



Declarado de Interés Científico-Sanitario
Acreditado por la CFC de Castilla-La Mancha con 1 Crédito (Expediente: P2010.0162)



Toledo, 6-8 de Mayo de 2010

Libro de Resúmenes

XI CONGRESO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CASTILLA-LA MANCHA

"Atención Primaria: Cuestión de Confianza"

ÍNDICE

Programa Científico.	5
Cronograma de Presentación Comunicaciones Orales.	9
Cronograma de Presentación Comunicaciones Formato Póster.	15
Resumen de las Ponencias.	23
Resumen de las Comunicaciones Orales.	39
Resumen de las Comunicaciones Formato Póster.	55

Saluda

Queridos amigos / as:

Hemos acogido con ilusión y responsabilidad el encargo de organizar el XI Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha que vamos a celebrar en Toledo.

El lema elegido para esta edición es "Atención Primaria, cuestión de confianza", porque como profesionales confiamos en nuestra capacidad de alcanzar altas cotas de calidad y porque los pacientes necesitan establecer con nosotros una relación de confianza.

No es fácil superar el nivel de calidad y ciencia que los anteriores congresos nos han deparado, pero no dudéis que, como mínimo, intentaremos igualarlo

con un programa que sea novedoso y de alto nivel científico. Trataremos temas de especial interés como el cáncer, la patología respiratoria y evidencias y controversias en la práctica clínica. Asimismo esperamos que suscite el interés de todos los que podáis asistir, intentando que sea útil para el trabajo diario que todos desempeñamos y para el cual necesitamos estar al día de las novedades y actualizaciones que se van produciendo con el fin de mantener nuestra competencia profesional.

Confiamos en poder saludaros a todos personalmente en Toledo y sirva esta carta para que podáis reservar en vuestras agendas las fechas del 6 al 8 de Mayo del 2010.



Natalia Valles Fernández
Presidenta del Comité Organizador



Francisco Javier Alonso Moreno
Presidente del Comité Científico

El Congreso es una actividad hecha con todos y por todos.
Tú tienes, también, una parte en esta actividad. Te esperamos.

Comités

COMITÉ DE HONOR:

Excm. Sra. D^a Trinidad Jiménez García-Herrera

Ministra de Sanidad y Política Social.

Excmo. Sr. D. José María Barreda Fontes

Presidente Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Excmo. Sr. D. Emiliano García-Page Sánchez

Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Toledo.

Excmo. Sr. D. Fernando Lamata Cotanda

Consejero de Salud y Bienestar Social. Junta de Castilla-La Mancha.

Sr. Dr. D. Ramón Gálvez Zaloña

Director Gerente del SESCAM.

Ilmo. Sr. D. José Manuel Tofiño Pérez

Presidente de la Excmo. Diputación de Toledo.

Excmo. Sr. D. Ernesto Martínez Ataz

Rector Magnífico de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Ilmo. Sr. D. Víctor Manuel Gómez López

Delegado Provincial de Salud y Bienestar Social de Toledo.

Ilmo. Sr. D. Luis Rodríguez Padial

Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Toledo.

Sr. Dr. D. Francisco Fernández Páez

Director Gerente de Atención Primaria de Toledo.

Sr. Dr. D. Fernando Gragera Gabardino

Director Gerente de Atención Primaria de Talavera de la Reina.

Sr. Dr. D. José Eugenio García Díaz

Director Gerente del Complejo Hospitalario de Toledo.

COMITÉ ORGANIZADOR:

Natalia Valles Fernández

Presidenta.

José Manuel Comas Samper

Vicepresidente.

Luis Fernando Álvarez Cueli

Vocal SEMERGEN.

M^a José Lougedo Calderón

Vocal SEMERGEN.

Laura Rivilla Marugán

Vocal SEMERGEN.

Gustavo Rodríguez Roca

Vocal SEMERGEN.

Ramón Orueta Sánchez

Vocal SCAMFYC.

Gemma Alejandre Lázaro

Vocal SCAMFYC.

Alberto Berrococo Martínez

Vocal SCAMFYC.

Francisco Javier Rodríguez Alcalá

Vocal SCAMFYC.

Gabriel Sánchez Nava

Vocal Residentes.

COMITÉ CIENTÍFICO:

Francisco Javier Alonso Moreno

Presidente.

Francisco López de Castro

Vicepresidente.

Javier Sánchez Holgado

Vocal SEMERGEN Toledo.

Olga Fernández Rodríguez

Vocal SCAMFYC Toledo.

Pilar Sorrius Sitges

Vocal SEMERGEN Cuenca.

Jorge Lema Bartolomé

Vocal SCAMFYC Cuenca.

Francisca Molina Escribano

Vocal SEMERGEN Albacete.

Francisco Escobar Rabadán

Vocal SCAMFYC Albacete.

Roberto Ramírez Parenteau

Vocal SEMERGEN Guadalajara.

Dolores Retuerta García

Vocal SCAMFYC Guadalajara.

Cesar Lozano Suárez

Vocal SEMERGEN Ciudad Real.

Enrique González Hidalgo

Vocal SCAMFYC Ciudad Real.

Antonio Segura Fragosó

Vocal I.C.S.

XI

Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha.

JUEVES, 6 DE MAYO

16:00 - 19:00 horas

Recepción y entrega de documentación.

16:00 - 19:00 horas

Colocación de Comunicaciones Formato Póster.

17:00 - 18:30 horas

TALLER 1: "Presente y Futuro de la Diabetes".

"Manejo de Insulinas en DM2".

José López López.

Endocrinólogo. Jefe de Sección del Servicio de Endocrinología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

"Liraglutide".

Julia Sastre Marco.

Endocrinóloga Adjunta. Servicio de Endocrinología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Patrocinado por: **NOVO NORDISK PHARMA**

TALLER 2: **"Cronicidad de la depresión".**

María Ángeles Sánchez-Cabezudo.

Servicio de Psiquiatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Patrocinado por: **LUNDBECK**

17:00 - 18:00 horas

Reunión de las Sociedades Científicas.

18:30 - 19:30 horas

SIMPOSIO 1: "La necesidad de un cambio en el tratamiento del paciente EPOC".

"Eficiencia del tratamiento de la EPOC".

María José Espinosa de los Monteros.
Neumóloga Adjunta. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

"De la farmacología a la práctica clínica".

Juan Vicente Esplugues Mota.
Catedrático de Farmacología. Universidad de Valencia.

Patrocinado por: **ASTRAZENECA**

19:30 - 20:15 horas

CONFERENCIA INAUGURAL.

"Conflictos éticos al final de la Vida".

Luis Fernando Viejo Llorente.
Servicio de Medicina Interna. Hospital Provincial de Toledo. Presidente de la Comisión de Ética del Colegio Oficial de Médicos de Toledo.

20:30 horas

Recepción Oficial y Cocktail Inaugural.

VIERNES, 7 DE MAYO

09:00 - 10:00 horas

Inauguración Oficial.

10:00 - 11:30 horas

MESA 1: "Cáncer en Atención Primaria: antes, durante y después del diagnóstico".

Moderador: Alberto Berrocoso Martínez (Toledo).

"Cáncer de mama. Cribado, diagnóstico y Medicina de Familia".

Mercedes Abizanda González.
Médico de Familia PAMEM. Coordinadora del Grupo de Atención a la Mujer de SEMERGEN. Barcelona.

"Evidencias en la prevención del cáncer colorrectal".

Mercè Marzo Castillejo.
Direcció Afers Assistencials del ICS. Comité Científico de SemFYC. Coordinadora del Grupo de Cáncer del PAPPs. Barcelona.

"Novedades analgésicas en cuidados paliativos".

Victoria Baeza Nadal.
Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

11:30 - 12:00 horas

Pausa Café.

12:00 - 13:15 horas

Comunicaciones a la Mesa 1.

12:00 - 13:15 horas

0,3 Créditos



TALLER 3: "Abordaje de efectos secundarios de la quimio/radioterapia y las urgencias oncológicas en Atención Primaria".

María Blanca Martínez Barbeito.
Servicio de Oncología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.
Cristina Pangua Méndez.
Servicio de Oncología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

13:15 - 14:15 horas

SIMPOSIO 2: "Avances de Anticoagulación Oral, nuevos retos para el Médico de Atención Primaria".

Introducción: "Dificultades y retos en el seguimiento y control del paciente anticoagulado en la consulta de Atención Primaria".

Moderador:

Juan Antonio Divisón Garrote.
Médico de Familia. C.S. Casas Ibáñez. Albacete.

"Situación actual del manejo del paciente Anticoagulado con Fibrilación Auricular en Atención Primaria".

José Polo García.
Presidente SEMERGEN Extremadura.

"Evidencias en TAO: Estudio RE-LY".

Eduardo Castellanos Martínez.
Servicio de Cardiología. Unidad de Arritmias. Complejo Hospitalario de Toledo.

Patrocinado por: **BOEHRINGER INGELHEIM**

14:15 horas

Almuerzo de Trabajo.

16:00 - 17:30 horas

MESA 2: "Patología respiratoria: nuevos enfoques para viejos problemas".

Moderador: Luis Fernando Álvarez Cueli (Toledo).

"Estrategia EPOC-2009".

Julio Ancochea Bermúdez.
Jefe del Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

“Antibioterapia en las infecciones de vías respiratorias superiores”.

José María Molero García.

Médico de Familia. E.A.P. San Andrés. Miembro del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas SO-MAMFYC-SEMFYC. Madrid.

“Estudio de contactos en tuberculosis. Manejo de la infección tuberculosa latente”.

María Antonia Sepúlveda Berrocal.

Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo
Carmen García Colmenero.

Jefe Sección Epidemiología. Delegación Provincial de Salud y Bienestar Social. Toledo.

17:30 - 19:00 horas.

Comunicaciones a la Mesa 2.

17:30 - 19:00 horas.

0,2 Créditos



TALLER 4: “Uso y manejo de inhaladores”.

Octavio Pascual Gil.

Médico de Familia. Centro de Salud Guadalajara Sur. Guadalajara.

Raúl Piedra Castro.

Médico de Familia. Centro de Salud de San Clemente. Cuenca.

TALLER 5: “Marcadores Cardíacos en Atención Primaria: nuevas perspectivas”.

Jacinto Mosquera Nogueira.

Médico de Familia. C.S. Bembrive. Vigo.

Santiago Valdearcos Enguñados.

Coordinador Medicina Familiar y Comunitaria.

Unidad Docente de Teruel.

Patrocinado por: **ROCHE DIAGNOSTICS**

19:00 - 20:00 horas

SIMPOSIO 3: “Criterios de Derivación en HBP para AP”.

Antonio Gómez Rodríguez.

Jefe del Servicio de Urología y Transplante Renal. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Patrocinado por: **GLAXO SMITHKLINE**

21:30 horas

Cena de Gala.

SÁBADO 8 DE MAYO

09:00 - 11:00 horas

Comunicaciones Libres.

Comunicaciones a la Mesa 3.

Comunicaciones Formato Póster.

11:00 - 11:30 horas

Pausa Café.

11:30 - 13:00 horas

MESA 3: “Evidencias y controversias en la práctica clínica actual del Médico de Familia”.

Moderador: Ramón Orueta Sánchez (Toledo).

“Técnicas diagnósticas de patología cardiovascular en la consulta del Médico de Familia”.

Luis Miguel Artigao Rodenas.

Médico de Familia. C. S. Zona III. Albacete.

“Aportaciones de las asociaciones a dosis fijas de fármacos en patología cardiovascular”.

Emilio Vargas Castrillón.

Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

“Nuevos y viejos fármacos preventivos: entre la expectativa, el beneficio y la prudencia”.

Félix Miguel García.

Médico de Familia. Instituto de Formación Sanitaria de la Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad.

13:00horas

CONFERENCIA DE CLAUSURA.

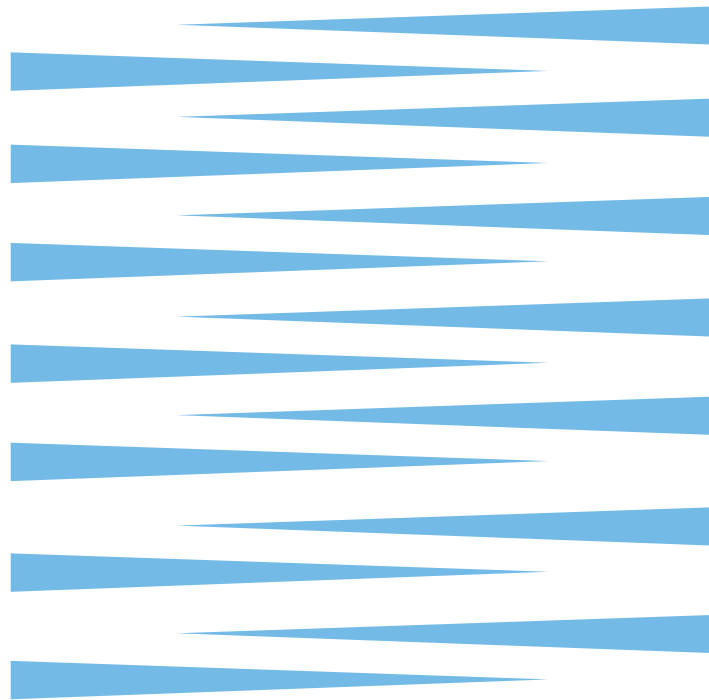
“Literatura y Medicina”.

Luis del Val.

Periodista.

13:30 horas

Acto de Clausura y entrega de premios.



Cronograma de Presentación Comunicaciones Orales

Viernes, 7 de Mayo

12.00-13.15 horas

Sesión de Comunicaciones Orales.

CÓMO DAR MALAS NOTICIAS COMO PARTE DE LA ENTREVISTA CLÍNICA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Esquivias Campos, M.A.

RESTO DE AUTORES: (2) Álvarez Galán, M.C.; (3) Monzón Caminos, G.T.; (1) Blanco Paños, J.L.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Zona 1. Albacete; (2) Hospital General de Villarrobledo. Albacete; (3) Médico Interno Residente 1er. Año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 1. Albacete.

SE ME REPITEN LAS COMIDAS...

AUTOR PRINCIPAL: (1) Monedero La Orden, Josefina.

RESTO DE AUTORES: (2) Martínez Ramírez, Miriam; (1) Ponce García, Isabel; (1) López Abril, Juan; (2) Villena Ferrer, Alejandro.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Zona III. Albacete; (2) Centro de Salud Zona V-B. Albacete.

DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES: Valles Fernández, N.; Álvarez Cueli, L.F.; Castro González, J.F.; Casares Salorio, D.; Bautista Díaz, L.; Bravo Olalla, A.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud de Seseña. Toledo.

MUJER Y PREVENCIÓN DE CÁNCER GINECOLÓGICO.

AUTORES: Pérez Castro, M.; Ruiz Martil, A.; Pizarro Losilla, B.; Ríos Germán, P.P.; López de Castro, F.

CENTRO DE TRABAJO: Atención Primaria de Toledo.

ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL POR LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS EN UN ÁREA DE SALUD.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Román Marcos, Elena.

RESTO DE AUTORES: (1) Hontanilla Calatayud, J.; (1) Zafra Alonso, S.; (2) Valladares Álvarez, H.; (2) Sastre Beceiro, A.J.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Guadalajara; (2) Unidad Cuidados Paliativos (UCP). Guadalajara.

USO DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS).

AUTORES: Velázquez Angulo, S.; Laciqui, N.; Bedoya Sánchez, C.; Cuenca Luna, V.; Arribas Aguirregaviria, F.J.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara.

17.30-19.00 horas

Sesión de Comunicaciones Orales.

¿QUÉ SABEN DE LA EPOC NUESTROS USUARIOS?

AUTORES: Borda Jaldín, E.; López Hermoso M.; Mata Castriello, M.; Pérez López, A.; Valente Rodríguez, E.; López de Castro, F.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN ANTE LA GRIPE A.

AUTORES: (1) López Martín, M.A.; (2) Rodríguez Guerrero, R.; (3) Braojos Peñas, E.; (4) Alcázar García, R.; (5) Villarin Castro, A.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud de Illescas. Toledo; (2) Gerencia de Atención Primaria de Toledo; (3) Centro de Salud de Bargas. Toledo; (4) Centro de Salud de Ocaña. Toledo; (5) Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo.

ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS. ÁREA SANITARIA DE TOLEDO CENTRO-MANCHA, 2007-2008.

AUTORES: Exojo Sánchez-Cruzado, F.; Ruiz Pérez M.J.; García Colmenero C.; García Rodríguez J.

CENTRO DE TRABAJO: Sección de Epidemiología. Delegación Provincial de Salud y Bienestar Social de Toledo.

VALORACIÓN DE LA REPERCUSIÓN DEL TABACO EN LA FUNCIÓN PULMONAR SEGÚN EL SEXO.

AUTORES: Santos Béjar, L.M.; Rodríguez Macías, B.; Martínez Arribas, R.; Calero Mora, J.; Lindo Gutarra, M.R.; Binat Vladislavovna, G.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo.

¿QUIÉN SE HA VACUNADO DE LA GRIPE A EN EL ÁREA DE SALUD DE TOLEDO?

AUTOR PRINCIPAL: (1) Berrocoso Martínez, Alberto.

RESTO DE AUTORES: (1) De Arriba Muñoz, L.; (1) Bernaldo de Quirós Lorenzana, R.; (2) Cano Martín, L. M.; (3) González González, J.; (4) Escobar Rabadán, F.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Benquerencia. Toledo 3. Toledo; (2) Centro de Salud de Menasalbas. Toledo; (3) Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo; (4) Centro de Salud Zona IV. Albacete.

CAÍDAS EN LOS ANCIANOS: ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.

AUTOR PRINCIPAL: Párraga Martínez, Ignacio.

RESTO DE AUTORES: Andrés Pretel, Fernando; Navarro Bravo, Beatriz; Rabanales Sotos, Josefa; EliceGUI Molina, Rosario; López-Torres Hidalgo, Jesús.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Albacete del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

INDICACIÓN DE QUIMIOPROFILAXIS DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN POBLACIÓN GENERAL SEGÚN CRITERIOS DE GUÍA PRETEMED.

AUTORES: Gómez-Caro Marín, Samuel; Guerrero Ramírez, Silvia; Rodríguez Martín, Ana María; Alonso Moreno, Javier; Carmona de la Morena, Javier; Orueta Sánchez, Ramón.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Sillería. Toledo.

Sábado, 8 de Mayo

09.00-11.00 horas

Sesión de Comunicaciones Orales.

CRONOTERAPIA CON VALSARTAN EN EL CONTROL DE PACIENTES HIPERTENSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Granda Barrena, Carmen V.
RESTO DE AUTORES: (1) Tapiador Fernández, J.T.; (1) Morales Gallego, D.; (2) Álvarez Prado, A.; (2) Gallego Fernández Pacheco, J.; (3) Lozano Suárez, C.
CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico residente de Familia 4º año. Ciudad Real; (2) Médico de Familia. C.S. Ciudad Real 1. Ciudad Real; (3) Técnico de Salud. Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real.

UTILIDAD DE DETERMINAR EL GROSOR ÍNTIMA MEDIA CAROTÍDEO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO VASCULAR CLÁSICOS.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Martín de Diego, Ruth.
RESTO DE AUTORES: (1) Lozano Utrilla, P.M.; (2) Huertas Arroyo, R.; (3) Redondo Rodríguez Ligerero, N.; (1) Fernández Izquierdo M.D.; (4) Rivilla Yedres M.V.
CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud de Villarta de San Juan. Ciudad Real; (2) Servicio de Neurología. Hospital Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real; (3) Centro de Salud de Manzanares II. Ciudad Real; (4) Centro de Salud de Herencia. Ciudad Real.

EXPERIENCIA PILOTO DE RECETA ELECTRÓNICA EN CENTRO DE SALUD. NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LOS USUARIOS. INCIDENCIA EN GASTO FARMACÉUTICO.

AUTOR PRINCIPAL: Álvarez Rodríguez, Sonia.
OTROS AUTORES: Gil del Olmo, Teófilo.
CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud de Sigüenza. Guadalajara.

¿INDICAMOS DE FORMA ADECUADA EL AUTOANÁLISIS A NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS?

AUTOR PRINCIPAL: (1) Torcal Potente, Ana.
RESTO AUTORES: (1) Dumbraveanu, A.; (1) Peregrín Abad, I.; (2) Rodríguez Álvarez, J.; (1) Caballero Herráez, P.; (1) Gascueña, M.
CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Guadalajara-Sur. Guadalajara; (2) Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara.

¿ATENDEMOS CORRECTAMENTE A NUESTROS PACIENTES CON CEFALEA CUANDO VIENEN AL PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA?

AUTORES: (1) Sánchez Ramiro, M.A.; (1) López Díaz, J.; (2) Buendía Lucas, R.; (2) Celada Pérez, S.; (1) Fernández Páez, F.; (1) Moreno García, F.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Toledo; (2) Enfermera de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

OCIO, ARTESANÍA Y SALUD: UNA ALTERNATIVA A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES DE UN CENTRO DE SALUD.

AUTORES: Calvo Orduña, M.J.; Ruiz Gómez, P.; Caballero Moreno, L.L.; Gascueña Luengo, M.; Sánchez González, M.C.; Alonso Gordo, J.M.
CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Guadalajara-Sur. Guadalajara.

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN PACIENTES CON OBESIDAD Y SOBREPESO.

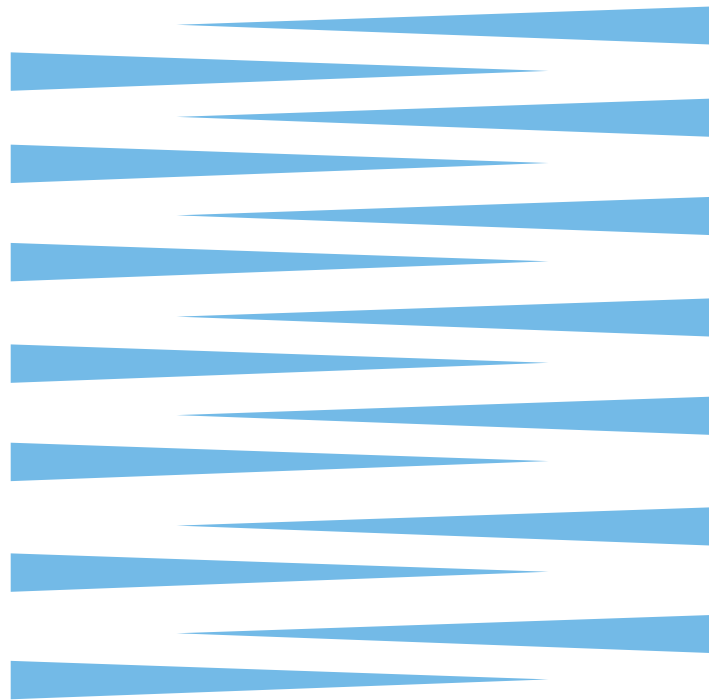
AUTORES: (1) Calvo Rico, R.; (2) Gallego Fernández, E.; (2) Lozano Placer, M.L.; (2) Navarro Agudo, O.; (3) Páramo Rosel, J.; (4) López de Castro, F.
CENTRO DE TRABAJO: (1) E.A.P. Camarena. Toledo; (2) E.A.P. Palomarejos. Toledo; (3) E.A.P. Menasalbas. Toledo; (4) Unidad Docente. G.A.P. de Toledo.

¿CÓMO MANEJAMOS LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

AUTORES: (1) Moreno García, F.; (2) Fernández Rodríguez, O.; (2) Alejandro Lázaro, G.; (1) Vidal Algarra, M.C.; (3) Aguirre de la Peña, E.; (1) Esteban Tudela, M.
CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Toledo; (2) Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo; (3) Enfermera de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

ESTUDIO DE LA OSTEOPOROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTOR PRINCIPAL: Pareja Cano, Araceli.
RESTO DE AUTORES: Maure Rico, Mónica; Vázquez Fernández del Pozo, Silvia; Cardona Chancón, Concepción; Cumbreiras De Dios, M^a. Ángeles.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Santa Bárbara. Puerto Llano. Ciudad Real.



Cronograma de Presentación Comunicaciones Formato Póster

Sábado, 8 de Mayo

09.00-11.00 horas

Sesión de Comunicaciones Formato Póster.

1.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS TUMORES MALIGNOS EN DOS CENTROS DE SALUD DEL ÁREA DE PUERTOLLANO.

AUTOR PRINCIPAL: Orugo Paredes, Rosa M^a.

RESTO DE AUTORES: Torres Vacas, C.; Maure Rico, M.; Vázquez Fernández del Pozo, S.; García Cáceres, M^a.G.; Cumbreiras de Dios, M^a.A.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Santa Bárbara. Puertollano. Ciudad Real.

2.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO EN EL CENTRO CARLOS MESTRE DE PUERTOLLANO.

AUTOR PRINCIPAL: Osés Vitoriavide, Ignacio.

RESTO DE AUTORES: Alonso Sánchez, J.; Vázquez Fernández del Pozo, S.; Maure Rico, M.; Romero López, M.; Carmona Díaz-Salazar, P.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Santa Bárbara. Puertollano. Ciudad Real.

3.

PREVENCIÓN PRIMARIA EN OSTEOPOROSIS: ¿POR QUÉ OLVIDAMOS LO BÁSICO?

AUTORES: (1) Sánchez-Cruzado del Olmo, M.M.; (1) Colinet Moreno, A.; (2) Sáez Martínez, M.A.; (1) Da Cunha, S.A.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Tomelloso II. Ciudad Real; (2) Centro de Salud de Socuéllamos. Ciudad Real.

4.

OPINIÓN SOBRE LA VISITA MÉDICA DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TOLEDO.

AUTORES: Garcés Redondo, G.; Colán Colán, C.; Sánchez Oropesa, A.; Gómez Suanes, G.; Canchig Pilicita F.E.; López de Castro, F.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Toledo.

5.

DETECCIÓN TEMPRANA DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Diseño, Validación y Confiabilidad del Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años.

AUTORES: Martínez Higueros, Claudia; Dickinson Bannack, M^a. Eloisa; Álvarez Izazaga, Marsela; Padrón Salomón, Edith.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud I Puertollano. Ciudad Real.

6.

ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE TOLEDO.

AUTOR PRINCIPAL: (1) De Arriba Muñoz, Leonor.

RESTO DE AUTORES: (1) Berrocoso Martínez, Alberto; (2) Cano Martín, Luis Miguel; (1) Bernaldo de Quirós Lorenzana, Rodrigo; (3) Escobar Rabadán, Francisco. CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud. Benquerencia. Toledo 3. Toledo; (2) Centro de Salud de Menasalbas. Toledo; (3) Centro de Salud Zona IV. Albacete.

7.

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS EN MUJERES PRE Y POSTMENOPAÚSICAS.

AUTORES: (1) Cruz Ramírez, L.M.; (2) Sancho Loras, C.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Cuenca I. Cuenca; (2) Centro de Salud Cuenca II. Cuenca.

8.

PERCEPCIÓN DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN ÁREA DE SALUD.

AUTOR PRINCIPAL: Álvarez Rodríguez, Lizett.

RESTO DE AUTORES: Delgado García, María José; Galindo Jiménez, Teresa; Ávila Milán, Alicia; Rodríguez Álvarez, Jesús Tomás; Esquinas Alcázar, Tomasa Enriqueta.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara.

9.

EL CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA POR LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS.

AUTORES: (1) Gómez Aguilera, M.; (1) Sánchez Gómez, J.L.; (1) Sánchez Gómez, M.; (1) López Lozano, M.D.; (2) Alejandro Lazaro, G.

CENTRO DE TRABAJO: (1) E.A.P. Menasalbas. Toledo; (2) Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo.

10.

EVALUACIÓN DE LA CIRUGÍA MENOR REALIZADA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

AUTORES: (1) Díaz Aguado, J.; (1) Lázaro Rivera, M.; (2) Corroto Gutiérrez, T.; (1) Martín Álvarez, M.L.; (3) Alejandro Lázaro, G.; (4) Alonso Moreno, F.J.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud de Buenavista. Toledo; (2) Enfermera. Centro de Salud de Buenavista. Toledo; (3) Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo; (4) Centro de Salud Sillería. Toledo.

11. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE GRIPE DEL HOSPITAL DE SANTA BÁRBARA DE PUERTOLLANO.

AUTOR PRINCIPAL: Vázquez Fernández del Pozo, Silvia.
RESTO DE AUTORES: Maure Rico, Mónica; Sanz Cortés, Juan.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia de Área de Puertollano. Hospital de Santa Bárbara. Ciudad Real

12. RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN REGICOR Y SCORE EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA. ¿EXISTE CONCORDANCIA ENTRE AMBAS ESCALAS?

AUTORES: Cuenca Luna, V.; Arribas Aguirregaviria, F.J.
CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara.

13. ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON INSOMNIO.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Baquerizo Cadena, A.
RESTO DE AUTORES: (1) López de Castro, F.; (1) Fernández Rodríguez, O.; (2) Fernández Agüero, L.; (2) Mareque, M.A.; (1) Villarín Castro, A.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo; (2) Dpto. Farmacia. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

14. NECESIDAD DE INFORMATIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

AUTORES: Da Cunha, S.A.; Colinet Moreno, A.; Sánchez-Cruzado del Olmo, M.M.; Parras Serrano, R.; Castillo Rivas, C.; González Martínez, A.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Tomelloso II. Ciudad Real.

15. PREVALENCIA DE FIBROMIALGIA EN NUESTRAS MAYORES.

AUTORES: (1) Tapiador Fernández, J.; (1) Abdel-Hadi Álvarez, A.; (1) Granda Barrera, C.; (2) Morales Cano, J.M.; (2) Tejeda Serrano, M.I.; (3) Lozano Suárez, C.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente de Ciudad Real; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Real 2. Ciudad Real; (3) Técnico de Salud. Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real.

