

Libro de Resúmenes



Atención y cuidados globales

Congreso de Atención Primaria Castilla-La Mancha

Declarado de Interés Científico-Sanitario.
Acreditado por la CFC de Castilla-La Mancha con 2,8 créditos (Expediente P2009.0122)

Ciudad Real 14 al 16 de mayo 2009

SEMERGEN CASTILLA LA MANCHA AP

organizan

SCA MFLC

Sede del Congreso: Paraninfo de la Facultad de Derecho
Universidad de Castilla-La Mancha. C/ Ronda de Toledo s/n. Ciudad Real.

ÍNDICE

PROGRAMA CIENTÍFICO.....	4
DATOS SOBRE LOS RESÚMENES RECIBIDOS.....	7
CRONOGRAMA DE PRESENTACIÓN COMUNICACIONES ORALES.....	15
CRONOGRAMA DE PRESENTACIÓN COMUNICACIONES FORMATO PÓSTER.....	21
RESUMEN DE LAS PONENCIAS.....	29
RESUMEN DE LAS COMUNICACIONES ORALES.....	43
RESUMEN DE LAS COMUNICACIONES FORMATO PÓSTER.....	61

Saluda

Un congreso médico es una reunión periódica para debatir cuestiones previamente fijadas. A eso os queremos invitar a Ciudad Real: a debatir, con curiosidad y un punto de pasión, cuestiones relevantes relacionadas con la práctica general que hacemos cada día en la consulta o en urgencias. Os invitamos al reto de cuestionar lo que creemos saber, que quizá ha quedado obsoleto, y que sin embargo nos impide aprender cosas nuevas que ya se han demostrado eficaces y que todavía no conocemos o hemos desechado como irrelevantes. Esto es especialmente importante en Medicina de Familia donde tratamos problemas frecuentes y aparentemente muy conocidos; donde el ser generalistas puede hacer muy difícil mantener una formación equilibrada y actualizada.

Pretendemos un debate y la estructura del congreso intenta estimularlo. Ponencias cortas de 20 minutos, enfocadas a las últimas evidencias y seguidas de un coloquio de 10 minutos. Talleres que buscan aportar habilidades útiles y aplicables en la consulta diaria. En el blog del congreso presentaremos a los ponentes, informaremos sobre sus publicaciones, afinaremos sobre la perspectiva de la ponencia para que todo el mundo pueda venir preparado y analice su experiencia, las dudas que se le plantean cada día ante el paciente sobre los temas propuestos.

Pero hacer buena medicina de familia precisa recursos, sobre todo un tiempo y un sosiego que el

sistema sanitario nos ha negado siempre. Vemos personas enfermas y personas "no enfermas" que sin embargo pretenden una solución a sus problemas en consultas la mayoría de las veces masificadas. Muchas voces advierten que la reforma que se inició hace 25 años parece agotada. Precisamos analizar nuestra situación y plantearnos un nuevo horizonte profesional. En la tercera mesa se tratarán estas cuestiones por profesionales muy conocidos que crean opinión a través de un elemento relativamente nuevo pero que está transformando la comunicación entre nosotros: los blogs. Una nueva facultad de medicina de familia en la región ofrece la oportunidad de reivindicar un papel importante de nuestra especialidad en la Universidad. En el congreso un responsable contará cuales son las ideas de los que están diseñando el proyecto.

Cuidados globales para personas diferentes, con distintos proyectos de vida. El médico de familia como consejero estable y próximo al paciente, con habilidades de comunicación, sabiduría clínica y competencia científica. Esa es la imagen que tenemos que proyectar a la sociedad para reivindicar el papel del médico de familia en el siglo XXI. Un reto para el que precisa demostrar cada día competencia profesional y una elaboración teórica a la altura de las circunstancias. Un reto que tenemos que conseguir entre todos.

Os esperamos en Mayo en Ciudad Real para reflexionar sobre ello.



Ramón González Correales
Presidente del Comité Organizador



Alberto León Martín
Presidente del Comité Científico

Comités

COMITÉ DE HONOR:

Excm. Sra. D^a. Trinidad Jiménez García-Herrera.
Ministra de Sanidad y Consumo.

Excmo. Sr. D. José María Barreda Fontes.
Presidente Junta de Comunidades Castilla-La Mancha.

Excm. Sra. D^{ña}. Rosa Romero Sánchez.
Alcaldesa del Excmo. Ayuntamiento de Ciudad Real.

Excmo. Sr. D. Fernando Lamata Cotanda.
Consejero de Salud y Bienestar Social.

Junta de Castilla-La Mancha.

Ilmo. Sr. D. Nemesio de Lara Guerrero.
Presidente de la Excm. Diputación de Ciudad Real.

Excmo. Sr. D. Ernesto Martínez Ataz.
Rector Magnífico de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Ilmo. Sr. D. Ricardo Ruiz Fernández.
Delegado Provincial de Salud y Bienestar Social. Ciudad Real.

Ilmo. Sr. D. Ramón Garrido Palomo.
Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real.

Sr. Dr. D. Francisco Angora Mazuecos.
Director Gerente de Atención Primaria de Ciudad Real.

Sr. Dr. D. Álvaro Santos Gómez.
Director Gerente de Atención Primaria de Puertollano.

Sr. Dr. D. Álvaro Leal García.
Director Gerente de Atención Primaria Alcázar de San Juan.

Sr. Dr. D. Jesús Fernández Sanz.
Director Gerente del Hospital de Ciudad Real.

COMITÉ ORGANIZADOR:

Ramón González Corrales.
Presidente.

José Luis Fortes Álvarez.
Vicepresidente.

César Lozano Suárez.
Vocal SEMERGEN.

José Manuel Morales Cano.
Vocal SEMERGEN.

Julian Arenas Mosqueda.
Vocal SEMERGEN.

José Molina Cabildo.
Vocal SEMERGEN.

Fernando Crespo González.
Vocal SCAMFYC.

Aurelio Álvarez Prado.
Vocal SCAMFYC.

Juan José Lázaro de la Osa.
Vocal SCAMFYC.

Ignacio Manuel Sánchez Barrancos.
Vocal SCAMFYC.

COMITÉ CIENTÍFICO:

Alberto León Martín.
Presidente.

José Andrés Delgado Casado.
Vicepresidente.

José Félix Sastre García.
Vocal SEMERGEN Toledo.

Gema Alejandre Lázaro.
Vocal SCAMFYC Toledo.

Abel Jesús Cuéllar de León.
Vocal SEMERGEN Cuenca.

Jorge Lema Bartolomé.
Vocal SCAMFYC Cuenca.

Javier Massó Orozco.
Vocal SEMERGEN Albacete.

Jesús López-Torres Hidalgo.
Vocal SCAMFYC Albacete.

Roberto Ramírez Parenteau.
Vocal SEMERGEN Guadalajara.

Javier Arribas Aguirregaviria.
Vocal SCAMFYC Guadalajara.

Javier Rodríguez Alcalá.
Vocal PAPPS.

Antonio Segura Fragosó.
Vocal I.C.S.



Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha PROGRAMA CIENTÍFICO

Jueves, 14 de mayo

16:00 – 19:00 horas
Recepción y entrega de documentación.

16:00 – 19:00 horas
Colocación de Comunicaciones formato Póster.

16:30 – 18:30 horas
Taller Patrocinado por SEMERGEN CLM.
"Aspectos médico-legales en la práctica médica".
Antonio Hidalgo Carballal.

Médico Forense. Coordinador Nacional Sección de Medicina Legal. Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN.

Julia González Pernía.
Jurista y Criminóloga. Ministerio de Justicia. Toledo.

Taller Patrocinado por SCAMFYC.
"Uso recreativo de las drogas".
Fernando Caudevilla Gállego.
Médico de Familia. Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF). Comunidad Autónoma de Madrid.
Grupo de Trabajo de Intervención en drogas de SEMFYC.

19:00 – 19:15 horas

Inauguración Oficial.

19:15 – 20:15 horas

Conferencia Inaugural

“El planeta de los besos (Neurobiología del amor)”.

Jesús de la Gándara Martín.

Jefe Servicio de Psiquiatría. Hospital de Burgos.

20:30 horas

Recepción Oficial en el Museo López Villaseñor.

Viernes, 15 de mayo

09:00 – 11:00 horas

Mesa 1: “Nuevas evidencias y controversias en la práctica del Médico de Familia”.

Moderador:

José Molina Cabildo.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Ciudad Real.

“Aportación de los nuevos fármacos para la diabetes”.

Javier Massó Orozco. Médico de Familia. Grupo de Diabetes de SEMERGEN.

“Manejo de la anticoagulación y antiagregación en la cardiopatía isquémica”.

Fernando Lozano Ruíz-Poveda.

Servicio de Cardiología. Unidad de Hemodinámica. Hospital General. Ciudad Real.

“Deterioro cognitivo leve. Estrategias de tratamiento”.

Jesús Porta Etessam.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

“PSA. Situación actual para mejorar su incertidumbre”.

Francisco Brenes Bermúdez.

Médico de Familia. C.S. de Llefiá. Badalona. Grupo de Urología de SEMERGEN.

11:00 – 11:30 horas

Pausa Café.

11:30 – 13:30 horas

Comunicaciones a la Mesa 1.

11:30 – 13:30 horas

Taller “Control de síntomas y sedación domiciliar en cuidados paliativos”.

Miguel Ángel Monescillo Rodríguez.

Médico de Familia. C.S. Villarrubia de los Ojos. Ciudad Real.

Concha Lázaro Bermejo.

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital de Ciudad Real.

Taller “Infiltraciones en lesiones deportivas”.

Miguel Ángel López-Jiménez.

Médico del Club de Balonmano Ciudad Real.

13:00 – 14:00 horas

Simposio 1

“Diabetes: ¿Cómo controlamos una epidemia en alza?”

“Diabetes: El peso de la diabetes en la práctica clínica. ¿Qué hacer?”

Marcin Kozarzewski.

Endocrinólogo. Departamento Médico. Laboratorios Novo Nordisk.

“Nuevos fármacos no insulínicos para el tratamiento de la DM2 y su impacto sobre la diabetes”.

Pedro Rozas Moreno.

Servicio de Endocrinología. Hospital General. Ciudad Real.

Patrocinado por: NOVO NORDISK.

13:30 – 14:00 horas

Reunión de las Sociedades Científicas.

14:00 horas

Almuerzo de Trabajo.

Lugar: Hotel Doña Carlota.

16:00 – 18:00 horas

Mesa 2: “Urgencias”.

Moderador:

José Luis Fortes Álvarez.

Médico de Familia. C.S. de Abenójar. Ciudad Real.

“Toma de decisiones en el tratamiento prehospitalario de la fibrilación auricular”.

Juan Antonio Cordero Torres.

Médico de Familia. Coordinador del Grupo de Urgencias de SEMFYC.

“Píldora postcoital. Una visión integral”.

Concha Martín Perpignan.

Ginecóloga. Presidenta de la Sociedad de Planificación Familiar de Madrid.

“Crisis hipertensiva ¿Ha cambiado algo?”

David Caldevilla Bernardo.

Médico de Familia. Adjunto Servicio de Urgencias. Hospital de Albacete.

“Ecografía en Urgencias de Atención Primaria”.

Ricardo Campo Linares.

Médico de Familia. Adjunto Servicio de Urgencias. Hospital de Santa Bárbara. Puertollano.

18:00 – 18:30 horas

Pausa Café.

18:30 – 20:30 horas

Comunicaciones a la Mesa 2.

18:30 – 20:30 horas

Taller “Ecografía de cuello para Médicos de Familia”.

Pedro Lozano Utrilla

Médico de Familia. C.S. Villarta de San Juan. Ciudad Real.

Dolores Rodríguez Gálvez.

Médico de Familia. C.S. Fuencaliente. Ciudad Real.

Antonio Ruiz Serrano.

Médico de Familia. C.S. Porzuna. Ciudad Real.
Taller "Inicio de Insulinización en la Diabetes tipo 2".
Francisco Carramiñana Barrera.
Médico de Familia. C.S. San Roque. Badajoz.
Patrocinado por: NOVO NORDISK.

18:30 – 20:30 horas
Comunicaciones tipo Póster.

19:30 – 20:30 horas
Simposio 2
"Un reto: Conseguir que los pacientes con Diabetes tipo 2 alcancen sus objetivos. Razón para el tratamiento combinado más temprano".
Miguel Aguirre Sánchez-Covisa.
Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital General de Ciudad Real.
Patrocinado por: MSD.

21:30 horas
Cena de Gala.

Sábado, 16 de mayo

09:00 – 10:00 horas
Comunicaciones tipo Póster.

10:00 – 11:00 horas
Comunicaciones Libres.

11:00 – 11:30 horas
Pausa Café.

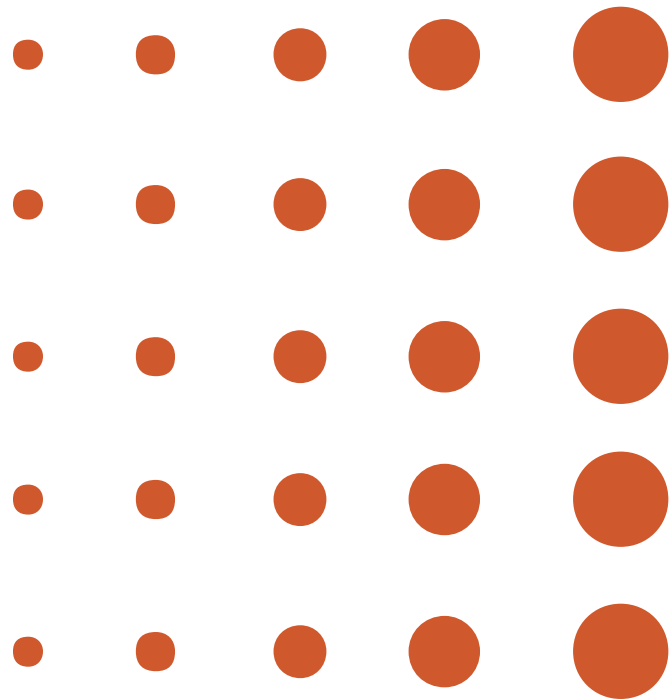
11:30 – 13:30 horas
Mesa 3: "Reflexiones en Medicina de Familia".
Moderador:
José Manuel Morales Cano.
Médico de Familia. C.S. El Torreón. Ciudad Real.

"Medicina basada en la evidencia. Situación del concepto después de 15 años".
Rafael Bravo Toledo.
Médico de Familia. C.S. Sector III. Getafe. Madrid.

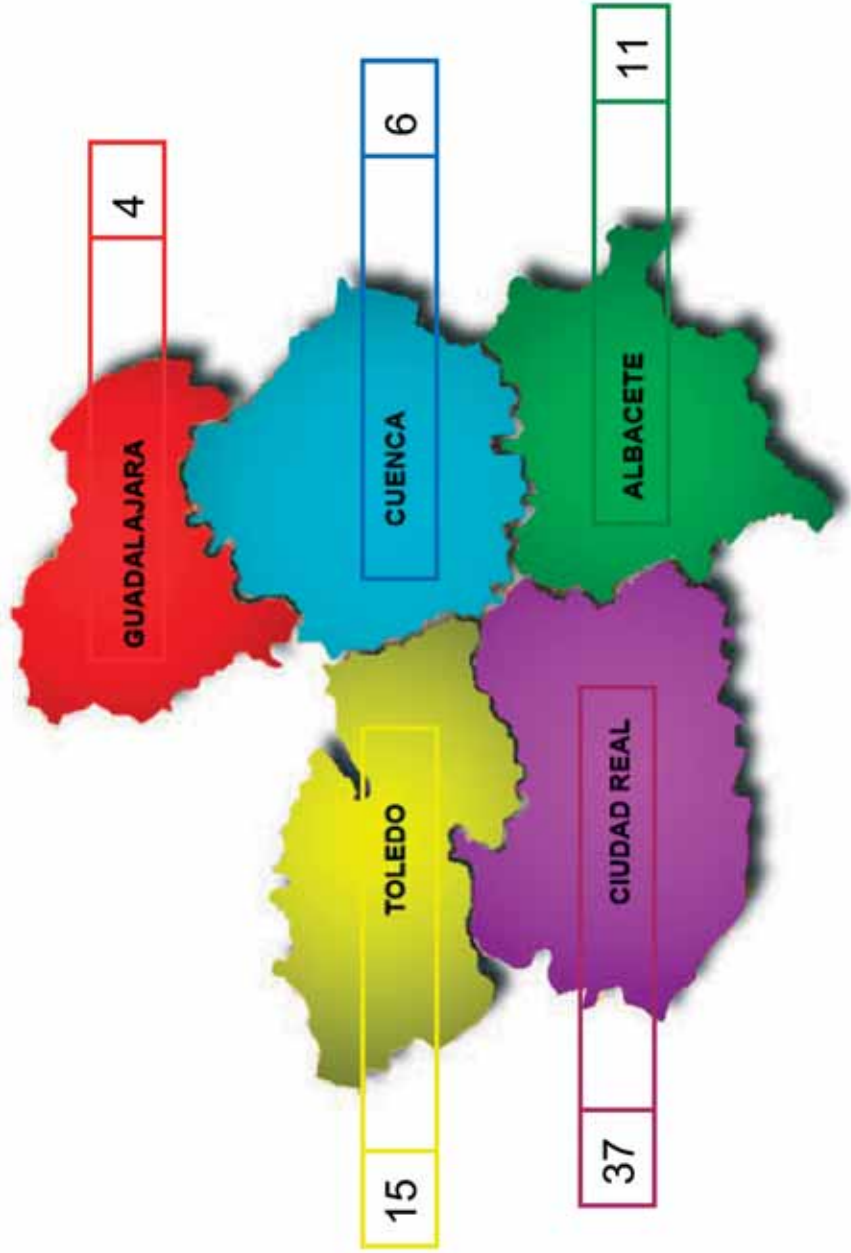
"Puntos críticos en Medicina de Familia: La necesidad de un nuevo horizonte".
Vicente Baos Vicente.
Médico de Familia. C.S. Collado Villalba. Madrid.

"La Facultad de Medicina de Ciudad Real".
Rectorado de la Universidad Castilla-La Mancha.

13:30 horas
Acto de clausura y entrega de premios.

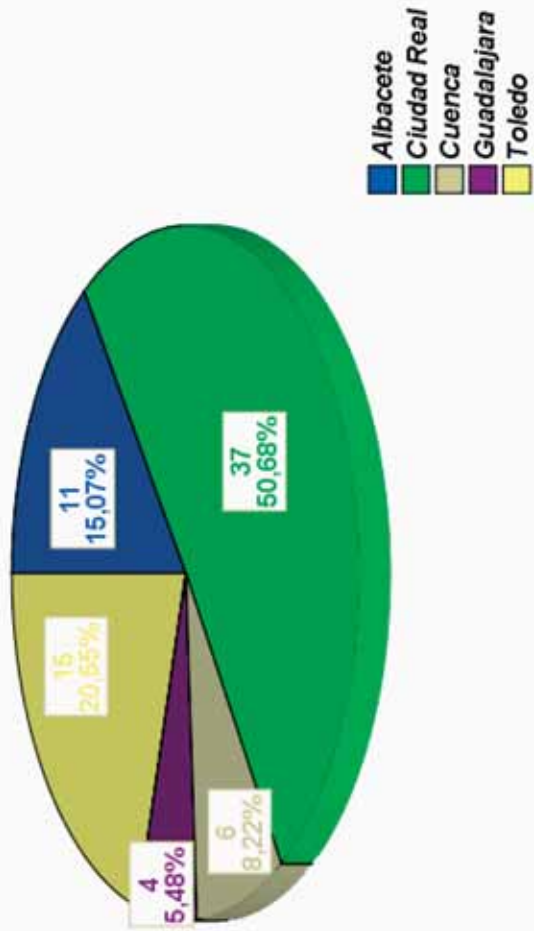


Datos sobre los
resúmenes recibidos.



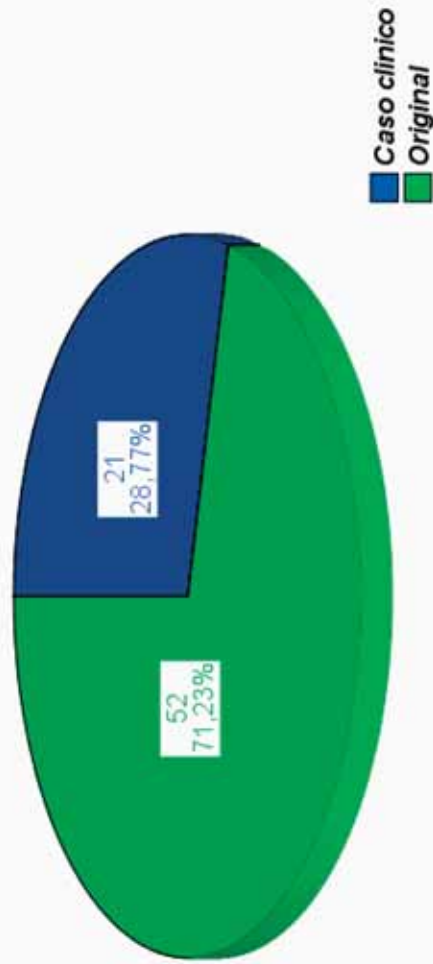


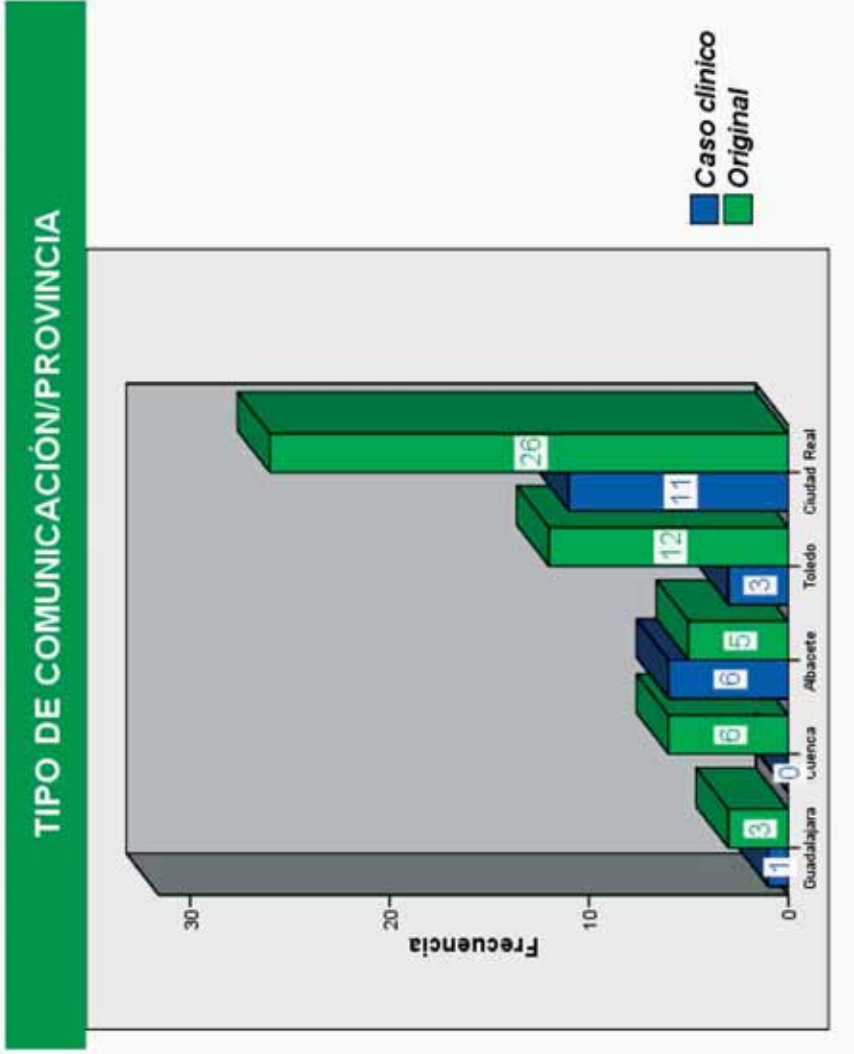
COMUNICACIONES POR PROVINCIA





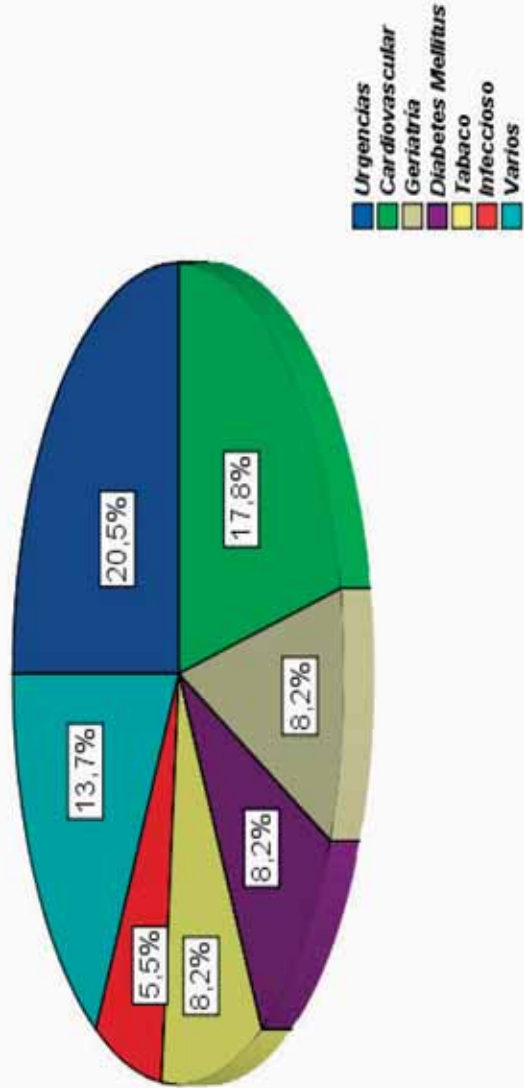
TIPO DE COMUNICACIÓN

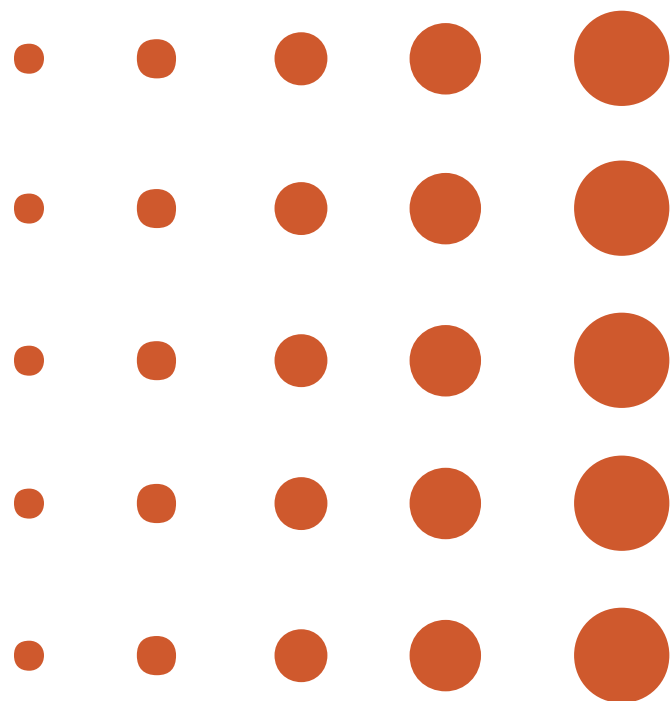






TEMÁTICA





Cronograma de Presentación Comunicaciones Orales.

Viernes, 15 de mayo

11.30-13.30 horas

Comunicaciones a la Mesa 1.

Moderador: Javier Rodríguez Alcalá.

DETECCIÓN DE INSUFICIENCIA RENAL "OCULTA" MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LAS FORMULAS COCKCROFT-GAULT Y MDRD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD.

Autores: (1) Díaz del Campo Córdoba, JM; (1) Pacheco de la Casa, MJ; (1) Pernía Rodríguez, I; (1) Cobos Gambero, E; (2) Lozano Suárez, C; (2) Sánchez García, S.

Centro de Trabajo: (1) C.S. III Ciudad Real (2) Unidad Docente de MFyC de Ciudad Real.

RELACIÓN ENTRE NIVEL CULTURAL Y GRADO DE CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD DE CIUDAD REAL.

Autores: (1) Díaz del Campo Córdoba, JM; (1) Pacheco de la Casa, MJ; (1) Pernía Rodríguez, I; (1) Cobos Gambero, E; (2) Lozano Suárez, C; (1) Ruiz-Poveda G^a-Rojo, A.

Centro de Trabajo: (1) C.S. III Ciudad Real (2) Unidad Docente de MFyC de Ciudad Real.

¿CÓMO UTILIZAMOS LA METFORMINA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Autor Principal: Romero Sáiz A. (1).

Resto Autores: De Las Heras Mayordomo, A. (2); Olmo Martínez, C. (3); Bascañana Ocaña, M.A. (4); Salcedo Aguilar, F. (3).

Centro de Trabajo: (1) C.S. Cuenca II; (2) C.S. Villas de la Ventosa; (3) Gerencia de Atención Primaria; (4) C.S. Torrejoncillo del Rey.

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE USO DE ÍNDICE TOBILLO BRAZO.

Autores: Martínez García, G.; Bodoque Atienza, B.; Moraleda Borlado, A; Solera Martínez, M.; Romero Saiz, A.

Centro de Trabajo: Cuenca II (Cuenca).

¿EXISTE LESIÓN SUBCLÍNICA DE ÓRGANO DIANA Y MAL CONTROL GLUCÉMICO ASOCIADO A PATRÓN CIRCADIANO?

Autores: Fernández Izquierdo, M^a Dolores; Rivilla Yedres M^a Victoria; Lozano Utrilla Pedro M^a; Ojeda Pino, Miguel; Hernández García, Francisco.

Centro de Trabajo: CS. Villarta de San Juan. Ciudad Real.

TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL: ¿DEPENDEN LA VARIABILIDAD EN LOS CONTROLES DE QUIÉN LOS REALICE?

Autores: Armero Simarro, J.M., Romero Cebrián, M.A., Ayuso Raya, M.C., Arias Alaminos, M., Pérez López, N., Escobar Rabadán, F.

Centro de Trabajo: Centro de Salud Universitario Zona IV de Albacete.

18.30-20.30 horas

Comunicaciones a la Mesa 2.

Moderador: Abel Jesús Cuéllar de León.

CRIBADO DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAA) EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP).

Autores: (1) Salcedo Jódar L.; (2) García Tejada R.; (3) Alcázar Carmona P.; (4) Pinilla González L.; (5) Sánchez Sánchez M.

Centro de Trabajo: (1,2,4,5) C.S.Villarta de San Juan, (3) C.H.La Mancha Centro (Alcázar de San Juan).

DIGOXINA: ¿PAUTA CONTINUA O DISCONTINUA?. ESTUDIO ANALÍTICO PROSPECTIVO.

Autor Principal: Francisco José León García.

Resto de Autores: Pilar Romero Millán; M^a Isabel Peña Gómez; Daniel Alejandro Sinatra; Eva M^a Fagundo Becerra; Fernando Javier de Diego Rodríguez.

Centro de Trabajo:

León García, FJ. MIR MFyC. Consultorio de Alhambra (C.Real). Romero Millán, P. MIR MFyC. Consultorio de S. Carlos del Valle (C.Real). Peña Gómez, MI. MIR MFyC. C.S. La Solana (C. Real). Sinatra, DA. MIR MFyC. C.S. La Solana (C. Real). Fagundo

Becerra, EM. MFyC. Consultorio de Alhambra (C.Real). De Diego Rodríguez, FJ. MFyC. Consultorio de S.Carlos del Valle (C.Real).

ENSAYO CLÍNICO COMPARATIVO SOBRE ADHERENCIA A LA TERAPIA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN NUESTRO MEDIO. AUTOR PRINCIPAL.

Autores: (1) Muñoz Pérez, R.;(2) Mudarra Flores, J.F; (3) Ortiz López, G.;(4) Rodríguez Muñoz, R ;(5) Sanz Cortés, J.

Centro de Trabajo: (1 y 4) C.S. Carlos Mestre (Puertollano); (2) C.S. Barataria (Puertollano); (3) C.S.II (Puertollano); (5) Hospital Santa Bárbara (Puertollano).

PREVALENCIA DE INERCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) ESENCIAL EN DOS CUPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores: Lázaro de la Osa, J.J., del Burgo Fernández, J.L. y Ruiz Serrano, A.

Centro de Trabajo: C.S. de Porzuna (Ciudad Real).

VALIDACIÓN DE LA ESCALA ADDV (ACTIVIDADES DIARIAS DEPENDIENTES DE LA VISIÓN).

Autores: Párraga Martínez, I.; López-Torres Hidalgo, J.; Navarro Bravo, B.; Andrés Pretel, F.; Escobar Rabadán, F; López Verdejo, M.A.

Centro de Trabajo: Gerencia de Atención Primaria de Albacete. Unidad de Investigación.

RIESGO DE FUMAR EN PRIMERA ADOLESCENCIA. LA INFLUENCIA DE LOS PADRES Y LOS COMPAÑEROS

Autores: (1)Rodríguez Martín, AM.; (2 y 3)* Rodríguez Martín, JL.; (4) Alonso Moreno, FJ.;(2) Martín Sánchez E.; (5)Comas Samper JM,; (2) Díaz Domínguez E.; and the Grupo de Trabajo TabAICAP**.

**Miembros del Grupo TabAICAP:

María Teresa Seoane Pillado (Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Spain); Abel Cuéllar de León (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SESCAM); José Luis Díaz-Maroto Muñoz (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SESCAM); Roberto Ramírez Parenteau (ASISA. Guadalajara); Cristina de Castro Mesa (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SESCAM); Gema Cid Calo (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SESCAM); Ana María Rodríguez Martín (Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Toledo.); Itziar Vázquez Carrión (Medicina Familiar y Comunitaria.

