Rubio Villar M, Fabra Noguera A, Baré Mañas M

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis se caracteriza por baja masa ósea con aumento de la fragilidad del hueso y del riesgo de fractura. La anorexia nerviosa es causa de osteoporosis secundaria y consiste en desorden alimenticio caracterizado por la negativa a comer, la pérdida de peso y la distorsión de la imagen corporal.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 29 años, fumadora. Dolor de columna dorso-lumbar de larga evolución. Exploración física: palidez, delgadez (IMC: 16), no deformidad ósea ni limitación funcional. Se intenta explorar alimentación pero se niega; amenorrea de 15 meses. Test de embarazo negativo. Radiografía de columna sin lesiones agudas, hipertransparencia ósea. Analítica normal. Densitometría Ósea: t-score columna -4,5DE; fémur -5DE. Diagnóstico: osteoporosis. Tras explicar la gravedad del caso, la paciente confiesa baja ingesta por miedo a engordar y excesivo ejercicio físico. Se inicia tratamiento con bifosfonato y calcio. Se deriva a ginecología y unidad de trastornos alimentarios.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La osteoporosis es una enfermedad esquelética

caracterizada por resistencia ósea disminuida que predispone a la fractura. Más frecuente en mujeres postmenopáusicas por déficit estrogénico (30% de mujeres mayores de 50 años). Dos tipos: idiopática (postmenopáusica o senil) y secundaria. Las secundarias son menos frecuentes y más difíciles de diagnosticar porque nunca pensamos en ellas (anorexia nerviosa, enolismo, amenorrea prolongada, endocrinopatías...). Diagnóstico: anamnesis, exploración física, analítica y densitometría ósea (t-score por debajo de -2,5DE). Tratamiento: evitar tóxicos, realizar ejercicio físico, dieta rica en calcio y fármacos (bifosfonatos).

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: osteoporosis. 1.- Mundy GR. Osteoporosis and inflammation. *Nutr Rev* 2007;65:S147-51. 2.- Pinkerton JV, Dalkin AC. Combination therapy for treatment of osteoporosis: A review. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:559-65. 3.- Barlow DH. Osteoporosis guidelines. *Climacteric* 2007;10(Suppl 2):79-82. 4.- Kamel HK. Update on osteoporosis management in long-term care: focus on bisphosphonates. *J Am Med Dir Assoc* 2007;8:434-40. 5.- Blahos J. Treatment and prevention of osteoporosis. *Wien Med Wochenschr* 2007;157:589-92.

086-C-P

Fractura patológica en fémur izquierdo

Rubio Villar M, Sabaté Cintas V, Fabra Noguera A, Clotet Romero L, Pablos Herrero E, Dapena Barón C

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma renal o hipernefoma es el

tumor renal más frecuente en el adulto (2,5% de todos los tumores malignos). Es más frecuente en varones de 50-70 años. Se ha relacionado con el consumo de

grasas y colesterol, agentes carcinogénicos ambientales, tabaco y con la insuficiencia renal.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 85 años. HTA, dislipemia, cáncer rectal hace 15 años. Contusión en pelvis tras caída casual. Exploración: acortamiento, dolor y rotación externa en pierna izquierda. Radiografía: fractura cerrada subtrocantérea de fémur. Tratamiento: osteosíntesis endomedular. A los 3 meses acude por dolor agudo en la misma pierna. Radiografía: imágenes de osteolisis. Se envía a oncología por fractura patológica secundaria a proceso neofornativo. TAC tórax-abdominal: tumor renal izquierdo localmente avanzado con afectación ganglionar mediastínica y retrocruclal y metástasis pulmonares.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

l adenocarcinoma renal se detecta de forma casual en 40% por ecografía abdominal al ser un tumor de pequeño tamaño. Sólo 15-20% presentan la tríada dolor, masa palpable y hematuria indolora. Otros síntomas: pérdida de peso rápida e inexplicable, pérdida de apetito, fiebre recurrente, fatiga, dolor de costado,

anemia. Ante la sospecha clínica haremos analítica, sedimento de orina, ecografía abdominal, radiografía de tórax, TAC abdominal y gammagrafía ósea. Tratamiento curativo: cirugía (necrectomía parcial o radical). Si hay metástasis: embolización percutánea de arteria renal. La radioterapia y quimioterapia son inefectivas.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: renal carcinoma. 1.- Revert Torrellas L, Solé Balcells F. Tumores del riñón y de la pelvis renal. En: Farreras-Rozman Medicina Interna. 13ª ed. Madrid: Mosby-Doyma, 1995;981-85. 2.- Buitrago Ramírez F, Turabian Fernández JL. Problemas nefrourológicos. Carcinoma de células renales. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF (Eds). Atención Primaria. 4ª edición. Madrid: Harcourt Brace, 1999;1107-1109. 3.- Jonasch et al. Renal Cell Carcinoma. In: Kantarjian HM, Wolff RA, Koller CA (Eds). MD Anderson Manual of Medical Oncology. New York: McGraw-Hill, 2006. 4.- American Cancer Society. Statistics for 2007. American Cancer Society. Available at http://www.cancer.org/docroot/STT/STT_0.asp. Accessed November, 2007.

087-C-P

Síndrome de Brugada incompleto y oculto

Sabaté Cintas V, Pablos Herrero E, Clotet Romero L, Rubio Villar M, Fabra Noguera A, Dapena Barón C

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Brugada es una arritmia cardíaca hereditaria (autosómica dominante) sin cardiopatía estructural que produce fibrilación ventricular con pérdida de conocimiento y muerte súbita. Prevalencia estimada: 5/10.000 habitantes. Preferentemente en varones (8:1) de 40 años de edad media.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 31 años. Crisis de ansiedad y dislipemia. Consulta por congestión nasal, odinofagia, mialgias, fiebre alta y en la última semana 3 pre-lipotimias coincidiendo con picos febriles. Exploración física normal. Se diagnostica virasis de vías altas y se trata con paracetamol y reposo. A los 5 días vuelve por 2 pérdidas

de conocimiento de 1-2 minutos de duración sin desencadenante (sin fiebre). Exploración física normal. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm, eje QRS a 60°, bloqueo de rama derecha con elevación ST en V1, V2 y V3. Se deriva a hospital por ECG alterado y síncope. Diagnóstico: síndrome de Brugada. Queda ingresado hasta colocación de desfibrilador automático.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El síndrome de Brugada presenta una alteración de los canales cardiacos de sodio que produce trastornos en la conducción y arritmias ventriculares malignas. Se asocia a síncope y muerte súbita en jóvenes durante el sueño y situaciones de aumento de tono vagal. Diagnóstico por ECG: bloqueo de rama derecha con elevación ST y punto J en derivaciones precordiales (V1, V2, V3). Clasificación: ECG manifiesto (ECG típico), latente (ECG alterado tras bloquear canales de sodio con fármacos), oculto (ECG normal); clínica completa

(familiares con muerte súbita y ECG típico), incompleta (ECG típico sin antecedentes). Tratamiento con desfibrilador automático la supervivencia es excelente.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: Brugada syndrome. 1.- Farwell D, Gollob MH. Electrical heart disease in normal structural hearts. *Can J Cardiol* 2007;23(Suppl A):16A-22A. 2.- Boussy T, Sarkozy A, Brugada P. The Brugada syndrome: update 2006. *Arch Mal Coeur Vaiss* 2007;100:865-71. 3.- Letsas KP, Sideris A, Efremidis M, Pappas LK, Gavrielatos G, Filippatos GS, Kardaras F.J. Prevalence of paroxysmal atrial fibrillation in Brugada syndrome: a case series and a review of the literature. *Cardiovasc Med (Hagerstown)* 2007;8:803-6. 4.- Rossenbacker T, Priori SG. The Brugada syndrome *Curr Opin Cardiol* 2007;22:163-70. 5.- Shimizu W. The Brugada syndrome-an update. *Intern Med* 2005;44:1224-31.

088-C-P

Trastorno conversivo de tipo motor

Sabaté Cintas V, Clotet Romero L, Rubio Villar M, Pablos Herrero E, Fabra Noguera A, Marcos Aldea G

INTRODUCCIÓN

El trastorno conversivo implica una pérdida o cambio de funcionamiento físico asociado temporalmente a un conflicto psíquico y produce afectación de la vida laboral y familiar. Se puede presentar a cualquier edad y en ambos sexos, más frecuente en mujeres jóvenes con nivel socio-económico medio.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 51 años. Diabetes mellitus, dislipemia,

osteoporosis y distimia. Consulta por pérdidas de conocimiento de 2-3 minutos de duración 6-8 veces al día sin desencadenante, limitación de la actividad diaria y dependencia total del marido. Estudio neurológico (exploración física, EEG y TAC craneal) normales; cardiológico (ECG, ecocardiograma y Holter) normales; endocrino (analítica, TAC tóraco-abdominal y ecografía) normales. Se deriva a psiquiatría por ansiedad, agorafobia y dependencia las 24 horas. Diagnóstico: trastorno conversivo de tipo motor. Tratamiento: psicoterapia, antidepresivos, benzodiacepinas y antipsicóticos. Ahora no tiene síncope y lleva vida normal.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Criterios DSM-IV para trastorno conversivo: síntomas/déficits que afectan a funciones motoras/sensoriales y sugieren enfermedad neurológica o médica; asociación con factores psicológicos en el inicio o la exacerbación; clínica no producida intencionadamente ni simulada; la clínica no se puede explicar por enfermedad médica o efecto de sustancias; el déficit provoca malestar significativo y deterioro social, laboral y familiar. Es importante revisar-actualizar este tema por su frecuencia en la práctica médica diaria. Sólo una evaluación exhaustiva del paciente puede descartar patología orgánica y realizar diagnóstico precoz. No existe tratamiento exclusivo.

089-C-P

Escabiosis atípica por inmunodepresión

Sabaté Cintas V, Cortés Pastor G, Rubio Villar M, Pablos Herrero E, Fabra Noguera A, Clotet Romero L

INTRODUCCIÓN

La escabiosis es una zooparasitosis humana que produce una erupción muy pruriginosa (sobre todo nocturna). La escabiosis atípica (costrosa o noruega) afecta a todo el cuerpo, predomina en inmunodeprimidos, es más contagiosa y tiene un período de incubación menor (días).

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 75 años. Consulta por estreñimiento y síndrome tóxico de 3 meses. Colonoscopia: lesión exofítica compatible con carcinoma de colon. Se solicita estudio de extensión y se deriva para cirugía. Coincidiendo con la clínica digestiva presenta exantema cutáneo pruriginoso en extremidades inferiores que progresa hasta generalizarse. Dermatólogo de zona trata con hidrocortisona, alantoína y gentamicina

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: psychiatric disorders. 1.- Arias M. Psychogenic disorders: concepts, terminology and classification. *Neurologia* 2004;19:377-85. 2.- Spitzer C, Wrede KH, Freyberger HJ. Fortschr. The "AMDP scale for dissociation and conversion (AMDP-DK)": development of an observer-rated scale and first psychometric properties. *Neurol Psychiatr* 2004;72:404-10. 3.- Pintor Pérez L, Pérez Domínguez G, Torres Mata X, Araya La Ribera S, Arroyo Serrano S, Bailles Lazard E, De Pablo Rabasso J. Psychiatric disorders, personality and traumatic experiences in conversive non-epileptic seizures patients. *Actas Esp Psiquiatr* 2002;30:233-9.

sin mejoría. Posteriormente se trata con corticoides orales y antihistamínicos sin mejorar. Pasados 5 meses ingresa para estudio de erupción y prurito. Biopsia cutánea: escabiosis costrosa con parásitos en capa córnea. Tratamiento: cromation 10% más ivermectina a toda la familia.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La escabiosis/sarna típica presenta prurito intenso de predominio nocturno, lesiones eritematosas, pápulas, surcos y vesículas que respetan cabeza y cuello. Se transmite por contacto directo o convivencia próxima. Período de incubación: 1-4 semanas. La escabiosis costrosa/sarna noruega presenta erupción generalizada descamativa hiperqueratósica con afectación de cara y cuero cabelludo. Es más frecuente en inmunodeprimidos y más contagiosa por tener más parásitos vivos. El diagnóstico es por biopsia y se debe tratar a

toda la familia con queratolítico, escabicida y antiparasitario. Diagnóstico diferencial: psoriasis, dermatitis seborreica, dermatitis atópica, eritrodermia, ictiosis, liquen plano.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: crusted norwegian scabies. 1.- Hengge UR, Currie BJ, Jäger G, Lupi O, Schwartz RA.

Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet Infect Dis* 2006;6:769-79. 2.- Grabowski G, Kanhai A, Grabowski R, Holewinski J, Williams ML. Norwegian scabies in the immunocompromised patient. *J Am Podiatr Med Assoc* 2004;94:583-6. 3.- Scheinfeld N. Controlling scabies in institutional settings: a review of medications, treatment models, and implementation. *Am J Clin Dermatol* 2004;5:31-7. 4.- Hadfield-Law L. Scratching the itch: management of scabies in A&E. *Accid Emerg Nurs* 2000;8:230-2.

090-C-P

Dolor generalizado por flexibilidad

Sabaté Cintas V, Rubio Villar M, Pablos Herrero E, Clotet Romero L, Fabra Noguera A, Andreu Alcover RM

INTRODUCCIÓN

El síndrome de hiperlaxitud articular (SHA) se define como un aumento en la elasticidad de los ligamentos con movilidad articular aumentada (activa y pasiva). Prevalencia en población general de 14%, predominio en mujeres. Es causa frecuente de dolor crónico generalizado. Diagnóstico por exclusión.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 37 años. Escoliosis lumbar y migraña. Consulta por dolor generalizado en brazos, piernas y columna de 6 meses de evolución, mecánico e inflamatorio; posible rigidez, no astenia ni trastornos del sueño. Exploración física: no deformidades articulares ni óseas, no artritis. Dolor en 5/18 puntos de fibromialgia, hiperextensión de codos y rodillas. Analítica normal. Radiografías de rodillas normales. Descartada artropatía degenerativa, poliartritis y fibromialgia. Diagnóstico: síndrome de hiperlaxitud articular cumpliendo los 2 criterios mayores de Brighton. Tratamiento: tonificación muscular, evitar sobrecarga y analgesia.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El SHA es una alteración generalizada del colágeno con aumento de la elasticidad y la movilidad. Más frecuente en mujeres de 15-50 años. Un 10% tiene dolor crónico generalizado. Diagnóstico diferencial: artropatía degenerativa, poliartritis, osteomalacia, politendinitis y fibromialgia. Diagnóstico por exclusión y por los criterios diagnósticos de Brighton: artralgias en más de 4 articulaciones durante más de 3 meses; puntuación exploración Brighton más de 4/9 (aposición pulgar-antebrazo, flexión tronco hasta que palmas toquen suelo, hiperextensión superior a 10° en rodillas, hiperextensión superior a 10° en codos, dorsiflexión de quinto dedo mano superior a 90°). Tratamiento: evitar sobrecargas, tonificación muscular, analgesia.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: hypermobility syndrome. 1.- Simmonds JV, Keer RJ. Hypermobility and the hypermobility syndrome. *Man Ther* 2007;12:298-309. 2.-

Remvig L, Jensen DV, Ward RC. Epidemiology of general joint hypermobility and basis for the proposed criteria for benign joint hypermobility syndrome: review of the literature. *J Rheumatol* 2007;34:804-9. 3.- Bird HA. Joint hypermobility. *Musculoskeletal Care*

2007;5:4-19. 4.- Simpson MR. Benign joint hypermobility syndrome: evaluation, diagnosis, and management. *J Am Osteopath Assoc* 2006;106:531-6. 5.- Hakim A, Grahame R. Joint hypermobility. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:989-1004.

09I-C-P

Plenitud gástrica y vómitos en un varón

Rubio Villar M, Fabra Noguera A, Clotet Romero L, Pablos Herrero E, Sabaté Cintas V, Andreu Alcover RM

INTRODUCCIÓN

El cáncer de estómago es la segunda causa de neoplasia más frecuente en el mundo. En España se diagnostican 17-27 casos/100.000 habitantes/año. Es más frecuente en varones de 50-60 años y sólo 21% tiene enfermedad localizada en el momento del diagnóstico. La supervivencia es de 82% a los 5 años.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 71 años que consulta por plenitud posprandial y vómitos desde hace 1 mes. Exploración física normal. Tratamiento sintomático. A los 15 días persisten vómitos alimentarios con pérdida de peso y apetito. Gastroscopia: cuerpo gástrico con neoformación ocupante de 3/4 de los cuadrantes. Biopsia: adenocarcinoma mucinoso. Tránsito digestivo: reflujo gastroesofágico, rigidez irregular de curvatura mayor de antro gástrico. Se deriva a oncología urgente para tratamiento. TAC abdominal: lesión dudosa, estómago de paredes gruesas, carcinomatosis peritoneal, no adenopatías. Se decide tratamiento paliativo.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Más de 95% de cánceres de estómago son adenocarcinomas. Factores de riesgo: dieta (consumo de sal, nitratos, pobre en vitaminas A y C, ahumados),

tabaco, presencia de *H. pylori* o virus EB, radiaciones, cirugía gástrica previa, grupo sanguíneo A, anemia perniciosa. Antecedentes familiares: síndrome de Peutz-Jeghers, lesiones precursoras. Síntomas: dolor abdominal, pérdida de peso, melenas y/o hematemesis, náuseas y vómitos, anorexia, saciedad precoz, edemas, disfagia. Signos: masa, megalias, caquexia, anemia, adenopatías, síntomas paraneoplásicos. Diagnóstico: anamnesis, exploración, analítica, radiografía de tórax, gastroscopia, biopsia, TAC toracoabdominal. Tratamiento individualizado si estadio I-III (cirugía, linfadenectomía, quimioterapia); en caso de estadio IV poliquimioterapia y tratamiento paliativo.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: adenocarcinoma gástrico. 1.- Sainz Samitier R. Tumores del estómago y duodeno. En: Farreras-Rozman. *Medicina Interna*. 13ª ed. Madrid: Mosby-Doyma, 1995;108-116. 2.- Morales Chamorro R, Méndez Vidal MJ, Aranda Aguilar E. Cáncer de estómago. *Medicine* 2005;9:1613-1620. 3.- Sastre J, García-Sáenz JA, Díaz Rubio E. Chemotherapy for gastric cancer. *World J Gastroenterology* 2006;12:204-12. 4.- Mayer RJ. Cáncer del aparato digestivo. En: Harrison. *Principios de Medicina Interna*. 15ª Edición. Madrid: McGraw-Hill, 2001;685-687. 5.- Golderg RM. Tumores del tracto gastrointestinal. En: Casciato DA, Lowitz BB (Eds). *Oncología clínica*. 4ª ed. Madrid: Marban, 2001;177-182.

Lesiones cutáneas anulares en extremidades superiores

Rubio Villar M, Clotet Romero L, Pablos Herrero E, Fabra Noguera A, Sabaté Cintas V, Dapena Barón C

INTRODUCCIÓN

El granuloma anular es una enfermedad cutánea crónica de causa desconocida caracterizada por un anillo de pápulas o nódulos violáceos o rojos congestivos dérmicos, en forma anular, localizados o diseminados. Es más frecuente en niños y jóvenes, con resolución espontánea y asintomática.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 75 años. Hipertensa en tratamiento farmacológico que consulta por la aparición de una erupción cutánea no pruriginosa de una semana de evolución en brazos. Exploración física: eritema con pápulas rojizas en forma anular en ambos brazos. La sospecha diagnóstica es granuloma anular. Se pide analítica para descartar diabetes, hepatitis crónica y patología tiroidea y se deriva a dermatólogo para confirmar el diagnóstico mediante biopsia cutánea e iniciar el tratamiento. A los 4 meses acude con el resultado de la biopsia que confirma el granuloma anular. Tratamiento: corticoides tópicos durante un mes y conducta expectante por ser un cuadro asintomático y autolimitado.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El granuloma anular es una dermatosis crónica benigna que cursa con una inflamación granulomatosa

de la dermis. Es un motivo frecuente de consulta por los problemas cosméticos que plantea al paciente. Hay dos formas clínicas: localizada (dorso de manos, pies, codos y rodillas) y generalizada (tronco y extremidades). Puede asociarse a diabetes y patología tiroidea, por lo que debemos hacer analítica y biopsiar la lesión para confirmar el diagnóstico. Su evolución y respuesta a los tratamientos es incierta. La forma localizada tiende a la resolución espontánea, no así la generalizada. Tratamiento: fotoquimioterapia, isotretinoína, corticoides sistémicos y vitamina E entre otros.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: granuloma anular. 1.- Dahl MV. Granuloma anular. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K, Free (Eds). *Dermatology in General Medicine*. 6ª ed. New York: McGraw-Hill, 2003;980-4. 2.- Peggy R. Diagnosis and management of granuloma anular. *Am Fam Physician* 2006;74:1729-34. 3.- Loony M, Smith KM. Isotretinoin in the treatment of granuloma anular. *Ann Pharmacother* 2004;38:494-7. 4.- Guiote Domínguez MV, Vilanova Mateu A, Viera R, Hernández-Gil Sánchez J, Naranjo Sintés R, Gutiérrez Salmerón MT. Granuloma anular generalizado: respuesta al tratamiento con vitamina E. *Med Cutan Iber Am* 2005;33:261-263.

093-O-P

Pacientes tratados con venlafaxina en atención primaria: ¿seguimos las recomendaciones de seguridad terapéutica?

Romero Fernández Y, Andreu Oliete I, Bendahan Barchilón G, Rodríguez Pérez E

OBJETIVOS

Evaluar el seguimiento de las recomendaciones terapéuticas sobre el uso de venlafaxina a partir de los datos de seguridad que aconsejan reservarlos como tratamiento de segunda o tercera línea y vigilar especialmente los niveles de tensión arterial (TA) y extremar las precauciones en patologías cardíacas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Ámbito: centro de salud urbano con una población asignada de 30.720 usuarios. Sujetos: pacientes tratados con venlafaxina. Variables: edad, sexo, TA; presencia o no de diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) y cardiopatía (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmias y alteraciones en ECG); motivo de la prescripción de venlafaxina y línea de indicación terapéutica.

RESULTADOS

Se recogen 138 pacientes tratados con venlafaxina.

Un 72,5% son mujeres. La edad media es de 56 años (53,6-59,3). En 66,7% el motivo de la prescripción es la depresión y en un 13% no consta el diagnóstico. En 53,6% de los casos se prescribió como primera línea, en 32% de segunda y en 13% de tercera. El 5,8% de los pacientes son cardiopatas; de éstos 62,5% tiene buen control tensional y en el resto no consta el registro de la TA. El 26,8% son hipertensos; de ellos 32% tenía un buen control, 45,9% mal control y 21,6% no tenía registrada ninguna cifra de TA en los últimos 2 años. El 9,4% de los pacientes no hipertensos tienen mal control.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hay que avanzar en el seguimiento de las recomendaciones terapéuticas de venlafaxina, ya que en una proporción nada despreciable se está prescribiendo como primera línea, lo que es especialmente relevante en el caso de pacientes en los que haya que tener una precaución especial. Se debe mejorar el seguimiento de las TA en estos pacientes.

094-O-P

Ante el uso casi habitual de la “triple terapia” en mayores de edad. ¿Estamos anticoagulando y antiagregando en exceso?

Romero Gallardo F

OBJETIVOS

Realizar una revisión de datos científicos disponibles

sobre seguridad clínica y complicaciones (hemorragia grave) del tratamiento en pacientes de edad avanzada con “triple terapia” anticoagulación-antiagregación

(acecumarol, aspirina, clopidogrel) por tiempo indefinido e independientemente de su indicación.

METODOLOGÍA

Se hace revisión en base de datos PubMed en los últimos 10 años, buscando ensayos clínicos y estudios observacionales incluidos meta-análisis y otras revisiones sistemáticas, con las palabras-clave y términos MeSH "treatment, combination, aspirin (MeSH Term), acetylsalicylic, ticlopidine (MeSH Term), clopidogrel, acenocoumarol (MeSH Term), sintrom, warfarin (MeSH Term), antiplatelet drugs, anticoagulation, patient, prevention, mix, risk, security complication, hemorrhage (MeSH Term), bleeding, woman, man, human, primary, secondary, heart disease, stroke, cardiovascular accident".

RESULTADOS

La muestra final fue configurada por 7 estudios observacionales de seguimiento retrospectivo, 3 de casos y controles, 3 de cohortes histórico y 1 "report case", no valorable, editado en sueco, no traducido y no disponible on-line. Válidos solo 5 anglosajones y 1 español, todos con un IC del 95%. He analizado la

presencia de los 3 fármacos, la edad de los pacientes, el tiempo de exposición y la casuística de hemorragia grave y resulta un total de pacientes contrastados muy bajo (470), un tiempo de exposición corto (menos de 30 o de 182 días), una edad media de 70 años y una tasa alta de hemorragia grave de 7-14% (n=44) ligada a la dosis de aspirina en 2 estudios, sin que el INR sea predictivo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Estos heterogéneos resultados, la ausencia de claras recomendaciones publicadas y el hecho de que el beneficio obtenido no parece justificar el riesgo, hacen que la prudencia se imponga y que en pacientes de avanzada edad, que son nuestro caso, no se deba utilizar la "triple terapia" (y de hacerlo reservarla para casos estrictamente necesarios de prevención secundaria de alto riesgo tromboembólico), no alargarla en el tiempo, no superar nunca la dosis de 100 mg de AAS y retirar el anticoagulante oral si el INR está por encima de 2,5; en caso de contraindicación de anticoagulación, la antiagregación con AAS ha resultado igual de eficaz a dosis bajas de 75-100 mg. No existen on-line estudios clínicos controlados por ahora.