16. VALORACIÓN DEL CONTROL METABÓLICO DE NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS.

AUTORES: (1) Yakovyshyn Bandrivska, L.; (1) Estébanez Seco, S.; (1) Hernández Moreno, F.B.; (1) Magallán Muños, A.E.; Fernández Rodríguez, O.; (2) López Serrano, R.
CENTRO DE TRABAJO: (1) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo; (2) Centro de Salud de Bargas. Toledo.

17. ACTITUD DE LA MUJER HACIA LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS.

AUTORES: Ríos Germán, P.P.; Ruiz Martil, A.; Pérez Castro, M.; Pizarro Losilla, B.; López de Castro, F.
CENTRO DE TRABAJO: Atención Primaria de Toledo.

18. PERFIL LIPÍDICO DE UNA MUESTRA DE PACIENTES QUE SUFREN UN PRIMER EPISODIO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO (ESTUDIO PILOTO).

AUTORES: (1) Rodríguez Roca, G.C.; (2) Rodríguez Padial, L.; (3) Alonso Moreno, F.J.; (4) Romero Gutiérrez, A.; (5) Menchén Herreros, A.; (6) Villarín Castro, A.; en representación del Grupo de Trabajo RICARTO.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM); (2) Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Toledo. SESCAM; (3) Centro de Salud Sillería. Toledo. SESCAM; (4) Área de Información y Documentación Clínica. Complejo Hospitalario de Toledo. SESCAM; (5) Laboratorio de Bioquímica y Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario de Toledo. SESCAM; (6) Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo. Gerencia de Atención Primaria de Toledo. SESCAM.

19. MAPA DE 24H EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES: Arribas Aguirregaviria, F.J.; Cuenca Luna, V.; Velázquez Angulo, S.; Laciqui, N.; Bedoya Sánchez, C.
CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara.

20. PREVALENCIA DE SÍNDROME PREMENSTRUAL EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD.

AUTORES: (1) Buendía Lucas, R.; (1) Fernández Martínez, M.S.; (1) Herrero Martín de Eugenio, V.; (2) López Juárez, D.; (3) Rodríguez Jiménez, S.; (4) Fernández Rodríguez, O.
CENTRO DE TRABAJO: (1) E.A.P. Villaluenga de la Sagra. Toledo; (2) E.A.P. Sonseca. Toledo; (3) E.A.P. Los Yébenes. Toledo; (4) Unidad Docente GAP Toledo.

21. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOLINESTÉRÁSICO EN ENFERMOS CON DETERIORO COGNITIVO, SEGÚN EL DIAGNÓSTICO Y GRADO GDS-FAST.

AUTORES: (1) Morales Gallego, D.; (1) Granda Barrera, C.V.; (1) Abdel-Hadi Álvarez, A.; (2) Merino González, A.M.; (3) Lozano Suárez, C.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Médicos Residentes de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente de Ciudad Real; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Real 1. Ciudad Real; (3) Técnico de Salud. Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real.

- 22. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL CONTROLADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
 AUTORES: (1) Jolá González, Enrique; (1) Villalobos Zapata, Edwin; (2) Murillo Vidal, Walter; (2) Urtecho Paredes, Fidel.
 CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Cuenca I. Cuenca; (2) Centro de Salud Cuenca II. Cuenca.
- 23. NECESIDADES FORMATIVAS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN CLM.**
 AUTORES: González Carnero, R.; Sánchez Nava J.G.; Canchig Pilicita, F.E.; Gómez Suanes, G.; Ríos Germán, P.P.; López de Castro, F.
 CENTRO DE TRABAJO: Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo.
- 24. MIGRAÑA Y DISLIPEMIA.**
 AUTOR PRINCIPAL: (1) Pérez López, Nieves.
 RESTO DE AUTORES: (2) Zubiri, Inmaculada; (3) García Gutiérrez, Antonia Gema; (4) Arroyo Santos-Olmo, María Catalina; (5) Fernández Rodríguez, Olga.
 CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud de Los Yébenes. Toledo; (2) Centro de Salud de Mora. Toledo; (3) Centro de Salud de Corral de Almaguer. Toledo; (4) Centro de Salud de Illescas. Toledo; (5) Unidad Docente. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.
- 25. HIPOVITAMINOSIS D EN UNA SERIE DE DIABÉTICOS TIPO 2.**
 AUTORES: Sánchez Nava, Gabriel; Baez, Julia; González Carnero, Raquel; Beltre, Elisabeth; Fernández Rodríguez, Olga.
 CENTRO DE TRABAJO: Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo.
- 26. EXPERIENCIA EN ANTICOAGULACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD URBANO.**
 AUTOR PRINCIPAL: Ávila Milán, Alicia.
 RESTO DE AUTORES: Galindo Jiménez, Teresa; Delgado García, María José; Álvarez Rodríguez, Lizett; Diez Cantarero, Adolfo; López Muñoz, Manuel.
 CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud. Balconcillo. Guadalajara
- 27. ESTUDIO DE CONTACTOS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN UN ÁREA DE SALUD.**
 AUTORES: (1) Toledano Sierra, Pilar; (2) Muñoz Platón, Enriqueta; (2) Velasco Rodríguez, Manuel; (2) Perea Rafael, Raúl; (3) Orueta Sánchez, Ramón.
 CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico residente de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo; (2) Servicio Medicina Preventiva. Hospital Virgen de la Salud. Toledo; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo
- 28. ANÁLISIS DE CALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTE DIABÉTICO TIPO II.**
 AUTOR PRINCIPAL: Checa Mendoza, Ana María.
 RESTO DE AUTORES: García Tejada, Rodolfo; Pinilla González, Lourdes; Fernández Izquierdo, M^a. Dolores; Lomas Morago, Virginia; Oliva Rodríguez, Pilar.
 CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud de Villarta de San Juan. Ciudad Real.
- 29. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL ÁREA SANITARIA DE TOLEDO CENTRO-MANCHA, 2004-2008.**
 AUTORES: Exojo Sánchez-Cruzado, F.; García Colmenero, C.; Ruiz Pérez, M.J.; García Rodríguez, J.
 CENTRO DE TRABAJO: Sección de Epidemiología. Delegación Provincial de Salud y Bienestar Social de Toledo.
- 30. TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA SUPERIOR ¿PENSAMOS EN ELLA?**
 AUTOR PRINCIPAL: (1) Monzón Caminos, Glenda Tamara.
 RESTO DE AUTORES: (2) Esquivias Campos, M.A., (3) Álvarez Galán, M.C., (2) Blanco Paños, J.L.
 CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico Interno Residente 1er. Año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 1. Albacete; (2) Centro de Salud Zona 1. Albacete; (3) Hospital General de Villarrobledo. Albacete.
- 31. PÁPULAS PRURIGINOSAS SIMÉTRICAS.**
 AUTOR PRINCIPAL: (1) Rodríguez Martín, Ana María.
 RESTO DE AUTORES: (1) González Carnero, Raquel; (2) Martín Villuendas, Ana Belén; (2) Fajardo de Campos, Ana; (2) García García, María del Rosario; (2) De Haro Muñoz, Julia.
 CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico Residente. Centro de Salud Sillería. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo; (2) Médico de Familia. Punto de Atención Continuada. Centro de Salud de Buenavista. Toledo.
- 32. CEFALEA EN PACIENTE OBESA.**
 AUTOR PRINCIPAL: (1) Rodríguez Martín, Ana María.
 RESTO DE AUTORES: (1) González Carnero, Raquel; (1) Gómez Suanes, Gabriela; (1) Calero Mora, Josefa; (2) Martínez Malabía, Dolores; (3) Alonso Moreno, Francisco Javier.
 CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico Residente. Centro de Salud Sillería. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo; (2) Enfermera. Centro de Salud Sillería. Toledo; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.
- 33. CONSECUENCIAS DE LA HIPERPOTASEMIA.**
 AUTORES: Navarro Elizondo, M.; Cebamanos Marín, J.A.; Calahorra Gazquez, L.; Lafuente Martínez, N.
 CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Tudela Oeste. Navarra.

34. A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍFILIS SECUNDARIA.

AUTOR PRINCIPAL: Gómez Suanes, Gabriela.
RESTO DE AUTORES: Lindo Gutarra, Mariela; Calero Mora, Josefa; Rodríguez Martín, Ana.
CENTRO DE TRABAJO: Residente de MFC. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Toledo. Toledo.

35. DE LA ROTURA TENDINOSA A LA VEGETACIÓN.

AUTOR PRINCIPAL: Garcés Redondo, Guillermo.
RESTO DE AUTORES: Báez Montilla, J.
CENTRO DE TRABAJO: Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Toledo.

36. PACIENTE JOVEN CON CEFALEA Y SOMNOLENCIA INTENSA.

AUTORES: Sánchez Nava, J.G; Estébanez Seco, S.; Fernández Rodríguez, O.; González Carnero, R.; Muruaga Campos, M.; Pérez López, M.D.
CENTRO DE TRABAJO: Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo.

37. MAREO NOCTURNO.

AUTORES: (1) González Carnero, Raquel; (1) Rodríguez Martín, Ana María; (2) Baquero Alonso, Mario; (3) Martínez Malabía, María Dolores; (4) Alonso Moreno, Francisco Javier.
CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico Residente. Centro de Salud Sillería. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo; (2) Servicio de Cardiología. Hospital Provincial. Toledo; (3) Enfermera. Centro de Salud Sillería. Toledo; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

38. EXTRAPIRAMIDALISMO EN EL ANCIANO: ¿ALGO MÁS QUE ENFERMEDAD DE PARKINSON?

AUTOR PRINCIPAL: (1) Villena Zálvez, María Emilia.
RESTO DE AUTORES: (2) Latic Talic, E; (2) Martínez Pardo, I.
CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Zona V-B. Albacete; (2) Centro de Salud Zona VIII. Albacete.

39. CUIDADO CON LAS CERVICALGIAS.

AUTOR PRINCIPAL: Sánchez Oropesa, Arancha.
RESTO DE AUTORES: González Carnero, R.; Hernández Moreno, J.; Fernández Rodríguez, O.
CENTRO DE TRABAJO: Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo.

40. A PROPÓSITO DE UN CASO...ASTENIA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) De Arriba Muñoz, Leonor.
RESTO DE AUTORES: (1) Berrocoso Martínez, Alberto; (1) Bernaldo De Quirós Lorenzana, Rodrigo; (2) Cano Martín, Luis Miguel; (3) González González, Jaime
CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud de Santa María de Benquerencia. Toledo; (2) Centro de Salud de Mena-salbas. Toledo; (3) Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo.

41. ABSCESO CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN DE SINUSITIS AGUDA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Gómez Suanes, Gabriela.
RESTO DE AUTORES: (1) Lindo Gutarra, Mariela; (1) Calero Mora, Josefa; (1) Rodríguez Martín, Ana; (2) Alonso Moreno, Francisco Javier.
CENTRO DE TRABAJO: (1) Residente de MFC. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Toledo; (2) Médico de familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

42. VARÓN CON TROMBOSIS VENOSA OCULAR, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CARCINOMA RENAL: ¿SÍNDROME PARANEOPLÁSICO Y HTA SECUNDARIA AL TUMOR RENAL?

AUTOR PRINCIPAL: (1) Gallardo Chavarino, Antonio.
RESTO DE AUTORES: (2) Pérez Mena, M^a.P.; (2) Rodríguez Castro, V.; (3) Ramírez Velasco, M^a.A.
CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico de Familia. E.A.P. Piedrabuena. Ciudad Real; (2) MIR de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente de Ciudad Real; (3) Enfermera E.A.P. Piedrabuena. Ciudad Real.

43. CASOS CON DIAGNÓSTICO FINAL INESPERADO.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Granda Barrera, Carmen V.
AUTORES: (1) Tapiador Fernández, J.T.; (2) Álvarez Prado, A.
CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico residente de Familia 4^o año. Ciudad Real; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Real 1. Ciudad Real.

44. ¿QUÉ PUEDE ESCONDER UNA CRISIS COMICIAL?

AUTORES: (1) Sánchez Nava, G.; (2) Moreno García, F.; (3) Alejandro Lázaro, G.; (4) Moral Troya, J.A.; (5) Méndez Pérez, C.L.; (2) Fernández Rodríguez, O.
CENTRO DE TRABAJO: (1) R3 de Medicina de Familia y Comunitaria. Unidad Docente de Toledo; (2) Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Toledo; (3) Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo; (4) Enfermero de Familia. E.A.P. Polán. Toledo; (5) Médico de Familia. E.A.P. Polán. Toledo.

45.

DOCTORA, VENGO A POR RECETAS.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Rodríguez Macías, Belén.

RESTO DE AUTORES: (2) De Castro Mesa, C.

CENTRO DE TRABAJO: (1) M.I.R. de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Toledo; (2) Médico de Familia. E.A.P. Santa. María de Benquerencia. Toledo.

46.

SE ME VA LA VIDA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Ponce García, Isabel.

RESTO DE AUTORES: (1) Monedero La Orden, Josefina;

(2) Martínez Ramírez, Miriam; (1) López Abril, Juan; (2) Villena Ferrer, Alejandro.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Zona III. Albacete; (2) Centro de Salud Zona V-B. Albacete.

47.

DORSOLUMBAGIA DE APARICIÓN CAMBIANTE.

AUTOR PRINCIPAL: Casas Mena, C.

RESTO DE AUTORES: Ballesteros Villar, J.; Rodríguez Arrebola, M.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud de Barataria. Puertollano. Ciudad Real.

48.

SÍNCOPES DE REPETICIÓN EN PACIENTE EPOC.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Figueroa Carrasco, Gloria.

RESTO DE AUTORES: (2) Machín Lázaro, José Manuel; (1)

Retuerta García, Dolores; (2) Abejón López Laura; (1) García Loaiza, Juan Esteban.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Cervantes. Guadalajara; (2) Servicio de Medicina Interna. Hospital de Guadalajara.

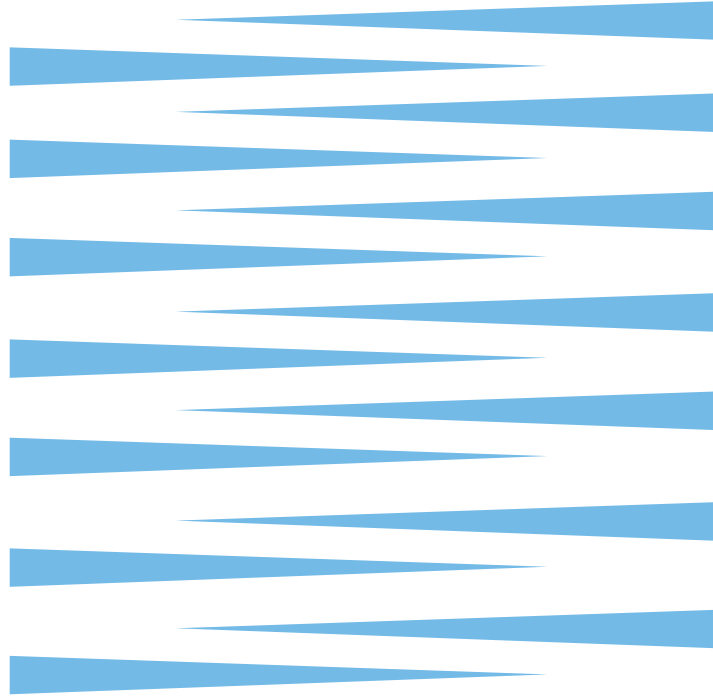
49.

CALCULADORAS MÉDICAS, UNA AYUDA EN NUESTRA CONSULTA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Esquivias Campos, M.A.

RESTO DE AUTORES: (2) Álvarez Galán, M.C.; (3) Monzón Caminos, G.T.; (1) Blanco Paños, J.L.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Zona 1. Albacete; (2) Hospital General de Villarrobledo. Albacete; (3) Médico Interno Residente 1er. Año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 1. Albacete.



Resumen de las Ponencias

EVIDENCIAS EN EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL. ESTUDIO RELY

*Eduardo Castellanos Martínez.

Servicio de Cardiología. Unidad de Arritmias. Complejo Hospitalario de Toledo.

Debido a las limitaciones que presentan los fármacos anticoagulantes antagonistas de la vitamina K, se calcula que hasta un 50% de pacientes con indicación de anticoagulación no recibe dicho tratamiento. Por otro lado, los datos de los estudios clínicos demuestran que más de un 30% de los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral no se encuentran en rango terapéutico (INR entre 2-3), porcentaje que es mayor en la práctica clínica habitual (Figura 1)



Figura 1

Los nuevos anticoagulantes orales que se encuentran actualmente en estudios fase 3 son el apixaban, rivaroxaban (ambos inhibidores del factor X de la coagulación) y el dabigatrán (un inhibidor directo de la trombina). Estos nuevos fármacos cuentan con importantes ventajas como tener un inicio rápido de acción (entre 1-4 horas), escaso potencial de interacciones con otros fármacos y alimentos, además no requerir controles periódicos para monitorizar su efecto anticoagulante.

Disponemos ya de resultados de estudios a gran escala que han evaluado la eficacia y seguridad del dabigatrán en diferentes contextos clínicos (Figura 2)



Figura 2

ESTUDIO RELY

El estudio RELY (*Randomised Evaluation of Long term anticoagulant therapy*), recientemente publicado (Connolly SJ et al. N Engl J Med 2009;361:1139-51), comparó de manera aleatorizada el tratamiento con dabigatrán (110-150 dos veces al día) con warfarina, en pacientes con fibrilación auricular con uno o más factores de riesgo CHADS2. El objetivo primario fue determinar la no inferioridad de dabigatrán respecto a warfarina, realizando un seguimiento medio de 2 años (Figura 3)

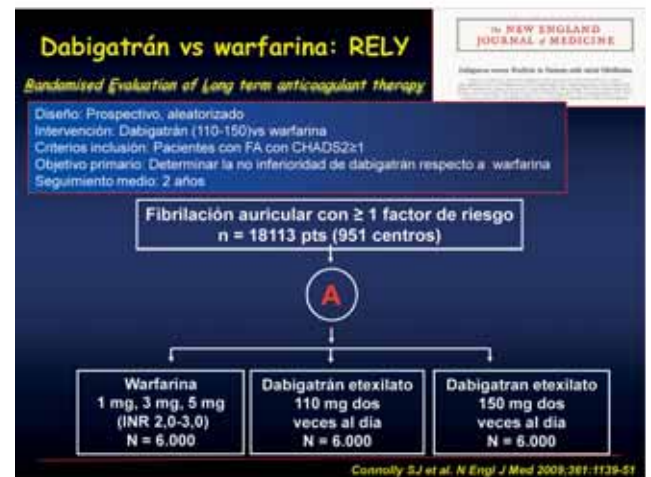


Figura 3

El estudio demostró que la dosis de dabigatrán de 110 mg administrada dos veces al día, no era menos eficaz que el uso de warfarina en la prevención de eventos tromboembólicos, y que la dosis de dabigatrán de 150 mg cada 12 horas era incluso más eficaz que la warfarina, como se muestra en la figura 4:

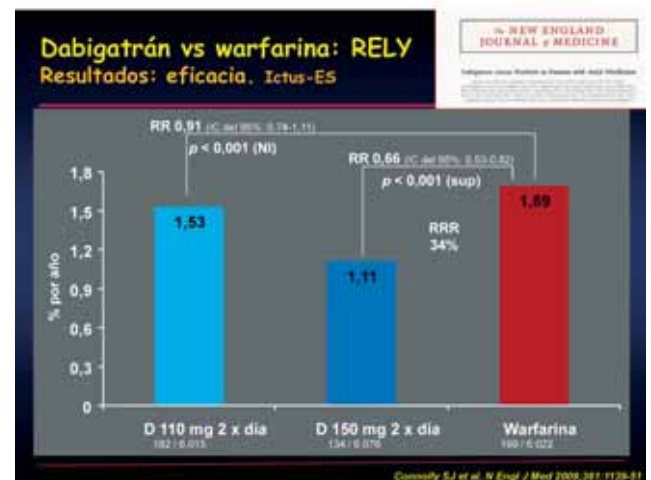


Figura 4

En términos de seguridad, el tratamiento con dabigatrán 150 mg dos veces al día demostró tener una tasa de hemorragias similar al tratamiento con warfarina, mientras

que el tratamiento con dabigatrán 110 mg dos veces al día se asoció con una tasa de hemorragias menor que la registrada con warfarina, según se muestra en la figura 5:

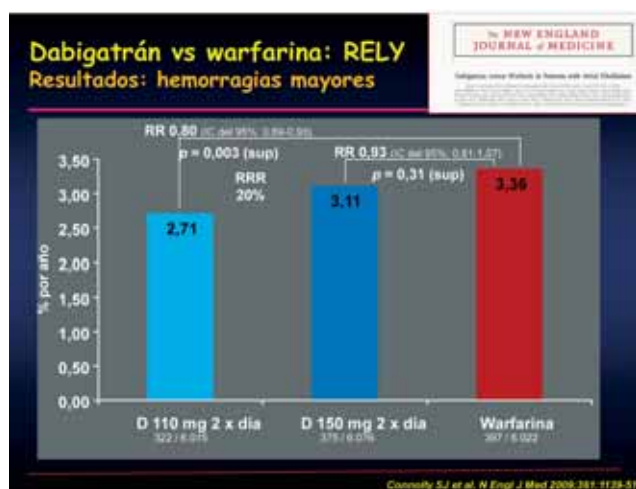


Figura 5

Los resultados del estudio pusieron de manifiesto que el fármaco no es hepatotóxico, tal como se muestra en la figura 6:

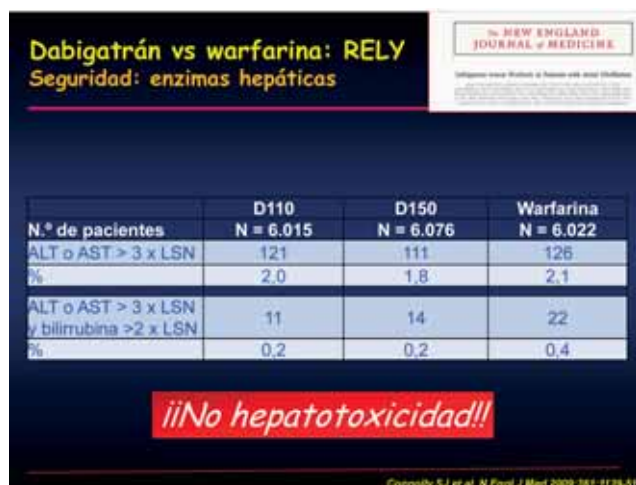


Figura 6

Las principales conclusiones del estudio RELY se muestran en la figura 7:



Figura 7

Gracias a las características de los nuevos fármacos, se espera mejorar la comodidad para realizar el tratamiento anticoagulante, lo que garantizará una mayor adherencia al mismo. También se espera una expansión de las indicaciones de los nuevos anticoagulantes como alternativas al acenocumarol en otras patologías con riesgo tromboembólico. Por otro lado, las características farmacológicas de los nuevos fármacos permitirán eliminar la pauta de anticoagulación "puente" perioperatoria.

Quedan algunas incógnitas por aclarar, como definir la dosis "óptima" del fármaco que asegure el equilibrio entre eficacia y seguridad. Se desconocen aspectos importantes como el coste de los nuevos fármacos, la disponibilidad de "antídotos" que reviertan los efectos anticoagulantes cuando sea preciso así como evaluar el grado de satisfacción de los pacientes.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA EN EPOC DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (ESTRATEGIA EPOC-2009)

*Julio Ancochea Bermúdez.

Jefe del Servicio de Neumología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

La EPOC es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de limitación crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco. A pesar de ser una enfermedad grave y muy invalidante que presenta frecuentes manifestaciones extrapulmonares y comorbilidades asociadas a la propia enfermedad, al tabaquismo y al envejecimiento, se trata de un proceso prevenible y tratable.

El principal factor de riesgo de la EPOC es el tabaquismo.

La Encuesta Nacional de Salud de 2006 cifra la prevalencia de tabaquismo en nuestro país en el 26,4% de la población mayor de 16 años, observándose en los últimos años un lento y progresivo descenso de fumadores en la población general.

Debido a su elevada prevalencia, morbimortalidad asociada y coste económico y social, la EPOC constituye hoy día un problema sociosanitario de primera magnitud. A pesar de ello, sabemos que los estudios epidemiológicos proyectados en la población general suelen infravalorar la prevalencia de la EPOC. Esto es debido a que se trata de una enfermedad que se diagnostica normalmente en estadios avanzados.

Una característica de esta patología es, pues, su infra-

diagnóstico. Así se desprende del estudio IBERPOC que analizó la prevalencia de la EPOC en 1997 en población general española entre 40 y 69 años de edad, y que situó en el 9,1%. Una conclusión muy significativa que se deriva de este estudio es que de los pacientes que se identificaron como afectados por EPOC solamente un 22% estaban diagnosticados.

Por su parte, los resultados preliminares del estudio EPI-SCAN (Epidemiologic Study of COPD in Spain), confirman la alta tasa de infradiagnóstico de la EPOC en España. El objetivo principal de este estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico, es estimar la prevalencia de EPOC en población en edad comprendida entre 40 y 80 años.

Para revertir esta situación es necesario considerar el diagnóstico en personas mayores de 40 años que presenten una historia de tabaquismo (actual o pasada) superior a los 10 paquetes-año, lo que equivale a fumar 20 cigarrillos al día durante 10 años, y con síntomas respiratorios.

El diagnóstico debe confirmarse mediante la práctica de una espirometría forzada que confirme la existencia de limitación al flujo aéreo, definida por un cociente $FEV_1/FVC < 0,70$, tras prueba broncodilatadora.

En cuanto al tratamiento de la EPOC los principales esfuerzos deben centrarse en prevenir la progresión de la enfermedad, aliviar sus síntomas, mejorar la tolerancia al ejercicio y el estado general de salud, así como en prevenir y tratar las complicaciones y las exacerbaciones y reducir la mortalidad.

Para conseguir estos objetivos, un buen plan de tratamiento debería abordar los siguientes aspectos: reducción de los factores de riesgo, evaluación multidimensional de la enfermedad, tratamiento de la EPOC estable, tratamiento de las exacerbaciones y manejo integral de la EPOC en fases avanzadas de la enfermedad.

Puesto que de momento ninguna medicación ha demostrado con certeza reducir la pérdida de función pulmonar a largo plazo, y que se trata de una enfermedad crónica, es fundamental realizar un adecuado y temprano diagnóstico, así como un manejo integral de la enfermedad que incluya fomentar cambios en el estilo de vida como la supresión del hábito tabáquico y el aumento del ejercicio físico, así como potenciar las habilidades necesarias para sobrellevar la enfermedad, optimizando el tratamiento farmacológico y no farmacológico y facilitando el oportuno soporte personal y familiar.

De lo dicho hasta ahora no resulta difícil identificar y enumerar toda una serie de razones que justifican la puesta en marcha de una Estrategia en EPOC para el Sistema Nacional de Salud: la alta prevalencia de una "enfermedad prevenible", su grado de infradiagnóstico e infratratamiento, la morbilidad, comorbilidad, discapacidad y mortalidad asociadas a esta patología, así como el alto consumo de recursos que genera, tanto en costes directos como indirectos e intangibles, y la necesidad de mejorar la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales en el manejo integral de una enfermedad están en el origen de esta iniciativa. A todo ello se une la necesidad de garantizar los principios de accesibilidad, efectividad y equidad propios de nuestro Sistema Nacio-

nal de Salud y que harán de éste uno de los mejores instrumentos para la cohesión social.

En definitiva con esta Estrategia se propone un nuevo enfoque para una vieja enfermedad, que hoy definimos como prevenible y tratable, y que sin duda nos permitirá ser más ambiciosos en el deseo de vivir más y de vivir mejor.

El documento de la Estrategia se estructura en cinco partes: Primera parte - *Aspectos generales* - que incluye la justificación, la definición de la EPOC, sus factores de riesgo, epidemiología, costes y carga de la enfermedad y su situación en España, marco jurídico y la metodología de trabajo.

Segunda parte - *Desarrollo de las líneas estratégicas* -, donde se detallan los objetivos y las recomendaciones. Se definieron las siguientes líneas estratégicas:

- Línea Estratégica 1: Prevención y detección precoz.
- Línea Estratégica 2: Atención al paciente crónico.
- Línea Estratégica 3: Atención al paciente con exacerbación.
- Línea Estratégica 4: Cuidados paliativos.
- Línea Estratégica 5: Formación de profesionales.
- Línea Estratégica 6: Investigación.

Las líneas estratégicas se despliegan en objetivos generales y específicos, con sus correspondientes recomendaciones técnicas. El orden en el que las líneas estratégicas se presentan viene dictado por la pertinencia teórica del enfoque de la planificación sanitaria y la coherencia interna de la Estrategia.

Tercera parte - *Evaluación y sistema de información de la Estrategia*- que recoge información descriptiva, indicadores y un informe cualitativo.

Cuarta parte - *Ejemplos de buenas prácticas* - desarrolladas en el contexto español que han demostrado su eficacia y efectividad.

Quinta parte - *Anexos* en los que se profundiza en distintos aspectos concretos de la Estrategia.

Objetivos de la Estrategia EPOC:

Objetivo general 1

Reducir la incidencia de la EPOC

Objetivos Específicos de prevención primaria:

- 1.1 Disminuir, a nivel nacional, la prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta (> ó = 16 años) hasta el 23,4% (hombres 27,6% y mujeres 19,5%) en el año 2011.
- 1.2 Disminuir, a nivel nacional, la prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes (de 16 a 24 años) hasta el 23% (hombres 21% y mujeres 25%) en el año 2011.
- 1.3 Retrasar medio año la edad de inicio en consumo de tabaco en la población de 14 a 18 años en 2011.
- 1.4 Realizar inspecciones y otras medidas para el cumplimiento estricto de la ley antitabaco y de los nive-

les de contaminantes atmosféricos y contaminantes en el medio laboral recogidos en las directrices vigentes.