Unidad Docente de Toledo.); Raquel Gimeno Martín (Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Toledo.); Ana Alonso Lorenzo (Escuela Universitaria de Enfermería. Alcalá de Henares. Campus de Guadalajara); Antonia Lorenzo Martín (Becaria); Francisco Javier Alonso Moreno (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SESCAM); José Manuel Comas Samper (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SESCAM); José Luis R. Martín (Investigación Clínica. FISCAM); Eva Martín- Sánchez (Investigación Clínica. FISCAM) and Elena Díaz-Domínguez (Investigación Clínica. FISCAM). Centro de Trabajo:

(1) R4 Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente. Centro de Salud Sillería. Toledo.

(2) Departamento de Investigación Clínica. Fundación para la investigación en Salud De Castilla-La Mancha (FISCAM).

(3) Universidad de Castilla-La Mancha. Toledo.

(4) Centro de Salud Sillería. Toledo.

(5) Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo.

Sábado, 16 de mayo

10.00-11.00 horas

Comunicaciones Libres.

Moderador: Roberto Ramírez Parenteau.

INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES HIPERTENSOS.

Autores: Sánchez Barrancos, I.M.; Domínguez Sánchez-Migallón, P.

Centro de Trabajo: C.S. Manzanares II (Manzanares-Ciudad Real-).

PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y DESCRIPCIÓN DE GENOTIPOS MEDIANTE TÉCNICA DE PCR EN MUESTRAS PROCEDENTES DE MUJERES CON CITOLOGÍAS CÉRVICO VAGINALES PATOLÓGICAS EN EL ÁREA DEL HGCR DURANTE EL AÑO 2008.

Autores: 1) Martínez García, AM.; (1) Rodríguez García, E.; (1) Merino González, A.; (1) Álvarez Prado, A.; (2) García Rojo, M.;(3) Lozano Suárez, C.

Centro de Trabajo: (1) Centro de Salud 1 Ciudad Real, (2) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Ciudad Real, (3) Unidad Docente de MFyC de Ciudad Real.

¿CONOCEN NUESTROS PACIENTES CUANTO TIENEN QUE CUIDARSE? NIVELES PAPPs MEDIDAS PREVENTIVAS.

Autores: González González J, Rico García G, Hernández García AT, Ruiz Cruz G, Izaguirre Zapatera A, Peña Muñoz ML.

Centro de trabajo C.S. Navamorcuende. GAP Talavera de la Reina.

EL MANEJO DE LA EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿SE ESTÁN APLICANDO LOS CRITERIOS DE LAS GUÍAS CLÍNICAS INTERNACIONALES?

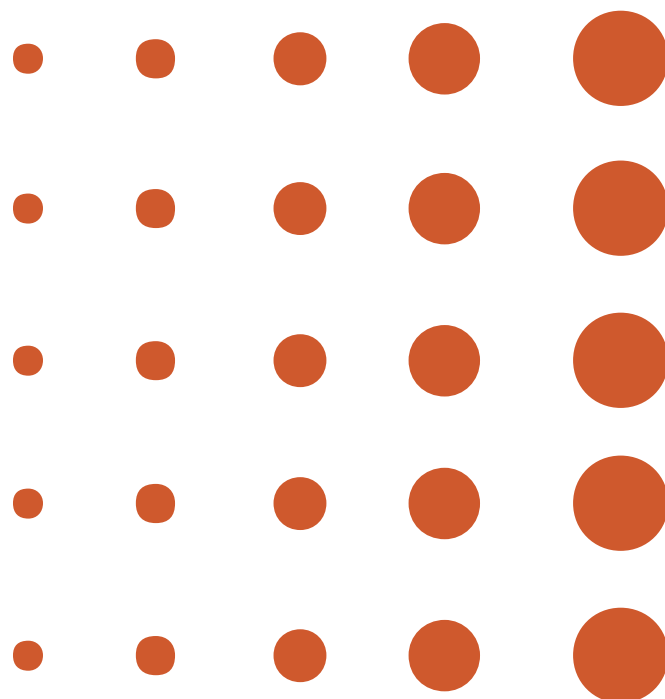
Autores: Santamaría Marín, A(1).; Fernández Misas, E(1).; Hidalgo Fernández, C(1).; González Sánchez, E(1).; González Correales, R (2).; Arenas Mosqueda, J(2).

Centro de Trabajo: (1) Médicos residentes de 4º año de MFyC de la Unidad Docente de Ciudad Real. (2) Médicos especialistas en MFyC del centro de salud II (El Torreón) de Ciudad Real.

RIESGO DE CAIDAS EN MAYORES DE 65 AÑOS: FACTORES ASOCIADOS.

Autores: Clarisa Serrano Moreno, Fernando Martínez Martínez.

Centro de Trabajo: C.S. Cuenca I. (Cuenca).



Cronograma de Presentación Comunicaciones Formato Póster.

Viernes, 15 de mayo

18.30-20.30 horas

Comunicaciones tipo Póster.

Moderadores: José Andrés Delgado Casado.
Gema Alejandre Lázaro.

1

MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS O EL "GUIRIGAY" QUE NO SE SOSTIENE.

Autor Principal: Hidalgo Fernández*, C.

Resto de Autores: González Sánchez*, E.; Fernández Misas*, E.; Santamaría Martín*, A.; Morales Cano**, J.M.; Tejeda Serrano**, M.I.

Centro de Trabajo: *Residentes de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. **Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de MFyC de Ciudad Real. Centro de Salud de El Torreón. Ciudad Real.

2.

IMPLANTACION DE ANTICOAGULACION ORAL EN ATENCION PRIMARIA.

Autores: Babiano Fernández, M.A.; Sánchez Robles, R.; Rodríguez Fernández, A.

Centro de Trabajo: Centro de Salud de Argamasilla de Calatrava.

3.

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LAS DERIVACIONES A DERMATOLOGÍA.

Autores: Carrasco Vidoz, C.C (1); Portillo Vázquez, M.A (1); Clavijo Callealta, J.M (1); Fuentes Vázquez, L (1); Plaza Terán, M (1); Echegaray Machado, E.M(1).

Centro de Trabajo: (1) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. SESCAM.

4

IMPACTO DE UNA INTERVENCION SOBRE EL PACIENTE CON DEPENDENCIA Y SU CUIDADOR PRINCIPAL.

Autores: López Gil, M.J.; Gómez-Caro Marín S.; Sánchez Oropesa A.; Toledano Sierra P.; Gómez-

Calcerrada Jiménez R.M; Orueta Sánchez R.

Centro de Trabajo: Centro de Salud "Sillería" (Toledo).

5.

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL EN UNA MUESTRA BIEN DEFINIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS DE UN CENTRO DE SALUD RURAL.

Autores: Medina de la Casa, R; Maure Rico, M; Muñoz Cabañero, G; Martos López Zosa, F; Andújar Maure Rico, M; García Díaz, MD; Quintana Alaminos, O; Serrano Martín, C.

Centro de Trabajo: CS Villanueva de los Infantes.

6.

PREVALENCIA DE CORRECTO CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL EN UNA POBLACION URBANA DE CASTILLA-LA MANCHA.

Autores: (1) Rodríguez Muñoz, R.; (2) Muñoz Pérez, R.; (3) Mudarra Flores, J.F.; (4) Ortiz López, G.; (5) Sanz Cortés, J.

Centro de Trabajo: (1 y 2) C.S. Carlos Mestre (Puertollano), (3) C.S. Barataria (Puertollano) (4) C.S. II (Puertollano); (5) Técnico de Salud y Responsable de Calidad Hospital Santa Bárbara (Puertollano).

7.

NUESTRA EXPERIENCIA COMUNITARIA: SEMANA DE LA SALUD.

Autores: Muñoz Cabañero, G; Medina de la Casa, R; Briones Morales, M; Romero Torrijos, MJ; Moreno de Cayeux, C; García Badillo García Catalán, G.

Centro de Trabajo: CS La Solana.

8.

EVALUACIÓN DE LOS ANTIHIPERTENSIVOS QUE NOS PROMOCIONAN EN LA VISITA MÉDICA.

Autores: Fuentes Vázquez, L (1); Plaza Terán, M (1); Clavijo Callealta JM (1); Carrasco Vidoz, CC (1); Portillo Vázquez, MA (1); Echegaray Machado, E (1).

Centro de Trabajo: (1) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención primaria de Talavera de la Reina. SESCAM.

9.
CÓMO MEJORAR LA TASA DE ÉXITO DE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE.
 Autores: (1) Mudarra Flores, J.F.; (2) Ortiz López, G.; (3) Rodríguez Muñoz, R.; (4) Muñoz Pérez, R.; (5) Sanz Cortés, J.
 Centro de Trabajo: (1) C.S. Barataria (Puertollano) (3 y 4) C.S. Carlos Mestre (Puertollano); (2) C.S. II (Puertollano); (5) Hospital Santa Bárbara (Puertollano).
10.
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS PERSONAS MAYORES Y LOS MÉDICOS DE FAMILIA SOBRE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS.
 Autores: (1) Navarro Bravo, B.; (1) López-Torres, J.D.; (1) Párraga Martínez I.; (1) Andrés Pretel, F.; (2) Cerdá Díaz, R.; (3) de la Torre García, M.A.
 Centro de Trabajo: (1) Unidad de Investigación, Gerencia de Atención Primaria, Albacete. (2) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria, Albacete. (3) Centro de Salud de La Roda, Gerencia de Atención Primaria, Albacete.
11.
USO DE ANTIHIPERTENSIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MANZANARES II.
 Autores: Domínguez Sánchez-Migallón, P. Sánchez Barrancos, IM.
 Centro de Trabajo: Centro de Salud de Manzanares II.
12.
CALIDAD DEL INFORME DE DERIVACION A URGENCIAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.
 Autores: Velázquez Angulo, S., Laciqui, N., Arribas Aguirregaviria, F.J.
 Centro de Trabajo: Centro de Salud Azuqueca de Henares.
13.
DESCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS EN REVISTA CLÍNICA DE MEDICINA DE FAMILIA (2005-2009)
 Autores: López-Torres Hidalgo, J; Del Campo del Campo, JM; Boix Gras, C; López de Castro, F; Martínez Vizcaíno, V; Escobar Rabadán, F; Téllez Lapeira, JM; Martín Águeda, B; Del Burgo Fernández, JL; León Martín, AA; Villena Ferrer, A; Párraga Martínez, I (Comité Editorial de Revista Clínica de Medicina de Familia)
 Centro de Trabajo: Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria.
14.
MOTIVOS DE CONSULTA EN UN PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA (PAC) DE ATENCIÓN PRIMARIA.
 Autores: Moreno Maiz, E.S.; Murcia Bielsa, A.M.; Frías Castro, M.; Leal García, A.; Lázaro Merino, M.E.; Alías García, M.D.
 Centro de Trabajo: Gerencia de Atención Primaria Mancha Centro.
15.
PREVALENCIA DE PADECIMIENTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES QUE CONSULTAN EN ATENCIÓN PRIMARIA.
 Autores: Berrocoso Martínez, A.(1), Cano Martín, L.M.(2), de Arriba Muñoz, L. (1), Bernaldo de Quirós Lorenzana (1), R., Alamar Provecho, J.D. (3), Cardo Maza, A (4).
 Centro de Trabajo: Centro de trabajo: (1) Centro de Salud de Benquerencia (Toledo), (2) Centro de Salud de Menasalbas (Toledo), (3) Centro de Salud de Cofrentes (Valencia), (4) Hospital General de Albacete.
16.
PREVALENCIA DE DETERIORO COGNITIVO LEVE EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS DE UN CENTRO DE SALUD.
 Autores: (1) Cruz Ramírez, LM.; (2) Egea Aldana, FR.; (3) Ortega Fernández, R.; (4) Higuera Irazo, AB.; (5) Sancho Lloras, C.; (6) López Camacho, JM. (1 y 6) C.S. Cuenca I; (5) C.S. Cuenca II; (2, 3 y 4) C.S. Cuenca III.
 Centro de Trabajo: C.S. Cuenca III.
17.
TALLER DE LACTANCIA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL: EXPERIENCIA CONJUNTA
 Autor Principal: (1) Ramírez López, R.
 Resto de Autores: (2) López Fuentes, U.; (3) Pérez Cervantes, R.M.
 Centro de Trabajo: (1) C.S. Villahermosa; (2) C.S. Daimiel; (3) C.S. Valdepeñas 2.
18.
RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CRÓNICOS. ¿CONTROLAMOS MÁS A LOS PACIENTES DE MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR?
 Autores: Gómez-Caro Marín S, Sánchez-Oro Gómez R, Guerrero Ramírez S, González Carnero R, Gómez Suanes G, Carmona de la Morena J.
 Centro de Trabajo: Centro de Salud "Sillería" (Toledo).

19.
LACTANCIA MATERNA EN LA CONSULTA DEL MEDICO DE FAMILIA.
Autor Principal: (1) López Fuentes, U.
Resto de Autores: (2) Pérez Cervantes, R.M. ; (3) Ramírez López, R. ; (1) López Álvarez, M.A.
Centro de Trabajo: (1) C.S. Daimiel 1 ; (2) C.S. Valdepeñas 2 ; (3) C.S. Villahermosa.
20.
USO DE SMS EN UNA UNIDAD DOCENTE.
Autores: (1) Sánchez García, S; (1) Lozano Suárez, C; (1) González Hidalgo, E; (2) León Martín, AA.
Centro de Trabajo: (1) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Ciudad Real, (2) Hospital General de Ciudad Real.
21.
VARIABILIDAD Y TENDENCIAS EN EL CONSUMO DE FÁRMACOS ANTIDEMENCIA EN CASTILLA-LA MANCHA. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.
Autores: Echegaray Machado E.* (1), Criado-Álvarez JJ. (1,2), Carrasco Vidoz CC. (1), Plaza Terán M. (1), Clavijo Callealta JM. (1), Fuentes Vázquez L. (1).
Centro de Trabajo: (1) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. SESCAM (2) Centro de Estudios Universitarios de Talavera de la Reina. Universidad de Castilla-La Mancha.
22.
PREVALENCIA Y ACTITUDES RESPECTO AL TABAQUISMO EN ESCOLARES DE 2º DE E.S.O. DE DOS ÁREAS DE SALUD DE CASTILLA LA-MANCHA
Autores: (1) Martínez Carretero, M.; (2) Villena Zálvez, M.E.; (3) Villena Ferrer, A.; (4) Morena Rayo, S.; (5) Párraga Martínez, I.; (6) López-Torres Hidalgo, J.
Centro de Trabajo: (1, 2 y 3) C.S. Zona V-B (Albacete); (4) C.S. Hellín 2 (Albacete); (5 y 6) Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Albacete.
23.
PROPUESTA DE EVALUACIÓN CLÍNICA PARA LA DETECCIÓN DE DISFAGIA OROFARÍNGEA EN PACIENTES MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA.
Autores: Román Marcos, E.; Belmonte Santamaria, J.E.; Martín, Rodríguez, J.; Zafra Alonso, S.; Muñoz Medina, A.; Rodríguez de Roveres, C.
Centro de Trabajo: Centro de salud Cervantes. Guadalajara.
24.
REVISIÓN DEL CONTENIDO DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EMPLEADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DEL ÁREA DE GUADALAJARA.
Autor Principal: Alicia Fernández de Peñaranda Cervantes.
Centro de Trabajo: Centro de Salud Guadalajara Sur.
25.
ACTITUD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN ÁREA DE SALUD ANTE LAS RESTRICCIONES DEL CONSUMO DE TABACO
Autores: (1) Ruiz-López, L.; (2) Ruiz de Oña JM.; (3) Sanz-Pérez JA.; (3) Sánchez Holgado J.; (2) Jiménez Sánchez J.; (3) Ramos-Corralejo M.
Centro de Trabajo: (1) Unidad Docente. GAP Guadalajara. (2) Unidad de Tabaquismo de Área. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (3) Unidad de Tabaquismo de Área. Gerencia de Atención Primaria. Talavera de la Reina.
26.
¿ES ADECUADA LA UTILIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN EL MANEJO DEL HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO EN ATENCIÓN PRIMARIA?
Autores: Carbayo García J.J. (a), Sastre García J.F. (b), Andrés Luis V. (b), Ruiz-López L. (c).
Centro de Trabajo:
a) Médico de Familia, CS Talavera Centro, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina (GAPTA).
b) Médico de Familia, CS Cebolla, GAPTA.
c) Técnico de Salud de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Guadalajara.

Sábado, 16 de mayo

09.00-10.00 horas

Comunicaciones tipo Póster.

Moderadores: José Félix Sastre García.
Javier Massó Orozco.
Jesús López-Torres Hidalgo.
Javier Arribas Aguirregaviria.

27.

CONTROL Y VIGILANCIA DE ADENOPATIAS. UN VALOR AÑADIDO DE LA ECOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA.

Autor Principal: Hidalgo Fernández, C.
Resto de Autores: Tapiador Fernández*, J.; Fernández Barrios*, P.; Caira*, J.; Santamaría Martín*, A.; Morales Cano, J.M.**

Centro de Trabajo: *Residentes de 3º-4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de MFyC de Ciudad Real. Centro de Salud de El Torreón. Ciudad Real.

28.

COMPLICACIONES URGENTES NO GRAVES DE LA POLIQUISTOSIS HEPATO-RENAL.

Autor Principal: Tapiador Fernández*, Julia.
Resto de Autores: Morales Cano**, J.M.; Hidalgo Fernández*, C.; Marcos Dorado**, J.A.; Villar Martínez**, M.; Martín Fernández**, P.

Centro de Trabajo: *Residentes de 3º-4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. **Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de MFyC de Ciudad Real. Centro de Salud de El Torreón. Ciudad Real.

29.

LIPOATROFIA SEMICIRCULAR.

Autores: Rodríguez Fernández, A.; Babiano Fernández, M.A.

Centro de Trabajo: C.S. Argamasilla de Calatrava.

30.

HIPERPOTASEMIA YATROGÉNICA.

Autores: Morales Gallego, D.; Pérez Mena, P.; Ccente Quijano, R.

Centro de Trabajo: Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Ciudad Real.

31.

TOS Y DISFAGIA.

Autores: Medina de la Casa, R.; Maure Rico, M.; Muñoz Cabañero, G.; Martos López Zosa, F.; Andújar Morales, MJ; Tejada López, M.

Centro de Trabajo: CS de Villanueva de los Infantes.

32.

TENDINITIS AQUILEA ASOCIADA AL USO DE LEVOFLOXACINO.

Autores: Autores: Muñoz Cabañero, G.; Medina de la Casa, R.; Delgado Moreno-Arrones, A.; Gacia-Cervigon, J.; Akram, D.; Hispan Calles, R.

Centro de Trabajo: CS La Solana.

33.

¿CUÁNTOS FACULTATIVOS DE URGENCIAS Y RESIDENTES DE FAMILIA HEMOS PADECIDO DE TROPONINOSIS?

Autores: (1)Esquivias Campos, M.A.; (2)Álvarez Galán, M.C.; (3)Moreno Caycedo, C.A.; (4)Sarrias Lorenzo, J.A.

Centro de Trabajo: (1)C.S. Zona V (Albacete); (2) Hospital General de Villarrobledo (Albacete); (3)C.S. Hellín (Albacete); (4)Hospital de Hellín (Albacete).

34.

DECISIONES TERAPÉUTICAS FACILITADAS POR LA AUTOMEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL (AMPA).

Autores: (1)Esquivias Campos, M.A.; (2)Álvarez Galán, M.C.; (3)Moreno Caycedo, C.A.; (4)Massó Orozco, J.

Centro de Trabajo: (1)C.S.Zona V(Albacete); (2)Hospital General de Villarrobledo (Albacete); (3)C.S.Hellín (Albacete); (4)C.S.Alatoz(Albacete).

35.

¿CEFALEA TENSIONAL POSTERIOR A EJERCICIO...? NO, SINDROME DE WALLEBERG.

Autores: (1)Esquivias Campos, M.A.; (2)Álvarez Galán, M.C.; (3)Moreno Caycedo, C.A.

Centro de Trabajo: (1)C.S.Zona V (Albacete); (2) Hospital General de Villarrobledo (Albacete); (3)C.S. Hellín (Albacete).

36.
PERDIENDO "EL DON DEL DOLOR". NEUROPATÍA COMO DEBUT DIABÉTICO.

Autores: (1) Rodríguez Martín, AM.; (2) González Carnero R.; (3) Alonso Galán, M.; (1) Gómez Caro S.; (1) Guerrero Ramírez S.; (4) Martínez Malabia, D.
Centro de Trabajo:

- (1) R4 Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente. Centro de Salud Sillería. Toledo.
- (2) R3 Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente. Centro de Salud Sillería. Toledo.
- (3) R1 Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente. Centro de Salud Sillería. Toledo.
- (4) Enfermera. Centro de Salud Sillería. Toledo.

37.
ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA EN LA CONSULTA DE PRIMARIA. A PROPOSITO DE UN CASO.

Autor principal: Caira*, Julia.

Resto de autores: Fernández Barrios*, P.; Fernández Misas*, E.; Hidalgo Fernández*, C.; Tapiador Fernández*, J.; Morales Cano**, J.M.

*Residentes de 2-3-4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Ciudad Real.

**Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Trabajo: Centro de Salud de El Torreón. Ciudad Real. Unidad Docente de Ciudad Real.

38.
ANEURISMA DE AORTA-ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores: Medina Peñas, A.; Rodríguez Muñoz, R.; Ortiz López, G; Muñoz Pérez, R.

Centro de Trabajo: Centro de Salud Carlos Mestre de Puertollano (Ciudad Real).

39.
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y ADORMECIMIENTO REGIÓN PERIORAL.

Autor Principal: CA. Moreno Caycedo.

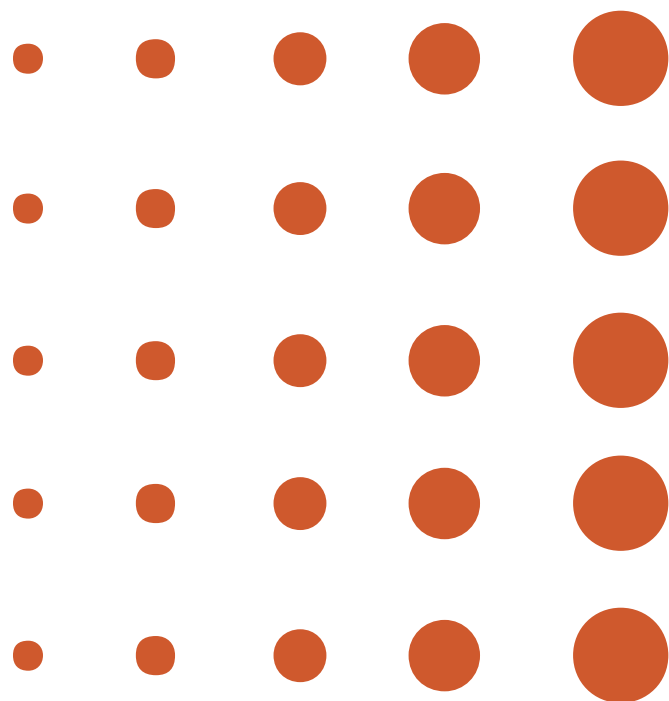
Resto de Autores: MA. Esquivias Campos. Y. Garcia Palacios.

Centro de Trabajo: GAP Albacete; MIR 3, CS Hellín.

40.
MUJER JOVEN CON SONDAJE URETRAL.

Autores: González González Jaime; Rico García Guillermo; Berrocoso Martínez Alberto.

Centro de Trabajo: Centro de Salud Navamorcuede (G. A. P. Talavera de la Reina).



Resumen de las Ponencias.

Aspectos médico legales en la práctica clínica.

*Julia González Pernía.

Jurista y Criminóloga. Ministerio de Justicia. Toledo.

*Antonio Hidalgo Carballal.

Coordinador Nacional Sección de Medicina Legal.

Grupo de Trabajo Bioética y Humanidades.

SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria).

Derecho y Medicina son dos ciencias que están mucho más relacionados de lo que en principio pudiéramos apreciar, dado que ambas actúan sobre dos necesidades básicas de la persona, la salud y la Justicia, imprescindibles para la vida en sociedad, de tal manera que resulta del todo necesario fomentar y agilizar los trámites y vías de comunicación entre los profesionales de estas dos ramas del saber, atenuando las dificultades que se les puedan plantear a unos y a otros en el ejercicio de sus respectivas competencias y tareas, buscando no sino mantener y mejorar la calidad del servicio ofrecido en cada una de estas Administraciones.

Siendo la Atención Primaria el nivel básico e inicial de la asistencia sanitaria, garante de la globalidad y continuidad de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud a lo largo de toda la vida del paciente, atendiendo no solo la enfermedad en si misma, sino también los iniciales factores y conductas de riesgo, es lógicamente en este entorno laboral donde la relación médico paciente se muestra en toda su esencia, viéndose el Médico enfrentado en su práctica habitual a multitud de cuestiones y dilemas para cuya adecuada resolución necesitará de los fundamentos de la Deontología y la Medicina Legal en su vertiente más relacionada con el Derecho Sanitario.

Deontología Médica entendida como el compendio de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del Médico, y Legislación como conjunto de preceptos legales que regulan la prestación clínica en sus diferentes y numerosos ámbitos; en conjunción con la jurisprudencia de nuestros Juzgados y Tribunales derivada de los nuevos modelos socio culturales que son los que en definitiva determina la referida interacción jurídico-sanitaria.

Y es que el requerimiento de la Sociedad hacia el Facultativo en cuanto al resarcimiento de los daños que pudieren derivarse para el paciente, como consecuencia del desarrollo de su propia actividad profesional, ha sido una de las características constantes de la interacción entre ambos, que habiendo estado presente en todas las épocas históricas, ha adquirido connotaciones muy particulares en nuestros días.

Así, en el mismo programa formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria aprobado por la *Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo 1198/2005, de 3 de Marzo* (BOE 3 de Mayo de 2005), en su *Punto 8* relativo a los "Contenidos formativos del área docente de competencias esenciales" se dedica el *Punto 8.3* a "La gestión de la atención", presentándose como uno de sus contenidos "La responsabilidad civil y médico legal" (*Punto 8.3.6*) considerándose todas sus actividades en un nivel de responsabilidad primario dentro de las tres categorías consideradas en el referido programa, en relación a los diferentes subtipos de prioridades académicas.

La sociedad actual, con sus características y particularidades, ha venido fomentando desde hace mucho tiempo un indebido e injustificado sentido de litigiosidad y querulancia, siendo éste un fenómeno que no ha pasado inadvertido en el caso de la Medicina y la actividad sanitaria en general, considerada por un amplio sector de la ciudadanía como un bien de consumo más, dentro del catálogo de servicios públicos de los cuales es beneficiaria y titular.

Todos estos aspectos, se ven complicados en virtud de la inclusión en la legislación vigente (tanto de aplicación nacional, como autonómica) de multitud de conceptos jurídicos y definiciones íntimamente relacionados con el ámbito de la Medicina, que entran de lleno en el campo de aquella relación Médico paciente (base fundamental de la actividad asistencial del Facultativo).

Según lo expuesto, los derechos reconocidos al enfermo han sido objeto de estudio y regulación desde la *Constitución de 1978*, pasando por la *Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad*, la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal*, la *Ley 8/2000, de 30 de Noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla La Mancha*, la *Ley 41/2002, de 14 de No-*

viembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del SNS y la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias, hasta llegar a la Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Tomando como marco de presentación de las principales cuestión médico legales de la práctica asistencial en Atención Primaria, la interacción entre los derechos y los deberes de pacientes y Médicos, recogidos en la ya mencionada Ley de

autonomía del paciente, analizaremos las características de las tres grandes parcelas normativas contenidas en la misma, constituyentes de la demanda de cualquier servicio: la **información** respecto del mismo, la participación en su obtención (**consentimiento**) y la **discreción** en su prestación (**intimidad**).

Todo ello, sin olvidar las particularidades más importantes en referencia a temas de la consulta diaria, como serían la redacción de partes de lesiones, la atención integral a la víctima de **violencia de género** o los **nuevos certificados de defunción** publicados por la Organización Médica Colegial en Enero de 2009.

Manejo de la anticoagulación y antiagregación en cardiopatía isquémica.

*Fernando Lozano Ruiz-Poveda.

Servicio de Cardiología. Unidad de Hemodinámica. Hospital General. Ciudad Real.

Cuando en 1899 Hoffman conseguía sintetizar y comercializar la Aspirina (Acido acetil salicílico-AAS), seguro no podía imaginar que se convertiría en el que es todavía hoy probablemente el mejor fármaco para la cardiopatía isquémica (CI) y con seguridad el más eficiente. La generalización de su uso tras el infarto de miocardio en los años 80 abrió una carrera farmacéutica vertiginosa de consecución de otros potentes antiagregantes, anticoagulantes y trombolíticos, que ha conseguido una espectacular mejoría de la supervivencia de los pacientes afectados por la CI en particular y por todas las enfermedades cardiovasculares en general.

Entendiendo la cardiopatía isquémica como un "continuum", agruparemos como un todo el manejo de la anticoagulación y de la antiagregación en 3 fases: la prevención de la cardiopatía isquémica (**prevención primaria**), la fase aguda de la cardiopatía isquémica (**síndrome coronario agudo o SCA**) y el tratamiento posterior al evento isquémico (**prevención secundaria**), dónde incluiremos también la cardiopatía isquémica crónica con la frecuente angina de esfuerzo estable.

1) Prevención primaria:

Aunque sin datos completamente definitivos, en general las guías clínicas admiten el uso de dosis bajas de AAS como prevención de la CI en pacientes diabéticos añosos o con múltiples factores de riesgo cardiovasculares. Los anticoagulantes, no juegan de momento un papel importante en este sentido.

2) Síndrome Coronario Agudo:

El primer contacto con el paciente con un SCA (sea un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST -SCACEST- o sin elevación del ST -SCASEST-), puede tener lugar en el domicilio del paciente, en el centro de salud o en el servicio de urgencias del hospital, pero siempre debe incluir la rápida administración de una **doble antiagregación** con 500 mg AAS vía oral (ó iv.) y 4-8 comprimidos de una tienopiridina (clopidogrel 75 mg) vía oral como preparación "común" para el tratamiento posterior en la Unidad Coronaria (UC) o en Hemodinámica. También es "común" a todos los SCA y así se ya incluye en las guías clínicas, el mantenimiento durante 1 año de la doble antiagregación tras el alta. Lo que varía es el manejo inmediatamente posterior a la llegada al hospital de estos pacientes:

a) En el caso del **SCASEST de bajo riesgo** se mantiene la doble antiagregación (AAS y clopidogrel) y Heparina de bajo peso molecular

(HBPM) a dosis terapéuticas (usualmente enoxaparina 1mg/kg/12 horas), habitualmente triple terapia antianginosa y se programa desde la planta una coronariografía más o menos precoz.

b) Los SCASEST de alto riesgo, suelen manejarse en la UC y habitualmente se administran antiagregantes iv. más potentes, del grupo de los bloqueadores de las glicoproteínas IIb-IIIa (eptifibatide o tirofiban), seguido de una coronariografía precoz en las primeras 24 horas o urgente si se precisa.

c) La terapia de elección en la actualidad para el SCACEST es la angioplastia primaria, que tiene el inconveniente de precisar una sala de Hemodinámica con personal experimentado en alerta 24 horas. Tras la doble antiagregación precoz, no es necesaria la HBPM, ya que en Hemodinámica se administrará una dosis ajustada al peso de heparina sódica iv. y en casi todos los procedimientos se utiliza el abciximab iv, un potente antiagregante IIb-IIIa que facilita enormemente el manejo del trombo intracoronario.

d) Nuestra realidad sanitaria y geográfica conlleva aun la necesidad de la trombolisis o fibrinólisis como tto del SCACEST en muchos hospitales. En ese caso se mantiene la doble antiagregación y según el tipo de fibrinolítico, se añade Heparina sódica (con la pauta de rt-PA) o HBPM (que tb es posible en la pauta más sencilla del TNK).

3) Prevención secundaria:

Hasta hace no muchos años se reducía a la administración de dosis bajas de AAS de por vida, pero se tornó más compleja con la llegada de las tienopiridinas (primero la ticlopidina y ahora el clopidogrel) y la generalización del uso de las endoprótesis metálicas coronarias o stents y dentro de ellos de los llamados stents farmacoactivos, de una gran eficacia a largo plazo a la hora de prevenir la re-estenosis, pero que requieren una potente antiagregación. Los stents metálicos o convencionales requieren de al menos 1 mes de doble antiagregación y luego de AAS indefinidamente y los stents farmacoactivos, 1 año de doble antiagregación y AAS indefinido posteriormente. Es de vital importancia la no interrupción precoz de este tratamiento para evitar una posible (y muchas veces catastrófica) trombosis súbita del stent. Para ello se están haciendo importantes esfuerzos divulgativos hacia los propios pacientes, pero también hacia los médicos generales, anestesistas, cirujanos, odontólogos y otros profesionales sanitarios para evitar una innecesaria (y peligrosa) discontinuación del mismo para procedimientos menores y una adecuada estrategia en las cirugías mayores.

En resumen, a pesar de contar con el AAS desde hace más de 100 años, los rápidos cambios que en el caso de la antiagregación en la CI conlleva la medicina basada en la evidencia, deben estimularnos a todos los profesionales a una continua puesta al día que preserve la seguridad de nuestros pacientes.

PSA. Situación actual para mejorar su incertidumbre.

*Francisco José Brenes Bermúdez.

Médico de Familia. ABS Llefíá. Badalona.

Coordinador del grupo de trabajo de urología SEMERGEN.

Entre los médicos, en general, existe cierta creencia sobre los beneficios teóricos que puede aportar una intervención precoz en el control de una patología potencialmente grave. Siempre nos planteamos, desde la incertidumbre, la posibilidad de

evitar mediante la búsqueda activa la presencia de una enfermedad tumoral (1).

El cáncer representa un 26% de las causas de mortalidad en la población española. Por lo que suscita siempre respeto y miedo el mero hecho de escuchar su nombre.