095-O-P

Antibióterapia en pediatría en Castilla y León: estudio del coste farmacéutico

Villalba Casas I, Bachiller Luque MR, Navarro Placencia E, Vázquez Fernández ME, Pastor García E, Vázquez Fernández MJ

OBJETIVOS

Analizar el gasto farmacéutico derivado de la prescripción de antibióticos de uso sistémico en la población pediátrica de Castilla y León durante los años 2001 a 2005.

METODOLOGÍA

Los datos de gasto y consumo de antibióticos extra-hospitalario procedieron de la base de datos que procesa las recetas facturadas en el Servicio de Salud de Castilla y León. El indicador de consumo fue la dosis

diaria definida (DDD) por mil habitantes y día. El gasto se expresó utilizando dos indicadores: euros por mil habitantes por día, y euros por DDD.

RESULTADOS

El gasto medio anual fue de 28 €/1.000 habitantes/día. Se observa una tendencia descendente del gasto, tan sólo rota en 2003 por el mayor consumo de antibióticos. Dicho gasto se concentró en orden decreciente en los subgrupos penicilinas asociadas a inhibidores de betalactamasas, cefalosporinas, macrólidos y penicilinas de amplio espectro. La contribución al gasto global de cada principio activo fue

variable; destacan dos hechos: el elevado precio en el mercado de la azitromicina (3,74 €/DDD) y el descenso casi generalizado de precios especialmente en 2005.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Observamos una tendencia generalizada hacia la disminución del gasto farmacéutico a lo largo del periodo de estudio, con el dato más bajo en 2005, potencialmente atribuible a la política farmacéutica, al crecimiento explosivo de la prescripción de genéricos y a la concienciación ahorradora de los profesionales y usuarios del sistema sanitario.

096-O-P

¿Consecuencia de envejecer?

Clotet Romero L, Sabaté Cintas V, Pablos Herrero E, Andreu Alcover RM, Rubio Villar M, Dapena Barón C

OBJETIVOS

Conocer el perfil de los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) y valorar la cantidad y tipos de medicación psiquiátrica que reciben estos pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal, a partir de revisar las historias clínicas informatizadas de los pacientes registrados como ATDOM hasta 2006. Población estudiada: área de salud urbana con una población de 26.500 habitantes, que integra 2 barrios: barrio A, nivel socio-económico medio-alto y más envejecido, y barrio B, nivel bajo con población más joven y más inmigración. Criterios de inclusión: todos los pacientes registrados como ATDOM en 2006 (n=131). Variables

de estudio: sexo, edad, barrio, presencia de polifarmacia (5 fármacos) y tipo de fármacos.

RESULTADOS

131 pacientes analizados. Distribución por barrios: 72% del barrio A y 28% del barrio B. Distribución por sexos: 28% hombres (21% en barrio A y 46% en barrio B) y 72% mujeres (79% en barrio A y 54% en barrio B). Media de edad: 83+/-10 años (85+/-8 años en barrio A y 78+/-13 años en barrio B). Polifarmacia: 93% (sin diferencias entre barrios). Media de fármacos por paciente: 9,5+/-4 (8,5+/-9 en barrio A y 13,5+/-9 en barrio B). Número de psicofármacos por paciente: 29% no toman psicofármaco, 37% toman 1, 19% toman 2, 12% toman 3 y 3% toman 4 o más. Predominio de antidepresivos en barrio A y benzodiazepinas y neurolepticos en barrio B.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mayoría de pacientes ATDOM pertenece al barrio A. Predominio de mujeres mayores de 80 años. La mayoría de pacientes tiene polifarmacia y fármacos que se consideran de riesgo en el paciente frágil. Es destacable el gran número de pacientes que toman

algún psicofármaco, pero alarmante el número de pacientes que toman 2 o más fármacos. Recomendamos en estos casos una revisión sistemática de la medicación que reciben estos pacientes para evitar yatrogenia y evitar en lo posible la polifarmacia. Valorar riesgo-beneficio de los fármacos e intentar no medicalizar los problemas sociales, de soledad...

097-C-P

Mi niña no quiere comer

Clotet Romero L, Pablos Herrero E, Rubio Villar M, Sabaté Cintas V, Dapena Barón C, Fabra Noguera A

INTRODUCCIÓN

La enfermedad que presentamos tiene un nombre que nos dice directamente la afectación de la misma: enfermedad boca-mano-pie. Niña que vimos un día de urgencias y el hecho de no pensar en esta enfermedad por no ser frecuente en adultos me dificultó el diagnóstico.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Niña de 20 meses que consulta por irritabilidad, llanto fácil, pérdida del apetito y lesiones vesiculosas en palmas de manos desde hace 2 días. Afebril. Exploración: buen estado general, exploración normal, lesiones vesiculosas de pocos milímetros en ambas manos de predominio palmar e interdigital, vesículas escasas en cara posterior de tobillo y aftas en encía inferior. Diagnóstico diferencial: gingivostomatitis herpética, herpangina y enfermedad boca-mano-pie. Diagnóstico: dada la ausencia de fiebre, lesiones en manos y pies y la poca afectación sistémica se diagnostica de enfermedad boca-mano-pie. Tratamiento sintomático.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La enfermedad boca-mano-pie es una exantemática

causada por virus coxsackie, ECHO y enterovirus. Aparece más frecuentemente en niños pero puede afectar adultos. Clínicamente cursa con enantema de máculas rojas y pequeñas vesículas/aftas en mucosa bucal (con disfagia), vesículas de 2-3 mm a manos y pies que afectan palmas y plantas. Habitualmente sin fiebre, ni adenopatías ni sintomatología general (adenopatías, dolor abdominal, vómitos, artralgias...). Cura con remisión espontánea en pocos días y sin secuelas. El tratamiento es sintomático. Es muy importante explicar la benignidad y tranquilizar a los padres, ya que la ingesta puede ser escasa a causa de la disfagia.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: coxsackie. 1.- Casanova M, Cruz M. Enfermedades exantemáticas. En: Cruz M, Crespo M y colaboradores (Eds). Manual de Pediatría. 1ª edición. Madrid: Ergon, 2003;198. 2.- Frydenberg A, Starr M. Hand, foot and mouth disease. Aust Fam Physician 2003;32:594-595. 3.- www.health.state.ny.us/es/diseases/communicable/hand_foot_mouth/fact_sheet.htm

098-C-P

Esto no es una reacción alérgica corriente

Clotet Romero L, Rubio Villar M, Dapena Barón C, Fabra Noguera A, Pablos Herrero E, Sabaté Cintas V

INTRODUCCIÓN

Caso de enfermedad que se desencadena con fármacos, alimentos, actividades de la vida diaria y picadura de insectos entre otras. Pueden simular o diagnosticarse como cuadros alérgicos erróneamente. En el caso descrito una supuesta alergia a aspirina probablemente fue una primera crisis de mastocitosis.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 35 años. Después de una picadura de mosquito presenta erupción cutánea con máculas hiperpigmentadas generalizadas. Refiere alergia a aspirina por una reacción cutánea importante. Exploración: piel roja, múltiples lesiones pigmentadas máculo-papulosas de color marrón, mal definidas, medida variable; afectación principal en tronco; cara, palmas, plantas y mucosas sin lesiones. A la fricción se desencadena una reacción urticariforme con halo perilesional (signo de Darier). Diagnóstico: mastocitosis. El signo de Darier es patognomónico en 90% de casos; si no existe hay que hacer biopsia. Tratamiento: ranitidina (anti-H2), dexclorfeniramina a dosis altas. Cura sin cicatrices.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La mastocitosis es un acúmulo de mastocitos en

piel u órganos afectados. Forma más frecuente cutánea que se inicia en la infancia y se autolimita en adolescencia. La forma sistémica afecta múltiples órganos, más frecuentes las lesiones óseas (70%) y la hepatoesplenomegalia (50%). También puede afectar a aparato gastrointestinal (úlceras pépticas, malabsorción), sistema hematopoyético con eosinofilia periférica, anemia y leucocitosis (33%) por infiltración medular y adenopatías generalizadas. Favorecen la degranulación de mastocitos el ejercicio, la fricción de la piel, la comida picante y múltiples fármacos (aspirina, AINE, procaína...). Tratamiento: antihistamínicos y cromoglicato sódico.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: mastocitosis, Darier, urticaria pigmentosa. 1.- White G. Enfermedades de la infancia. En: White G (Ed). Atlas Levene de dermatología. 2ª edición. Madrid: Harcourt Brace, 1997;58. 2.- Ackerman. Urticaria pigmentosa. En: Ackerman, Kerl, Sánchez y colaboradores. Atlas clínico de enfermedades de la piel. 1ª edición. Madrid: Marban SL, 2005;612-618. 3.- Brockow K, Jofer C, Behrendt H, Ring J. Anaphylaxis in patients with mastocytosis: a study on history, clinical features and risk factors in 120 patients. *Allergy* 2008;63:226-32. 4.- www.aeped.es/protocolos/dermatologia/dos/mastocitosis.pdf. 5.- www.aedm.org (asociación española de enfermos de mastocitosis).

099-C-P

Carta de amor...

Sanchidrián González MDR, Marcos González A, Fernández Poza M

INTRODUCCIÓN

La violencia de sexo es problema sociosanitario, perjudica la salud y el equilibrio emocional de víctima y entorno socio familiar. La violencia física o psíquica consigue igual efecto de control y dominio. Exponemos la historia real de 2 novios universitarios a la espera de sentencia Judicial firme.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

“Escribo lo que cambiaremos. Necesito que des todo por mí. Si una sola cosa no se cumpliera entraré en tu casa. Llevo en la mochila un cuchillo. ¡Puedes pararlo!”. “YO: Seré el primero, dejarás familia y amigos, volverás lentamente. Demostraré públicamente mi amor, no habrá más situaciones celosas. Nunca te amenazaré. Toleraré tus trabajos, ropa, pero nunca permitiré excesos. Añade tú cosas...”. “TÚ: Dejarás todo por mí antes de ver mis cambios. Me enseñarás tu móvil. Hablarás cuando y donde yo quiera. Nunca dirás “te dejo”, no discutirás por bobadas. Buscarás trabajo sin peligro de cuernos. Vestirás discreta. Pedirás perdón de todos tus fallos enumerándolos. Ampliaré peticiones si aceptas todo”.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La aportación sanitaria va desde la implantación

de programas de prevención y detección precoz del perfil de riesgo hasta la intervención en el caso detectado. Hay que incorporar en los programas escolares contenidos con objetivos de educación para la igualdad, la convivencia, aprender a gestionar conflictos a través de la palabra. Se debe entrenar a jóvenes en reconocer características de varón violento, conductas de maltrato, protegerse y enfrentar la violencia; orientar hacia dispositivos con experiencia; emitir informes periciales que acrediten lesiones, denunciar. En caso de riesgo solicitar Orden de Protección. Sobre varones, ejercer prevención, detección precoz, asistencia y reeducación (Programa Fénix).

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: violencia de pareja, novias maltratadas, noviazgo violento, signos, educación para la vida en sociedad, personalidades violentas, conflictos de pareja, apoyo social. 1.- Ferreira GB. Hombres violentos, mujeres maltratadas: aportes a la investigación y tratamiento de un problema social. Buenos Aires: Editorial Sudamericana 1992. 2.- Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Comisión Contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

100-O-P

“SERVQUAL”: ¿fiable para medir la calidad en los servicios sanitarios?

Lara Cabeza FJ, Vico Ramírez F, Herrera Serena P, Cobo Valenzuela N, Velasco Aguilera MM, Elfazazi S

OBJETIVOS

Comprobar la fiabilidad y la aplicabilidad del instrumento “SERVQUAL” para medir la calidad en los servicios y la comparación con las Unidades de Gestión Clínica del Distrito Sanitario de Jaén.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, retrospectivo. Población: 13 Unidades de Gestión Clínica (UGC) pertenecientes al Distrito Sanitario de Jaén (Servicio Andaluz de Salud). Periodo de análisis: años 2004-2007. Instrumento de medida: Servqual (Marketing Science Institute), escala múltiple de alta fiabilidad y validez que las empresas utilizan para comprender mejor las expectativas y percepciones que tienen los clientes respecto a un servicio. Las dimensiones y las preguntas seleccionadas para la comparación son: fiabilidad (P30.1), empatía (P26), seguridad (P31), fiabilidad (P12), elementos tangibles (P7 y capacidad de respuesta).

RESULTADOS

La “empatía” en Andalucía, tiene coeficiente de variación de 2,76 (79,3+/-2,19) para los años estudiados; el Distrito Sanitario tiene variabilidad de 5,87, en tanto que en las UGC aisladamente

estudiadas es de 1,35-21,9. En “elementos tangibles” (aparición de instalaciones, equipos...) en Andalucía no hay variabilidad en los 4 años (cv=0), en Distrito 1,69 y para las 13 UGC es de 0,19-17,64). La “capacidad de respuesta” no cambia en Andalucía (cv 0); en las UGC alcanza a 14,91. La “seguridad” en Andalucía es de 0,80 mientras en algunas UGC llega a 8,73. La “fiabilidad” en Andalucía (0,568), rango para el resto de UGC es de 1,23-8,23. Las UGC con mayor variabilidad son Mengíbar y Mancha Real. La dimensión con mayor oscilación empatía y limpieza del centro.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la cultura empresarial actual se busca por parte de las empresas de servicios (incluidas las sanitarias) generar un servicio que proporcione una ventaja competitiva. “Servqual” es un instrumento que identifica los elementos que generan valor al usuario y permite revisar los procesos para detectar áreas de mejora. Cuando analizamos y nos comparamos con el resto de unidades este instrumento se perfila como fiable y consistente cuando se analizan períodos largos de tiempo y unidades de análisis muy amplias (Andalucía) y la totalidad del Distrito, y pierde consistencia cuando se desagrega por Unidades más pequeñas.

102-0-0

Anticoagulación oral en un centro de atención primaria rural: resultados de un año de experiencia

Carmona Segado JM, Herranz Fernández M, Jurado Gallego R, Morral Roma A, Martínez Zaguirre M, Gibert Sanss M

OBJETIVOS

Conocer diversos aspectos epidemiológicos relacionados con los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales controlados en nuestro centro de atención primaria entre marzo de 2007 y marzo del 2008

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de base poblacional. Población de 2.300 habitantes de la localidad barcelonesa de Saint Llorenç Savall. Se analizan los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales que se controlan en nuestro centro (características rurales) y se recogen y analizan variables como edad, sexo, años tras la indicación definitiva de anticoagulación oral, dosis media de acenocumarol por paciente, número de controles INR en el último año y resultado de estos controles, patología por la cual fue indicada la anticoagulación oral definitiva...

RESULTADOS

En nuestro cupo existen 22 pacientes en tratamiento con acenocumarol. 15 se controlan en atención primaria y el resto en el hospital (4 de éstos están en proceso de

control en atención primaria). La edad media del paciente anticoagulado y controlado en nuestro centro es de 72,6 años. El 53% de los pacientes son varones. La media del tiempo que llevan nuestros pacientes anticoagulados es de 3,8 años. La dosis media de acenocumarol por semana y paciente fue de 11,2 mg (hombres 13 mg, mujeres 9 mg). El número medio de controles de INR por paciente y año es de 20 (la mitad en rangos de buen control). La patología principal por que se indicó la anticoagulación es la fibrilación auricular valvular.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La descentralización de la anticoagulación oral del hospital a la atención primaria es posible (en nuestro caso el 68% de pacientes anticoagulados se controlan en atención primaria). El perfil del paciente anticoagulado y controlado por nosotros tiene 70 años de edad, lleva casi cuatro años con tratamiento anticoagulante y con fibrilación auricular por patología valvular cardíaca asociada. Al ser el número medio de controles por paciente y año 20 (aproximadamente 300 controles en total) se evitó el desplazamiento al hospital (18 Km de carretera comarcal) con la consiguiente disminución de consultas hospitalarias y mayor comodidad para el paciente.

103-C-P

Psoriasis en gotas

Muñoz Cabañero G, Medina de la Casa R, Pérez del Prado M, López Pérez A, Hispán Calle R, Del Campo Del Campo B

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad eritematoescamosa,

de causa desconocida, etiología multifactorial y factores desencadenantes, con incidencia en segunda y quinta décadas de la vida. Afecta a 2% de la población.

La psoriasis en gotas se manifiesta como pápulas disseminadas por todo el cuerpo que aparecen tras infección estreptocócica.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 34 años, bebedor habitual. Antecedentes de lesiones eritematodescamativas. Presenta escamas nacaradas (psoriasis vulgar) en codo izquierdo, en tratamiento con corticoides tópicos de potencia media. Acude a nuestra consulta por presentar pápulas disseminadas por todo el tronco y extremidades superiores acompañadas de prurito. Hace aproximadamente 15 días tuvo un episodio de amigdalitis aguda. Los resultados de la analítica: GOT 48, GPT 110, GGT 226, VIH y RPR negativos, ASLO 440.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El diagnóstico de psoriasis en gotas es clínico: al raspar aparece un sangrado multiforme (signo de rocío hemorrágico). Informamos sobre la falta de contagiosidad del cuadro, su evolución a brotes y de los factores desencadenantes (estrés, infección de garganta, tabaquismo, rascado). Se aconseja dejar alcohol

y evitar determinados medicamentos: betabloqueantes, AINE, corticoides. Hay que hacer diagnóstico diferencial con varicela, sífilis secundaria, tiña, pitiriasis rosada y pitiriasis liquenoide. Se pauta tratamiento con corticoides tópicos y amoxicilina (1 gramo cada 8 horas durante 10 días). A los 30 días desaparecen prácticamente las lesiones dérmicas.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: psoriasis, eritemato descamativas, corticoides tópicos. 1.- Owen CM, Chalmers RJG, O'Sullivan T, Griffiths CEM. Intervenciones antiestreptocócicas para la psoriasis guttata y en placas crónica (Revisión Cochrane). En: La Cochrane Library Plus, Número 4, 2007. 2.- Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: URL: <http://www.update-software.com>. 3.- Ferrándiz Foraster C. Dermatitis eritematoescamosas (I). Psoriasis. Eritrodermias. En: Ferrándiz C (Ed). Dermatología clínica. 2ª ed. Madrid: Harcourt, 2001;165-175. 4.- Camisa C. Handbook of psoriasis. 2ª ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2004;7-34. 5.- García Díez A, et al. Psoriasis. Monografías de dermatología, 2005.

104-C-P

Gangrena de Fournier

Muñoz Cabañero G, Medina de la Casa R, Contreras Claramonte R, Andújar Morales MJ, García-Abadillo García-Catalán G, Romero Torrijos MJ

INTRODUCCIÓN

Fascitis necrosante que afecta a la región perineo-genital. Es un cuadro poco frecuente, pero con un índice de mortalidad de hasta 75%. Su incidencia es mayor en varones de mediana edad con factores predisponentes como la diabetes, alcoholismo crónico, desnutrición y neoplasias.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 74 años, hipertenso. Proctalgia intensa y disuria. Se diagnostica de prostatitis e infección urinaria. Se prescribe tratamiento con ciprofloxacino. A los 3 días presenta febrícula, diarrea fétida y ligera inflamación perineal y derivamos urgencias hospitalarias donde diagnostican infección del tracto urinario

y continúan tratamiento prescrito. A los 7 días derivamos de nuevo a hospital por encontrar al paciente postrado, febril, con mal estado general y edema de miembros inferiores, área genital y abdomen. Es intervenido quirúrgicamente con desbridamientos amplios, orquiectomía bilateral e ingreso en UCI dado su estado séptico. Es intervenido en 3 ocasiones y fallece a los 40 días.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Al ser el diagnóstico de este cuadro sobre todo clínico (pródromos inespecíficos durante unos días, fiebre elevada –no siempre-, dolor perineo-genital, náuseas y vómitos) es importante el diagnóstico y tratamiento precoz. En nuestro caso el pronóstico fue peor por ser mayor de 60 años, tener origen anorrectal, gran extensión de lesiones necróticas y retraso en el tratamiento. Pese a realizar el diagnóstico y el tratamiento

de manera precoz (desbridamientos amplios y precoces) y correcta, la mortalidad ronda 50%.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: Fournier's gangrene, necrotizing fasciitis. 1.- Melgar Borrego AB, López Moreda M, Martín Méndez L, Julián Viñals R. Gangrena de Fournier. A propósito de un caso. *Semergen* 2006;32:464-7. 2.- Farina LA, Zungri ER. Gangrena de Fournier y otras infecciones necrosantes. *Arch Esp Urol* 2007;54:1061-5. 3.- Irazu JC, De Miceu S, Salas J, Kaz ON, Echeguren ES, Blundo OA. Gangrena de Fournier. Nuestra experiencia clínica, etiopatogenia y tratamiento. *Actas Urol Esp* 1999;23:778-83. 4.- Navarro V, Salavert M, Campo C. Gangrena de Fournier. Estudio de 12 pacientes y revisión. *Rev Esp Quimioter* 2000;13:214-8.

105-C-P

Parálisis facial de origen poco frecuente

Dapena Barón C, Pérez Lucena MJ, Clotet Romero L, Sandoval Seguil CC, Salomao Ribera M, Guiu Viaplana A

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Lyme puede debutar como síndrome febril y parálisis facial periférica. Este caso clínico pone de relieve la importancia de la epidemiología y la clínica para realizar un buen diagnóstico. Las pruebas de laboratorio pueden aportar ayuda siempre supeditadas a un buen juicio clínico.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 42 años. Alcoholismo moderado. Presenta fiebre de 15 días, cefalea, orina oscura y malestar general. Exploración: 39,3°C, TA: 140/80, resto normal. Laboratorio: VSG 111, linfopenia y plaquetopenia con frotis periférico normal, hipertrigliceridemia,

glucosuria y hematuria. Radiografía de tórax normal. Hemo y urocultivos normales, PPD negativo. Serologías negativas. Diagnóstico inicial: síndrome febril de causa desconocida. A las 3 semanas de la última consulta presenta parálisis facial periférica; se reinterroga al paciente y recuerda picadura de garrapata. Se orienta como neuroborreliosis. Se confirma por serología y se trata con doxiciclina oral durante 14 días. La evolución fue buena.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La enfermedad de Lyme es difícil de diagnosticar si el paciente no recuerda la picadura de garrapata. Una anamnesis dirigida y la patocronia de la enfermedad son imprescindibles. Exploraciones complementarias a realizar: radiología, analítica básica,



cultivos de sangre y orina, Mantoux, serología (treponema, brucella, Coxiella burnetii, Rickettsias spp, Bartonella spp, Borrelia spp, leptospira spp, Erlichia spp, toxoplasma, Listeria monocytogenes, VIH, VEB, CMV, TBC). Además, anticuerpos contra B. burgdorferi, que pueden no detectarse hasta pasadas 2 semanas (el nivel más alto es a las 3-6 semanas). También se realiza punción lumbar con cultivo de líquido cefalorraquídeo.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: Lyme disease, neurologic manifestations.

1.- García Moncó JC. European Lyme disease. En: Coyle PK (Ed). Lyme disease. St. Louis: Mosby-Year Book, 1993;219-25. 2.- Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for test performance and interpretation from the 2th National Conference on Serologic Diagnosis of Lyme Disease. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1995;44:590-1. 3.- Pachner AR, Steere AC. The triad of neurologic manifestations of Lyme disease: meningitis, cranial neuritis, and radiculoneuritis. Neurology 1985;35(1):47-53. 4.- Nowakowsk J, Wormser P. Treatment of early Lyme disease:infection associated with erythema migrans. En: Coyle PK (Ed). Lyme disease. St. Louis: Mosby-Year Book, 1993;149-62.

106-C-P

Enfermedad profesional en auge

Dapena Barón C, Clotet Romero L, Rubio Villar M, Sabaté Cintas V, Pablos Herrero E, Sandoval Seguil CC

INTRODUCCIÓN

La lipoatrofia semicircular es una enfermedad laboral que está en aumento; ya se han detectado varios casos en empresas Españolas. La causa no está bien establecida; se relaciona con factores ambientales de nuevos edificios: con la baja humedad, electricidad electrostática... Se habla del edificio enfermo.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 41 años de edad sin antecedentes familiares de interés; no hábitos tóxicos. Síndrome depresivo resuelto. Consulta por astenia y deformidad en ambas extremidades inferiores, de 2 meses de evolución. Lo relaciona, con cambio de oficina. Exploración física: depresión en forma de banda semicircular en ambos muslos; resto de exploración anodina. Exploraciones complementarias: analítica general normal, ecografía de partes blandas muslos normal. Diagnóstico: lipoatrofia semicircular. Tratamiento: cese

de la exposición a los factores ambientales que lo provocan; se deriva a mutua laboral para baja laboral.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Ante atrofiás del tejido subcutáneo de los muslos en extremidades inferiores, sobre todo en mujeres, se debe realizar una buena anamnesis, exploración física y solicitar exploraciones complementarias: analítica con función tiroidea, ecografía de partes blandas. Si todo ello es normal, se deriva a la mutua laboral para valorar diagnóstico de lipoatrofia semicircular y baja laboral, así como revisión del lugar de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: lipoatrofia semicircularis. 1.- Gómez Espejo C, Pérez-Bernal A, Camacho-Martínez F. En new case of semicircular lipoatrophy associated with repeated external microtraumas and review of the

literature. J Eur Acad Dermatol Venereol 2005;19:459-61. 2.- Hermans V, Hautekiet M, Haex B, Spaepen AJ, Van der Perre G. Lipoatrophia semicircularis and the relation with office work. Appl Ergon 1999;30:319-24. 3.-

Gamaley I, Augsten K, Berg H. Electrostimulation of macrophage NADPH oxidase by modulated high-frequency electromagnetic fields. Bioelectrochem Bioenerget 1995;38:415-418.