- 1.5 Aumentar el conocimiento de la población y profesionales sobre la relación entre el tabaco, la contaminación ambiental, la exposición laboral y la EPOC y las consecuencias de esta enfermedad.
- 1.6 Establecer programas de deshabituación tabáquica a su población en los centros de salud.

Objetivo general 2

Mejorar el diagnóstico precoz de las personas con EPOC.

Objetivos Específicos de detección precoz:

- 2.1 en los centros de salud de los medios estructurales, materiales y organizativos adecuados para el diagnóstico de la EPOC.
- 2.2 Realizar, dentro de las actividades preventivas del adulto, la detección precoz de la EPOC dirigida a personas mayores de 40 años que presenten una historia de tabaquismo (actual o pasada) superior a los 10 paquetes/año (equivale a fumar 20 cigarrillos al día durante 10 años) y con síntomas respiratorios.
- 2.3 Establecer sistemas de monitorización para que las espirometrías forzadas sean accesibles y se realicen con la calidad adecuada según los criterios establecidos.

Objetivo general 3

Reducir la morbi-mortalidad de las personas con EPOC y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.

Objetivos específicos de prevención secundaria:

Los servicios/unidades de neumología contarán con la tecnología suficiente para la apropiada valoración multidimensional de las personas con EPOC (espirometría, volúmenes pulmonares, capacidad de difusión del monóxido de carbono, gasometría arterial, pruebas de esfuerzo, valoración nutricional, cooximetría, etc).

- 3.1 Realizar a los pacientes con enfermedad moderada/grave una evaluación multidimensional de la EPOC (ver tabla 15).
- 3.2 Los pacientes diagnosticados de la EPOC tendrán desde el inicio un plan de cuidados de enfermería que aumente su capacitación y autonomía en el manejo efectivo del régimen terapéutico, y fomenten la prevención de complicaciones, según los criterios incluidos en la tabla.

El plan de cuidados incluirá como mínimo:

- Valoración integral y global de las necesidades de cuidados del paciente.
- Formulación de las necesidades de cuidados detectadas.
- Formulación de objetivos, para la resolución de los problemas identificados. Estos objetivos deben ser pactados con el paciente y ser realistas en relación con las condiciones de trabajo y la continuidad asistencial

- Formulación de intervenciones para la consecución de los objetivos formulados.
- Valoración de la estructura familiar del paciente grave, con especial énfasis en la persona cuidadora principal. Se hará especial énfasis en el caso de cónyuges de edad avanzada y personas con escaso apoyo social.
- Para las valoraciones, formulación de problemas de cuidados, objetivos e intervenciones se utilizarán modelos enfermeros y clasificaciones taxonómicas validadas.

- 3.3 Recomendar a la totalidad de personas fumadoras activas con diagnóstico EPOC abandonar el hábito tabáquico ofreciéndole programas de deshabituación tabáquica, en su centro de salud y/o derivándoles a unidades especializadas de tabaquismo.
- 3.4 Valorar y, en su caso, facilitar la financiación o cofinanciación del tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica de cualquier paciente con EPOC.
- 3.5 Establecer, basándose en las guías de práctica clínica, criterios de calidad en el proceso de atención y realizar mediciones sobre el mismo según los criterios incluidos en la tabla.

Estos criterios incluirán como mínimo la monitorización de:

- La inclusión en programas de seguimiento.
- La proporción de pacientes con EPOC que reciben la vacuna antigripal (para alcanzar la cobertura del 90%) y antineumocócica.
- La inclusión en programas de rehabilitación respiratoria para el conjunto de pacientes con EPOC moderada/grave.
- La realización de ejercicio físico adaptado a su capacidad funcional.
- El uso de la oxigenoterapia continua domiciliaria y su adecuado cumplimiento.
- La correcta derivación a neumología del paciente sintomático.
- La adherencia al tratamiento.
- La valoración multifuncional y el plan de cuidados de enfermería recogidos en los objetivos 3.1 y 3.
- El número de pacientes de la EPOC incluidos en programas de deshabituación tabáquica y el número de pacientes que han dejado de fumar.

- 3.6 Implantar sistemas para monitorizar la adecuación del tratamiento farmacológico. Deberían ir orientados a:
 - Aumentar el uso de broncodilatadores de acción prolongada para el tratamiento de la EPOC estable, en detrimento del empleo regular de broncodilatadores de acción corta de acuerdo con las guías de práctica clínica.
 - Adecuar a las guías de práctica clínica el uso de corticoides inhalados en combinación.

- 3.7 Implantar progresivamente dispositivos de oxígeno-terapia y otras terapias respiratorias domiciliarias que permitan la movilidad del paciente y sus desplazamientos dentro y fuera de su Comunidad Autónoma.
- 3.8 Implantar programas estructurados de rehabilitación respiratoria.

Objetivo general 4

Proporcionar el tratamiento adecuado y basado en la mejor evidencia científica a las personas con EPOC que presenten exacerbaciones, en su domicilio o en el nivel asistencial más apropiado.

Objetivos Específicos:

- 4.1 Implantar vías clínicas, protocolos o procesos asistenciales de atención de la exacerbación de la EPOC basados en la mejor evidencia científica.
- 4.2 Realizar una evaluación y monitorización del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con exacerbaciones.
- 4.3 Establecer sistemas que permitan que los centros de Atención Primaria reciban al alta de pacientes con EPOC un informe con su plan de tratamiento y de cuidados.
- 4.4 Reducir el porcentaje de los reingresos hospitalarios y/o visitas a urgencias no planificados a los 30 días del alta hospitalaria.
- 4.5 Los centros hospitalarios deberán contar, preferentemente en áreas específicas, con aparatos de ventilación mecánica no invasiva, dispositivos de monitorización y personal entrenado para la utilización adecuada de estos dispositivos, adaptadas a las posibilidades reales de cada centro.
- 4.6 Los hospitales dispondrán de Unidades o programas de deshabitación tabáquica para personas con EPOC fumadoras hospitalizadas.
- 4.7 Proporcionar una continuidad asistencial a corto plazo por el equipo de Atención Primaria y/o especializada tras una exacerbación grave.

Objetivo general 5

Proporcionar una atención especial al paciente con EPOC en fase avanzada terminal, así como a su familia y/o cuidadores/as, según los criterios de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

Objetivos Específicos:

- 5.1 Fomentar la aplicación de los principios bioéticos y la participación de la persona con EPOC en su proceso de acuerdo con los principios, valores y contenidos de la Ley de Autonomía del Paciente y de la legislación vigente en las distintas Comunidades Autónomas.
- 5.2 Establecer procedimientos de identificación, de actuación, y evaluación del proceso de cuidados paliativos en pacientes con EPOC en fase avanzada terminal que incluyan sistemas de información y registro.

- 5.3 Las personas con EPOC en fase avanzada o terminal recibirán atención en el sistema organizativo de cuidados paliativos de su zona básica y área de salud, a nivel domiciliario y/o especializado y con los equipos de soporte que precisen de acuerdo con sus necesidades y en el momento apropiado, adaptado a las distintas situaciones y delimitaciones territoriales.
- 5.4 Implantar progresivamente, para pacientes y familiares, un sistema de acceso específico para recibir apoyo psicológico y socio-familiar especializado y adaptado a sus necesidades.
- 5.5 Establecer programas de apoyo al cuidador/a que proporcionen información sobre servicios, recursos y materiales para el cuidado y que faciliten y agilicen los trámites burocráticos dentro de lo establecido en la estrategia del SNS de cuidados paliativos.
- 5.6 Realizar acciones de sensibilización e información a la población general y a los profesionales sobre los objetivos, los principios y los recursos de los cuidados paliativos.
- 5.7 Establecer programas de formación continuada y específica para profesionales de Atención Primaria y Especializada, a fin de que puedan atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con enfermedad en fase avanzada/terminal y las de sus familias.

Objetivo general 6

Potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de las personas con EPOC y favorecer el abordaje integral e integrado de la enfermedad y la coordinación entre Atención Primaria y Especializada.

Objetivos Específicos

- 6.1 Disponer en las Comunidades Autónomas de un Plan de Formación Continuada para la totalidad de profesionales que presten atención a las personas con EPOC.

Objetivo general 7

Potenciar la investigación epidemiológica, básica, clínica y traslacional en aspectos de prevención y atención integral de la EPOC.

Objetivos específicos:

- 7.1 Promover, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en la EPOC.
- 7.2 Poner en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en la EPOC.
- 7.3 Promover la investigación en Atención Primaria sobre cuidados en la EPOC.

Bibliografía

- Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid 2009.

ANTIBIOTERAPIA EN LAS INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

*José María Molero García.

Médico de Familia. E.A.P. San Andrés. Madrid.

Miembro del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas SoMaMFYC-SEMFYC.

En nuestro país existe un uso irracional de los antibióticos, principalmente en infecciones respiratorias altas (IRA). España es uno de los países desarrollados con mayor consumo de antibióticos y con mayores problemas de resistencias a antibióticos entre los principales patógenos bacterianos de las infecciones respiratorias altas y bajas. El 90% del consumo de los antibióticos se produce en la comunidad y en el 85% de los casos se utilizan para tratar infecciones respiratorias. Se tratan con antibióticos entre el 25-40% de los catarros y/o infecciones gripales, 90-100% de las otitis media aguda (OMA), 60-70% de las faringoamigdalitis agudas (FA) y 60-90% de las bronquitis agudas. La etiología bacteriana está presente en el 60-70% de los casos de OMA, 40% de las sinusitis agudas, 20-30% de las FA y 10% de las bronquitis agudas.

Aproximadamente la tercera parte de las prescripciones de antibióticos se consideran inadecuadas. Además un 50% de la población española se automedica con antibióticos en patologías en las que no están indicados.

El tratamiento antibiótico de las IRA no es una actuación coste-efectiva en la mayoría de los casos para prevenir las complicaciones graves y proporciona un modesto efecto en el control sintomático.

Los principales patógenos bacterianos responsables de los casos de IRA son: *Streptococcus pneumoniae* (neumococo), *Haemophilus influenzae* en OMA en sinusitis y bronquitis y *Streptococcus pyogenes* en las FA. Entre un 25-20% de los aislamientos de *H. influenzae* son productoras de betalactamasas que les hace resistentes a penicilinas y amoxicipenilinas. Un 30% de los aislamientos de *S. pyogenes* y entre un 25-35% de los neumococos son resistentes a macrólidos. El 30-40% de los neumococos son resistentes a las penicilinas naturales, 20% las cefalosporinas de 1ª y 2ª generación y menos del 5% a amoxicipenilinas a dosis elevadas y a cefalosporinas de 3ª generación. La exposición previa al antibiótico es uno de los factores de riesgo más frecuentemente implicados en la aparición de resistencias.

Otitis media aguda

Son más frecuentes en niños. Los gérmenes bacterianos más frecuentemente implicados son el *S. pneumoniae* (35-45%) y *H. influenzae* (25%). El diagnóstico es clínico. La antibioticoterapia, proporciona un escaso beneficio sintomático y no disminuye el riesgo de recurrencias y de complicaciones. Entre un 80-90% de los casos se resuelven espontáneamente sin antibioterapia. Se recomienda un tratamiento antibiótico inicial en todos los menores de 2 años e independientemente de la edad en las formas

graves, otitis bilaterales, presencia de otorrea o de comorbilidad importante.

El tratamiento de elección son los betalactámicos (amoxicipenilina, asociado a clavulánico en los casos de mala evolución) y los macrólidos en casos de alergia. Las quinolonas respiratorias (levofloxacino y moxifloxacino) se reservarían para los casos de mala respuesta al tratamiento o evolución grave.

Sinusitis aguda bacteriana

Entre el 0,5 -2% de las rinosinusitis víricas agudas se complican con un sobreinfección bacteriana. Los neumococos son responsables del 20-45 % de las etiologías bacterianas, *H. influenzae* entre 22-35 % y menos frecuentes los anaerobios de origen dentario (0-9 %), *S. aureus* (0 - 8%), *S. pyogenes* (0-8 %).

El diagnóstico es clínico y excepcionalmente se recurre a pruebas de imagen.

Las ventajas del tratamiento antibiótico son moderadas y no logran un aumento en las tasas de curaciones clínicas, recidivas y recurrencias, ni en la frecuencia de complicaciones o el paso a la cronicidad.

La antibioterapia se iniciaría en los pacientes con síntomas moderados a graves, en recurrencias e inmunodeprimidos. La amoxicilina es el tratamiento de elección. La asociación con clavulánico, se recomienda en los casos que no mejoran sintomáticamente tras el tratamiento inicial. Las quinolonas respiratorias son tratamientos de segunda línea.

Faringoamigdalitis aguda

La etiología más frecuente de la faringitis aguda es la vírica (60-80%). La etiología bacteriana es principalmente por *Streptococcus beta-hemolítico* grupo A (EBHGA), responsable del 5% al 15% del total de casos en adultos (30-35% entre los 5-15 años).

El diagnóstico de la FA estreptocócica es clínico, atendiendo a los criterios de Centor-Mc Isaac. La especificidad del diagnóstico aumenta con la utilización de las test de detección rápida de antígenos para EBHGA.

El tratamiento antibiótico está indicado en los pacientes con diagnóstico de infección por EBHGA. El beneficio de la antibioterapia en la infección por EBHGA es modesto en nuestro medio por la baja incidencia de las complicaciones supurativas y no supurativas. Los antibióticos reducen modestamente los síntomas, evitarían la propagación de la enfermedad y reducirían a medio plazo las complicaciones supurativas (otitis media y absceso periamigdalino) y no supurativas (fiebre reumática). El tratamiento de elección son las penicilinas naturales parenterales u orales y en alérgicos la clindamicina o los macrólidos de 16 átomos de carbono (diacetilmidecamicina, josamicina). En las formas recurrentes se pueden asociar a rifampicina, o usarlas asociaciones de amoxicilina con ácido clavulánico.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Petersen I, Johnson AM, Islam A, Duckworth G, Livermore DM, Hayward AC. Protective effect of antibiotics against serious complications of common respiratory tract infections: retrospective cohort study with the UK General Practice Research Database. *BMJ* 2007; 335: 982.
2. Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Hayem M. Antibióticos para la otitis media aguda en niños (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
3. Arroll B, Kenealy T. Antibióticos para el resfriado común y la rinitis purulenta aguda (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. Tomás M, Ortega P, Mensa J, García JA, Barberan J. Diagnóstico y tratamiento de las rinosinusitis agudas. Segundo consenso. *Rev Esp Quimioter* 2008;21(1):45-59.
5. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibióticos para la faringitis (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Cenfor C, García-rodríguez JA, Ramos A, Cervera J, Tomás M, Asensi F, et al. Documento de consenso sobre "tratamiento antimicrobiano de la faringoamigdalitis". *Acta Otorrinolaringológica Española* 2003; 54: 369-383.

ESTUDIO DE CONTACTOS EN TUBERCULOSIS. MANEJO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE.

*Carmen García Colmenero.

Jefe Sección Epidemiología. Delegación Provincial de Salud y Bienestar Social. Toledo

*María Antonia Sepúlveda Berrocal.

Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Aproximadamente un tercio de la población mundial se encuentra infectada por *M. tuberculosis*. Los pacientes infectados no presentan síntomas ni pueden transmitir el bacilo pero durante toda su vida se van a enfrentar al riesgo de desarrollar enfermedad, sobre todo si se produce inmunodepresión ya sea por enfermedad o tratamiento médico. El objetivo del tratamiento de la infección tuberculosa latente es evitar que se desarrolle enfermedad.

Los factores de riesgo para enfermedad tuberculosa (también denominada tuberculosis activa) incluyen condiciones que aumentan la probabilidad de adquirir la infección de novo por exposición a una persona enferma o aumentan el riesgo de progresión de infección a enfermedad al

terarse el sistema inmunitario.

Uno de los pasos fundamentales es la selección de los contactos a estudiar tras la aparición de un caso de tuberculosis, especialmente de enfermos que eliminan bacilos detectables por baciloscopia de esputo (Ziehl +) y aquellos con formas cavitadas de la enfermedad. El diagnóstico de infección tuberculosa se basa en el resultado de la prueba de la tuberculina (PT) que pone de manifiesto un estado de hipersensibilidad del organismo frente a algunos componentes antigénicos del bacilo tuberculoso.

Antes de plantear tratamiento farmacológico de la infección tuberculosa latente es necesario asegurarse que el paciente no tiene una tuberculosis activa; para eso es necesario realizar una valoración clínica y radiografía de tórax que descarte afectación pulmonar.

En la pauta estándar de tratamiento con isoniazida el fármaco se administra una vez al día o dos veces en semana durante 6 meses, preferiblemente 9 meses en pacientes VIH. Una pauta con rifampicina durante 4 meses está indicada en los pacientes que no pueden tolerar isoniazida.

TALLER "USO Y MANEJO DE INHALADORES"

*Octavio Pascual Gil.

Médico de Familia. Centro de Salud Guadalajara Sur. Guadalajara.

*Raúl Piedra Castro.

Médico de Familia. Centro de Salud de San Clemente. Cuenca.

En la terapia de enfermedades pulmonares con fármacos

inhales usamos la medicación sobre el órgano diana directamente. El auténtico factor que limita su utilidad clínica, hasta el punto de anular su correcto efecto farmacológico, es la técnica de inhalación. Todos tenemos la experiencia diaria de las dificultades que encuentran los pacientes para manejar los múltiples dispositivos de administración de medicación respiratoria.

En el taller "Uso y manejo de inhaladores" tenemos como objetivo básico mejorar el conocimiento práctico de las

diferentes técnicas de inhalación por parte de los profesionales sanitarios para conseguir corregir las dificultades que tienen nuestros pacientes.

El taller comenzará con un test de conocimientos previos. Después habrá una primera parte con una introducción teórica con evidencia gráfica de la situación actual en nuestras consultas.

Posteriormente en la parte práctica, que ocupará la mayor parte de tiempo de la actividad, se habilitarán tres mesas temáticas rotatorias para los ejercicios prácticos:

- Mesa 1. Dispositivos de inhalación en cartucho presurizado. Conocimiento y uso de cámaras espaciadoras.
- Mesa 2. Dispositivos de inhalación mono y multidosis.
- Mesa 3. Nebulización de medicación con máquina de aerosoles o fuente de oxígeno.

Para finalizar habrá una puesta en común con un test de conocimientos adquiridos y otro de evaluación de la actividad.

La duración prevista del taller no excederá de los 80 minutos.

TALLER: "MARCADORES CARDÍACOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: NUEVAS PERSPECTIVAS"

*Santiago Valdearcos Enguídanos.

Coordinador Unidad Docente de Familia de Teruel. Médico Servicio Urgencias PAC Atención Primaria Teruel Capital.

La insuficiencia cardíaca (IC), cuya prevalencia va en aumento, es una de las principales causas de hospitalización, sobre todo en pacientes mayores de 65 años. Su diagnóstico está basado en la historia clínica, la exploración física y pruebas complementarias, como el electrocardiograma, la radiografía de tórax y la ecocardiografía. Un alto porcentaje de los pacientes a quienes se evalúa por disnea son diagnosticados de forma incorrecta de IC aguda. Por ello, se necesitan nuevos marcadores de determinación rápida que permitan objetivar la sospecha de IC aguda. En este aspecto, el fragmento amino-terminal del péptido natriurético cerebral (**NT-proBNP**), parecen ser marcadores diagnósticos de utilidad a la hora de valorar al paciente disneico y sospecha de IC.

La aterotrombosis es un fenómeno patológico que se caracteriza por el estrechamiento, la obstrucción de la luz del vaso y la interacción de diversos mecanismos. El **dímero-D**, un producto de degradación de la fibrina, se está utilizando crecientemente como marcador y factor pronóstico en varias enfermedades. Diferentes estudios muestran que elevaciones en la concentración de dímero-D indican un estado de hipercoagulabilidad, por lo que resultaría un buen marcador de riesgo cardiovascular.

En un porcentaje alto de los pacientes diagnosticados de IAM sobre la base de un aumento progresivo de los marcadores cardíacos en sangre, el ECG no resulta totalmente útil para el diagnóstico inicial, puesto que presenta una baja sensibilidad.

Las **troponinas cardíacas** circulantes, que son las proteínas que regulan la interacción de actina y miosina durante la contracción muscular, son detectables en los pacientes sin síntomas característicos de los síndromes coronarios agudos y apoyan el diagnóstico en aquellos que presentan una clínica compatible y en ocasiones dudosa.

Los biomarcadores cardiovasculares en tira reactiva rápida, son magnitudes biológicas accesibles para cualquier punto sanitario, por su facilidad y por su rapidez de me-

dición; además, las recomendaciones actuales sobre el valor discriminante que debe emplearse aseguran una eficacia diagnóstica satisfactoria.

En el Servicio Aragonés de la Salud, desde el Sector sanitario de Teruel se ha puesto en marcha a lo largo de un año, un programa piloto de implantación en los Puntos de Atención Continuada (PAC) de 4 centros de salud, de determinaciones Point of Care (POC), de los tres marcadores cardiovasculares antes descritos.

Además del análisis cuantitativo, se ha realizado un estudio cualitativo de valoración por parte de los profesionales que tienen acceso a dicho sistema y lo han utilizado, como inicio de extensión al resto de centros de salud si los resultados alcanzan el nivel de utilidad deseado.

Entre las conclusiones destacar el alto grado de satisfacción clínica alcanzado por los profesionales que han utilizado las determinaciones en más de una ocasión, y fundamentalmente el apoyo diagnóstico tan relevante que introduce como novedad.

Finalmente es apreciable la diferente opinión de los profesionales que tienen acceso hospitalario a menos de 5 minutos (centros urbanos) con los que se encuentran alejados más de 50 Km (centros rurales). Los primeros no apoyan la utilización por la proximidad temporal al Hospital, antes incluso de que los resultados de los marcadores sean visibles.

No es desdeñable que la aplicación de estas técnicas deba en un futuro extenderse a las consultas diarias a demanda de los centros de salud, y que se realicen más estudios de valoración de su valor de cara al pronóstico de la enfermedad.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN EN HBP PARA ATENCIÓN PRIMARIA

*Antonio Gómez Rodríguez.

Jefe del Servicio de Urología y Trasplante Renal del Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

La Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) es el tumor benigno más frecuente en el varón por encima de los cincuenta años, en aumento debido a la mayor esperanza de vida y que representa la primera causa de consulta ambulatoria al especialista de Urología, que requiere una continuidad en la asistencia entre los dos niveles, el de la Atención Primaria y de la Atención Especializada.

Por este motivo las sociedades científicas de Atención Primaria (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Medicina General (SEMG), Sociedad Española de Medicina de familia y Comunitaria (semFYC)) y la Asociación Española de Urología (AEU) han elaborado este documento de consenso sobre los criterios de derivación al especialista y de continuidad del tratamiento, de los pacientes con HBP, basándose en la historia clínica, el Índice Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS, *International Prostate*

Sympton Score), el tacto rectal y la medición de antígeno prostático específico (PSA, prostate-specific antigen), de fácil realización en la consulta de Atención Primaria, con un algoritmo de decisión a partir de los resultados de todos ellos.

Los pacientes con un IPSS < 8 deberán mantenerse en vigilancia con evaluaciones anuales; los pacientes con un IPSS 8-20, con próstata de pequeño tamaño se recomienda tratamiento con alfa-bloqueantes y evaluación al primer y tercer mes, si el tamaño de la próstata es grande se recomienda tratamiento con alfa-bloqueantes o inhibidores de la 5-alfa-reductasa y evaluación al tercer y sexto mes. Los pacientes con próstata grande y PSA > 1,5 ng/ml se recomienda tratamiento combinado y evaluación al primer y sexto mes.

Se deberían derivar al especialista aquellos pacientes con HBP y con síntomas del tracto urinario inferior (STUI), que no presenten mejoría con el tratamiento, los que tengan un tacto rectal sospechoso, IPSS > 20, PSA > 10 ng/ml o PSA > 4 ng/ml con Índice de PSA < 20% o aquellos pacientes menores de 50 años y sospecha de HBP y todos aquellos que presenten alguna complicación urológica.

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS DE PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA

*Luis Miguel Artigao Rodenas

Médico de Familia. C.S. Zona III. Albacete.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) tienen sus ventajas, si es que enfermar puede ser ventajoso en alguna ocasión. Una de ellas, es que intervenir en cualquier fase de su largo período de incubación mejora siempre el pronóstico; y la más relevante: que su prevención secundaria tiene efectos beneficiosos fuera de toda duda.

La mejor tecnología de que dispone el médico de familia para la prevención y diagnóstico de las ECV es la misma que para el resto de su actividad asistencial: anamnesis, exploración física y analítica básica. No disponemos de ninguna tecnología que mejore lo que se acaba de señalar. Piense en cualquier calculador de riesgo cardiovascular y en los datos que precisa para su uso, o piense en objetivos de tratamiento para la prevención secundaria de cardiopatía isquémica. Lo que necesita es disponer de datos obtenidos con los tres apartados señalados anteriormente y probablemente nada más.

Pero a los médicos del siglo XXI nos gusta la tecnología, nos da seguridad en nuestras actuaciones, y en Atención Primaria (con menor disponibilidad general para su uso) no somos una excepción. Si tuviera que señalar una ventaja de las técnicas disponibles para el diagnóstico y manejo de las ECV, elegiría sin duda una: disponer de datos "objetivos" que ayuden a tomar decisiones prácticas, y cuando la experiencia no nos adorna, es decir a los mé-

dicos más jóvenes, les conviene siempre que sea posible apoyarse en datos "objetivos" para hacer diagnósticos y planes terapéuticos.

Técnicas diagnósticas en patología cardiovascular

Serían casi innumerables, si la información de que disponemos no es errónea, en un periodo corto de tiempo estarán disponibles en CLM, para AP, todas las técnicas que se realizan en nuestros hospitales de referencia, lo que significa que un médico de familia podrá solicitar un ecocardiograma, un TAC o un eco-doppler renal o carotídeo cuando lo crea necesario, solo por poner unos ejemplos; pero el futuro, por inmediato que sea, es el futuro y aquí seremos prácticos. ¿Qué técnicas disponibles tienen utilidad en el trabajo diario para el manejo de las ECV? Fundamentalmente tres:

1 El **ECG**, no disponemos de tiempo, ni de espacio, para un curso de electrocardiografía, pero sí para hacer dos puntualizaciones. Primera, un médico debe manejar la electrocardiografía porque es imprescindible para el trabajo diario, uno de cada cuatro pacientes mayores de 40 años desarrollará una fibrilación auricular (FA) a lo largo de su vida y su diagnóstico requiere un ECG; entre un 1 y un 2% de la población general tiene un síndrome de pre-excitación, sintomático o no, muchos de ellos identificables con un ECG; los QTc más largos no los verá en la rareza del "Síndrome del QT largo", y sí en algún ACV (en especial en los hemorrágicos intraparenquimatosos) si tiene la mala suerte de tener que atender alguno (probable-), y le recuerdo que en la evaluación de cualquier ACV

es obligado un ECG (aunque busque más una FA); las alteraciones iónicas severas pueden sospecharse con un ECG y las náuseas de su paciente digitalizado le hacen pensar más en una intoxicación (con un dato objetivo) si usted sabe evaluar su ECG; no es necesario hablar de otras urgencias, me refiero a la cardiopatía isquémica, para resaltar la importancia del ECG y tal vez sí la identificación, por ejemplo, de la hipertrofia ventricular izquierda (HVI), este factor de riesgo (o quizá mejor: esta lesión de órgano diana) que es, independientemente de la causa que lo produzca, el de mayor capacidad pronóstica de todos los conocidos, y para todas las ECV-incluidos los ACV-, solo superada por la edad de nuestros pacientes, y los médicos debemos ser capaces de identificarla en un ECG. La segunda puntualización que se quiere hacer es más dura, pero creo que inevitable: si un médico no sabe valorar razonablemente un ECG, pierde una herramienta objetiva elemental e importante del trabajo diario y solo tendrá acceso al título de MÉDICO (con mayúsculas) cuando lo consiga.

2 AMPA y MAPA, son las siglas de Auto Medida de Presión Arterial y de Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial respectivamente. La medida de PA es sin duda la exploración clínica más repetida; los inconvenientes de la PA medida en la clínica (PAC), son tantos que no es concebible en la actualidad manejar HTA sin usar Ampa y/o Mapa. O'Brien, máxima autoridad mundial en ambas técnicas, tanto en validación de aparatos como en su uso clínico, señala en varios de sus artículos que: "... *no es aceptable en la actualidad tomar decisiones sin una o las dos técnicas señaladas, unidas a las que aporta la PAC...*". Que el profesor O'Brian tiene razón solo necesita dos datos conocidos en la literatura médica: primero, el 20-25% de nuestros pacientes hipertensos presentan una hipertensión clínica aislada (HCA) o de bata blanca; segundo, entre el 5 y 10% (algo más en algunas series) tienen cifras normales en la consulta pero elevadas fuera de ella (hipertensión enmascarada), estos son pacientes con elevado riesgo cardiovascular, de manera que si no se mide la PA fuera de la consulta nos equivocaremos sistemáticamente entre el 25 y el 35% de los casos en nuestros diagnósticos de hipertensión; algo similar ocurrirá con el control de los hipertensos ya en tratamiento, y su fenómeno de bata asociado en un porcentaje no despreciable. ¿Qué significa lo reseñado?, que el médico de familia debe conocer y manejar estas técnicas en el trabajo diario de manera ineludible, debe conocer sus indicaciones (como conoce las de los fármacos que usa), debe manejar sus valores de normalidad, debe interpretar correctamente sus resultados y debe incorporarlas a su trabajo cotidiano hasta el punto de que no exista hipertenso alguno, bajo su responsabilidad, del que no disponga de medidas fuera de la PAC, PAC que para nada debe abandonarse, aunque si automatizarse, eliminando el mayor sesgo de la PAC (el del observador) y reservando la medida clásica con fonendo solo en caso de que existan arritmias).