En varones españoles el cáncer de próstata es el tumor más prevalente, y representa la tercera causa de muerte por cáncer.

Anualmente en nuestro país, se diagnostican más de 13000 casos nuevos y el número de defunciones

por cáncer de próstata es de unos 5400 varones (2). Por lo que en muchas ocasiones nos planteamos la conveniencia de realizar o no cribado de cáncer de próstata en los pacientes varones asintomáticos.

Pensamos que la realización del cribado en enfermedades graves nos va a facilitar su detección precoz y así podremos instaurar un tratamiento lo más temprano posible, con el fin de aumentar la supervivencia.

Sin embargo, estos hechos no siempre se confirman en la práctica. Con el diagnóstico precoz puede generarse una situación que, a la larga, represente un perjuicio para el individuo, ya que no siempre las medidas que adoptemos modificarán el curso de la enfermedad. Muchas veces no existen pruebas con la suficiente evidencia para mostrarse a favor o en contra, por lo que las recomendaciones dependen en gran parte de los clínicos (1).

La aparente bondad de realizar cribado no siempre será suficiente para alcanzar los objetivos en términos de efectividad, seguridad, equidad y eficiencia (3). Debemos valorar el impacto que estas intervenciones representan para el individuo, la comunidad y la organización de los servicios sanitarios (3).

El cribado consiste en; *La detección precoz de una enfermedad para que se pueda instaurar un tratamiento lo más temprano posible y que sirva para que se modifique favorablemente el pronóstico de la enfermedad.*

Por lo que el cribado poblacional de una enfermedad *debe ofrecerse y realizarse en población fundamentalmente sana* (3).

Los aspectos éticos son de suma importancia. Con su realización se pretende una mejora de la salud, aunque no debemos obviar el hecho que no están exentos de efectos no deseables tanto directos como indirectos

Antes de incluir la sistematización de una actividad de cribado se debe valorar las consecuencias positivas y negativas de las distintas pruebas diagnósticas y de las medidas terapéuticas, lo que para conseguirlo se debe realizar un análisis continuo de los beneficios y perjuicios (3).

Sabemos que las intervenciones terapéuticas en los pacientes con cáncer de próstata no están exentas de riesgos y complicaciones que no siempre justifican y aconsejan su detección. Por otra

parte, la génesis e historia natural de la enfermedad tampoco son bien conocidas. Se sabe que la virulencia del cáncer de próstata no siempre es la misma. Un tercio de estos tumores nunca dará sintomatología ni repercutirá en la vida del paciente; otro tercio, si se diagnóstica precozmente, puede ser curado de forma eficaz, y el tercio restante, a pesar de un diagnóstico precoz, presentará una evolución casi siempre negativa (4)

¿Si realizamos el cribado de cáncer de próstata?
¿Cómo lo haremos?

Diversas entidades científicas propugnan y aconsejan que a todos los individuos que soliciten o se les proponga participar en programas de cribado y prevención secundaria de cáncer de próstata, se les informe para que ellos libremente decidan si se exponen o no a los posibles efectos secundarios. Por lo que se recomienda que se haga mediante un consentimiento informado, en el que se deben indicar tanto los aspectos positivos como negativos (5).

Con el consentimiento informado lo que se pretende es que, el paciente tome la decisión de someterse o no al cribado de cáncer de próstata y que no la tome el médico (6)

Erróneamente se cree que la determinación aislada de los niveles sericos del antígeno prostático específico (PSA) es suficiente para la realización de cribado de cáncer de próstata en pacientes asintomáticos (1)

El cribado de cáncer de próstata, siempre debería realizarse mediante una determinación de los valores de PSA y un tacto rectal. Un 20-30% de los canceres de próstata se presentan con cifras de PSA consideradas normales (0 a 4 ng/ml) (7). Algunos autores bajan estas cifras a 3 ng/ml.

La sensibilidad y especificidad del tacto rectal aislado es baja. Sólo se capta un 10% de los canceres de próstata en su fase inicial, su valor predictivo positivo es del 40% y el valor predictivo negativo es del 95%, cuando es realizado por una persona muy experta (1).

Si el tacto rectal es negativo y valor de PSA se encuentra entre 4 y 10 ng/ml. Se recomienda la utilización de otros parámetros de PSA como:

Velocidad de PSA, si $>$ a 0,75 ng/ml anual, es sugestiva de cáncer de próstata

Densidad de PSA, si $<$ 0,15 es sugestiva de cáncer de próstata

PSA libre, si $< 20\%$, es sugestiva de cáncer de próstata

PSA según edad, elevaciones de 0,4 ng/ml anualmente se considera normal.

De todos estos valores el más usado es la fracción libre de PSA. Se considera normal cuando es del 20-25%, Con valores $>$ al 25% el valor predictivo positivo es del 8%. Si el PSA libre es $<$ al 10%, el valor predictivo positivo es del 56%.

En nuestro medio un valor de PSA libre del 19% es equivalente al de 25% en Estados Unidos. Un valor de PSA libre elevado no excluye la presencia de un cáncer de próstata. El valor medio de corte de PSA libre no es el mismo en todos los países y razas.

Si el tacto rectal es positivo, o el PSA $>$ a 10 ng/ml. Debemos siempre solicitar ecografía transrectal y biopsia de próstata por sextantes u octantes.

No debe utilizarse la ecografía transrectal aislada como método de cribado. Un 50% de los cánceres de próstata no se detectan si sólo se utiliza la ecografía en su diagnóstico. La biopsia prostática siendo necesaria para el diagnóstico del cáncer de próstata, una biopsia negativa realmente no significa que el paciente no tenga cáncer de próstata (presenta un 30% de falsos negativos) y diversas complicaciones (hematuria, hemospermia, fiebre, rectorragia) (1).

Tenemos que valorar que al igual que ocurre con otros marcadores tumorales el PSA, no es específico de cáncer lo es de órgano.

Puede estar elevado en otras patologías (HBP, Prostatitis, Infecciones urinarias, Retención aguda de orina)

Puede estar disminuido en (Pacientes encamados (inactividad) En pacientes con HBP tratada con Inhibidores de la 5 alfa reductasa (Finasterida, Dutasterida), en estos pacientes la fracción de PSA libre no está alterado.

¿Qué opinan las distintas sociedades sobre la realización o no del cribado del cáncer de próstata?

- La American Urological Association (AUA) y la American Cancer Association (ACA) (8, 9) aconsejan la realización del cribado de cáncer de próstata poblacional en todos los varones mayores de 50 años anualmente. Mediante la realización de PSA y tacto rectal.

- La American College of Preventive Medicine

(ACPM) (10) llega a la conclusión de que en la actualidad no hay pruebas suficientes para recomendar el cribado de rutina poblacional. Aconseja incrementar la decisión del paciente a partir del consentimiento informado. Deben valorarse los pros y contras (Tabla)

- La US Preventive Task Force (USPSTF) (11). En su última revisión de Agosto de 2008. Cuestionan los beneficios del cribado poblacional en la población de menos de 75 años (recomendación D). La eficacia del cribado del cáncer de próstata es cuestionable y no se debe ofrecer a los hombres ancianos y a los hombres cuya esperanza de vida sea de menos de 10 años (recomendación D).

- El European Group on Tumor Markers (12). No recomienda el despistaje poblacional, pero en caso de realizarse, aconseja que sea en individuos que acepten el estudio posterior con biopsia si fuese necesario y con una esperanza de vida superior a los 10 años.

- El Canadian Task Force (13). En una revisión de 2004, realizada sobre sus recomendaciones previas de 1994, sigue sin aconsejar la realización del cribado poblacional por falta de suficiente evidencia científica que aconseje su detección en población general. (recomendación D). Encuentran evidencia débil en la recomendación del tacto rectal (recomendación C) y ninguna en la realización del PSA (recomendación D)

- En el Reino Unido. El UK National Selection Comité (14) Consideran que un programa de cribado del cáncer de próstata no debe realizarse en Inglaterra en este momento. Ante la considerable demanda de la prueba de PSA entre hombres que están preocupados por la enfermedad, han introducido un programa de información sobre el PSA para que los hombres que lo soliciten lo hagan con criterio y con conocimiento de causa. Basado en la evidencia disponible acerca de los riesgos y beneficios

- El PAPPS (programa de promoción de actividades preventivas en atención primaria)(15) No encuentran evidencias suficientes para recomendar el cribado poblacional en personas asintomáticas. Se debe proporcionar una información rigurosa a todas las personas que solicitan cribado, centrada sobre los beneficios y los riesgos del mismo y del tratamiento

Una revisión de la Cochrane (16) del año 2006 identificó dos ensayos, con 9026 y 46486 participantes, Concluye que no hay suficientes pruebas de alta calidad para recomendar el cribado de cáncer de pró-

tata, mediante la realización de un tacto rectal, PSA o biopsia dirigida por eco transrectal.

Tanto la ACPM (10), como la USPSTF (11) aconsejan que a los hombres se les deba dar información sobre los posibles beneficios y daños del cribado para que puedan tomar una decisión

En ningún caso se debe realizar el cribado de cáncer de próstata si el paciente no conoce las ventajas, limitaciones y los efectos adversos asociados con el cribado (10) (Tabla). Los pacientes que reciben información detallada sobre los riesgos y beneficios relacionados con el diagnóstico precoz tienen una menor tendencia a elegir el cribado (5).

Recientemente (Marzo 2009) se acaban de conocer los resultados de dos grandes ensayos publicados en el New England; uno realizado en Estados Unidos "Prostate Cancer Screening in the Prostate Lung, Colorectal and Ovarian" (PLCO) (17) y otro en Europa "European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer" (ERSCP) (18), que se esperaban con gran expectación. Ambos estudios se han realizado durante unos diez años. En el estudio americano la incidencia de muerte por cáncer de próstata tras el seguimiento fue muy baja y no difería significativamente entre el grupo de cribado y el de control, En el grupo europeo aprecian una aparente disminución del riesgo del 20% del grupo de cribado respecto al grupo control. Aunque para alcanzar este aparente beneficio se deben estudiar 1410 hombres para evitar una muerte. La conclusión a la que llegan los autores es que existen pocas diferencias que nos permitan aconsejar la realización del cribado.

En los próximos años además de conocer si es aconsejable o no la realización del cribado de cáncer de próstata, conoceremos datos acerca de la repercusión que tiene en la calidad de vida la realización del cribado.

¿Cuándo está claro que debemos ofrecer el cribado del cáncer de próstata? (8,9,10,11)

Se aconseja entre los varones afro-americanos y los varones con historia familiar de cáncer de próstata.

La edad habitual para el cribado del cáncer de próstata es de entre 50 a 70 años y esperanza de vida de 10 o más años. En aquellas poblaciones de riesgo se aconseja su realización a partir de los 45 años de edad.

Si es de muy alto riesgo (dos o más familiares de

primer grado con cáncer de próstata antes de los 65 años), se iniciará a la edad de 40 años.

CONCLUSIONES

Antes de preconizar la realización del cribado de cáncer de próstata. Los médicos debemos valorar los aspectos positivos y negativos del cribado en pacientes asintomáticos. Creemos que nuestra actitud ha de ser expectante y centrada en el individuo. No está claro cuándo realizar el cribado poblacional, y tampoco las sociedades científico-médicas concuerdan en sus consejos. Sabemos que no siempre los pacientes con cáncer de próstata mueren por esta enfermedad.

Debemos conocer que existen circunstancias en las que si que está indicado el cribado y en estas situaciones debemos ser muy activos y adelantarnos en el tiempo.

Los médicos debemos conocer las expectativas y los miedos que puede generarse con la realización del cribado. Informaremos a los pacientes de los pros y contras. Mediante el uso habitual del consentimiento informado en aquellos pacientes a los que se les ofrezca o lo soliciten.

Tabla . Beneficios y limitaciones de la detección precoz del Cáncer de Próstata (10)

Beneficios:

La detección precoz y el tratamiento en una fase potencialmente curables de cáncer de próstata ofrece más posibilidades de supervivencia con enfermedad localizada

Tranquilidad de estar en bajo riesgo para el cáncer de próstata

PSA se obtiene con una simple analítica de sangre, lo hace muy accesible

Limitaciones: Un aumento de la supervivencia del cribado del cáncer de próstata no se ha demostrado en ensayos rigurosos.

Un falso resultado positivo puede conducir a un aumento de la ansiedad y las posibles complicaciones asociadas con la biopsia (dolor, hematospermia / hematuria, infección).

El cáncer de próstata puede ser de crecimiento lento y no causará enfermedad o muerte.

El tratamiento puede causar tanto a corto como a largo plazo efectos secundarios (dolor, incontinencia urinaria, disfunción eréctil).

Falsa tranquilidad de una prueba normal (falsos negativos), lo que lleva a un retraso en el diagnóstico del cáncer de próstata.

BIBLIOGRAFIA

- Brenes FJ. ¿Hay que recomendar cribado de cáncer de próstata en individuos asintomáticos? *Siete Días Médicos* 2007; 699 (1):48-52
- Granado de la Orden S, Saá Requejo C, Quintás Viqueira A. Situación epidemiológica del cáncer de próstata en España. *Actas Urol Esp* 2006; 30 (6): 574-582
- Segura-Benedicto A. Introducción sanitaria de los cribados: Impactos y consecuencias. Aspectos éticos. *Gac Sanit.* 2006; 20 (Supl 1): 88-95.
- Ruiz-Ramos M, Escolar A. La mortalidad por cáncer de próstata en Andalucía: aportaciones al cribado poblacional. *Actas Urol Esp.* 2005; 29(1): 41-46.
- Fernández de Sanmamed Santos MJ, Ballester Torrens, M, Ariza González, F, Casajuana Brunet, J. Grupo investigador DECIDIU-PSA. Comprensión de un documento que informa a los ciudadanos sobre los beneficios y los riesgos del cribado para el cáncer del próstata. Estudio mediante entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública* 2007 Volumen 81 Número 3: 289-305
- Flory J, Emanuel E. Interventions to improve research participants' understanding in informed consent for research. *JAMA.* 2004;292:1593-601
- Thompson IM, et al. Prevalence of Prostate Cancer among Men with a Prostate-Specific Antigen Level ≤ 4.0 ng per Milliliter. *N Engl J Med* 350;22 may 27, 2004: 2239-2246
- American Urological Association. Prostate-specific antigen (PSA) best practice policy. *Oncology (Williston Park).* 2000;14:267-72, 277-8, 280 passim. [PMID: 10736812]. [Medline]
- Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2006. *CA Cancer J Clin.* 2006;56:11-25; quiz 49-50
- Lim LS, Sherin K, ACPM Prevention Practice Committee. Screening for prostate cancer in U.S. men: ACPM position statement on preventive practice [erratum appears in *Am J Prev Med* 2008 May;34(5):454]. *Am J Prev Med* 2008 Feb;34(2):164-70. [60 references] PubMed
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2008 Aug 5;149(3):137.
- Soletormos, G., Semjonow, A., Sibley, P. E.C., Lamerz, R., Petersen, P. H., Albrecht, W., Bialk, P., Gion, M., Junker, F., Schmid, H.-P., Van Poppel, H., on behalf of the European Group on Tumor Markers, (2005). Biological Variation of Total Prostate-Specific Antigen: A Survey of Published Estimates and Consequences for Clinical Practice. *Clin. Chem.* 51: 1342-1351.
- Feightner J.W. Screening for prostate cancer. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care.* Ottawa: Health Canada, 1994; 812-23
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Preventive services for adults. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2007 Oct. 87 p. [172 references]
- Marzo M, Bellas B, Nuin M, Cierco P, Moreno M, Rubio L. Prevención del cancer (PAPPS). *Aten Primaria* 2005;36(Supl 2):47-65
- Illic D, O'Connor D, Green S, Wilt T. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD004720. DOI: 10.1002/14651858.CD004720.pub2
- Schröder F H, et al, for the ERSPC Investigators. Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *N Engl J Med* 2009;360:1320-1328.
- Andriole GL, et al, for the PLCO Project Team. Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial. *N Engl J Med* 2009;360:1310-1319.

Control de síntomas y sedación domiciliaria en cuidados paliativos.

*Miguel Ángel Monescillo Rodríguez.

Médico de Familia. C.S. Villarubia de los Ojos. Ciudad Real

En el taller "Control de síntomas y sedación domiciliaria en CP" presentaremos dos casos clínicos y una exposición muy práctica sobre la vía subcutánea, su utilidad e indicaciones como vía de elección para la administración de fármacos cuando no puede utilizarse la oral.

En el primer caso clínico se aborda el tratamiento del dolor, valorando todos los aspectos físicos, psicológicos, problemas de comunicación, etc que pueden incidir en él, y la rotación de opioides. Se expone, en el segundo caso, la sedación en cuidados paliativos, qué podemos hacer en Atención Primaria, cuándo derivar al hospital, etc.

En ambos casos el enfoque es esencialmente práctico, pretendiendo generar debate y participación entre los asistentes.

Taller "Infiltraciones en lesiones deportivas".

*Miguel Ángel López Andrades.

Médico del Club de Balonmano Ciudad Real.

OBJETIVOS

La infiltración es una herramienta que puede y debe formar parte del arsenal terapéutico del médico de atención primaria, enriqueciendo de esta forma su actividad profesional.

Al tratarse de una técnica invasiva, sus indicaciones han de ser precisas, basadas en un diagnóstico correcto, un profundo conocimiento anatómico y un manejo adecuado de los fármacos que se administran.

Todas estas consideraciones adquieren matices más complejos cuando el paciente se trata de un deportista.

Es por lo tanto objetivo del taller, familiarizar al médico de Atención Primaria en el manejo e indicaciones de este tipo de TÉCNICAS de forma que pueda ser utilizado como herramienta terapéutica en su práctica clínica

DIRIGIDO

Médicos de Atención Primaria, médicos residentes y médicos dedicados a la asistencia a deportistas.

CONTENIDOS TEÓRICOS

1. Principios Básicos.
2. Selección de los preparados .
3. Materiales.
4. Técnicas de Aplicación.
5. Indicaciones según estructuras afectadas.
6. Técnicas para Miembro Superior.
7. Técnicas de Miembro Inferior.
8. Aplicaciones en columna vertebral.
9. Aspectos medicolegales.

CONTENIDO PRACTICO

1. Localización anatómica de diferentes vías de infiltración
2. Simulación de las diferentes técnicas sobre modelos anatómicos
 - a) Infiltración de hombro.
 - b) Infiltración de codo.
 - c) Infiltración en muñeca.
 - d) Infiltración en tobillo.

Toma de decisiones en el tratamiento prehospitalario de la fibrilación auricular.

*Juan Antonio Cordero Torres.

Médico de Familia.

Coordinador del Grupo de urgencias de SEMFYC.

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida de mayor prevalencia. Asociada con fenómenos embólicos, desarrollo de insuficiencia cardiaca y deterioro de la función ventricular. Nos enfrentamos con ella a diario, creemos conocer y manejarla adecuadamente.

No existe unanimidad entre recomendaciones, guías clínicas o sociedades a la hora de plantear su manejo y con frecuencia se plantean pautas y modelos de actuación no siempre adaptadas a la realidad del medio donde trabajamos y la de los pacientes.

Sin olvidar que la situación más habitual en aten-

ción primaria es el manejo adecuado de la fibrilación auricular crónica por el siempre difícil equilibrio que supone conjugar calidad de vida de nuestros pacientes con evidencia científica y complicaciones, en esta ocasión nos centraremos en el manejo de la fibrilación auricular aguda y el manejo adecuado en sus dos posibles modos de presentación

1. Descompensación aguda con mala tolerancia que requiere actuación inmediata
2. Descompensación aguda de tiempo indeterminado con buena tolerancia

Siempre procurando enfocar esta actualización hacia la asistencia del paciente con FA en Atención Primaria, omitiendo intencionadamente procedimientos y fármacos no presentes en este medio de forma generalizada y teniendo en cuenta los practicables.

Píldora postcoital. Una visión integral

*Concepción Martín Perpiñán.

Especialista en Obstetricia y Ginecología.

Presidenta de la Asociación de Planificación Familiar de Madrid.

La anticoncepción de emergencia vs de urgencia se refiere a métodos anticonceptivos que se utilizan después de un coito sin protección. Se denomina de emergencia o de urgencia porque tiene un tiempo máximo en su aplicación; por esa razón deben facilitarla los servicios de urgencia en los diferentes niveles asistenciales. Debe considerarse un plan B en cuanto a la anticoncepción, si ha existido un fallo de métodos de barrera o una negligencia en su uso. Especial indicación en caso de violación.

La organización de su prescripción debe contemplarse desde la perspectiva de un plan global en materia de anticoncepción y salud sexual y reproductiva como competencia de atención primaria y especializada.

Esta medicación se conoce desde la década de los 70. Se han aplicado diferentes pautas de tratamiento siendo la opción de levonorgestrel la que se utiliza en la actualidad.

Ejerce acción anticonceptiva y no abortiva, ya que actúa antes de la implantación del gameto en el endometrio. Debe suministrarse lo antes posible después de la relación sexual ya que es más eficaz en las primeras 24 horas, aunque puede actuar con un margen de seguridad aceptable hasta las 72 horas.

Se considera que podría evitar un 38% de las interrupciones voluntarias de embarazo si se administrase oportunamente.

Tiene escasos efectos secundarios y no tiene contraindicaciones. Puede facilitarse a menores sin consentimiento paterno según la ley del menor y la Ley de autonomía del paciente.

Crisis hipertensiva. ¿Ha cambiado algo?

*David Caldevilla Bernardo.

Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA).

Introducción.

Actualmente existen ciertos aspectos que suscitan controversia en lo referente a las crisis hipertensivas:

Definición

Valores de referencia

Vía de administración de fármacos

Fármacos de elección

La clasificación clásica se establece entre:

Urgencia Hipertensiva: presión arterial sistólica (PAS) \geq 210 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) \geq 120 mm Hg sin evidencia clínica o biológica de afectación aguda orgánica. Requiere control en las primeras 24 horas. (76%).

Emergencia Hipertensiva: Afectación aguda de órganos diana en relación con el ascenso tensional, precisando un descenso inmediato de la misma. (24%)

Revisando la literatura, se encuentran diferentes valores de referencia para definir una crisis hipertensiva:

PAS \geq 210 mm Hg y/o una PAD \geq 120 mm Hg (1).

PAS > 180 mm Hg y/o una PAD > 120 mm Hg (2).

PAS > 160 mm Hg y/o una PAD > 110 mm Hg (3).

Tiene más relevancia la velocidad del incremento o la situación clínica del paciente que las propias cifras de PA.

(1) SEH-LELHA. Hipertensión. 2005;22 Supl 2:58-59

(2) Chobanian AV et al. The JNC 7 Report. Hypertension. 2003;42:1206-52.

(2) Agabiti E et al. European Society of Hypertension Journal of Hypertension 2006;24:2482-2485.

(3) Marik PE. Chest 2007;131:1949-62

La historia clínica y la exploración física siguen siendo una herramienta fundamental para una primera aproximación del paciente con crisis hipertensiva.

Urgencia hipertensiva

No exige una reducción inmediata de las cifras de PA, planteando como objetivo el descenso de 20-30% de los valores iniciales en las siguientes 24-48 horas, evitando dar el alta con cifras "niqueladas" en tiempos breves. Un objetivo razonable sería conseguir cifras de PA próximas a 160/100, ya que descensos bruscos pueden acentuar la lesión en órganos diana.

En cuanto al tratamiento farmacológico es preferible la vía oral frente a la "clásica" sublingual ya que tiene una absorción más errática y menos predecible.

El fármaco de elección es el captopril, siendo buenas alternativas el labetalol o el nicardipino, administrados por vía oral. Se desestima la utilización de nifedipino de acción rápida para el manejo de las crisis hipertensivas por sus efectos impredecibles resultantes de los descensos rápidos en las cifras tensionales.

Emergencia hipertensiva

Se asocia a lesión aguda de órgano diana por lo que exige un control rápido de las cifras de PA (descenso de 10-15% en 30-60 minutos). Su manejo es preferentemente hospitalario y utilizando medicación endovenosa. El tratamiento de elección se establecerá en función de la emergencia. El labetalol es una buena alternativa para todas las emergencias hipertensivas excepto en la insuficiencia cardíaca con disfunción sistólica y en las crisis simpaticomiméticas.

Introducción a la ecografía de urgencias en Atención Primaria.

*Ricardo Campo Linares.

Servicio de Urgencias. Hospital Santa Bárbara. Puertollano (Ciudad Real).

Grupo de Ecografía de Atención Primaria. Ciudad Real

La ecografía es una herramienta diagnóstica de reconocida utilidad en medicina de urgencias. De indudable valor cuando esta técnica la realizan otros especialistas ya sean cardiólogos, ginecólogos, digestólogos, urólogos o radiólogos. Pero cuando hablamos de "ecografía de urgencias" o a la cabecera del enfermo ("bedside ultrasonography") es la realizada por el propio médico de urgencias que atiende al paciente y que ha demostrado grandes beneficios en la valoración de enfermos con patología urgente en otros países. No sólo en la valoración del trauma abdominal cerrado. Es una aplicación clínica de la ecografía realizada por los médicos de urgencias y que hemos adoptado como habitual en el manejo de nuestros enfermos puesto que permite diagnosticar antes y con más precisión. Es portátil, no invasiva, aportando información de manera inmediata.

Numerosas razones han impulsado esta técnica en el ámbito de cualquier servicio de urgencias ya sea hospitalario o prehospitalario: Escasez de especialistas para realizar esta técnica, necesidad de trasladar al paciente a un centro hospitalario, Incertidumbre diagnóstica, diagnóstico más rápido y por tanto tratamientos más precoces, menores estancias en nuestros servicios, mayor autonomía, evitar tratamientos innecesarios, disponibilidad 24h, equipos cada vez más asequibles. No obs-

tante esta prueba en nuestras manos no supone el reemplazo de estudios formales realizados por otros especialistas.

Hay muchas situaciones clínicas donde los ultrasonidos pueden ser útiles en el diagnóstico de pacientes en nuestros servicios de urgencias (indicaciones principales): Trauma abdominal (FAST), sospecha de aneurisma aorta abdominal, diagnóstico de coledoclitiasis, uropatía obstructiva, descartar la presencia de embarazo ectópico, diagnosticar un derrame pericárdico. Sin embargo hay otras muchas aplicaciones que se describen como secundarias que son una lista abierta a la que de manera continua se añaden nuevas, ejemplos de estas son: Ecografía de la enfermedad tromboembólica venosa, localizar cuerpos extraños, ecografía musculoesquelética, ayuda en procedimientos. Pero en resumen no se trata más que de una prueba dirigida a un objetivo y una extensión de nuestra exploración física ("ecoscopia") más que una exploración complementaria. Por eso este tipo de estudio a menudo no son completos y se concretan en una exploración limitada a responder preguntas clínicas.

Algunas de las características de esta ecografía son su rapidez, simultaneidad a otros procedimientos, repetible, disponibilidad, capacidad para clasificar a los pacientes.

En el otro extremo se encuentran determinados problemas que ponen freno al avance de esta ecografía: desconfianza por parte de los radiólogos a que "no radiólogos" hagan ecografía, dudas sobre la formación, poco aprecio a una prueba dirigida que trata de descartar patología, pocas publicaciones en nuestro entorno.

Puntos críticos en Medicina de Familia: La necesidad de un nuevo horizonte

*Vicente Baos Vicente.

Médico de Familia. C.S. Collado Villalba. Madrid.

Pasan los años, pasan las generaciones de médicos de familia y hay cosas que cambian y otras que permanecen tercamente inmóviles. En los últimos años, después del aumento del tiempo de residen-

cia para la especialidad de 3 a 4 años, tenga relación con ello o no, da la impresión de que la Medicina de Familia como especialidad que desarrolla fundamentalmente su trabajo en la Atención Primaria (AP) de la sanidad pública ha entrado en una importante crisis de autoestima y valoración social. La especialidad no es solicitada por los médicos que obtienen los mejores resultados en la prueba MIR, no se cubren todas las plazas ofertadas, un porcentaje significativo de residentes de primer año cambian de especialidad. En resumen, da la impresión de ser una especialidad sobrante, sin atractivo propio y refugio de aquellos que no pueden aspirar a otra cosa "mejor".

Estos datos nos deben hacer reflexionar en dónde estamos actualmente, qué tipo de trabajo realizamos que lo hace tan poco atractivo, cómo ha podido estancarse el desarrollo profesional en la realidad del trabajo diario en Atención Primaria. Obvio a aquellos médicos de familia que trabajan en Urgencias Hospitalarias, clínicas privadas, etc. que han desarrollado un perfil profesional diferente.

La organización del trabajo en AP es diferente en cada comunidad autónoma (número de personas asignadas, posibilidades de autonomía en pruebas diagnósticas, actividad docente, etc.) pero hay unos factores comunes que han provocado que una parte del trabajo cotidiano del médico de familia esté asociado a unos aspectos burocráticos opresivos que provocan el hastío del profesional y la sensación de desbordamiento en muchos casos. Abordar estos aspectos mediante decisiones "antiburocráticas" ayudaría a definir un nuevo escenario.

- Nuevo sistema de recetas electrónicas o no
- Nuevo sistema de Incapacidades Laborales Transitorias
- Respeto al tiempo adjudicado y necesario para cada paciente
- Resolución de los problemas de los pacientes mediante un sistema fluido de interconsulta
- Los problemas "menores"

Para ayudar a ver un nuevo escenario, ¿os imagináis? una consulta dónde las ausencias laborales por enfermedad menores de 15 días no necesitaran ningún parte de baja; dónde los pacientes sepan qué medidas tomar para la patología más común y leve y no consultan, salvo algún caso de riesgo o mediante un correo electrónico; dónde la disponibilidad de pruebas diagnósticas ante la incertidumbre clínica (una endoscopia, colonosco-

pia, ecografía..) fuera accesible en menos de 15 días; dónde se realizaran interconsultas mediante correo electrónico o chat prefijado con distintas especialidades o mediante videochat o envío de imágenes en un plazo inferior a una semana. Es decir, RESOLVIENDO los problemas clínicos de los pacientes en un breve espacio de tiempo y aumentando la satisfacción de los pacientes y de los profesionales, y en consecuencia AUMENTANDO EL PRESTIGIO SOCIAL Y PROFESIONAL de los médicos de familia en la sociedad.

Imaginaos este escenario con una retribución similar a la retribución media de los médicos europeos.

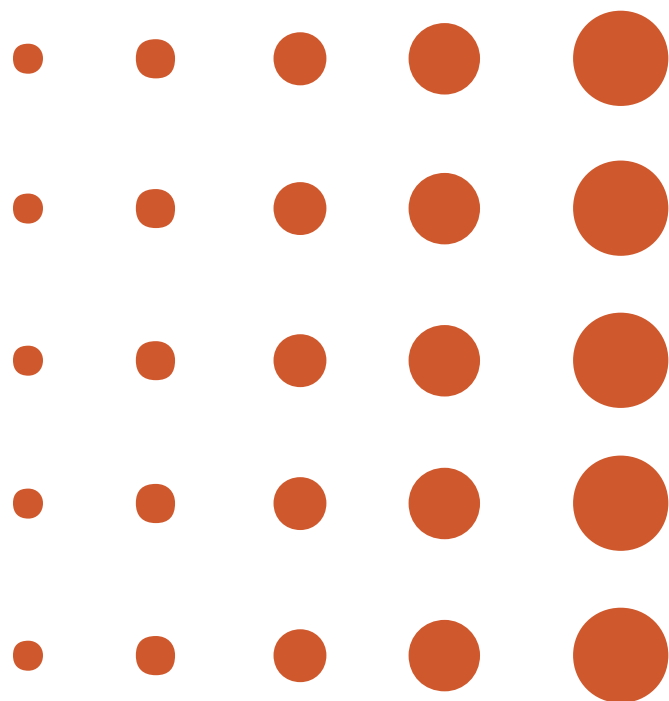
Si veis a un profesional prestigiado, bien remunerado y que desarrolla habilidades clínicas y de comunicación amplias, y que los estudiantes ven este perfil desde la Universidad, ¿no creéis que muchos estudiantes de Medicina verían atractiva esta oferta profesional, y no cómo hasta ahora que solo ven atractivo el trabajo en la "Cachitología" que les promete prestigio social e ingresos económicos, sobre todo si ya desde estudiantes piensan compaginar su trabajo público con una "buena privada"?

Pero, ¿al resto de médicos les interesa que nosotros lo hagamos tan bien? Difícil cuestión.

El médico de familia tiene un poder social que muchas veces desconoce o no utiliza. Nosotros somos los principales interlocutores de la población en temas de salud. Nuestro potencial para educar a los pacientes es enorme, solo tenemos que tener la posibilidad de desarrollarlo.

Uno de los aspectos más interesantes es nuestra capacidad para evitar que la población caiga en las redes y trampas que la sociedad mediática, médica e industrial produce para aumentar la dependencia del consumo sanitario: la medicalización de la vida.

La tolerancia social a la enfermedad, a la frustración, al malestar es cada vez mayor y siempre hay alguien que ofrece un remedio para su alivio. Mantener una actitud independiente y alerta nos diferencia de otras especialidades, como bien dice un eslogan: SOMOS ESPECIALISTAS EN LA GENTE.



Resumen de las Comunicaciones Orales.

Detección de insuficiencia renal “oculta” mediante la aplicación de las formulas COCKCROFT-GAULT y MDRD en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Centro de Salud.

Autores: (1) Díaz del Campo Córdoba, JM; (1) Pacheco de la Casa, MJ; (1) Pernía Rodríguez, I; (1) Cobos Gambero, E; (2) Lozano Suárez, C; (2) Sánchez García, S.

Centro de Trabajo: (1) C.S. III Ciudad Real (2) Unidad Docente de MFyC de Ciudad Real.

Objetivos: Estimar el porcentaje de insuficiencia renal oculta (creatinina normal) que existe en pacientes con DM tipo 2 a través de fórmula de C-G y la fórmula de MDRD-4 como medida indirecta de la función renal.