107-C-P

Pies cavos: enfermedad de Charcot-Marie-Tooth

Pérez Gámez J, Durán Hoyos A, Ríos Méndez A

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Charcot-Marie-Tooth (CMT) es una neuropatía hereditaria rara que puede presentar varias formas de expresión: atrofia muscular peroneal, atrofia muscular peroneal tipo axonal, polineuropatía intersticial hipertrófica. Tiene una prevalencia de 15-20/100.000.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 25 años. Tía materna con pies cavos. Consulta por caídas accidentales reiteradas y dificultad para caminar. Evolución estable, ligera inestabilidad, disminución de fuerza en miembros superiores y calambres tras los esfuerzos. En la actualidad presenta debilidad y atrofia distal en piernas, deformidad de pies, cavos, dedos en martillo. Electromiograma presenta una neuropatía axonal. Estudio genético negativo para CMT tipo I. Juicio clínico: enfermedad CMT tipo II, polineuropatía crónica hereditaria. No se dispone de tratamiento en la actualidad y se desaconseja la cirugía ortopédica. Es una enfermedad con gran heterogeneidad genética, ligada al menos a 4 genes.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Comienza en la infancia tardía o juventud con aparición de déficit motor y en menor grado sensitivo, de

distribución distal en miembros inferiores con carácter progresivo que a veces también afecta a miembros superiores. Puede acompañarse de hiporreflexia o arreflexia, pie cavo con gran arco plantar, hiperextensión de dedos, acortamiento de tendón de Aquiles y dedos en martillo. Ante la presencia de este cuadro de debe derivar a neurología para realizar estudio neurológico adecuado, electromiograma y estudio genético, ya que es una enfermedad hereditaria y puede tener trascendencia en su descendencia.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, neuropatía. 1.- Ben Othmane K, Middleton LT, Loprest LJ, et al. Localization of a gene (CMT2A) for autosomal dominant Charcot-Marie-Tooth disease type 2 to chromosome 1p and evidence of genetic heterogeneity. Genomics 1993;17:370-375. 2.- De Jonghe P, Timmermann V, FitzPatrick D, Spoelders P, Martin JJ, Van Broeckhoven C. Mutilating neuropathic ulcerations in a chromosome 3q13-q22 linked Charcot-Marie-Tooth disease type 2B family. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1997;62:570-573. 3.-Dyck PJ, Litchy WJ, Minnerath S, et al. Hereditary motor and sensory neuropathy with diaphragm and vocal cord paresis. Ann Neurol 1994;35:608-615.

I08-C-P

“Que es verdad, que es verdad. Ayer...”

Sanchidrián González MDR, Marcos González A, Fernández Poza M

INTRODUCCIÓN

Atención primaria detecta abusos sexuales al menor, trata las lesiones y sus secuelas psicológicas. Realiza examen clínico minucioso, previene posibles contagios, embarazo, notifica al servicio de Protección al Menor, coordina servicios sociales y familiares para la normalización de su vida social.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Ámbito rural, hacia las 15-16 horas. Borja, de 6 años, es cuidado en su domicilio por su agresor Alberto (16 años) más 4 amigos. Sus padres faltan mucho del hogar. Jugando en el parque declara: “Que es verdad, que es verdad. Ayer Alberto me metió el dedo por el culo, después el pene, me chupó mi pene”. La madre le reprende: “Eso no se dice”. Los amigos declaran: Alberto y Borja se ausentaron del domicilio. El niño volvió; estaba como loco, daba patadas, voceaba... “Te mato”, empuñando un cuchillo de caza. Alberto le intimidaba. Los presentes instan a la madre a llamar a la Guardia Civil para aclararlo. Ella se negó. Presenta denuncia a los 3 días pues los 4 progenitores son amigos desde hace años.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El médico debe sospechar indicios o lesiones de abusos. La entrevista al niño será solo o con persona

distinta de los cuidadores con preguntas abiertas. No se le debe reñir ni culpar. Trasladaremos al hospital acompañado por padres y Cuerpos de Seguridad. La exploración clínica es más rentable en las primeras 72 horas. Debe ser realizada conjuntamente por Ginecólogo/Urólogo y Forense. Cursaremos Parte de Lesiones y Denuncia. Notificar al Juez de Guardia si la declaración del niño es clara, hay desgarros, dilatación genital, presencia de semen, fosfatasa ácida o enfermedad de transmisión sexual. Es aconsejable video-grabar la declaración y lesiones con permiso de la Fiscalía. Enviaremos a Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: maltrato infantil, abusos sexuales en menores, abandono infantil. 1.- Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Washington DC, 2002. 2.- Pou i Fernández J. Actuación ante la sospecha de maltrato físico o abusos sexuales en un menor. *Pediatría Integral* 2000;5:751-9. 3.- Díaz JA, Casado J, García E, Ruiz M, Esteban J. Niños maltratados. El papel del pediatra. *An Esp Ped* 2000;52:548-53. 4.- Martín Álvarez L. Maltrato en la infancia y atención primaria: ¿los pediatras podemos hacer algo más que notificar? *Rev Pediatr de Aten Primaria* 2000;2:9-13.

¡Tolerancia cero a la violencia de sexo!

Sanchidrián González MDR, Marcos González A, Fernández Poza M

INTRODUCCIÓN

Atención primaria tiene el privilegio de abordar de forma integral la violencia de sexo. Mostramos dos casos no detectados en consulta ordinaria. La historia clínica necesita incluir ítems dirigidos a detectar violencia de sexo y crear un registro de casos como actividad de Cartera de Servicios.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Caso 1: Teresa acude a la Guardia Civil para interponer denuncia contra su marido por malos tratos físico-psicológicos durante 8 años a solas como delante de sus hijos de 6 y 3 años; no desea volver al domicilio; nunca acudió al Centro de Salud para que la hicieran parte de lesiones, ni denunció por miedo; no dispone de medios para trabajar fuera del hogar. Caso 2: Casada, tiene 1 hijo de 12 años, todos sus familiares cercanos y amistades son a través del marido; le denuncia en Comisaría por agresión y otras advertencias verbales, en presencia del hijo; rechazó la ayuda ofrecida en su Centro de Salud; un día horas después solicita ayuda letrada y una casa de acogida; les traslada la Cruz Roja.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Los profesionales deben formarse en identificar

factores de riesgo, situaciones de vulnerabilidad, signos y señales de alerta, adecuar elementos facilitadores en la entrevista clínica y proporcionar atención integral (física, psicológica, social) a mujeres que acuden al centro sanitario. Respetar el ritmo de cada mujer en reaccionar y tomar decisiones. Ante preguntas como "¿por qué soportan tantos años violencia y mal trato, no piden ayuda antes, justifican, ocultan, no terminan la relación, denuncian y después la retiran, dejan el domicilio y vuelven?", respondemos: los malos tratos son violencia con características propias.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: violencia doméstica, detección, problemas psicosociales de la familia, estructura familiar, conflictos en la pareja, personalidades violentas. 1.- Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granada MJ, Tizón García MJ. Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Atención Primaria* 2003;32:425-33. 2.- Aguar-Fernández M, Delgado-Sánchez A, Castellano-Arroyo M, Luna del Castillo JD. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia. *Atención Primaria* 2006;37:241-2.

IIO-C-P

Meningitis neumocócica secundaria a otitis

Carrasco Gutiérrez V, Fernández Natera A, Bordés Bustamante F, Mayo Iglesias M, Ariza Cabrera E, Nieto Moreno E

INTRODUCCIÓN

El *S. pneumoniae* es la causa más común de meningitis en adultos y la segunda en niños mayores de 6 años. Es importante por su alta letalidad. Un 20% muere a causa de la misma. Una adecuada anamnesis y exploración puede orientar la etiología del proceso en urgencias extrahospitalarias.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Revisamos y describimos el caso de una mujer de 30 años con antecedentes de alergia a penicilina y síndrome depresivo. En el contexto de un cuadro febril, rinorrea y otalgia, tratado con ibuprofeno, la encuentran una mañana con bajo nivel de conciencia, relajación de esfínteres y escasa respuesta a estímulos. A nuestra llegada presentaba un Glasgow de 10/15, pupilas midriáticas poco reactivas, rigidez cervical e hipertensión en miembros. Nos planteamos los siguientes diagnósticos: ingestión de medicamentos, hemorragia subaracnoidea, cuadro neurológico de origen infeccioso; nos decantamos por este último debido al antecedente de cuadro infeccioso, el deterioro brusco, la rigidez cervical y la fiebre.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se debe sospechar ante un cuadro clínico grave

de aparición repentina con fiebre alta, letargo o coma y signos de irritación meníngea. Los resultados son mejores si el tratamiento se inicia de forma temprana. Se puede disminuir el riesgo de contraer meningitis al brindar atención oportuna a los casos de neumonía e infecciones del oído causadas por el neumococo. La recomendación actual es vacunar a las personas de alto riesgo de padecer neumonía, a niños y a personas mayores de 65 años. Sería aconsejable plantear la vacunación en adultos con infecciones recurrentes de oído.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: pneumococcal, meningitis. 1.- Gutiérrez Rodríguez MA, et al. Incidence of pneumococcal disease in the Autonomous Region of Madrid (1998-2006). *Med Clin (Barc)* 2008;130:51-3. 2.- Alane SR, et al. International Pneumococcal Study Group. Association of serotypes of *Streptococcus pneumoniae* with disease severity and outcome in adults: an international study. *Clin Infect Dis* 2007;45:52-4. 3.- Temime L, Dab W. Pneumococcal vaccination: expected benefits in adults. *Rev Med Interne* 2007;28:9-15. 4.- Bingen E, et al. The Bacterial Meningitis Study Group. Pneumococcal meningitis in the era of pneumococcal conjugate vaccine implementation. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2008;27:191-199.

III-O-P

Dolor torácico: origen diverso, derivación hospitalaria frecuente

Carrasco Gutiérrez V, Fernández Natera A, Bordés Bustamante F, Mayo Iglesias M, Nieto Moreno E, Ariza Cabrera E

OBJETIVOS

El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente y en ocasiones un síntoma de alarma, aunque en otras se relaciona con patologías banales. Pretendemos analizar la etiología de los dolores torácicos atendidos y conocer cuántos se derivan al hospital.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo. Muestra: 121 pacientes (51% hombres, 49% mujeres). Procedimiento: se revisaron todas las historias clínicas realizadas por el equipo móvil del DCCU de Chiclana durante el periodo del 1 de Marzo al 31 de Octubre de 2007 (1.054 historias clínicas) y se analizaron las que presentaban como motivo de consulta dolor torácico (121 historias clínicas). Se recogieron los siguientes datos: sexo, juicio clínico (agrupados en cardiovascular, respiratorio, traumatológico, psiquiátrico, digestivo y no filiado o inespecífico) y derivación (hospital, centro de salud, domicilio).

112-O-P

Análisis de la fiebre como motivo de consulta en un servicio extrahospitalario de urgencias

Fernández Natera A, Carrasco Gutiérrez V, Bordés Bustamante F, Mayo Iglesias M, Nieto Moreno E, Ariza Cabrera E

OBJETIVOS

Un 6-10% de los adultos acude a urgencia por fiebre y representa 20-40% de los motivos de consultas pediátricas. Con este estudio pretendemos analizar la fiebre como motivo de consulta en un servicio de urgencia extrahospitalario.

RESULTADOS

De los 121 pacientes atendidos por dolor torácico, 41 presentaban patología cardiovascular (33,88%), 4 patología respiratoria (3,30%), 8 traumatológica (6,62%), 12 psiquiátrica (9,92%), 7 digestiva (5,78%) y 49 fueron no filiado (40,5%). Al hospital se derivaron 84 pacientes (69,42%) y el resto (37) se quedaron en domicilio (30,58%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente, un síntoma que puede deberse a diversas causas de distinta gravedad y que condiciona muchas derivaciones a hospital. En 40,5% de los casos no podemos llegar a un diagnóstico extrahospitalario con los medios de que disponemos (historia clínica, exploración física y ECG) y nos vemos obligados a derivar al paciente para confirmar o descartar nuestra sospecha clínica.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo. Para ello se revisaron todas las historias clínicas del Servicio de Urgencias extrahospitalario de San Fernando (Cádiz) desde el 1 de Diciembre al 31 de Diciembre de 2007. Se obtuvo una muestra de 692 historias con

motivo de consulta fiebre de las 5.869 historias revisadas. Se analizaron variables demográficas como sexo y edad, y variables clínicas como presencia de fiebre en el momento de la consulta, tiempo (horas) de evolución, valoración previa por otro médico, tratamiento prescrito y derivación del paciente.

RESULTADOS

El 11,79% de todas las consultas realizadas en el servicio de urgencias fueron por fiebre, de las cuales 47,83% eran mujeres y 52,17% hombres. El 34,97% eran mayores de 14 años, y 65,03%, menores de 14 años. En el momento de la consulta 30,49% presentaba fiebre, 23,55% fueron valorados previamente por otro médico. El 21,53% presentaba fiebre de menos de 12 horas de evolución, 45,66% entre 12 y 24 horas, 18,06% entre 24 y 48 horas y 14,75% presentaban más de 48 horas de evolución. Sólo al 15,61%

se prescribió antibióticos y a 7,08% se derivó al hospital para valoración.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos son similares a otros estudios. Es destacable que un alto porcentaje de pacientes se evalúa en el servicio de urgencia con cuadros febriles de menos de 24 horas de evolución, por lo que no da tiempo para el establecimiento de un cuadro clínico orientativo ni se puede valorar el efecto de medidas antipiréticas simples. Un porcentaje no despreciable había sido valorado previamente por otro médico, y en un escaso porcentaje es necesario prescribir antibióticos o derivación hospitalaria. Esto confirma que el tratamiento inicial se basa en medidas higiénicas y antipiréticas, por lo que hay que insistir en la educación de la población mediante campañas de información en este sentido.

I13-O-P

Valoración de los pacientes mayores asistidos de urgencia en sus domicilios

Fernández Natera A, Carrasco Gutiérrez V, Bordés Bustamante F, Mayo Iglesias M, Ariza Cabrera E, Nieto Moreno E

OBJETIVOS

Valorar el estado de salud integral y el control sanitario de los pacientes mayores que son atendidos de urgencia en sus domicilios por una ambulancia de soporte vital avanzado.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal realizado en la población de San Fernando (Cádiz), durante el periodo del 1 de Diciembre de 2007 al 29 de Febrero de 2008 por el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Entrevistamos a 66 pacientes mayores de 65 años y valoramos el índice de Katz, el Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo, el apoyo social (OARS), el

número de enfermedades crónicas y el número de visitas del personal sanitario (EBAP y urgencias)

RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue de 79,28 años. El 71,21% eran mujeres y 28,79% hombres. El número medio de enfermedades era de 3,51. La media de visitas por personal sanitario se distribuía del siguiente modo: 71,21% recibían más de una visita al mes, 24,24% recibían al menos una visita al mes y 4,55% no recibían visitas mensuales. El 51,52% eran sólo visitados por personal de urgencias. El 59,1% eran independientes para las actividades de la vida diaria (índice de Katz). El 56,06% no presentaba deterioro cognitivo (MEC). El 53,03% no disponía de apoyo social según OARS.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El nivel de salud de los pacientes ancianos atendidos por nuestra UVI móvil en un porcentaje elevado no es bueno. Son dependientes para actividades diarias y disponen de escaso apoyo social, por lo que generan una

importante demanda asistencial de los servicios de urgencias. Más de la mitad de los pacientes son asistidos solamente por personal sanitario de urgencias. Hay que hacer hincapié en la importancia del control de los pacientes mayores en los centros salud para proporcionarles el adecuado apoyo sanitario y social.

IIS-C-P

Enfermedad de Scheuermann: ¿patología o normalidad?

Fabra Noguera A, Baré Mañas M, Rubio Villar M, Pablos Herrero E, Sabaté Cintas V, Clotet Romero L

INTRODUCCIÓN

Realmente no se trata de una enfermedad sino de una variante de la normalidad, una anomalía del proceso de osificación de las vértebras dorsales en la etapa de crecimiento. Más frecuente en adolescentes del sexo masculino. Etiopatogenia desconocida, se barajan hipótesis genéticas y mecánicas

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

CASO 1: Joven de 22 años; consulta por dolor dorsal persistente que atribuye a su trabajo (mozo de almacén, realiza esfuerzos); exploración física normal; es la radiología la que hace el diagnóstico: nódulos de Schmörl, irregularidades, erosiones en cuerpos vertebrales. CASO 2: Varón de 39 años; consulta por dolor dorsal bajo y lumbar alto, de tipo mecánico, sin antecedente de sobreesfuerzo; palpación dolorosa de las apófisis vertebrales; radiología: depresión en la parte anterior del platillo vertebral de D12, L1 y L2.; TAC confirma el diagnóstico; tratamiento: ejercicios para flexibilizar y potenciar musculatura, evitar actitudes de flexión prolongada y reposo nocturno en cama dura.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La clínica es de dolor discontinuo de tipo mecánico en la región de la columna dorsal en personas jóvenes, que no es producido por malas posturas o falta de

musculatura. En algunas ocasiones pueden acabar con hiperCIFOSIS. La mayoría de veces es asintomática. La detección y diagnóstico se efectúan con la radiología convencional. El tratamiento quirúrgico se reserva para deformidades progresivas y cifosis mayores de 70°. Recordemos que no toda dorsalgia es postural o funcional en gente joven. En atención primaria es fundamental una buena anamnesis, exploración física y exploraciones complementarias como la radiología de perfil de la columna: son suficientes para llegar a este diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: Scheuermann, osteocondritis, osteonecrosis avascular. 1.- Mankin H. Displasias óseas y articulares. En: Schumacher R (Ed). Compendio de las enfermedades reumáticas. Arthritis Foundation. Barcelona: Marketing Trend SL, 1993;99-103. 2.- Resnick D. Osteocondritis. En: Resnick D, Niwayama G (Eds). Diagnosis of bone and joint disorders. 2nd Ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1998; 3288-3334. 3.- Figueroa M, Oñatibia A. La imagen, espejo de la enfermedad. Barcelona: Iatros Ed SL, 1996;87. 4.- Figueroa M, Herrero-Beaumont G, Andreu JL, Martín E, Olivé A, Tornero J, Barceló P. Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. Barcelona: Doyma, 1996;729-30.

I16-C-P

Tumor epidermoide cerebral

Fabra Noguera A, Pablos Herrero E, Clotet Romero L, Rubio Villar M, Sabaté Cintas V, Marcos Aldea G

INTRODUCCIÓN

Los tumores de remanentes embrionarios representan 1,5-2,5% de los tumores intracraneales (TIC) de adultos, 7-12% en niños. Los quistes epidermoides junto a los dermoides representan 1% de TIC. Son tumores de lento crecimiento a los que se considera derivados del epitelio germinal (tumores de inclusión).

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 64 años. Cirrosis biliar primaria estable, diabetes mellitus tipo 2, HTA con buen control, dislipemia. Mejoría discreta del vértigo y cefalea por los que consultó hace 2 meses. Exploración neurológica: sólo hay un ligero defecto en la marcha en tándem. Se prescribe otro analgésico y un antivertiginoso. TAC craneal: lesión expansiva frontal derecha extra-axial, que se extiende desde lámina cribosa hasta agujero de Monro, de 3 cm, heterogénea, sin captación de contraste y compatible con quiste epidermoide. Es derivada a neurocirugía y se efectúa exéresis.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Estos tumores se manifiestan por el déficit que produce la compresión de las estructuras adyacentes de

acuerdo con la localización y el tamaño de los mismos. Los síntomas son frecuentes entre la tercera y quinta década de la vida dentro de un amplio rango. En la ubicación en el lóbulo frontal, por delante de la circunvolución precentral, la cefalea es uno de los síntomas más frecuentes, pero los trastornos en la esfera mental caracterizan esta localización mucho antes que los síntomas de hipertensión endocraneana, aun cuando estos tumores hayan alcanzado grandes dimensiones. Dada su localización, permiten realizar la cirugía con resecciones amplias o algunas veces completas del tumor al ser benigno.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: tumor epidermoide cerebral, quiste epidermoide. 1.- Nguyen JB, Ahkter N, Delgado PN, Lowe LH. Magnetic resonance imaging and proton magnetic resonance spectroscopy of intracranial epidermoid tumors. *Crit Rev Comput Tomogr* 2004;45:389-427. 2.- Hamlat A, Hua ZF, Saikali S, Laurent JF, Gedouin D, Ben-Hassel M, Guegan Y. Malignant transformation of intra-cranial epithelial cysts: systematic article review. *J Neurooncol* 2005;74:187-94. 3.- Bhatoe HS, Mukherji JD, Dutta V. Epidermoid tumour of the lateral ventricle. *Acta Neurochir (Wien)* 2006;148:339-42.

I17-C-P

Enfermedad ósea de Paget

Fabra Noguera A, Vilà Moneny J, Pablos Herrero E, Rubio Villar M, Sabaté Cintas V, Baré Mañas M

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Paget del hueso acostumbra a ser descubierta casualmente, a veces por dolor, o por un

aumento de fosfatasas alcalinas y más infrecuentemente por alteraciones secundarias (neurológicas, fracturas patológicas). Más frecuente en varones, la incidencia aumenta con la edad.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 85 años que acude otra vez por dolor lumbar y en cadera izquierda de larga evolución (3-4 años). Valorado por traumatólogo hace 5 meses se le diagnosticó artrosis y se le prescribió paracetamol y diclofenaco. Nueva radiología: signos de enfermedad de Paget que afectan al hueso iliaco izquierdo. Análítica con fosfatasas alcalinas (FA), calcio y fósforo normales. Gammagrafía ósea: hiperactividad difusa del trazador, de moderada intensidad, heterogénea, que afecta a la totalidad de hemipelvis izquierda, sugestiva de enfermedad ósea de Paget monostótica. Sin imágenes que indiquen la existencia de otros focos pagéticos.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Consulta con reumatología: al ser un Paget monostótico con FA normales, se decide seguir controles analíticos de FA y tratamiento según evolución. Clasificación: monostótico: afecta a un solo hueso; poliestótico: a varios (pelvis, columna vertebral, cráneo, fémur y tibia).

I18-C-P

El aumento local del tamaño óseo, deformidad y trabeculación irregular son expresiones de destrucción-remodelación, que pueden plantear un difícil diagnóstico diferencial con tumores malignos (el sarcoma es la complicación más temible, menos del 1%). Tratamiento: calcitonina y bifosfonatos en caso de ser necesario (dolor, complicaciones neurológicas, deformidad grave, insuficiencia cardíaca por alto gasto, hipercalcemia...).

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: enfermedad ósea de Paget, osteítis deformante. 1.- Guía de Actuación en Atención Primaria. 2º Ed. SemFYC, 2002: Aplicaciones prácticas de la radiología ósea, 22.7:1560. 2.- Walsh JP. Paget's disease of bone. Med J Aus 2004;181:262-5. 3.- Selby PL, Davie MW, Ralston SH. Guidelines on the management of Paget's disease of bone. Bone 2002;31:437. 4.- Kotowicz MA. Paget's disease of bone. Diagnosis and indications for treatment. Aust Fam Physician 2004;33:127-31.

Bradicardia secundaria a betabloqueante intraocular

Alborch Orts MA, López Marina V, Bascompte Jorba C

INTRODUCCIÓN

Si bien resulta fácil pensar en los efectos secundarios de la administración de betabloqueantes sistémicos, no resulta tanto cuando la administración de los mismos se realiza por otra vía, como la intraocular, ampliamente extendida en pacientes de edad avanzada para el tratamiento del glaucoma.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 73 años. Glaucoma crónico en tratamiento con timolol 0,5% intraocular (1 gota/12 horas) desde hace un año. Acude a consulta por cuadro de infección respiratoria superior. En la auscultación cardiopulmonar presenta patrón respiratorio normal con FC a 40 lpm. ECG: ritmo sinusal, FC 43 y bloqueo AV

de primer grado. Analítica normal. La paciente se encuentra asintomática desde el punto de vista cardiológico. Se retira el timolol intraocular ante sospecha de bradicardia secundaria al fármaco. ECG al mes: RS a 60 lpm, con bloqueo AV de primer grado.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Analizando las distintas causas de bradicardia sinusal, tanto fisiológicas (aumento del tono vagal, disminución del tono simpático, deportistas) como patológicas (cardíacas -infarto agudo de miocardio, degeneración nodo sinusal...-, del SNC -hipertensión y tumores intracraneales...- y sistémicas -hipoxia, sepsis, hipotermia, tumores mediastínicos...-), nos encontramos también un elevado número de fármacos capaces de producirla, entre los que destacan los betabloqueantes, incluidos colirios oftálmicos, cuya

absorción sistémica puede producir similares reacciones adversas que los orales; en su prescripción tomaremos las mismas precauciones que con los ellos.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: timolol, bradicardia. 1.- Hugues FC, Le Jeune C, Munera Y, Dufier JI. Evaluation of the systemic effects of timolol maleate in eye drops. *J Fr Ophtalmol* 1985;8:389-94. 2.- Anguita M, Torres F, Giménez D, Segura J, Aumene D, Suárez de Lezo, et al. Bradyarrhythmias secondary to the use of ophthalmic timolol. A report of 3 cases. *Rev Esp Cardiol* 1992;45:71-3. 3.- Sanchez-Conde P, Nicolas BJ, Rodriguez LJ. Complete atrioventricular block secondary to application of timolol eyedrops: importance of the preanesthetic interview. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2005;7:438-40.