3 La última parte de la ponencia es especial, las razones son dos: una poco consistente científicamente, que está de moda; y dos, obviamente relevante, el gran aporte que hace no solo al diagnóstico de una ECV concreta (la arte-

riopatía periférica de miembros inferiores –AP de MMII-) sino también a la evaluación general del riesgo cardiovascular. Obviamente se está hablando de la determinación con dópler del índice tobillo-brazo (ITB).

Se trata de una técnica sencilla, barata y disponible con facilidad en los Centros de Salud. La técnica es tan sencilla que tiene como fundamento el mismo que la medida de PA sistólica (PAS) por método auscultatorio, pero en lugar de utilizar el fonendoscopio usamos una sonda dópler, generalmente portátil; con ella y manguitos normales, medimos PAS en brazos y piernas (aquí utilizando tibial posterior y pedia o tibial anterior, eligiendo la cifra más alta), medidas con las que obtenemos un índice para cada pierna/brazo, dividiendo la cifra de cada tobillo por la de cada brazo. Como en otras técnicas, debe hacerse correcta y estandarizadamente.

¿Qué aporta el ITB? Su uso fundamental será el diagnóstico de AP de MMII, una patología infradiagnosticada porque en la mayoría de los casos es asintomática. Unos ejemplos, cuando utilizamos la clasificación de Fontaine para diagnosticar AP en una población general española, su prevalencia es del 2-3% en mayores de 40 años, si lo que usamos es un $ITB < 0,9$ (criterio diagnóstico de AP) esa prevalencia alcanza un 10,5%; si la población estudiada es la mayor de 55 años esa prevalencia supera el 18% (en otros países), llegando en España a sobrepasar el 25% entre 50 y 80 años. Obviamente la incidencia y prevalencia de AP aumenta con la edad y por encima de los 70 años alcanza con criterios clínicos al 12% de la población, con $ITB < 0,9$ al 30-32%, siendo la prevalencia autopsica del 60%. Si hablamos de "pacientes" con otras ECV diagnosticadas las cifras todavía son más espectaculares, por ejemplo: en un estudio español, el 38.9% de los pacientes que presentan un síndrome coronario agudo (SCA) tienen un $ITB < 0,9$ y los pacientes con ACV diagnosticados superan el 40% con $ITB < 0,9$; en pacientes clasificados de alto riesgo (sin ECV conocida) esta prevalencia es del 30% y en síndrome metabólico del 28%. Todo teniendo en cuenta que la sensibilidad de un $ITB < 0,9$ es del 95% y la especificidad del 99% en relación al diagnóstico de enfermedad arterial oclusiva valorada por arteriografía. Por no insistir con más datos del valor del ITB, solo añadir que la mortalidad total, en ambos sexos, es superior cuando el ITB baja de 0,9 (comparada con ITB normales: $>0,9$ y hasta 1,4) y, además aumenta de forma lineal hasta valores inferiores a 0,6.

En una publicación reciente, los investigadores de Framingham constatan que incluir el ITB mejora la capacidad predictiva de las ecuaciones que calculan riesgo cardiovascular.

La pregunta final es ¿a quién hay que hacer un ITB? Las guías americanas son concluyentes en los siguientes grupos: diabéticos < 50 años y con otro FR mayor (tabaco, dislipemia, HTA), entre 50 y 60 años a todos los fumadores y diabéticos, a todos los mayores de 70 años, a todos los pacientes diagnosticados de arterioesclerosis en territorios cardíaco, carotídeo o renal, siempre que los pulsos sean anormales en MMII y, evidentemente, cuando exista clínica de claudicación intermitente o dolor isquémico en reposo.

Por tanto, en unos casos buscamos confirmar enfermedad, en otros identificar pacientes con exceso de riesgo de ECV en territorios más comprometedores para la vida que las extremidades inferiores.

Una incertidumbre fuera de evidencias científicas es ¿quién hace la exploración? La utilidad no tiene discusión,

pero un ITB correctamente realizado precisa generalmente alrededor de 20 minutos. Puede discutirse, pero parece que enfermería bien entrenada sería una opción adecuada, y por si no existiera esa colaboración (que a veces pasa), algunas alternativas para hacer mucho más rápida la técnica están en evaluación.

APORTACIONES DE LAS ASOCIACIONES A DOSIS FIJAS DE FÁRMACOS EN PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

*Emilio Vargas Castrillón.

Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

En los últimos 10-15 años la capacidad que ha tenido la industria farmacéutica para encontrar y desarrollar nuevas moléculas ha sido menor que en épocas anteriores. Esto ha llevado a muchas de ellas a buscar otras alternativas para obtener nuevos registros y poder ofrecer novedades al sector sanitario. Una de las vías para alcanzar este objetivo ha sido la reformulación de principios activos antiguos y su asociación con otros productos, con el fin de hacer más cómoda para los pacientes la politerapia, ya sea como primera o segunda línea de tratamiento de una enfermedad, o para el tratamiento de dos enfermedades relacionadas (hipercolesterolemia e hipertensión).

Desde una perspectiva clínica las ventajas de las asociaciones a dosis fijas se centran en la mejora de la relación beneficio/riesgo (incremento de la eficacia o reducción de reacciones adversas) y/o en la simplificación de la pauta terapéutica. Estas ventajas han de ser contrapesadas frente a las posibles desventajas (incremento de efectos adversos y mayor dificultad para individualizar la pauta). Lógicamente ambas vertientes deben ser correctamente evaluadas antes de que la asociación este disponible para ser utilizada en los pacientes.

En el contexto de la regulación del mercado de medicamentos pueden distinguirse dos aspectos claramente diferenciados, que en nuestro país son realizados por áreas distintas del Ministerio de Sanidad y Política Social. Por un lado estaría la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMyPS), que evalúa la calidad, la eficacia y la seguridad del nuevo medicamento y que, en general, autoriza la comercialización cuando éste presenta una relación beneficio/riesgo igual o mejor que otras alternativas existentes en el mercado. Por otro lado, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios realiza la decisión sobre su financiación por el Sistema Nacional de Salud y determina el precio de venta. Bajo este modelo podría ocurrir que un medicamento cumpla los requerimientos de eficacia, seguridad y calidad (por ser similar a otras alternativas existentes en el mercado) y por tanto reciba la autorización de comercialización por parte de la AEMyPS, y que por solicitar un precio alto la DGFyPS decida no incluirlo en la financiación del Sistema Nacional de Salud.

Los escenarios en los que un laboratorio puede solicitar el registro de una asociación a dosis fija son variados. El primero y más sencillo, ocurre cuando se pretende lograr

la autorización para aquellos pacientes que no responden a uno de los componentes aislados, en los que estaría indicado el uso simultáneo de ambos principios activos. Esta situación requiere que exista gran cantidad de información clínica sobre el uso conjunto de ambas sustancias, siendo el beneficio esperable la mejora del cumplimiento terapéutico. Cuando los diferentes principios activos se administran con el mismo intervalo, para la autorización de la asociación únicamente se requerirían estudios de farmacocinética y biodisponibilidad comparativa frente a la administración simultánea de los medicamentos que contienen los distintos principios activos. Por el contrario, si los principios activos no se administran en el mismo intervalo, además de los estudios farmacocinéticos, serán necesarios datos que demuestren la "no inferioridad" de la asociación desde un punto de vista farmacodinámico y/o terapéutico.

Cuando se pretende obtener la autorización para una indicación distinta de la aceptada para la administración simultánea de ambos principios activos, los requerimientos regulatorios se incrementan, y sería necesario un desarrollo clínico completo para lograr el registro. La misma situación ocurriría cuando alguno de los principios activos de la asociación no este comercializado previamente.

En todo caso y una vez obtenida la autorización debe valorarse si las ventajas de la asociación justifican su inclusión en la oferta del Sistema Nacional de Salud y cual es el precio que debe asignársele. En este sentido, debe recordarse que con frecuencia las ventajas en el cumplimiento no han sido comprobadas específicamente con el propio producto, sino que se extrapolan de otro tipo de situaciones más o menos similares.

WHO EXPERT COMMITTEE ON SPECIFICATIONS FOR PHARMACEUTICAL PREPARATIONS. Annex 5. Guidelines for registration of fixed-dose combination medicinal products. WHO, GENEVE 2005.

Bangalore, S; Kamalakkannan, G; Pakar, S; Messerli, FH. Fixed-Dose Combinations Improve Medication Compliance: A Meta-Analysis. *Am J Med* (2007) 120: 713-719.

Connor, J; Rafter, N; Rodgers A. Do fixed-dose combination pills or unit-of-use packaging improve adherence? A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization* | December 2004, 82 (12).

GUIDELINE ON FIXED COMBINATION MEDICINAL PRODUCTS. Disponible en:

<http://www.ema.europa.eu/pdfs/human/ewp/024095enfin.pdf> (10-4-2010)

NUEVOS Y VIEJOS FÁRMACOS PREVENTIVOS: ENTRE LA EXPECTATIVA, EL BENEFICIO Y LA PRUDENCIA

*Félix Miguel García.

Médico de Familia. Instituto de Formación Sanitaria de la Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad.

Del escándalo como hábito

Es posible que la novedad principal relacionada con el goteo de fármacos que en los últimos años han presentado problemas de seguridad, incluida la retirada del mercado, es la revelación documental de los procedimientos internos de la industria farmacéutica, que muestran casos paradigmáticos de resistencia y de ocultación de información. Por citar dos casos relevantes, rofecoxib¹ y más recientemente, rosiglitazona.² En paralelo surgen preguntas acerca de cómo están ejerciendo su papel las agencias reguladoras de medicamentos (fundamentalmente FDA y EMEA) y propuestas de una reorganización que evite sus actuales dependencias de la industria.³

Cabe recordar al respecto varios elementos conocidos que se han confirmado en los últimos casos.

Los ensayos clínicos, por su naturaleza, y en especial por su tamaño y duración, no son capaces de detectar efectos adversos menos frecuentes o de aparición más tardía. De ahí que sea obligado el estrecho seguimiento poscomercialización.

La aparición de efectos adversos serios aunque infrecuentes se ve favorecida (en el caso de que tales efectos existan) por el uso masivo de un fármaco, lo que es el caso de fármacos utilizados con pretensión preventiva en población sana.

Las variables subrogadas siguen teniendo un papel importante en la valoración de la eficacia de los fármacos (por ejemplo, ezetimiba y LDL; densidad mineral ósea para la aprobación de la indicación de 'prevención de osteoporosis', efectos renales de IECA y ARA II).

El tamaño del efecto efectivo de ciertos fármacos preventivos puede ser muy bajo o nulo, una vez descontada la validez externa, la efectividad (adherencia, etc) y la aplicación del fármaco a subgrupos de población no susceptibles de beneficio (por ejemplo, estatinas en mujeres o ancianos en prevención primaria).

A continuación se realiza un breve repaso del binomio eficacia/seguridad de fármacos más "viejos" que "nuevos" y de amplio uso, por creerlo más relevante para la práctica clínica.

Estatinas y cáncer

Hace mucho tiempo que se conoce la relación epidemiológica entre LDL bajo e incremento de la incidencia de cáncer y mortalidad. Aunque existe controversia acerca de su significado (se explica como una expresión de enfermedad subyacente más que como un factor causal) el cáncer persigue a los hipolipemiantes desde los ensayos clínicos más tempranos. Varios de los grandes ensayos con estatinas muestran una tendencia no estadísticamente significativa hacia el incremento de la incidencia de

cáncer, pero sólo en el estudio en ancianos PROSPER, apareció de forma significativa (1.64% en términos absolutos). Sin embargo ninguno de los sucesivos meta-análisis ha confirmado ese hallazgo.⁴

Dos hechos han vuelto a rescatar la cuestión. Uno, la aparición de un incremento en la incidencia de cáncer del 3.6% en la rama tratada con estatina y ezetimiba en el estudio SEAS⁵ y la publicación de dos análisis exploratorios de Alsheikh-Ali.^{6,7}

Según confiesan los editores del Journal of the American College of Cardiology en un editorial⁸ que acompañó a la publicación del primero de estos análisis⁶, este artículo fue el más discutido y escrutado en su vida de editores. El análisis encontró una clara relación entre los niveles de LDL conseguidos y la incidencia de cáncer, aunque no con la reducción absoluta o relativa de LDL. Llamativamente, la discusión de los autores se centra en relativizar su hallazgo en el contexto de las evidencias previas, pero no dejan de señalar hechos inquietantes, como la ausencia en los meta-análisis de los nuevos grandes ensayos que comparan distintas dosis.

Un año después publicaron un nuevo análisis⁷ en que se confirmaba la asociación inversa entre LDL conseguido e incidencia de cáncer (2.2 cánceres por 1.000 personas-año por cada 10 mg/dl de descenso de LDL), pero esta relación aparecía también en los grupos controles. Las estatinas no se asociaron con la incidencia de cáncer, pues en cada nivel de LDL conseguido el RR de cáncer en el grupo de estatina y control fue igual a 1. Aunque concluyen que las estatinas no parecen estar relacionada con la aparición de cáncer, afirman que sus hallazgos no excluyen la relación etiológica entre niveles bajos de LDL y cáncer. En uno de los editoriales acompañantes, D. Steinberg⁹ titula "las estatinas no causan cáncer", mientras que los editores de la revista presentan un editorial cauteloso¹⁰ ("tranquilidad pero no definitiva") donde afirman que "mientras que parece que las estatinas per se no incrementan el riesgo de cáncer, el asunto de una posible relación entre LDL muy bajo y cáncer no ha sido completamente resuelta". Además de apelar al citado SEAS, recuerdan los editores cómo la mayor parte de los ensayos con estatinas proporcionan datos incompletos sobre la incidencia de cáncer. Citan el caso del TNT que únicamente proporciona datos de mortalidad por cáncer y no incidencia. Pero podían haber citado al ASCOT que, sin proporcionar datos numéricos, zanja la cuestión afirmando "se observaron un número de muertes por cáncer similar en los dos grupos aleatorizados". Y en la extensión observacional a 5 años no aparece la palabra cáncer en todo el original. Sin olvidar que la duración de los ensayos clínicos es de 3 a 5 años, tiempo insuficiente para valorar este tipo de efecto adverso.

En noviembre de 2009 la EMEA ha añadido a la lista de posibles efectos adversos de las estatinas los siguientes: alteraciones del sueño, pérdida de memoria, alteraciones sexuales, depresión y neumonía intersticial.

Ezetimiba, una increíble presencia en el mercado

Ezetimiba es el paradigma de fármaco que a pesar de llevar en el mercado desde 2002 no ha demostrado eficacia en variables cardiovasculares (hasta 2007 había demostrado únicamente reducción de parámetros intermedios y, posteriormente, en asociación con dosis altas de estatinas ha resultado ineficaz en otras variables incluidas las cardiovasculares -estudios SEAS, ENHACE e ILUSTRATE). Su uso se ve alentado por un hecho no apoyado en evidencias, cual es la necesidad de lograr objetivos en función del LDL (fundamentalmente en prevención primaria, pero tampoco en prevención secundaria).¹¹ Adicionalmente el estudio SEAS¹³ ha introducido dudas sobre su seguridad.

Rosuvastatina, la necesidad de un paréntesis

A principios de la década de 2000, tras la retirada de la cerivastatina, rosuvastatina presentó problemas de seguridad (daño renal y miopatía) atribuidas a la utilización de dosis altas (80 mg). La dosis estándar se fijó en 5-10 mg.

Rubba et al¹² en una revisión sobre la eficacia y seguridad de rosuvastatina clasifican los estudios disponibles en 4 apartados: estudios de dosificación, ensayos vasculares (eficacia en la reducción del grosor de la íntima-media carotídea), ensayos en prevención secundaria y el estudio JUPITER en prevención primaria. En el apartado de prevención secundaria cita un pequeño ensayo en el que la administración de rosuvastatina 40 mg antes de cirugía de intervención coronaria percutánea llos infartos peri.procedimiento. Además remite a otra revisión en la que señala la existencia de dos estudios amplios (CORONA y GISSI, unas 5000 personas cada uno) que estudiaron el efecto de 10 mg de rosuvastatina en pacientes con insuficiencia cardiaca, sin encontrar resultados positivos.

En el contexto de estos antecedentes, que podrían calificarse de paupérrimos en términos de eficacia, a finales de 2008 se publicó el atípico estudio JUPITER¹³, pues utilizó como criterio de inclusión la existencia de niveles normales de LDL (<130 mg/dl) y altos de proteína C reactiva. Casi 18.000 personas "aparentemente sanas" fueron finalmente aleatorizadas a 20 mg frente a placebo. Antes de los 2 años de seguimiento medio, se interrumpió el ensayo como consecuencia del tamaño y precisión del beneficio que se estaba observando con el tratamiento. Los episodios coronarios se habían reducido un 0.4% (RAR) - en los meta-análisis^{14,15} de ensayos con estatinas la RAR es de 1.6-, los episodios cerebrovasculares 0.3% (0.4% en meta-análisis) y la mortalidad total un 0.6% (meta-análisis 0.4%, no significativo). El tamaño de la muestra permite que se alcance significación estadística en todos los subgrupos analizados.

Se ha demostrado que la interrupción anticipada de ensayos clínicos se asocia a una sobrestimación del efecto.¹⁶ Además conviene recordar que se han utilizado dosis altas y que el primer firmante del ensayo P. Ridker declara su relación con la patente del reactivo de la proteína C reactiva.¹³

Por todo ello muchos autores sitúan este ensayo entre paréntesis, recuerdan que no se dispone de datos de se-

guridad a largo plazo y destacan el hecho de que se dispone de alternativas mucho mejor conocidas.

(In)eficacia e (in)seguridad de los fármacos anti-fractura

Difícil es encontrar un campo en el que la confusión y abigarramiento evidencial llegue tan lejos como en el tratamiento preventivo de fracturas. Pues cada estudio principal, que suele contener ya dos grupos poblacionales, se sigue de la publicación de reanálisis de subgrupo y/o de estudios pooled, esto es, análisis que mezclan los individuos de varios estudios distintos. Las pérdidas con frecuencia superan el 30% de las personas incluidas. Las variables de resultado sufren modificaciones en su composición y definición, incluso una vez comenzado el estudio. Y la significación estadística en las variables más relevante (fractura de cadera y la combinada fracturas no vertebrales) se alcanza en varias ocasiones forzando los dígitos ($p=0.047$, intervalo de confianza 0.995). Es frecuente que los meta-análisis mezclen estudios en mujeres posmenopáusicas con otros en los que se incluyen varones o haya existido tratamiento con corticoides.^{11,17}

El resultado final de todo ello es doble: disparidad de recomendaciones y complejidad de las mismas.

Adicionalmente, los bisfosfonatos, el grupo en el que se encuentra el fármaco que comparativamente tiene una evidencia de mayor calidad (alendronato), se asocian a efectos adversos serios como la osteonecrosis del maxilar, y el incremento de fracturas atípicas de difícil consolidación.¹⁷

La burbuja ARA II

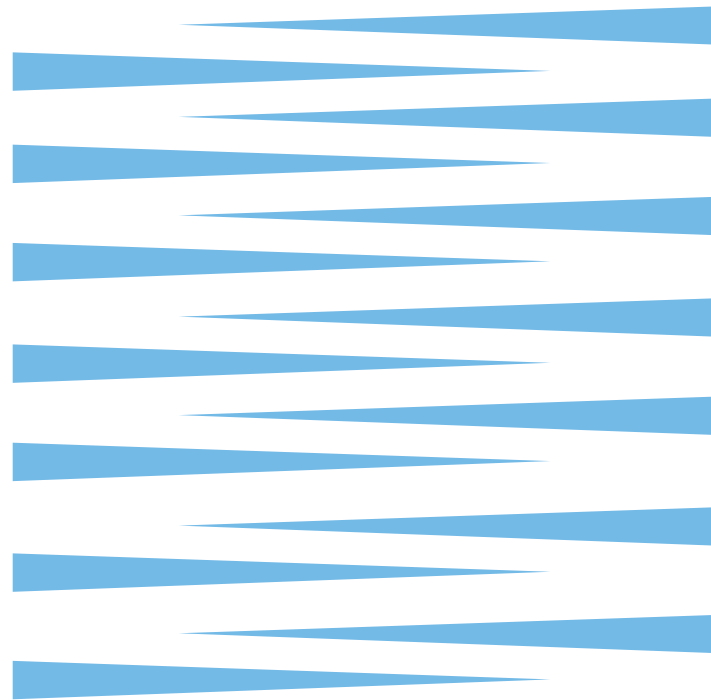
Los ARA II es un ejemplo de grupo farmacológico muy utilizado para el tratamiento de la HTA, a pesar de disponer de pruebas de eficacia poco consistentes y de alternativas sólidas.

En efecto, frente a placebo se dispone un ensayo en prevención primaria (estudio SCOPE) con resultados similares al placebo, y en prevención secundaria, un par de estudios, uno con resultados negativos tras ictus (estudio PROFESS) y otro con resultados muy limitados (estudio TRANSCEND).

En ensayos comparativos no han demostrado superioridad (estudios VALUE y ONTARGET), y únicamente se han mostrado eficaces en poblaciones muy específicas (insuficiencia cardiaca, nefropatía diabética y en hipertrofia ventricular izquierda). Y los meta-análisis comparativos muestran la superioridad de las tiazidas, y la escasez de datos que avalan el uso de ARTA II.^{18,19}

1. Psaty BM, Kronmal RA. Reporting mortality findings in trial of rofecoxib for Alzheimer disease and cognitive impairment. A case study based on documents from rofecoxib litigation. *JAMA*. 2008;299:1813-7.
2. Staff report on GlaxoSmithKline and the diabetes drug avandia. Committee on Finance United States Senate. [Internet]. Washington; 2010. [Actualizado en enero de 2010. Citado el 26 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.fdanews.com/ext/files/StaffReportGSK-Jan2010.pdf>.

3. Moynihan R. Rosiglitazone, marketing, and medical science. *BMJ*. 2010;340:758-9.
4. Dale KM, Coleman CI, Henyan NN, Kluger J, White CM. Statins and cancer risk: a meta-analysis. *JAMA*. 2006;295:74-80.
5. Rossebø AB, Pedersen TR, Boman K, Brudi P, Chambers JB, Egstrup K et al for the SEAS Investigators. Intensive Lipid Lowering with Simvastatin and Ezetimibe in Aortic Stenosis. *N Engl J Med* 2008;359:1343-56.
6. Alsheikh-Ali AA, Maddukuri PV, Han H, Karas RH. Effect of the magnitude of lipid lowering on risk of elevated liver enzymes, rhabdomyolysis, and cancer: insights from large randomized statin trials. *J Am Coll Cardiol*. 2007;50:409-18.
7. Alsheikh-Ali AA, Trikalinos TA, Kent DM, Karas RH. Statins, low-density lipoprotein cholesterol, and risk of cancer. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52:1141-7.
8. DeMaria AN, Ben-Yehuda O. Low-density lipoprotein reduction and cancer: not definitive but provocative. *J Am Coll Cardiol*. 2007;50:421-2.
9. Steinberg D. Statin treatment does not cause cancer. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52:1148-9.
10. Ben-Yehuda O, DeMaria AN. Low LDL-C levels and cancer reassuring but still not definitive. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52:1150-1.
11. Miguel F, Montero MJ, Merino A, Sanz R, Maderuelo JA. Cifras mágicas en la prevención farmacológica de la enfermedad cardiovascular y de fracturas. Una valoración crítica. *BIT* 2009;17:49-63.
12. Rubba P, Marotta G, Gentile M. Efficacy and safety of rosuvastatin in the management of dyslipidemia. *Vasc Health Risk Manag*. 2009;5:343-52.
13. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, Genest J, Gotto AM Jr, Kastelein JJ et al; JUPITER Study Group. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med*. 2008;359:2195-207.
14. Thavendiranathan P, Bagai A, Brookhart MA, Choudhry NK. Primary prevention of cardiovascular diseases with statin therapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 2006; 166:2307-13.
15. Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, Gotto AM, Shepherd J, Westendorp RG et al. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2009;338:b2376.
16. Ferreira-González I, Busse JW, Heels-Ansdell D, Montori VM, Akl EA, Bryant DM et al. Problems with use of composite end points in cardiovascular trials: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*. 2007;334:786-92.
17. Erviti J. Problemas óseos asociados al uso de bisfosfonatos: ¿evitan o producen fracturas? *BIT* 2009;17:65-83.
18. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Hypertension: management of hypertension in adults in primary care: partial update. London: Royal College of Physicians, 2006.
19. Miguel F, Montero MJ, García A, Merino A. Excesos clínicos de la conferencia de consenso sobre hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)*. 2009.doi:10.1016/j.mecli.2009.06.064.



Resumen de las Comunicaciones Orales

CÓMO DAR MALAS NOTICIAS CÓMO PARTE DE LA ENTREVISTA CLÍNICA

AUTOR PRINCIPAL: (1) Esquivias Campos, M.A.

RESTO DE AUTORES: (2) Álvarez Galán, M.C.; (3) Monzón Caminos, G.T.; (1) Blanco Paños, J.L.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Zona 1. Albacete; (2) Hospital General de Villarrobledo. Albacete; (3) Médico Interno Residente 1er. Año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 1. Albacete.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

- Historia Clínica: Varón de 86 años, acude a nuestra consulta con su hija, por dolor en pene desde hace meses.
- Antecedentes Personales: HTA. Dislipemia. ACV isquémico en 1990. HBP. Depresión.

Medicación habitual: sertralina, clopidogrel, tamsulosina, atorvastatina, omeprazol, enalapril.

Situación basal: Independiente actividades vida diaria, vive con hija.

- Exploración Física: Constantes vitales normales.
Genitales externos: lesión ulcerada profunda 3x3 cm. en surco balanoprepuciano poco dolorosa con flogosis circundante. Adenopatías inguinales induradas no móviles.
- Pruebas Complementarias: Interconsulta con Urología. Hematimetría, bioquímica, serología y coagulación normales.
Marcadores tumorales y biopsia pendientes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Enfermedad de transmisión sexual.

Neoplasia maligna (NM).

DISCUSIÓN:

A pesar de estar pendientes los resultados de marcado-

res tumorales y resultados de la biopsia, Urólogo informa a la hija la casi certeza que su padre presenta una NM de pene con infiltración ganglionar. Ella solicita que su padre sea informado por su Médico de Familia que lo conoce mejor.

Citamos a paciente a consulta programada, es acompañado por hija. Empleamos la estrategia de las 6 etapas de Buckman:

- I. Preparamos el entorno físico más adecuado, nuestra consulta es ideal.
- II. Exploramos qué sabe nuestro paciente, con preguntas abiertas: ¿Qué crees que te ha pasado?
- III. ¿Qué quiere saber realmente? Nuestro paciente responde afirmativamente.
- IV. Informamos: diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas.
- V. Respondemos a los sentimientos del paciente:
Un silencio prestándole atención, mirándole a la cara es terapéutico. Transmitimos confianza.
Escucha activa, el paciente puede querer hablar o no. Escuchar su silencio y sus palabras, sin interrumpir. Empatía.
Asertividad, debemos transmitir seguridad y opiniones razonadas.
- VI. Le ofrecemos un plan de cuidados: apoyarle, aliviarle, compartir sus miedos y preocupaciones.

Los marcadores tumorales, biopsia in situ y ganglionar confirman:

- Diagnóstico Final: NM de pene con infiltración ganglionar.

PALABRAS CLAVE:

COMMUNICATION. PRIMARY HEALTH CARE. NEOPLASMS.

SE ME REPITEN LAS COMIDAS...

AUTOR PRINCIPAL: (1) Monedero La Orden, Josefina.

RESTO DE AUTORES: (2) Martínez Ramírez, Miriam; (1) Ponce García, Isabel; (1) López Abril, Juan; (2) Villena Ferrer, Alejandro.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Zona III. Albacete; (2) Centro de Salud Zona V-B. Albacete.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

- Motivo de consulta: Dispepsia.
- Antecedentes personales: Intervenido de nevus axilar compatible con Acantosis nigricans. Fumador. Divorciado hace unos meses.
- Enfermedad actual: Varón de 26 años, que consulta por "sensación de repetición de las comidas" desde hace 48h, epigastralgia que mejora con la ingesta de alimen-

tos, pirosis y retortijones. Se pautan recomendaciones dietéticas, Ranitidina 150mg/12h y Escopolamina 10mg/8h.

Cinco días después acude por persistencia de dichos síntomas, especialmente postprandiales, asociados a distensión abdominal que calma con la ingesta de alcalinos y ranitidina. Iniciamos tratamiento con Omeprazol 20mg/24h, Cinitrapida 1mg/8h y solicitamos test de ureasa.

Acude a urgencias en dos ocasiones por aumento del dolor, que despierta por la noche y pérdida ponderal no objetivable.

- Exploración física: Buen estado general. IMC:24,53 kg/m², PA:145/80mmHg. Afebril. No presenta adenopatías. Destaca dolor anivel epigástrico y ruidos hidroaéreos aumentados, resto normal.

- Pruebas complementarias: Analítica: Hb:13, Hto:37.6%, VCM:83, HCM:28.8, Leucocitos:8450 (fórmula normal), Plaquetas:268000, VSG:5. Bioquímica y coagulación: normal.

Test de ureasa: positivo.

Gastroscopia: curvatura menor antral con úlcera profunda de bordes indurados.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Síntoma guía: dispepsia. Nos planteamos como primera posibilidad los trastornos funcionales como síndrome de intestino irritable, así como úlcera péptica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis por helicobacter pylori, toma de fármacos gastrolesivos... pero dada la evolución clínica debemos pensar en otras causas como

enfermedad de Crohn, enfermedad celiaca, cáncer gástrico y trastornos ansioso-depresivos...