Diseño del Estudio: Estudio transversal, observacional.

Emplazamiento: 4 cupos de AP.

Participantes: Para una proporción esperada del 20%, con un nivel de confianza del 95% y un error de precisión máximo del 5% (para estimación de proporciones en poblaciones finitas (n=246), se incluyeron en el estudio 257 pacientes diagnosticados de DM tipo 2 que presentaron valores normales de creatinina (< 1.1 en la mujer y < 1.3 en el hombre) en una analítica realizada en el año 2008-2009.

Mediciones y Resultados: Se utilizaron como variables el valor de creatinina sérica, edad, sexo,

peso, altura, IMC, aclaramiento de creatinina C-G, Filtrado glomerular MDRD-4. La edad media fue de 69.6 años (DE 12,7), siendo la proporción de varones y mujeres de 52.1% y 47.9%, respectivamente. El 36.2% presentaron IR según la fórmula de CG y el 26.8% según el MDRD-4. Además, destaca que el porcentaje de IR en varones según CG es de 10,9% en mujeres del 25,3% (χ^2 , $p < 0,0001$), mientras que en por el MDRD 4 los porcentajes son de 6,6% y 20,2% (χ^2 , $p < 0,0001$), respectivamente. La concordancia entre ambas medidas fue moderada Kappa: 0.536 (0,4275-0,6444, 95% IC y $p < 0,0001$).

Conclusiones: La valoración de la función renal basada en los valores de creatinina sérica induce a una infraestimación del daño renal. Este hecho es de gran interés, ya que muchos pacientes con $FG < 60$, están en tto con fármacos nefrotóxicos (AINEs, ADOs como metformina, ATB). Este trabajo sustenta las recomendaciones de las guías de la utilización del MDRD-4 como medidas indirectas de la función renal.

Palabras Clave: Creatinina, DM tipo 2, Filtrado glomerular, Insuficiencia renal crónica, Nefropatía diabética.

Relación entre nivel cultural y grado de control glucémico en pacientes diabéticos tipo 2 en un Centro de Salud de Ciudad Real.

Autores: (1) Díaz del Campo Córdoba, JM; (1) Pacheco de la Casa, MJ; (1) Pernía Rodríguez, I; (1) Cobos Gambero, E; (2) Lozano Suárez, C; (1) Ruiz-Poveda G^a-Rojo, A.

Centro de Trabajo: (1) C.S. III Ciudad Real (2) Unidad Docente de MFyC de Ciudad Real.

Objetivos: Determinar si existe relación entre los

diferentes niveles culturales (medidas por el nivel de estudios) y el buen control glucémico de la diabetes mellitus (medido por la concentración de HbA1c).

Diseño del Estudio: Estudio transversal analítico observacional.

Emplazamiento: Cuatro cupos del C.S. III de Ciudad Real.

Participantes: Considerando el mal control como casos y para una OR esperada de 2,3 con una potencia del 95% y un IC del 95% se estimó un tamaño muestral de 268 sujetos. Se incluyeron en el estudio 301 pacientes diagnosticados de DM tipo 2.

Mediciones y Resultados: La edad media fue de 69.51 años (DE 13,23), siendo la proporción de varones y mujeres de 47% y 53%, respectivamente. El 52,4% presentaron buen control glucémico (HbA1c < 7) y el 47,6% mal control (HbA1c \geq 7), siendo la proporción de analfabetos de 14%, el 39% sabían leer y escribir, el 33,3% tenían estudios primarios y el 13,7% tenían estudios universitarios. En el modelo de regresión logística múltiple por medio del estadístico de Wald, se consideró como variable dependiente el control metabólico por HbA1c. Las variables independientes consideradas fueron: Nivel cultural, tiempo de evolución de la DM, tabaquismo, dislipemia, IMC e HTA. Se valoraron las posibles interacciones siendo no significativas.

Factores de riesgo asociados con mal control metabólico:

Conclusiones: El peor control glucémico que presentan los pacientes diabéticos con un nivel cultural inferior, hace necesario, desde el punto de vista de la atención primaria, reforzar la educación diabetológica (dieta, ejercicio, control de FR, pie diabético, tratamientos) para estos grupos de pacientes más desfavorables.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus tipo 2, Nivel cultural, Hemoglobina glicosilada.

Variable	Coefficiente	Error estándar	p	O.R	I.C. 95,0%	
IMC(Kg/m2)	,042	,020	,037	1,043	1,003	1,086
Tabaquismo	,714	,311	,022	2,042	1,110	3,757
Analfabeto Vs ESU	1,048	,473	,027	2,851	1,128	7,208
Leer y escribir Vs ESU	,830	,399	,037	2,294	1,050	5,009
Estudios primarios Vs ESU	,811	,394	,039	2,249	1,040	4,865
Constante	-2,259	,722	,002	,104		

Estudios secundarios y universitarios (ESU).

Test de la razón de verosimilitud = 12,993; p=0,023; GL= 5.

Estadístico de Hosmer-Lemeshow C= 7,377; p= 0,497; GL= 8.

Área bajo la curva ROC= 0,620 (IC95% = 0,558 a ,682).

¿Cómo utilizamos la metformina en Atención Primaria?

Autor Principal: Romero Sáiz A. (1).

Resto Autores: De Las Heras Mayordomo, A. (2); Olmo Martínez, C. (3); Bascuñana Ocaña, M.A. (4); Salcedo Aguilar, F. (3).

Centro de Trabajo: (1) C.S. Cuenca II; (2) C.S. Villas de la Ventosa; (3) Gerencia de Atención Primaria; (4) C.S. Torrejoncillo del Rey.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus, Type 2; Metformin; Disease Management.

Objetivos: Conocer la frecuencia de uso de la metformina en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) seguidos en Atención Primaria, y el grado de seguimiento de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica sobre su uso.

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria. Área de Salud.

Participantes: Se hizo un muestreo polietápico por conglomerados. En una primera fase, se seleccionaron 13 de los 37 Centros de Salud de la provincia, y en una segunda fase, se seleccionaron 50 historias clínicas de cada cupo, por muestreo sistemático con arranque aleatorio, a partir del listado de pacientes con DM2 de cada cupo. En total, se seleccionaron 2970 historias clínicas.

Mediciones: El periodo de análisis fue el año 2006. Se recogieron variables sociodemográficas, y otras relacionadas con el tratamiento y control de la DM2.

Resultados: De las 2970 historias clínicas seleccionadas, 82 fueron excluidas (tasa de pérdidas=2,76%). Se revisaron un total de 2888 historias de pacientes con DM2, con una media de edad de 70,1 años (DE=11,6), de los que un 54,3% fueron mujeres y un 12,4% estaban en normopeso (IMC<25).

Tenían tratamiento farmacológico el 81,1% de los pacientes. De ellos el 77,7% estaba tratado exclusivamente con ADO, el 9,6% sólo con insulina, y el 12,7% con ambos.

El 49,5% de todos los pacientes con DM2 seguía tratamiento con metformina (en 32 pacientes, 1,1%, se retiró por intolerancia). La proporción de pacientes tratados con metformina fue de 40,5% en normopeso, 52,6% en sobrepeso y 58,2% en obesidad.

La proporción de mujeres tratadas con metformina fue mayor que la de hombres (51,4% frente a 47,3%, $p<0,02$), y la media de edad de los tratados con metformina menor que la de los no tratados (68,6 frente a 71,7 años, $p<0,001$). La proporción de pacientes con mal control metabólico ($HbA1 > 7$) tratados con metformina era superior a la de los pacientes controlados (67% frente al 47%, $p<0,001$).

Las Odds Ratio de los factores relacionados con el uso de metformina según un modelo de regresión logística con el método condicional adelante se muestran en la tabla adjunta.

Factor de riesgo	OR	I.C. 95,0% para OR	p
Edad	0,97	0,95-0,99	0,002
Sobrepeso-obesidad	1,94	1,17-3,20	0,009
HbA1 > 7	2,23	1,57-3,16	<0,001

Conclusiones: La mayoría de los pacientes en tratamiento farmacológico siguen tratamiento con ADO, solos o en combinación con insulina. La mitad de los pacientes con DM2 sigue tratamiento con metformina. Una elevada proporción de pacientes con sobrepeso u obesidad no utilizan la metformina, lo que no se ajusta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica.

Prevalencia de Enfermedad Arterial Periférica en Atención Primaria mediante uso de índice tobillo brazo.

Autores: Martínez García, G.; Bodoque Atienza, B.; Moraleda Borlado, A; Solera Martínez, M.; Romero Saiz, A.

Centro de Trabajo: Cuenca II (Cuenca).

Objetivos: Prevalencia de enfermedad arterial obstructiva periférica (EOAP) mediante índice tobillo brazo (ITB) en Atención Primaria. Prevalencia de factores riesgo cardiovascular (FRCV) relacionados con ITB patológico ($ITB \leq 0,9$) en individuos sin enfermedad cardiovascular (ECV).

Diseño del Estudio: Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Participantes: Listado de tarjeta sanitaria de pacientes de un cupo médico de entre 50-65 años. Criterios de exclusión: antecedentes de eventos cardiovasculares y éxitus. Población elegible: 372 pacientes, no localizados 109 y rehusaron participar 28. Finalmente estudiados 235 sujetos.

Mediciones y Resultados: Variables: Edad, sexo, tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, diabetes, obesidad abdominal, ITB, claudicación intermitente. Análisis: Programa SPSS, uso de Chi-cuadrado comparando proporciones, t Student para diferencia de medias y aná-

lisis multivariante mediante regresión logística. Se estudiaron 235 pacientes, con media de edad: $57,1 \pm 4,2$ años, el 40,9% hombres. El ITB fue patológico en 17 pacientes, por tanto la prevalencia de EAOP fue del 7,2%. La prevalencia de HTA fue 40,4%, DM 14,5%, hipercolesterolemia 33,6%, obesidad abdominal 64,3% y tabaquismo del 28,9%. Analizando todos los FRCV mediante regresión logística se encontró una $OR=5,95$ (IC 95% 1,53-2,30) significativamente estadística ($p=0,01$) respecto al sexo y asociaciones clínicamente relevantes en tabaquismo, $OR 2,07$ (IC 0,69-6,15, $p=0,19$) e hipercolesterolemia, $OR 2,46$ (IC 0,84-7,16, $p=0,1$).

Conclusiones: La prevalencia de EOAP fue similar a la de otros estudios nacionales. El porcentaje de FRCV es el esperado, excepto la obesidad abdominal que es más prevalente respecto a otras muestras. Los factores de riesgo más fuertemente asociados a la positividad de la prueba son el sexo (varón), la hipercolesterolemia y el hábito tabáquico. Aunque sólo alcanza significación estadística el $p!$ rimer de ellos podría ser recomendable realizar dicha prueba a todos los pacientes con dichos factores.

Palabras Clave: Enfermedad arterial periférica, Índice tobillo brazo, Atención primaria.

¿Existe lesión subclínica de órgano diana y mal control glucémico asociado a patrón circadiano?

Autores: Fernández Izquierdo, M^a Dolores; Rivilla Yedres M^a Victoria; Lozano Utrilla Pedro M^a; Ojeda Pino, Miguel; Hernández García, Francisco.

Centro de Trabajo: CS. Villarta de San Juan. Ciudad Real.

Objetivos: Evaluar la relación de patrón circadiano de presión arterial (PA) medido por Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial (MAPA), con la

existencia de lesión subclínica de órgano diana y control glucémico por HbA1c.

Diseño del Estudio: Observacional, transversal y analítico (periodo 09/08-03/09). Se obtuvieron los datos de Turriano (edad, sexo y determinaciones analíticas). Valoración de lesión subclínica: analítica, ecografía carotídea, doppler bidireccional y ECG. Valoración de patrón circadiano: MAPA y control analítico de HbA1c. Análisis estadístico con SPSS 10.0.

Intervenciones: Mediciones y Resultados: Variables: Microalbuminuria, filtrado glomerular (FG), creatinina, índice tobillo/brazo (ITB) hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI), engrosamiento de íntima media (GIM) o placa, patrón circadiano de presión arterial y HbA1c. El 49,5% son varones con edad media 68,6+/-9,4 años, y 50,5% mujeres, edad media 67,6+/-8,3 años. Patrón circadiano: dipper 30,5%, non dipper 40,0%, risser 27,4%. Control glucémico bueno 67,4% y malo 30,5%, siendo de estos últimos el 48,3% dipper, 31,0% non dipper y 20,7% risser. La HbA1c media fue 6,8+/-1,1 sin diferencias para género y edad, pero mayor en el patrón dipper frente a non dipper y risser (0,83% IC95% 0,21-1,46 p=0,005 y 0,68% IC95% 0,007-1,36 p=0,047). Patrones circadianos y lesión subclínica: en dipper: HVI 7,4%, microalbuminuria 6,9%, GIM 55,2%, FG 10,3%, creatinina 6,9%, ITB 20,8%; non dipper: HVI 24,3%, microalbuminuria 21,1%, GIM 48,6%, FG 13,2%, creatinina 2,6%, ITB 29,4%; risser: HVI

28,0%, microalbuminuria 29,2%, GIM 61,5%, FG 15,4%, creatinina 3,8%, ITB 40,0% (NS).

Conclusiones: Encontramos mayor porcentaje de lesión subclínica en non dipper y risser coincidiendo con bibliografía publicada, alarmándonos su frecuencia y enmascaramiento en nuestra población. Justificando un uso más amplio del MAPA en consulta para diagnóstico y ajuste de tratamiento. Destacamos la utilidad del doppler y parámetros analíticos por su fácil acceso para minimizar las lesiones. La ecografía carotídea en caso de manejo alerta de arteriopatía periférica. Detectamos buen control glucémico en patrones non dipper y risser no coincidiendo con estudios previos.

Palabras Clave: MAPA. Lesión subclínica de órgano diana. HTA. DM2.

Terapia anticoagulante oral: ¿depende la variabilidad en los controles de quién los realice?

Autores: Armero Simarro, J.M., Romero Cebrián, M.A., Ayuso Raya, M.C., Arias Alaminos, M., Pérez López, N., Escobar Rabadán, F.

Centro de Trabajo: Centro de Salud Universitario Zona IV de Albacete.

Objetivos: Conocer la variabilidad en los valores de INR de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO), y su posible relación con el control en centro de salud u hospital.

Diseño del Estudio: Cohorte histórica.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Participantes: Pacientes de nuestro centro de salud que siguen controles rutinarios por TAO.

Mediciones y Resultados: Se han analizado los 6 últimos controles de 291 pacientes en TAO, de los que 52,6% eran mujeres. La media de edad era 73,8 y la desviación estándar (DE): 11,3, con un rango de 24 a 95 años. Se han analizado un total de 1710 controles de INR, de los que 1412 han sido validados por médicos de familia y 298 por hematólogos, sin que existieran diferencias significativas en los valores de INR analizados por unos y otros (mediana: 2,5 en ambos

grupos, con rango intercuartiles de 2,1-2,9 y 1,7-3,6, respectivamente). A fin de analizar la variabilidad en los controles, se ha calculado la DE de los ln de los valores de INR, comparando entre aquellos pacientes cuyo tratamiento había sido pautado por profesionales del centro de salud (n= 128) y aquellos cuyos controles se habían realizado en unas ocasiones en el centro de salud y en otras en el hospital (n= 163). Los primeros presentaron unos valores medios de los ln de los INR de los 6 controles analizados significativamente inferior (p<0,0001). Asimismo, presentaban una mayor proporción de controles dentro de rango (un 68,0% vs 38,6% de los pacientes con más de la mitad de los controles en rango; p<0,0001).

Conclusiones: Los pacientes que son seguidos exclusivamente por los profesionales del centro de salud presentan una menor variabilidad y más adecuados controles de INR, que aquellos con un control mixto centro de salud/hospital.

Palabras Clave: Anticoagulants, International Normalized Ratio, Primary Health Care.

Cribado del aneurisma de aorta abdominal (AAA) en Atención Primaria (AP).

Autores: (1) Salcedo Jódar L.;(2) García Tejada R.:(3) Alcázar Carmona P.:(4) Pinilla González L.:(5) Sánchez Sánchez M.

Centro de Trabajo: (1,2,4,5) C.S.Villarta de San Juan, (3) C.H.La Mancha Centro (Alcázar de San Juan).

Objetivos: 1.-Prevalencia del AAA.1.1.-Relación con los diferentes factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Diseño del Estudio: Descriptivo Transversal.

Emplazamiento: Área básica de salud de AP.

Participantes: Varones de 65-80 años. Se excluyen encamados y hospitalizados.

Intervenciones: Se enviaron 339 cartas informativas con cita previa y consentimiento informado, cartelería y 3 charlas informativas. Participación de 88,8% N=300. El médico de AP(MAP) realiza: medición mediante ecografía del diámetro de la aorta abdominal grabándola en formato digital la cual será visualizada por un 2ºobservador, índice tobillo brazo(ITB), antropometría y antecedentes. Se remiten al hospital a todos los AAA(>3cms)y a una muestra aleatoria de los pacientes con diámetro aórtico <3cms.para ecografía de control.

Mediciones y Resultados: En la muestra, la edad media: 72 años; sobrepeso u obesidad 85%; índice cintura-cadera anormal 79%; consume alcohol en

exceso 41%; fumaba o fuma 61%; 17,3% no tienen ningún FRCV; ITB patológico 32,7% [(17%)ITB>0,9;(18%)ITB>1,3];Cardiopatía Isquémica(CI)11%;Ictus 4%.

La prevalencia encontrada es n=10 casos(3,33%:IC95%:1,1-5,5%),n=7 son nuevos y n=3 tenían diagnóstico de AAA. Se observa una relación entre AAA y los FRCV:FRCV/AAA[no FRCV(17,3%)/AAA(0%);1FRCV(29,7%)/AAA(20%); 2 ó más FRCV(53%)/AAA(80%)]. Tienen significación estadística: Diabetes (p=0,014);dislipemia (P=0,038) y Obesidad (p=0,013).

No son significativos:

HTA[177(59%)/7AAA](p=0,7);ITB(patológico)[98(32,7%)/6AAA](p=0,74);Tabaquismo[183(61%)/7AAA](p=0,32);CI[33(11%)/OAA](p=0,61);Ictus[11(3,7%)/1AAA](p=0,32).Existe una coincidencia diagnóstica entre las ecografías realizadas en los dos niveles asistenciales. Conclusiones: La prevalencia del AAA es similar a la encontrada en la bibliografía. Existe asociación entre FRCV y la presencia de AAA. La Falta de significación estadística en algunos casos se podría explicar por la baja prevalencia del AAA. Pensamos que la ecografía realizada por el MAP puede ser empleada como técnica de detección precoz del AAA. Palabras Clave: "aortic aneurysm abdominal" "screening" "ultrasonography".

Digoxina: ¿pauta continua o discontinua?. Estudio analítico prospectivo.

Autor Principal: Francisco José León García.

Resto de Autores: Pilar Romero Millán; M^a Isabel Peña Gómez; Daniel Alejandro Sinatra; Eva M^a Fagundo Becerra; Fernando Javier de Diego Rodríguez.

Centro de Trabajo:

León García, FJ. MIR MFyC. Consultorio de Alhambra (C.Real).

Romero Millán, P. MIR MFyC. Consultorio de S. Carlos del Valle (C.Real).

Peña Gómez, MI. MIR MFyC. C.S. La Solana (C. Real).

Sinatra, DA. MIR MFyC. C.S. La Solana (C.Real).Ç Fagundo Becerra, EM. MFyC. Consultorio de Alhambra (C.Real).

De Diego Rodríguez, FJ. MFyC. Consultorio de S.Carlos del Valle (C.Real).

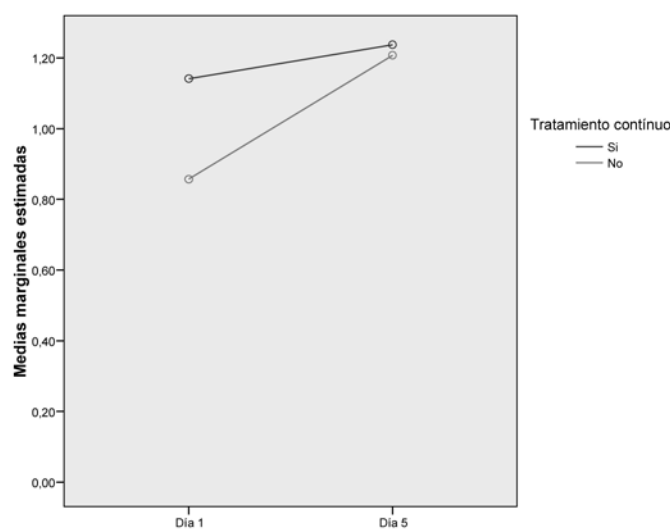
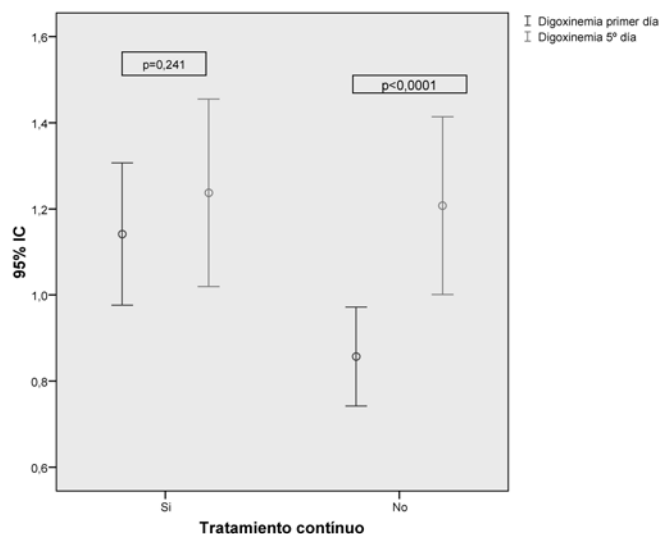
Objetivos: Analizar la disminución de los niveles plasmáticos de digoxina tras la interrupción del tratamiento por descanso semanal. Comparar las concentraciones plasmáticas de digoxina y la frecuencia de casos fuera de rango terapéutico entre pacientes digitalizados de forma continua y discontinua.

Diseño del Estudio: Estudio analítico observacional de los pacientes digitalizados al menos durante un año, en una Zona Básica de Salud. Se dividió la población de estudio entre los que mantenían una pauta de dosificación diaria (continua) y los que realizaban descanso (discontinuo). El tamaño muestral necesario se calculó en 27 para cada cohorte, en base a una diferencia esperada de niveles de digoxinemia de 0,26 ng/ml, significación del 95% y potencia del 90%. Variable dependiente fue la digoxinemia en sangre venosa, determinada el lunes, tras el posible descanso y el viernes. Variables independientes: Edad, sexo, insuficiencia renal, potasemia, patología de base y adherencia al tratamiento.

Emplazamiento: Z.B.S. semiurbano.

Participantes: 56 pacientes en tratamiento con digital cumplieron los criterios de inclusión de los cuales 24 (40,3%) mantenían una pauta de dosificación continua y 32 realizaban pauta con descanso. Ambos grupos fueron estadísticamente comparables en cuanto a las variables edad y sexo.

Mediciones y Resultados: 29 hombres (46,8%) y 33 mujeres (53,2%); la edad media fue de 73,3 años (DE 9,1 años, rango [48-91]). La adherencia al tratamiento se estimó en el 88,71%. La patología de base predominante fue la fibrilación auricular (47 casos: 88,89%). 9 (16,06%) presentaban insuficiencia renal. Entre los pacientes que realizaban descanso de dosis el 63,64% lo hacían un día a la semana, el 30,3% dos días y el 6,06% tres. En la cohorte de tratamiento continuo, la media de digoxinemia el lunes fue de $1,14 \pm 0,16$ ng/ml, frente a $0,85 \pm 0,115$ ng/ml con el tratamiento discontinuo (T.Student $p=0,034$). Al 5º día la diferencia entre ambos grupos no era significativa. Disminuyeron significativamente ($p>0,001$) los valores de digoxinemia desde el viernes al lunes en la cohorte con descanso terapéutico ($-0,35$ DS 0,47), no en el grupo continuo, quedando el lunes fuera de rango un 40,6% de los sujetos de la cohorte con descanso frente al 8,3% del grupo continuo ($\chi^2 p=0,007$).



Se estimó el riesgo del descanso terapéutico para quedar fuera de rango (RR) en 1,54 [1,131-2,107]. No se detectaron síntomas ni signos de intoxicación digitalítica.

Conclusiones: El régimen con suspensión semanal disminuye significativamente los niveles séricos de digoxina a concentraciones consideradas subterapéuticas. El régimen de tratamiento continuo demostró que mantiene la digoxinemia constante y en rango útil, evitando el miedo a la intoxicación digitalítica.

Palabras Clave: Digoxina, terapéutica, continua.

Ensayo clínico comparativo sobre adherencia a la terapia de deshabituación tabáquica en nuestro medio.

Autores: (1) Muñoz Pérez, R.;(2) Mudarra Flores, J.F; (3) Ortiz López, G.:(4) Rodríguez Muñoz, R ;(5) Sanz Cortés, J.

Centro de Trabajo: (1 y 4) C.S. Carlos Mestre (Puertollano); (2) C.S. Barataria (Puertollano); (3) C.S.II (Puertollano); (5) Hospital Santa Bárbara (Puertollano).

Objetivos: a) comparar la adherencia a un programa de deshabituación tabáquica mediante intervención individual o grupal; b) valorar si la adherencia al programa promueve la deshabituación tabáquica.

Diseño del Estudio: Ensayo clínico aleatorizado controlado simple ciego con análisis por intención de tratar.

Emplazamiento: Área de Salud urbana.

Participantes: sujetos fumadores interesados en su deshabituación tabáquica (d.t.) .Se excluyeron gestantes, adictos a otras drogas y deficientes mentales.

Intervenciones: dos grupos de intervención, individual (G.I.) y colectiva (G.C.).

Mediciones y Resultados: se recogieron como variables sexo, edad, número de cigarros e intentos previos, test de Fargestrom y Richmond y valor de coximetría. Se utilizaron como tratamientos el no tratamiento, la TSN, el Bupropión y la Vareniclina mediante valoración médica y consenso con el paciente. Los grupos resultaron homogéneos en las variables medidas previamente a la intervención. El 37,5% de los sujetos en la intervención individual se mantuvieron hasta la tercera sesión, el 29,41 % de los sujetos de la intervención grupal se mantuvieron hasta la tercera sesión, no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,591$).

Conclusiones: En base a nuestros datos no existen diferencias significativas entre la adherencia a ambos tipos de intervención ni en el éxito obtenido en cada uno de ellos, por lo que se puede inferir que sería más adecuado el abordaje grupal debido a un menor coste. Lo que si observamos es una relación estadísticamente significativa entre éxito y adherencia al tratamiento.

Palabras Clave: deshabituación tabáquica, adhesión, terapia grupal.

Prevalencia de inercia terapéutica en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial (HTA) esencial en dos cupos de Atención Primaria.

Autores: Lázaro de la Osa, J.J., del Burgo Fernández, J.L. y Ruiz Serrano, A.

Centro de Trabajo: C.S. de Porzuna (Ciudad Real).

Objetivos: Conocer la prevalencia de inercia terapéutica en HTA esencial en nuestro medio, desde Octubre de 2007 a Diciembre de 2008, ambos inclusive.

Diseño del Estudio: Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria de Salud. Medio rural.

Participantes: Pacientes diagnosticados de HTA esencial en dos cupos de un Equipo de Atención

Primaria. Criterios de exclusión: error de diagnóstico, no registro de al menos dos cifras de tensión arterial (TA) por el médico o las cifras han sido recogidas por Enfermería, las cifras de TA recogidas están relacionadas con patologías que pueden modificar dichas cifras (dolor, ansiedad) y/o desplazados fuera de la Zona Básica de Salud durante el estudio.

Mediciones y Resultados: Se registraron edad, sexo, existencia de inercia terapéutica (entendida como el registro de al menos dos tomas de TA por encima de cifras diana sin que conste en la historia modificación terapéutica alguna, incluido el

consejo dietético o de cumplimiento terapéutico), cifras de TA, fenómeno de bata blanca, monoterapia, tipo de fármaco antihipertensivo, número total de fármacos que consume el paciente, pluripatología, lesión de órgano diana (LOD), factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y cumplimiento terapéutico.

Para alcanzar el tamaño muestral de 154 pacientes, se revisaron 215 historias obtenidas al azar, siendo excluidos 61 pacientes (error en el diagnóstico: 5, menos de dos registros de TA: 25, tomas por enfermería: 20, cifras de TA relacionadas con otras patologías: 4, desplazados: 6 y éxitus 1).

La edad media es de 69.2 años, con un 51.9% de mujeres. El 29.9% presenta buen control de TA, en un 7.8% se ha identificado fenómeno de bata blanca y el 48.7% se considera buenos cumplidores. Se usa monofármaco en el 25.3% de los pacientes y en el 3.9% no se utiliza ningún antihipertensivo. El 39.6% presentan LOD y el 24% presenta al menos otro factor de riesgo cardiovascular asociado (media 2.4).

Encontramos inercia terapéutica en un 63% de los pacientes no controlados. Al compararlos con los pacientes no controlados sin inercia terapéutica, encontramos diferencias estadísticamente significativas en la edad (70.2 ± 9.9 vs 65.3 ± 12.1), TA diastólica (80.9 ± 10.2 vs 85.6 ± 9.9) y número de fármacos para cualquier patología (7.6 ± 3.6 vs 6.1 ± 3.3). No se encontraron diferencias en cuanto a sexo, TA sistólica, número de fármacos antihipertensivos, presencia de LOD, número de FRCV y pluripatología.

Conclusiones: La prevalencia de inercia terapéutica en nuestro estudio (63%) se sitúa en el tercio inferior del rango de las inercias publicadas en nuestro país (51-84%). La inercia terapéutica parece asociada al perfil de pacientes con mayor edad (superior a 65 años), mayor número de fármacos consumidos en su tratamiento global y cifras de TA cercanas a las cifras diana (especialmente la TA diastólica).

Palabras Clave: Inercia terapéutica, hipertensión arterial y prevalencia.

Validación de la escala ADDV (Actividades Diarias Dependientes de la Visión).

Autores: Párraga Martínez, I.; López-Torres Hidalgo, J.; Navarro Bravo, B.; Andrés Pretel, F.; Escobar Rabadán, F; López Verdejo, M.A.

Centro de Trabajo: Gerencia de Atención Primaria de Albacete. Unidad de Investigación.

Objetivos: Diseñar y validar la escala ADDV (Escala de Actividades Diarias Dependientes de la Visión), destinada a evaluar la repercusión funcional de la deficiencia visual en las personas mayores. Diseño del Estudio: Estudio observacional transversal en población mayor de 65 años para analizar la fiabilidad y la validez de una escala administrada mediante entrevista personal. Emplazamiento: Ámbito comunitario.

Participantes: Un total de 1.387 sujetos fueron seleccionados mediante muestreo simple aleatorio. Intervenciones: La escala, elaborada por consenso entre los investigadores, se compone de nueve pre-

guntas con tres opciones de respuesta. Se realizó análisis de fiabilidad intra e interobservadores y se evaluó la validez de contenido, la validez de construcción y la validez convergente respecto al cuestionario VF-14. También se comparó el resultado de la escala ADDV en sujetos con diferentes niveles de agudeza visual.

Mediciones y Resultados: En el análisis de fiabilidad intraobservador se obtuvo un coeficiente de correlación intraclass (CCI) de 0,883 y en el de fiabilidad interobservador de 0,900. Mediante análisis factorial se comprobó que un solo factor explicaba el 63,2% de la varianza total. La escala mostró un alto grado de validez convergente respecto al cuestionario VF-14 (CCI: 0,857) y una elevada coherencia interna (alfa de Cronbach: 0,918). La mejor agudeza visual de cada participante mostró una correlación entre débil y moderada, estadísticamente significativa, con la puntuación de la escala ADDV ($r = 0,366$; $p < 0,001$).

El número de pacientes con alguna dificultad para realizar cualquiera de las actividades contenidas en la escala ADDV fue de 223 (19,2%; IC 95%: 16,9-21,5).

Conclusiones: La escala ADDV presenta una elevada correlación respecto al cuestionario VF-14 y una débil correlación respecto a la agudeza visual.

Los resultados indican que la escala posee una fiabilidad aceptable y que es válida para evaluar la función visual y para determinar el efecto del deterioro de la visión en las actividades diarias.

Palabras Clave: Vision, Low. Visual Acuity. Visually Impaired Persons.

Riesgo de fumar en primera adolescencia. La influencia de los padres y los compañeros

Autores: (1)Rodríguez Martín, AM.; (2 y 3)* Rodríguez Martín, JL.; (4) Alonso Moreno, FJ.;(2) Martín Sánchez E.; (5)Comas Samper JM.; (2) Díaz Domínguez E.; and the Grupo de Trabajo TabAICAP**.

**Miembros del Grupo TabAICAP:

María Teresa Seoane Pillado (Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Spain); Abel Cuéllar de León (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SESCAM); José Luis Díaz-Maroto Muñoz (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SESCAM); Roberto Ramírez Parenteau (ASISA. Guadalajara); Cristina de Castro Mesa (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SESCAM); Gema Cid Calo (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SESCAM); Ana María Rodríguez Martín (Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Toledo.); Itziar Vázquez Carrión (Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Toledo.); Raquel Gimeno Martín (Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Toledo.); Ana Alonso Lorenzo (Escuela Universitaria de Enfermería. Alcalá de Henares. Campus de Guadalajara); Antonia Lorenzo Martín (Becaria); Francisco Javier Alonso Moreno (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SESCAM); José Manuel Comas Samper (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SESCAM); José Luis R. Martín (Investigación Clínica. FISCAM); Eva Martín-Sánchez (Investigación Clínica. FISCAM) and Elena Díaz-Domínguez (Investigación Clínica. FISCAM).

Centro de Trabajo:

- (1) R4 Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente. Centro de Salud Sillería. Toledo.
- (2) Departamento de Investigación Clínica. Fundación para la investigación en Salud De Castilla-La Mancha (FISCAM).
- (3) Universidad de Castilla-La Mancha. Toledo.