119-O-P

¿Hemos mejorado el control de la hipertensión arterial en un Área de Salud? Estudio comparativo entre dos años

Lekuona Irigoyen A, Iturralde Iriso J, Lasso de la Vega Martínez M, Alarcia Ceballos ML, Miskovic Karacsonyi N, Pinel Monge M

OBJETIVOS

La hipertensión arterial (HTA) constituye la patología crónica más frecuente por la que consultan nuestros pacientes. El objetivo de este estudio es conocer si hemos mejorado el control y seguimiento de la HTA en un Área de Salud entre 2005 y 2007.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un Área de salud que atiende una población de 194.395 habitantes mayores de 14

años. Se comparan cortes realizados en septiembre de 2005 y de 2007. Se utiliza análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

RESULTADOS

En la historia clínica informatizada consta que se ha mejorado el cribado de 24,20-42,48% de toda la población mayor de 14 años asignada al Área. La prevalencia de HTA en nuestra Área ha pasado de 12,37% a 14,18%; la analítica anual realizada, de 49,5% en 2005 a 71,51% en 2007; ECG, de 49,05% en 2005 a 69,65% en 2007; recomendación de dieta

y ejercicio, de 38,90% en 2005 a 55,28% en 2007; buen control de su HTA, de 28,76% en 2005 a 41,43% en 2007.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hemos mejorado el control de nuestros hipertensos en

comparación con hace 2 años. Debemos tener en cuenta la falta de registro en la historia informatizada y debemos esperar algo más de tiempo para que los profesionales del Área registren bien en la historia clínica, ya que llevamos pocos años con el programa informático.

I20-O-P

Control de los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la consulta de atención primaria

De León Gallo RM, Vilarrubí Estrella M, Gutiérrez Navi F, Vela Vallespín C

OBJETIVOS

Determinar el grado de control de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) en atención primaria. Evaluar el cumplimiento de las actividades para la prevención y la detección precoz de la aparición de síntomas y/o signos de macroangiopatía y de enfermedad cardiovascular (ECV).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal. Área urbana de 22.800 habitantes. Muestra: pacientes con DM 2 (CIE-10) seleccionados por muestreo aleatorio sistemático (N=47). Criterios de exclusión: control por especialista, desplazados o sin visita previa en el último año. Variables: edad, sexo; control de DM 2 y prevención y control de factores de riesgo de ECV, con evaluación cualitativa de cumplimiento: HbA1C: sí <7%, aceptable <8%, no >8%; presión arterial (TA): sí <130/80, parcial <140/90, no >140/90; LDL: sí <100, parcial <130, no >130; tabaco: sí/no; ECG: sí/no; cálculo de riesgo de ECV (Framingham): sí/no; tratamiento antiagregante: sí/no; control de microalbuminuria: sí/no.

RESULTADOS

Media de edad: 65,2 años (rango 47-83), 64,3% mayores de 70 años y solo uno menor de 50. 53% mujeres y 47% hombres. El 70,6% de pacientes tenía buen control de HbA1c; era aceptable en 5,9% y elevada en 23,5%. La TA y las LDL estaban controladas en 58%, aceptables en 17,6% y altos en 23,5%. Sólo 11,8% eran fumadores activos; el resto eran exfumadores o no habían fumado nunca (n=8, todas ellas mujeres). El ECG se había practicado sólo en la mitad de los casos (52,9%). En el cálculo de RCV y de la indicación de antiagregantes se excluyó a los pacientes con ECV establecida (n=10). Cálculo de RCV elevado: 84,6%. Antiagregantes prescritos sólo en 46,2%. Microalbuminuria realizada a 70,6%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Más de tres cuartas partes de pacientes con DM 2 presentan un buen control glicémico, aunque esta cifra debe mejorarse y tender a 100%. En relación con la literatura, el buen control de la PA y LDL son elevados, probablemente por la edad avanzada y porque en la población diabética se suele hacer más énfasis

en el control de factores de RCV. Algunos ECG no constaban por haberse realizado por especialistas. Es deseable mejorar la coordinación entre niveles y compartir la información clínica del paciente; mejorar la

coordinación con consultas de enfermería para optimizar las solicitudes analíticas. Es necesario revisar y adecuar la prescripción (antiagregantes) en pacientes de riesgo.

121-C-P

Doctora, ¿es necesario que pase por quirófano?

Fabra Noguera A, Herrero Vicario V, Vilà Moneny J, Pablos Herrero E, Sabaté Cintas V, Rubio Villar M

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer de piel más frecuente. Se define como tumor cutáneo epidérmico, localmente invasivo y de crecimiento lento que afecta principalmente a personas de piel blanca.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 83 años, de piel clara y ojos azules, con queratosis actínicas en la frente, que desde hace unos años acude al dermatólogo para tratarlas con nitrógeno. Esta vez nos explica que le ha recomendado exéresis de una lesión y ella cree que no hace falta; viene a consultar qué hace. Nos dice: "Doctora, ¿verdad que no hace falta que vaya a quirófano por esta tontería? Pero si usted me lo recomienda, iré". La lesión está en la zona temporal: 1,5 cm de diámetro, despigmentada, con zonas más claras, alguna telangiectasia, con puntos marrones y negros, en forma de óvalo. Parece un basalioma o un melanoma. Por supuesto recomendamos que acepte la resección quirúrgica.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El CBC representa el 80% de todos los cánceres cutáneos. Genera metástasis sólo en 0-1%. Más del 50% de la población mayor de 60 años sufre o ha

sufrido algún tipo de cáncer de piel. Más de 90% se localiza en la cara. Se relaciona con patrones de fotoexposición crónica y mantenida. En la revisión Cochrane de 2007 la cirugía y la radioterapia parecen ser los tratamientos más eficaces y la cirugía indica las tasas más bajas de fracaso. Aunque los resultados cosméticos parecen buenos con tratamiento fotodinámico, se necesitan datos de seguimiento a largo plazo. En este caso la resección fue correcta, con márgenes de seguridad, y confirmó la sospecha de CBC. El consejo del médico de familia fue decisivo.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: carcinoma basocelular, cáncer cutáneo. 1.- Bath-Hextall FJ, Perkins W, Bong J, Williams HC. Intervenciones para el carcinoma basocelular de la piel (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). 2.- Thomas DJ, King AR, Peat BG. Excision margins for nonmelanotic skin cancer. *Plast Reconstr Surg* 2003;112:57-63. 3.- Ashton R, Leppard B. Diagnóstico diferencial en dermatología. Barcelona: Iatros-Grass Ed, 1994;146,155.

I22-C-P

Mujer con disnea

Fabra Noguera A, Herrero Vicario V, Marcos Aldea G, Pablos Herrero E, Sabaté Cintas V, Rubio Villar M

INTRODUCCIÓN

La carcinomatosis peritoneal es una manifestación tumoral con un tiempo medio de supervivencia bajo. La mayoría se debe a progresión de un tumor digestivo o ginecológico. La supervivencia ha mejorado combinando cirugía citorrreductora y quimioterapia intraperitoneal en pacientes seleccionados.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 53 años. Acude por disnea de esfuerzo, sensación de distensión abdominal, pérdida de peso de 5 Kg en 2 meses. Trombosis venosa profunda (TVP) en pierna izquierda hace 2 meses. Hace 3 días en Urgencias se diagnostica abdominalgia inespecífica, control por su médico. Hoy: abdomen distendido, posible ascitis. Radiografía de tórax: elevación de diafragma derecho. Eco abdominal: ascitis libre. Ante la sospecha de proceso maligno abdominal se deriva a Urgencias para estudio. Es ingresada. TAC: ascitis y posibles implantes peritoneales. Biopsia de peritoneo: adenocarcinoma seroso. Marcadores tumorales elevados. Oncología sospecha primario de origen ovárico y se inicia tratamiento con quimioterapia intraperitoneal.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Ante la sospecha de proceso abdominal maligno, procede la derivación hospitalaria para estudio. En

esta ocasión se pidió radiografía de tórax y ecografía urgentes, para poder derivar al hospital con una orientación mas precisa. Lástima que se hizo el diagnóstico después de un peregrinaje por Urgencias del hospital, consulta médico de familia, y finalmente ingreso. Recordemos el ingreso previo por TVP: ¿se analizaron a fondo sus posibles causas? Creemos que no. Recordemos que en una persona que presenta TVP sin factores de riesgo y sin causa aparente es preciso analizar y descartar otras posibles causas.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: carcinomatosis peritoneal. 1.- Guía de Actuación en Atención Primaria, 2º ed. Semfyc, 2002: Atención al paciente con anticoagulación oral, 8.19:527-34. 2.- Schafer AI. Venous thrombosis as a chronic disease. N Engl. J. Med. 1999;340:955-956. 3.- Barakat RR, et al: Intraperitoneal chemotherapy for ovarian carcinoma: results of long-term follow-up. J Clin Oncol 2002;20:694-8, 4.- Porcheron J et al. Intraperitoneal chemohypethermia for peritoneal carcinomatosis: original modeling, clinical tolerance and results study about 30 patients. Hepatogastroenterology 2000; 47:1411-8.

I27-O-P

Asociación entre inercia terapéutica en el tratamiento de la hipertensión arterial y características del paciente

Hernández Moreno J, Gil García N, Palomo Sanz V, López Rodríguez I, Alonso Moreno J, Lázaro de Mercado P

OBJETIVOS

Estudiar las características de los paciente hipertensos

que se asocian con mayor frecuencia a inercia terapéutica a la hora de tratar su hipertensión por parte del médico.

METODOLOGÍA

Mediante encuesta dirigida a médicos de atención primaria y especializada, se recogieron datos de la historia clínica de 4 pacientes por médico. Se calculó la inercia terapéutica (IT) en cada paciente y la proporción de visitas en las que no se produce cambio en la medicación cuando está indicado. Se consideró cambio indicado cuando PAS \geq 140 o PAD \geq 90, o en caso de antecedentes de ictus o diabetes 130/80. Se estudió la asociación entre IT y el entorno de la consulta mediante tests no paramétricos y comparando con la chi-cuadrado la distribución de estas variables en los terciles superior (p66) e inferior (p33) de la distribución de la IT.

RESULTADOS

En 8,1% de los pacientes (210) no hubo IT en ninguna visita; en 1,8% (47) hubo IT en la cuarta

parte o menos de las visitas; en 17,8% (463) IT en la cuarta parte y la mitad de las visitas; y en 72,3% (1.875) hubo IT en más de la mitad de las visitas. El grado de IT de los pacientes del estudio se comporta como una variable con distribución no normal, con rango de 0 a 4, con mediana=6, P25=3, P75=4. El valor medio fue 2,98. Se encuentra asociación estadísticamente significativa con la edad del paciente (mayor de 65 años), presencia de diabetes, antecedentes de ictus y en el convencimiento por parte del médico de que realiza ejercicio físico de forma reglada.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Entre los factores dependientes del paciente, ser varón mayor de 65 años, presentar diabetes y tener (según opinión del médico) una buena adherencia al tratamiento suponen un factor de riesgo para ser tratado con IT en la visita.

128-0-P

Identificación de desigualdades en salud en un Área de atención primaria de El Puerto de Santa María

Caro López MC, Listán Cortés AR, Masot Montserrat MD

OBJETIVOS

Atendemos a una población de 8.700 habitantes de El Puerto de Santa María, en la que hemos observado que sus déficits y condiciones sociales afectan a sus niveles de salud. Para mejorar estas circunstancias y atender al III Plan Andaluz de Salud, hemos iniciado un estudio sociosanitario.

METODOLOGÍA

Las condiciones sociosanitarias de la zona nos

hacen sospechar que se trata de una Zona con Necesidad de Transformación Social (ZNTS). Hemos diseñado un estudio poblacional (objetivos de 2008) para identificar a los pacientes pertenecientes a los 6 grupos de riesgo (anciano frágil, inmovilizados, menor frágil, víctima de malos tratos, inmigrantes y toxicómanos). Todo el equipo participa activamente colocando sobre un mapa acotado los banderines de colores con la identificación de los grupos de riesgo al que pertenecen los pacientes. En una hoja de Excel diseñada para ello se registran los datos necesarios para el estudio.

RESULTADOS

Consenso y compromiso del equipo en establecer objetivos y herramientas de estudio, definición y características de los grupos de riesgo, elaboración de banderines y diseño de hoja de Excel para recogida de datos. Hasta Abril hemos identificado 211 pacientes en el mapa de riesgos.

I29-O-P

¿Es mayor la inercia terapéutica en el tratamiento de los hipertensos diabéticos que en el resto de pacientes hipertensos?

Hernández Moreno J, Gil García N, López Rodríguez I, Palomo Sanz V, Alonso Moreno J, Aguilar Conesa MD

OBJETIVOS

Comparar la inercia terapéutica (IT) en el tratamiento de los pacientes hipertensos diabéticos y en el resto de pacientes hipertensos.

METODOLOGÍA

Mediante encuesta dirigida a médicos de atención primaria y especializada se recogen datos de la historia clínica de los pacientes hipertensos y del entorno de la consulta. Se calculó la IT en cada paciente como la proporción de visitas en las que no se produce cambio en la medicación si éste está indicado. Se calculó la IT del médico como la media de la IT de sus pacientes (diabéticos). Se realiza un análisis bivariado de asociación entre la IT en las visitas y las características de la visita, del paciente, el ámbito, el médico y la consulta. Se realiza un modelo de regresión logística por bloques. En nuestro

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con los datos clínicos de que disponemos, la cartera de servicios que ofertamos, las necesidades sociosanitarias a las que hay que responder y trabajando en equipo, podremos objetivar que estamos ante una ZNTS, lo que permitirá optimizar los recursos y mejorar los niveles de salud de la población.

caso se consideran las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

RESULTADOS

Antes de controlar por los bloques sucesivos, ser hombre, diabético y de mayor edad es un factor de riesgo para IT (OR=1,2, 1,2 y 1,5, respectivamente). Sin embargo, al ir introduciendo los sucesivos bloques de variables, se observa cómo la diabetes pasa a ser un factor protector (OR=0,9). Este fenómeno se produce al controlar el modelo por los valores de presión arterial sistólica y diastólica en el tercer bloque, y se mantiene así hasta el modelo final. En el resto de factores de riesgo (sexo y edad) no hay modificaciones relevantes ($R^2=0,03$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La IT en el tratamiento de hipertensos diabéticos es menor que en el resto de pacientes hipertensos.

I30-0-0

Control de los pacientes hipertensos con diabetes mellitus tipo 2 según las guías de práctica clínica en un centro de salud

Fernández Domínguez MJ, Rodríguez Medeiros S, Ferreira González MI, Fernández López MC, Vidal García C, Balado Carballido MA

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de los hipertensos y diabéticos tipo 2 con buen control de presión arterial (TA) según las guías de práctica clínica (GPC) en el Centro de Salud Xinzo de Limia (Ourense).

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyó a todos los pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 del Centro de Salud de Xinzo de Limia (n= 281). Se recogieron edad, sexo, IMC, TA sistólica (TAS), TA diastólica (TAD), colesterol, dieta, tratamiento antihipertensivo e hipoglucemiante, estatinas, salicilatos, HbA1c en últimos 6 meses. Para análisis univariante usamos medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar, estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza de 95%. En el análisis bivariante utilizamos pruebas paramétricas de ji-cuadrado de Pearson (cualitativas) y t-Student-Fisher (cuantitativas). En caso de no seguir distribución normal utilizamos prueba no paramétrica de test U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

La edad media fue de 73,08 años (71,90-74,25), 53,1% mujeres. Presentan TAS media de 136,83 (134,99-138,67) y TAD media de 76,77 (75,67-77,88) e IMC de 31,51 (30,11-32,92). Tienen HbA1c media de 7,13 (6,94-7,35) y colesterol de 180,62 (176,83-184,42). Los antihipertensivos más utilizados fueron ARA II (62,2%), seguidos por diuréticos (42,3%). Están con dieta 86%. Sulfonilureas son los antidiabéticos más utilizados (42%). Estaban con estatinas 49,3% y con salicilatos 31,5%. Presentaban buen control de TA 43,8%, de HbA1c 61,6%, de colesterol 58,5% y de IMC 11,6%. Presentan buen control de todos los FRCV 3,2%. No se halló asociación de control de TA con sexo, valor de HbA1c, IMC, edad ni colesterol.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Encontramos 43,8% de pacientes hipertensos diabéticos bien controlados, similar al resto de estudios consultados. Las GPC son un instrumento útil en el manejo diario de las patologías más prevalentes. Al implementar el uso de las mismas por parte de los profesionales sanitarios se espera que conduzcan a una asistencia sanitaria de mayor calidad.

IBI-O-O

Atención continuada en el Centro de Salud de Isaba

Alás Brun RM, Jurío Burgui JJ, Ezquer Garcés ML

OBJETIVOS

Medir la actividad de un equipo de atención primaria rural pequeño, a 1:30 horas del centro hospitalario, en el horario de atención continuada. Medir en las atenciones prestadas su número, algunas características de la atención y el tiempo total invertido en cada aviso.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo transversal. Población diana: todas las atenciones realizadas en el horario de atención continuada por el equipo del Centro de Salud de Isaba durante seis meses (1/10/07 a 31/3/08), excepto las telefónicas. Para cada aviso se rellena una Hoja de recogida de datos con fecha, hora, tipo (programado/aviso 112, normal/urgente), profesional que atiende (médico/DUE/ambos), necesidad de desplazamiento del profesional, duración en minutos (desde recepción hasta inicio atención, tiempo atención, tiempo regreso si hay desplazamiento), necesidad de traslado en ambulancia (con/sin acompañamiento de médico y DUE). La explotación estadística se realiza con el programa SPSS.

RESULTADOS

Total de avisos 262 (1,44/día), con un tiempo total de atención medio (TTAM) de 45,2 minutos (3-205,

DT 35,25). El 35% son programados (TTAM 31 minutos) y el 65% son avisos del 112 (el 18% de ellos urgentes) con un TTAM de 53 minutos. El 28% los ve médico solo, 26% DUE solo y 46% ambos. En DUE el 42% son programados mientras que en medicina son el 18%. El 58% procede de Isaba y 46% de las otras villas. El 39% requiere desplazamiento de los profesionales. El 7% son derivados en ambulancia al hospital (17% de ellos con médico y DUE). De los avisos del 112, 27% corresponden a las mañanas (de 8 a 15 horas domingos y festivos), 56% a tardes y 16% se producen en la franja nocturna (22 a 8 horas).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Aunque el número total de avisos en nuestra zona es bajo, el tiempo dedicado a ellos supera el tiempo medio asignado por aviso en horario de atención continuada para atención primaria por el Servicio Navarro de Salud (20 minutos). Una de las causas puede ser la mayor dedicación en tiempo que precisan algunos de nuestros pacientes (terminales, patología urgente que precisa estabilización y traslado en ambulancia...). También influyen otros factores como la lejanía al centro hospitalario, la climatología, la orografía y la dispersión geográfica de la zona, que aumentan los tiempos de desplazamiento (del profesional y de los pacientes).

132-C-P

Quiste de Baker complicado: un gran simulador

Navaz Tejero JJ, Burgos Remacha I, Cubells Larrosa MJ, Fernández Moyano JF, González Ruiz F, Gil Vázquez JM

INTRODUCCIÓN

Es frecuente encontrar tumoraciones dolorosas en hueso poplíteo en la práctica diaria. Entre ellas se encuentra el quiste de Baker complicado, capaz de simular patologías como tromboflebitis aguda (TFA) o trombosis venosa profunda (TVP).

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 58 años. Diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial. Consulta por notar de forma brusca, sin traumatismo previo, chasquido en rodilla con dolor y tumefacción en zona gemelar. Exploración: afebril, tumefacción, dolor y edema en zona gemelar izquierda. No enrojecimiento ni aumento de temperatura local. Pulsos periféricos conservados. Signo de Hommans negativo. No se palpa quiste poplíteo. Ante la duda diagnóstica de TVP, se remite a Urgencias para realización de pruebas complementarias. Eco-dopler: quiste de Baker complicado. RNM confirma el diagnóstico. Se decide actitud expectante y tratamiento con AINE. El cuadro remite.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Los quistes de Baker son frecuentes y aparecen a

cualquier edad. Se forman a expensas del líquido sinovial de la articulación de la rodilla. En general, se asocian a enfermedad osteoarticular crónica degenerativa, reumatismos inflamatorios crónicos o traumatismos agudos de la rodilla afectada. Clínicamente se presentan como una tumefacción, más o menos dolorosa, en el hueso poplíteo. El diagnóstico se confirma mediante ecografía. El pronóstico es bueno, salvo que aparezcan complicaciones (rotura). El tratamiento va desde la abstención hasta la extirpación quirúrgica. Se recomienda la derivación al centro de referencia en casos de duda diagnóstica para realizar exploraciones complementarias.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: quiste de Baker, tromboflebitis aguda, trombosis venosa profunda. 1.- Adams J, Yulich J, Bergin J. Rupture Baker's cyst simulating thrombophlebitis. JAMA 1979;241:358. 2.- Chaudhuri R, Salari R. Baker's cyst simulating deep vein thrombosis. Clin Radiol 1990; 41:400-4. 3.- Gabriel Botella F, Labios Gómez M, García-Fuster MJ, García Alegre MJ, Semepere Montes J, Canovas Femenia J. El síndrome pseudotromboflebitico: una nueva aproximación diagnóstica. An Med Interna 1994;11:445-8.

Ecografía en atención primaria: una exploración muy rentable

González Rodríguez LA, Fuentes Vázquez MI, Fernández Fernández MS, Devesa Muñoz RM, Fernández Álvarez R, Abad Vila M

INTRODUCCIÓN

La ecografía es una técnica diagnóstica que nació asociada a la práctica hospitalaria. Su uso en atención primaria se justifica porque aumenta la capacidad resolutoria, la fiabilidad y el rendimiento diagnóstico, disminuye las derivaciones y ahorra recursos con una mayor satisfacción del paciente.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 67 años de edad, jubilado, bebedor habitual (más de 70 gramos/día). Antecedentes familiares sin interés. Herniorrafia inguinal derecha, hipertrofia benigna de próstata. Acude al servicio de urgencias por sensación de pesadez en el pecho, sin dolor ni síntomas vegetativos. La exploración fue normal, excepto fiebre de 38,4°C y ECG en ritmo sinusal a 99 lpm. Se etiqueta de infección respiratoria y se pauta amoxicilina+clavulánico (500 mg/8 horas). Al cabo de una semana acude a consulta refiriendo la misma sintomatología: opresión precordial, fiebre de 38°C y astenia ligera desde hace 2 meses. ECG normal a 99 lpm y ligera disminución del murmullo vesicular en base pulmonar izquierda.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Ante la evolución tórpida se solicita radiografía de tórax que demuestra derrame pleural izquierdo y

cardiomegalia. Se realiza ecografía en la que se aprecia derrame pleural izquierdo y derrame pericárdico sin signos de taponamiento cardiaco, y se establece el diagnóstico de pericarditis aguda. Se instaura tratamiento con ácido acetilsalicílico (500 mg/6 horas). En controles ecográficos sucesivos se observa la progresiva disminución del derrame pericárdico que se resuelve en 2 meses. El uso de la ecografía en este caso permitió el diagnóstico y tratamiento precoz y evitó la derivación al hospital con el consiguiente ahorro de recursos y mayor satisfacción del paciente que pudo restablecerse en su entorno.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: pericarditis aguda. 1.- Braunwald E. Enfermedades del pericardio. En: Dennis L. Koper (Eds). Harrison Principios de Medicina Interna. 16ª ed. México: Mc-Graw-Hill, 2005;1554-1571. 2.- Maisch B, Seferovic PM, Ristic AD, Erbel R, Rienmüller R, Adler Y, et al, Grupo de Trabajo para el Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades del Pericardio de la SEC. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. Rev Esp Cardiol 2004;57:1090-114. 3.- Zayas R, Anguita M, Torres F. Incidence of specific etiology and role of methods for specific etiologic diagnosis of primary acute pericarditis. Am J Cardiol 1995;75:378-82.

I34-O-P

La realidad de nuestros diabéticos

Dapena Barón C, Begué Puig J, Clotet Romero L, Ledo García MJ, Narváez Ferri MJ, Pérez Lucena MJ

OBJETIVOS

Valorar en un grupo de pacientes diabéticos el impacto que tiene una educación más exhaustiva de su enfermedad. Valorar a los 10 años de evolución el grado de cumplimiento de los objetivos de control de la enfermedad, el control de los factores de riesgo y aparición de complicaciones.

METODOLOGÍA

Muestra de 121 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 aleatorizados (excluyendo pacientes con complicaciones y los que llevaban más de 10 años de evolución de la enfermedad). Mediante una encuesta, se evalúa el conocimiento inicial sobre su enfermedad. Posteriormente se les dan charlas educativas sobre la diabetes. Al inicio del estudio se hace una recogida de los siguientes datos: sexo, edad, hábito tabáquico, tensión arterial, perfil lipídico, HbA1c, IMC, creatinina, microalbuminuria y se hace una nueva recogida de estos datos a los 10 años para valorar el grado de consecución de los objetivos de control de la enfermedad, control de los factores de riesgo y aparición de complicaciones.

RESULTADOS

A los 10 años podemos hacer el seguimiento de 55 pacientes. Mortalidad global 15,7%. Aparición

de complicaciones: 65% retinopatía, 26% cardiopatía, 10,9% ictus, 7,27% neuropatía, 1,8% amputaciones y 3,6% neuropatía. Control de la enfermedad: correcto perfil lipídico en 72% respecto a 52% inicial. TAD controlada 54,5% inicial que aumenta a un 72,7% a los 10 años; TAS controlada 40% inicial pasa a 23,6% a los 10 años; HbA1c sin cambios. Factores de riesgo: 78% obesidad o sobrepeso, a los 10 años sin cambios; sólo 22% normopeso en los dos periodos. Al inicio fumaba 15,7% de los pacientes, de los que 28,6% ha abandonado el hábito tabáquico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar del tratamiento y la educación diabetológica, la progresión de la enfermedad es inevitable. El control de la TAD, el de la HbA1c, la disminución de fumadores y el hecho de que no haya aumento de peso, globalmente indica que la educación y el seguimiento de los pacientes favorecen el buen control de la enfermedad. La TAS empeora a más tiempo de evolución de la enfermedad, pero hay que reseñar que este aumento también se puede asociar a la mayor edad de los pacientes. Por otro lado, diagnosticar precozmente las complicaciones nos permite intensificar el control de la enfermedad y proteger de forma más contundente los órganos diana.