DISCUSIÓN:

- Evolución: El resultado de la biopsia muestra una mucosa antral con intensa inflamación aguda y presencia de H. Pylori, sin datos malignidad. Tras tratamiento erradicador se solicita nueva gastroscopia, que informan como dudosa metaplasia esofágica y úlcera antral de más de 2 cm de diámetro. La biopsia objetiva infiltración por linfoma de células B de alto grado. Se realiza estudio de extensión que fue negativo, iniciándose tratamiento quimioterápico con remisión completa.
- Diagnóstico final: Linfoma no Hodgkin gástrico primario B difuso de célula grande.

DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: Valles Fernández, N.; Álvarez Cueli, L.F.; Castro González, J.F.; Casares Salorio, D.; Bautista Díaz, L.; Bravo Olalla, A.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud de Seseña. Toledo.

OBJETIVOS:

Medir el tiempo de retraso en el diagnóstico de sospecha del cáncer por parte de los médicos de Atención Primaria.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio observacional transversal retrospectivo, que abarca los casos de cáncer con constancia en el Turriano.

EMPLAZAMIENTO:

Centro de Salud de Seseña. Localidad al Norte de Toledo de más de 16.000 habitantes. Participan 5 Médicos de Familia y un Pediatra.

PARTICIPANTES:

Pacientes diagnosticados de cáncer desde el 05/05/2005 al 31/12/2009 en nuestra Zona de Salud. Se seleccionaron 53 historias, de las que hubo que eliminar 9 casos por falta de registro correcto. Por lo tanto trabajamos con 44 casos. De ellos 29 eran varones y 15 mujeres. El rango de edad comprendía desde los 5 a los 87 años, con una media de 57 años y una DS de 19'75.

INTERVENCIONES:

La valoración de los resultados de cada profesional fue siempre realizada por otro profesional diferente.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Se contó el número de días que pasaron desde que el paciente presentó los primeros síntomas de su enfermedad

hasta que se estableció el diagnóstico de sospecha (no el diagnóstico anatomopatológico), valorando las consultas habidas el año anterior a dicho diagnóstico. Utilizamos como "Gold Standard" principalmente el Manual de Medicina Interna de Harrison 16ª edición y el Nelson de Pediatría 17ª edición. Se contaron 25 casos, es decir que el diagnóstico de sospecha se estableció en el momento del primer examen del paciente, siendo el mayor retraso en el diagnóstico de 340 días. En total se sumaron 2.137 días de demora. Tanto la moda como la mediana del estudio es "0", siendo la media de 48'6 días de retraso, habiendo un total de 14 casos que pasaron de los 30 días.

CONCLUSIONES:

1. En el 56'8 % de los casos el diagnóstico de sospecha se estableció en el momento de la primera consulta.
2. En el 31,8% de los casos, las actuaciones realizadas por el médico, aunque correctas, supusieron un retraso superior a 30 días en el diagnóstico.
3. Cinco de los "ceros" obtenidos fueron hallazgos casuales (análisis de rutina, ECOs...).
4. Uno de los casos de más de 300 días de demora se produjo por incomparecencia del paciente.
5. En esta serie, no aparece ningún caso en el que el retraso en el diagnóstico sea achacable, por acción u omisión, a negligencia del médico.

MUJER Y PREVENCIÓN DE CÁNCER GINECOLÓGICO

AUTORES: Pérez Castro, M.; Ruiz Martil, A.; Pizarro Losilla, B.; Ríos Germán, P.P.; López de Castro, F.

CENTRO DE TRABAJO: Atención Primaria de Toledo.

OBJETIVOS:

Describir el comportamiento de las mujeres sobre las medidas preventivas en cáncer ginecológico.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo transversal mediante encuesta autocumplimentada.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria. Área de Salud de Toledo.

PARTICIPANTES:

Mujeres entre 18 y 65 años de cuatro Centros de Salud.

INTERVENCIONES:

Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y comportamientos relativo a las medidas preventivas del cáncer ginecológico.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Muestra de 539 mujeres; edad media 40,4 (DE 11,0); 65,4% casadas; 40,8% universitarias; trabajan el 70,6%. El 87,0% considera el cáncer de mama (CM) el más frecuente, seguido del de cérvix (12,4%). Para el 40,5% la mejor forma de detectar un CM es la autoexploración, se-

guido de mamografía (37,4%). El 54,5% cree que la lactancia materna previene el CM. El 56,5% se ha realizado alguna vez una mamografía; este porcentaje es mayor en >45 años ($p=0,000$) y medio urbano (58,6 vs 51,4%; $p>0,05$). El 51,2% de las mamografías son por causa médica. La cobertura del programa de despistaje de CM es 67,6% [IC95% 60,8-74,1]. Se realiza examen mamario periódico el 37,5%, este porcentaje es mayor en >45 años ($p=0,000$) y medio urbano (42,3 vs 27,4%; $p=0,001$). El 56,9% refiere realizarse autoexploración mamaria, sin diferencia por edades ni hábitat. El 50,2% de las que realizan autoexploración ha sido adiestrado por un profesional sanitario. El 53,6% se realizan citología periódica, siendo superior en >25 años ($p=0,000$) y medio urbano (59,0 vs 43,4%; $p=0,000$). El 60,7% conoce que la vacuna contra el VPH previene el cáncer de cérvix. El 27,0% acude casi todos los años a revisión ginecológica privada; porcentaje mayor en edades intermedias ($p=0,000$) y medio urbano ($p=0,005$).

CONCLUSIONES:

Existen altos porcentajes de realización de mamografía y citología. Llama la atención la frecuencia de autoexploración mamaria, a pesar no ser recomendada actualmente a nivel científico. Hay un importante uso de consultas privadas de Ginecología. Los controles ginecológicos son menos frecuentes en medio rural.

PALABRAS CLAVE:

ACTIVIDADES PREVENTIVAS. MUJER. CÁNCER MAMA. CÁNCER CÉRVIX.

ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL POR LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS EN UN ÁREA DE SALUD

AUTOR PRINCIPAL: (1) Román Marcos, Elena.

RESTO DE AUTORES: (1) Hontanilla Calatayud, J.; (1) Zafra Alonso, S.; (2) Valladares Álvarez, H.; (2) Sastre Beceiro, A.J.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Guadalajara; (2) Unidad Cuidados Paliativos (UCP). Guadalajara.

OBJETIVOS:

Conocer las características asistenciales y de coordinación con Atención Primaria de la Unidad Cuidados Paliativos (UCP) domiciliarios en un área de salud de Castilla-La Mancha, así como el perfil de pacientes atendidos.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio transversal, retrospectivo, descriptivo y observacional.

EMPLAZAMIENTO:

Unidad de Cuidados Paliativos en atención domiciliaria de un área de salud en Castilla-La Mancha.

PARTICIPANTES:

Pacientes visitados por la UCP domiciliarios desde que esta pertenece al SESCAM y dados de baja por cualquier causa desde de abril de 2008 hasta febrero de 2010 ($n=308$).

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas recogiendo las siguientes características:

- Socio-demográficas: edad (media 74,5 años, DE 13, mínimo 21, máximo 96), sexo (63,2% varones), distancia del domicilio a la UCP (50,2% vivían a menos de 10 kilómetros), cuidador principal (84% son familiares: 60% mujeres y 90,6% mayores de 40 años).

- Clínico-asistenciales: no conocen su diagnóstico el 30,8% (IC 95%: 25,5-36,2), pacientes oncológicos (88,3%), diagnóstico por aparatos (más frecuente digestivo: 41,1%), especialidad que deriva (oncología 48,1%, atención primaria 12,7%), situación funcional al ingreso aplicando la escala *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG): 2-3 en 65,2%, síntomas tratados (dolor 72,1%), precisó sedación (18,8%), visitas realizadas (media 6,15 por paciente, DE 6,3 mínimo 0, máximo 42), se refleja coordinación con atención primaria en el 32,2% (IC 95%: 26,8-37,5), precisaron tratamiento urgente el 39,4%, lugar de fallecimiento: domicilio en el 66,1%, atención al duelo: 94,7%.

CONCLUSIONES:

El perfil del paciente es de edad avanzada, con cuidador principal informal de sexo femenino. Predominan los pacientes oncológicos, siendo el síntoma más tratado el dolor, con mayor frecuencia fallecen en su domicilio. Debemos destacar que el conocimiento del diagnóstico por el propio paciente y la coordinación con atención primaria son todavía claramente mejorable.

PALABRAS CLAVE:

CUIDADOS PALIATIVOS. ENFERMO TERMINAL. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

USO DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS).

AUTORES: Velázquez Angulo, S.; Laciqui, N.; Bedoya Sánchez, C.; Cuenca Luna, V.; Arribas Aguirregaviria, F.J.
CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara.

OBJETIVOS:

Describir el uso dado al análisis del PSA en nuestra ZBS y el motivo de su petición.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria, Zona Básica de Salud, Laboratorio.

PARTICIPANTES:

De un total de 486 solicitudes de analítica que incluían el PSA, se selecciona una muestra de 246 ($p=0.5$), que se eligen por muestreo sistemático.

INTERVENCIONES:

Se recogen las cifras de PSA, y de las historias clínicas informatizadas del sistema Turriano se recogen el resto de las variables.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Las variables de estudio son: edad, PSA, motivo de la solicitud, clínica asociada a la misma, exploración física acompañante y destino de la prueba.

Edad media 61,44 años (26-90) DS 11,188, Cifra media de PSA 1,78 (0,1-22,7), PSA normal (< 4 ng/dl) 91,21%, Por motivo diagnóstico 72,1%, Destino médico de familia 71,3%, Clínica urológica recogida en la historia en la fecha de la solicitud 30,3%, Exploración física urológica en la fecha de la solicitud 7%.

CONCLUSIONES:

- 1.- La gran mayoría de los resultados de las analíticas de PSA son normales.
- 2.- Debemos revisar los criterios de solicitud de dicha prueba y acomodarlos a los propuestos por el PAPPs.
- 3.- Debemos reflejar tanto la clínica como la exploración física en la historia clínica al realizar las solicitudes de pruebas complementarias.

PALABRAS CLAVE:

ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO. SOLICITUD. ATENCIÓN PRIMARIA.

¿QUÉ SABEN DE LA EPOC NUESTROS USUARIOS?

AUTORES: Borda Jaldín, E.; López Hermoso M.; Mata Castriello, M.; Pérez López, A.; Valente Rodríguez, E.; López de Castro, F.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo.

OBJETIVOS:

Valorar el conocimiento y la actitud de la población hacia la EPOC.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo transversal basado en entrevistas personales.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria. Área sanitaria de Toledo.

PARTICIPANTES:

225 usuarios reclutados en un centro de salud urbano.

INTERVENCIONES:

Entrevista personal con encuesta diseñada ad hoc. Análisis con SPSS 12.0 (test de Chi², U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, coeficiente de correlación rho de Spearman).

MEDICIONES Y RESULTADOS:

La muestra tiene una edad media de 41,9 años (DE 15,7); 54,2% son mujeres; 46,2% con estudios universitarios. Hay un 29,3% de fumadores (el 20,2% con IT>20). El 69,3% [IC95% 63,3-75,2] dice conocer lo que es la Bronquitis Crónica (BC); los conceptos EPOC y Enfisema sólo son conocidos por el 36,9 y 35,7% respectivamente. El tabaco es identificado como la causa principal de la enfermedad por el 72,9%. La sintomatología más relacionada con la enfermedad es la tos (71,6%), la disnea

(64,4%) y el esputo (41,3%). El 28,5% la consideran contagiosa. Un 50,7% sabe lo que es una espirometría. En general, el grado de conocimiento está asociado ($p<0,05$) con el nivel de estudios y el tener algún conocido con la enfermedad; no encontramos relación con edad, sexo o hábito tabáquico. La gravedad media imputada a la enfermedad es de 7,8 (DE 1,4) en una escala de 1 a 10; es considerada más grave por quienes conocen la causa de la enfermedad (8,13 vs 6,61; $p=0,000$) y tienen un conocido enfermo (8,18 vs 7,56; $p=0,002$); no hallamos diferencias por sexo, edad, nivel de estudios y hábito tabáquico.

CONCLUSIONES:

Pensamos que el grado de conocimiento es aceptable, aunque puede ser mejorado en algunos aspectos. En general es considerada una enfermedad grave, sobre todo por quienes tienen un conocimiento cercano de ella.

PALABRAS CLAVE:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA. EPOC. ATENCIÓN PRIMARIA.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN ANTE LA GRIPE A.

AUTORES: (1) López Martín, M.A.; (2) Rodríguez Guerrero, R.; (3) Braojos Peñas, E.; (4) Alcázar García, R.; (5) Villarín Castro, A.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud de Illescas. Toledo; (2) Gerencia de Atención Primaria de Toledo; (3) Centro de Salud de Bargas. Toledo; (4) Centro de Salud de Ocaña. Toledo; (5) Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo.

OBJETIVOS:

Describir el grado de conocimiento y las actitudes de la población sobre la prevención y el tratamiento de la gripe A.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Observacional, descriptivo, transversal, por reclutamiento.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria (4 Zonas Básicas de Salud).

PARTICIPANTES:

Usuarios mayores de edad que acuden al Centro de Salud.

INTERVENCIONES:

Encuesta autocumplimentada elaborada ad hoc.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Variables sociodemográficas, clínicas y de conocimien-

tos. 206 encuestas (60% mujeres), edad media (\pm desviación estándar) $49,8 \pm 17,4$ años. 33,5% pertenecían a grupos de riesgo frente a la gripe A. 29,13% se había vacunado el año anterior frente a la gripe, por un 27,8% el año actual (7,14% frente a la gripe A), más los pertenecientes a grupos de riesgo. Los conocimientos correctos sobre síntomas, tratamiento y necesidad de receta para conseguir antivirales fueron del 61%, 32,7% y 70,3%, respectivamente. El 40,1% se consideraba poco o nada informado, obteniendo la información fundamentalmente de la televisión (75,7%). El 37,81% se consideraba bastante o muy preocupado ante la enfermedad, y el 37,24% consideraba que ésta era bastante o muy grave. Las actitudes ante el padecimiento de un cuadro catarral no cambiaron respecto a la pauta habitual.

CONCLUSIONES:

La cobertura vacunal es baja, especialmente ante la gripe A. Los conocimientos sobre síntomas y tratamiento de la gripe A no han llegado adecuadamente a la población, que se considera poco informada en un alto porcentaje. La mayor parte de la información se obtiene de medios no oficiales. El grado de preocupación no es demasiado alto, aunque sí lo es la percepción de gravedad. La pandemia no ha alterado las costumbres de la población en demasia.

PALABRAS CLAVE:

SUBTIPO H1N1 DEL VIRUS DE LA INFLUENZA A. PROMOCIÓN DE LA SALUD. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS. ÁREA SANITARIA DE TOLEDO CENTRO-MANCHA, 2007-2008.

AUTORES: Exojo Sánchez-Cruzado, F.; Ruiz Pérez M.J.; García Colmenero C.; García Rodríguez J.

CENTRO DE TRABAJO: Sección de Epidemiología. Delegación Provincial de Salud y Bienestar Social de Toledo.

OBJETIVOS:

Exponer las principales características de los contactos de casos de tuberculosis estudiados y los resultados observados, en el Área Sanitaria de Toledo Centro-Mancha, durante los años 2007 y 2008.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo de los contactos registrados.

EMPLAZAMIENTO:

Con la base del Registro Regional de Casos y Contactos de Tuberculosis, se presentan los datos de los contactos estudiados en el Área Sanitaria de Toledo y zonas de salud de la provincia de Toledo que pertenecen al Área Mancha-Centro.

PARTICIPANTES:

Contactos registrados en 2007-2008 (1.218 sujetos). Se incluyen los contactos estudiados en nuestro ámbito aunque el caso perteneciera a otra zona y se excluyen los contactos de casos infantiles estudiados para búsqueda del caso fuente.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Se incluyen variables personales y clínicas de los contactos y se miden los resultados como diagnóstico final, indicación de tratamiento y cumplimiento del mismo. El 50,5% de los contactos son varones, con una edad media de 34,5 años. El 84,3% son contactos de casos de tuberculosis pulmonar, el 52,7%, con baciloscopia positiva y el 78,7% con cultivo positivo. El 24,7% de los estudiados son convivientes del caso. Un 28% de las pruebas de tuberculina son positivas. Se diagnosticaron 301 infectados (24,7%), 17 personas con enfermedad activa (1,4%) y 12 (1,0%) con tuberculosis residual. El porcentaje mayor de infectado o enfermo ocurre en contactos con edades entre 45 y 64 años, varones, con relación muy próxima al caso, de pacientes con enfermedad pulmonar, baciloscopia positiva y de origen extranjero. Se indican 354 tratamientos de Infección tuberculosa latente (77% de cumplimientos).

CONCLUSIONES:

Es fundamental emprender el estudio de contactos dada la frecuente existencia de infectados y enfermos entre las personas cercanas a un enfermo de tuberculosis. Es necesario mantener un seguimiento estricto del contacto, especialmente en aquellos que precisan tratamiento.

PALABRAS CLAVE:

INFECCIÓN TUBERCULOSA. ESTUDIO DE CONTACTOS. EPIDEMIOLOGÍA.

VALORACIÓN DE LA REPERCUSIÓN DEL TABACO EN LA FUNCIÓN PULMONAR SEGÚN EL SEXO.

AUTORES: Santos Béjar, L.M.; Rodríguez Macías, B.; Martínez Arribas, R.; Calero Mora, J.; Lindo Gutarra, M.R.; Binat Vladislavovna, G.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo.

OBJETIVOS:

Valorar la posible existencia de diferencias, en función del sexo, de la repercusión del tabaco sobre la función pulmonar.

DISEÑO:

Descriptivo transversal, de enero a marzo de 2010.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria.

PARTICIPANTES:

Fumadores mayores de 18 años pertenecientes a tres ZBS. Criterios de exclusión: patología oncológica pulmonar, fibrosis quística, enfermedad pulmonar profesional, disfunciones cognitivas, contraindicaciones para realizar espirometría, no hispano-hablantes.

INTERVENCIONES:

Tras contactar telefónicamente con los pacientes, se les citó para realizar espirometría (previo consentimiento informado) aconsejando deshabituación tabáquica en cada caso. En caso de proceso respiratorio agudo se retrasó la cita una semana/diez días tras la resolución del cuadro.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Se recogió: edad, sexo, edad de inicio de hábito tabáquico, índice tabáquico (IT), tipo de tabaco, función pulmonar- espirometría. N= 153. Edad media $49 \pm 13,59$ años.

61,4% hombres. Edad media inicio hábito tabáquico $18,18 \pm 5,95$, siendo esta edad inferior en hombres sin diferencias significativas. Índice tabáquico: mediana 25 (RI 36-15), con diferencias significativas entre sexos (hombres 28 vs mujeres 23; $z = -2,107$ $p < 0,05$). Los valores medios de los datos espirométricos fueron: CVF: 86,41 (DE 17,44); FEV1: 88,94 (DE 18,09); FEV1/CVF: 85,01 (DE 13,64); MEF₂₅₋₇₅: 87,94 (DE 32,42). Se observaron diferencias significativas entre sexos en los valores medios de CVF, FEV1 y MEF 25-75. Un 39,1% tenía un FEV1/CVF < 80 y el 16,99% valores de MEF₂₅₋₇₅ < 60 , sin diferencias por sexos en estos grupos. En hombres, el IT se correlaciona significativamente con CVF ($\rho = -0,309$; $p < 0,001$), FEV1 ($\rho = -0,320$; $p < 0,001$) y MEF₂₅₋₇₅ ($\rho = -0,211$; $p < 0,05$), no encontrándose correlaciones significativas entre estos parámetros y el

IT en mujeres. Se creó un modelo de regresión lineal entre IT y FEV1 para cada sexo obteniéndose un $B = -0,035$ en mujeres y $B = -0,182$ en varones.

CONCLUSIONES:

En nuestra muestra, la afectación que produce el tabaco parece ser diferente entre hombres y mujeres, con mayor repercusión en los hombres. Sería necesario realizar nuevos estudios para contrastar estos resultados.

PALABRAS CLAVE:

FUNCIÓN PULMONAR. ESPIROMETRÍA. ÍNDICE TABÁQUICO.

¿QUIÉN SE HA VACUNADO DE LA GRIPE A EN EL ÁREA DE SALUD DE TOLEDO?

AUTOR PRINCIPAL: (1) Berrocoso Martínez, Alberto.

RESTO DE AUTORES: (1) De Arriba Muñoz, L.; (1) Bernaldo de Quirós Lorenzana, R.; (2) Cano Martín, L. M.; (3) González González, J.; (4) Escobar Rabadán, F.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Benquerencia. Toledo 3. Toledo; (2) Centro de Salud de Menasalbas. Toledo; (3) Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo; (4) Centro de Salud Zona IV. Albacete.

OBJETIVOS:

Conocer el perfil socio-demográfico y clínico de los sujetos vacunados frente a la gripe A en el Área de Salud de Toledo, así como la proporción de ellos en que la indicación era correcta. Por otra parte queremos saber si los vacunados de la gripe A se vacunaron en el mismo año y en los anteriores de gripe estacional, y si padecieron gripe o algún efecto secundario por la vacunación.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio descriptivo transversal con muestreo sistemático sobre la población total de vacunados frente a la gripe A.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria en el Área de Salud de Toledo.

PARTICIPANTES:

400 pacientes vacunados frente a gripe A, vivos en el momento de la selección (finales de enero de 2010).

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Las variables medidas fueron socio-demográficas (edad, sexo, estudios, estado civil, ocupación) y clínicas (fecha de vacunación, indicación, vacunación gripe común esta campaña y anteriores, padecimiento de gripe y efecto secundario de vacunación).

El 52,1% de los vacunados frente a gripe A eran hombres, el 82,8% pertenecían a centro de salud rural, su mediana de edad era de 69,50 años, el 62% se vacunaron en los primeros 15 días de campaña, el 22,9% no tenían indicación, el 80,4% se vacunaron de la gripe estacional, de los cuales un 73,2% se habían vacunado en años anteriores.

Un 27,7% eran cardiopatas, un 22,3% tenían enfermedades respiratorias y un 32,2% eran diabéticos.

Un 30% presentaron cuadro gripal, uno de ellos se le confirmó gripe A.

Sólo un paciente presentó efecto secundario registrado frente a la vacuna.

CONCLUSIONES:

Una cuarta parte de la población vacunada de gripe A no se ha vacunado nunca de la estacional. En cerca de la cuarta parte de los vacunados no existía indicación.

La vacuna ha sido efectiva y bien tolerada.

CAÍDAS EN LOS ANCIANOS: ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.

AUTOR PRINCIPAL: Párraga Martínez, Ignacio.

RESTO DE AUTORES: Navarro Bravo, Beatriz; Andrés Pretel, Fernando; Rabanales Sotos, Josefa; EliceGUI Molina, Rosario; López-Torres Hidalgo, Jesús.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Albacete del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es determinar, en las personas mayores, el grado de conocimiento de las recomendaciones más frecuentes para evitar caídas, además de comprobar el grado de adhesión a dichas recomendaciones. Así mismo, se pretende analizar la situación sociodemográfica y las características de morbilidad de los sujetos para comprobar si existe asociación con el nivel de adherencia a tales recomendaciones.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se trata de un estudio observacional de prevalencia y asociación cruzada.

EMPLAZAMIENTO:

Ámbito comunitario.

PARTICIPANTES:

Personas de 65 o más años de edad seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple, a partir de la base de datos de Tarjeta Sanitaria (n=919).

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Los sujetos seleccionados fueron entrevistados sobre los conocimientos y el nivel de adherencia a las recomendaciones que existen para prevenir caídas en las personas mayores, recabando también información sobre sus problemas de salud y sus características sociodemográficas. Se realizó un análisis descriptivo y se comparó a los sujetos "más cumplidores" con el resto de los participantes. Usando un análisis multivariante se comprobó la asociación de la adherencia con sus posibles factores condicionantes.

El 50,8% desconocía que existen ejercicios físicos recomendados para prevenir caídas y el 22,0% que cuidar los pies puede contribuir a este fin. Las recomendaciones con mayor adherencia son las referentes al cuarto de baño, donde el 62,2% utiliza la ducha para el aseo personal y el 83,5% utiliza alfombra antideslizante en la ducha. Las variables asociadas con un mayor cumplimiento son: pulipatología (OR:2,68), edad superior (OR:1,96) y sexo femenino (OR:1,39).

CONCLUSIONES:

Aunque, en general, las personas mayores poseen unos conocimientos aceptables sobre las recomendaciones, es importante el desconocimiento de los ejercicios físicos que existen para prevenir caídas. Probablemente las personas más cumplidoras son también las más frágiles y las que tienen más miedo a caerse.

PALABRAS CLAVE:

SALUD DEL ANCIANO. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES. ACCIDENTES POR CAÍDAS.

INDICACIÓN DE QUIMIOPROFILAXIS DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN POBLACIÓN GENERAL SEGÚN CRITERIOS DE GUÍA PRETEMED.

AUTORES: Gómez-Caro Marín, Samuel; Guerrero Ramírez, Silvia; Rodríguez Martín, Ana María; Alonso Moreno, Javier; Carmona de la Morena, Javier; Orueta Sánchez, Ramón.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Sillería. Toledo.

OBJETIVOS:

Conocer el porcentaje de nuestra población en que estaría indicada la quimioprofilaxis de TVP/TEP según la guía Pretemed así como los criterios de riesgo y factores desencadenantes existentes en los mismos.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria Z.B.S. urbana.

PARTICIPANTES:

Muestra obtenida por aleatorización sistemática de listados de población asignada para un porcentaje esperado del 5% y una precisión del 2.5% (n=416).

INTERVENCIONES:

Encuesta personal sobre la presencia de factores de riesgo y/o desencadenantes del proceso y cálculo del riesgo según guía Pretemed.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

La edad media de la muestra fue de 43.59 años (DS: 18.38), siendo mujeres el 56.25%. Respecto a factores precipitantes, el 2.6% eran embarazadas, siendo el resto prácticamente simbólicos (0.2%). Al hablar de factores asociados, destacan el 4.6% diabéticos y el 1.2% con diagnóstico de TVP previa. Respecto a fármacos de riesgo, recibían anticonceptivos orales el 7.2%, y el 6.7% tratamiento antidepressivo. En referencia a otros factores, el 32.7% tenían un índice de masa corporal superior a 28, el 18.3% tenía más de 60 años, y el 15.4% tabaquismo activo. Por último, al hablar de valoración total, el 38.2% (IC 95%: 33.6 - 42.8) obtuvieron una puntuación de 0, lo que corresponde con no realizar terapia alguna; el 58.7% (IC 95%: 54 - 63.4) obtuvieron puntuación entre 1 y 3,

que corresponde a la recomendación de medidas físicas; y el 3.1% (IC: 1.4 - 4.8) tenía puntuación ≥ 4 puntos con indicaciones de quimioprofilaxis según Pretemed.

CONCLUSIONES:

Un alto porcentaje de la población presenta algún grado de riesgo de padecer TVP/TEP, por lo que estaría indicado la recomendación de medidas preventivas (físicas y/o quimioprofilaxis). Por ello, importancia de investigar la presencia de factores de riesgo y/o desencadenantes.

PALABRAS CLAVE:

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. ACTIVIDADES PREVENTIVAS. QUIMIOPROFILAXIS.

CRNOTERAPIA CON VALSARTAN EN EL CONTROL DE PACIENTES HIPERTENSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Granda Barrena, Carmen V.

RESTO DE AUTORES: (1) Tapiador Fernández, J.T.; (1) Morales Gallego, D.; (2) Álvarez Prado, A.; (2) Gallego Fernández Pacheco, J.; (3) Lozano Suárez, C.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico residente de Familia 4º año. Ciudad Real; (2) Médico de Familia. C.S. Ciudad Real 1. Ciudad Real; (3) Técnico de Salud. Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real.

OBJETIVOS:

Analizar las modificaciones de PA (presión arterial) tras un cambio en el horario de administración de valsartan en hipertensos con mal control.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio cuasi experimental antes-después. Para descenso esperado de 10 mmHg (DE10) por estudios previos, error alfa 5%, potencia 95%: n=26. Base de datos Digitalis 199, cumplen criterios según revisión historia clínica Turriano 47, pérdidas 20, N=27. Variables: Sexo, edad, medidas clínicas PA y monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) 24h, control PA, patrón MAPA (Dipper-No dipper). Análisis estadístico descriptivo con medidas de tendencia central, dispersión y porcentajes. Normalidad: Shapiro Wilk. Inferencial con T de Student para muestras relacionadas, prueba de Wilcoxon, Test de McNemar. Paquete SPSS 15.0.

EMPLAZAMIENTO:

Zona básica de salud urbana.

PARTICIPANTES:

27 pacientes con hipertensión esencial no controlada grados 1 y 2, mayores 18 años, en tratamiento con valsartan cualquier dosis asociado o no otro antihipertensivo más

en presentación no combinado, y sin enfermedad vascular, apnea obstructiva sueño, fibrilación auricular crónica, enfermedad aguda, dependencia/abuso alcohol o drogas, trabajo a turnos, inmovilización, hospitalización, ni trastornos que impidan colaboración.

INTERVENCIONES:

Cambio en administración valsartan de la mañana a la noche. Medidas clínicas y con MAPA automáticas cada 20 min de día (7-23h) y cada 30 min de noche, antes y 3 semanas tras intervención.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Edad 58 ± 8 años. 44% mujeres. 45.2% hipertensos grado 1. Sin diferencias en PA de inicio. 63% en monoterapia valsartán. 59,3% dosis 160 mg. En medidas tras intervención sólo hay descensos significativos de media PA sistólica clínica (-6,22 mmHg 95% IC -10,54 / -1,90, p=0,006) y PA diastólica diurna (-2,52 mmHg 95% IC -4,83 / -0,21, p=0,03). Hubo una disminución no significativa en la proporción de pacientes con buen control de la PA diurna a las tres semanas (77% [IC 95%: 57-91%] Vs 63% [IC 95%: 42-80%], p=0,219) y de pacientes con patrón Dipper (66,7% [IC 95%: 46-83%] Vs 48,1% [IC 95%: 28-68%], p=0,063).