(4) Centro de Salud Sillería. Toledo.

(5) Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo.

Objetivos: Conocer la prevalencia de tabaquismo en alumnos de 12 a 16 años de Institutos de Castilla-La Mancha y estudiar las variables asociadas.

Diseño del Estudio: Estudio epidemiológico descriptivo, analítico y multicéntrico.

Emplazamiento: Centros de enseñanza. Atención Primaria.

Participantes: Alumnos seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado.

Intervenciones: Encuesta anónima adaptada a los objetivos del proyecto, identificadas mediante un código correspondiente a la provincia, medio y centro del participante. Además, se incluyó el resultado de la cooximetría, considerándose positiva para fumador ≥ 8 ppm.

Mediciones y Resultados: Se incluyeron 997 alumnos (54,8% medio urbano), edad media de $14 \pm 1,7$ años, 50,5% mujeres. El 17,2% (IC95%;14,9-19,5) manifestaron ser fumadores, de ellos 53,8% fumaban los fines de semana, 35,7% a diario y 10,5% eran exfumadores. La media de años fumando fue 2,3 (IC 95%; 2,2-2,6). El 19,3% fumaban el primer cigarrillo del día antes de entrar al Instituto, el 8,2% en casa y el 61,4% al salir con los amigos. La media de consumo de cigarrillos fue de 5,6 por día (IC 95%: 4,5-6,6). El 64,9% de los fumadores tomaban alcohol y el 5,8% otras drogas. El 62,7% de los fumadores expresaron su deseo de dejar de fumar.

El riesgo de fumar, en análisis multivariante, fue

mayor cuando el mejor amigo fumaba (Odds Ratio (OR) 10,4; IC 95% CI: 6,3-17,1), entre los adolescentes que consumían alcohol (OR 3,4; IC 95%: 2,2-5,2) y cuando los padres fumaban (OR 1,8; IC 95%: 1,2-2,8). Cuando el tabaco se percibía como una droga el riesgo de fumar decrecía en un 60% (OR 0,4; IC 95%: 0,3-0,7).

La cooximetría realizada en lunes no mostró ser un método apropiado para la obtención de resultados objetivos.

Conclusiones: Alta prevalencia de tabaquismo en la adolescencia, con edad de inicio del mismo temprana. Nuestro estudio subraya la importancia de la influencia de los amigos en dicho hábito, siendo la influencia de los padres también decisiva.

Palabras Clave: Prevalencia de tabaquismo, adolescentes, atención primaria

Intervención para la mejora de la calidad de los registros en la historia clínica de pacientes hipertensos.

Autores: Sánchez Barrancos, I.M.; Domínguez Sánchez-Migallón, P.

Centro de Trabajo: C.S. Manzanares II (Manzanares-Ciudad Real-).

Objetivo: Establecer un sistema de mejora continua de calidad en pacientes hipertensos.

Diseño: Ciclo de evaluación de calidad (detección, análisis, mejora y monitorización).

Emplazamiento: Centro de Salud Manzanares II. Año 2008.

Participantes: Historias clínicas de pacientes en que conste HTA (hipertensión arterial) como factor de riesgo.

Intervenciones: Se eligieron 7 criterios cuya existencia supone un registro de calidad: riesgo cardiovascular global (RCVG), antecedentes personales (AP), indicación de modificación del estilo de vida (MEV), cifras de presión arterial (PA), PA en rango de control (<140/90), analítica anual, y electrocardiograma informado. Se evaluó su existencia en la historia clínica, y en función del resultado se establecieron estándares para una nueva evaluación, tras abordar un plan de mejora consistente en: realizar 3 sesiones de formación en las herramientas de Turriano, realizar 3 sesiones clínicas sobre Guías de Prevención Cardiovascular, tratamiento y abordaje integral de la HTA, desarrollar un estudio descriptivo sobre adherencia a la Guía SEH/SEC 2007 en nuestro Centro, elaborar un plan de atención a

la HTA coordinado medicina/enfermería, y difundir los resultados de la evaluación e investigación entre los miembros del equipo.

Resultados: Se incrementó globalmente el registro de RCVG (19,49%), MEV (8,38%), cifras de PA (13,6%) y todos los parámetros analíticos. Dentro de éstos, los que más mejoraron fueron creatinina (35,85%), perfil lipídico completo (23,77%, 33,66%, 27,5% y 27,3% para colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos respectivamente), iones en suero (30,43% sodio y potasio) y microalbuminuria (22,43%).

Se encontró una proporción elevada de pacientes con cifras en rango de control (53%).

El número de pacientes con factor de riesgo HTA creció de 2023 a 3096 (53,04%).

Conclusiones: Esta estrategia se ha mostrado útil para mejorar la calidad de los registros.

También ha mejorado nuestra actuación, registrando y valorando mejor aspectos de gran repercusión en la estrategia terapéutica.

Creemos necesario mantener esta línea para mejorar la calidad asistencial.

Palabras clave: calidad, mejora, hipertensión.

Prevalencia de infección por virus del Papiloma Humano y descripción de genotipos mediante técnica de PCR en muestras procedentes de mujeres con citologías cérvico vaginales patológicas en el Área del HGCR durante el año 2008.

Autores: 1) Martínez García, AM.; (1) Rodríguez García, E.; (1) Merino González, A.; (1) Álvarez Prado, A.; (2) García Rojo, M.;(3) Lozano Suárez, C.

Centro de Trabajo: (1) Centro de Salud 1 Ciudad Real, (2) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Ciudad Real, (3) Unidad Docente de MFyC de Ciudad Real.

Objetivos: Describir la presencia o ausencia de infección por VPH mediante la técnica de PCR y, en caso de positividad, describir sus genotipos en muestras procedentes de mujeres con citologías cérvico-vaginales con resultados anormales : Células Escamosas Atípicas de Significado No Determinado (ASCUS) Células Glandulares Atípicas de Significado No Determinado (ASGUS) Neoplasia intraepitelial cervical grados I,II y III (CIN I, CIN II y CIN III).

Diseño del Estudio: Estudio observacional descriptivo mediante revisión de historias clínicas
Emplazamiento: Área Sanitaria de Hospital general.

Participantes: 221 mujeres a las que se ha solicitado una determinación de PCR del VPH por presentar alteración en citología/s previas en forma de ASCUS,ASGUS, CIN I, CIN II o CIN III
Intervenciones:

Mediciones y Resultados: La edad media fue de 36,2 +/-10,8 años. En las mujeres con positividad para VPH (61,1%) la edad fue 5,5 años menor (95% IC 2,7-8,4 $p < 0,0001$). El diagnóstico que mo-

tivó la petición de PCR fue ASACUS/ASGUS (58,4%), CIN I (34,4%), CIN II (2,7%) y CIN III (4,5%). La proporción de detección de ADN de VPH en la categoría CIN III ha sido del 100%, en CIN II un 83,3%, CIN I 81,6% y ASCUS/ASGUS un 45%. Categorizado en SIL de bajo grado el VPH fue detectado en un 58,5%, mientras que en la categoría de SIL de alto grado fue un 93,8%. El serotipo más frecuente en todas las categorías es el I 16 (De alto riesgo oncogénico) con un 16,6%, seguido del 66 (Probable alto riesgo oncogénico) en un 7,88%, VPH 53 (Probable alto riesgo oncogénico) y 51 (alto riesgo oncogénico) en un 7,47%. El tipo 18 (alto riesgo y componente de la vacuna junto con el 16) aparece en un 1,7%.
Conclusiones: Conocer la prevalencia de infección por VPH y la distribución de genotipos víricos entre las mujeres con citología anormal, puede orientar sobre la adaptabilidad de los preparados vacunales actualmente en el mercado con los genotipos víricos realmente implicados en las alteraciones cérvico-vaginales en nuestro medio. Los resultados de este estudio permitirán generar hipótesis para futuros estudios de base poblacional más amplia y referidos a nuestro medio que permitan valorar la costo efectividad de las medidas de profilaxis preexposición actualmente desarrolladas en los distintos calendarios vacunales.

Palabras Clave: Virus del papiloma humano, SIL de alto grado, SIL de bajo grado.

¿Conocen nuestros pacientes cuánto tienen que cuidarse? Niveles PAPPs medidas preventivas.

Autores: González González J, Rico García G, Hernández García AT, Ruiz Cruz G, Izaguirre Zapatera A, Peña Muñoz ML.

Centro de trabajo C.S. Navamorcuende. GAP Talla-vera de la Reina.

Introducción: En la consulta diaria de atención primaria, los pacientes acuden a su revisión de cifras tensionales, de niveles glucémicos, o nos solicitan la tan ansiada revisión analítica para encontrar causa a sus dolores o para saber sus niveles de colesterol, anemia etc. Sin embargo, desde nuestras consultas del C. S Navamorcuende hemos tenido la percepción que los pacientes no saben realmente a qué acuden a esas revisiones y no tienen claro cuales son los niveles óptimos de control.

Objetivos: valorar el nivel de conocimiento de las cifras más frecuentes de actividades preventivas en atención primaria, glucemia, tensión arterial, colesterol y triglicéridos, basándonos en el consenso PAPPs la frecuencia de realización de controles analíticos.

Material y Métodos: Realización de 392 encuestas a pacientes que acuden a nuestras consultas de medicinal y enfermería durante el primer trimestre de 2009 con criterio de exclusión menores de 18 años, y personal sanitario (médicos y enfermeros), con muestreo consecutivo de todas las personas que acuden a consulta de medicina o de enfermería en el que se les pregunta sobre sus características demográficas (edad, sexo...), enfermedades y tratamiento y niveles que ellos creen que deben ser normales en personas sanas de glucemia, tensión arterial, colesterol y triglicéridos, y niveles en el caso que estén afectados de alguna de estas enfermedades (dislipemia, diabetes o hipertensión) y además preguntamos cada cuanto tiempo creen que están estipuladas sus revisiones analíticas.

Resultados: Estudio transversal en el que se analizaron un total de 392 pacientes, con una edad media de 67 años, 68% mujeres y 32% hombres. Presentaban alguna enfermedad (hipertensión diabetes o dislipemia) el 76%. No encontramos *ningún* paciente (no sanitario) que supiese con- testar correctamente a las cifras de tensión arte-

rial (TA) glucemia (GLU) colesterol (COL) y triglicéridos (TG) en conjunto. Solamente el 24% conocían las cifras correctas de TA. 18% conocían los niveles normales límites de glucemia. 8% conocían los niveles de COL y solamente 3% conocían los niveles de TG. Los porcentajes entre enfermos y sanos, fueron similares. Preguntados sobre cada cuanto tiempo deben realizarse un control analítico general, el 73% respondió que anualmente y el 21% que semestralmente, un 3% trimestralmente, lo que supone que analizados los pacientes según su enfermedad (HTA COL TG DM) o no enfermedad, el 63% respondió correctamente.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que acuden a las consultas de médico y de enfermería no conocen los niveles óptimos de tensión arterial, glucemia, colesterol y triglicéridos que deben tener según su estado de salud

La mayoría de los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria creen que deben realizarse una analítica anual, lo cual es correcto en más de la mitad de los casos.

El personal sanitario debe además de preocuparse de hacer los controles necesarios a los pacientes de involucrarlos en su autoprevisión haciéndoles conocer los niveles óptimos-metas a conseguir.

Index Medicus: Medical practice, preventive activities, primary health care, PAPPs.

Bibliografía:

1. Primary care interventions to promote breastfeeding: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2008 Oct 21;149(8):560-4.
2. Preventive service delivery: a new insight into French general practice. Pelletier-Fleury N, Le Vaillant M, Szidon P, Marie P, Raineri F, Sicotte C. *Health Policy.* 2007 Oct;83(2-3):268-76. Epub 2007 Mar 21
3. Reflections on the updating of 2005 cardiovascular PAPPs] Baena-Díez JM, Solanas-Saura P. *Aten Primaria.* 2008 Jan;40(1):50; author reply 50-1
4. Preventive activities in women] Arribas Mir L,

Alonso Coello P, Bailón Muñoz E, Coutado Méndez A, del Cura González I, Fuentes Pujol M, Gutiérrez Teira B, Landa Goñi J, López García-Franco A, Ojuel Solsona J. *Aten Primaria*. 2007 Nov;39 Suppl 3:123-50

5. Preventive cardiovascular recommendations] Maiques Galán A, Villar Alvarez F, Brotons Cui-xart C, Torcal Laguna J, Orozco-Beltrán D, Navarro Pérez J, Lobos-Bejarano JM, Banegas Banegas JR, Ortega Sánchez-Pinilla R, Gil Gui-

llén V, Solana Saura P. *Aten Primaria*. 2007 Nov;39 Suppl 3:15-26. Spanish.

6. Opinions of health professionals on the impact of the Preventive Activities and Health Promotion Program (PAPPS)] Pérula de Torres LA, Alonso Arias S, Bauzá Nicolai K, Estévez JC, Iglesias Rodal M, Martín Carrillo P, Martín-rabadan M, Morán Pí J. *Aten Primaria*. 2007 Nov;39 Suppl 3:5-14.

El manejo de la EPOC en Atención Primaria. ¿Se están aplicando los criterios de las guías clínicas internacionales?

Autores: Santamaría Marín, A(1).; Fernández Misas, E(1).; Hidalgo Fernández, C(1).; González Sánchez, E(1).; González Corrales, R (2).; Arenas Mosqueda, J(2).

Centro de Trabajo: (1) Médicos residentes de 4º año de MFyC de la Unidad Docente de Ciudad Real. (2) Médicos especialistas en MFyC del centro de salud II (El Torreón) de Ciudad Real.

Objetivos: Describir la adecuación a los criterios diagnósticos y de tratamiento de los pacientes codificados como EPOC en cuatro cupos de AP.

Diseño del Estudio: Descriptivo, transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Participantes: Los 86 pacientes registrados en la aplicación Turriano, empleando los términos de búsqueda bronquitis crónica, enfisema y relacionados en la clasificación CIE-9. Se excluyeron los inmobilizados y los que tenían contraindicada la espirometría.

Intervenciones: A cada paciente se le realizó una espirometría y un test para evaluar el uso de inhaladores.

Mediciones y Resultados: Se estudiaron en total 62 pacientes, de los cuales el 72.6% cumplían criterios de obstrucción al flujo aéreo ($FEV_1/FVC < 70\%$). El 93.3% eran varones y tenían una edad media de 70.1 +/- 9.6 años. En el 91.1% existía antecedente de tabaquismo. El 25.8% fueron diagnosticados por espirometrías en AP. El 64.4% eran EPOC graves y muy graves. En el 60%

de los pacientes el tratamiento no se ajustaba a la gravedad. El 46.7% de la muestra recibía broncodilatadores y glucocorticoides inhalados, el 8.8% asociaba teofilina y el 20% tenía oxigenoterapia. El 88.9% de los pacientes usaban mal los inhaladores. Los errores más frecuentes fueron la no realización de la espiración máxima antes de la inhalación y la apnea tras la misma. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows.

Conclusiones: 1. En relación con la prevalencia poblacional esperada, la EPOC está infradiagnosticada en nuestro centro de salud (<2%) 2. Se utiliza poco la espirometría en el diagnóstico (<30%) y seguimiento (<10%). 3. Las instrucciones que reciben los pacientes sobre el uso de inhaladores es insuficiente. 4. Proponemos realizar más espirometrías para evitar errores diagnósticos y ajustar el tratamiento y revisar el uso de los inhaladores.

Palabras Clave: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), espirometría, atención primaria (AP).

Riesgo de caídas en mayores de 65 años: Factores asociados.

Autores: Clarisa Serrano Moreno, Fernando Martínez Martínez.

Centro de Trabajo: C.S. Cuenca I. (Cuenca).

Objetivos: Conocer la proporción de pacientes en riesgo de caídas y las características asociadas.

Valorar la aplicabilidad del Timed Up and Go (TUG) y del test de Tinetti (TT) para valorar el riesgo de caídas en AP.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Participantes: Pacientes mayores de 65 años que acudieron a dos consultas de demanda de AP durante una semana (n=75) y a todos los mayores de 65 años institucionalizados en una Residencia Geriátrica (n=24). Criterio de exclusión: imposibilidad de levantarse de una silla y/o de caminar.

Mediciones y resultados: Variables: sexo, edad,

fármacos relacionados con la caídas, necesidad de ayudas técnicas para caminar, agudeza visual, hipotensión ortostática, estado cognitivo, grado de dependencia, TUG, TT y tiempo total empleado.

Consideramos alto riesgo de caídas con TUG > 20 segundos o TT < 19.

Participaron 99 pacientes, edad media: 80,3 ±6,1 años. 62,6% mujeres. Ayudas: bastón 38,4% andador 7,1%. Hipotensión ortostática: 19,2%.

Proporción de pacientes en riesgo de caídas fue del 36,4%. No encontramos diferencias por sexo (35,1% en hombres frente a 37,1% en mujeres, p=0,8), pero sí por edad (edad media de los pacientes de alto riesgo 82,6 frente a los de bajo riesgo 79, p=0,004).

La proporción de pacientes en riesgo de caídas según los distintos factores de riesgo se muestra en la siguiente tabla (análisis bivariante):

Factor de riesgo		Prevalencia %	p
Sexo	Hombres	35,1	0,8
	Mujeres	37,1	
Dependencia	Sí	50	<0,001
	No	6,5	
Deterioro cognitivo	Sí	69,2	<0,001
	No	24,7	
Institucionalización	Sí	68	<0,001
	No	25,7	
Ayudas deambulaci3n	Sí	60,5	<0,001
	No	17,9	
Benzodiazepinas	Sí	63,2	0,007

	No	30	
Déficit Agudeza visual	Sí	60,9	0,005
	No	28,9	
Hipotensión ortostática	Sí	42,1	0,5
	No	35	

Las Odds Ratio de los factores de riesgo de caídas (modelo de regresión logística) se muestran en la tabla adjunta:

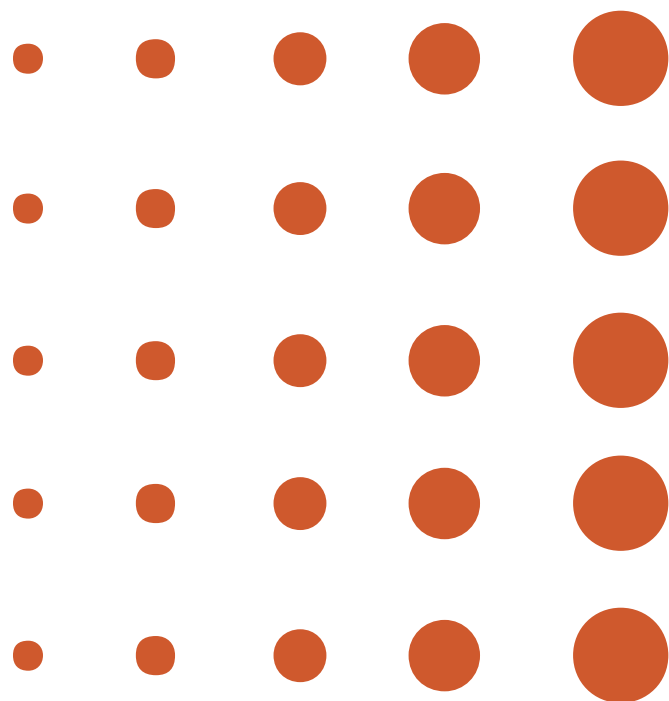
Factor de riesgo	OR	I.C. 95,0% para OR	p
Dependencia	8,1	1,6-41,3	0,01
Deterioro cognitivo	5,6	1,7-17,7	0,003
Ayudas deambulaci3n	5,4	1,8-15,5	0,002

La media del tiempo empleado en consulta en realizar el TUG es de 55,44±31 segundos mientras que el TT es de 108,57±54 segundos.

Conclusiones: Uno de cada tres pacientes se encuentra en riesgo de caídas. Los principales factores asociados al riesgo de caídas son la dependencia, el deterioro cognitivo y la necesidad de ayudas para la deambulaci3n.

Consideramos que debe valorarse el riesgo de caídas en AP preferentemente a aquellos pacientes con los factores de riesgo citados.

Palabras Clave: Ancianos, Riesgo caídas, Factores asociados.



Resumen de las Comunicaciones Formato Póster.

PÓSTER N° 1

MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS O EL "GUIRIGAY" QUE NO SE SOSTIENE.

Autor Principal: Hidalgo Fernández*, C.

Resto de Autores: González Sánchez*, E.; Fernández Misas*, E.; Santamaría Martín*, A.; Morales Cano**, J.M.; Tejada Serrano**, M.I.

Centro de Trabajo: *Residentes de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. **Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de MFyC de Ciudad Real. Centro de Salud de El Torreón. Ciudad Real.

Palabras Clave: Osteoporosis, Atención Primaria, Manejo.

Objetivos: Conocer la fotografía estática de pacientes diagnosticados de "Osteoporosis" en nuestra población y los posibles determinantes que influyen en su manejo cotidiano, lo que nos llevaría a identificar problemas de variabilidad insostenible en la clínica diaria.

Diseño del Estudio: Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Participantes: 103 historias clínicas con diagnóstico codificado de Osteoporosis, extraídas de 4 cupos de Medicina General.

Intervenciones: Revisión 103 historias clínicas y recogida de datos. Explotación con paquete estadístico SPSS de las distintas variables, agrupadas en dependientes de factores de riesgo, variables del diagnóstico y variables relacionadas con el tratamiento y la evolución. Llamada telefónica a pacientes para completar datos.

Mediciones y Resultados: Prevalencia muy baja (2,75% en mujeres y 0,11% en varones). Edad media: 67,12 años (+/- 10,071). Mujeres 99 (96,1%). Antecedentes de fractura por fragilidad el 39,8%, antecedentes familiares de fractura el 11,7%. Fracturas vertebrales (35%), de cadera (2,9%), Colles (4,9%). El 55,3% tenían realizada DEXA. El 77% de los pacientes tomaban bifosfonatos. La adherencia al tratamiento fue buena en el 83,5%. Osteoporosis refractaria (7,8%). El médico que más frecuentemente realizó el diagnóstico fue el Reumatólogo (43,7%). Superaban la puntuación umbral del INDEX FRACTURE el 43,7%. A más edad más fracturas por fragilidad ($p < 0,005$). Ningún factor de riesgo independiente fue predictor de un índice de fractura patológico.

Sólo los pacientes con fracturas vertebrales tenían significativamente un índice de fractura positivo ($p < 0,008$). El médico de familia es el que más correlación tiene en sus diagnósticos con el índice de fractura (60% con una $p < 0,041$). Los enfermos en tratamiento con Ca+Vit.D+antirresortivos son los que mejor adherencia al tratamiento tenían ($p < 0,004$).

Conclusiones:

1.- La prevalencia tan baja (<3%) nos lleva a pensar que la osteoporosis sigue estando infradiagnosticada (e infraregistrada). La edad es el factor de riesgo más potente inductor de fractura por fragilidad.

2.- Considerando el Índice de Fractura como predictor de pacientes que precisan tratamiento antiresortivo, más de la mitad de ellos (63%) podrían estar tratados inadecuadamente. Ca+Vit.D+Antirresortivos es el tratamiento que mayor adherencia induce.

3.- El médico de familia es el profesional que mejor ajusta el tratamiento al índice de fractura.

4.- Proponemos como mejora: registrar más y mejor, y reivindicar para nuestra especialidad la densitometría como prueba útil en el manejo de estos pacientes.

PÓSTER N° 2

IMPLANTACION DE ANTICOAGULACION ORAL EN ATENCION PRIMARIA.

Autores: Babiano Fernández, M.A.; Sánchez Robles, R.; Rodríguez Fernández, A.

Centro de Trabajo: Centro de Salud de Argamasilla de Calatrava.

Objetivos: Se realiza valoración de la implantación del programa de anticoagulación en la consulta de atención primaria como experiencia de un año en un centro de salud rural.

Diseño del Estudio: Estudio transversal descriptivo sobre una muestra de 50 pacientes.

Emplazamiento: El estudio es realizado en 3 cupos de médicos de familia pertenecientes a un centro de salud integrado en gerencia de área.

Participantes: Los pacientes tienen enfermedades cardiovasculares subsidiarias de anticoagulación oral según el consenso ACCP 2004.

Intervenciones: Se agrupan a los pacientes por bloques de enfermedades. Se realizan las mediciones del INR mediante cita concertada en el centro de salud utilizando el aparato medidor homologado COAGUCHEK XS PLUS y las tiras reactivas COAGUCHEK XS PT TEST.

Mediciones y Resultados: Se valora en porcentajes las patologías atendidas por orden de frecuencia siendo la fibrilación auricular con un 55% la patología más prevalente, seguido de enfermedad tromboembólica 15%, prótesis mecánicas 6% y el resto miocardiopatías, IAM y enfermedades cerebrovasculares. Se comparan los resultados del INR mensual en los últimos 12 meses en el centro de salud con respecto a los controles previos en Hematología.

Conclusiones: No se objetivan diferencias estadísticamente significativas en el grado de control de anticoagulación respecto a los controles previos en Hematología con una media de INR de 3.1 respecto a 2.9 en Hematología. La introducción del programa de control de anticoagulación en atención primaria ha supuesto una mejora en la calidad de la atención al usuario por varios motivos: 1) le evita desplazamientos innecesarios al hospital de referencia, 2) la técnica de punción capilar resulta menos traumática que la punción venosa, 3) la accesibilidad a su médico de familia está garantizada en el día, 4) existe una adecuada coordinación con atención especializada para aquellos casos de difícil control.

Palabras Clave: Anticoagulants, Oral, Patients.

PÓSTER Nº 3

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LAS DERIVACIONES A DERMATOLOGÍA.

Autores: Carrasco Vidoz, C.C (1); Portillo Vázquez, M.A (1); Clavijo Callealta, J.M (1); Fuentes Vázquez, L (1); Plaza Terán, M (1); Echegaray Machado, E.M(1).

Centro de Trabajo: (1) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. SESCAM.

Objetivos: Evaluar el impacto de una consulta de cirugía menor en atención primaria (CIMAP), sobre el número de derivaciones a Dermatología.

Diseño del Estudio: Estudio epidemiológico de tipo transversal.

Emplazamiento: Se han tomado las cuatro zonas básicas de salud (ZBS) urbanas del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (La Algodonera, La Solana, La Estación y Talavera-Centro), siendo únicamente Talavera-Centro la que cuenta con CIMAP de forma reglada y protocolizada, funcionando dos horas semanales en horario de tarde. Las ZBS de La Solana y La Estación tienen docencia MIR de Medicina de Familia. El Área Sanitaria tiene solo un centro hospitalario de referencia (Hospital Nuestra Señora del Prado, SESCAM).

Participantes: Número y tasa de derivaciones (ajustada a tarjeta individual sanitaria) de cada ZBS a Dermatología y el resto de especialidades durante los años 2007 y 2008.

Mediciones y Resultados: Se han realizado en total 76899 derivaciones desde atención primaria a lo largo del período de estudio. No hay diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre ZBS para cada una de las especialidades, excepto para Pediatría y Dermatología. En las ZBS docentes se producen un 25% menos de derivaciones a Pediatría (0,17-0,24% frente a 0,74-0,88%; $p < 0,05$), sin que existan diferencias en cuanto a población pediátrica. Ha habido 8755 derivaciones a Dermatología (11,4 % del total de derivaciones, y la segunda en importancia después de Oftalmología). Las ZBS sin programa CIMAP han efectuado una media de un 12,1% de derivaciones a Dermatología, sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), lo que produce que el 9,5% de la población de la ZBS acuda a Dermatología. La ZBS con el programa de CIMAP ha tenido un 9,6% de derivaciones, es decir, un 2,5% ($p < 0,05$), y reduce a un 8,1% la población (1,4%) que debe acudir a Dermatología. Este programa de CIMAP ha realizado 2859 intervenciones, aunque algunas son pacientes que requieren varias consultas (verrugas, queratosis...). En otras se trata de pacientes derivados de Dermatología, que ha considerado que se trata de una patología estética y han recomendado al paciente acudir a centro privados de medicina estética.

Conclusiones: El programa de CIMAP es efectivo para reducir el número y la tasa de derivaciones a Dermatología desde atención primaria, por lo que puede contribuir a la reducción de la lista de espera, y ayudar a la priorización de la atención en las ZBS que tengan implantados programas de este tipo. Se

debe potenciar este tipo de actuaciones ya que pueden suponer un ahorro económico, un incremento de la calidad percibida por los pacientes y un mecanismo de motivación e incentivación a los profesionales de atención primaria.

Palabras Clave: Dermatología. Cirugía Menor. Derivación.

PÓSTER N° 4

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE EL PACIENTE CON DEPENDENCIA Y SU CUIDADOR PRINCIPAL.

Autores: López Gil, M.J.; Gómez-Caro Marín S.; Sánchez Oropesa A.; Toledano Sierra P.; Gómez-Calcerrada Jiménez R.M; Orueta Sánchez R.

Centro de Trabajo: Centro de Salud "Sillería" (Toledo).

Objetivos: Evaluar el impacto sobre el paciente dependiente y su cuidador principal de la incorporación a un programa de atención domiciliaria a crónicos.

Diseño del Estudio: Estudio de intervención sin asignación aleatoria tipo "antes-después"
Emplazamiento: Atención Primaria. Urbano.

Participantes: Pacientes dependientes y cuidador principal del mismo al incorporarse a un programa de atención domiciliaria a crónicos (156 pacientes y 156 cuidadores). 7,8% de pérdidas en el año de seguimiento.

Intervenciones: Evaluación de la salud percibida, calidad de vida (cuestionario de Nottingham), frecuentación (visitas/año y frecuentadores), satisfacción con la atención recibida (escala likert 0-10 y puntos positivos y negativos del programa), apoyo social (escala Duke-UNC) y sobrecarga del cuidador (cuestionario Zarit) a los pacientes dependientes y su cuidador a su incorporación al programa y al año de la misma.

Mediciones y Resultados: El 85,4% de los pacientes y el 90,3% de los cuidadores consideran que la asistencia mejoró al final del año de intervención. Mejora significativa ($p < 0,05$) de la satisfacción de la asistencia recibida global, médica y de enfermería tanto del paciente (7,8 vs 8,5; 8 vs 8,7 y 7,3 vs 8,4 respectivamente) como del cuidador (7,6 vs 8,4; 7,9 vs 8,5 y 7 vs 8,5 respectivamente).

Disminución de la frecuentación del paciente (14,2 visitas/año vs 9,0; $p < 0,01$) y del cuidador (8,4 vs 7,5; $p < 0,05$) y del porcentaje de hiperfrecuentadores en pacientes (34% vs 17,1%; $p < 0,01$) y cuidadores (30,1% vs 6,9%; $p < 0,01$). Reducción del porcentaje de cuidadores que expresan escaso apoyo social (8,3% vs 2,8%; $p < 0,05$) y sobrecarga del cuidador (56,4% vs 44,4%; $p < 0,05$). No modificación significativa de la salud percibida ni de la calidad de vida del paciente ni del cuidador.

Conclusiones: La incorporación a un programa de atención domiciliaria de personas dependientes mejora su percepción sobre la asistencia recibida, reduce la utilización de los servicios sanitarios y disminuye el grado de sobrecarga del cuidador y su percepción de falta de apoyo social.

Palabras Clave: Programa atención domiciliaria. Persona dependiente. Cuidador principal.

PÓSTER N° 5

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL EN UNA MUESTRA BIEN DEFINIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS DE UN CENTRO DE SALUD RURAL.

Autores: Medina de la Casa, R; Maure Rico, M; Muñoz Cabañero, G; Martos López Zosa, F; Andújar Maure Rico, M; García Díaz, MD; Quintana Alaminos, O; Serrano Martín, C.

Centro de Trabajo: CS Villanueva de los Infantes.

Objetivos: Conocer la prevalencia de enfermedad renal crónica en hipertensos y diabéticos tipo 2.

Diseño del Estudio: Observacional, descriptivo.

Emplazamiento: EAP, Centro de salud rural.

Participantes: Criterios de inclusión: pacientes > 18 años, hipertensión esencial y diabetes diagnosticados según criterios de OMS. $N = 85$. Criterios de exclusión: no tener todos los datos analíticos o antropométricos necesarios. $N = 35$.

Mediciones y Resultados: Cálculo del aclaramiento de Creatinina según fórmula Cockcroft y Gault: $[(140 - \text{Edad}) \times \text{peso}(\text{kg}) / 72 \times \text{Creatinina}(\text{mg/dl})] \times 0,85$ (si mujer). Definición de valores: Proteinuria: Medida por microalbuminuria en muestra aislada o en orina de 24h. FUNCIÓN RENAL ACLARAMIENTO CREATININA HOMBRES MUJERES NORMAL 80-125ml/minuto 75-115ml/minuto IRLEVE 50-80ml/minuto

50-75ml/minuto IRMODERADA 25-50ml/minuto
25-50ml/minuto IRGRAVE <25ml/minuto <25ml-
minuto Considerando HTA bien controlada:<130/80
en pacientes con Insuficiencia Renal y proteinuria
<1g/d, y <125/75 aquellos con proteinuria >1g/d.
Se han analizado los datos con el programa esta-
dístico SPSSv15: utilizando TStudent para compa-
ración de las medias, y Chi-cuadrado para los
parámetros cualitativos. PREVALENCIA DE INSUFI-
CIENCIA RENAL:78,8% EDAD(años) INSUFICIENCIA
RENAL ESTADIO 1 (49,4%) ESTADIO 2 (29,4%) ES-
TADIO 3 (2,4%) 18-63 5(5,8%) 4(4,7%) 2(2,35%)
0 64-79 28(32,94%) 23(27,05%) 5(5,88%) 0 ≥80
36(42,35%) 15(17,64%) 19(22,39%) 2(2,35%)
SEXO MUJERES 45,9% HOMBRES 54,1% EDAD
74,59±11,85 18-63 15(17,6%) 64-79 33(38,8%)
≥80 37(43,5%) PESO 78,4±13,1Kg CREATININA EN
SANGRE 1,11±0,41mg/dl GLUCOSA SANGRE VE-
NOSA 122,16±28,92mg/dl HbA1c 6,93±1,03 TAS
137,76±14,15mmHg TAD 80,41±7,6mmhg ACLA-
RAMIENTO CREATININA 63,16±23,66ml/min PRO-
TEINURIA 16,5% HTA EN OBJETIVO 16,5% El
aclaramiento de creatinina tiene relación estadísti-
camente significativa(p<0,005) con edad, HbA1c,
peso TAS, TAD. No existe para proteinuria (p=0,98).