I35-O-O

Estudio descriptivo de la implantación de un servicio de ayuda domiciliaria en el ámbito rural

Jurío Burgui JJ, Alás Brun RM, Mandacén Elizalde MJ, Ezquer Garcés ML, Larumbe Torrano A

OBJETIVOS

Descripción del funcionamiento de un servicio de atención domiciliaria (AD) en el ámbito rural. Descripción de la población incluida en el programa: edad, sexo, grado de incapacidad funcional. Descripción de tipo de actividades y cuidados, duración y frecuencia semanal.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo. Población diana: pacientes incluidos en servicio de AD durante año 2007 (1/01/07 a 31/12/07). Emplazamiento: Valle de Roncal (Navarra). Medición de datos personales registrados en hoja de inscripción del Instituto Navarro de Bienestar Social (edad, sexo, estado civil, grado de incapacidad para actividades básicas vida en domicilio (ABVD), tipo de atención y cuidados requeridos).

Medición tipo de actividades a realizar (personales básicas, personales no básicas, cuidados en el hogar), frecuencia y duración semanal.

RESULTADOS

Número de pacientes 29: 6 varones (20,7%) y 23 mujeres (79,3%). Edad media 81,59 años (+/-9,95); en

varones 81,52 años y en mujeres 81,83 años. Grado de incapacidad funcional para actividades básicas en domicilio es 29,33 (+/-11,61): grave: varones solos 1 (3,44%), mujeres solas 3 (10,3%), matrimonios 4 (13,7%) viudo/a con hijos 9 (31,1%), conviviendo con otro familiar 11 (37,9%), con otras personas 1 (3,44%). Tipo de tareas: personales básicas 100%, personales no básicas: 31,03%, cuidados del hogar 72,41%. La frecuencia semanal: 5 días 72,41%, 3 días 10,34%, 2 días 3,41% y 1 día 13,79%. Número de horas semanales 4,05 (+/-2,08).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La creación y fomento de servicio de AD, que mantenga al paciente en su domicilio e incremente la autonomía personal, es quizás más necesaria en el medio rural, donde factores como dispersión orográfica, despoblación y falta de accesibilidad a recursos especializados pueden influir en el abordaje integral del mismo. Son pocos los pacientes registrados (29), teniendo en cuenta la pirámide poblacional (338 personas mayores de 65 años) y los datos del INSERSO de 2005, que indican que en mayores de 80 años la dependencia alcanza el 60%. Esto nos lleva a suponer que, pese a la oferta del servicio de AD y su buen funcionamiento, existe un rechazo y ello induce a estudiarlo.

I36-C-P

Doctor, quiero perder peso

Burgos Remacha I, Fernández Moyano JF, Navaz Tejero JJ, Vacas Rodilla E, Bernat Lecha E, Lozano Mateo F

INTRODUCCIÓN

En las consultas de atención primaria la obesidad ha adquirido un papel relevante, tanto por la prevalencia

como por la incidencia. En ocasiones, a pesar de realizar dieta y ejercicio, no se encuentra solución y pueden existir otras patologías que influyen en su desarrollo.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 32 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos conocidos. No antecedentes familiares de interés. Hipertensión y dislipemia de 5 años de evolución en tratamiento con dieta. Consulta por aumento progresivo de peso desde hace unos meses a pesar de dieta y ejercicio. Exploración física: tensión arterial 130/80, peso 108 Kg, talla 160 cm, IMC 42. Abdomen globuloso, estrías violáceas en ambos flancos. Plétora facial y grasa retrocervical. Hemograma, bioquímica, función renal y hormonas tiroideas normales. Cortisoluria aumentada (235 mcg). ACTH disminuida (por debajo de 5). Sospecha: síndrome de Cushing. La paciente se deriva a endocrino donde se confirma diagnóstico de enfermedad Cushing.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El síndrome de Cushing se produce por exceso crónico de glucocorticoides. En la mayoría de los casos es de causa yatrogénica por administración prolongada

de glucocorticoides. El resto es consecuencia de alteraciones en hipófisis adrenal y menos frecuentemente por secreción ectópica de adrenocorticotropa (ACTH) o CRH. En nuestra paciente el adenoma suprarrenal fue la causa del síndrome de Cushing. Es importante desde atención primaria pensar en causas secundarias de obesidad que pueden ser curables.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: síndrome de Cushing, obesidad.
 1.- Invitti C, Giraldi FP, de Martin M, Cavagnini F. Diagnosis and management of Cushing's syndrome: results of an Italian multicentre study. Study Group of the Italian Society of Endocrinology on the Pathophysiology of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis. *J Clin Endocrinol Metab* 1999;84:440-448. 2.- Howlett TA, Rees LH, Besser GM Cushing's syndrome. *Clin Endocrinol Metab* 1985;14:911. 3.- Ross EJ, Marshall-Jones P, Friedman M Cushing's syndrome: Diagnostic criteria. *Q J Med* 1966;35:149.

137-O-P

Asociación entre inercia terapéutica en el tratamiento de la hipertensión arterial y cifras de presión arterial sistólica y diastólica

Hernández Moreno J, Sánchez Rosado MA, Palomo Sanz V, López Rodríguez I, Cabañas Sáenz M, Pepió JM

OBJETIVOS

Establecer la relación entre las cifras de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) de los pacientes hipertensos y la mayor probabilidad de ser tratados con inercia terapéutica (IT) por sus médicos.

METODOLOGÍA

Mediante encuesta dirigida a médicos de atención primaria y de especializada se recogieron datos de la historia clínica de 4 pacientes por médico (máximo 10 visitas del último año). Se calculó la IT en cada paciente

como la proporción de visitas en las que no se produce cambio de tratamiento antihipertensivo cuando éste está indicado ($PAS \geq 140$ y $PAD \geq 90$ o $130/80$ en diabéticos y antecedente de ictus). Se calculó la ITm como la media de la IT de sus pacientes. Se estudió la asociación con el perfil del médico, actividad formativa y científica mediante test no paramétricos (U e Mann-Whitney y Kruskal-Wallis) y comparando mediante chi-cuadrado la distribución de estas variables.

RESULTADOS

Se revisaron 12.747 visitas de las cuales 9.247 eran susceptibles de ITm. En 74,8% de estas visitas se produjo IT. Cuando la indicación de cambio de tratamiento se debía a la PAD, se producía IT en 90,8% de los casos; cuando la causa del cambio era la PAS, en 84,7%; y cuando la causa era la PAS y la PAD simultáneamente se producía inercia en 65,4% de los casos. A menor PAS y PAD el riesgo de IT es mayor. Cuando la PAS es inferior a 130, o está entre 130 y 140 mmHg,

la OR de IT es 24 y 16 veces mayor que con PAS menor de 180. Igual ocurre con la PAD, pero con menor intensidad. PAD menor de 80 mmHg o entre 80 y 90 mmHg, con $OR = 5,3$ y $3,8$ respectivamente, a cuando PAD está por debajo de 110.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la mayor parte (por encima de 80%) 9 de las visitas con IT tienen una PAS por debajo de 160 mmHg y más del 95% mantienen la PAD por debajo de 100 mmHg. Esto significa que pocas veces de las que superan los valores establecidos para riesgo cardiovascular moderado y alto se produce IT. No obstante, es la reiteración en cometer IT en visitas en el mismo paciente lo que sin duda lleva a la alta proporción encontrada (77%) de IT inadmisibles en los pacientes. Los mayores niveles de IT se producen cuando la PAS y/o la PAD se encuentran entre 10 y 20 mmHg por encima de los límites establecidos como indicación de cambio de tratamiento.

138-O-P

Análisis de los avisos realizados con diagnóstico de muerte por un equipo de urgencias de atención primaria en una población y un periodo de tiempo determinados

Morán Rodríguez A, Lucas Fernández C, Pérez López I, Pousada Belmonte M, Moreno Goma JL, Domínguez Gallo I

OBJETIVOS

Analizar las características principales, demográficas y etiológicas de los avisos urgentes en domicilio con juicio clínico final de exitus, diagnosticados por un dispositivo móvil de atención primaria en una comunidad y período de tiempo determinados.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con juicio clínico de exitus que fueron atendidos por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) en un período de 6 meses (del 1 de Enero al 30 de Junio de 2007) en una población de 98.000 habitantes.

Nos basamos en las historias clínicas en formato papel utilizadas en dichas asistencias, en las que consta el motivo de la llamada y el juicio clínico final. Las variables estudiadas fueron sexo, grupos etarios, causas del fallecimiento, actuación del equipo DCCU con Soporte Vital Avanzado (SVA) en los casos en los que estuvo indicado.

RESULTADOS

Hubo 1.705 asistencias urgentes en esa población durante ese período de tiempo. Fueron éxitos 74 (4,34%). De éstos, 43 (58,1%) eran hombres y 31 (41,8%) mujeres.

Menores de 40 años, 3 (4,05%); 5 entre 40 y 49 años (6,75%); 6 entre 50 y 59 (8,18%); 8 entre 60 y 69 (10,8%); 22 entre 70 y 79 (29,72%); y 30, mayores de 80 años (40,5%). Causas de la muerte: enfermedad terminal o deterioro progresivo 51 (68,9%); muertes inesperadas, 23 (31,08%): 17 por probable causa natural u

orgánica (22,9% del total de muertes) y 6 por probable causa provocada o accidental (8,1% del total). Se realizó SVA en 10 casos (13,5%). En el resto no, por signos evidentes de muerte a nuestra llegada.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El perfil más común es el de un paciente con enfermedad terminal y edad avanzada. En casos de muertes inesperadas, la mayoría tenía antecedentes de cardiopatía isquémica o factores de riesgo y eran mayores de 50 años. Los de probable causa no orgánica eran menores de 45. El SVA se intentó en los casos de muerte inesperada; en todos se encontró asistolia a la llegada del equipo de urgencias. Destacamos la labor del equipo en la atención familiar. Se debe mejorar en la educación y prevención sobre factores de riesgo y en la formación a la población en técnicas de Soporte Vital Básico (SVB).

139-C-P

Psicoterapia en atención primaria: aplicación de terapia de resolución de problemas en paciente con depresión, en el contexto de un síndrome de burnout

Baleztena Gurrea J, Villanueva Tellería J, Aldunate Muruzábal MT, Garde Iriarte S, Madoz Echeverría MY, Mateo Ramos MG

INTRODUCCIÓN

El inadecuado afrontamiento de problemas afecta a emociones. Saber resolverlos previene y soluciona trastornos ánimo y de ansiedad. La terapia de resolución de problemas (TRP) es efectiva (similar a antidepressivos) en atención primaria (AP): breve, eficaz y fácil de aplicar. Se cuestiona en ancianos.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 55 años. No antecedentes de interés ni hábitos tóxicos. Trabajadora social durante años. Hipotimia, astenia, labilidad, insomnio, clinofilia, cefalea, dificultad para concentración, disminución de apetito, despersonalización, ideas obsesivas laborales y pérdida autoconfianza por "no llegar" en trabajo.

No apatía ni anhedonia. Progresiva sobrecarga psicológica "por trabajo". Diagnóstico: depresión leve (CIE 10) en síndrome de "burnout" (Criterios Maslach). Exploración y análisis normales. Se indica paroxetina y baja laboral. Revisión en 15 días. No toma paroxetina (no quiere fármacos). Comienza TRP. Tras 8 sesiones desaparecen síntomas y vuelve al trabajo. Seguimiento de un año sin recaídas.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La bibliografía aconseja una primera sesión de 1 hora. Por limitación de agenda la dividimos en tres (una de 7 minutos y dos de 20) en las que hacemos el diagnóstico, evaluamos idoneidad de TRP y explicamos su funcionamiento. Para casa mandamos realizar listado de problemas. En las siguientes 3 citas (20 minutos) concretamos problemas y seleccionamos el más importante para ella, que sea accesible. En casa hace lista de posibles soluciones (muchas y variadas), que luego revisamos para elegir la preferida; desglosamos sus componentes y la aplicamos en casa. En las

dos últimas sesiones (20 minutos) damos alta laboral por mejoría clínica y aplica soluciones en el trabajo.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: terapia de resolución de problemas, depresión. 1.- Becoña E. Técnicas de solución de problemas. En: Labrador FJ. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide, 2002;710-743. 2.- D'Zurilla et al. Problem-Solving Therapy A Positive Approach to Clinical Intervention. 3rd Ed. New York: Springer Pub, 2007. 3.- García J et al. Psicoterapia de resolución de problemas para Atención Primaria. Madrid: Ars Médica, 2006. 4.- Mynors-Wayis LM et al. Randomized controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000;320:26-30. 4.- Williams JW et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. *JAMA* 2000;284:1519-1526.

I40-O-P

Programa de metadona: ¿conocemos a nuestros pacientes? Seguimiento de patologías de riesgo

Vallecillos Segovia I, Sánchez Garzón J, Jiménez Castillo I, Vega Galindo MV

OBJETIVOS

Conocer la patología de riesgo de los pacientes incluidos en un programa de mantenimiento con metadona (PMM) y cuantificar sus marcadores.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo. Ámbito: Zona Básica de Salud rural que atiende a una población con 10.638 habitantes de nivel socioeconómico medio-bajo, constituida por un Centro de Salud y dos

Consultorios locales. Sujetos: todos los pacientes que están en PMM de la Zona Básica el día 31 de marzo de 2008 (39). Revisión pormenorizada de los registros de estos pacientes en las historias clínicas informatizadas (Diraya) y de los ficheros de vacunas (PVA), tuberculosis, embarazo, interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y Trabajador Social.

RESULTADOS

91,2% son hombres. Edad media 29 años (rango 19-41). Etnia gitana 10,2%. No graduado escolar

59,9%. 16 meses de promedio en PMM. Antecedentes judiciales 46,1%. Primera vez en PMM el 56,4%. En 64,1% se detectan drogas en orina en al menos una ocasión durante PMM. Vacunados de tétanos 43,5%. HIV (+) 7,6%. HIV desconocido 5,1%. Marcadores Hepatitis C (+) 46,1%. Marcadores de Hepatitis B y C (+) 25,6%. Hepatitis A (+) 12,8%. Vacunados de Hepatitis B 7,6%. Mantoux positivo 30,7%. Mantoux desconocido 43,5%. Tuberculosis activa 5,1%. Se constatan 3 IVE, 7 intervenciones con Trabajador Social y 3 interconsultas con el Equipo de Salud Mental.

143-C-P

Paciente con lesión por arma blanca atendido por un equipo de atención primaria

Morán Rodríguez A, Lucas Fernández C, Pousada Belmonte M, Pérez López I, Moreno Goma JL, Delgado Pacheco J

INTRODUCCIÓN

En los centros de salud existe la posibilidad de atender a pacientes con herida por arma blanca, sobre todo en los situados en zonas conflictivas. A veces los profesionales no estamos seguros de qué hacer hasta la llegada de los equipos de urgencias y esos minutos pueden ser cruciales.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 38 años, sin antecedentes médicos. Está en el suelo con una navaja clavada en hemitórax bajo izquierdo, dirección cráneo-caudal. Llamam a urgencias, que envía equipo de atención primaria. Consciente, Glasgow 12/15 (apertura de ojos 4; respuesta verbal 2; respuesta motora 6). Pupilas normales. Reflejos y pulsos conservados. Auscultación cardiaca: rítmico sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado con buena ventilación. Abdomen: blando y depresible. TA: 110/90; FC: 100 lpm; FR: 14 rpm.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La patología infecciosa de riesgo ocupa una importante parcela de los problemas de salud no resueltos en este colectivo. Uno de los objetivos de la instauración del PMM es aumentar la prevención de enfermedades infecciosas transmisibles; los datos año tras año demuestran que hay una tendencia a la disminución de éstos, pero muy lentamente. ¿Debemos plantearnos si realmente hay que cambiar o modificar las estrategias o la metodología del PMM para obtener resultados más significativos tanto a medio como a largo plazo?

Saturación de oxígeno: 93%. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm sin alteraciones. Se inmoviliza. Vía periférica con 500 cc de suero fisiológico y 3 cc de la dilución de cloruro mórfico. Oxígeno 100%. Traslado al Hospital.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Lo más importante es la movilización mínima del objeto clavado para disminuir pérdidas de sangre y evitar agravar las lesiones. Tratar al paciente como un politraumatizado: apertura de vía aérea con control cervical, ventilación (mascarilla o ambú con oxígeno al 100% si es necesario), circulación (control de hemorragia sin mover el objeto, pulsos, TA y dos vías periféricas con fluidoterapia), nivel de conciencia y pupilas. Collarín y camilla rígida con inmovilización adecuada. Analgesia, apoyo emocional. No extraer el objeto: cortar la ropa, contener la hemorragia y estabilizarlo con compresas abultadas. Llamar a hospital y trasladar con equipo médico. Todo en 1 hora.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: penetrating injury, trauma injury, primary care. 1.- Guerra García S. Actitud prehospitalaria ante el paciente empalado. Puesta al día en Emergencias y Catástrofes 2000;1:168-73. 2.- Aylwin CJ, Brohi K, Davies GD, Walsh HS. Pre-hospital

and in-hospital thoracostomy: indications and complications. Ann Coll Surg Eng 2008;90:54-7. 3.- Schwart N. Primary care of penetrating thoracic stab injuries. Unfallhcilkunde 1984;87:243-50. 4.- National intercollegiate clinical excellence (NICE). Pre-hospital initiation of fluid replacement therapy in trauma. London (UK): NICE, 2004: 28p (Technology appraisal; no.74).

I45-O-0

Correlación clínico-patológica de tumores cutáneos benignos en la Unidad de Cirugía Menor del Centro de Salud de Riaza (Segovia) (2006-2007)

Alcalde San Miguel JL, Arribas Domínguez M, García Sánchez I, Herrero Callejo S, López Nogales T, Silva Guisasola V

OBJETIVOS

Los tumores cutáneos benignos constituyen hallazgos frecuentes en la clínica diaria. La incidencia aumenta con el envejecimiento. Se trata de conocer la estadística de los tumores cutáneos benignos en dos años de actividad en la Unidad de Cirugía Menor del Centro de Salud de Riaza.

METODOLOGÍA

La Zona Básica de Salud de Riaza comprende 49 municipios y abarca una población aproximada de 5.000 habitantes, que se incrementa de manera notable durante el periodo estival e invernal por la cercanía de la estación invernal de la Pinilla. La componen un centro de salud, un centro de guardias y 35 consultorios locales. Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo de pacientes atendidos en la Unidad de Cirugía Menor y posterior remisión de la muestra a anatomía patológica, desde enero de 2006 a diciembre de 2007. Se encontraron 76 lesiones tumorales. Se analizaron los datos epidemiológicos y se comparó

la concordancia entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico.

RESULTADOS

De los tumores analizados, 50% corresponde a varones. El tiempo medio de intervención fue de 30 minutos. El tiempo medio de espera fue de una semana. La localización más frecuente fue en cabeza, cara y cuello, con 32 casos (42,10%), seguida de tronco con 18 casos (23,68%). El tamaño del tumor más común fue de 1 a 5 cm en 39 casos (51,32%). El rango de edad más frecuente fue entre los 41 y 50 años. La correlación clínico-anatomopatológica de mayor a menor grado fue: tumores fibrosos (78,57%), quistes (76,92%), vasculares (66,66%), infecciosas (63,63%), lesiones malignas (60%), queratosis seborreica (50%), lesiones névicas y/o melanocíticas (43,75%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La localización más frecuente intervenida fue en cabeza, cara y cuello, principalmente, por inquietud

estética. Los tipos de tumor por orden de frecuencia fueron lesiones névicas 16 (21,05%), dermatofibroma 14 (18,42%), quiste epidérmico 13 (17,10%). En lesiones névicas la concordancia entre ambos diagnósticos es del 43,75%, lejana de la media publicada en diversas series (70-80%), quizás debido a la reducida

muestra estudiada (16). Cinco de las piezas analizadas resultaron malignas: carcinoma epidermoide (2), epitelioma basocelular (2), melanoma nodular (1); todas respetaban los bordes de resección. Es necesario mejorar la formación continuada dentro de la Unidad de Cirugía Menor.

I46-O-P

Análisis de las disneas atendidas con carácter urgente en atención primaria

Lucas Fernández C, Morán Rodríguez A, Pérez López I, Pousada Belmonte M, Moreno Goma JL, García González FJ

OBJETIVOS

Estudio descriptivo de los avisos por disnea valorados por un servicio de urgencias extrahospitalario. Analizar el perfil sociodemográfico del paciente con disnea, atendido con carácter urgente en atención primaria.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Pacientes asistidos por un dispositivo móvil de atención primaria (Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias -DCCU- de la Janda Litoral) en un área rural de la provincia de Cádiz, con una población total de 60.752 habitantes, durante el periodo de tiempo de agosto 2007 a marzo 2008. Revisión de historias clínicas en formato papel empleadas en las asistencias, donde se recogen diferentes variables (edad, sexo, motivo de consulta, fecha y hora de asistencia, diagnóstico, derivación del paciente). Se excluyen las historias que son ilegibles o no están correctamente cumplimentadas.

RESULTADOS

De un total de 1.066 asistencias realizadas por el DCCU Janda Litoral se atiende a 152 pacientes que

consultan por disnea. Las causas más frecuentes son reagudizaciones de EPOC (19,7%), edema agudo de pulmón (17,1%), insuficiencia cardiaca congestiva (15,1%) e infecciones respiratorias (13,7%). El perfil del paciente es el de un varón (54,6%) con edad entre 65 y 85 años (78,3%), que consulta por disnea en un 89,4% de las ocasiones. El 40,1% de los pacientes acude por la tarde, 30,2% por la mañana y 29,6% restante de noche. En 76,2% de las ocasiones se deriva al hospital, 21% permanece en el domicilio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La disnea es una causa de aviso urgente frecuente en atención primaria. Las causas más frecuentes de activación son las reagudizaciones de EPOC, los edemas agudos de pulmón y los cuadros de insuficiencia cardiaca congestiva. En el caso de los edemas agudos de pulmón existe un predominio en sexo femenino, mientras que en las reagudizaciones de EPOC predomina el sexo masculino. Existe un incremento del número de reagudizaciones de EPOC durante los meses de invierno con respecto a otros meses, y concretamente durante los meses de diciembre y enero. El número de casos por edema agudo de pulmón presenta una incidencia similar durante todos los meses del periodo de estudio.

I47-C-P

Manejo urgente de las arritmias en atención primaria

Lucas Fernández C, Morán Rodríguez A, Pousada Belmonte M, Pérez López I, Moreno Goma JL, Suárez Gutiérrez MJ

INTRODUCCIÓN

Arritmias cardiacas son motivo de consulta frecuente en atención primaria. Su carácter potencialmente letal y la repercusión hemodinámica hacen necesario establecer un diagnóstico y tratamiento precoz.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 66 años. Cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio con triple by-pass). Dolor torácico opresivo de 3 horas de evolución, junto a cuadro sincopeal de un minuto de duración. Auscultación cardiaca taquicárdica, tensión arterial 100/50; ECG: taquicardia con QRS ancho a 180 lpm. Resto sin hallazgos. Diagnóstico diferencial: taquicardia ventricular con pulso o taquicardia supraventricular con bloqueo de rama izquierda previo. Tratamiento: antiarrítmicos intravenosos (amiodarona) y traslado a hospital. Cardioversión eléctrica tras lo cual se aprecia ritmo sinusal a 45 lpm, bloqueo de rama izquierda e infarto agudo de miocardio inferior.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El objetivo terapéutico ante un paciente con arritmia

es identificar las causas que requieran un tratamiento urgente. Para ello, en atención primaria nos basamos en la anamnesis, exploración física y electrocardiograma. En ocasiones se plantean dudas diagnósticas; debemos valorar y decidir cuál es el tratamiento más adecuado del paciente en cada momento. Ajustarse razonablemente a los protocolos médicos establecidos sigue siendo el método más eficaz en medicina extra-hospitalaria para la correcta asistencia y evolución del paciente.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: arrhythmias, protocols, primary care. 1.- Villegas García M, Espinosa García MD, Martínez Sánchez J, et al. Arritmias Cardiacas. Formación Médica Continuada 2007;14:extraordinario. 2.- Huszar RJ. Arritmias: principios, interpretación y tratamientos. 3ª Ed. Madrid: Harcourt, 2003. 3.- Wellens HJ, Conover M. La electrocardiografía en la toma de decisiones en urgencias. 2ª Ed. Madrid: Elsevier, 2006. 3.- Oswald N, Bateman H. Treating individuals according to evidence: why do primary care practitioners do what they do? J Eval Clin Pract 2000;6:139-48.

I48-O-P

Comparación de la tensión arterial en pacientes hipertensos con y sin síndrome metabólico sometidos a monitorización ambulatoria

Granero Fernández E, Pereñíguez Barranco JE, Gómez Liarte AB, Abellán Tubio L, Molera Manzano D

OBJETIVOS

Comparar el comportamiento de la tensión arterial (TA) de dos grupos de hipertensos con y sin síndrome metabólico (SM). Se les monitoriza ambulatoriamente la tensión arterial (MAPA) y se trata de conocer la evolución diaria de la tensión arterial en su condición de "dipper" (descendedores nocturnos) o "no dipper".

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo de grupos de hipertensos con y sin SM (criterios FID 2005), a los que se realiza MAPA de 24 horas en centro de salud urbano y sin iniciar tratamiento farmacológico. Muestreo consecutivo no probabilístico hasta obtener 37 pacientes por grupo; potencia del 80% para detectar diferencias mediante la prueba t-Student bilateral para muestras independientes con un nivel de significación del 5%, diferencia entre medias de 4 y desviación típica de 6. La MAPA se hace con un Spacelabs Médical modelo 90207. Periodo de octubre de 2006 hasta final de diciembre de 2007. Comparamos porcentajes mediante chi-cuadrado y medias mediante la prueba t de Student.