CONCLUSIONES:

No se ha observado cambios significativos en el control de la PA al cambiar el horario de toma de valsartan de la mañana a noche.

PALABRAS CLAVE:

CRNOTERAPIA. HIPERTENSIÓN. MAPA.

UTILIDAD DE DETERMINAR EL GROSOR ÍNTIMA MEDIA CAROTÍDEO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO VASCULAR CLÁSICOS.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Martín De Diego, Ruth.

RESTO DE AUTORES: (1) Lozano Utrilla, P.M.; (2) Huertas Arroyo, R.; (3) Redondo Rodríguez Ligeró, N.; (1) Fernández Izquierdo M.D.; (4) Rivilla Yedres M.V.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud de Villarta de San Juan. Ciudad Real; (2) Servicio de Neurología. Hospital Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real; (3) Centro de Salud de Manzanares II. Ciudad Real; (4) Centro de Salud de Herencia. Ciudad Real.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La relación entre ateromatosis carotídea asintomática medida por el grosor íntima media (GIM) con ecografía 2D y enfermedad vascular periférica se ha establecido en grandes centros de referencia con la ecografía realizada por ecografistas expertos. Nosotros pretendemos determinar si la relación existe si el GIM es medido por un médico de atención primaria en un centro de salud rural y ver en quienes hay mayor riesgo de tener el GIM elevado de entre los que presentan factores de riesgo vascular clásicos (FRVC).

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Análisis descriptivo, bivariante y multivariante que relaciona GIM con el índice tobillo brazo (ITB) así como FRVC con GIM. También análisis de regresión logística para controlar asociaciones independientes. De Enero 2009-Enero 2010. Análisis estadístico con PASW 18.0 (SPSS Inc). Se obtuvieron de Turriano la edad, sexo y analíticas, el GIM por ecografía carotídea y el ITB con doppler bidireccional.

EMPLAZAMIENTO:

Zona Básica de Salud de Villarta de San Juan.

PARTICIPANTES:

Todos los pacientes de 18-95 años con hipertensión y dia-

betes (n=190). Se excluyeron 21 (11%). Total de la muestra 169.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Los pacientes con GIM carotídeo elevado con o sin presencia de placa presentaban una significativa mayor probabilidad de tener enfermedad vascular periférica de miembros inferiores ($p=0,011$; OR:2,42). Asociación que era más manifiesta si la aterosclerosis era más avanzada y formaba placa ($p=0,013$ OR:2,99). De entre los FRVC sólo la edad >70 años ($p=0,004$; OR:2,44) y la HbA1C $>8\%$ ($p=0,16$; OR:1,75) se asociaron a enfermedad arterosclerótica carotídea asintomática. Al igual que con el ITB, la asociación era más manifiesta si la enfermedad arterosclerótica era más avanzada ($p=0,013$; OR=3,25 y $p=0,089$; OR=2,46 respectivamente). Dichas asociaciones se mantuvieron en el modelo de regresión logística en el que la HbA1c se asoció significativamente a la presencia de placas ateromatosas ($p=0,035$; OR=3,38).

CONCLUSIONES:

1. GIM está relacionado significativamente con la edad, el ITB y la HbA1C.. 2. GIM $>0,9$ con o sin presencia de placa implica mayor probabilidad de enfermedad vascular periférica subclínica aun siendo determinado por un médico de atención primaria. 3. De los pacientes con FRVC, los >70 años y la HbA1C $>8\%$ tienen mayor riesgo de ateromatosis subclínica. 4. Se podría construir un algoritmo predictivo sencillo que seleccionara pacientes con alto riesgo de presentar un evento cardiovascular de entre los que tienen FRVC.

PALABRAS CLAVE:

IMT (INTIMA MEDIA THICKNESS). ASYMPTOMATIC CAROTID ATHEROSCLEROSIS. PERIPHERAL VASCULAR DISEASE.

EXPERIENCIA PILOTO DE RECETA ELECTRÓNICA EN CENTRO DE SALUD. NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LOS USUARIOS. INCIDENCIA EN GASTO FARMACÉUTICO.

AUTOR PRINCIPAL: Álvarez Rodríguez, Sonia.

OTROS AUTORES: Gil del Olmo, Teófilo.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud de Sigüenza. Guadalajara.

OBJETIVOS:

a) Conocer el nivel de aceptación de la RE (receta electrónica) por los usuarios de tratamientos crónicos. La realización de recetas para estos tratamientos eleva la demanda en las consultas.

b) Conocer la incidencia en el gasto farmacéutico tras introducir la RE.

MÉTODOS:

a) Estudio observacional descriptivo transversal (enero 2010): encuesta telefónica con seis cuestiones cerradas (respuesta: NO, SI y NS/NC); por muestreo aleatorio simple, sobre población de 1857 usuario beneficiados de RE, se eligen 293 personas, en estudio con margen de error del 5% e intervalo de confianza del 95%, considerando $p=50$.

- b) Estudio observacional descriptivo transversal (marzo 2010): comparación de evolución del gasto farmacéutico total entre mayo-diciembre 2008 y mayo-diciembre 2009 (la RE se implantó en mayo 2009).

RESULTADOS:

- a) De las seis preguntas se obtienen resultados satisfactorios, oscilando los porcentajes de conocimiento y de aceptación de la RE entre el 59% y el 87%.
- b) De la comparación del gasto farmacéutico entre ambos periodos resulta un incremento del mismo en 2009 del 3,6%, observándose en la curva un des-

censo sostenido. Y el porcentaje de incremento es menor que el observado en el Área de Guadalajara.

CONCLUSIONES:

- a) El nivel de comprensión y aceptación de la RE es satisfactorio en los usuarios, indicando una mejora e la accesibilidad.
- b) La evolución del gasto farmacéutico sufrió incremento. La evolución de la curva parece indicar que tras los primeros meses de RE el gasto tiende a confluir con el del año anterior.

¿INDICAMOS DE FORMA ADECUADA EL AUTOANÁLISIS A NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS?

AUTOR PRINCIPAL: (1) Torcal Potente, Ana.

RESTO AUTORES: (1) Dumbraveanu, A.; (1) Peregrín Abad, I.; (2) Rodríguez Álvarez, J.; (1) Caballero Herráez, P.; (1) Gascuña, M.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Guadalajara-Sur. Guadalajara; (2) Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara.

OBJETIVOS:

Valorar si la indicación de autoanálisis en nuestros diabéticos es adecuada.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO:

Centro de Salud urbano docente.

PARTICIPANTES:

Muestra de 201 pacientes diabéticos, seleccionados aleatoriamente de los datos del programa Dulcinea (prestación de tiras reactivas), para un intervalo de confianza del 95%.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Mediciones: Se revisan las historias y se extraen variables sociodemográficas, uso de tiras, tratamiento de la diabe-

tes e indicación del autoanálisis. Se cumplimenta en base de datos Excel. Y se procesa con paquete SPSS. Valoramos el uso de las tiras y su indicación según el tipo de tratamiento de la diabetes. Consideramos indicado el autoanálisis en pacientes tratados con insulina y fármacos secretagogos, (sulfonilureas o metiglinidas) o combinaciones de éstos con cualquiera otro hipoglucemiante, no lo consideramos indicado en tratamientos que incluyen solo dieta, o con inhibidores de la alfa glucosilasa, biguanidas, tiazolidinedionas, inhibidores de la DPP4 o combinaciones entre ellos.

Resultados: Se estudian 201 pacientes con una edad media de 65,96 años y una desviación típica de 16,50. El 55% varones, 197 usan tiras en la actualidad. En el 27,5 % no encontramos indicación de autoanálisis de acuerdo al tratamiento empleado. De los 135 pacientes en tratamiento que requiere indicación, sólo 2 no usaban autoanálisis, mientras que de los 66 pacientes cuyo tratamiento no requería indicación de automedición, 62 lo hacía.

CONCLUSIONES:

Indicamos adecuadamente la automedición en pacientes con tratamiento insulínico o con secretagogos. Sobreindicamos el autoanálisis en pacientes con tratamiento dietético o con fármacos no secretagogos.

PALABRAS CLAVE:

AUTOCONTROL. GLUCEMIA CAPILAR. DIABETES MELLITUS.

¿ATENDEMOS CORRECTAMENTE A NUESTROS PACIENTES CON CEFALEA CUANDO VIENEN AL PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA?

AUTORES: (1) Sánchez Ramiro, M.A.; (1) López Díaz, J.; (2) Buendía Lucas, R.; (2) Celada Pérez, S.; (1) Fernández Páez, F.; (1) Moreno García, F.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Toledo; (2) Enfermera de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

OBJETIVOS:

Evaluar la atención prestada a los pacientes con cefalea/migraña en los puntos de atención continuada (PAC) del Área Sanitaria.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo, transversal, multicéntrico.

EMPLAZAMIENTO:

AP. Área Sanitaria.

PARTICIPANTES:

Todos los casos codificados en Turriano como cefalea o variantes de migraña, atendidos en los PACs del Área durante 2009.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Se recogió el registro de anamnesis, exploración adecuada al proceso, toma de constantes e indicación de derivación a Hospital, según protocolos. Además sexo y edad del paciente y tipo de localidad (rural-urbano).

n = 1940. Mujeres 65,7%. Edad media $36,4 \pm 17,4$ año (mujeres $37,8 \pm 16,8$; varones $33,7 \pm 18,3$; $t = -4,85$; $p < 0,0001$). Un 76,1% fueron atendidos en PAC rural. Tenían anamnesis correcta: antecedentes de cefalea el 29%, cambios en las características de la cefalea 21,9%, clínica concomitante 62,1% y descripción del dolor 49,7%. Exploración adecuada: registro de temperatura 18,6%, T.A. 66,9%, F.C.

35,1%, signos corticales 23,7%, meningeos 28,7% y exploración neurológica 52,7%. Derivaciones a hospital: 3,1% (adecuadas el 63,9%). Ofrecen mejores resultados en la anamnesis los >14 años: antecedentes (30,8% vs. 12,7%; $\chi^2 = 27,102$; $p < 0,0001$), cambios (23% vs. 11,1%; $\chi^2 = 10,103$; $p = 0,001$) y dolor (51% vs. 38,2%; $\chi^2 = 11,252$; $p < 0,001$). La exploración de los >14 años arroja mejores resultados en: F.C. (37,1% vs. 16,7%; $\chi^2 = 31,708$; $p < 0,0001$) y T.A. (71% vs. 30,1%; $\chi^2 = 131,332$; $p < 0,0001$). Por el contrario, la exploración es mejor para <14 años en: meningeos (47,7% vs. 26,6%; $\chi^2 = 37,494$; $p < 0,0001$), exploración neurológica (60,1% vs. 51,9%; $\chi^2 = 4,673$; $p < 0,0001$) y temperatura (42% vs. 16%; $\chi^2 = 77,551$; $p < 0,0001$).

CONCLUSIONES:

La dificultad de la anamnesis en los menores de 14 años parece compensarse con un mayor esfuerzo en la exploración física. De cualquier modo, existe un amplio margen de mejora en la atención de la cefalea en nuestra Área, especialmente en lo que se refiere a anamnesis y exploración física.

PALABRAS CLAVE:

CEFALEA. MIGRAÑA. ATENCIÓN PRIMARIA. CALIDAD.

OCIO, ARTESANÍA Y SALUD: UNA ALTERNATIVA A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES DE UN CENTRO DE SALUD.

AUTORES: Calvo Orduña, M.J.; Ruiz Gómez, P.; Caballero Moreno, L.L.; Gascuña Luengo, M.; Sánchez González, M.C.; Alonso Gordo, J.M.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Guadalajara-Sur. Guadalajara.

OBJETIVOS:

Realizar una actividad alternativa de encuentro entre los miembros del Equipo (EAP) y los pacientes. Integrar actividades de ocio en la programación del Centro (CS). Conocer la opinión de los participantes sobre dichas actividades.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Experiencia de participación comunitaria.

EMPLAZAMIENTO:

Centro de Salud Urbano.

PARTICIPANTES:

Pacientes y profesionales de una Zona Básica de Salud.

INTERVENCIONES:

Características: Con motivo del 25 Aniversario se convoca una muestra de artesanía de los pacientes del CS y de los miembros del EAP. Se ofrece información en diversos puntos del Centro, en cada una de las consultas y en

los grupos de participación comunitaria de la Zona. Se celebra una exposición en la 2ª quincena del mes de Marzo y se recoge mediante cuestionario abierto y mediante entrevista informal la opinión de los participantes.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Participan 60 profesionales y pacientes del CS con más de 90 obras, incluyendo diversas piezas y técnicas en pintura, madera, textil, marquetería, vidrio, esmaltes, alambre, cerámica, pirograbados, mimbre, etc. La aceptación del EAP, usuarios del CS, comunidad, medios de comunicación e instituciones es excelente. Los participantes valoran unánimemente de modo positivo la actividad y su organización, destacando la aportación a su relajación personal y al olvido de problemas y la posibilidad de acudir al centro para temas distintos de la salud. Las sugerencias incluyen mayor espacio y repetición de este tipo de actividades.

CONCLUSIONES:

1) La organización en el CS de actividades relacionadas con el ocio es posible y tiene una alta participación. 2) La respuesta personal, institucional y comunitaria es excelente 3) Los profesionales y usuarios valoran positivamente la actividad y reconocen beneficios para la salud.

PALABRAS CLAVE:

ACTIVIDADES DE OCIO. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA. TIEMPO LIBRE.

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN PACIENTES CON OBESIDAD Y SOBREPESO.

AUTORES: (1) Calvo Rico, R.; (2) Gallego Fernández, E.; (2) Lozano Placer, M.L.; (2) Navarro Agudo, O.; (3) Páramo Rosel, J.; (4) López de Castro, F.

CENTRO DE TRABAJO: (1) E.A.P. Camarena. Toledo; (2) E.A.P. Palomarejos. Toledo; (3) E.A.P. Menasalbas. Toledo; (4) Unidad Docente. G.A.P. de Toledo.

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia de hipotiroidismo subclínico (HSC) en pacientes con IMC > 25 kg/m². Conocer si existe correlación entre IMC y TSH sérico en dichos pacientes.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria. Tres zonas de salud del área de Toledo.

PARTICIPANTES:

Mayores de 18 años con IMC > 25.

INTERVENCIONES:

Reclutamiento de pacientes y determinación de IMC, TSH, T3 y T4. Se excluyen gestantes y pacientes en tratamiento con hormonas tiroideas.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Muestra de 332 pacientes; 53,9% mujeres; edad media 59,5 años (DE 15,5); hábitat urbano 59,9%; 12,9% fumadores; 7,3% con antecedentes tiroideos (45,8% hipotiroidismo subclínico; 29,1% nódulos). El IMC medio es de 30,5 kg/m² (DE 4,2). La prevalencia de HSC encontrada es de 9,3% [IC95% 6,5-13,1]. TSH promedio 2,2 (DE 1,8). Se encuentra mayor frecuencia de HSC en mujeres [13,4 vs 4,6; Chi²=7,602; p=0,006]; no hallamos asociación significativa del HSC con edad, hábitat, grado de sobrepeso/obesidad ni hábito tabáquico. Tampoco encontramos correlación entre IMC y TSH [ρ = - 0,033; p=0,546]. Los valores de TSH son mayores en mujeres [2,4 vs 2,0; U=11146,5; p=0,003] y en medio urbano [2,4 vs 2,0; U=10276,5; p=0,001]. No hay correlación entre TSH y edad [ρ = - 0,026; p=0,631].

CONCLUSIONES:

La prevalencia de HSC en pacientes con IMC mayor de 25 es similar a la encontrada en población general; mayor en mujeres que en hombres. No hallamos correlación entre IMC y TSH en estos pacientes. No encontramos asociación del HSC con la edad ni con el hábitat, aunque el valor de TSH es mayor en medio urbano.

PALABRAS CLAVE:

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO. OBESIDAD. SOBREPESO. IMC. TSH.

¿CÓMO MANEJAMOS LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

AUTORES: (1) Moreno García, F.; (2) Fernández Rodríguez, O.; (2) Alejandro Lázaro, G.; (1) Vidal Algarra, M.C.; (3) Aguirre de la Peña, E.; (1) Esteban Tudela, M.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Toledo; (2) Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo; (3) Enfermera de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

OBJETIVOS:

Evaluar la atención prestada en Atención Primaria (AP) a los pacientes con infección urinaria (ITU).

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo, transversal, multicéntrico.

EMPLAZAMIENTO:

AP. Área Sanitaria.

PARTICIPANTES:

Muestreo aleatorio simple sobre procesos clínicos codificados en Turriano como cistitis, cistitis aguda e ITU no especificada atendidos en consulta a demanda de medicina de familia (MF), pediatría y Punto de Atención Continuada (PAC) durante 2008.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Se recogió el registro de anamnesis, exploración adecuada al proceso, toma de constantes, realización de tira de orina, solicitud de urocultivo, indicación de tratamiento según protocolos. Además sexo y edad del paciente, tipo de localidad (rural-urbano) y ámbito de actuación (MF, PAC o pediatría). n=3254. Edad media 45,56±24,04 años, el 10,8% < 14 años. Mujeres 82,5%. Un 75,8% fueron atendidos en consulta de medicina de familia. Tenían anamnesis el 18,2%, exploración abdominal 19,8%, exploración renal 14,3%, registro de temperatura en el 10,3%, tira de orina 58,5%, constaba solicitud de urocultivo en el 5,5%,

tratamiento adecuado en el 32,4%. En los menores de 14 años se solicitó urocultivo en el 22,4%, y el tratamiento fue adecuado en el 68,5%. Los ítems de exploración y realización de tira son mejor cumplimentados en el PAC (anamnesis 33,9%, exploración abdominal 44,7%, renal 30,8%, temperatura 22,6%, tira 81,7%). El grupo de 4 a 14 años presenta los mejores registros en todas las variables salvo tratamiento que corresponde a los de 3 años (44.8%). La petición de cultivo se asoció con una mejor adecuación del tratamiento a los protocolos (67,8% vs 59,3%, $\chi^2=129,818$ $p<0,0001$). Durante el 2008 se solicitaron 25.247 urocultivos por AP, de los que resultaron positivos sólo el 15%.

ESTUDIO DE LA OSTEOPOROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTOR PRINCIPAL: Pareja Cano, Araceli.

RESTO DE AUTORES: Maure Rico, Mónica; Vázquez Fernández del Pozo, Silvia; Cardona Chancón, Concepción; Cumbreiras De Dios, M^a. Ángeles.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Santa Bárbara. Puertollano. Ciudad Real.

OBJETIVOS:

Medición y valoración de la diferencia de la T-Score del grupo de estudio entre 2001-2009. Relación del T-Score con factores de riesgo osteoporóticos.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO:

Centro de Salud Puertollano II.

PARTICIPANTES:

Población de estudio (n):268.

Criterios de inclusión: mujeres mayores de 45 años que participaron en el estudio de la osteoporosis en el año 2001. n=188.

Criterios de exclusión: fallecimiento. Incapacidad por inmovilización o demencia. Cambio de domicilio a otra comunidad. Hospitalización. Negación de la participación en el estudio. No acudir a la citación. n=80.

INTERVENCIONES:

Encuesta y medición del T-Score por ecografía del calcáneo 2001 y 2009.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Variables de estudio: edad, menopausia, imc, tabaco, ejercicio, af de fractura, fractura osteoporótica, T-Score, calcio en la dieta.

Análisis estadístico: para variables cuantitativas se estiman medidas de centralización y dispersión y para cualitativas los porcentajes. Se han aplicado ji-cuadrado,

CONCLUSIONES:

Existe un amplio margen de mejora en la atención a la ITU en nuestro área, especialmente en la adecuación del tratamiento y la petición de urocultivo.

PALABRAS CLAVE:

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO. ATENCIÓN PRIMARIA. CALIDAD.

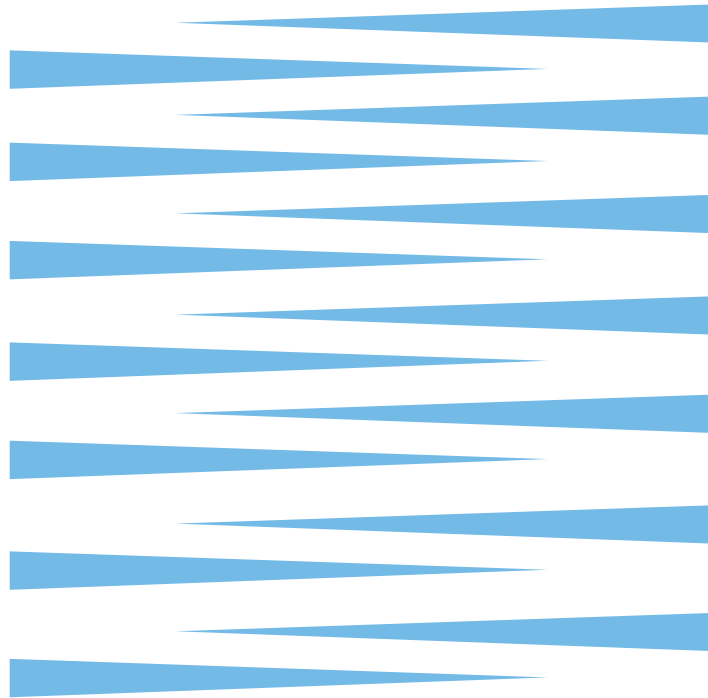
correlación de Pearson, Anova, Rho de Spearman para comprobar la asociación entre variables, $p<0,05$. *Resultados:*

	2001	2009
MENOPAUSIA	85%	100%
IMC \geq 30	50%	56%
TABACO	9%	3,6%
FRACTURA OSTEOPORÓTICA	10%	21%
T-SCORE	-0,517	-1,063
CALCIO EN LA DIETA	704,77mg/día	725,68 mg/día

- La media de la diferencia del T-Score (2001-2009) es de 0,54 unidades ic 95% (0,38-0,70), siendo estadísticamente significativa ($p = 0,000$).
- A medida que aumenta el contenido de calcio en la dieta, aumenta el T-Score 2009 ($r = 0,327$)($p = 0,000$).
- Por cada cambio en 0,32 mg/día de calcio en la dieta aumenta en 1 unidad el T-Score 2009 ($p = 0,000$).

CONCLUSIONES:

- Se evidencia un aumento del T-Score con el aumento de la edad (8 años desde el estudio del 2001).
- Relación estadísticamente significativa de la ingesta de calcio en la dieta con el aumento de la T-Score en el año 2009.



Resumen de las Comunicaciones Formato Póster

PÓSTER N° 1

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS TUMORES MALIGNOS EN DOS CENTROS DE SALUD DEL ÁREA DE PUERTOLLANO.

AUTOR PRINCIPAL: Orugo Paredes, Rosa M^a.

RESTO DE AUTORES: Torres Vacas, C.; Maure Rico, M.; Vázquez Fernández del Pozo, S.; García Cáceres, M^a.G.; Cumbreiras de Dios, M^a.A.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Santa Bárbara. Puertollano. Ciudad Real.

OBJETIVOS:

Análisis de los tipos de cáncer y su relación con factores de riesgo.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio Descriptivo Transversal.

EMPLAZAMIENTO:

Centro de Salud.

PARTICIPANTES:

2120 Pacientes (1568 adscritos centro urbano y 552 centro rural).

- POBLACIÓN A ESTUDIO: 91 pacientes.
- Excluidos si: historia clínica incompleta y rechazo a la participación.
- PÉRDIDAS: 7 casos: éxitus, abandono y falta de colaboración.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

- VARIABLES: sociodemográficas, tipo de cáncer, factores de riesgo, antecedentes familiares oncológicos.
- ANÁLISIS ESTADÍSTICO: estimamos medidas de tendencia central y de dispersión. Chi cuadrado con intervalos de confianza del 95%. $p < 0,05$.
- RESULTADOS:
 - De los 91 pacientes, el 53.8% son hombres y el 46.2% mujeres.
 - Media edad: 66.2 años (62.7-69.8).
 - Profesión: 33% amas de casa, 19.8% trabajadores del campo.
 - Edad diagnóstico: media de 61.28 años (57.7-64.8).
 - Factores de riesgo:

EPOC	16.5%
Lesiones mamarias previas	3.3%
Menopausia tardía	4.4%
Anticonceptivos orales	9.9%

Fumador activo	18.7%
Exfumador	38.5%
Fumador pasivo	25.3%
Exposición solar	56%
Exposición carbón	12.1%
Exposición petróleo	17.6%

- Prevalencia de Cáncer:

Mama	19.8%
Piel	19.8%
Próstata	14.3%

- En mujeres el tumor más frecuente: cáncer de mama y en varones: próstata.
- El 88,9% de las mujeres que tomaron ACO, y el 39,1% de las fumadoras pasivas tienen cáncer de mama, frente al 12,2% de las que no toman ACO y el 13,3% que no son fumadoras pasivas. $p < 0,05$.
- El 100% de los cáncer dérmico se asocia con exposición solar. $p = 0,000$.

CONCLUSIONES:

Los tumores más frecuentes en nuestra población es el de mama, piel y próstata. El cáncer de mama está relacionado con la toma de ACO y ser fumadora pasiva. Y el de piel con la exposición solar. Relevancia clínica del estudio: es posible actuar sobre los factores de riesgo modificables para prevenir los cánceres más frecuentes.

PÓSTER N° 2

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO EN EL CENTRO CARLOS MESTRE DE PUERTOLLANO.

AUTOR PRINCIPAL: Osés Vitoriavide, Ignacio.

RESTO DE AUTORES: Alonso Sánchez, J.; Vázquez Fernández del Pozo, S.; Maure Rico, M.; Romero López, M.; Carmona Díaz-Salazar, P.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Santa Bárbara. Puertollano. Ciudad Real.

OBJETIVOS:

Describir la prevalencia de los factores de riesgo de las mujeres que participan de screening de cáncer de cérvix.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio descriptivo.

PARTICIPANTES:

Población de estudio (n=221). Mujeres con screening realizado el último año.

Excluidas: Histerectomizadas o tratadas previamente.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

- **VARIABLES:** Sociodemográficas, factores de riesgo, resultado de biopsia.
- **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Para variables cuantitativas se estiman medidas de centralización y dispersión y para cualitativas los porcentajes. Establemos asociación entre factores de riesgo y resultado de biopsia aplicando ji-cuadrado, $p < 0,05$.
- **RESULTADOS:** Se estudian a 221 mujeres, la media de edad: 42,38 años ($\pm 14,05$) y de la menarquía es 12,5 ($\pm 1,05$). La media de gestaciones: 1,98 ($\pm 1,5$). El 7,2% de las mujeres presentan ETS e infección por VPH (2,7%). El resultado de la biopsia es displásico en el 3,2% de los casos. Los métodos anticonceptivos más utilizados son el preservativo y los anticonceptivos orales (31% de las mujeres en edad fértil (65%).

El 83,3% de las mujeres con VPH positivos, el 18,8% de las mujeres con ETS, el 7,9% de las mujeres fumadoras presentan displasia en el resultado de la biopsia, frente a las que no tienen infección VPH (0,9%), ETS (2%) y no fumadoras (1,3%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

Asociación importante entre factor de riesgo VPH, ETS y tabaco con cáncer de cérvix. El programa de screening no sólo es válido para buscar cáncer de cérvix sino para conocer la prevalencia de los factores de riesgo.

PÓSTER Nº 3

PREVENCIÓN PRIMARIA EN OSTEOPOROSIS: ¿POR QUÉ OLVIDAMOS LO BÁSICO?

AUTORES: (1) Sánchez-Cruzado del Olmo, M.M.; (1) Colinet Moreno, A.; (2) Sáez Martínez, M.A.; (1) Da Cunha, S.A.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Tomelloso II. Ciudad Real; (2) Centro de Salud de Socuéllamos. Ciudad Real.

OBJETIVOS:

Constatar si las mujeres en riesgo de padecer osteoporosis (OP) realizan un aporte deficiente de calcio en su dieta, y la falta de realización de las medidas preventivas básicas de prevención primaria en OP.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio descriptivo.

EMPLAZAMIENTO:

Centro de salud semiurbano.

PARTICIPANTES:

141 mujeres mayores de 45 años.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

No toman una dosis mínima de calcio en la dieta el 49.6%, no realizan ejercicio físico 45.4%, tienen antecedentes de fractura el 22%, antecedentes familiares (madre) de fractura 30.5%, sufren patología favorecedora de OP el 30.5%. Realizan algún tipo de tratamiento para OP 27.7%, el 25.6% pautados en atención primaria (AP) y 74.4% por atención especializada (AE), de los tratamientos pautados no tienen suficiente aporte de calcio el 15.4%. Tras pasarles una escala de riesgo de OP (OST) el 5% presentan riesgo alto y en la escala de riesgo de fractura de cadera (FRAX) el 15.6% puntuaron mayor o igual a 4 (punto de corte para riesgo alto). De las pacientes con riesgo alto realizan tratamiento adecuado para OP 43%. El 46.1% de los tratamientos están pautados en mujeres sin ningún factor de riesgo de OP.

CONCLUSIONES:

Aunque desde AP no tenemos acceso a densitometría para diagnóstico de OP existen herramientas fáciles de usar en consulta para sospechar las pacientes con riesgo elevado de sufrir OP e incluso riesgo de fracturas, que son las que deberían estudiarse para recibir tratamiento para prevención de OP y que podrían ser subsidiarias de derivación a AE para realización de densitometría. Cuando pautamos tratamientos para OP tenemos sin tratar a un importante grupo de pacientes con muy alto riesgo y por el contrario también reciben tratamiento preventivo mujeres que no tienen riesgo. El aspecto más importante desde AP es intentar implantar las medidas de prevención primaria ya que la mitad de ellas no las realiza.