Conclusiones: Prevalencia total de insuficiencia
renal:78,8% superior a la observada en otros es-
tudios(2-3%).En mayores de 80 años es del
42,35%, presentando la mitad de ellos insuficien-
cia renal moderada. No podemos descartar insu-
ficiencia renal valorando únicamente los niveles
de creatinina plasmática, dado que éstos la ma-
yoría de las veces se encuentran en rango normal.
El dato clínico más relevante es que la proteinuria
no nos ayuda a inferir la presencia de IR.

Palabras Clave: renal, enfermedad renal crónica,
aclaramiento de creatinina.

PÓSTER Nº 6

PREVALENCIA DE CORRECTO CONTROL DE HI-
PERTENSION ARTERIAL EN UNA POBLACION
URBANA DE CASTILLA-LA MANCHA.

Autores: (1) Rodríguez Muñoz, R.; (2) Muñoz
Pérez, R.; (3) Mudarra Flores, J.F.; (4) Ortiz López,
G.; (5) Sanz Cortés, J.

Centro de Trabajo: (1 y 2) C.S. Carlos Mestre (Puer-
tollano), (3) C.S. Barataria (Puertollano) (4) C.S. II

(Puertollano); (5) Técnico de Salud y Responsable de
Calidad Hospital Santa Bárbara (Puertollano).

Objetivos: Describir la prevalencia de correcto
control de hipertensión arterial. Describir la pre-
valencia de otros factores de riesgo cardiovascular
en pacientes hipertensos. Analizar la posible rela-
ción entre factores de riesgo y demográficos y el
control.

Diseño del Estudio: Estudio de prevalencia del
control de la hipertensión.

Emplazamiento: Centros de Atención Primaria de-
pendientes de un Área de Salud.

Participantes: Se han incluido 401 pacientes mayores
de 18 años, seleccionados de forma aleatoria simple
de tres Centros del Área, diagnosticados de hiper-
tensión hace más de 3 meses y que no cumplían nin-
guno de los criterios de exclusión:

-Embarazas.

-Enfermedad renal.

-Enfermedad hereditaria causante hipertensión.

Mediciones y Resultados: Se recogieron variables
tales como: factores de riesgo cardiovascular, tra-
tamientos antihipertensivos, antiinflamatorios y
antilipemiantes, datos de filiación y otras enfer-
medades. Se consideró tensión arterial controlada
cuando la media aritmética de la tensión arterial
de las tres últimas medidas fue < de 140 mm de
Hg para la sistólica y < de 90 para la diastólica,
siendo estos valores de < de 130 para la sistólica
y < de 80 para la diastólica en pacientes diabéti-
cos o que han presentado un evento cardiovascu-
lar o cerebrovascular. De los 401 pacientes
(56,61% mujeres) el 62,34% presentaba un co-
rrecto control tensional, no existiendo diferencias
significativas por sexo (p = 0,178). El número de
malos controles en diabéticos (73,32%) fue sig-
nificativamente mayor (p<0,001). Entre los pa-
cientes controlados, el número de pacientes que
estaban tomando dos o menos fármacos antihi-
pertensivos fue significativamente mayor (p<
0,05). Presentamos un control significativamente
mayor que el estudio PRESCAP 2002 (p< 0,001).

Conclusiones: Aunque hemos observado mejor
control que otros estudios, estamos lejos de un
óptimo control de nuestros pacientes hipertensos;
sobre todo de aquellos con más riesgo como son
los diabéticos, quizás por estar siendo poco agre-
sivos con los tratamientos.

Palabras Clave: Hipertensión, prevalencia, control.

PÓSTER N° 7

NUESTRA EXPERIENCIA COMUNITARIA: SEMANA DE LA SALUD.

Autores: Muñoz Cabañero, G; Medina de la Casa, R; Briones Morales, M; Romero Torrijos, MJ; Moreno de Cayeux, C; García Badillo García Catalán, G.

Centro de Trabajo: CS La Solana.

Objetivos: - Intentar acercarnos a la comunidad con temas de EPS (Educación para la Salud) que puedan interesar tanto a la población como a los profesionales. - Educar a diferentes sectores de la población en temas de salud con la finalidad de estimular y mejorar sus estilos de vida.

Diseño del Estudio: Descriptivo.

Emplazamiento: Zona Básica Salud Rural.

Participantes: Diferentes sectores de la comunidad sobre todo la población que no asiste a consulta.

Intervenciones: Acciones dirigidas a diferentes sectores de población en sus correspondientes entornos, abordando las siguientes problemáticas: -Drogodependencias: charlas dirigidas a adolescentes y talleres de prevención de drogodependencias para personas con discapacidad intelectual -Alimentación: charlas-coloquio dirigidas a mujeres embarazadas, a profesionales sanitarios, a personas mayores y taller dirigido a padres de escolares. -Osteoporosis: realización de densitometrías óseas, consejos de prevención y charla -coloquio, dirigidos a mujeres entre 42 y 64 años -Dependencia: Charlas-coloquio y taller dirigidas a cuidadores y familiares. -Acceso al sistema sanitario: dirigido a inmigrantes. -Artrosis: Taller y Charla-coloquio dirigidos a mayores.

Mediciones y Resultados: -Se han realizado actuaciones en 9 entornos diferentes según el sector de la población a las que iban dirigidas -Han participado: 882 personas Se han formado en: Prevención de drogodependencias a 285 personas. Alimentación: 112 personas Osteoporosis: 40 personas. Realizándose 310 densitometrías óseas a mujeres. Cuidados a personas dependientes: 85 personas. Acceso al sistema sanitario 20 inmigrantes. Artrosis 30 Han participado el 60% de los profesionales de la ZBS.

Conclusiones: La EPS tiene que ser un proceso planificado, participativo y adaptado a las necesidades de la población - Cuando los temas son más específicos, el sector de la población más determinado y se trabaja en sus respectivos entornos,

las actividades tienen más repercusión. - Experiencia gratificante que mejora la relación de equipo junto con un mayor acercamiento a la población, tratando con éstos temas que por falta de tiempo no se abordan con dedicación adecuada.

Palabras Clave: prevención y promoción salud, comunidad, educación para la salud.

PÓSTER N° 8

EVALUACIÓN DE LOS ANTIHIPERTENSIVOS QUE NOS PROMOCIONAN EN LA VISITA MÉDICA.

Autores: Fuentes Vázquez, L (1); Plaza Terán, M (1); Clavijo Callealta JM (1); Carrasco Vidoz, CC (1); Portillo Vázquez, MA (1); Echegaray Machado, E (1).

Centro de Trabajo: (1) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención primaria de Talavera de la Reina. SESCAM.

Objetivos: Clasificar los antihipertensivos según su grupo terapéutico y las referencias aportadas sobre dichos fármacos, constatar las referencias bibliográficas presentadas por los laboratorios.

Diseño del Estudio: Estudio epidemiológico de tipo transversal.

Emplazamiento: Se han tomado dos zonas básicas de salud urbanas del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (La Estación y La Solana) y otra rural (CS Cebolla). Las tres tienen docencia MIR de Medicina de Familia.

Participantes: Material bibliográfico sobre fármacos antihipertensivos aportado por los laboratorios.

Intervenciones y Resultados: Durante una semana cinco médicos residentes recogieron todo el material bibliográfico sobre antihipertensivos aportado por los visitantes médicos. De los diez fármacos presentados, el 50% pertenecía al grupo de los ARAll (de ellos el 60% son asociación con diurético), el 40% pertenecía al grupo de los Antagonistas del Calcio (de ellos el 75% eran asociaciones con otros fármacos) y un 10% pertenecía al grupo de los Betabloqueantes. En el material aportado por los laboratorios se encontraron 68 referencias bibliográficas, de las cuales 57 son artículos pertenecientes a distintas revistas médicas, 4 hacen referencia a la Guía Europea de HTA y 1 a la Guía Americana, 3 de ellos son las fichas téc-

nicas, 2 son abstract y 1 póster. Se usaron dos fuentes para encontrar los 57 artículos (GOOGLE y PUBMED), de los cuales se consiguieron 40 (70%).

Conclusiones: Se observa una mayor frecuencia de ARA II (50%) dentro de los fármacos promocionados sin diferencia entre los asociados a diurético y los que no. La mayoría de los fármacos publicitados se nombran en los artículos de referencia aunque se comprueba que no se hace ninguna mención a ellos en otros. Aparece una mayor frecuencia de artículos de revisión (84%) dentro de las referencias aportadas.

Palabras Clave: Antihipertensivos, visita médica, promoción.

PÓSTER N° 9

CÓMO MEJORAR LA TASA DE ÉXITO DE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE.

Autores: (1) Mudarra Flores, J.F.; (2) Ortiz López, G.; (3) Rodríguez Muñoz, R.; (4) Muñoz Pérez, R.; (5) Sanz Cortés, J.

Centro de Trabajo: (1) C.S. Barataria (Puertollano) (3 y 4) C.S. Carlos Mestre (Puertollano); (2) C.S. II (Puertollano); (5) Hospital Santa Bárbara (Puertollano).

Objetivos: a) Obtener la opinión del paciente sobre como optimizar un programa de deshabituación tabáquica conociendo las principales causas de abandono del programa; b) Realizar una aproximación a los distintos factores que influyen en el éxito/fracaso de un programa de deshabituación tabáquica.

Diseño del estudio: estudio descriptivo cualitativo con mediante entrevista individual semiestructurada realizada por los participantes en el estudio.

Emplazamiento: Área de Salud urbana.

Participantes: 41 sujetos fumadores y exfumadores mayores de 18 años participantes en el programa de deshabituación tabáquica llevado a cabo entre Enero y Marzo de 2009.

Mediciones y resultados: se analizan los datos obtenidos de 41 sujetos fumadores y exfumadores mediante entrevista semiestructurada contrastando los resultados obtenidos. Se alcanzó saturación de las respuestas.

Conclusiones: mayoritariamente los sujetos entrevistados que se mantienen abstinentes opinan que es gracias a su fuerza de voluntad aunque reconocen que les ha servido participar en el programa. Los no abstinentes lo achacan a estrés y falta de apoyo sociofamiliar. Uniformemente propugnan por un mayor número de entrevistas y un pequeño porcentaje propone la subvención del tratamiento de forma gubernamental. Todos ven un grado de implicación alto por su parte y valoran favorablemente el programa y al personal implicado.

Palabras clave: deshabituación tabáquica, investigación cualitativa, factores de éxito.

PÓSTER N° 10

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS PERSONAS MAYORES Y LOS MÉDICOS DE FAMILIA SOBRE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS.

Autores: (1) Navarro Bravo, B.; (1) López-Torres, J.D.; (1) Párraga Martínez I.; (1) Andrés Pretel, F.; (2) Cerdá Díaz, R.; (3) de la Torre García, M.A.

Centro de Trabajo: (1) Unidad de Investigación, Gerencia de Atención Primaria, Albacete. (2) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria, Albacete. (3) Centro de Salud de La Roda, Gerencia de Atención Primaria, Albacete.

Objetivos: Conocer en qué medida las personas mayores y los médicos de familia de Albacete están informados sobre el Documento de Voluntades Anticipadas (VVAA) y qué opinión tienen sobre éste.

Diseño del Estudio: Metodología cualitativa. Se realizaron 2 sesiones de grupos de discusión, una con personas mayores y otra con médicos de Atención Primaria. Para el análisis de los datos se utilizó la transcripción literal de los discursos producidos en los grupos de discusión.

Emplazamiento: Ámbito comunitario.

Participantes: Grupo de 8 personas mayores de 63 años residentes en Albacete y grupo de 8 médicos de Atención Primaria de la provincia de Albacete. En ambos grupos durante 90 minutos se discutió sobre el Documento de VVAA y las preocupaciones de éstos sobre el tema.

Intervenciones: Mediciones y Resultados: Las fases del análisis incluyeron: primera interpretación intuitiva, reducción semiológica (análisis sintáctico, semántico y pragmático), interpretación global y redacción del informe. Los mayores hablaron de la falta de información sobre las VVAA y de sus preocupaciones sobre sus últimos momentos de vida, estando de acuerdo la mayoría en que no se les prolongue la vida por medios artificiales cuando la situación sea irreversible. La mayoría de ellos nunca se había planteado hacer el Documento, aunque lo ven como algo positivo que puede evitar que los familiares tengan que tomar decisiones difíciles. Los médicos dijeron haber leído sobre el documento, pero no creían tener demasiados conocimientos sobre cómo debe realizarse. Percibían que la gente no está muy informada e indicaron que nunca en las consultas les habían pedido asesoramiento. Opinan que el Documento les puede ayudar a tomar decisiones en su trabajo.

Conclusiones: La población se siente desinformada sobre las VVAA, por lo que sería bueno establecer alguna medida para que la información esté más accesible tanto para los pacientes como para los médicos.

Palabras Clave: Living Wills; Primary Care; Elderly.

PÓSTER N° 11

USO DE ANTIHIPERTENSIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MANZANARES II.

Autores: Domínguez Sánchez-Migallón, P. Sánchez Barrancos, IM.

Centro de Trabajo: Centro de Salud de Manzanares II.

Objetivos: Conocer qué antihipertensivos usamos en nuestros hipertensos, en los que tienen la PA controlada ($\leq 140/\leq 90$), y en los de ≥ 65 años, valorando el porcentaje de monoterapia y terapia combinada.

Diseño del estudio: Estudio observacional, descriptivo transversal sobre historias clínicas en el ámbito de la Atención Primaria.

Emplazamiento: EAP Manzanares II.

Participantes: Revisamos 282 historias (114 hombres/168 mujeres) elegidas por muestreo sistemático sobre listado de tarjeta obtenido de TURRIANO.

Intervenciones: Valoramos los antihipertensivos empleados y hemos calculado los porcentajes de uso (con IC 95%).

Mediciones y resultados: El 50,3% de hipertensos tienen la PA controlada. Los fármacos más empleados son diuréticos, existiendo diferencias entre sexos ($p < 0,05$) en el uso de alfa-bloqueantes.

En el 40,09% se usa monoterapia y en casi el 60% se usa terapia combinada (siguiendo las recomendaciones de las asociaciones) en más de 2/3 de los casos, (sin diferencias entre grupos).

Los fármacos más empleados en monoterapia son ARA II seguidos por diuréticos (excepto en el grupo de ≥ 65 años que son diuréticos y en segundo lugar ARA II -con $p=0,02$ respecto a los de PA controlada-), mientras que en terapia combinada las más usadas son inhibidores del Sistema Renina Angiotensina + diuréticos en casi la mitad de los pacientes- con $p=0,02$ entre PA controlada y los ≥ 65 años.

Conclusiones: En un 40% se usa monoterapia siendo ARA II los más utilizados, excepto en ancianos que son diuréticos. Hay mayor empleo de alfabloqueantes en varones que en mujeres ($p < 0,05$). En un 60% de pacientes se usa terapia combinada siendo la combinación más usada diurético + ARA II y en segundo lugar diurético + IECA.

Uno de cada 3 pacientes está con combinación de 2 fármacos y uno de cada 5 precisa 3 o más fármacos. A pesar del empleo de combinaciones solo conseguimos el control de la PA en poco más del 50% de los pacientes.

Palabras claves: hipertensión arterial, antihipertensivos, terapia combinada.

PÓSTER N° 12

CALIDAD DEL INFORME DE DERIVACION A URGENCIAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores: Velázquez Angulo, S., Laciqui, N., Arribas Aguirregaviria, F.J.

Centro de Trabajo: Centro de Salud Azuqueca de Henares.

Objetivos: Conocer la calidad de los informes de derivación a urgencias hospitalarias desde atención primaria.

Diseño del estudio: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Admisión urgencias hospital de Guadalajara, Programa Turriano.

Participantes: por muestreo aleatorio simple se escogen 390 informes de derivación a urgencias hospital de un total de 920 que se realizaron durante el mes de febrero de 2009. no se han incluido en el cálculo estadístico 60 informes que no hemos podido recuperar del archivo del hospital por estar rellenos a mano probablemente por provenir de urgencias domiciliarias. intervenciones: se recogen las siguientes variables: sexo, edad, motivo de consulta, anamnesis, exploración física, diagnóstico de presunción, alergias, tratamiento previo, plan de actuación y calidad. Cada ítem se valora 1 si aparece y 0 si no aparece en el informe, se establece calidad mala si presenta de 0 a 2 ítems, regular de 3 a 5 ítems y buena de 6 a 8 ítems.

Mediciones y Resultados: 50,6% varones, 23,5% de 0 a 14 años, edad media 40,09 años, motivo 91,8%, anamnesis 83,8%, antecedentes 59,7%, alergias 95%, exploración 83,2%, diagnóstico 87,6%, tratamiento previo 53,5%, plan de actuación 97,4%, calidad buena 82,6%.

Conclusiones: 1.- La calidad de los informes de derivación a urgencias desde atención primaria es buena. 2.- Debemos mejorar el registro de antecedentes personales y tratamientos previos. 3.- Las derivaciones desde domicilio deben rellenarse posteriormente en el Programa Turriano para poder así ser evaluadas en próximos estudios. 4.- La calidad no ha mejorado tanto con la incorporación de la historia clínica informatizada

Palabras Clave: calidad, derivación, urgencias.

PÓSTER N° 13

DESCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS EN REVISTA CLÍNICA DE MEDICINA DE FAMILIA (2005-2009)

Autores: López-Torres Hidalgo, J; Del Campo del Campo, JM; Boix Gras, C; López de Castro, F; Martínez Vizcaíno, V; Escobar Rabadán, F; Téllez Lapeira, JM; Martín Águeda, B; Del Burgo Fernández, JL; León Martín, AA; Villena Ferrer, A; Párraga Martínez, I (Comité Editorial de Revista Clínica de Medicina de Familia)

Centro de Trabajo: Sociedad Castellano-Man-

chega de Medicina de Familia y Comunitaria.

Objetivos: Describir las características de los artículos publicados en Revista Clínica de Medicina de Familia desde su fundación en 2005.

Diseño del Estudio: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Medicina de Familia. Publicaciones médicas.

Participantes: Artículos publicados en Revista Clínica de Medicina de Familia desde 2005 hasta la actualidad.

Intervenciones: Mediciones y Resultados: Las variables analizadas han sido: lugar de origen de los manuscritos, sección de la revista en la que se han publicado, área temática, diseño metodológico en el caso de originales y profesión del primer firmante. Durante el periodo observado han sido publicados 138 artículos en las diferentes secciones de la revista (44 originales, 32 casos clínicos, 21 artículos especiales, 17 editoriales, 12 revisiones de guías clínicas y 12 cartas al editor). Los centros sanitarios de la provincia de Albacete constituyen el origen más frecuente (53,6%), seguidos de los de Toledo (14,5%), Ciudad Real (11,6%), centros que no pertenecen a Castilla-La Mancha (9,4%), Cuenca (7,2%) y Guadalajara (3,6%). La distribución, según áreas temáticas, es la siguiente: aspectos directamente relacionados con la práctica clínica (68,1%), aspectos sociales de la medicina (9,4%), investigación (7,2%), administración sanitaria (7,2%), medicina comunitaria (6,5%) y medicina de familia y universidad (1,4%). Entre los artículos originales predominan los diseños observacionales de carácter descriptivo (68,2%), seguidos de estudios observacionales analíticos (18,2%), estudios experimentales (6,8%), validación de pruebas diagnósticas (4,5%) e investigación cualitativa (2,3%). En cuanto a la profesión del primer firmante, el 50,0% corresponden a médicos de familia, el 21,0% a residentes, el 6,5% a profesionales de enfermería y el 22,5% restante a otros profesionales.

Conclusiones: Los artículos publicados en Revista Clínica de Medicina de Familia corresponden, en su mayoría, a temas relacionados con la práctica clínica, cuyo origen más frecuente son los centros sanitarios de la provincia de Albacete. Entre los originales, la sección con mayor número de artículos publicados, predominan los diseños observacionales de carácter descriptivo.

Palabras Clave: Family Practice. Scientific Publications.

PÓSTER N° 14

MOTIVOS DE CONSULTA EN UN PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA (PAC) DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores: Moreno Maiz, E.S.; Murcia Bielsa, A.M.; Frías Castro, M.; Leal García, A.; Lázaro Merino, M.E.; Alías García, M.D.

Centro de Trabajo: Gerencia de Atención Primaria Mancha Centro.

Objetivos: • Perfil del paciente que acude a un Servicio de Urgencias de Atención Primaria. • Motivos de derivaciones más frecuentes a 2º nivel.

Diseño del Estudio: • Estudio descriptivo transversal. • Recogimos todos los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias de un Centro de Salud Urbano durante 4 días del mes de Marzo 2009. • Variables estudiadas: Edad, sexo, motivo de consulta, lugar de atención (centro o domicilio), patología derivada a 2º nivel. • Análisis de los datos: Estadística descriptiva para cada variable.

Emplazamiento: Punto de Atención Continuada de Atención Primaria de Zona Básica de Salud.

Participantes: Todos los pacientes que solicitaron asistencia sanitaria al PAC durante el periodo estudiado, excluyendo los que fueron atendidos telefónicamente. Total: 260.

Intervenciones: Mediciones y Resultados: El 68,8% fueron mujeres. Los grupos de edad más frecuente fueron entre 0-10 y 21-30 años. El 5,77% fueron atendidos en su domicilio, de los cuales el 60% fueron mayores de 80 años. Los motivos de consulta más frecuentes se englobaron dentro de traumatología (18,47%), ORL (16,54%) y respiratorio (13,47%). El 10,77% de los pacientes fueron derivados al 2º nivel, siendo la causa más frecuente la traumatológica (28,58%). Conclusiones: El perfil del paciente que acude a un Servicio de Urgencias de Atención Primaria es mujer menor de 30 años La patología más frecuente atendida es traumatológica seguida de ORL. Las derivaciones más frecuentes son por motivo traumatológico.

Palabras Clave: Motivo de consulta. Atención Primaria. Derivación.

PÓSTER N° 15

PREVALENCIA DE PADECIMIENTO DE VIOLENCIA DE GENERO EN MUJERES QUE CONSULTAN EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores: Berrocoso Martínez, A.(1),Cano Martín, L.M.(2), de Arriba Muñoz, L. (1), Bernaldo de Quirós Lorenzana (1), R., Alamar Provecho, J.D. (3), Cardo Maza, A (4).

Centro de Trabajo: Centro de trabajo: (1) Centro de Salud de Benquerencia (Toledo), (2) Centro de Salud de Menasalbas (Toledo), (3) Centro de Salud de Cofrentes (Valencia), (4) Hospital General de Albacete.

Objetivos: Conocer qué proporción de las mujeres que consultan en atención primaria sufren situaciones de violencia doméstica, así como las características clínicas y sociodemográficas asociadas. Diseño del Estudio: Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento: Consultas de atención primaria, rurales y urbanas

Participantes: Muestreo consecutivo de mujeres > 18 años, que tuvieran o hubieran tenido pareja. El tamaño muestral se calculó para una prevalencia esperada de 0,20, precisión del 5%, y nivel de confianza del 95%: 385 mujeres.

Intervenciones: Mediciones y Resultados: Se diseñó un cuestionario que incluía variables sociodemográficas, antecedentes patológicos y de consumo de tóxicos, y respuesta a la versión abreviada del Woman Abuse Screening Tool (WAST). Se invitaba a contestar asimismo a un cuestionario autoadministrable sobre situaciones de abuso. Sólo una mujer rechazó participar en el estudio, y dos se descartaron por datos incompletos. La media de edad de las 368 mujeres analizadas fue 40,6 (DE: 12,9), con un rango de 18-77años. Un 26,2% (IC 95%: 21,7-31,1%) presentaron un resultado positivo del WAST, y 25,9 % (IC 95%: 21,3-30,9%) admitían situaciones de abuso, físico, emocional o sexual, actual (11,7%) o pasado (17,4%). La concordancia en las respuestas a ambos cuestionarios era baja (Kappa: 0,53). Por análisis de regresión logística se encontró que el modelo que mejor predecía la existencia de abuso (actual o pasado) incluía las variables etnia (OR: 0,14 -IC95%: 0,06-0,34- para las "payas españolas"), estado civil (OR: 0,10 -IC95%: 0,04-0,24- y OR: 0,09 -IC95%: 0,04-0,21- para solteras/viudas

y casadas/pareja estable, respectivamente) y consumo de tabaco (OR: 2,02 -IC95%: 1,14-3,57- para fumadoras).

Conclusiones: Una elevada proporción de mujeres que consultan en atención primaria han sufrido situaciones de violencia en el ámbito doméstico, con especial asociación con ciertos grupos étnicos, en mujeres separadas, y en fumadoras.

Palabras Clave: Domestic Violence, Battered Women, Primary Health Care.

PÓSTER N° 16

PREVALENCIA DE DETERIORO COGNITIVO LEVE EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS DE UN CENTRO DE SALUD.

Autores: (1) Cruz Ramírez, LM.; (2) Egea Aldana, FR.; (3) Ortega Fernández, R.; (4) Higuera Irazo, AB.; (5) Sancho Lloras, C.; (6) López Camacho, JM. (1 y 6) C.S. Cuenca I; (5) C.S. Cuenca II; (2, 3 y 4) C.S. Cuenca III.

Centro de Trabajo: C.S. Cuenca III.

Objetivos: Estimar la prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) en mayores de 64 años en una muestra urbana de Cuenca y analizar factores asociados.

Diseño del Estudio: Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria. C.S. Cuenca III.

Participantes: Seleccionados 270 pacientes mayores de 64 años no institucionalizados del listado de tarjeta sanitaria del centro, rehusan participar 50 (tasa de no respuesta: 18,5%).

Intervenciones: Mediciones y Resultados: Variables: sociodemográficas, Para el diagnóstico de DCL se utilizaron los criterios diagnósticos de Petersen: - Quejas de memoria corroboradas por el acompañante. - Función cognitiva general normal evaluada con el Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC) - Independencia para las actividades de la vida diaria (AVD) valoradas con la escala de Barthel. - Deterioro en la memoria objetivado por el test de Pfeiffer. - Ausencia de demencia. El programa SPSS se empleó para el análisis estadístico (chi-cuadrado y t-Student). 220 pacientes analizados, 55% mujeres y una media de edad de 78,4 años (DE=8,2). Independientes para las AVD:

24,8%. MEC normal en un 88,8% y el Pfeiffer en un 89,8%. La variable deterioro cognitivo se distribuyó de la siguiente manera: normal 81,4%, DCL 3,6%, deterioro cognitivo moderado-severo sin diagnóstico de demencia 7,3% y demencia 7,7%. El MEC fue positivo en mujeres en mayor proporción que en los hombres (16,8 frente a 4,3%, $p=0,005$). El 8% de las mujeres tenían algún tipo de dependencia para las AVD frente al 2,2% de los hombres ($p=0,065$). La prevalencia de DCL en las mujeres fue de 23,1% frente a un 13,1% en los hombres ($p=0,058$). Se encontraron diferencias en la edad de los pacientes sin deterioro cognitivo (76,9) frente a los que sí lo presentaban (85,1) ($p<0,001$).

Conclusiones: La prevalencia de DCL es menor a la encontrada en otros estudios, probablemente debida a la dificultad en la definición del propio concepto de DCL. Esta variabilidad se constata en los estudios que han abordado este tema. En cualquier caso, este es el corte transversal de un estudio de seguimiento en el que pretendemos constatar el valor predictivo del diagnóstico de DCL en su evolución a demencia. El diagnóstico precoz de DCL permite implantar medidas terapéuticas y de seguimiento que pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras Clave: Anciano, Prevalencia, Deterioro cognitivo.

PÓSTER N° 17

TALLER DE LACTANCIA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL: EXPERIENCIA CONJUNTA

Autor Principal: (1) Ramírez López, R.

Resto de Autores: (2) López Fuentes, U.; (3) Pérez Cervantes, R.M.

Centro de Trabajo: (1) C.S. Villahermosa; (2) C.S. Daimiel; (3) C.S. Valdepeñas 2.

Finalidad: Aumentar el inicio y la duración de la lactancia materna.

Características: Experiencia educativa realizada por una enfermera y un médico de familia en una zona básica de salud de ámbito rural. Las participantes son mujeres embarazadas y madres lactantes captadas en consulta programada. Se desarrolla en reuniones mensuales de 2 horas de duración. Mediante turnos de palabra se tratan

las dudas y problemas relacionados con el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna, siendo acompañadas por una enfermera y/o un médico de familia, con resolución conjunta de problemas.

Resultados: para valorar los resultados realizamos un estudio descriptivo comparando la prevalencia de lactancia antes y después de esta intervención. Se apreció un incremento del inicio de LM del 87% en el año 2004 al 92% en el año 2006, y un aumento en el mantenimiento a partir de los 6 meses pasando del 48 % en 2004 al 75% en 2006. Siguen manteniendo después de los 12 meses un 58 %, mientras que en el año 2004 era del 17%.

Conclusiones: un taller de lactancia reúne las condiciones para que cualquiera se sienta acogido, es un espacio para madres, niños y acompañantes. Antes creíamos que el objetivo principal del taller de lactancia era proporcionar los conocimientos teórico-prácticos necesarios para amamantar con éxito, ahora sabemos que eso es insuficiente. La información y los conocimientos son necesarios pero junto a un apoyo emocional constante. Sería necesario aumentar la implicación de médicos y enfermeros en actividades que fomenten la lactancia materna.

Palabras Clave: Lactancia materna, educación para la salud, centro de salud.

PÓSTER N° 18

RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CRÓNICOS. ¿CONTROLAMOS MÁS A LOS PACIENTES DE MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR?

Autores: Gómez-Caro Marín S, Sánchez-Oro Gómez R, Guerrero Ramírez S, González Carnero R, Gómez Suanes G, Carmona de la Morena J.

Centro de Trabajo: Centro de Salud "Sillería" (Toledo).

Objetivos: analizar el riesgo cardiovascular de los pacientes crónicos atendidos en dos Centros de Salud y estudiar el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en estos pacientes.

Diseño del Estudio: estudio descriptivo transversal y multicéntrico.

Emplazamiento: atención primaria.

Participantes: se incluyeron 246 pacientes ≥ 18 años hipertensos, diabéticos y dislipémicos en programa de crónicos seleccionados por muestreo

aleatorio simple. El riesgo cardiovascular se calculó con las tablas SCORE para países de bajo riesgo.

Intervenciones: Mediciones y Resultados: fueron excluidos 40 pacientes con enfermedad 10,9 años ($60,7\% \pm$ cardiovascular previa (N=206). La edad media fue 68,9 mujeres). La distribución por grupos fue: bajo riesgo 51,9% (n=107); riesgo moderado 31,1% (n=64) y riesgo alto 17,0% (n=35). En el grupo de bajo riesgo el 79,4% eran hipertensos, 29,9% diabéticos y 69,2% dislipémicos; en el de riesgo moderado el 89,1% eran hipertensos, 35,9% diabéticos y 48,4% dislipémicos; y en el de riesgo alto el 85,7% eran hipertensos, 25,7% diabéticos y 54,3% dislipémicos. El porcentaje de pacientes con 1 FRCV fue 34,6%; 45,3% y 51,4%, con 2 FRCV 52,3%, 35,9% y 31,4%, y con 3 FRCV 13,1%; 18,8% y 17,1% respectivamente según grupos de bajo, moderado y alto riesgo. El porcentaje de pacientes con buen control de HTA fue de 82,4%, 77,2% y 63,3%; dislipemia 47,3%, 41,9% y 52,6%; diabetes 69,0%, 57,1% y 60,0% respectivamente según grupos de bajo, moderado y alto riesgo. El grado de control de los tres FRCV fue 48,6% en pacientes de riesgo bajo, 53,1% en pacientes con riesgo moderado y 45,7% en pacientes de riesgo alto. El 49,5% (IC 95%; 42,7-56,3) de pacientes presentaban buen control de los tres FRCV.

Conclusiones: la mitad de los pacientes crónicos presentan un riesgo cardiovascular moderado o alto. La conducta del médico de familia ante el control de la hipertensión, diabetes y dislipemia no presentó diferencias según el riesgo cardiovascular de los pacientes.

Palabras Clave: Pacientes crónicos, Atención Primaria, Riesgo cardiovascular, Inercia clínica.

PÓSTER N° 19

LACTANCIA MATERNA EN LA CONSULTA DEL MEDICO DE FAMILIA.

Autor Principal: (1) López Fuentes, U.

Resto de Autores: (2) Pérez Cervantes, R.M. ; (3) Ramírez López, R. ; (1) López Álvarez, M.A.

Centro de Trabajo: (1) C.S. Daimiel 1 ; (2) C.S. Valdepeñas 2 ; (3) C.S. Villahermosa.

Finalidad: Aumentar las tasas de inicio y duración de la Lactancia Materna (LM).

Características: Experiencia clínica basada en la creación en la agenda del médico de familia de citas a demanda para solucionar problemas médicos durante la LM, de forma centralizada. Previamente se realizó una sesión clínica en el Centro de Salud, informando al equipo de los conocimientos básicos en esta materia: contraindicaciones reales de la LM, fuentes fiables de consulta de fármacos, tratamiento de las complicaciones (mastitis, problemas del pezón...) según las últimas recomendaciones que dan poca relevancia a las candidiasis del pezón a favor de infecciones bacterianas, necesidad de suplementación de yodo... Posteriormente se envió una comunicación escrita a todos los profesionales sanitarios del municipio para poner en su conocimiento que se había iniciado esta consulta, y la forma en la que los usuarios podían citarse.