RESULTADOS

Se estudian 75 pacientes, 38 a los que realizamos

MAPA que no cumplían criterios de SM y los primeros 37 que sí. Entre los pacientes con SM el porcentaje de "no dipper" alcanza 60,5% frente a 37,8% de sujetos que son "dipper" con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,04$). Esta proporción cae hasta 39,4% de pacientes no portadores de SM que son "no dipper". Sólo la TA sistólica alcanzó diferencias estadísticamente significativas (TAS de 133,1 mmHg en el grupo con SM frente a 127,3 mmHg en el que no tenía SM, con $p=0,02$); en el caso de la TA diastólica, 81,5 mmHg en el grupo SM frente a 77,5 en el que no era portador de criterios de diagnóstico de SM ($p=0,1$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de las recientes controversias sobre la idoneidad de los criterios diagnósticos y de su utilidad para el diagnóstico y tratamiento de las diferentes definiciones de SM, es innegable la importante aportación que, como instrumento clínico, ha supuesto para los médicos del primer nivel asistencial. Nuestros resultados refuerzan esta conclusión al mostrar que los sujetos con SM presentan con más frecuencia la condición de "no descendentes nocturnos" de su tensión arterial que los que no tienen ese diagnóstico.

I49-O-P

Análisis sobre el conocimiento del personal de atención primaria sobre las posibilidades terapéuticas de la oxigenoterapia hiperbárica

Pousada Belmonte M, Pérez López I, Morán Rodríguez A, Lucas Fernández C, Moreno Goma JL, Utrera López D

OBJETIVOS

Demostrar el nivel de conocimientos del personal sanitario que trabaja en atención primaria (AP) de una provincia como Cádiz (posee un centro hospitalario con un servicio de Medicina Hiperbárica) sobre la utilidad de este tipo de terapia de demostrada eficacia para patologías en AP.

METODOLOGÍA

El estudio se realiza sobre una muestra de 200 profesionales de AP (enfermeros y médicos de Cádiz). Como instrumento de medición hemos diseñado un cuestionario individual y anónimo con 3 preguntas de información abiertas relacionadas con el tema: conocimiento de la oxigenoterapia hiperbárica (OH) principales usos, localización del centro más cercano de Medicina Hiperbárica (MH).

RESULTADOS

De los 200 encuestados, 71% no conoce la OH, 20% lo relaciona sólo con accidentes de buceo, sólo

3% conoce en qué consiste y cuáles son las indicaciones de la OH. El 87% no sabe que en su provincia existe una unidad de MH. Sólo 7% sabe que en su provincia existe un servicio de MH y dónde está localizado, El 6% de los encuestados no responde. No existen diferencias significativas entre las distintas categorías profesionales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En los últimos años el desarrollo de lo que se ha denominado OH es un hecho avalado tanto por el número de trabajos publicados como por la extensa población tratada. Podemos considerar a la OH como un arma terapéutica imprescindible en ciertas afecciones agudas, así como un importante coadyuvante del tratamiento convencional de otros procesos crónicos frecuentes en AP, en los que la OH posee una acción altamente beneficiosa demostrada en estudios clínicos y experimentales. Hay una gran desinformación en cuanto a este tipo de medicina tanto para el profesional sanitario como en consecuencia para el usuario. Será útil conocer sus diversas posibilidades.

I50-O-P

Análisis del conocimiento del personal de atención primaria sobre el manejo inicial de una parada cardiorrespiratoria

Pousada Belmonte M, Pérez López I, Morán Rodríguez A, Lucas Fernández C, Moreno Goma JL, Utrera López D

OBJETIVOS

Demostrar el nivel de conocimientos del personal sanitario que trabaja en atención primaria sobre el manejo inicial de un paciente que presente una parada cardiorrespiratoria (PCR) hasta la llegada de los servicios de emergencias.

METODOLOGÍA

El estudio se realiza sobre una muestra de 153 personas (celadores, auxiliares, enfermeros y médicos de la provincia de Cádiz) durante 2007. Como instrumento de medición hemos diseñado un cuestionario individual y anónimo con 5 preguntas de información abiertas relacionadas con el tema: "cadena de supervivencia, "manejo del DEA/DESA", "destreza en técnicas relacionadas con SVB y "nuevas recomendaciones".

RESULTADOS

De los 153 encuestados 58,82% no domina el manejo inicial de la PCR, 13,07% sabría hacer un

soporte vital básico pero no el instrumental y sólo 14,7% conoce a la perfección el manejo inicial del paciente en PCR según las últimas recomendaciones de la ERC. El 71,9% no conoce el manejo del DEA/DEA frente a 14,7% que domina su funcionamiento. El 13,2% no contesta. No existen diferencias significativas entre las distintas categorías profesionales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En España las PCR son un problema de primera magnitud para la salud pública. Se estima que cada año se producen 24.500, o que equivale a un paro cardíaco cada 20 minutos. Se considera, pues, fundamental que todos los profesionales sanitarios estén capacitados para aplicar técnicas de resucitación cardiopulmonar con desfibrilación semiautomática. Es demasiada elevada la cifra de personal sanitario de atención primaria que no domina el manejo inicial de una situación de PCR, lo que repercute directamente en las probabilidades de supervivencia del paciente en esta situación. La formación continua del sanitario en soporte vital es fundamental para salvar vidas.

I51-O-O

Aspectos psicopatológicos en la población latinoamericana

Barceló Castelló M, Cereceda Satué M, Bailo Vinués L, Luzón Oliver L, Vicente Gordo MD, Pintado Sandoval H

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de patología mental en inmigrantes latinoamericanos, visitados en atención primaria en Zaragoza.

METODOLOGÍA

Estudio observacional transversal prevalente, por entrevista a 156 inmigrantes latinoamericanos captados en atención primaria. Criterios de inclusión: mayor

de edad, llevar menos de 35 meses en España y emigrante de Latinoamérica. Instrumentos: Entrevista Mini International Neuropsychiatric Interview, Entrevista Psiquiátrica Estandarizada Polivalente, Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, Cuestionario del Estado General de Salud y de Características Socioeconómicas y Demográficas. Se creó una base de datos con el SPSS bajo Windows. Los resultados se presentan como proporciones y medias con desviaciones estándar.

RESULTADOS

Un 29% de inmigrantes presenta patología psiquiátrica. El 18,6% presenta depresión mayor actual y 5,1% distimia; 16% trastorno de ansiedad generalizada actual y 20,9% trastorno somatomorfo indiferenciado; 1,3% episodio hipomaniaco actual y 9% lo ha presentado en el pasado; 2,6% episodio maniaco actual y 4,5% en el pasado; 7,7% con agorafobia actual sin trastorno de angustia y 4,5% fobia social actual; 4,5%

trastorno obsesivo-compulsivo actual y 5,1% trastorno de estrés postraumático. El 8,3% tiene dependencia de alcohol actual; 0,6% anorexia nerviosa actual y 3,8% bulimia nerviosa; 2,6% trastorno psicótico y un 0% antisocial.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Podemos concluir que la patología psiquiátrica más prevalente en la población latinoamericana es el trastorno somatomorfo indiferenciado, la depresión mayor, el trastorno de ansiedad generalizada, la dependencia de alcohol, la agorafobia, el trastorno por estrés postraumático y la distimia. Los factores que mejor explican la aparición de patología psiquiátrica en estos pacientes son la exposición a un trauma (es el factor predictivo más fuerte para la presencia de trastorno psiquiátrico al cabo de un año), tiempo de estancia en España entre 2 y 3 años, percepción de ser discriminados, ser mujer, no tener reagrupación familiar y tener menos de 40 años.

152-C-P

Incidente crítico: dolor lumbar en artrosis. Seguimiento de urgencias de atención primaria a atención especializada

Colombo García JA, Bonassi Roldán JA, Bienvenido Rodríguez A, Martínez Villegas I, Nieto Moreno E, Ariza Cabrera E

INTRODUCCIÓN

La lumbalgia es la segunda razón de atención médica. Es causa de incapacidad por debajo de los 45 años. La prevalencia es de 60-90%; la incidencia de 5%. Un 3% padece una hernia discal lumbar. La artrosis es causa de lumbalgia y genera gran carga asistencial en servicios de urgencia.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 59 años con lumbalgia de días de evolución y dolor irradiado a miembros inferiores. Hipercolesterolemia, osteoporosis, poliartrosis. Tratamiento: atorvastatina, risedronato, glucosamina. Constantes vitales normales; postura antiálgica. No rigidez de nuca, no signos de afectación ciática,

puño-percusión renal negativa. Se deriva para valoración hospitalaria. Punción lumbar: meningitis bacteriana. Cultivo: *S. aureus*. RNM: aumento de captación en leptomeninge y aracnoidea. Tratamiento: antibiótico de amplio espectro, heparina de bajo peso molecular, analgésicos. A pesar de ello el dolor persiste. TAC: absceso en glúteo izquierdo y colección abscesificada en L4-L5. Diagnóstico: absceso glúteo por *S. aureus* secundario a inyección intramuscular.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Las señales de alerta para sospechar enfermedad sistémica en lumbalgia son: dolor que aparece por primera vez en menores de 20 o en mayores de 55 años; dolor no influido por posturas, movimientos y esfuerzos; déficit neurológico difuso; imposibilidad de flexionar la columna vertebral; deformación estructural reciente; mal estado general; pérdida de peso; fiebre; traumatismo reciente; cáncer; uso de corticoides

o drogas por vía parenteral, inmunodepresión o SIDA. Si existe señal de alerta, prescribir las pruebas complementarias oportunas (radiografía simple, TAC, RMN, gammagrafía o SPECT). Si no hay señal de alerta, se asume que el paciente tiene una lumbalgia inespecífica.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: lumbalgia, urgencias atención primaria. 1.- Donnay Brisa G, Sánchez Ortega R, Jiménez Murillo L, Roig García JJ, Montero Pérez FJ. Lumbalgia aguda. Lumbociática. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ (Eds). Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. Madrid: Elsevier, 2004. 2.- Grupo Español de Trabajo del Programa Europeo COST B13. Resumen de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para la lumbalgia inespecífica; 2005.

153-O-P

Variabilidad en los resultados de glucemias obtenidas por diferentes glucómetros

Morán Horna O, San Martín B, Aller J, Palacios N, Carreira Delgado J

OBJETIVOS

Ante la amplia oferta de glucómetros para la realización de autocontroles en diabéticos y a la vista de las diferencias obtenidas con éstos (con la consiguiente repercusión terapéutica), nos planteamos ver las variaciones inter e intra-observador de dichas determinaciones con los diferentes aparatos.

METODOLOGÍA

Se realizaron mediciones de glucemia capilar en 107 pacientes elegidos aleatoriamente de una consulta de atención primaria, independientemente de las cifras previas de glucemia, utilizando 5 glucómetros (Optium, Breeze, One Touch, One Touch-pen, Menarini) para ver las variaciones con los distintos

aparatos. En 32 de estos pacientes se realizaron 2 determinaciones consecutivas para valorar con el mismo aparato y ver su variabilidad. En 30 pacientes se analizaron también muestras por método glucosa-oxidasa. El análisis estadístico se realizó en el entorno SPSS para pruebas no paramétricas.

RESULTADOS

La media de los valores de glucemia en función del glucómetro fue 95 (62-316) con Menarini y 108 (57-316) con Optium. No se encontraron diferencias significativas entre las cifras de glucosa-oxidasa y los glucómetros Optium ($p < 0,31$) y Menarini ($p < 0,07$). La mejor correlación con los resultados del laboratorio fueron los obtenidos con el medidor Menarini ($r = 0,987$). Comparando los glucómetros, no existían diferencias significativas entre el Menarini y el Optium

($p = 0,125$), ni entre One Touch y One Touch-pen ($p = 0,85$). Menarini arrojó glucemias menores en todas las comparaciones. No se observaron diferencias en determinaciones repetidas en el mismo individuo y aparato.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se observan diferencias en las cifras obtenidas con diferentes glucómetros, por lo que se aconseja que el paciente siempre use el mismo medidor. Las diferencias de lectura con el mismo aparato son despreciables. Dado que en nuestro estudio los resultados obtenidos con el método de referencia de glucosa-oxidasa de laboratorio resultan similares a las obtenidas con Optium y Menarini, recomendamos el uso de estos últimos para el autocontrol y decisión terapéutica en atención primaria.

I54-C-P

Incidente crítico: pautas de actuación ante traumatismo bucal en servicio de urgencias de atención primaria

Bonassi Roldán JA, Colombo García JA, Martínez Villegas I, Bienvenido Rodríguez A, Ariza Cabrera E, Nieto Moreno E

INTRODUCCIÓN

Pautas de actuación en valoración, diagnóstico clínico y diferencial y tratamiento de incidente crítico por traumatismo de la región bucal en los servicios de urgencias de atención primaria, considerando lesiones asociadas, potencial gravedad y repercusiones estéticas si no se realiza un manejo adecuado.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 55 años. Acude por caída accidental. Consciente y colaborador, presenta erosiones en miembros superiores y cara, contusión bucal, edema del labio superior, pérdida de piezas dentarias, hemorragia bucal profusa y herida en mentón que precisa sutura. No refiere traumatismo craneo encefálico ni



pérdida de conocimiento ni vómitos. Está aturdido y con dolor. En la entrevista se detecta ingestión de alcohol previa a la caída, hecho confirmado también por sus familiares. Refiere ser bebedor habitual y fumador de 1 cajetilla de tabaco/día. No presenta ningún otro antecedente de interés o alergia conocida.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Tras valoración se procede a toma de constantes vitales, todas dentro de normalidad. Se desinfectaron erosiones en región facial y miembros superiores. El trauma dental fue más difícil de valorar por la presencia de sangre, coágulos y saliva, con dos dientes desprendidos; se observó la ausencia del incisivo central superior derecho, que no se encontró en el lugar del incidente, lo que hizo sospechar una intrusión dentaria que precisó valoración radiológica. Se suturaron las heridas de mentón y de mucosa oral y se canalizó

vía venosa periférica para administración de analgesia. Se derivó para estudio radiológico.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: traumatismo dental, urgencias, atención primaria. 1.- Perales Rodríguez N, López Messa J, Ruano Marco M. Manual de Soporte Vital Avanzado. Madrid: Elsevier Masson, 2007. 2.- Ward Booth P, Eppley B, Schmelzheisen R. Traumatismos maxilofaciales y reconstrucción facial estética. Madrid: Elsevier Iberoamericana, 2005. 3.- Baquero Ruiz de la Hermosa C. Valoración y criterios de actuación en la urgencia del traumatizado facial. *Cirugía Española* 1987;42:108-114. 4.- Andreasen JO, Ravn JJ. Epidemiology of traumatic dental injuries to primary and permanent teeth in a Danish population sample. *Int J Oral Surg* 1972;1:235-9.

ISS-C-P

Varón con úlcera persistente

Herrero Vicario V, Fabra Noguera A

INTRODUCCIÓN

Las cepas de *S. aureus* resistentes a la meticilina (MARSA) se conocen desde 1961. El aumento de la incidencia por MARSA en hospitales ha trasladado el problema a los centros geriátricos, donde se dan elementos para la transmisión de este patógeno por infraestructuras e higiene deficientes.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 80 años. Comparte habitación en geriátrico, fuma 10 cigarrillos/día, Enfermedad pulmonar

obstructiva crónica, amputación supracondílea en extremidad inferior derecha por tromboangieítis obliterante. Presenta úlcera en extremidad inferior izquierda con mala evolución con medidas habituales. Cultivo: *P. mirabilis* y MARSA. Se inician medias de limpieza estrictas según protocolo hospitalario y antibióticos orales (según sensibilidad de antibiograma para las colonias que no son MARSA): clindamicina y eritromicina. Cultivo a las 3 semanas: negativización de MARSA, pero persiste infección polimicrobiana (*P. mirabilis*, *staphylococcus*) seguramente debido a la patología de base.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El principal reservorio de MARSA es el hombre en piel y mucosas de las fosas nasales, cabellos, uñas, axilas y periné; también en esputos, drenajes, lesiones por presión, líquido cefaloraquídeo, sangre y úlceras. Las infraestructuras (pocas habitaciones individuales, baños compartidos) y los escasos recursos de personal y de material favorecen la transmisión por contacto con el paciente a través de las manos. El personal sanitario puede ser un portador transitorio después del contacto con un paciente con MARSA o un portador estable en las fosas nasales. Lo más importante es la limpieza de las manos: lavado con agua y jabón o con solución alcohólica.

156-C-P

Varón con dolor lumbar y rampas

Herrero Vicario V, Fabra Noguera A

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar no mecánico o específico (3-4% del total de lumbalgias) es el secundario a procesos infecciosos, tumorales, patología inflamatoria... Es diurno y nocturno, no cede o empeora con reposo. La prevalencia de la lumbalgia durante la vida es de 60-80%, con pico de afectación a los 25 a 45 años.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 41 años. Acude por dolor lumbar persistente, tratado con ibuprofeno y myolastan. Vuelve sin mejoría, con irradiación a pierna derecha, dolor nocturno, que aumenta con maniobra de Valsalva y movimientos, rampas y episodios de pérdida de fuerza esporádicos. Exploración: reflejos presentes y simétricos, Lassègue y Bragard (-), sensibilidad y fuerza normal. Se le prescribe inzitan y paracetamol con codeína. TAC:

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: staphylococcus aureus, staphylococcus aureus meticilin resistente (marsa). 1.- Testore GP, Natoli S, Fontana C, Buonuomini AR, Leonardi L, Leonardis F. Linezolid as rescue drug: a clinical case of soft tissue infection caused by a Staphylococcus aureus strain resistant in vivo to teicoplanin. *J Chemother* 2006;18:430-2. 2.- David MZ, Glikman D, Crawford SE, Peng J, King KJ, Hostetler MA, Boyle-Vavra S, Daum RS. What Is Community-Associated Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus? *J Infect Dis* 2008; 197:1235-43. 3.- Ji Y, Sakoulas G. Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MARSA) Protocols. *Clin Infect Dis*. 2008;46:1634.

discreta protrusión discal lumbar (L4-L5). Dado que el dolor persiste y le incapacita para todo, es derivado a traumatología. EMG: signos irritativos en raíz lumbar 4 derecha. RMN: tumoración intradural lumbar (L2-L3), compatible con neurinoma o ependimoma. Tras cirugía se diagnostica ependimoma mixopapilar.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Un dolor lumbar que persiste a pesar del tratamiento analgésico y antiinflamatorio junto con reposo y aparición de dolor nocturno, aumento con maniobra de Valsalva y pérdida de fuerza, sugiere que no es un dolor mecánico sino un proceso inflamatorio o tumoral. Procede realizar pruebas complementarias o una derivación al especialista para estudio. El ependimoma mixopapilar causa dolor lumbar y radicular, con posterior debilidad de miembros inferiores y disfunción de esfínteres (20-25%); casi siempre se presenta en el

cono medular y filium terminal o regiones parasacras (restos endimarios extramedulares). El pronóstico es bueno con tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: endimoma espinal, endimoma mixopapilar. 1.- Mork SJ, Loken AC, Ependymoma: A Follow-Up Study of 101 Cases. *Cancer* 1977;40:907-15.

2.-Duffau H, Gazzaz M, Kujas M, Fohanno D. Primary intradural extramedullary ependymoma: case report and review of the literature. *Spine* 2000;25:1993-5. 3.-Fourney DR, Fuller GN, Gokaslan ZL. Intraspinial extradural myxopapillary ependymoma of the sacrum arising from the filum terminale externa. Case report. *J Neurosurg* 2000;93(Suppl 2):322-6. 4.- Kuo JS et al. Unexpected myxopapillary ependymoma within a filum terminale tethering the spinal cord. *Pediatr Neurosurg*. 2007;43:309-11.

157-C-P

Exploración ecográfica de la mama en atención primaria

Fumadó Queral J, Targa Piñol X, Morales Luna A, Cubí Montfort R, Sánchez Bursón D, Herrera Puente MA

INTRODUCCIÓN

Se expone la utilidad resolutoria y orientadora para el diagnóstico en una consulta de atención primaria de una técnica sencilla y fiable como es la ecografía.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 62 años con dolor en mama izquierda de 2 meses de evolución. Tres meses antes se le había realizado el cribado mamográfico con resultado de normalidad. En la consulta, su médico de cabecera le realiza una exploración de la mama con técnica ductal y en mama derecha halla una lesión hipoecoica de 0,55 mm de diámetro y con características de malignidad. Se deriva al servicio de mama del hospital de referencia, donde se confirma el diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

A la vista de este caso-ejemplo, resulta recomendable realizar ecografía ductal de la mama en todos los casos en que, aun habiendo realizado recientemente una

mamografía con resultado de normalidad, la paciente presente cualquier tipo de signo o sintomatología de la mama. La ecografía de la mama con técnica ductal complementa a la mamografía y está al alcance de los profesionales de la medicina general, con la condición previa de una formación sólida para ello. El aumento del poder resolutorio es gratificante para el profesional y muy beneficioso para la salud de las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: ecografía en atención primaria, ecografía ductal, cáncer mamario. 1.- Stavros AT. La mama. En: Rumack W, Chardoneau J. *Diagnóstico por Ecografía*. 3ª ed. Madrid: Elsevier, 2006;795-847. 2.- Amorós Oliveros FJ, Lemos Zunzunegui J. Cáncer de mama. Criterios ecográficos de malignidad. *Medicina General* 2000;21:179-191. 3.- Amy D. Ecografía mamaria: la anatomía, solamente anatomía. *Medicina General* 2000;21:130-8. 4.- Harris JR, Lippman ME, Veronessi H, Willet W. *Medical Progress Breast Cancer (Three Part Series)*. *N England J Med* 1999;327:319-328.

I58-C-P

Cáncer de pulmón desde atención primaria

Fumadó Queral J, Targa Piñol X, Basart Arraut JM, Arasa García C, Artigas Playa M, Gombau Cid B

INTRODUCCIÓN

Se expone la utilidad resolutoria y orientadora para el diagnóstico en una consulta de atención primaria de una técnica sencilla y fiable como es la ecografía.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 57 años. Desde hace 2 meses, con motivo de un cambio de trabajo, presenta astenia, discreta anorexia, febrícula vespertina y pérdida de 5 Kg de peso. Exploración física sin anomalías. En la consulta, su médico de cabecera le realiza ecografía abdominal y pulmonar. En tercio superoposterior de pulmón derecho halla una imagen hipoecoica de 70,1 X 69,5 mm, sospechosa de tumoración pulmonar. Se deriva al hospital de referencia, donde se confirma el diagnóstico de carcinoma células grandes.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se hace hincapié en la utilización de la ecografía pulmonar en los casos en que la anamnesis y la clínica resultan insuficientes para la orientación diagnóstica.

La técnica está al alcance de los profesionales de medicina general, con la condición previa de una formación sólida para ello. En este caso nos ayudó a una orientación y rapidez diagnóstica y permitió descartar pruebas orientadas a otras patologías. El aumento del poder resolutorio es gratificante para el profesional, para el paciente y para el sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: ecografía en atención primaria, ecografía torácica, cáncer pulmonar. 1.- Brant WE. El tórax. En: Rumack W, Chardoneau J. Diagnóstico por Ecografía. 3ª ed. Madrid: Elsevier, 2006;603-623. 2.- Bourgeois JM, Targhetta R. Manuel pratique d'échographie en pneumologie. 1ª ed. Montpellier: Sauramps medical, 1989. 3.- Agustí García-Navarro C, Rosell Costa R, Felip Font E. Tumores broncopulmonares. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna. 15ª ed. Barcelona: Elsevier, 2004;780-792. 4.- González Barón M et al. Oncología clínica: fundamentos y patología general. 1ª ed. Madrid: Ed. Interamericana-McGraw-Hill, 1992.

I59-C-P

Cáncer de páncreas desde la atención primaria

Fumadó Queral J, Targa Piñol X, Morales Luna A, Fernández Torrente J, Solé Barrera P, Fernández Saguer MA

INTRODUCCIÓN

Se expone la utilidad resolutoria y orientadora para el diagnóstico en una consulta de atención primaria de una técnica sencilla y fiable como es la ecografía.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 62 años. Úlcera duodenal tratada desde hace 2 meses con ranitidina y Spasmoctyl por brote ulceroso, según diagnóstico de especialista. Presenta

dolor abdominal de predominio epigástrico que no cesa con dicho tratamiento. Exploración física: discreta dureza a la presión en epigastrio. Su médico de cabecera le practica una ecografía abdominal en la que halla una imagen hipoecoica de 30 X 25,3 mm en zona epigástrica e imágenes diseminadas en parénquima hepático compatibles con metástasis. Se deriva al hospital con carácter urgente, donde confirman diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas con metástasis hepáticas, peritoneales y ganglionares retroperitoneales.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se hace hincapié en la utilidad de la ecografía en una consulta de medicina general como apoyo a la anamnesis y exploración física para aumentar el poder de resolución en la consulta diaria. La técnica está al alcance de los profesionales de la medicina general, con la condición previa de una formación

sólida para ello. El aumento del poder resolutivo es gratificante para el profesional, para el paciente y para el sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: ecografía en atención primaria, ecografía abdominal, cáncer pancreático. 1.- Atri M, Finnegan PW. El páncreas. En: Rumack W, Chardoneau J (Eds). Diagnóstico por Ecografía. 3ª ed. Madrid: Elsevier, 2006;603-623. 2.- Díaz-Rubio E, López JM, Díaz-Rubio M. Cáncer de páncreas. En: Díaz-Rubio M (Ed). Gastroenterología. 1991;7:393-399. 3.- Exocrine pancreas. En: American Joint Committee on Cancer: Manual for Staging of Cancer. 4ª Ed. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992;109-113. 4.- Lillemoie KD. Current management of pancreatic carcinoma. Annals of Surgery 1995; 221:133-148.