PALABRAS CLAVE:

OSTEOPOROSIS. CALCIO. MEDICIÓN DE RIESGO.

PÓSTER Nº 4

OPINIÓN SOBRE LA VISITA MÉDICA DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TOLEDO.

AUTORES: Garcés Redondo, G.; Colán Colán, C.; Sánchez Oropesa, A.; Gómez Suanes, G.; Canchig Pilicita F.E.; López de Castro, F.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Toledo.

OBJETIVOS:

Conocer la actitud y el comportamiento de los médicos de Atención Primaria frente a la Industria Farmacéutica (IF), especialmente frente a los visitantes médicos.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo transversal, basado en entrevistas telefónicas.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria (AP). Área de Salud de Toledo.

PARTICIPANTES:

Médicos de AP.

INTERVENCIONES:

El cuestionario contenía ítems sociodemográficos y laborales, frecuencia de recepción de visitantes, actitud frente a la información facilitada, opinión sobre la utilidad e influencia en la prescripción de la visita médica, comportamiento ante estrategias de marketing y percepción de problemas éticos en la relación médico-IF.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Se logró entrevistar a 63 médicos (25,9% del total). La edad media era de 50,7 años; 65,1% varones. Eran tutores el 30,2%. Trabajaban en medio rural el 57,1%. Tenían especialidad vía MIR el 31,6%. El 98,4% recibían a los visitantes [IC95% 90,3?99,9]; el 77,8% a diario. El promedio semanal de visitas era de 10,2 (DE 5,4). Sólo el 16,1% dice revisar la información facilitada por los visitantes y el 45,2% contrastarla posteriormente. Los visitantes aparecen como segunda fuente de información sobre medicamentos. La opinión sobre la utilidad de la visita, es mayoritariamente favorable. El 59,7% no suele asistir a cursos organizados por la Industria. Cuando asisten a un Congreso, el 60,3% reconoce haberlo invitado por la IF. Suelen asistir a comidas/cenas de los visitantes el 61,9%. El 55,6% ha recibido alguna vez un regalo de los laboratorios. La mayoría reconoce mayor influencia del marketing farmacéutico en la prescripción ajena que en la propia. El 50,8% no encuentra problemas éticos en la relación médico-IF.

CONCLUSIONES:

La visita está prácticamente generalizada y es considerada útil por muchos. Se subestima su influencia en la prescripción propia. Las prácticas de marketing están ampliamente extendidas y aceptadas. La mitad no reconoce problemas éticos en la relación con la IF.

PALABRAS CLAVE:

INDUSTRIA FARMACÉUTICA. MARKETING FARMACÉUTICO. VISITADORES MÉDICOS. ATENCIÓN PRIMARIA.

PÓSTER N° 5

DETECCIÓN TEMPRANA DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.**Diseño, Validación y Confiabilidad del Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años.**

AUTORES: Martínez Higueros, Claudia; Dickinson Bannack, M^a. Eloisa; Álvarez Izazaga, Marsela; Padrón Salomón, Edith.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud I Puertollano. Ciudad Real.

OBJETIVOS:

Diseñar y validar un cuestionario de autoreporte de trastornos de salud mental en niños de 6 a 12 años, a ser utilizado en Centros de Atención Primaria por personal no especializado en psiquiatría infantil.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Transversal, de validación de un instrumento.

EMPLAZAMIENTO:

Hospital Psiquiátrico Infantil, Dr. Juan N. Navarro. Clínica de Medicina Familiar Ignacio Chávez. Ciudad de México.

PARTICIPANTES:

Padres de niños asistentes a la consulta externa de Hospital Psiquiátrico Infantil y a consulta de Medicina Familiar.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Se diseñó el Cuestionario de acuerdo a los criterios establecidos en el Manual Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de la Enfermedades (CIE-10). Se incluyeron 21 trastornos para un total de 120 preguntas con escala de 5 opciones de respuesta (tipo Likert). El estudio fue realizado en tres fases. 1era Fase: validación de contenido a través de jueces. 2da. Fase: prueba piloto. 3era. Fase: análisis factorial de componentes principales. Resultados y Conclusiones: Se eliminaron 34 preguntas que no cumplieron con el 85% de acuerdo entre jueces. En la segunda fase se eliminaron 4 preguntas, el tiempo promedio de aplicación fue de 30 minutos. En la última fase el test mostró ser válido para 10 trastornos lo que corresponde a un total de 41 ítems. El coeficiente Alpha de Cronbach fue mayor de 0.8 para cada trastorno.

CONCLUSIONES:

En conclusión el Cuestionario resultó ser válido y confiable para ser utilizado como una prueba de tamizaje de trastornos de salud mental para niños en centros de atención primaria.

PALABRAS CLAVE:

SALUD MENTAL. ATENCIÓN PRIMARIA. VALIDEZ. CONFIABILIDAD.

PÓSTER Nº 6

ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE TOLEDO.

AUTOR PRINCIPAL: (1) De Arriba Muñoz, Leonor.

RESTO DE AUTORES: (1) Berrocoso Martínez, Alberto; (2) Cano Martín, Luis Miguel; (1) Bernaldo de Quirós Lorenzana, Rodrigo; (3) Escobar Rabadán, Francisco.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Benquerencia. Toledo 3. Toledo; (2) Centro de Salud de Menasalbas. Toledo; (3) Centro de Salud Zona IV. Albacete.

OBJETIVOS:

Conocer los factores asociados a la elección del lugar de trabajo de los médicos de familia de la provincia de Toledo.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio transversal realizado mediante encuesta anónima y autocumplimentada vía correo electrónico.

EMPLAZAMIENTO:

Provincia de Toledo.

PARTICIPANTES:

Médicos pertenecientes a la Gerencia de Atención Primaria (370), a la Gerencia de Urgencias y Emergencias del 112 (117) y al Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Salud de la provincia de Toledo (16).

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Recoge una serie de preguntas sobre características socio-demográficas (edad, sexo, estado civil) y preguntas específicas (especialista en medicina familiar y comunitaria vía MIR, tiempo de profesión, situación laboral, lugar de trabajo en el momento actual, presión asistencial diaria, turno laboral y motivos de elección del puesto de trabajo).

El 51.8% de los encuestados son mujeres; la edad media es de 43.79 (D.E. 7.4), el 76.5% casados o viven en pareja y el 15.3 % solteros. El 96.5 % son españoles. El 63.5 % son Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. El 65.9% tienen plaza en propiedad. La media del tiempo trabajado es de 15.76 (D.E. 7.4). El 49.4% trabajan en Atención Primaria (EAP y PEAC). El 50.6% tienen turno de mañana. A la hora de elegir el puesto de trabajo el 48% han tenido en cuenta el horario, el 15.3% la retribución económica, el 30.6% la conciliación con la vida fa-

miliar, el 27.1% el tiempo para uno mismo, el 36.5% la actividad laboral preferida, el 16.6% la presión asistencial, el 23.5 % la implicación con el equipo y para el 10% ha sido la única oferta laboral recibida. El 13% ha aportado otros motivos para la elección de su puesto.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los médicos de familia, ya sean especialistas o no vía MIR, trabajan en los equipos de Atención Primaria. Consideran muy importante el turno de trabajo, que junto a la valoración de la asistencia en Atención Primaria y la implicación con el equipo, facilitan que sea su ámbito laboral preferido.

PÓSTER Nº 7

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS EN MUJERES PRE Y POSTMENOPAÚSICAS.

AUTORES: (1) Cruz Ramírez, L.M.; (2) Sancho Loras, C.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Cuenca I. Cuenca; (2) Centro de Salud Cuenca II. Cuenca.

OBJETIVOS:

Comparar la prevalencia de síntomas ansioso-depresivos en mujeres pre y postmenopáusicas y su relación con las variables a estudio.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO:

Centros de salud (CS) Cuenca I y Cuenca II de la GAP de Cuenca.

PARTICIPANTES:

Tamaño muestral: 200 mujeres entre 40 y 60 años seleccionadas a través de muestreo sistemático (arranque aleatorio) utilizando como marco muestral el registro de tarjeta sanitaria de los CS Cuenca I y Cuenca II. Se clasificaron en pre y postmenopáusicas en función de la presencia o ausencia de menstruación en el último año. Los criterios de exclusión fueron: antecedentes de histerectomía o seguir tratamiento sustitutivo hormonal.

MEDICIONES:

Variables sociodemográficas, hábitos tóxicos, toma de analgésicos y comorbilidad relacionada con la depresión. Se utilizó el test de Golberg para detectar la presencia de síntomas ansiosos o depresivos.

RESULTADOS:

De las participantes, 118 eran mujeres premenopáusicas (MPRE), 76 mujeres postmenopáusicas (MPOS) y 6 no quisieron participar en el estudio. La prevalencia de síntomas depresivos en MPRE fue 24,6% y en MPOS 32,9% ($p < 0.20$). La prevalencia de síntomas ansiosos en MPRE de 31,4% frente al 32,4% de las MPOS ($p < 0,82$). Las mujeres que tomaban analgésicos presentaron síntomas depresivos en mayor medida que las que no lo tomaban (47,2% frente a 23,4%; $p < 0.04$); igualmente que los síntomas ansiosos (61.1% frente a 25,3%; $p < 0.001$). A mayor nivel de estudios se halló una menor prevalencia de síntomas ansiosos (p Mantel-Haenszel < 0.06) y depresivos (p Mantel-Haenszel < 0.01). La presencia de síntomas depresivos o ansiosos en mujeres con comorbilidad (34.5% y 42.7% respectivamente) es significativamente superior a la de aquellas que no presentan ninguna enfermedad (19% y 17.9%).

CONCLUSIONES:

Encontramos una mayor prevalencia de síntomas depresivos en mujeres postmenopáusicas que en las premenopáusicas, aunque estas diferencias no alcancen significación estadística probablemente en relación con el tamaño muestral.

Los médicos de familia debemos estar especialmente atentos en el despistaje de síntomas ansioso depresivos en mujeres postmenopausicas, con comorbilidad asociada, bajo nivel de estudios o que tomen analgésicos.

PÓSTER N° 8

PERCEPCIÓN DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN ÁREA DE SALUD.

AUTOR PRINCIPAL: Álvarez Rodríguez, Lizett.

RESTO DE AUTORES: Delgado García, María José; Galindo Jiménez, Teresa; Ávila Milán, Alicia; Rodríguez Álvarez, Jesús Tomás; Esquinas Alcázar, Tomasa Enriqueta.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara.

OBJETIVOS:

Conocer cómo médicos de atención primaria (MAP) perciben y afrontan los errores clínicos y/o acontecimientos adversos (Ec-Aa).

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO:

Un área de salud.

PARTICIPANTES:

Todos los MAP con plaza en propiedad. ($n = 157$).

INTERVENCIONES:

Envío postal de encuesta anónima, autocumplimentada.

MEDICIONES:

Edad, sexo, años de ejercicio como MAP, percepción de seguridad clínica para distintas especialidades, percepción de errores y tipo de reacción emotiva, cognitiva o conductual. Introducir valores en Excel 97. Análisis en programa estadístico SPSSv15.

RESULTADOS:

Contestaron 68 médicos (tasa de respuesta 43,3 %), media de edad 48,7 años (intervalo de confianza (IC) del 95%, 46,9-50,4); el 51,5% eran varones. La media de años de ejercicio como MAP fue de 21,6 (IC del 95%, 19,7-23,4). Se declaran una media de 4,9 Aa/año/profesional, sobre todo interpretación incorrecta de prueba diagnóstica (54,4%). El 73,5% eran perceptivos, seguido de los negadores 22,1%. La reacción más frecuente ante un Aa fue llamar enseguida al paciente e intentar hablar con él o su familia 72,1% seguido de reflexionar sobre lo sucedido e intentar mejorar los conocimientos sobre el tema 70,6%. Entre las causas que han influido en la comisión de errores declaran la presión asistencial y la falta de experiencia clínica en algunos campos con un 69,1% y 35,3% respectivamente. La media global de seguridad clínica es 6,2%.

CONCLUSIONES:

Encontramos una baja tasa de respuesta, similar a estudios previos creemos en relación con la incomodidad que supone en los profesiones el tema tratado. Se reconocen principalmente causas externas en la comisión de errores, y la reacción conductual seguida de cognitiva. Los médicos declaran mayor seguridad en Geriatria y Comunicación, y menor en Ginecología-Obstetricia y Cirugia.

PALABRAS CLAVE:

ERROR CLÍNICO. SEGURIDAD CLÍNICA. ATENCIÓN PRIMARIA.

PÓSTER N° 9

EL CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA POR LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS.

AUTORES: (1) Gómez Aguilera, M.; (1) Sánchez Gómez, J.L.; (1) Sánchez Gómez, M.; (1) López Lozano, M.D.; (2) Alexandre Lazaro, G.

CENTRO DE TRABAJO: (1) E.A.P. Menasalbas. Toledo; (2) Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo.

OBJETIVOS:

Conocer el uso de los recursos sanitarios de Atención Primaria (AP) de los pacientes \geq 65 años.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo, transversal, multicéntrico.

EMPLAZAMIENTO:

AP. Área Sanitaria de Toledo.

PARTICIPANTES:

Pacientes de \geq 65 años a partir de tarjeta sanitaria (TSI). Muestreo aleatorio estratificado (edad y tamaño poblacional). Criterios de exclusión: no informatización del cupo y desplazados.

INTERVENCIONES:

Variables sociodemográficas (edad, sexo). Variables recursos (2008): frecuentación (medicina, enfermería), tiempo administrativo utilizado (citas para consulta, interconsultas y trámites de tarjeta), número de: analíticas, interconsultas, pruebas radiológicas, fármacos nuevos recetados, visitas al punto de atención continuada (PAC) y ambulancias programadas. Variables clínicas (enfermo crónico, inmovilizado, vacuna de la gripe).

MEDICIONES Y RESULTADOS:

n= 1200 pacientes. 55,7% mujeres. Edad media 76,4 años (DE 7,3). Crónicos el 77,9%, inmovilizados 3,8%. La población \geq 65 años supone el 15,7% de las TSI del área. Frecuentación (medias): medicina 17,54 \pm 12,4 visitas/año (área 8,4); enfermería 9,3 \pm 10,4 visitas/año (área 4). Si aplicásemos nuestros resultados a toda la población > 65 años del área utilizarían el 41,8% de todas las visitas médicas, el 50,5% de las de enfermería, el 94% de las analíticas, el 33,1% de las interconsultas y el 18,1% de las visitas al PAC. Respecto al tiempo administrativo utilizarían 25.630 horas/año, suponiendo el 14,7% de los auxiliares administrativos del área a tiempo completo. Se les receta una media de 7,17 (DE 5,7) fármacos nuevos/año. El 59,2% han recibido 2702 pruebas radiológicas (5,25% del total). No se vacunan de la gripe el 48% siendo grupo de riesgo.

CONCLUSIONES:

Los ancianos hacen un importante uso de recursos en nuestro área, fundamentalmente en tres apartados: fármacos, interconsultas y consultas al centro de salud. Es muy significativo el elevado número de fármacos nuevos introducidos en pacientes especialmente frágiles (riesgo de efectos adversos).

PALABRAS CLAVE:

ATENCIÓN PRIMARIA. RECURSOS SANITARIOS. ANCIANOS.

PÓSTER Nº 10

EVALUACIÓN DE LA CIRUGÍA MENOR REALIZADA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

AUTORES: (1) Díaz Aguado, J.; (1) Lázaro Rivera, M.; (2) Corroto Gutiérrez, T.; (1) Martín Álvarez, M.L.; (3) Alejandro Lázaro, G.; (4) Alonso Moreno, F.J.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud de Buenavista. Toledo; (2) Enfermera. Centro de Salud de Buenavista. Toledo; (3) Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo; (4) Centro de Salud Sillería. Toledo.

OBJETIVO:

Valorar la actividad de cirugía menor (CM) mediante la concordancia del diagnóstico clínico con el anatomopatológico, aparición de complicaciones/secuelas y satisfacción del paciente.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo y transversal.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria (AP). Área de Salud de Toledo.

PARTICIPANTES:

Todos los pacientes a los que se realizó CM durante 1 año. Criterios de exclusión: elevado grado de sospecha de malignidad, antecedentes de queloides, y zonas anatómicas con complicaciones frecuentes (axila, zona inferior de espalda).

INTERVENCIONES:

Variables: edad, sexo, diagnóstico clínico y anatomopatológico, tipo de intervención, complicaciones, secuelas y grado de satisfacción del paciente. Las 3 últimas mediante encuesta telefónica al paciente realizada por personas ajenas al procedimiento quirúrgico, a través de un cuestionario validado por el ministerio de Sanidad (1997).

MEDICIONES Y RESULTADOS:

n= 299 pacientes. El 54,3% mujeres. El 83,6% tenían entre 14-65 años. Las lesiones más frecuentes fueron: queratosis seborreica 18,1% (IC 95%: 13,7-22,5), fibroma blando 17,4% (IC 95%: 13,1-21,7) y nevus 17,4% (IC 95%: 13,1-21,7). Los procedimientos más usados fueron: afeitado y curetaje 39,3% (IC 95%: 33,8-44,8), seguido de escisión superficial/subcutáneo (39,6%). El índice de concordancia entre diagnósticos fue ($\kappa=0,742$, $p<0,001$). El 54,8% contestaron la encuesta de satisfacción. El 4,9% (IC 95%: 2,5-7,3) tuvieron alguna complicación y el 6,1% secuelas. Cuestionario de satisfacción: 85,9% la demora fue poca o muy poca, 89,5% las explicaciones del facultativo muchas o bastantes, 100% la limpieza del quirófano era buena o muy buena, 94,5% la atención global fue buena o muy buena. Repetirían la CM en AP el 95,7%.

CONCLUSIONES:

Con patologías y procedimientos similares a los de otros estudios nuestra concordancia es de las más elevadas (0,742 frente a 0,41-0,84). La proporción de secuelas y complicaciones es igual a la referida en la literatura. La satisfacción de nuestros pacientes iguala o supera a la descrita en la bibliografía.

PALABRAS CLAVE:

CIRUGIA MENOR. CONCORDANCIA. SATISFACCIÓN.

PÓSTER N° 11

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE GRIPE DEL HOSPITAL DE SANTA BÁRBARA DE PUERTOLLANO.

AUTOR PRINCIPAL: Vázquez Fernández del Pozo, Silvia.

RESTO DE AUTORES: Maure Rico, Mónica; Sanz Cortés, Juan.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia de Área de Puertollano. Hospital de Santa Bárbara. Ciudad Real.

OBJETIVOS:

Describir las características de los casos de gripe hospitalizados desde julio 2009 a febrero 2010.

- Factores de riesgo, cuadro clínico y complicaciones en población adulta y pediátrica.
- Describir los resultados de las muestras microbiológicas.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo.

EMPLAZAMIENTO:

Hospital.

PARTICIPANTES:

Todos los pacientes ingresados con sospecha de Gripe. Tamaño muestral n= 85, 64 adultos y 21 niños.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Variables de estudio: Sociodemográficas (edad, sexo), factores de riesgo (enfermedad cardiovascular, diabetes, EPOC, obesidad, inmunosupresión) síntomas (fiebre, tos, rinorrea, disnea, MEG, diarrea, vómitos, alteración conciencia, neumonía), días de evolución, microbiología y resultado.

Análisis Estadístico: Se estiman las medidas de centralización y dispersión para variables cuantitativas y las frecuencias para variables cualitativas, con sus respectivos

intervalos de confianza al 95%. Se hace análisis estratificado en función de la edad y del sexo. Se comparan las variables cuantitativas, mediante T-Student y la ji-cuadrado para variables cualitativas. Se considera nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: Media Edad Adultos: 51,1 años (IC95%: 46,7-55,4) Mujeres (53,1%) Varones (46,9%) Niños: 3,5 años (IC95% 3-3,9) Niñas 7,2 años (IC95% 3,1-11,3).

Antecedentes personales adultos: asma: 3,5%, EPOC el 18,3%, 6,3% diabetes y obesidad 18,3%, enfermedad cardiovascular (18,3%), inmunosupresión 6,8%. Fuma 28,3%, son exfumadores 3,3%. El 26,5 % de las mujeres hospitalizadas son gestantes. El 30% de los niños son asmáticos.

En adultos la media de días pre-ingreso fue de 4 y 2,8 en niños.

Todos reciben tamiflu.

Precisan cuidados intensivos el 14,1 % de adultos.

Síntomas adultos: Fiebre 89,1%, disnea: 60%, neumonía 67,7%, tos: 68,3% MEG: 61,7%, mialgia: 43,3% y en niños: Fiebre 95,2%, tos 90%, disnea 50%, vómitos 40%, neumonía y MEG 25%. Las diferencias entre adultos y niños son estadísticamente significativas.

Microbiología: Adultos: 59,3%. Positivas 63,2%.

Niños: 90,5%. Positivos 47,6%.

CONCLUSIONES:

1. El comportamiento de la Gripe ha sido leve y similar a años previos: los síntomas GI prevalecen en niños y neumonías en adultos.
2. El diagnóstico de la Gripe es clínico no microbiológico: 50% de las pruebas positivas.

PÓSTER N° 12

RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN REGICOR Y SCORE EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA. ¿EXISTE CONCORDANCIA ENTRE AMBAS ESCALAS?

AUTORES: Cuenca Luna, V.; Arribas Aguirregaviria, F.J.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara.

OBJETIVOS:

Calcular el riesgo cardiovascular por medio de dos escalas de riesgo y averiguar si existe concordancia entre ellas.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo, transversal.

EMPLAZAMIENTO:

Centro de salud urbano, cupo medicina de familia.

PARTICIPANTES:

177 pacientes recogidos mediante muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo de los pacientes entre 35 y 85 años de edad.

INTERVENCIONES:

Se citan en consulta y se realiza las mediciones para calcular riesgo cardiovascular según ambas escalas (tensión arterial, perímetro abdominal, peso talla, perfil lipídico, hábitos tóxicos, diabetes, ecg, sistemático de orina).

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Edad media 54,36 (35-85), 51,9% mujeres, 59,3% riesgo cardiovascular bajo, 32,8% moderado y 7,9% alto según Regicor. 63% riesgo cardiovascular bajo, 22,6% moderado y 13,6% alto según Score. Coeficiente de concordancia kappa $k=0,42$.

CONCLUSIONES:

- 1.- Los paciente con riesgo bajo son alrededor del 60%.
- 2.- La concordancia entre los riesgos calculados por las dos escalas fue moderada.

PALABRAS CLAVE:

RIESGO CARDIOVASCULAR. ESCALAS DE RIESGO. SCORE. REGICOR.

PÓSTER N° 13

ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON INSOMNIO.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Baquerizo Cadena, A.

RESTO DE AUTORES: (1) López de Castro, F.; (1) Fernández Rodríguez, O.; (2) Fernández Agüero, L.; (2) Mareque, M.A.; (1) Villarin Castro, A.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo; (2) Dpto. Farmacia. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

OBJETIVOS:

Conocer el abordaje terapéutico del paciente con insomnio.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo transversal durante el año 2008.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria.

PARTICIPANTES:

Mayores de 18 años diagnosticados de insomnio seleccionados por muestreo aleatorio simple del listado de pacientes diagnosticados de insomnio obtenido de Turriano.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Mediante revisión de historia clínica informatizada se recogió: variables sociodemográficas, registro del tipo de insomnio, recomendación de higiene del sueño; tratamiento, duración y revisión y médico prescriptor. Mediante entrevista telefónica se interrogó a los pacientes sobre las mismas cuestiones.

N= 94. 20,2 % varones. Edad media $60,39 \pm 14,39$. El 32,97% de las historias tenían registrado tipo de insomnio; 1, historia del sueño y un 13,82% las recomendaciones de higiene del sueño, aunque referían haberlas recibido el 27,8% de los pacientes. Los principios activos más prescritos fueron: lorazepam (47,2%), lormetazepam (23,6%), zolpidem (19,1%), loprazolam (5,6%) y midazolam (2,2%), siendo los cuatro primeros los únicos prescritos a >65 años. La mediana de duración del tratamiento fue de 32 semanas (RI 58), siendo mayor en mujeres [34 (RI62) vs 25 (RI28); U=436; $p>0,05$]. Al 95,5% (IC95% 82,15-95,26) se le pautó tratamiento continuado desde la prescripción inicial, sin diferencias por sexos ni edad. El 26,1% tomaba [tratamiento alternativo no farmacológico. Un 23,46% había suspendido el tratamiento (21,7% por mejoría y 17,4% por efectos secundarios (somnia diurna)]. El 66,2% de los que tomaban tratamiento decía seguir durmiendo mal. El 61,3% de los pacientes refirieron tener revisiones periódicas del tratamiento, que se registraron en 21,2% historias. En el 94,5% de los casos el prescriptor fue el médico de familia.

CONCLUSIONES:

Existe infrarregistro de las actividades en los pacientes insomnes. Las recomendaciones higiénicas no se dan en muchos casos. El tratamiento con hipnóticos se mantiene durante periodos y pautas inadecuadas, aunque los principios prescritos son los recomendados. Deberían mejorarse estas actuaciones pues parece existir una excesiva medicalización sin resultados adecuados.

PALABRAS CLAVE:

INSOMNIO. TRATAMIENTO. HIPNÓTICOS.

PÓSTER N° 14

NECESIDAD DE INFORMATIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

AUTORES: Da Cunha, S.A.; Colinet Moreno, A.; Sánchez-Cruzado del Olmo, M.M.; Parras Serrano, R.; Castillo Rivas, C.; González Martínez, A.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Tomelloso II. Ciudad Real.

OBJETIVOS:

Evaluar la calidad en la cumplimentación de los ítems básicos de las historias clínicas de un servicio de urgencias.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio descriptivo.

EMPLAZAMIENTO:

Centro de salud de atención primaria (AP) con el servicio de urgencias de su Hospital de referencia.

PARTICIPANTES:

Se recogen 204 informes de pacientes al acudir a consulta de AP con un informe de urgencias hospitalarias durante 4 meses.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Los informes son evaluados por dos observadores independientes, están todos escritos manualmente, siendo legibles el 53,9% por otros médicos, parcialmente el 7,8% e ilegibles el 38,2%. Se identifica el profesional en el 5,3%, parcialmente 17,6% y no en 77%. Los antecedentes personales no figuran en el 43,5%, si en el 46,5%, el tratamiento de seguimiento domiciliario figura en el 85,8% y no en el 14,4%, se les suministra tratamiento en monodosis al 4,4%, no en el 95,6% y no se realiza receta en el 100%.

CONCLUSIONES:

Los principales problemas detectados son la identificación del profesional que realiza la atención y la legibilidad del informe, lo que podría solucionarse con la informatización de la historia clínica.

PALABRAS CLAVE:

HISTORIA CLÍNICA. CALIDAD. RECETAS.

PÓSTER Nº 15

PREVALENCIA DE FIBROMIALGIA EN NUESTRAS MAYORES.

AUTORES: (1) Tapiador Fernández, J.; (1) Abdel-Hadi Álvarez, A.; (1) Granda Barrera, C.; (2) Morales Cano, J.M.; (2) Tejada Serrano, M.I.; (3) Lozano Suárez, C.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente de Ciudad Real; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Real 2. Ciudad Real; (3) Técnico de Salud. Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real.

OBJETIVOS:

La Fibromialgia (FM) es, actualmente, incurable y no mortal, por tanto, quiénes la padecen, han de llegar a la ancianidad manteniendo dicho diagnóstico hasta su muerte, pero somos reticentes a diagnosticarla en personas por encima de 70 años. Pretendemos conocer la prevalencia de FM en las ancianas de nuestro entorno.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio descriptivo, transversal. Tamaño muestral: Para una proporción estimada del 10%, error alfa 5%, potencia 95%: $n=138$. Se realizó un muestreo no probabilístico, consecutivo entre las mujeres con edad igual o mayor de 70 años que cumplían los criterios de inclusión. Análisis estadístico: Medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, porcentajes para nominales y ordinales. T de Student para comparación de medias en grupos independientes. Paquete estadístico SPSS 15.0.

EMPLAZAMIENTO:

Dos cupos de medicina general pertenecientes a un Centro de Salud, ámbito de perfil urbano.

PARTICIPANTES:

150 mujeres de edad igual o superior a 70 años. Se excluyeron inmovilizadas o con deterioro cognitivo.

INTERVENCIONES:

Todas las participantes fueron entrevistadas por dos médicos formados, previo contacto telefónico, información de los objetivos del estudio y citación. Se aplicó la Escala de Fibro-Fatiga (EFF) y fueron recogidas variables socio-demográficas y clínicas.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Edad $78 \pm 4,18$ años, puntuación media EFF $19,1 \pm 9,2$. Tiempo medio encuesta $4,7 \pm 2,6$ min. La prevalencia de FM fue del 12% (95% IC 7,3-18,3%), ninguna diagnosticada previamente. La comorbilidad clínica (hipertensión, diabetes, neoplasia activa) no se asoció a posible Fibromialgia, ni el tabaquismo o enolismo. La media en la Escala Visual Analógica fue 1,92 puntos mayor en pacientes con alta probabilidad de FM ($p < 0,0001$). Se halló un resultado de 3'98 puntos mayor en la media de EFF de pacientes con dolor de más de 5 años, $p=0,018$.

CONCLUSIONES:

La prevalencia estimada es del 12%, mayor a la encontrada en población general, por lo que hemos de tener presente dicha entidad, como posible diagnóstico diferencial en nuestras ancianas y, en consecuencia, ofrecer la mejor opción terapéutica. Aquellas mujeres con más puntuación de dolor en EVA o que llevaban más tiempo de evolución eran más susceptibles de poder padecer Fibromialgia. Es factible realizar la encuesta en A. Primaria dado el escaso tiempo que ocupa (4,7 minutos).