Resultados: Hasta el momento las principales consultas han sido relacionadas con problemas en los primeros días: agarre incorrecto o mala técnica, que ocasionan ingurgitación mamaria u otras complicaciones; también consultas acerca de medicación compatible durante la LM. El número de mujeres que solicitan esta consulta es muy bajo todavía.

Conclusiones: La LM es la norma de alimentación en el recién nacido. La OMS, la UNICEF y la Asociación Española de Pediatría recomiendan LM exclusiva los primeros 6 meses y complementada con otros alimentos hasta al menos 2 años. Actualmente las tasas de LM en nuestro medio distan mucho de estas recomendaciones. Siendo conscientes de los beneficios que la LM comporta para la salud de los niños, sus madres y sociedad en general, hay que señalar la responsabilidad que todos los profesionales sanitarios tenemos en su promoción y protección y la obligación de mantenernos debidamente actualizados, ya que, tristemente, todavía hay altas tasas de abandono injustificado ante complicaciones.

Palabras Clave: Lactancia materna, centro de salud, consulta.

PÓSTER N° 20

USO DE SMS EN UNA UNIDAD DOCENTE.

Autores: (1) Sánchez García, S; (1) Lozano Suárez,

C; (1) González Hidalgo, E; (2) León Martín, AA.

Centro de Trabajo: (1) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Ciudad Real, (2) Hospital General de Ciudad Real.

Objetivos: Valorar si el uso de mensajes cortos por móvil (short message system: SMS) ha mejorado la comunicación entre la Unidad Docente (UD) y los residentes y si la información que se transmite en ellos es la adecuada en cuanto a calidad, cantidad y tiempo previo al evento del que se informa.

Diseño del Estudio: Estudio descriptivo cualitativo mediante encuesta individual autoaplicada a todos los residentes. Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 10.0.

Emplazamiento: Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Participantes: Todos los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria pertenecientes a la Unidad Docente (n=58).

Mediciones y Resultados: De las 58 encuestas enviadas (total de residentes) han sido contestadas 34 (58.6%), de las cuales 58.8% (n=20) son de mujeres. Todos tienen teléfono móvil y utilizan SMS habitualmente el 82.4% (n=28), enviando y recibiendo una media de 2-5sms/día. También el total dispone de acceso a internet en casa y acceden al menos 1 vez/día el 63.6% (n=21). La media de tiempo que transcurre desde que reciben un sms hasta que lo leen (< 1 hora) es menor que la del correo electrónico (12-24 horas). Consideran útil el envío de información desde la UD a través de sms el 94.1% (n=32), de estos, el 58.8% (n=20) por la rapidez y seguridad, y el 29.4% (n=10) sólo por la rapidez. Para el 52.9% no existía este sistema de información al inicio de la residencia y su instauración la valoran como una "gran mejoría" el 76.5% (69.2% mujeres y 61.5% R3), y "mejoría parcial" el 17.6% (66.7% hombres y 66.7% R4). Se preguntó por la cantidad y calidad de la información y el tiempo transcurrido desde que reciben un sms hasta el evento del que informan mediante escala de 1 a 5 siendo 1 "nada adecuado" y 5 "muy adecuado". La media fue de 4.07+/-0.88 para la cantidad, 4.22+/-0.73 para la calidad y 3.48+/-0.73 para el tiempo.

Conclusiones: El uso de tecnologías de la información y la comunicación (internet y teléfono móvil) está totalmente implantado entre los residentes, hecho que facilita la comunicación de información desde la UD. La instauración del

sistema "sms" ha supuesto una gran mejoría en la transmisión de información a los residentes que lo valoran positivamente por la rapidez y la seguridad, así como por la cantidad y calidad de la información que reciben. Por tanto, consideramos que se trata de una herramienta muy útil a tener en cuenta en docencia y recomendamos su implantación en otras UD o de Formación.

Palabras Clave: Short message system (sms), docencia, tecnologías de información y comunicación (TIC).

PÓSTER N° 21

VARIABILIDAD Y TENDENCIAS EN EL CONSUMO DE FÁRMACOS ANTIDEMENCIA EN CASTILLA-LA MANCHA. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Autores: Echegaray Machado E.* (1), Criado-Álvarez JJ. (1,2), Carrasco Vidoz CC. (1), Plaza Terán M. (1), Clavijo Callealta JM. (1), Fuentes Vázquez L. (1).

Centro de Trabajo: (1) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. SESCAM (2) Centro de Estudios Universitarios de Talavera de la Reina. Universidad de Castilla-La Mancha.

Objetivos: Estudiar la evolución del consumo de fármaco antidemencia en Castilla-La Mancha desde 2004 a 2008 y estimar la prevalencia de Enfermedad de Alzheimer en la población mayor de 65 años a través de su consumo.

Diseño del Estudio: Estudio farmacoepidemiológico de utilización de medicamentos. Cálculo de las Dosis Diarias Definidas por 100 habitantes y día (DHD: Dosis Habitante Día) de fármacos antidemencia (Grupo terapéutico N06DA y N06DX). La fuente de información que se ha utilizado es la base de datos de medicamentos del Área de Farmacia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Este sistema de información tiene cobertura regional y registra el consumo extrahospitalario de fármacos mediante receta oficial del Sistema Nacional de Salud.

Emplazamiento: Años 2004-2008, provincias de Castilla-La Mancha. Las poblaciones para cada uno de los años para el cálculo de las tasas (DHD) se han obtenido a partir de la Base de datos TEMPUS,

realizada por el Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es). Se ha tomado el grupo de edad de más de 65 años (DHD65), porque es la población diana a la que están dirigidos esos fármacos.

Participantes: Prescripciones indicadas en todo el SESCAM.

Intervenciones: Mediciones y Resultados: La prevalencia mínima de Enfermedad de Alzheimer es de 2,98 por 100 habitantes y día para el conjunto de la región, existiendo una variabilidad en su uso y consumo, con un predominio del donepezilo en todas las provincias, excepto en Cuenca que es la memantina con un 9,84 DHD en 2008. Si asumimos que el 64,3% de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer están siendo tratados, la prevalencia final estimada en la región sería de 4,63%. Ello representa en cifras absolutas para Castilla-La Mancha, entre 7407 casos en 2004 y casi 11000 casos en 2008 desde el grado de leve a grave. Sin embargo hay diferencias provinciales, con el máximo en Albacete (3,73%) y el mínimo en Toledo (2,81%). En su conjunto, el consumo de estos fármacos se ha incrementado un 8% anual. Conclusiones: El consumo de fármacos antidemencia permite estimar la distribución de Enfermedad de Alzheimer en Castilla-La Mancha. Las cifras obtenidas no permiten todavía estimar con precisión la prevalencia de la enfermedad, pese al aumento en su consumo. Si se puede establecer la variabilidad en la práctica médica frente a esta enfermedad.

Palabras Clave: Enfermedad de Alzheimer. Farmacoepidemiología. Prevalencia

PÓSTER N° 22

PREVALENCIA Y ACTITUDES RESPECTO AL TABAQUISMO EN ESCOLARES DE 2º DE E.S.O. DE DOS ÁREAS DE SALUD DE CASTILLA LA-MANCHA

Autores: (1) Martínez Carretero, M.; (2) Villena Zálvez, M.E.; (3) Villena Ferrer, A.; (4) Morena Rayo, S.; (5) Párraga Martínez, I.; (6) López-Torres Hidalgo, J.

Centro de Trabajo: (1, 2 y 3) C.S. Zona V-B (Albacete); (4) C.S. Hellín 2 (Albacete); (5 y 6) Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Albacete.

Objetivos: Conocer la prevalencia de tabaquismo

activo y pasivo en una población de escolares de 2º de E.S.O. Describir actitudes frente al tabaquismo e identificar factores relacionados en la población estudiada.

Diseño del Estudio: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centros escolares de dos áreas sanitarias de Castilla La-Mancha.

Participantes: 361 estudiantes de 2º de E.S.O.

Mediciones y Resultados: variables relacionadas con aspectos socio-demográficos, consumo de tabaco, exposición a ambientes contaminados por humo de tabaco, autoeficacia y conocimientos sobre tabaquismo.

La proporción de fumadores fue 12,6% (IC95%:9,1-16,0). Entre los no fumadores el 59,7% declaró tener familiares fumadores y el 38,2%, manifestaron exposición domiciliaria al humo del tabaco.

El 97,5% de los encuestados considera el tabaco perjudicial, aunque sólo el 55,7% cree que, además de la nicotina, el tabaco contiene otras sustancias nocivas. El 48,3% considera que se debe encarecer el tabaco. El 13,5% cree que fumará en el futuro. Entre los fumadores, al 50,0% le gustaría abandonar el hábito.

La proporción de fumadores fue significativamente superior ($p < 0,05$) en mujeres (17,7% vs 8,2%), escolares con consumo frecuente de alcohol (37,9% vs 10,5%), en sedentarios (18,5% vs 9,7%) y en los que tienen amigos fumadores (40,8% vs 5,2%).

Los fumadores refirieron disponer de mayor cantidad de dinero los fines de semana (10,9 euros \pm 8,6 DE vs 8,1 \pm 6,2 DE).

Conclusiones: En nuestra población, la prevalencia de tabaquismo activo y pasivo es considerable. La mayoría de fumadores son mujeres.

Determinados factores se relacionan con el tabaquismo como consumir alcohol frecuentemente, no practicar deporte, tener amigos fumadores o disponer de más dinero.

La mayoría considera que el tabaco es perjudicial y la mitad de los fumadores desean dejarlo.

Palabras clave: epidemiología, tabaquismo, adolescentes.

PÓSTER Nº 23

PROPUESTA DE EVALUACIÓN CLÍNICA PARA LA DETECCIÓN DE DISFAGIA OROFARÍNGEA EN PACIENTES MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores: Román Marcos, E.; Belmonte Santamaria, J.E.; Martín, Rodríguez, J.; Zafra Alonso, S.; Muñoz Medina, A.; Rodríguez de Roveres, C.

Centro de Trabajo: Centro de salud Cervantes. Guadalajara.

Introducción: La disfagia orofaríngea tiene una prevalencia del 50% en > de 75 años, se asocia con un aumento de la morbi/mortalidad.

Objetivos: puesta en marcha de un instrumento de despistaje de disfagia en un centro de atención primaria.

Diseño: estudio descriptivo aplicando un instrumento de despistaje de disfagia a pacientes > de 75 años que acuden por cualquier causa a la consulta de atención primaria durante dos meses consecutivos.

Emplazamiento centro de salud urbano.

Participantes: pacientes mayores de 75 años que acuden a la consulta de atención primaria durante un mes.

Intervenciones: la revisión de la historia médica del paciente, interrogatorio sobre los síntomas específicos de la disfagia, realización de un examen físico que incluya una valoración nutricional y una exploración durante la deglución.

Se administrara al paciente monitorizado con el Pulsioxímetro, 3 volúmenes de líquido (5, 10 y 15ml.) de forma sucesiva y se valoraran parámetros durante la deglución del tipo: babeo, tos, disfonía, fraccionamiento de la deglución y desaturación. Como material se utilizará balanza con tallador, pulsioxímetro, escala para la detección de riesgo de malnutrición.

Mediciones y Resultados: examen físico, valoración nutricional (MNA), test del agua.

Conclusiones: se han identificado un porcentaje de 30% de pacientes con disfagia. En aquellos pacientes con tan solo sospecha clínica el test consiguió confirmarla en el 75%. El método no ocupó más de 3 minutos siendo posible la puesta en marcha de medidas sencillas de alta rentabilidad apoyadas con un protocolo escrito de manejo de texturas.

Palabras Clave: Disfagia, nutrición, paciente geriátrico.

PÓSTER N° 24

REVISIÓN DEL CONTENIDO DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EMPLEADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DEL ÁREA DE GUADALAJARA.

Autor Principal: Alicia Fernández de Peñaranda Cervantes.

Centro de Trabajo: Centro de Salud Guadalajara Sur.

Objetivos: Detección de puntos de mejora en los documentos de consentimiento informado (CI) empleados habitualmente en Atención Primaria en la provincia de Guadalajara, adecuarlos a la normativa actual, mejorando la calidad asistencial.

Diseño del Estudio: recogida de documentos y comparación con la normativa actual.

Emplazamiento: Atención Primaria en el área de salud de Guadalajara.

Participantes e Intervenciones: localización de puntos de mejora de los documentos emplean los odontólogos, los médicos de familia en cirugía menor, anticoncepción postcoital de emergencia, petición de pruebas diagnósticas invasivas (colonoscopias, gastroscopias). En total seis. (En base a los requisitos exigidos en la Ley de Autonomía del Paciente y a las recomendaciones del Consejo Interterritorial sobre documento CI).

Mediciones y Resultados: detección puntos de mejora por la falta de:

1. datos del paciente (50%)
2. datos del representante legal (50%)
3. datos del médico que informa al paciente (50%)
4. apartado para la firma del representante legal (83%)
5. firma del médico (50%)
6. documento de revocación (100%)
7. consentimiento para videograbación, fotografía, docencia, investigación (100%)
8. información de la posibilidad de revocar libremente el consentimiento (16%)
9. información: riesgos de no someterse a la intervención (100%)
10. manifestación de haber sido informado sobre las posibles alternativas al tratamiento (66%)

11. documento de negativa al tratamiento (100%)
12. cirugía menor: documento genérico, no por técnicas

Conclusiones:

Primero: Existen puntos detectados de mejora en el contenido del documento de consentimiento informado.

Segundo: Mejorar los contenidos de los documentos constituirá una mejora en la calidad de los mismos y de la información proporcionada al paciente.

Tercero: Mejorar la calidad de los documentos, adaptándolos a los requisitos que exige la ley hará que disminuya la posibilidad de demandas judiciales.

Cuarto: Como solución propongo formación continuada a profesionales y la elaboración de protocolos que faciliten la transmisión de la información.

Palabras Clave: información, documento de consentimiento informado, puntos de mejora, calidad.

PÓSTER N° 25

ACTITUD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN ÁREA DE SALUD ANTE LAS RESTRICCIONES DEL CONSUMO DE TABACO

Autores: (1) Ruiz-López, L.; (2) Ruiz de Oña JM.; (3) Sanz-Pérez JA.; (3) Sánchez Holgado J.; (2) Jiménez Sánchez J.; (3) Ramos-Corralejo M.

Centro de Trabajo: (1) Unidad Docente. GAP Guadalajara. (2) Unidad de Tabaquismo de Área. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (3) Unidad de Tabaquismo de Área. Gerencia de Atención Primaria. Talavera de la Reina.

Objetivos: Evaluar conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios ante las restricciones del consumo de tabaco.

Diseño, Emplazamiento y Participantes: Estudio transversal analítico-descriptivo incluyendo profesionales sanitarios de centros del Área de Salud de Talavera de la Reina: Hospital Nuestra Señora del Prado, Gerencia de Atención Primaria e Instituto de Ciencias de la Salud (ICS). Población diana estimada: 1321 sujetos. Sin criterios de exclusión. Trabajo de campo: febrero 2007-marzo 2008.

Mediciones y resultados: Cuestionario anónimo

estructurado autoadministrado incluyendo variables demográficas, laborales, de conocimientos y actitudes frente a las restricciones del consumo de tabaco. $n=634$, tasa de respuesta 47,99%. El 71,8% manifestaba conocer la Ley 28/2005, de 26 de diciembre. Los fumadores manifestaron con mayor frecuencia conocerla (79,3% frente 69,1%; test de χ^2 , $p=0,013$). El 53,8% refiere promover habitualmente que se respete la prohibición de fumar en los centros. Los profesionales de primaria refieren promoverlo más frecuentemente (70,4% habitualmente, frente a 66,7% del ICS y 45,8% del Hospital; $p<0,001$). Los fumadores refieren promoverlo con menor frecuencia (21,3% nunca lo promueve frente 12,1% en no fumadores; $p=0,016$). Respecto a su posición global hacia el consumo de tabaco, en una escala de 0 (permissividad total) a 10 (restricción absoluta), se refleja una posición restrictiva (media de 7,1; IC 95% 6,92-7,28, mediana 7,0). Los fumadores muestran una actitud más permisiva (media 5,8) que los no fumadores (media 7,6), U de Mann Whitney; $p<0,001$. Por categorías profesionales, diplomados y técnicos sanitarios mostraron una actitud más permisiva (media 6,59, H de Kruskal-Wallis, $p=0,008$), sin diferencias entre sexos. El ICS, seguido de primaria mostró una actitud más restrictiva (H de Kruskal-Wallis, $p=0,025$).

Conclusiones: Los profesionales del ICS y primaria se muestran más concienciados ante la restricción del consumo de tabaco.

Palabras clave: Tabaquismo, Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud, Personal de Salud.

PÓSTER Nº 26

¿ES ADECUADA LA UTILIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN EL MANEJO DEL HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Autores: Carbayo García J.J. (a), Sastre García J.F. (b), Andrés Luis V. (b), Ruiz-López L. (c).

Centro de Trabajo:

- Médico de Familia, CS Talavera Centro, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina (GAPTA).
- Médico de Familia, CS Cebolla, GAPTA.
- Técnico de Salud de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Guadalajara.

Objetivo: Explorar cómo la realización por el Médico de Atención Primaria (AP) de ecografía tiroidea en pacientes con hipotiroidismo subclínico (HS) influye en su manejo.

Diseño del Estudio: Observacional longitudinal.

Emplazamiento: Pacientes con hipotiroidismo subclínico de un cupo urbano y otro rural del Área de Talavera de la Reina. Trabajo realizado desde Marzo del 2008 a marzo del 2009.

Participantes: 30 pacientes estudiados, 26 (86,7%) son mujeres y 4 (13,3 %) varones, Edad media 57,9. Ninguno tenía antecedentes personales de radioterapia de cuello ni tiroidectomía. En dos casos constaban antecedentes familiares de patología tiroidea. Una paciente estaba en tratamiento continuado con litio y otra esporádicamente con amiodarona. Tres pacientes con TSH > 10 mU/L.

Intervención: Exploración ecográfica realizada con una sistemática establecida. Los resultados normales y las hiperplasias se siguieron desde atención primaria. Los nódulos se derivaron para completar su estudio y se solicitó ecografía por radiólogo. Mediciones y Resultados: Se recogen antecedentes familiares y personales de enfermedad tiroidea, de tratamiento radioterápico, edad, sexo, tratamientos medicamentosos que influyen en la función tiroidea (Amiodarona, sertralina, litio,..) y niveles de TSH.

Presentaban nódulos 11 pacientes, 2 anecoicos (posibles quistes), 4 en el contexto de un bocio multinodular (2 sin predominio de un nódulo y 2 con nódulo predominante), 1 isoecogénico, 3 hipoecogénico y 1 hiperecogénico. Solicitamos la realización de ecografías Hospitalarias para valorar nódulos en 9 pacientes (todos los nódulos detectados salvo los 2 quistes): en 7 casos se confirmó la presencia de nódulos, en un caso se trataba de una glándula paratiroidea (considerándose falso positivo), y el otro caso se perdió. En resumen, en 9 casos (30%; IC 95% 11,9-48,1) se modificó el manejo a raíz de los hallazgos ecográficos.

Conclusión: La Ecografía en AP parece conducir a un manejo clínico más apropiado del HS. Habría aun que valorar su posible coste-beneficio, incluyendo en los costes los falsos positivos (estrés del paciente, costes por la solicitud inapropiada de pruebas diagnósticas,...) y el tiempo empleado por el médico de AP.

Palabras Clave: Hipotiroidismo subclínico, Ecografía, Atención Primaria.

PÓSTER N° 27

CONTROL Y VIGILANCIA DE ADENOPATIAS. UN VALOR AÑADIDO DE LA ECOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA.

Autor Principal: Hidalgo Fernández, C.

Resto de Autores: Tapiador Fernández*, J.; Fernández Barrios*, P.; Caira*, J.; Santamaría Martín*, A.; Morales Cano, J.M.**

Centro de Trabajo: *Residentes de 3º-4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de MFyC de Ciudad Real. Centro de Salud de El Torreón. Ciudad Real.

Palabras clave: Mastocitosis. Ecografía. Atención Primaria.

Historia clínica-antecedentes personales: Un varón de 62 años y diagnosticado desde hace más de 10 de Mastocitosis Sistémica con afectación dermatológica, ósea y hepática leve, es seguido en las consultas específicas de la Fundación para la Mastocitosis de Toledo y por su médico de familia, quienes frecuentemente se ponen en contacto telefónico para evaluar el porvenir clínico y las estrategias a seguir.

Exploración física: Lesiones cutáneas típicas de Mastocitosis Sistémica, máculas eritematosas distribuidas por todo el cuerpo. Aspecto osteoporótico con cifosis dorsal por los múltiples aplastamientos vertebrales a lo largo de su evolución.

Pruebas complementarias: Entre las pruebas de seguimiento del paciente se incluyen analítica general con triptasa sérica (marcador de actividad de la Mastocitosis), ecografía abdominal realizada por su médico de familia cada 3 meses (con medición del tamaño de las adenopatías y así valorar la respuesta al tratamiento quimioterápico), Rx de tórax y, por supuesto, evaluación clínica.

Evolución: En uno de los controles ecográficos realizados en el ecógrafo del centro de salud, el médico de familia descubre múltiples adenopatías periaórticas, pericava y peripancreáticas, signo de posible leucemización de la enfermedad. Se le comenzó a administrar quimioterapia con Hidroxiurea y posteriormente con Interferon alfa 2-b tras comprobar la falta de respuesta al tratamiento, directamente correlacionado con la escasa disminución de las adenopatías y la hepato-esplenomegalia.

Diagnóstico final: Mastocitosis sistémica avanzada con signos de leucemización.

Discusión: Comunicamos este caso como un ejemplo más de reconocimiento a la ecografía practicada en Atención Primaria, y a la eficiencia de la buena coordinación Atención Primaria-Atención Especializada a través del contacto directo (telefónico, mail).

Bibliografía:

- 1.- Bunimovich O, Grassi M, Baer MR. Systemic mastocytosis: classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Cutis*. 2009 Jan;83(1):29-36.
- 2.- Tefferi A, Levine RL, Kantarjian H. Oncogenic signals as treatment targets in classic myeloproliferative neoplasms. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2008 Jan;15(1 Suppl):114-9.
- 3.- Escribano L, Akin C, Castells M, Orfao A, Metcalfe DD. Mastocytosis: current concepts in diagnosis and treatment. *Ann Hematol*. 2002 Dec;81(12):677-90.
- 4.- Escribano L, Akin C, Castells M, Schwartz LB. Current options in the treatment of mast cell mediator-related symptoms in mastocytosis. *Inflamm Allergy Drug Targets*. 2006 Jan;5(1):61-77.

PÓSTER N° 28

COMPLICACIONES URGENTES NO GRAVES DE LA POLIQUISTOSIS HEPATO-RENAL.

Autor Principal: Tapiador Fernández*, Julia.

Resto de Autores: Morales Cano**, J.M.; Hidalgo Fernández*, C.; Marcos Dorado**, J.A.; Villar Martínez**, M.; Martín Fernández**, P.

Centro de Trabajo: *Residentes de 3º-4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. **Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de MFyC de Ciudad Real. Centro de Salud de El Torreón. Ciudad Real.

Palabras clave: Poliquistosis hepato-renal, Urgencia, Sangrado intraquístico.

Historia clínica-antecedentes personales: Mujer de 40 años, diagnosticada desde hace 10 de Poliquistosis Hepato-renal, hipertensa, con enfermedad renal crónica grado 3 e hipercolesterolemia.

Sigue tratamiento profiláctico, con Norfloxacin, por presencia de E.Coli multirresistente. Como antecedentes familiares destacamos madre en diálisis, dos hermanos con Poliquistosis y un hijo sano tras despistaje. La paciente acudió a consulta por dolor agudo en fosa renal derecha, sin síndrome miccional y afebril.

Exploración física: Puñopercusión renal derecha dolorosa sin más datos de interés.

Pruebas complementarias: Una tira de orina objetivó microhematuria y leucocituria. Se le realizó, en el centro de salud, una ecografía renal objetivándose una imagen quística dominante sobre el resto de los múltiples quistes en el riñón derecho, con ecos lineales en su interior sugerentes de contenido intraquístico.

Diagnóstico diferencial: En estos casos el diagnóstico diferencial se hará con las complicaciones más frecuentes de esta patología: infección de quiste renal, sangrado intraquístico, cólico renal (más frecuente que en la población general). Se identificó el cuadro como posible sangrado intraquístico, procediendo a tratar con analgésicos, antibioterapia para evitar la sobreinfección y vigilancia estrecha por si la evolución fuera mala.

Evolución: Con analgesia convencional (intentar no administrar AINEs), tratamiento con ciprofloxacino (500 cada 12 horas, 2 semanas), permaneció la paciente en observación domiciliaria, teniendo una evolución favorable hasta la curación del proceso. Se practicó una analítica para comprobar que la función renal no se había deteriorado y ecografías de control demostrando la reducción de tamaño del quiste dominante y la ausencia de dolor.

Diagnóstico final: Sangrado intraquístico en una Poliquistosis Hepato-renal.

Discusión: Pretendemos llamar la atención sobre la importancia de la utilización de la ecografía en Atención Primaria que nos permite manejar las complicaciones no graves de la Poliquistosis Hepato-renal, su manejo ambulatorio evitando ingresos innecesarios y costosos y la especial satisfacción de los enfermos por la accesibilidad y rapidez en la toma de decisiones.

Bibliografía:

1: Bajwa ZH, Gupta S, Warfield CA, Steinman TI. Pain management in polycystic kidney disease. *Kidney Int.* 2001 Nov;60(5):1631-44. Review. PMID: 11703580 [PubMed - indexed for MEDLINE]

2: Gheissari A. The place of ultrasound in renal medicine. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2006 Dec;17(4):540-8. Review. PMID: 17186690 [PubMed - indexed for MEDLINE]

3.-Segura Cabral, J.M. *Ecografía Abdominal II.* Pág. 280. Ediciones Norma.1997.

4.-Rumack, C.; Wilson, S.R.; Charboneau, J.W. *Diagnóstico por ecografía.* 2ª edición. Pág. 350. Ediciones Marban. 2001.

PÓSTER Nº 29

LIPOATROFIA SEMICIRCULAR.

Autores: Rodriguez Fernandez, A.; Babiano Fernandez, M.A.

Centro de Trabajo: C.S. Argamasilla de Calatrava.

Mediciones y Resultados:

Historia clínica-antecedentes personales: Mujer de 31 años de edad que consulta por lesiones en las piernas. Trabaja de administrativa con ordenador, tiene circuitos eléctricos en la proximidad, desde hace unos 4 meses a raíz de ponerle un timbre eléctrico en la mesa, presenta hundimiento en la cara anterior de ambos muslos. No refiere ingesta de fármacos en la actualidad y como antecedentes personales presenta psoriasis, tiroiditis autoinmune y rinitis y asma extrínseco por sensibilización a polen de olivo.

Exploración física: surcos por pérdida de grasa de forma lineal de unos 7 cms de ancho situadas en tercio inferior de ambos muslos. Foto 1.

Pruebas complementarias: Analítica con hemograma y bioquímica normal, hormonas tiroideas y anticuerpos antimicrodomales que confirman el hipotiroidismo, ANa y anti-DNA negativo, C3,C4 normales.

Diagnóstico diferencial: Esclerodermia, Paniculitis lúpica, Lipodistrofia insulínica.

Evolución: Dado que las causas de esta enfermedad son los campos electromagnéticos se procedió a informar a su empresa para que tomara las medidas de aislamiento oportunas, aislamiento eléctrico del cableado, aumentar la humedad relativa del aire, conexión de la mesa a la toma de tierra de protección del circuito eléctrico y meses después las lesiones desaparecieron. Foto 2.

Diagnostico final: Lipoatrofia semicircular.

Discusión: Esta enfermedad consiste en una atrofia del tejido adiposo subcutáneo por disminución del número y volumen de adipocitos y su sustitución por tejido conectivo, es de carácter benigno y reversible y aunque la causa no se conoce con certeza se relaciona con microtraumatismos repetidos por presión con objetos, con la carga de electricidad estática y la presencia de campos electromagnéticos. Debe considerarse un accidente laboral si la exposición sucede en el lugar de trabajo.

Bibliografía: Curvers B, Maes A. Lipoatrophia semicircularis: a new office disease Med duravail 2004;41-53-8. MesA, Curvers b, Verschaeve L. Lipoatrophia semicircularis: an electromagnetic hypothesis. Electromagn Biol Med.2003;22:183-93. Protocolo de actuación en lipoatrofia semicircular. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya 2007. A.Guerrero,X.Orpella, L.Ramirez y J.Schlaghecke; Lipoatrofia semicircular. Sección imágenes. FMC. Volumen 15.Numero 8. Octubre 2008.

Conclusiones: Clínico.

Palabras Clave: Lipoatrophia,Semicircularis, Electromagnetic.

PÓSTER N° 30

HIPERPOTASEMIA YATROGÉNICA.

Autores: Morales Gallego, D; Pérez Mena, P; Ccente Quijano, R.

Centro de Trabajo: Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Ciudad Real.

Historia clínica-antecedentes personales: Mujer de 85 años, hipertensa, diabética tipo 2 (DM), doble lesión mitral, fibrilación auricular (FA) crónica y poli-mialgia reumática. Situación basal: insuficiencia cardíaca (IC) clase funcional II (NYHA). Tratamiento habitual: acenocumarol, digoxina, diltiazem, amiloride/hidroclorotiazida, fentanilo, trimetazidina, lor-metazepam y pantoprazol. Añadido en el último mes espironolactona 100 mg/día por edemas maleolares y ketorolaco por dolores óseos.

Acude a urgencias por cuadro de dos semanas de evolución de debilidad generalizada progresiva más acusada en miembros inferiores (MMII), as-tenia y un vómito.

Exploración física: Normotensa, arrítmica (100 latidos por minutos), soplo sistólico y diastólico en foco mitral. Ligera deshidratación cutáneo-mucosa. Algún crepitante bibasal. No edemas. Disminución de fuerza en MMII simétrica, 3/5.

Pruebas complementarias: Hemograma normal. Bioquímica: glucosa 57, urea 99, creatinina 1.3, sodio 130, potasio 8.72. GAB: pH 7.35. pCO2 36, pO2 75, Bicarbonato 20. Rx de tórax: cardiomegalia moderada. Electrocardiograma: FA a 100 lpm. T picuda de V1-V6. QRS ensanchado.

Diagnóstico diferencial: Se trata de un caso de hiperpotasemia grave. Causas:

I. Insuficiencia renal. II. Reducción del volumen arterial circulante eficaz. III. Disminución de la secreción de potasio, por 1. Hipoaldosteronismo primario. 2. Hipoaldosteronismo secundario (por hiporreninemia, por fármacos). 3. Resistencia a la aldosterona (pseudohipoaldosteronismo, nefropatías túbulo-intersticiales, fármacos).IV. Aumento de la reabsorción de cloro.

Evolución: Tras suspender fármacos retenedores de potasio y antiinflamatorios no esteroideos, e instaurar tratamiento para hiperpotasemia, la paciente evoluciona favorablemente en 3-4 días. Bioquímica al alta: urea 48, creatinina 0.7, sodio 140, potasio 3.74, cloro 105. Electrocardiograma al alta: FA a 100 lpm. T negativa V3-V6, I y AVL. QRS normal.

Diagnóstico final: Hiperpotasemia grave con repercusión clínica y electrocardiográfica, secundaria a fármacos y a insuficiencia renal aguda moderada.

Discusión: Dados la edad de la paciente, el probable hipoaldosteronismo hiporreninémico secundario a su DM, y el tratamiento crónico con amiloride, la dosis de espironolactona no debe pasar de 12.5-25 mg al día. Así mismo se deben proscribir los antiinflamatorios no esteroideos y se deben realizar controles frecuentes de función renal e iones ante cualquier cambio en el tratamiento.

Bibliografía:

1. David N. juurlink, M.D.,PhD.,Muhammad M. Mamdani, et al. Rates of hiperkalemia after publication of the randomized aldactone evaluation study.N Engl J Med 2004; 351:543-51.
2. Aldosterone and spironolavtone in heart failure. N Engl J Med 1999: 341: 752-755.
3. Bertram Pitt, M.D., Faiz Zannad, M.D., et al. The

effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. *N Engl J Med* 1999; 341; 709-716.

4. Nephrology, Department of Medicine, University Medical Center C. G. Carus, Dresden, Germany. Hyperkalemia: again. *Nephrol Dial Transplant* 2004; 19: 2163-2166.

5. Bertram Pitt, M. D., Willem Remme, M.D., et al. Eplerone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. *N Engl J Med* 2003; 348:1309-21.

6. Causes of hiperkalemia. 2006 UpToDate

7. Burton D Rose, MD. Wilson S Coulucci, MD.. Use of diuretics in heart failure. 2006 UpToDate..

8. Burton D Rose, MD. Plasma potassium in heart failure and cirrhosis. 2006 UpToDate.

9. Enrique Galve. Fármacos antialdosterónicos: su papel en la insuficiencia cardiaca. *Med Clin (Barc)* 2008; 130(1):30-4

Palabras clave: Hiperpotasemia. Espironolactona, Insuficiencia Cardiaca.

PÓSTER Nº 31

TOS Y DISFAGIA.

Autores: Medina de la Casa, R; Maure Rico, M; Muñoz Cabañero, G; Martos López Zosa, F; Andújar Morales, MJ; Tejada López, M.

Centro de Trabajo: CS de Villanueva de los Infantes.

Objetivos: Mantenernos alerta ante síntomas banales.

Diseño del Estudio: Caso Clínico.

Emplazamiento: Zona Básica Salud Rural.

Participantes: Caso clínico.