160-C-P

Pleuropericarditis como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico

Berenguel Martínez P, Heredia Pareja F, Godoy Sánchez V, Rivera Cívico F, Luján Jiménez R

INTRODUCCIÓN

La pericarditis es una enfermedad causada por inflamación del pericardio y generalmente es una complicación de infecciones virales. El lupus eritematoso sistémico (LES) es una alteración del sistema inmunitario.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 50 años, sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por presentar dolor torácico pleurítico con disnea progresiva y roce pericárdico. Pruebas complementarias: creatin-kinasa 495, CPK-MB 24, troponina I 0,02, mioglobina 96, VSG 113, PCR 29.

Inmunoglobulinas y complemento normal. AntiDNA 94. Ante la sospecha de pericarditis aguda con derrame pericárdico se inicia tratamiento con 3 g de aspirina, pero la paciente continúa con disnea y febrícula. Ante la mala evolución clínica y radiológica se inicia tratamiento con corticoides con excelente evolución clínica.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Actitud diagnóstico-terapéutica en atención primaria ante una clínica de dolor torácico de características pleuríticas y disnea: toma de TA, FC, saturación de oxígeno y temperatura; auscultación cardiorrespiratoria para descartar presencia de soplos, roce pericárdico, zonas de hipoventilación o ruidos pulmonares

patológicos; realización de pruebas complementarias básicas (ECG y radiografía de tórax); derivación a hospital si cumple criterios de atención de urgencia.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: pericarditis, systemic lupus erythematosus. 1.- Wang RF, Hung TY, Chong CF, Wang TL,

Chen CC. Central cyanosis due to severe pulmonary hypertension combined with pericarditis as the initial manifestation of systemic lupus erythematosus. *Am J Emerg Med* 2008;26:248. 2.- Inoue Y, Anzawa R, Terao Y, Tsurusaki T, Matsuyama A, Kunoh M, Imamoto S, Kasai T, Satoh C, Seki S, Mochizuki S. Pericarditis causing congestive heart failure as an initial manifestation of systemic lupus erythematosus. *Int J Cardiol* 2007;119:e71-3.

I63-O-P

¿Quién tiene crisis ansiosas?

Bienvenido Rodríguez A, Martínez Villegas I, Bonassi Roldán JA, Colombo García JA, Nieto Moreno E, Ariza Cabrera E

OBJETIVOS

Describir el perfil del usuario atendido por el DCCU móvil de Chiclana con CIE 300.

METODOLOGÍA

Estudio transversal descriptivo de 83 casos de ansiedad atendidos por la unidad móvil. Periodo de Noviembre 2006 a Noviembre 2007, teniendo en cuenta las variables de edad, sexo, hora, fecha y sintomatología descrita por el usuario.

RESULTADOS

Mayor solicitud de la atención por mujeres (66%). Dicen tener nerviosismo, aunque las mujeres solicitan

atención por síncope mientras que los hombres la solicitan por sintomatología relacionada con otras patologías. Al relacionar las llamadas con el día de la semana, las mujeres tienen un aumento de la demanda los sábados (hasta el 25% de las atenciones). Las más demandantes son las mujeres entre 40 y 49 años; en los hombres se observa que la demanda es similar entre los 30 y los 59 años. Estacionalmente obtenemos dos grupos uno invernal (63%) y uno primaveral (36%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El perfil de la persona que demanda asistencia del DCCU móvil en Chiclana y se cataloga como un CIE 300, es una mujer de 40-49 años que dice tener nerviosismo y demanda la atención en sábado.

I64-0-0

Veinticinco años de intoxicaciones agudas alcohólicas en Madrid: estudio VEIA (vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda)

Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S

OBJETIVOS

Difundir VEIA e incrementar el interés por las intoxicaciones agudas (IA) alcohólicas (IAE) entre los Médicos de Familia. Cada vez atendemos más casos en primera instancia y en su seguimiento. Los patrones de comportamiento definidos en VEIA son trasladables a nuestros pacientes.

METODOLOGÍA

Desde 1979 el Estudio VEIA analiza la evolución de IA mediante cortes cuatrienales de los casos asistidos en Urgencias del Hospital 12 de Octubre (643.740 usuarios adultos): 1979, 1985, 1990, 1994, 1997, 2000 y 2004. Registramos todas las IA asistidas en Urgencias durante un año completo (voluntarias, con intento de suicidio, IAE, por drogas, sobredosificaciones y también las accidentales, tanto laborales como domésticas). En cada caso se recogen edad, sexo, tóxico utilizado y antecedentes. Es un estudio descriptivo transversal evolutivo que emplea técnicas básicas de estadística descriptiva.

RESULTADOS

Hemos revisado 331.737 historias clínicas, 6.407 fueron IA y 1.707 IAE (126 en 1979, 131 en

1985; 192 en 1990; 174 en 1994; 423 en 1997; 376 el 2000 y 319 en 2004). Las IAE suponen el 30% de las intoxicaciones totales. La incidencia fue 66 por cien mil habitantes en 1997, 19 en 1979 y 50 en 2004. El 79% son varones (80,79%, 80%, 85%, 78%, 76% y 72%, respectivamente); la media aritmética de edad 27, 29, 32, 35, 39, 38 y 38 años, respectivamente, y la media global 34 años. Antecedentes: 31% alcohólicos (13%, 12%, 11%, 37%, 40%, 38% y 29%, respectivamente); 20% encubrían un intento de suicidio y 20% consumidores de drogas. Sólo 1% precisó ingreso en planta o UVI y se registró un único fallecimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La incidencia fue aumentando hasta 1997 para luego disminuir progresivamente hasta la actualidad. Este favorable descenso se debe a una mejor asistencia extrahospitalaria; también a factores sociales que reducen los casos en varones e inversamente aumentan los casos femeninos, aunque menos. El colectivo envejece progresivamente sin que el "botellón", característico de edades tempranas, incida de modo llamativo. El antecedente más importante es el alcoholismo, aunque la drogadicción y los intentos de suicidio son, asimismo, muy importantes por lo que deben tenerse en cuenta.

I65-C-P

Eritema nodoso en paciente con síndrome de Sjögren

Jurío Burgui JJ, Alás Brun RM, Erlanz Abad M, Ezquer Garcés ML

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Sjögren es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida que afecta sobre todo al sistema glandular exocrino y produce xerostomía y sequedad ocular. Puede verse de forma aislada (primario) o asociada a enfermedades autoinmunes (secundario).

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 76 años. HTA, dislipemia, cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular, osteoporosis, melanoma en extremidad inferior izquierda (intervenido hace 3 años) y colelitiasis. Presenta desde hace semanas nódulos en ambas piernas, sobreelevados y múltiples, muy dolorosos. Exploración anodina. Se observan lesiones iniciales hiperpigmentadas menos dolorosas. Se deriva a dermatología para confirmar sospecha de eritema nodoso, donde se detectan anticuerpos anti-ANA positivos, por lo que se completa el estudio en reumatología. La presencia de anticuerpos antiSS-A (Ro) y de sequedad ocular (presente desde hace meses, pero la paciente no le había dado importancia) orientan el cuadro a probable síndrome de Sjögren primario.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La sospecha inicial de eritema nodoso (paniculitis

septal sin vasculitis de etiología múltiple), presentada de forma aguda con curso recurrente en paciente sin antecedentes de enfermedad reumatológica, obliga a realizar estudio etiológico; se pueden solicitar pruebas desde atención primaria para esclarecer la etiología y derivar a especializada según los datos encontrados. El antecedente de melanoma intervenido motivó interconsulta a dermatología donde, tras estudio inicial, se deriva a reumatología para completar estudio. La clínica junto a la analítica nos llevan al probable diagnóstico de síndrome de Sjögren primario (cumple 3 criterios a falta de confirmar el resto).

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: Sjögren's syndrome, erythema nodosum. 1.- Ferreras Valentí P, Rozman C. Medicina Interna. Decimocuarta edición. Madrid: Harcourt, 2000. 2.- Harrison TR, Fauci AS, Braunwald E et al. Principios de Medicina Interna. Decimocuarta edición. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana, 1998. 3.- Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. La Coruña: Fisterra.com, 1990 [último acceso 10 de abril de 2008]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>. 4.- Yamamoto T, Yokohama A, Yamamoto Y, Marnada A. Erythema Nodosum associated with Sjögren's Syndrome. Br J Rheumatology 1996;36:708-709.

I66-O-P

Con un parche en el ojo

Bienvenido Rodríguez A, Martínez Villegas I, Bonassi Roldán JA, Colombo García JA, Nieto Moreno E, Ariza Cabrera E

OBJETIVOS

Analizar las asistencias a pacientes atendidos por cuerpo extraño ocular desde enero a diciembre de 2007.

METODOLOGÍA

Estudio transversal de enero a diciembre de 2007 de las intervenciones realizadas a pacientes con cuerpo

extraño ocular por servicio de urgencias de Chiclana. Se revisaron las historias clínicas buscando las variables de edad, sexo, hora y día de la semana, motivo de la asistencia, resultado de la misma a las 24 horas y si hubo o no derivación hospitalaria.

RESULTADOS

Se atendieron 270 personas, 64 (23,71%) mujeres y 206 (76,29%) hombres. 126 (61,16%) hombres refieren que el cuerpo extraño se les enclavó mientras trabajaban, de los que 81 (64,28%) tienen apariencia de objeto metálico, 8 (9,81%) de los cuales sufrieron complicaciones por restos metálicos oxidados. Los pacientes que acudieron en las 6 primeras horas fueron 53 (19,62%), 168 (62,22%) acudieron entre las 6 y 12 horas y 59 (18,16%) acudieron después de 12

horas de molestias oculares. A 240 (88,88%) de los atendidos en el centro les remitieron las molestias tras lavado ocular, extracción del cuerpo extraño, aureomicina pomada y oclusión; 163 (67,91%) tuvieron remisión total a las 24 horas de oclusión.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El perfil del atendido es el de un varón a quien durante su jornada laboral se enclavó un objeto en el ojo y que acude al servicio de urgencias por molestias oculares de más de 6 horas de evolución. Tras la extracción con éxito del mismo se le ocluye el ojo durante 24 horas y se le impide conducir vehículos y realizar su trabajo, por lo que causa baja laboral que se podría haber evitado con el uso de gafas de protección individual.

167-O-P

Pacientes atendidos en un dispositivo de apoyo a un distrito sanitario de atención primaria por intoxicación etílica en 2007

Martínez Villegas I, Bienvenido Rodríguez A, Colombo García JA, Bonassi Roldán JA, Nieto Moreno E, Ariza Cabrera E

OBJETIVOS

Analizar el perfil de los usuarios atendidos por un dispositivo de apoyo a un distrito sanitario por intoxicación etílica.

METODOLOGÍA

Estudio transversal de enero a diciembre de 2007 de las asistencias por intoxicaciones etílicas atendidas por el dispositivo móvil de urgencias de Chiclana. Se revisaron las historias clínicas buscando las variables de edad, sexo, hora, día de la semana, motivo de consulta y patología asociada.

RESULTADOS

Se atendió a 40 pacientes con intoxicación etílica, 32 hombres. Se atendió al 65% entre las 12:00 y las 20:00 horas, con mayor incidencia entre las 12:00 y las 16:00 (35%). El 75% presentaba patología asociada. Se atendió al 100% de las mujeres en el intervalo de 12:00 a 20:00. El 2,5% estaba relacionado con accidentes de tráfico. Viernes, sábados y domingos son los días de mayor incidencia (40%). Los meses invernales tienen mayor incidencia (90%); noviembre es el mes de mayor incidencia (25%) y 50% de las mujeres son atendidas en ese mes. Los meses primaverales son los de menor incidencia. La edad máxima fue 76 y la mínima 22; 60% de los atendidos están en el intervalo de edad entre los 20 y 50.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El perfil del paciente tipo responde al de un varón de 40-50 años de edad que es atendido durante el fin

de semana o en día festivo con intoxicación etílica en horario diurno (desde las 12:00 a las 20:00 horas), principalmente durante los meses invernales y sin que presente lesiones.

I68-O-P

Pese al aumento de datos científicos, no siempre mejoramos con el paso del tiempo

Lekuona Irigoyen A, Mediavilla Tris G, Iturralde Iriso J, Rodríguez Fernández A, Miskovic Karacsonyi N, Roldán Marrodán A

OBJETIVOS

Comprobar si hemos mejorado en el cumplimiento de los objetivos a alcanzar en pacientes diabéticos de nuestra Área de Salud, según las recomendaciones de la ADA, comparando los años 2005 y 2007.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en octubre de 2007 en Comarca Araba. Utilizamos el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los Criterios de Buena Atención al paciente diabético definidos en la Oferta preferente del Contrato Programa en el año 2005 y pasados dos años, en 2007.

RESULTADOS

La población ha aumentado en 6.994 personas. El número de diabéticos diagnosticados ha aumentado de 11.599 a 13.507. Han pasado de tener pedida la analítica anual del 36,20% al 44,83%. El control

periódico (IMC, educación sanitaria) ha pasado de 41,39% en 2005 a 45,84% en 2007; los consejos sobre cuidados de pies, de 37,55% a 45,61%. Consta el fondo de ojo anual en la historia en 22,73% de los pacientes diabéticos en 2005 y en 29,72% en 2007. El buen control de HbA1c (< 7) pasa de 29,80% a 35,32%; el de presión arterial (TA) (<130/80 mmHg) de 23,47% a 22,29%; el de colesterol total (< 200 mg/dl) de 30,80% a 34,09%. Los no fumadores pasan de 77,45% a 91,37%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Destacamos la mala evolución a lo largo de estos dos años en el control de la TA en nuestros pacientes diabéticos, que nos debe hacer reflexionar sobre la atención prestada en este aspecto. También creemos que debemos mejorar el control lipídico de nuestros pacientes pese a la mejora obtenida. En el resto de parámetros analizados debemos aspirar a mejorarlos dada la importancia que tiene un buen control para conseguir mejorar la morbi-mortalidad de nuestros pacientes.

169-O-P

¿Cómo utilizamos las tiras reactivas para controlar a los diabéticos en nuestro centro de salud?

Lekuona Irigoyen A, Busto Ricarte M, Iturralde Iriso J, Amilleta Epelde C, Alarcia Ceballos ML, Lasso de la Vega Martínez M

OBJETIVOS

Conocer cómo utilizamos las tiras reactivas de glucemia en los pacientes diabéticos de nuestro Centro y cómo están controlados según su última cifra de hemoglobina glicosilada los pacientes que se autoanalizan.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal realizado en centro de salud urbano. Población a estudiar: todos los diabéticos que acuden al centro de salud a recoger tiras reactivas en un periodo de 3 meses. Se utiliza entrevista personal con el paciente diabético cuando recoge las tiras y se completan datos de la encuesta con los de la historia clínica. Variables: tipo de diabetes, edad, sexo, último valor de hemoglobina glicosilada, facultativo que ha ordenado control con tiras reactivas, gasto diario de tiras.

170-O-P

¿Realizan correctamente las técnicas inhalatorias nuestros pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?

Jiménez Castillo I, Vallecillos Segovia I, Sánchez Garzón J, Vega Galindo MV

OBJETIVOS

Evaluar la técnica inhalatoria de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

RESULTADOS

Se entrevista a 208 diabéticos. El 57,21% mujeres y 42,79% hombres. Edad media 66,5 años (DE 13,7). El 87,50% son diabéticos tipo 2 y 12,50% tipo 1. El valor medio total de la última HbA1c registrada es 8,1 (DE 2,1). Los tipo 1 tienen una media de 8,8 aunque en la historia de la mitad de ellos no consta el valor, dado que siguen control por el especialista. Los tipo 2 tienen una media de HbA1c glicosilada de 8. El médico de atención primaria lo ha solicitado a 55,77% y el especialista a 44,23%. El promedio total de tiras gastadas es de 1,43 al día; en los diabéticos tipo 1 es de 3,3 y en los tipo 2 de 1,15.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El valor medio de la HbA1c de nuestros diabéticos está por encima de lo que marcan las guías de práctica clínica como buen control, por lo que debemos mejorar las actuaciones sobre éstos. Debemos tener mejor comunicación con los especialistas, para conocer el control de nuestros diabéticos, ya que no tenemos constancia en la historia clínica de cómo se encuentran.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal, en Zona Básica de Salud Rural. Se seleccionan durante tres meses pacientes

diagnosticados de EPOC que se encuentren dentro de dicho proceso mediante muestreo consecutivo, asignados a ocho consultas de medicina general. Grado de respuesta del 96% (n=89). Se evalúa la técnica inhalatoria siguiendo recomendaciones de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica. Mediante historias clínicas informatizadas (Diraya) y la propia entrevista con el paciente, se obtienen datos de filiación, estadio clínico, adecuación del tratamiento, educación previa sobre técnica inhalatoria y relación entre técnica y utilización de servicios sanitarios.

RESULTADOS

74,1% varones. Media edad 68,24 años +/- 2,14 (IC 95%). Utilizan cartucho presurizado (ICP) 62,9%, 16,8% cámara espaciadora, 31,4% sistema accuhaler® y 23,5% turbuhaler®. Técnica inhalatoria incorrecta 62,9%. 16,8% no había recibido educación sobre sistemas de inhalación. Técnica correcta ICP 17,8%, 66,6% para cámara, 25% accuhaler® y 28,5% turbuhaler®. Encontramos diferencias significativas

(p=0,001) entre la realización de la técnica correcta y haber recibido o no entrenamiento previo. No encontramos diferencias entre la realización de una técnica correcta y el estadio clínico, ni entre realizar una técnica inhalatoria correcta o no y la utilización de servicios sanitarios.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La técnica inhalatoria en pacientes con EPOC en nuestra zona dista bastante de lo deseable. Existe un bajo uso de cámaras de inhalación. La educación específica se relaciona con una técnica correcta. Es conveniente revisar cómo nuestros pacientes realizan la técnica inhalatoria, no sólo en el momento de la prescripción sino periódicamente a lo largo del seguimiento y cada vez que se presente un empeoramiento de la sintomatología. Siempre que la técnica sea la correcta, la vía inhalatoria sigue siendo de elección en esta patología, por lo que es fundamental para el éxito terapéutico involucrarse en la educación sanitaria del paciente.

I71-C-P

Trombosis venosa profunda recidivante

Cortés Quiroz JC, Lindo Gutarra MR

INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa profunda (TVP) se asocia a un flujo sanguíneo lento e hipercoagulabilidad. La edad aumenta su incidencia. La trombosis proximal de miembros inferiores tiene alto riesgo de embolia pulmonar. El Eco-Doppler es de elección para el diagnóstico. Un manejo temprano evita complicaciones.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

TVP en pierna derecha postcirugía de cadera derecha

(1988), 6 meses anticoagulado. Úlcera venosa en pierna derecha hace 6 años. Cirugía de varices hace 30 años. Hace 2 meses inicia tumefacción, aumento de temperatura y dolor en miembro inferior derecho (MID). Niega disnea o dolor torácico. Cirugía solicitó Eco-Doppler de MID, que objetiva TVP. Eupneico, MID con tumefacción y aumento de temperatura hasta región femoral media. Hemoglobina 15,4, plaquetas 223.000; coagulación: dímero D 3,75, colesterol 264. Estudio de hipercoagulabilidad normal. Eco-Doppler MID: TVP en troncos tibiales y bifurcación poplítea. Diagnóstico: TVP en MID. Se indica anticoagulación y compresión fuerte con medias.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La finalidad del tratamiento de TVP en las extremidades inferiores es prevenir la extensión del trombo y los episodios recurrentes condicionantes de síndrome postrombótico y tromboembolismo pulmonar. Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) representan actualmente la estrategia inicial de elección de la TVP. Tras la HBPM se continúa con anticoagulación oral que debe alcanzar un rango terapéutico entre INR de 2-3 para la mayoría de indicaciones. La aparición de un segundo episodio de TVP en este caso, sin alteraciones de la coagulabilidad ni riesgos transitorios, hizo que se indicara anticoagulación prolongada con evaluaciones periódicas.

172-C-P

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: deep-vein thrombosis, low-molecular-weight heparin, ultrasonography. 1.- Páramo JA. Diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda. *Rev Med Univ Navarra* 2007;51:13-17. 2.- Qaseem A, et al. Current Diagnosis of Venous Thromboembolism in Primary Care: A Clinical Practice Guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians. *Ann Fam Med* 2007;5:57-62. 3.- Snow V, et al. Management of Venous Thromboembolism: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Fam Med* 2007;5:74-80.

Hipoglucemia secundaria a una intoxicación de cocaína

Nieto Moreno E, Ariza Cabrera E, Martínez Villegas I, Bienvenido Rodríguez A, Colombo García JA, Carrasco Gutiérrez V

INTRODUCCIÓN

No debemos caer en la rutina en nuestra práctica clínica ni en la manera de afrontar los diferentes incidentes críticos, ya que son situaciones que nos crean dudas, causan perplejidad o nos sorprenden en el trabajo diario.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 23 años, diabético tipo 1, que acude al servicio de urgencias tras caída en la bañera con pérdida de consciencia. A la llegada al centro el paciente se encuentra: sudoroso, obnubilado, agitado, Glasgow 12/15. Glucemia 55, TA 100/50, Sat O₂ 98%, FC 120. Se canaliza vía y se le administra 1 ampolla de glucosmón. Mejoran los niveles de glucemia, pero no su estado general, y continúa agresivo,

obnubilado, agitado... Se decide trasladar al hospital en UVI móvil. A la llegada al hospital vuelve a agitarse y se sospecha crisis comicial. Tras la realización de pruebas complementarias, el diagnóstico fue hipoglucemia secundaria a intoxicación por cocaína.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Cuando nos encontramos ante un paciente con una patología determinada, no podemos relacionar directamente síntoma con patología (hipoglucemia-diabetes tipo 1), ya que nos limita en la posibilidad de otros diagnósticos. Hay que realizar valoración del paciente en su conjunto (holística) y ser más exhaustivo en la anamnesis y exploración del paciente, agrupar todos los signos y síntomas que detectemos y así tener todos los datos para elaborar el diagnóstico correcto y descartar otros posibles.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: hipoglucemia, crisis comicial y drogas. 1.- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de Actuación. 2ª Edición. Madrid: Elsevier, 2001. 2.- Net Castel A, Marruecos Sant L. Intoxicaciones agudas gra-

ves. 1ª Edición. Madrid: Grupo Ars XXI de Comunicación, 2006. 3.- Foster DW, Rubenstein AH. Capítulo 334 y 335. En: Kasper H, Braunwald L, Fauci J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª Edición. Madrid: Mc Graw Hill, 2000;2365-2372 y 2341-2365. 4.- Lowenstein DH. Capítulo 365. En: Kasper H, Braunwald L, Fauci J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª Edición. Madrid: Mc Graw Hill, 2000; 2627-2643.

I74-O-P

Motivos de consulta de pacientes atendidos por dispositivo móvil de apoyo a un distrito de atención primaria para diagnosticar síncope

Nieto Moreno E, Ariza Cabrera E, Martínez Villegas I, Vallejo Montero SM, Fernández Natera A, Bonassi Roldán JA

OBJETIVOS

Analizar los distintos motivos de consulta de los pacientes a través de un dispositivo móvil de apoyo al Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda para llegar a un mismo diagnóstico de síncope.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Pacientes atendidos por un dispositivo móvil de apoyo del distrito sanitario de atención primaria entre febrero de 2007 y diciembre del mismo año. Se incluyó a los que utilizaron este dispositivo con dicho diagnóstico definitivo anteriormente citado. De la historia clínica recogimos las variables edad, sexo, hora de la demanda y mes en el que la realizaban, los motivos de consultas, si recibían tratamiento y su derivación al alta.

RESULTADOS

Se atendió a 139 pacientes, con predominio de hombres (52,52%). La edad media fue de 58,24 años. Un

41,73% realizó la demanda por la mañana, por la tarde 34,53% y el resto en la noche. El mes de junio fue el que mayor asistencia tuvo con 15,83%, seguido de los meses de febrero, abril y diciembre con 11,51%. Entre los motivos de consulta predominaron las pérdidas de conciencia (47,48%), las lipotimias (23,02%), los mareos (17,98%), los avisos que se reciben como pacientes inconscientes (8,63%) y otros (2,88%). Un 37,41% recibió tratamiento. Finalmente se derivó al hospital el 54,68%, al centro de salud el 40,29% y el resto se quedó en domicilio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La edad media de estos pacientes abarcaba un rango amplio. Predominaban los que tenían edades superiores a 50 años, especialmente hombres. El motivo más frecuente de consulta fue la pérdida de conciencia, seguido de las lipotimias. La mayoría de los pacientes no precisó tratamiento pero hubo muchas derivaciones al hospital. Nos planteamos si ante estos casos somos resolutivos, si se deriva excesivamente al hospital para exploraciones complementarias y se sería suficiente con medidas preventivas de salud.

I75-C-P

Meningioma en clinoides anterior izquierda

Ariza Cabrera E, Nieto Moreno E, Martínez Villegas I, Bienvenido Rodríguez A, Fernández Natera A, Colombo García JA

INTRODUCCIÓN

¿Cuál es el motivo por el que podemos diagnosticar un cuadro clínico de cefalea tensional acompañado de síndrome ansioso-depresivo y que resulte ser confundido con un tumor cerebral? ¿Se basan los diagnósticos en una anamnesis y exploración completa o se relacionan sólo antecedentes con enfermedad?

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 62 años que presenta cefaleas intensas, ansiedad y desorientación. Síndrome ansioso-depresivo y cefaleas de origen emocional. Hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento. Constantes vitales normales. Glasgow 14/15. Auscultación cardiaca: tonos puros y rítmicos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y deprimible. Exploración neurológica: desorientación tiempo-espacial y obnubilación; sensibilidades y fuerza conservada. ECG: ritmo sinusal. Se traslada al Hospital para valoración neurológica y psiquiátrica por sospecha de cefalea con alteración neurológica. Tras pruebas complementarias de imagen se diagnostica tumor cerebral.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La falta de anamnesis y exploración completa de la paciente pudo dar lugar al diagnóstico erróneo de

cefalea con alteración neurológica y su ya conocido síndrome ansioso-depresivo. Hacer tanto hincapié en su pasado depresivo y con crisis de cefalea produjo la equivocación. No se dio la suficiente importancia a la evolución y no se pensó en otros posibles diagnósticos, sólo en los que había presentado hasta la actualidad. Tras las pruebas complementarias se detectó el juicio clínico de meningioma. Debemos aprender a valorar al paciente en su conjunto y no a las patologías más visibles, pensar en todos los diagnósticos posibles y consultar dudas con otros profesionales sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: meningioma, cefalea, ansiedad.

- 1.- Sagar SM, Irrael MA. Tumores del Sistema Nervioso. En: Kasper H, Braunwald L, Fauci J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª Edición. Madrid: Mc Graw Hill, 2000;2731-2743.
- 2.- Neil H. Rafka. Migraña y Síndrome de cefalea en racimos. En: Kasper H, Braunwald L, Fauci J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª Edición. Madrid: Mc Graw Hill, 2000;2623-2627.
- 3.- Reus VI. Trastornos mentales. En: Kasper H, Braunwald L, Fauci J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª Edición. Madrid: Mc Graw Hill, 2000;2831-2837.
- 4.- Von Domarus A, Farreras Valentí P, Cardellach F. Medicina Interna. 15ª Edición. Madrid: Elsevier, 2005.

I76-O-P

Pacientes atendidos en un dispositivo móvil de apoyo de un distrito sanitario de atención primaria por estado de inconsciencia

Ariza Cabrera E, Nieto Moreno E, Carrasco Gutiérrez V, Bonassi Roldán JA, Vallejo Montero JJ, Martínez Villegas I

OBJETIVOS

Analizar los diagnósticos definitivos de las urgencias atendidas por un dispositivo móvil de apoyo al Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda, teniendo como motivo de consulta inconsciencia.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Pacientes atendidos en el periodo transcurrido desde febrero de 2007 hasta diciembre de 2007. Se incluyó a los pacientes atendidos por estado de inconsciencia y los distintos diagnósticos definitivos a lo que se llegó. Recogimos las variables sexo, edad, hora del aviso, si recibieron o no tratamiento, el juicio clínico y la derivación al alta.

RESULTADOS

Se atendió a 64 pacientes, 53,12% varones. La edad de los pacientes abarcó un rango amplio y predominaron los mayores de 30 años. 45,31% demandó la asistencia por la mañana, 31,25% por la tarde

y el resto por la noche. Resultaron ser síncope 25%, intoxicaciones etílicas 18,75%, exitus 17,19%, crisis de ansiedad y patologías de origen cardíaco 12,5% y otras patologías 14,06%. El 67,19% recibió tratamiento (vía venosa periférica, medicación intravenosa, soporte vital avanzado...). Se trasladó al hospital a 62,5%, 17,19% al centro de salud y el resto a su domicilio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La edad abarcó un rango amplio y predominaron los mayores de 30 años, frecuentemente hombres y en horario de mañana. Los avisos de llamada que se recibieron como pacientes inconscientes resultaron ser la mayoría síncope, seguidos de intoxicaciones etílicas, exitus, crisis de ansiedad y patologías de origen cardíaco... Esto nos hace pensar en el gran factor de alarma que crea este tipo de llamadas. La mayoría de los pacientes necesitaron traslado al hospital. Con los resultados de este estudio debemos reflexionar sobre si hubiesen necesitado traslado al hospital un menor número de ellos.

I77-0-0

La mujer aragonesa y la enfermedad cardiovascular: una percepción bajo mínimos. ¿Hay diferencias según su provincia de residencia?

Fustero Fernández MV, Bárcena Caamaño M, Calvo Cebollero I, Lukic A, Ariño Martín MD, Moreno Esteban E

OBJETIVOS

Conocer la percepción que tienen las mujeres de la enfermedad cardiovascular (ECV) como problema de salud en las tres provincias aragonesas, para establecer acciones encaminadas a mejorar su nivel de conocimiento y la actuación ante la emergencia cardiovascular.

METODOLOGÍA

Se creó el grupo PAMYC (Programa Aragonés de Mujer y Corazón) integrado por cardiólogos y médicos de atención primaria interesados en el enfoque por sexo de la ECV. Como punto de partida se diseñó y llevó a cabo una encuesta telefónica estructurada a 1.068 mujeres mayores de edad residentes en la Comunidad Autónoma de Aragón. Para el cálculo del tamaño muestral se consideró en la Comunidad Autónoma un error muestral de +/- 3% con un nivel de confianza del 95% y asumiendo una $p=0,5$. El muestreo se realizó por estratos definidos por dos criterios: grupos de edad y número de habitantes por municipios, y se fijó un mínimo de representación en cada provincia de 5,5% de error muestral.

RESULTADOS

Las mujeres creen que el principal problema de salud es la ECV en un 6,4% en Zaragoza (Z), 4,7% en

Huesca (HU) y 3,3% en Teruel (TE); el cáncer, en un 60,9%, 57% y 61,3%, respectivamente. Piensan que es menos probable tener un ataque al corazón por ser mujer un 24,6% (Z), 24,3 (HU) y 23% (TE). Identifican como principal causa de muerte la ECV un 14,1% (Z), 20% (HU) y 12,3% (TE) y el cáncer en un 71,6%, 72,7% y 72%, respectivamente. Ante los síntomas de un ataque al corazón solicitarían ayuda médica urgente el 54,3% (Z), 59% (HU) y 56,3% (TE). Consideran que tienen suficiente conocimiento sobre la ECV el 46,8% de las mujeres de Zaragoza, el 42,7% de Huesca y el 41,7% de Teruel.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las aragonesas infravaloran la ECV como problema de salud y causa de mortalidad. La dan más importancia al cáncer y lo consideran la principal causa de muerte, pese a que en España la ECV continúa siendo la primera causa de mortalidad femenina. Destaca la creencia de que por ser mujer hay menor riesgo de sufrir un ataque al corazón; si este se produjera, más del 40% no solicitaría ayuda sanitaria urgente. Sólo hay diferencias significativas entre provincias en la opinión de las oscenses acerca de la principal causa de muerte (test de Chi-Cuadrado de Pearson=0,003). Estos resultados nos ayudarán a diseñar actuaciones ajustadas a las carencias evidenciadas por las mujeres de Aragón.

Análisis de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica atendidos por un dispositivo de urgencias extrahospitalarias

Pérez López I, Pousada Belmonte M, Lucas Fernández C, Morán Rodríguez A, Moreno Goma JL, Utrera López D

OBJETIVOS

Los objetivos de nuestro estudio son conocer las características de los pacientes con EPOC atendidos por un dispositivo móvil extrahospitalario de urgencias, analizar el tratamiento pautado y el destino final de estos enfermos.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico previo de EPOC que fueron atendidos por el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) de la Janda Litoral durante 2007. Nos basamos en las historias clínicas en formato papel utilizadas en dichas asistencias, en las que consta que el motivo de consulta son síntomas sugestivos de reagudización de EPOC. Las variables estudiadas fueron sexo, edad, comorbilidad asociada, persistencia de hábito tabáquico, lugar de la asistencia (domicilio/centro de salud), saturación de O₂ (Sat O₂), tratamiento pautado por el DCCU y destino final de los pacientes.

RESULTADOS

En los 54 pacientes asistidos la edad media fue de

74 años, 74% hombres y 26% mujeres. 40,7% eran hipertensos, 31,5% diabéticos y 37% padecían insuficiencia cardiaca. El 24% continuaba fumando. La medición de la Sat O₂ fue superior al 95% en 33,3%, de 92-94% en 25,9%, de 88-91% en 18,5% y de 81-87% en 22,2%. Las asistencias fueron solicitadas por el centro de salud en un 22,2% de los casos y en el 77,7% restante fueron en domicilio. Se pautaron aerosoles de broncodilatadores más anticolinérgicos (87%) y corticoides intravenosos (61%). Fueron dados de alta 22,2% y trasladados a Hospital el resto (25% en ambulancia convencional y el 51,8% por el propio DCCU).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes que consultan por clínica reagudizada de su EPOC son mayores de 65 años y pluripatológicos. En 24% de los casos persiste el hábito tabáquico. Las exacerbaciones leves y las moderadas habitualmente pueden ser abordadas desde atención primaria y tratarse de forma ambulatoria. Es aconsejable realizar una revisión del paciente en las primeras 24-48 horas dependiendo de la gravedad del cuadro con el objeto de comprobar la respuesta al tratamiento y valorar la derivación a un centro hospitalario cuando la evolución no sea favorable.

181-0-0

Cuantificación y naturaleza de los motivos de consulta de los pacientes que acuden a la consulta del médico de familia

Zas Varela M, García Sierra A, Rodríguez Ledo MP

OBJETIVOS

Existe la percepción de una excesiva demanda de consultas en medicina de familia (MF), algunas de las cuales generan otras peticiones adicionales. Nos planteamos cuantificar el número y naturaleza de los motivos de consulta (MC) por acto médico e identificar el principal para el profesional y el paciente.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra necesaria fue de 1.000 pacientes, reclutados en días laborales consecutivos en 3 consultas urbanas de MF. Variables: edad, sexo, prestación sanitaria, consulta a demanda o urgente, MC, peticiones generadas (interconsulta -IC-, incapacidad temporal -IT-, pruebas complementarias -PC-, recetas), número total de MC e identificación del principal para el médico y el paciente. Análisis descriptivo (variables cuantitativas: medias y desviaciones estándar -DE-; cualitativas: proporciones) mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0 y análisis multivariante para detectar las variables relacionadas con el número total de MC por acto médico.

RESULTADOS

Muestra de 1.003 pacientes; edad media 54,5

(DE=20,0), 34,1% de al menos 65 años, 60,7% mujeres, 45,7% pensionistas. Total: 1.552 consultas, 42,4% burocráticas, 12,2% urgentes. Peticiones en consultas burocráticas: 4,7% interconsultas, 21,9% IT, 3,8% PC, 54,3% recetas; peticiones en consultas no burocráticas: 6,4%, 4,8%, 8,7% y 43,7%, respectivamente. No se detectaron diferencias significativas. Media de MC por paciente-acto: 1,5 (DE=0,8), con rango de 1-6. El 62,4% (626) expresó un MC y 37,6% (377) más de uno. En éstos no coincidió la valoración del MC principal en 105 casos (28%), sin relación entre el orden e importancia conferida ni influencia del resto de variables consideradas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La media de consultas por paciente y acto médico fue de 1,5. Más de un tercio de los pacientes realizó más de una consulta por acto médico. Casi el 48% de las consultas realizadas fue por motivos no burocráticos. En las consultas burocráticas predominó la emisión de recetas y de IT, mientras que en las no burocráticas se generaron, proporcionalmente, más interconsultas y petición de pruebas complementarias, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. El número de MC no guardó relación con ninguna de las variables consideradas.

Fibrilación auricular como primer síntoma de disfunción del nodo sinusal

Alás Brun RM, Jurío Burgui JJ, Viñuales Galé A, Ezquer Garcés ML

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es una patología muy frecuente en nuestro medio (4-5% en mayores de 68 años). Habitualmente nos fijamos en sus repercusiones (factor de riesgo tromboembólico, descompensación de cardiopatías...), pero puede ser una manifestación clínica de una patología cardiaca subyacente.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 74 años. HTA con doble terapia, hiperuricemia y artritis gotosa, exfumador, bebedor moderado de alcohol. Presenta mareo con palpitaciones, vista nublada e inestabilidad de la marcha que obliga a sentarse (media hora). Ahora asintomático. Exploración anodina, excepto FA en ECG. Se deriva a hospital donde tras digital y amiodarona intravenosa pasa a flutter 2:1. Pautan digital oral y enoxaparina 120 mg/24 horas. En la revisión (2 días más tarde) está en escape nodal a 33 lpm con disociación AV (suprimen digital). Diagnóstico de disfunción sinusal sintomática con síndrome braditaquicárdico con posterior ablación del istmo cavo-tricuspidé e implantación de marcapasos.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Tras el diagnóstico inicial de FA y su repercusión

clínica, se debe valorar si cumple los criterios de derivación a un servicio de urgencias hospitalario. A la hora del tratamiento, tan importante como el control de la frecuencia es la valoración del riesgo tromboembólico (alto para este paciente, por lo que se pauta heparina de bajo peso molecular a dosis altas). La disfunción intrínseca del nodo sinusal cursa con episodios de bradicardia sinusal o bloqueo sinoauricular y taquiarritmias auriculares (FA, flutter); a veces la clínica puede estar larvada y empeorar por el antiarrítmico para las crisis taquicárdicas (en nuestro caso permanecía asintomático). El diagnóstico se realiza por Holter y estudios electrofisiológicos.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: atrial fibrillation, sinoatrial node dysfunction, sick sinus syndrome. 1.- Farreras Valentí P, Rozman C (Eds). Medicina Interna. Decimocuarta edición. Madrid: Harcourt, 2000. 2.- Comité de Cardiología Atención Primaria – Atención especializada Servicio Navarro de Salud. Manejo del paciente con fibrilación auricular en Atención Primaria. Pamplona, 2007. 3.- Fistera.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. La Coruña: Fistera.com, 1990- [último acceso 10 de abril de 2008]. Disponible en: <http://www.fistera.com>. 4.- Brignole M. Sick sinus syndrome. Clin Geriatr Med 2002;18:211-27.

183-O-P

Diagnóstico de caries infantil en atención primaria y su relación con los factores de dieta y nivel sociodemográfico

Lluís Poy S, Arlández Gasparín M, Lleixa Lleixa D, Roig Queral MJ, Mayor Pegueroles I, Morales Luna A

OBJETIVOS

Cuantificar la relación existente entre los factores nacionalidad de origen, nivel socioeconómico de los padres y dieta cariogénica con la incidencia de caries de la población infantil de un Área Básica de Salud rural a través de las revisiones bucodentales realizadas a los escolares.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Muestra: 241 escolares de 1º, 3º y 5º de primaria y 1º y 3º de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Mediante la exploración visual, siguiendo el criterio estipulado por la OMS en el diagnóstico epidemiológico de caries, detectar la presencia o experiencia de caries en la dentición, que mediremos usando los índices cod-coCAOD-CAOD (dientes Cariados, Ausentes o Obturados). Previamente a la exploración, se distribuye un cuestionario que los alumnos explorados entregan el día de la revisión, que incluye preguntas sobre la nacionalidad de origen, la profesión de los padres, y hábitos dietéticos, que se codifican junto con el diagnóstico de caries en una hoja de seguimiento.

RESULTADOS

Al grupo de escolares con mayor índice de

caries pertenecen 21,7% del total de los niños españoles examinados, 67,6% del total de los niños de Europa del Este examinados, 51,7% de los niños marroquíes examinados. Nivel socioeconómico del grupo de mayor incidencia de caries: medio-alto 18,7%, medio-bajo 81,3%. De los alumnos con mayor incidencia de caries consumen golosinas 84,3%, de los que 23,5% consumen 2 o más veces al día; consumen zumos/batidos 91%; 63% lo hacen 2 o más veces al día; 71% consume al menos 1 zumo entre las comidas y 73% consume al menos 1 zumo con las comidas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Existe una clara relación directa entre el factor de riesgo de consumo de elementos cariogénicos en la dieta y una mayor incidencia de caries. El grupo de escolares con mayor incidencia de caries está formado por una mayor proporción de niños con padres cuyo nivel socioeconómico es medio-bajo. Una gran proporción de los niños inmigrantes procedentes de Europa del Este y de Marruecos pertenecen al grupo de escolares con mayor incidencia de caries. Los resultados demuestran la presencia de los factores dieta cariogénica, nivel socioeconómico medio-bajo y nacionalidad de origen extranjera en los niños que padecen más patología de caries.

Relación entre demencia y factores epidemiológicos en población mayor de 65 años. Resultados preliminares

Gómez García S, Pascual Uledó JF, Serrano Aguilar FJ, Herrero Ezquerro MT

OBJETIVOS

La demencia es un gran problema sociosanitario en todo el mundo. Identificar los factores asociados es una prioridad de salud pública. Nuestro objetivo fue analizar la relación entre factores epidemiológicos y demencia, y en particular la asociación entre diabetes mellitus (DM) y demencia.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron 115 sujetos mayores de 65 años con DM o demencia, de una muestra de 215 pacientes pluripatológicos. Las variables recogidas fueron sexo, edad, nivel educativo, nivel social, DM, hipoglucemias, hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, antecedentes de accidente cerebrovascular (ACV), Parkinson, obesidad, hábito enólico y tabáquico, dificultad de la marcha, patología cardíaca y depresión. El diagnóstico de demencia se realizó según los criterios de la clasificación DSM-IV, de la NINCDS-ADRDA y de la NINDS-AIREN.

RESULTADOS

De los 115 sujetos registrados, 63,5% presentaba demencia y 57,4% DM. Los sujetos con demencia

tenían una edad media de 82,2 +/- 7,2 años, 1-7 años superior ($p=0,004$) que la de los sujetos sin demencia. Predominó el sexo femenino en los sujetos con demencia (5,1-44,1%). La prevalencia de ACV fue de 5,0-42,5% superior en los sujetos con demencia. La prevalencia de los sujetos sin demencia fue un 40,5-71,3% para la DM, 1,0-40,5% para la HTA, 6,3-46,4% para la patología cardíaca, superior respecto a los sujetos con demencia. La prevalencia de sujetos sin demencia fue de 14,5-48,7% superior entre los obesos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se ha discutido si la DM es factor de riesgo para enfermedad de Alzheimer (EA) y demencia vascular (DV). Diversos estudios no han podido observar ninguna relación entre EA y DM, pero se constata como factor de riesgo para DV. Nuestros resultados concuerdan con lo descrito, e incluso sugieren la posibilidad de una relación inversa, es decir, una mayor prevalencia de DM en sujetos sin demencia. El sexo femenino, la edad avanzada y el ACV parecen ser factores asociados a mayor prevalencia de demencia. Parece existir una asociación inversa entre las prevalencias de HTA, obesidad y patología cardíaca con demencia. La prevalencia de DM en sujetos con demencia ha sido de 26,1-49,1%.

185-C-P

Ictiosis laminar eritrodérmica en varón de raza negra

Burgos Remacha I, Navaz Tejero JJ, Fernández Moyano JF, Lozano Mateo F, Vacas Rodilla E, Cubells Larrosa MJ

INTRODUCCIÓN

Las ictiosis es un grupo de enfermedades que se caracterizan por un trastorno en la queratinización de la capa córnea. Dada su alta frecuencia de presentación, no es inhabitual atender a estos pacientes en nuestras consultas de atención primaria.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 20 años de raza negra, procedente de Gambia, con residencia en España desde hace 4 años. Importante barrera idiomática. No hábitos tóxicos ni antecedentes de interés. Niega antecedentes familiares. Consulta por fiebre y empeoramiento de lesiones cutáneas que presenta desde hace 2 años. Temperatura 38°C. Lesiones escamosas marronáceas, adheridas, con fisuras profundas con signos de sobreinfección, generalizadas por todo el cuerpo; resto normal. Se deriva a urgencias para completar estudio. Analítica: leucocitosis. Hemocultivos negativos. Sedimento de orina y radiografía de tórax normales. Biopsia cutánea: ictiosis laminar eritrodérmica. Se inicia tratamiento con antibiótico, emolientes y retinoides. La resolución es completa.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En la ictiosis laminar las escamas afectan a toda

la superficie corporal, incluidas flexuras; pueden ser delgadas o gruesas. No es infrecuente encontrar pérdida de pelo, disminución de la producción del sudor, ectropion... El diagnóstico es clínico y es necesario el estudio histológico para filiar la ictiosis. El tratamiento consiste en mantener hidratada la capa córnea y favorecer su eliminación. En nuestro caso, son de elección los retinoides sistémicos a dosis de 1 mg/Kg/día. Es importante detectar dicha patología en nuestras consultas debido a las repercusiones sociales y psicológicas que producen en el paciente al alterar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: ictiosis laminar eritrodérmica, tazaroteno. 1.- Marulli GC, Campione E, Chimenti MS, Terrinoni A, Melino G, Bianchi L. Type I lamellar ichthyosis improved by tazarotene 0,1% gel. Clin Exp Dermatol 2003;28:391-3. 2.- Hofmann B, Stege H, Ruzicka T, Lehmann P. Effect of topical tazarotene in the treatment of congenital ichthyoses. Br J Dermatol 1999;141:642-6. 3.- Stege H, Hofmann B, Ruzicka T, Lehmann P. Topical application of tazarotene in the treatment of nonerythrodermic lamellar ichthyosis. Arch Dermatol 1998;134:640. 4.- Kanterewicz Binstock E. Bisfosfonatos. Rev Esp Reumatol 2004;31: 9-12.

Análisis de la patología psiquiátrica atendida por un dispositivo extrahospitalario móvil de emergencias: recursos y tiempo consumidos

Pérez López I, Pousada Belmonte M, Morán Rodríguez A, Lucas Fernández C, Moreno Goma JL, Domínguez Gallo I

OBJETIVOS

Analizar los principales motivos de consulta de estos pacientes, los recursos y el tiempo consumidos y su destino final.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo. Nos basamos en las historias clínicas en formato papel, en las que una vez cumplimentadas se llegó a un diagnóstico sugestivo de patología psiquiátrica y que fueron cumplimentadas por el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) de la Janda Litoral durante 2007. Las variables estudiadas fueron sexo, edad, motivos de consulta más frecuentes, tiempo y recursos consumidos, si tomaban tratamiento psiquiátrico previo al evento y destino final de los pacientes (alta domiciliaria/traslado al Hospital de referencia para valoración por unidad psiquiátrica).

RESULTADOS

Se atendieron 1.573 urgencias de las que 96 finalizaron con código de patología psiquiátrica,

(6,16% del total). Prevalece el intervalo de edad de 30-40 años, 55,2% mujeres. Los diagnósticos más frecuentes son: crisis de ansiedad (52%), intoxicación por medicamentos con fines autolíticos (20,8%), brote psicótico (11,4%), agitación psicomotriz (4,1%), intento de autolisis por otras causas (7,2%). El 37,03% de los pacientes con fines suicidas ya lo había intentado previamente. El 31,25% de los pacientes ya tomaba medicación psiquiátrica. Se dio de alta a 53,1% y 46% fue trasladado al Hospital (71,7% por el propio DCCU al necesitar cuidados intensivos).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El diagnóstico psiquiátrico que mayor número de avisos genera es la crisis de ansiedad. La mayoría de estos pacientes no constituyen en sí una verdadera emergencia psiquiátrica, ya que 53,1% son dados de alta en el lugar de la asistencia. Los pacientes que más tiempo y recursos consumen son los intentos de autolisis. El aumento de la patología psiquiátrica en la actualidad hace imprescindible aunar esfuerzos para evitar que esta nueva epidemia colapse los ya saturados servicios de urgencias.

188-0-0

Conocimiento respecto al VPH y su vacunación en jóvenes. Relativo desconocimiento y sobreestimación del riesgo y el beneficio a obtener

Ripoll Alda A, Alda Martín C, Sánchez Alonso R, Ripoll Lozano MA

OBJETIVOS

Recientemente se han comercializado vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH) acompañadas de un gran despliegue informativo. El objetivo de este estudio es evaluar los conocimientos y opiniones respecto al VPH y su vacunación de estudiantes de enfermería, la mayoría jóvenes en torno a los 20 años.

METODOLOGÍA

Estudio observacional transversal, realizado mediante encuesta autoadministrada a estudiantes de enfermería de Ávila, en Abril de 2008. En la encuesta se incluyeron preguntas sobre el VPH, la vacunación frente al mismo, el cáncer de cervix y su cribado. Todas las preguntas tenían respuestas categóricas cerradas y se dejó al final un apartado para observaciones.

RESULTADOS

Respondieron a la encuesta 59 alumnas. El 30% no relaciona el VPH con las relaciones sexuales. La mayoría sobreestima la prevalencia de infección por VPH; un 42,4% la desconoce. El 25,4% considera que toda infección VPH produce cáncer. El 73% sitúa el cáncer de cervix en España entre los tres primeros

lugares. Un tercio considera adecuadamente que el 70% de los cánceres de cervix se podría prevenir por vacunación. El 28,8% considera que la vacuna es igual de efectiva si se han tenido ya relaciones sexuales; infraestima su eficacia en caso de no haber tenido relaciones y la sobreestima si ya se han tenido. El 27% señala una protección durante más de 9 años (un 32,2% la desconoce). La mayoría (81,4%) considera necesario participar en los programas de cribado tras la vacunación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de la abundante información en relación con el VPH y su vacunación, existe bastante desconocimiento entre los estudiantes de enfermería (la mayoría mujeres en torno a 20 años, posible colectivo objetivo de la vacunación, y (ya) fuente de información de cuestiones relacionadas con la salud. En general, se observa una sobreestimación de los problemas a prevenir con la vacunación frente al VPH y una sobreestimación del beneficio de la vacuna globalmente, junto a falta de conocimientos de aspectos importantes relacionados con el tema. Son necesarias campañas de información objetivas, adaptadas a diferentes colectivos, si queremos mejorar el conocimiento de uno de los temas más actuales relacionados con la salud.