Historia Clínica-Antecedentes Personales: Paciente varón de 18 años que acude a servicio de urgencias de centro de salud por sensación de "nudo en la garganta" asociado a inquietud, se sospecha estado de ansiedad y se pauta diazepam 5 mg diario. Al día siguiente acude a su médico por dolor muscular en ambos trapecios, tos seca y nerviosismo. Se le realiza test de Ansiedad de Golberg-Eadg obteniendo puntuación de 8 (probable ansiedad). Se dan pautas de técnicas rela-

jación, ibuprofeno y cloperastina. A las 2 semanas acude de nuevo a consulta por persistencia de la tos y sensación de "nudo en la garganta".

Exploración Física: Buen estado general, eupneico, afebril, normocoleado y normoperfundido. Hiperemia faríngea sin exudado ni hipertrofia amigdalara. No adenopatías territorio cervical. Auscultación cardiopulmonar normal. Osteomuscular normal.

Pruebas Complementarias: Analítica: Bioquímica normal; Hemograma: Leucos: 8.9 (N 70.3%, L 17,7%); Hb 16.9gr/dl; PCR 2.35; Ca 10.4mg/dl; ASLO 622UI/ml; Sistemático orina normal; Serología: Sífilis, CMV, VEB, Toxoplasma, Hepatitis B, C y VIH negativas. Rx tórax: exploración compatible con la presencia de una tumoración lobulada de asiento en mediastino superior, espacio tímico, cuyo diagnóstico diferencial incluye (dada la edad del paciente): teratoma, timoma y linfoma fundamentalmente. La ausencia de signo cervicotorácico descartaría en principio el origen tiroideo.

Diagnóstico Diferencial: Esofagitis, acalasia, ulcus, ERGE, perforación esofágica. Infecciones: mononucleosis, toxoplasma, primoinfección tbc, faringitis aguda. Ansiedad. Hiper/Hipotiroidismo. Hiperparatiroidismo. Asma.

Evolución: Se inicia tratamiento con ABVD bien tolerado y corticoides. Se detecta HTA mantenida por lo que se pauta amlodipino.

Diagnóstico Final: Enfermedad de Hodgkin, esclerosis nodular, II-A, Bulky mediastínico.

Discusión: Ante consultas reiteradas por síntomas inespecíficos nuestra actitud debería ser de búsqueda de sus causas.

Bibliografía: Glass C. Role of the primary care physician in Hodgkin lymphoma. *Am Fam Physician*. 2008 Sp 1;78(5):615-22. Padman R. The child with persistent cough. *Del Med J*. 2001 Apr;73(4):149-56. Molina Paris J; Olmo Enciso L. Tos de larga evolución. En: Espiris Boquet J. Guía de actuación en atención primaria; 2ª ed; Barcelona; SEMFYC; 2002; 471-475. Logno DL. Neoplasias malignas de las células linfoides. En: Kasper DL; Fauci AS. *Harrison Manual de Medicina*; 16ª ed; Madrid; McGrawHill; 2005; p:309-322.

Conclusiones: Importancia de la anamnesis para la sospecha clínica.

Palabras Clave: Linfoma, tos, adenopatía.

PÓSTER N° 32

TENDINITIS AQUILEA ASOCIADA AL USO DE LEVOFLOXACINO.

Autores: Autores: Muñoz Cabañero, G; Medina de la Casa, R; Delgado Moreno-Arrones, A; Gacia-Cervigon, J; Akram, D; Hispan Calles, R.

Centro de Trabajo: CS La Solana.

Objetivos: Advertir a los pacientes a los que se administre levofloxacino de consultar a su médico en caso de dolor en tendones.

Diseño del Estudio: Caso clínico.

Emplazamiento: Centro Salud Rural.

Participantes: Caso clínico.

Historia clínica–Antecedentes Personales: Mujer de 63 años con antecedentes de hipercolesterolemia, poliartrosis, migrañas, tiroidectomía total por bocio multinodular e histerectomía total hace 12 años. Hace 4 días acudió a urgencias hospitalarias por esputo hemoptoico, fiebre y dolor torácico. En Rx tórax agrupamiento broncovascular en base izquierda, sin apreciar condensación. Le pautan Levofloxacino 400 cada 24 horas durante 10 días, salbutamol y bromuro de ipratropio inhalados, paracetamol 1 gr. Acude por presentar marcada impotencia funcional por dolor en el tendón de Aquiles y a la flexo-extensión del pie sin antecedentes traumáticos previos.

Exploración física: A la palpación presenta dolor intenso en el tendón.

Diagnóstico diferencial: Fascitis plantar y espolón calcáneo, bursitis retrocalcánea y calcánea posterior, enfermedad de Sever o apofisitis calcánea, tenosinovitis estenosante de los peroneos.

Evolución: A nuestra paciente tras la sospecha de este diagnóstico se le retiró el levofloxacino, recuperándose a los 6 días, pues esta es la medida esencial para su recuperación.

Discusión: Cada vez es más frecuente el uso de levofloxacino en las urgencias hospitalarias en procesos respiratorios. Es recomendable el seguimiento de estos pacientes ya que pueden presentar patología tendinosa aunque no tengan factores que lo predispongan. Sería recomendable el seguimiento de los pacientes y aconsejarles que en caso de notar dolor en los tendones aquileos consultasen inmediatamente a su médico y sobre todo en aquellos que cumplen los siguientes cri-

terios de riesgo para presentar esta tendinitis: edad avanzada, tratamiento prolongado con corticoides, insuficiencia renal, vasculopatía periférica, enfermedades reumáticas asociadas, hemodiálisis y tuberculosis multirresistente que nuestra paciente no cumplía. El diagnóstico en todos los casos es clínico.

Conclusiones: Sería recomendable el seguimiento de los pacientes y aconsejarles que en caso de notar dolor en los tendones aquileos consultasen inmediatamente a su médico.

Palabras Clave: tendón, quinolone, adverse reation.

PÓSTER N° 33

¿CUÁNTOS FACULTATIVOS DE URGENCIAS Y RESIDENTES DE FAMILIA HEMOS PADECIDO DE TROPONINOSIS?

Autores: (1)Esquivias Campos, M.A.;(2)Álvarez Galán, M.C.; (3)Moreno Caycedo, C.A.; (4)Sarrias Lorenzo, J.A.

Centro de Trabajo: (1)C.S. Zona V (Albacete); (2) Hospital General de Villarrobledo (Albacete); (3)C.S. Hellín (Albacete); (4)Hospital de Hellín (Albacete).

Objetivos: Considerar que no toda elevación de troponinas se corresponde con síndrome coronario agudo.

Diseño del Estudio: Caso clínico.

Emplazamiento: Atención primaria, urgencia hospitalaria EAP.

Participantes: A propósito de un caso.

Historia clínica: Varón de 82 años que presenta dolor centrotorácico opresivo constante irradiado hacia hombro izquierdo que inicia hace 3 horas mientras trabajaba en huerta. No cortejo vegetativo. Valorado por Médico de Atención Primaria, ECG sin hallazgos, cafinitrina SL, deriva a urgencias hospitalarias llegando asintomático. Antecedentes de importancia: HTA. DLP. IRC. Katz B. Barthel 60. Tratamiento habitual: Vals 160, simvastatina.

Exploración física: TA 143/89 mmHg, FC 81 lpm, satO2 94% AP subcrepitantes bibasales. AC ritmicos, no soplos. Edemas MMII hasta tobillos No dolor en parrillas costales.

Pruebas complementarias: Hematimetría normal Bioquímica: glucosa 121 mg/dl, creatinina 1.5, urea 73, función hepática normal, enzimas cardíacas: CK 227, CK-MB 73, troponina 10.2. Coagulación normal Rx torax normal ECG sinusal 78 lpm, Sokoloff 36mm, no alteraciones en repolarización, no desnivel ST TAC torácico normal.

Diagnóstico diferencial: Dolor torácico, probable SCASEST.

Evolución: Ingres a Observación para seriar enzimas. En 3 horas CK:210, CK-MB 50.2, mioglobina 125, troponina 9.3, ECG sin cambios. 6 horas CK:192, CK-MB 51, Troponina 3,2. 12 horas enzimas normales. ECG sin cambios.

Juicio clínico: Troponinosis Dolor torácico osteomuscular.

Discusión "Troponinosis" identifica el proceso diagnóstico en el que todo paciente que acude a un servicio de urgencias por dolor torácico se le solicitan determinaciones de troponina y, con que una de ellas resulte elevada, es catalogado como síndrome coronario agudo (SCA). La elevación de troponina no es patognomónica de daño miocárdico. Puede objetivarse en miocarditis, TEP, ictus, IRC, sepsis, disección aórtica, quimioterapia, ejercicio físico extenuante.

Bibliografía López-Sendón J. Troponinas y otros marcadores de daño miocárdico. Rev Esp Cardiol 2003; 56:16-9 Domínguez A. Troponinosis en los servicios de urgencias. Rev Clin Esp 2003;203(11):540-1.

Conclusiones: Una buena anamnesis y exploración física, un correcto diagnóstico diferencial facilitado por las guías de práctica clínica y protocolos hospitalarios, deben orientarnos a solicitar troponina ante sospecha real de SCA.

Palabras Clave: Chest pain Troponin Emergency medical services.

PÓSTER Nº 34

DECISIONES TERAPÉUTICAS FACILITADAS POR LA AUTOMEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL (AMPA).

Autores: (1)Esquivias Campos, M.A.; (2)Álvarez Galán, M.C.; (3)Moreno Caycedo, C.A.; (4)Massó Orozco, J.

Centro de Trabajo: (1)C.S.Zona V(Albacete); (2)Hospital General de Villarrobledo (Albacete); (3)C.S.Hellín (Albacete); (4)C.S.Alatoz(Albacete).

Objetivos: Destacar la importancia de la automedición de presión arterial (AMPA) para el Médico de Atención Primaria al tomar decisiones terapéuticas.

Diseño del Estudio: Caso clínico.

Emplazamiento: Atención Primaria. C.S. Alatoz (Albacete).

Participantes: A propósito de un caso.

Historia clínica: Paciente de 56 años acude a Médico de Atención Primaria por cefalea hemisférica izquierda opresiva de 5 días que no responde a AINES. Antecedentes de importancia: No fuma. Obesidad IMC 30,8. Sin antecedentes familiares.

Exploración física: TA 153/87 mmHg, FC 87 lpm, satO₂ 94%, perímetro abdominal 103 cm. Resto exploración normal.

Pruebas complementarias: Hematimetría: Hb 18 gr/dl, HTO 53.8%, HGMA normal Bioquímica: glucosa 97 mg/dl, creatinina 0.9, urea 50, sin microalbuminuria. Electrolitos normales, colesterol total 200, HDL 65, LDL 115 triglicéridos 100, GGT 67 Electrocardiograma sin hallazgos significativos.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión clínica aislada Obesidad abdominal.

Evolución: Dejamos AMPA y cita para consulta programada. Resultados: TA 130/88 mmHg Juicio clínico: Hipertensión arterial grado 1 Factores de riesgo cardiovascular (FRCV): obesidad abdominal y edad > 55 años.

Discusión: Se trata de un paciente diagnosticado de Hipertensión Arterial por AMPA (TA> 135/85), grado 1 con dos FRCV, REGICOR 4-5 (riesgo coronario a 10 años ligero), SCORE 2 y FRAMINGHAM 4 (riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular: 2% y 5% respectivamente). El tratamiento inicial recomendado por la Guía Europea de Práctica Clínica para el tratamiento de la HTA 2007 es modificar estilos de vida. Cifras de AMPA indican iniciar medicación. Iniciamos tratamiento con Enalapril a dosis bajas con el fin de prevenir el Síndrome Metabólico como condición predisponente a desarrollar enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2. Seguirá controles periódicos de tensión arterial por enfermería.

Bibliografía: Martínez-López M, García-Puig J. Medición de la presión arterial en el domicilio. Med Clin

(Barc)2006;126(3):105-9 2007 ESH-ESC practice guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2007;25:1105-1187 Meigs J.The metabolic syndrome. UPTODATE.Octubre 2008.

Conclusiones: La automedición de la presión arterial (AMPA) es un procedimiento muy útil para el diagnóstico y seguimiento de HTA, descarta la hipertensión clínica aislada (HT de bata blanca). Con cifras mayores de 135/85 se debe iniciar tratamiento farmacológico.

Palabras Clave: Hypertension/Blood pressure monitoring, ambulatory/patient care management.

PÓSTER N° 35

¿CEFALEA TENSIONAL POSTERIOR A EJERCICIO...? NO, SINDROME DE WALLEMBERG.

Autores: (1)Esquivias Campos, M.A.; (2)Álvarez Galán, M.C.; (3)Moreno Caycedo, C.A.

Centro de Trabajo: (1)C.S.Zona V (Albacete); (2) Hospital General de Villarrobledo (Albacete); (3)C.S. Hellín (Albacete).

Objetivos: Conocer el cuadro clínico del Síndrome de Wallenberg como presentación inusual de ictus.

Diseño del Estudio: Caso clínico.

Emplazamiento: Atención Primaria. Urgencias Hospitalarias (Albacete).

Participantes: A propósito de un caso.

Historia clínica: Varón de 46 años que después de hacer ejercicios de pesas con tren superior y giros cefálicos notó sensación de desequilibrio, cefalea nuchal y vómitos intensos. Acude a urgencias de centro de salud diagnostican de mareo-vértigo pautando Dogmatil IM. Al no mejorar, acude a servicio de urgencias de Hospital Comarcal de referencia, realizan TC craneal que fue normal. Al persistir síntomas decide acudir a Urgencias de hospital General de referencia. Antecedentes de importancia: Ansiedad sin necesidad de tratamiento.

Exploración física: Consciente, orientado, postrado con vómitos durante exploración. Disfónico. Ptosis leve ojo izquierdo. Dismetría en prueba dedo-nariz y talón-rodilla izquierdas. Ataxia de la marcha dificulta bipedestación. Cutáneo plantar flexor bilateral. Escala NIHSS 3.

Pruebas complementarias: Hemograma, coagulación, bioquímica normales Electrocardiograma: ritmo sinusal Rx tórax normal.

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular. Afección sensorial, simpática y pares craneales (V,VII,IX).

Evolución: Dúplex troncos supraaórticos: ausencia de flujo en arteria vertebral izquierda RMN craneal: infarto isquémico cerebral subagudo en el bulbo lateral y hemisferio cerebeloso izquierdo. Hematoma de arteria vertebral izquierda sugiere disección Parálisis completa cuerda vocal izquierda.

Juicio clínico: Síndrome de Wallenberg. Ictus isquémico en bulbo lateral y hemisferio cerebeloso izquierdo secundario a disección traumática de arteria vertebral izquierda.

Discusión: El paciente cursó en principio con clínica inespecífica posterior a esfuerzo físico habitual en él lo que dificulta la orientación diagnóstica. Al pasar las horas muestra afectación sensorial, simpática, de pares craneales, Horner incipiente; lo cual permite sospechar de Síndrome de Wallenberg que confirmará las pruebas radiológicas complementarias.

Bibliografía: Miramontes JP, Aláez I. Wallemborg's syndrome in patient without vascular risk factors. Rev Clin Esp 2008 Jun;208(6):319-20 Roldán E, Juarez H. Wallenberg syndrome: magnetic imaging findings and clinical correlation. Gac Med Mex 2007 Sep-Oct;143(5):429-32.

Conclusiones: El Síndrome de Wallenberg está provocado por isquemia vertebrobasilar en territorio lateral por trombosis o disección de la arteria vertebral que condiciona oclusión de la arteria cerebral posteroinferior. Cursa progresivamente con afección sensorial (vértigo), simpática (nauseas/vómitos), piramidal (hemiparesias) y de pares craneales (V,VII,IX,X,XI).

Palabras Clave: Wallenberg's syndrome/vertebral artery/stroke.

PÓSTER N° 36

PERDIENDO "EL DON DEL DOLOR". NEUROPATÍA COMO DEBUT DIABÉTICO.

Autores: (1) Rodríguez Martín, AM.; (2) González Carnero R.; (3) Alonso Galán, M.; (1) Gómez Caro S.;

(1) Guerrero Ramírez S.; (4) Martínez Malabia, D.

Centro de Trabajo:

(1) R4 Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente. Centro de Salud Sillería. Toledo.

(2) R3 Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente. Centro de Salud Sillería. Toledo.

(3) R1 Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente. Centro de Salud Sillería. Toledo.

(4) Enfermera. Centro de Salud Sillería. Toledo.

Historia Clínica: Varón de 56 años. Sin antecedentes previos. Exfumador. Hábito enólico importante. Acude a urgencias hospitalarias en junio de 2008 por lesión trófica en pie izquierdo de 5 días de evolución, empeorándose hasta la necrosis. Sin claudicación previa. Afebril.

Exploración Física: Necrosis completa del primer dedo hasta base de metatarsiano, con eritema circundante. Maloliente. Sin fluctuación. Pulsos ausentes en región tibial y pedia.

Pruebas Complementarias: Se realizan analíticas básicas objetivándose cifras de glucemia elevadas.

Diagnóstico diferencial: Es esencial, determinar el origen de las lesiones si son isquémicas, predomina la localización acral, dolor, déficit de pulsos y piel atrófica, relacionada con abuso de nicotina. Mientras que en lesiones neuropáticas, suelen ser plantares, con pulsos presentes y alteraciones de la sensibilidad, relacionadas con hábito enólico y diabetes mellitus.

Evolución: Se le realizó amputación transmetatarsiana, y curas locales con buena evolución clínica. Se le instauró tratamiento con antidiabéticos orales, estatinas y AAS 100.

En diciembre de 2008 presenta episodio de celulitis pie derecho, recibiendo tratamiento con antibioterapia, heparina y analgesia. Posteriormente en febrero aparece herida en la planta del pie, con pulsos distales ausentes, visto en cirugía vascular, pautando antibiótico y curas locales en su centro de salud, sin mejoría clínica evolucionando en diez días hacia osteomielitis que precisó drenaje y resección dorsal de segundo y tercer metatarsiano, y en cuña del cuarto y quinto. En la actualidad realiza curas diarias con ácido acético.

Diagnóstico final: Debut diabético con complicaciones neurovasculares. Pie diabético grado III-IV de la clasificación de Wagner, de carácter neuroisquémico.

Discusión: El pie diabético suele ser una compli-

cación crónica de la Diabetes Mellitus, modulada su aparición por la coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular y hábitos tóxicos como ocurre en este caso. Es la primera causa de amputación no traumática. De gran importancia la prevención, basada en la inspección periódica de los pies, el control metabólico y de los factores de riesgo asociados.

Bibliografía:

Menéndez Fernández, AI.; Pinel Muñoz, MF. Evaluación y tratamiento de las úlceras del pie diabético. *Jano*.2008. Nº 1688. p.37-40.

Cabrera García, A.; Benito Fernández, R.; Estrada de la Viuda, S. exploración del pie diabético. *FMC*.2009;16(2):77-8.

Protocolos de cuidados del pie diabético. Hospital universitario Ramón y Cajal. Dirección enfermera. Junio 2005.

Martínez Gómez DA. Tratamiento de la infección en el pie diabético. *Cir Esp*. 2004;76(1):9-15.

Calle Pascual, AL; Runkle de la Vega, I; Díaz Pérez, JA; Durán Hervada, A; De Miguel Novoa, MP; Benedito Peco, A. et al. Pie diabético: un reto para los profesionales sanitarios y sus gerentes, y un derecho para los pacientes. En: *Abordaje integral de la Diabetes*.2006 p. 133-146.

Amaya Baro, ML; Huerga Domínguez, JC; Hernández López, T; Lafuente Robles, N; Ruiz González, I. Propuesta de un programa integral para los cuidados del pie. En: *Abordaje integral de la Diabetes*.2006 p. 147-153.

Palabras clave: Neuropatía, Pie diabético, Diabetes Mellitus.

PÓSTER Nº 37

ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA EN LA CONSULTA DE PRIMARIA. A PROPOSITO DE UN CASO.

Autor principal: Caira*, Julia.

Resto de autores: Fernández Barrios*, P.; Fernández Misas*, E.; Hidalgo Fernández*, C.; Tapiador Fernández*, J.; Morales Cano**, J.M.

*Residentes de 2-3-4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Ciudad Real.

**Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Trabajo: Centro de Salud de El Torreón. Ciudad Real. Unidad Docente de Ciudad Real.

Palabras clave: Urgencia, TEP, consulta.

Historia clínica-antecedentes personales: Varón de 23 años de edad, antecedentes familiares déficit de proteína C y S (hermano y padre), fumador de 10 cigarrillos/día, bebedor ocasional, que acude a consulta por dolor de 7 días de evolución localizado en región perimaleolar interna de tobillo izquierdo sin antecedente traumático. Dolor en reposo que aumenta con la deambulación. Con el diagnóstico de Tromboflebitis Superficial de la pierna y tratado con reposo, AINEs y cloxacilina, mejoró hasta quedar asintomático. Quince días después acude a urgencias hospitalarias por dolor en costado derecho que se etiquetó de mecánico. Acude nuevamente a nuestra consulta del centro de salud por persistencia del dolor y picos febriles intermitentes. El dolor nos impresiona de pleurítico y se hecho bilateral.

Exploración física: Ligeramente edema en zona maleolar interna de tobillo izquierdo, sin eritema, ni lesiones cutáneas visibles. Cordón duro varicoso de características inflamatorias. Pulso pedio positivo, Homans negativo. No aumento del perímetro de la pierna. Hipoventilación en hemitórax derecho. Intentando encajar el cuadro clínico completo lo derivamos al SUHG con la sospecha de Enfermedad tromboembólica venosa secundaria a posible Trombofilia familiar.

Pruebas complementarias: Regular estado general con aspecto disneico. Saturación 94%. Tª: 37,8°C ECG (realizado en el centro de salud): Taquicardia sinusal con patrón de sobrecarga derecha (S1 Q3 T3).

Diagnóstico diferencial: Tromboflebitis superficial/profunda, flebitis, pleuritis infecciosa, TEP, neumonía, dolor musculoesquelético.

Evolución: En el servicio de urgencias Dímero D 1590 y Angio-TAC que confirma la sospecha diagnóstica. El paciente queda ingresado para su recuperación realizándose en planta estudio completo y dado de alta con anticoagulación con dicumarínicos de forma permanente.

Diagnóstico final: Tromboembolismo pulmonar bilateral con infarto pulmonar basal izquierdo secundario a trombosis venosa profunda proximal. Déficit proteína S.

Discusión: La Enfermedad tromboembólica venosa es un proceso frecuente con manifestaciones clínicas muy variadas (desde la posible simulación

de crisis de ansiedad hasta la insuficiencia respiratoria), según su momento evolutivo, y de una potencial mortalidad muy alta por lo que siempre deberemos pensar en ella, no minusvalorando los síntomas en la consulta de Atención Primaria por muy anodinos que nos puedan parecer.

Bibliografía:

1: Kasper D.L., Braunwald eE., Fauci A.S., Hauser S.L., Longo D.L., Hameson J.L., Harrison. Principio de medicina interna 16ª edición. Ediciones Mac Graw-Hill interamericana.

2: Martín Zurro A., Cano Pérez J.F. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6ª Edición. Editorial Elsevier.

3: Jiménez Murillo L., Montero Pérez F.J. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 3ª Edición. Editorial Elsevier.

4: FISCAM. Urgencias en atención primaria.

PÓSTER Nº 38

ANEURISMA DE AORTA-ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores: Medina Peñas, A.; Rodríguez Muñoz, R.; Ortiz López, G; Muñoz Pérez, R.

Centro de Trabajo: Centro de Salud Carlos Mestre de Puertollano (Ciudad Real).

Palabras clave: aneurisma, aorta, ecografía.

Historia clínica-antecedentes personales: Paciente de 64 años sin antecedentes personales de interés que acude a consulta del Centro de Salud por cuadro diarreico de 6-8 deposiciones/día de 48 h de evolución que se ha autolimitado. Ahora dolor abdominal continuo de intensidad moderada en flanco izquierdo.

Exploración física: Abdomen blando y depresible, dolor leve en hemiabdomen izquierdo a la palpación profunda.

Pruebas complementarias: ECOGRAFIA en Centro de Salud: se descubre aneurisma de aorta abdominal de 4,5 cm. infrarrenal con trombo en su interior.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda en resolución sin realización de ecografía.

Evolución: El paciente fue derivado al hospital donde se confirmó con TAC y se valoró por Cirugía

vascular para su seguimiento. Mejoró al día siguiente de su dolor abdominal.

Diagnóstico final: Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal.

Discusión: El aneurisma de aorta es una patología de alta mortalidad y cuyo diagnóstico en estadios asintomáticos suele ser por hallazgos casuales.

El uso continuo y rutinario de la ecografía en las consultas de atención primaria puede ayudarnos al diagnóstico de estas patologías lo que conllevará a un seguimiento y tratamiento precoz que pueda reducir su mortalidad.

Bibliografía:

1. Ecografía Abdominal. Carol A. Mittelstaedt. E. Doyma. I.
2. Ecografía Clínica del abdomen. Francisco j. Roca Martínez, E. Jims.
3. Ultrasonografía fundamental. Williamson. Ed. Marban.
4. Brosnan M, Collins CG, Moneley DS, Kelly CJ, Making the case for cardiovascular screening in Irish males: detection of abdominal aortic aneurysms, and assessment of cardiovascular risk factors. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2009 Mar;37(3):300-4. Epub 2008 Dec 12. PubMed PMID: 19070521.

PÓSTER N° 39

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y ADORMECIMIENTO REGIÓN PERIORAL.

Autor Principal: CA. Moreno Caycedo.

Resto de Autores: MA. Esquivias Campos. Y. Garcia Palacios.

Centro de Trabajo: GAP Albacete; MIR 3, CS Hellín.

Historia clínica-antecedentes personales: Mujer de 82 años. Cuadro de tres semanas de evolución de mal estado general, con dolores óseos generalizados, temblores y hormigueo. En la última semana adormecimiento de los dedos/región perioral y varios episodios de diarrea. No otra sintomatología.; No alergia a fármacos conocida; HTA; DM tipo 2; Dislipemia; Fibrilación auricular;

Portadora de marcapasos; Insuficiencia renal crónica(IRC); Colectomizada; Intervenida de cataratas.

Tratamiento: Fosinopril / Furosemida / Simvastatina / Pantoprazol / Lactitol, Digoxina / Insulatard.

Exploración física(EF): REG; Consciente / Orientada; Eupneica; Palidez cutánea; Bien Hidratada; TA140/75; Afebril; AC:rítmica; AP:MVC sin añadidos; Abd:B/D; RHA presentes, no masas ni megalias; Exploración neurológica: Temblor "en salvas" fino de predominio distal generalizado; PC normales; ROT exaltados; no focalidad motora; Signo de Chovstek positivo; Signo de Trousseau negativo. Tras la EF Se sospecha de una alteración del desequilibrio electrolítico (hipocalcemia aguda por IRC).

Pruebas complementarias: ECG:ritmo de marcapasos; Rx tórax: Normal; abdomen:fecaloma en ampolla rectal; Hemograma:Hb 8.6, plaquetas 237000,leucocitos 13000(N 12180, L 810);Coagulación:normal; Bioquímica:Urea 151, Cr 3.14, Na 135, K 5.2, Ca iónico 3.2. PCR <0.5. Mg 2 mg/dl, P 6.2 mg/dl. PTH. PTH 100 pg/ml (10-40 pg/ml).

Diagnóstico diferencial: Hipocalcemia secundaria a IRC/Ingesta deficiente de vitamina D/hiperparatiroidismo secundario-Pseudohipoparatiroidismo / Síndrome de malabsorción intestinal / Resistencia a la vitamina D.

Evolución: Ingreso hospitalario donde se inicio tratamiento con glucanto cálcico bajo vigilancia electrocardiográfica y de función renal. Dada de alta por mejoría.

Diagnóstico final: Hipocalcemia sintomática secundaria a IRC.

Discusión: La hipocalcemia es frecuente en pacientes con IRC como resultado de fallo tubular renal que produce retención de fosfato y disminución en la producción de la forma activa de la vitamina D. Generalmente son asintomáticos, por la hiperplasia paratiroidea a que conduce la misma hipocalcemia y que puede llevar a hiperparatiroidismo secundario.

Bibliografía: Altahona H, Barreto FJ. Trastornos del calcio, fósforo y magnesio. En: Compendio de Terapéutica. Segunda edición. Asociación Colombiana de Medicina Interna Capítulo Central. Ediciones Act Med Colomb. Santafé de Bogotá, 1992.Humphreys MH. Urgencias por trastornos en los líquidos, electrolitos y equilibrio acidobásico. En: Diagnóstico y Tratamiento de Urgencias. Editado por MT Ho y CE Saunders..Editorial El Manual

Moderno. México DF, 1991. Juan D. Hypocalcemia: Differential diagnosis and mechanism. Arch Intern Med 139:1116, 1979. Zaloga GP, Chernow B. Hypocalcemia in critical illness. JAMA 256:1924, 1986.

PÓSTER N° 40

MUJER JOVEN CON SONDAJE URETRAL.

Autores: González González Jaime; Rico García Guillermo; Berrocoso Martínez Alberto. Centro de Trabajo: Centro de Salud Navamorcuede (G. A. P. Talavera de la Reina).

Introducción: En la práctica médica diaria es bastante frecuente encontrar varones con sonda vesical debido a obstrucciones principalmente prostáticas, y a mujeres con infecciones de orina de repetición. Sin embargo, si encontramos a hombres con infecciones de orina de repetición o a mujeres jóvenes con sondajes urinarios, se hace necesario un estudio más completo de las causas etiológicas que desencadenan estos cuadros.

Antecedentes: Mujer de 41 años de edad diagnosticada de hernia discal L5 y L4 y L5 S1. Se encuentra en lista de espera por traumatología para cirugía. Nuligesta Vive sola.

Historia Clínica: Mujer de 41 años que acude a consulta de atención primaria, por dolor en la zona lumbar con irradiación a miembro inferior derecho.

Exploración: dolor lumbar paravertebral no bien definido que se irradia a miembro inferior derecho con Lassegue y Bragard-.

Actuación: Dada la exploración y los antecedentes de hernias lumbares se pauta tratamiento con aine y relajante muscular y reposo relativo. Se vuelve a citar en una semana.

Evolución: -Segunda consulta: el dolor continúa, habiendo notado algo de mejoría. Se decide aumentar el tratamiento analgésico con Tramadol y Gabapentina en dosis progresiva, y esperar otra semana.

-A la semana vuelve y nos indica que el dolor ha mejorado pero no del todo y que le es muy molesto. Se decide mantener tratamiento. Nos informa que ya la han llamado para cirugía de hernias lumbares en breves fechas.

-A los 10 días la paciente acude a servicio de urgencias hospitalaria porque mantiene el dolor lumbar y además aparece un dolor abdominal de horas de evolución en zona suprapúbica con aumento de volumen abdominal. Es diagnosticada de:

lumbago con irradiación ciática

infección de orina

retención aguda de orina, que precisa sondaje. Pendiente de estudio.

-Acude a la consulta de primaria y nos informa que tiene toda la zona abdominal dolorida y que el dolor de espalda, últimamente se ha hecho más punzante. Nos comenta que la han dicho en el hospital que la retención de orina puede ser debida a compresiones medulares por sus hernias lumbares.

Exp- Abdomen duro que no nos deja explorar con facilidad por defensa voluntaria. Dolor en zona paravertebral lumbar y PPRderecha +.

Ante la presencia del dolor en zona renal y el sondaje, se decide derivación a Urología y se pide una ecografía urgente abdominal.

La paciente nos indica que ingresa en 3 días para cirugía programada y que prefiere esperar, a pesar de lo cual insistimos en la realización de ecografía urgente.

Al día siguiente acude un familiar informando que la paciente ha sido ingresada después de la realización de Ecografía abdominal porque la han encontrado algo.

Diagnóstico Hospitalario: Eco: Tumoración mixta que ocupa todo el abdomen (imposible exploración abdominal).

TAC Abdominal: Hidronefrosis renal derecha. Gran tumoración abdominal con múltiples tabiques y nódulos sólidos. Adenopatías de 2 cm en cadena iliaca derecha.

DCO: Adenocarcinoma mucinoso de 20cm en ovario izquierdo

Neoplasia cervical avanzada en estadio IV A o B

Comentario: En la consulta de atención primaria frecuentemente nos basamos en los diagnósticos más frecuentes, pero debemos estar alertas ante informes hospitalarios corroborando diagnósticos y abriendo diagnósticos nuevos cuando la exploración o los datos clínicos lo aconsejen.

En este caso, se trató un dolor lumbar apoyándonos en la exploración e historia clínica y antece-

dentes, pero ante la aparición de nuevos síntomas como fueron el sondaje vesical y la aparición de PPRderecha, es necesario tomar iniciativas para buscar la causa etiológica del cuadro y no seguir achacando toda la sintomatología a la patología vertebral de base. Es importante que la mujer no realizaba revisiones en Ginecología y que era nuligesta.

Palabras claves index medicus: Low back pain, urinary catheterization, cervical tumor.

Bibliografía:

Internal and external urinary catheters: a primer for clinical practice. Newman DK. *Ostomy Wound Manage.* 2008 Dec;54(12):18-35

A clinical study of bladder stone with spinal cord injury in subacute stage. Nagashima M, Taziri T, Tanaka K. *Hinyokika Kyo.* 2008 Oct;54(10):647-50.

The prevalence of low back pain and risk factors among adult population in Afyon region, Turkey. Altınel L, Köse KC, Ergan V, İlk C, Aksoy Y, Ozdemir A, Toprak D, Doan N. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2008;42(5):328-333. Turkish.

Differential lumbosacral pain diagnosis in pregnancy—a case with initial manifestation of squamous epithelial carcinoma. Lüring C, Perlick L, Rhiem K, Zhou H, Diedrich O. *Z Orthop Ihre Grenzgeb.* 2001 Jul-Aug;139(4):308-10. German.



SECRETARIA TÉCNICA

MUNDICONGRES, SL.
C/ Iturbe, 5 - 3º B - 28028. Madrid.
Tel.- 91 411 6996. Fax.- 91 557 2175
mundicongres@mundicongres.com www.mundicongres.com
www.xcongresoatencionprimariaclm.com