PALABRAS CLAVE:

FIBROMIALGIA. PREVALENCIA. MAYORES.

PÓSTER N° 16

VALORACIÓN DEL CONTROL METABÓLICO DE NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS.

AUTORES: (1) Yakovyshyn Bandrivska, L.; (1) Estébanez Seco, S.; (1) Hernández Moreno, F.B.; (1) Magallán Muños, A.E.; Fernández Rodríguez, O.; (2) López Serrano, R.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo; (2) Centro de Salud de Bargas. Toledo.

OBJETIVOS:

Conocer el grado de control metabólico de los pacientes con DM tipo2 de nuestro Área y valorar la existencia de posibles características diferenciales entre aquellos que presentan buen o mal control.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo transversal realizado de enero a marzo 2010.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria.

PARTICIPANTES:

Pacientes mayores de 18 años, con DM tipo2 que sean IABVD, seleccionados de forma aleatoria del listado de pacientes diabéticos tipo 2 obtenido por explotación de datos de la base de Historia Clínica Informatizada en Atención Primaria Turriano.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Se recogieron variables sociodemográficas, antecedentes personales, historia de la diabetes, grado de control y tratamiento, parámetros bioquímicos.

Hasta el momento se han revisado 70 historias clínicas. Edad media 65,17±12,34. 56,5% varones. 63,3% casados. Años de evolución diabetes: mediana 4 (RI5-2). El 42,9% estaba en tratamiento con un antidiabético, el 21,4% con más de un ADO y el 10% con insulina asociada a ADO. El 49,3% (IC95% 36,57-60,73) presentaba glicosiladas >7, sin diferencias por sexos ni edad. Un 72,9% del total era hipertenso, el 77,1% dislipémico; 58% obeso, sin diferencias entre los bien y mal controlados. Los mal controlados realizaban menos ejercicio que los bien controlados (36% vs 67,9%; ² 5,37 p<0,05) y cumplían peor el tratamiento y la dieta, aunque sin diferencias significativas. El 58,8% de los pacientes mal controlados estaba en tratamiento con uno o más ADO. No se encontraron diferencias en el tiempo transcurrido desde el diag-

nóstico entre ambos grupos. Los mal controlados presentaban más complicaciones crónicas, encontrándose diferencias significativas en la presencia de neuropatía (27,6% vs 2,8%; ² 8,28 p<0,05) y oftalmopatía (13,8% vs 0%; ² 5,29 p<0,05). Los pacientes con mal control visitan más al médico, al enfermero y a urgencias que los bien controlados.

CONCLUSIONES:

Casi la mitad de los diabéticos estudiados están mal controlados. Encontramos que los diabéticos con mal control metabólico realizan menos ejercicio físico y presentan más complicaciones macro/microvasculares que los bien controlados para periodos de evolución similares.

PALABRAS CLAVE:

DIABETES MELLITUS. CONTROL METABÓLICO. COMPLICACIONES CRÓNICAS.

PÓSTER N° 17

ACTITUD DE LA MUJER HACIA LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS.

AUTORES: Ríos Germán, P.P.; Ruiz Martil, A.; Pérez Castro, M.; Pizarro Losilla, B.; López de Castro, F.

CENTRO DE TRABAJO: Atención Primaria de Toledo.

OBJETIVOS:

Conocer la actitud hacia las actividades preventivas de las mujeres.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo transversal, mediante encuesta.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria. Área de Salud de Toledo.

PARTICIPANTES:

Mujeres entre 18 y 65 años de cuatro Centros de Salud.

INTERVENCIONES:

Cuestionario autocumplimentado sobre conocimientos, actitudes y comportamientos en prácticas preventivas.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Muestra de 539 mujeres; edad media 40,4 (DE 11,0); 65,4% casadas; 40,8% universitarias; trabajan el 70,6%. El 83,2% considera el cáncer de mama la principal causa de muerte en mujeres, seguida del infarto (8,2%) y ACVA (8,0%). El 86,3% considera que siempre merece la pena

hacer algún esfuerzo (dieta, ejercicio) para prevenir enfermedades, pero sólo el 47,9% sigue siempre las recomendaciones en ese sentido. El 36,0% sólo va al médico cuando enferma. Para el 40,5% la mejor forma de detectar un cáncer de mama es la autoexploración, que refiere practicar el 56,9%. Consideran muy peligroso tomar el sol sin protección el 81,0%; empleando el 93,5% siempre o casi siempre protector solar. El tabaco lo asocian con cáncer de pulmón, de laringe e IAM. Para el 76,8% su consumo es muy peligroso; pero el 30,0% fuma. Sólo el 43,4% considera muy peligroso el consumo de alcohol, siendo consumidores habituales el 17,2%. La obesidad la asocian con la HTA y con la diabetes. Hacen dieta el 24,0%. Consideran muy importante el ejercicio físico el 59,1%, pero sólo el 23,8% lo hace regularmente. El 88,9% considera necesarias las vacunas, pero el 54,2% dice no estar vacunada de tétanos. El 33,8% creen que en la menopausia no es necesaria ninguna medicación especial. Consideran medidas positivas para reducir la sintomatología: dieta rica en calcio, ejercicio, soja y THS. Toman suplementos cálcicos el 78,9% de mayores de 55 años. Han recibido consejo de sanitarios sobre prevención de cáncer el 29,5% y sobre estilo de vida el 51,7%.

CONCLUSIONES:

Nuestra población parece concienciada de la importancia de las actividades preventivas, pero la puesta en práctica de algunas de éstas deja que desear aún.

PALABRAS CLAVE:

ACTIVIDADES PREVENTIVAS. MUJER. ATENCIÓN PRIMARIA. ACTITUD Y COMPORTAMIENTO.

PÓSTER N° 18

PERFIL LIPÍDICO DE UNA MUESTRA DE PACIENTES QUE SUFREN UN PRIMER EPISODIO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO (ESTUDIO PILOTO).

AUTORES: (1) Rodríguez Roca, G.C.; (2) Rodríguez Padial, L.; (3) Alonso Moreno, F.J.; (4) Romero Gutiérrez, A.; (5) Menchén Herreros, A.; (6) Villarín Castro, A.; en representación del Grupo de Trabajo RICARTO.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM); (2) Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Toledo. SESCAM; (3) Centro de Salud Sillería. Toledo. SESCAM; (4) Área de Información y Documentación Clínica. Complejo Hospitalario de Toledo. SESCAM; (5) Laboratorio de Bioquímica y Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario de Toledo. SESCAM; (6) Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo. Gerencia de Atención Primaria de Toledo. SESCAM.

OBJETIVOS:

Conocer el perfil lipídico de una muestra de los pacientes que habían sufrido un ingreso hospitalario por síndrome coronario agudo (SCA) durante el período 2005-2009, con el fin de mejorar el análisis posterior de los 4.843 sujetos ingresados durante ese período.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Epidemiológico observacional transversal.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria - Atención Hospitalaria.

PARTICIPANTES:

250 historias clínicas del Laboratorio de Análisis y del Servicio de Cardiología en las que figuraba un ingreso hospitalario por infarto agudo de miocardio (IAM) o angina inestable.

INTERVENCIONES:

Se analizaron los valores de colesterol total (CT), LDL-colesterol (LDL), HDL-colesterol (HDL) y triglicéridos (TG). Para analizar mayor número de datos se eligieron las historias de mayor antigüedad. Se consideró válida la analítica realizada desde 6 meses antes hasta 24 horas después del ingreso. Se realizó estadística descriptiva y comparación de medias (chi cuadrado, t de Student y ANOVA) con el paquete SPSS versión 15.1.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

La edad media de la población analizada fue $76,7 \pm 15$ años y el 71,6% eran hombres. El 39,6% ($n=99$) disponía de CT, LDL, HDL y TG. Del total de SCA el 72,4% fueron primer episodio y el 53,2% IAM. En el total de la muestra no se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en los valores medios de CT ($181,77 \pm 46,2$ vs $169,62 \pm 53,7$), LDL ($116,7 \pm 42,5$ vs $102,9 \pm 49,4$), HDL ($43,7 \pm 12,5$ vs $48,0 \pm 16,2$) y TG ($145,3 \pm 75,0$ vs $133,6 \pm 91,0$ mg/dl). En los casos de IAM el CT medio fue $180,4 \pm 39,9$ y el LDL medio $115,3 \pm 34,7$ mg/dl, y en los de angina inestable $175,7 \pm 57,4$ y $109,6 \pm 54,4$ mg/dl, respectivamente. En los primeros episodios de SCA el CT medio fue $184,1 \pm 46,9$, LDL $120,0 \pm 43,9$, HDL $45,2 \pm 12,2$ y TG $139,8 \pm 70,2$ mg/dl.

CONCLUSIONES:

Los pacientes analizados en este estudio padecen SCA con valores de CT y LDL recomendados en prevención primaria por las Guías. Deben investigarse otras variables que pueden influir en la etiopatogenia del SCA.

PALABRAS CLAVE:

SÍNDROME CORONARIO AGUDO. PERFIL LIPÍDICO. PREVENCIÓN PRIMARIA.

PÓSTER Nº 19

MAPA DE 24H EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES: Arribas Aguirregaviria, F.J.; Cuenca Luna, V.; Velázquez Angulo, S.; Laciqui, N.; Bedoya Sánchez, C.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara.

OBJETIVOS:

Utilidad de la técnica MAPA de 24h en una Zona Básica de Salud (ZBS). Ritmo circadiano y riesgo cardiovascular.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo, Transversal, Retrospectivo.

EMPLAZAMIENTO:

Centro de Salud Urbano. Atención Primaria.

PARTICIPANTES:

70 MAPAS de 24h válidos, solicitados por los médicos de familia de dicha ZBS por diferentes motivos.

INTERVENCIONES:

Se recogen las siguientes variables: Motivo, Presión Arterial Sistólica (PAS) clínica y de 24h, periodo de actividad y de descanso según MAPA. Riesgo Cardiovascular estratificado según la tabla ESH/ESC 2003, Hábitos tóxicos, Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, perímetro abdominal, Índice de masa corporal (IMC), número de fármacos antihipertensivos previos, número de fármacos concomitantes previos y ritmo circadiano de la presión arterial. Base de datos Excel y Paquete estadístico SPSS 17.0.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

50% mujeres, edad media 59,96 años (27 - 81), motivo valorar hipertensión arterial (HTA) de bata blanca 24,3% eficacia de tratamiento 27,1%, Riesgo Cardiovascular Moderado 42,9%. Más de 2 fármacos antihipertensivos 51,4%, Pacientes non dipper y riser 61,4%. Se han encontrado diferencias significativas entre PAS clínica y PAS por MAPA ($p < 0,05$), No se han encontrado diferencias significativas entre riesgo cardiovascular y ritmo circadiano.

CONCLUSIONES:

- 1.- La población estudiada presenta un riesgo cardiovascular moderado y severo.
- 2.- El grado de control de la PAS clínica es bajo.
- 3.- El ritmo circadiano se asocia a un elevado riesgo cardiovascular.

PALABRAS CLAVE:

MAPA. RITMO CIRCADIANO. ZONA BÁSICA DE SALUD.

PÓSTER Nº 20

PREVALENCIA DE SÍNDROME PREMENSTRUAL EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD.

AUTORES: (1) Buendía Lucas, R.; (1) Fernández Martínez, M.S.; (1) Herrero Martín de Eugenio, V.; (2) López Juárez, D.; (3) Rodríguez Jiménez, S.; (4) Fernández Rodríguez, O.

CENTRO DE TRABAJO: (1) E.A.P Villaluenga de la Sagra. Toledo; (2) E.A.P. Sonseca. Toledo; (3) E.A.P. Los Yébenes. Toledo; (4) Unidad Docente G.A.P Toledo.

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia de síndrome premenstrual en una zona básica de salud.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo longitudinal prospectivo.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria.

PARTICIPANTES:

Mujeres en edad fértil de una Zona Básica de Salud. Se consideraron criterios de exclusión el tratamiento con anticonceptivos, el consumo de alcohol o drogas, el embarazo actual o en el último año, el tratamiento con antidepresivos y/o ansiolíticos, antecedentes de histerec-tomía y/o anexectomía, no hablar español.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Se entregó un diario de síntomas que debían cumplimentar durante tres meses consecutivos. En el diario se recogieron los síntomas físicos y somáticos que aparecían cada día del mes, cuantificados como leve, moderado o grave. Igualmente se recogió si habían acudido a consulta por alguno de los síntomas, la medicación tomada para aliviarlos y si estos repercutieron en sus relaciones familiares, sociales y laborales. Además se recogió la edad, estado civil, fecha de menarquia, consumo de tabaco, G.A.V., nivel de estudios y la situación laboral.

CONCLUSIONES:

La prevalencia de síndrome premenstrual encontrada es similar a la de otros estudios realizados. Las mujeres de nuestro estudio consultan poco por los síntomas premenstruales y la mayoría no suelen tratarlos.

PALABRAS CLAVE:

PREMENSTRUAL SYNDROME, PRIMARY CARE, PREVALENCE.

PÓSTER N° 21

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOLINESTÉRÁSICO EN ENFERMOS CON DETERIORO COGNITIVO, SEGÚN EL DIAGNÓSTICO Y GRADO GDS-FAST.

AUTORES: (1) Morales Gallego, D.; (1) Granda Barrera, C.V.; (1) Abdel-Hadi Álvarez, A.; (2) Merino González, A.M.; (3) Lozano Suárez, C.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Médicos Residentes de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente de Ciudad Real; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Real 1. Ciudad Real; (3) Técnico de Salud. Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real.

OBJETIVOS:

Estimar la proporción de pacientes en tratamiento con ICE no adecuado a las indicaciones actuales.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo, transversal mediante revisión de historias clínicas y entrevista a profesionales, pacientes y cuidadores. Para una proporción estimada por estudios previos de un 30%, error alfa 5%, potencia 90% (n=81), se ha incluido a todos los pacientes en tratamiento con ICE en una ZBS. (n=93). Variables: grado GDS-FAST, diagnóstico neurológico: Enfermedad de Alzheimer (EA), demencia secundaria a enfermedad de Parkinson, arteriosclerótica, senil y otras; edad, sexo, años en tratamiento, fármaco empleado y efectos secundarios.

EMPLAZAMIENTO:

Zona básica de salud urbana.

PARTICIPANTES:

93 pacientes en tratamiento con ICE. Dicha muestra se obtiene a partir del listado de visado de fármacos.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

El 60.2% de los pacientes tratados con ICE son mujeres. El 39.8% son hombres. El 71% están diagnosticados de EA, Demencia arteriosclerótica 8,6%, Senil 2,2%, secundaria a Parkinson 9,7%, Otros diagnósticos 3,2% y no consta en el 5,4%. Los ICE (donepezilo 33,3%, galantamina 15,1% y rivastigmina 51,6%) están indicados según las fichas técnicas en la EA leve- moderadamente grave (GDS-FAST de 4-6), y en la demencia 2ª a Parkinson leve- moderadamente grave (sólo la rivastigmina). En el 74.2% de todos los pacientes que toman ICE está bien indicado el tratamiento según GDS-FAST y/o según diagnóstico. En el 25.8% no estaría recomendado el tratamiento con ICE, bien por GDS-FAST fuera de rango o por no tener una indicación aprobada. El 51% de los pacientes tratados presentaron efectos secundarios siendo el más frecuente mareo/síncope.

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio no estaría recomendado el tratamiento con ICE en uno de cada cuatro pacientes (GDS-FAST fuera de rango y/o otros diagnósticos). Estos resultados hacen aconsejable evaluar periódicamente el deterioro cognitivo y funcional (GDS-FAST) en nuestros pacientes para realizar una adecuada prescripción farmacológica.

PALABRAS CLAVE:

DEMENCIA. ESCALA GDS-FAST. ANTICOLINESTÉRÁSICOS.

PÓSTER N° 22

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL CONTROLADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES: (1) Jolá González, Enrique; (1) Villalobos Zapata, Edwin; (2) Murillo Vidal, Walter; (2) Urtecho Paredes, Fidel.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Cuenca I. Cuenca; (2) Centro de Salud Cuenca II. Cuenca.

OBJETIVOS:

- Conocer la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de anticoagulación oral (TAO) controlados en Atención Primaria.
- Conocer la proporción de pacientes anticoagulados en rango terapéutico.

DISEÑO:

Estudio observacional descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria: C.S. Cuenca I y II.

PARTICIPANTES:

Se administró una encuesta a todos los pacientes que acudieron al C.S. para control de la TAO durante los meses de Marzo y Abril del 2010, previo consentimiento informado por escrito.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes en control domiciliario.
- Pacientes desplazados de otras comunidades autónomas.

MEDICIONES:

Se recogieron variables sociodemográficas, el diagnóstico principal que indicó la TAO, los fármacos que interfieren en la TAO, la comorbilidad y el valor del INR en el

momento de la entrevista. Se consideró que el paciente estaba controlado cuando su INR se encontraba en el rango correspondiente a cada patología establecido en el programa Turriano (de 2 a 3 en todas las patologías salvo para las prótesis mecánicas que es de 2,5 a 3,5 y doble prótesis que es de 3 a 4). Se administró un cuestionario validado por Sánchez González y cols., para medir la calidad de vida de los pacientes con TAO. El cuestionario consta de 32 preguntas cerradas, que analizan 5 dimensiones relacionadas con la TAO (satisfacción con el tratamiento, auto-eficacia en su manejo, estrés psicológico general, limitaciones diarias y alteraciones sociales). Cada pregunta se responde según una escala de Likert con 6 categorías: nada, muy poco, poco, algo, bastante y mucho. A estas categorías se le asigna un valor de 1 a 6 (escala cuantitativa) y el valor de cada dimensión corresponde a la media aritmética de las puntuaciones de las preguntas que las componen.

Para aquellos que tenían experiencia de haber sido atendidos en los dos niveles asistenciales, se realizaron dos preguntas para comparar la atención recibida en atención primaria y en el hospital y, en su caso, el motivo de preferencia por uno u otro nivel asistencial.

RESULTADOS:

Se seleccionaron 217 pacientes, con una tasa de respuesta del 91,8% (199 pacientes). La media de edad fue de $74,5 \pm 11,8$ y el 56,8% fueron mujeres. El 89,4% eran pensionistas. Los principales diagnósticos que indicaron la TAO fueron fibrilación auricular en el 72,4% de los pacientes y valvulopatías en el 18,6%.

Los resultados obtenidos en relación a las 5 dimensiones del cuestionario se muestran en la tabla siguiente.

Dimensión	Enunciado de la dimensión	Enunciado de las preguntas	Media de la dimensión	Diferencia sobre 3,5
Satisfacción	Positiva	Negativa	1,97	1,53
Autoeficacia	Positiva	Positiva	3,79	0,29
Estrés	Negativa	Negativa	2,5	1
Limitaciones diarias	Negativa	Negativa	2,17	1,33
Alteraciones sociales	Negativa	Negativa	1,76	1,74

De aquellos que tenían experiencia de haber sido controlados en atención primaria y atención especializada, el 73,1% mostraba sus preferencias para ser atendido en AP y el 10% en AE. Los pacientes que prefieren ser atendidos en AP esgrimen como argumentos principales la cercanía (74,4%) y el tiempo de espera (47,4%). Los pacientes que muestran su preferencia por el hospital refieren como principal argumento la relación con los profesionales (52,6%).

La proporción de pacientes cuyo INR estaba en rango fue del 60,3%, los que estaban por debajo del rango fueron del 12,6% y por encima del 27,1%. La mayoría de los pacientes (82,4%) deberían estar en rango de 2 a 3 por su patología. En este rango terapéutico la media de los que estaban por debajo de 2 fue de 1,54 y los que estaban por encima de 3 fue de 3,84.

CONCLUSIONES:

Los pacientes refieren sentirse bastante satisfechos con la atención recibida en AP, y sienten que el tratamiento no les limita en sus actividades diarias ni en las relaciones sociales. Los pacientes sin embargo parece que no perciben tener suficiente información y control sobre su tratamiento, por lo que se hace necesario mejorar la educación para la salud en los mismos.

Tres de cada cuatro prefieren ser atendidos en Atención Primaria fundamentalmente en relación a la cercanía de este ámbito.

Dos de cada tres pacientes se encontraban en rango terapéutico en el momento del estudio. Uno de cada cuatro estaba por encima del rango que le correspondía pero esta desviación fue pequeña y no se tradujo en complicaciones clínicas. Aproximadamente uno de cada diez no estaban protegidos en relación al riesgo tromboembólico.

PÓSTER Nº 23

NECESIDADES FORMATIVAS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN CLM.

AUTORES: González Carnero, R.; Sánchez Nava J.G.; Cancig Pilicita, F.E.; Gómez Suanes, G.; Ríos Germán, P.P.; López de Castro, F.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo.

OBJETIVOS:

Conocer las necesidades formativas en la atención a los pacientes con cáncer.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo transversal basado en encuesta autocumplimentada.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria de Castilla-La Mancha.

PARTICIPANTES:

Médicos de cupo de CLM.

INTERVENCIONES:

Dos envíos por email de encuesta diseñada ad hoc sobre necesidades formativas (escala 0-5), seguridad en el manejo e implicación en la atención a pacientes oncológicos.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Respondieron 172 médicos (14,9% de la población); 51,2% varones; 24,0% tutores de residentes. Edad media

49,1 años (DE 6,6). El 44,2% trabaja en medio rural (<5.000 hab.). La media de terminales atendidos al año es 3,9 (mediana 3). Los aspectos en los que mayores necesidades formativas refieren son los relativos a atención a supervivientes (3,44) y diagnosticados de cáncer (3,37), menor a terminales (3,15). El aspecto más reclamado es la atención a urgencias terminales (3,77). En general, la mujer tiene mayor percepción de necesidades formativas (3,44 vs 3,21; $t=2,03$; $p=0,045$). No encontramos relación entre necesidades formativas y edad, ni con ser tutor o el medio laboral. El 69,2% de los encuestados ha realizado algún curso en los últimos 5 años. La seguridad en el manejo de oncológicos es calificada como media por el 74,4% y alta por el 19,8%. Es mayor en hombres y tutores, aunque sin alcanzar significación estadística. La seguridad se relaciona inversamente con la necesidad sentida de formación y es mayor en hombres. El 65,1% considera que la mayor responsabilidad del manejo del paciente con cáncer debe ser del oncólogo, mientras que debe recaer en el MF cuando se trata de terminales (según el 43,9%) o supervivientes (70,4%). La comunicación con oncólogo es mala/muy mala según el 53,2%, siendo este porcentaje del 9,3% cuando se refiere a Unidad de Paliativos. Para el 70,3% su grado de implicación con estos enfermos es adecuado. Respecto a una hipotética falta de implicación, la razón considerada más importante es la falta de experiencia (31,6%), seguida de falta de formación (27,1%).

CONCLUSIONES:

Las necesidades formativas sentidas podemos considerarlas medio/altas, especialmente en la atención urgente. La mujer manifiesta mayores necesidades y menor seguridad en el manejo de estos pacientes. La falta de experiencia y de formación pueden ser factores que limiten la implicación del médico en la atención a estos pacientes.

PALABRAS CLAVE:

CÁNCER. PACIENTE ONCOLÓGICO. PACIENTE TERMINAL. NECESIDADES DE FORMACIÓN.

PÓSTER Nº 24

MIGRAÑA Y DISLIPEMIA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Pérez López, Nieves.

RESTO DE AUTORES: (2) Zubiri, Inmaculada; (3) García Gutiérrez, Antonia Gema; (4) Arroyo Santos-Olmo, María Catalina; (5) Fernández Rodríguez, Olga.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud de Los Yébenes. Toledo; (2) Centro de Salud de Mora. Toledo; (3) Centro de Salud de Corral de Almaguer. Toledo; (4) Centro de Salud de Illescas. Toledo; (5) Unidad Docente. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

OBJETIVOS:

Determinar la posible influencia del tratamiento hipolipemiante en las crisis migrañosas.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio descriptivo, entre enero y mayo de 2009.

EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria.

PARTICIPANTES:

Pacientes con diagnóstico registrado de migraña antes del 1 de julio de 2008. Posteriormente se seleccionó de entre ellos a aquellos pacientes con diagnóstico registrado de dislipemia posterior a esa fecha.

INTERVENCIONES:

Recogida de datos mediante revisión de Historia Clínica informatizada. Posteriormente, entrevista telefónica recogiendo datos sobre severidad e intensidad de las migrañas antes del inicio del tratamiento hipolipemiante y después.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Se recogieron variables sociodemográficas, severidad y número de episodios mensuales de migraña antes y después del tratamiento hipolipemiante, tratamiento antimigrañoso pautado y modificaciones realizadas, tratamiento hipolipemiante pautado, últimos controles de colesterol y triglicéridos, otros factores de riesgo cardiovascular y antecedentes familiares.

Tenían diagnóstico de migraña registrado 3410 pacientes, de los que el 9,9% (IC95% 8,97-11,01) eran dislipémicos. De estos, el 78,4% eran mujeres. Un 39,3% eran obesos; 37,3% hipertensos y el 14% diabéticos. Presentaban antecedentes familiares de dislipemia el 44,3%. Tomaban tratamiento profiláctico de migrañas el 47,3%, y tratamiento para las crisis el 86%. Un 57,4% tomaba tratamiento farmacológico hipolipemiante.

Encontramos diferencias significativas en el número medio de crisis migrañosas mensuales antes y después de iniciar tratamiento hipolipemiante [8,69 (DE) vs 6,69 (DE); $Z=-4,057$; $P<0,001$]. Igualmente, observamos diferencias en la severidad de las crisis antes y después del tratamiento hipolipemiante [8,03 (DE) vs 6,71 (DE); $Z=-5,21$; $P<0,001$]. No se encontró relación significativa entre las cifras de colesterol y el número y la severidad de las crisis.

CONCLUSIONES:

La prevalencia de dislipemia en población migrañosa no es despreciable. Apreciamos menor intervención en la prevención de las crisis que en su tratamiento agudo. Aunque no se puede establecer una relación causal, encontramos disminución en la intensidad y severidad de las crisis migrañosas tras el inicio del tratamiento hipolipemiante sin apreciar relación con las cifras de colesterol.

PALABRAS CLAVE:

MIGRAÑA. DISLIPEMIA. ESTATINAS.

PÓSTER N° 25

HIPOVITAMINOSIS D EN UNA SERIE DE DIABÉTICOS TIPO 2.

AUTORES: Sánchez Nava, Gabriel; Baez, Julia; González Carnero, Raquel; Beltre, Elisabeth; Fernández Rodríguez, Olga.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo.

OBJETIVOS:

Determinar la presencia de hipovitaminosis D en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2).

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio observacional descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO:

4 Zonas Básicas de Salud.

PARTICIPANTES:

Pacientes diabéticos tipo 2. Fueron excluidos los menores de 18 años, los pacientes insulino dependientes, los inmovilizados y aquellos con procesos causantes de hipovitaminosis D o en tratamiento con suplementos de vitamina D.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Mediante revisión de historia clínica y entrevista telefónica, se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, tabaquismo, presencia de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV), valores de HbA1c, niveles de vitamina D, existencia o no de microalbuminuria, estancia en lugares soleados en los últimos 6 meses, tratamiento actual, ejercicio físico (horas/día) y exposición solar (horas/día).

De forma preliminar, se ha obtenido una muestra de 38 pacientes, de edad media 70,8 (DE 10,7) años, siendo el 39% hombres. Atendiendo a la presencia de otros FRCV, el 65,6% eran, además, hipertensos, un 48,4% obesos, el 51,6% dislipémicos y un 11,4% fumadores.

Realizan una media de 1,16 (DE 0,66) horas de ejercicio físico al día y tienen una exposición solar media de 1,53 (DE 0,93) horas/día.

Los niveles medios de vitamina D obtenidos fueron de 16,48 (DE 7,63) y los de HbA1c 7,35 (DE 1,25).

La prevalencia de hipovitaminosis D detectada fue del 66% (IC95%: 43,45-75,51). No se obtuvieron correlaciones significativas entre los niveles de vitamina D y los de HbA1c.

CONCLUSIONES:

La prevalencia de hipovitaminosis D en la población estudiada es elevada y superior a la de otros estudios realizados. No parece existir relación entre los niveles de HbA1c y los de Vitamina D en el conjunto de la muestra estudiada.

PÓSTER N° 26

EXPERIENCIA EN ANTICOAGULACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD URBANO.

AUTOR PRINCIPAL: Ávila Milán, Alicia.

RESTO DE AUTORES: Galindo Jiménez, Teresa; Delgado García, María José; Álvarez Rodríguez, Lizett; Díez Cantarero, Adolfo; López Muñoz, Manuel.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud. Balconcillo. Guadalajara

OBJETIVOS:

Valorar el manejo del tratamiento anticoagulantes en un centro de salud urbano en un Área de Salud.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio descriptivo, retrospectivo, últimos 9 meses.

EMPLAZAMIENTO:

Centro de Salud Urbano, de un Área de Salud.

PARTICIPANTES:

Estudiamos un total de 307 pacientes anticoagulados con acenocumarol con al menos cuatro determinaciones de INR (international normalized ratio).

MEDICIONES:

Edad, sexo, diagnóstico, rango de INR, tiempo de tratamiento, intervalo de tiempo del último control, incidencias, determinaciones fuera de rango, número de cambios en la dosificación, profesional de atención primaria. Metodología: Extraer sangre capilar. Analizar con Coagucheck XS PLUS®. Recoger la hoja de control. Codificar las variables en el Excel97®. Analizar estadísticamente con el SPSSv15®.

RESULTADOS:

De los 485 anticoagulados en nuestro centro se estudian 307 pacientes (63%), con una prevalencia de anticoagulados de 2.5‰ frente al nacional 5‰. Media de edad 75.3 años, desviación estándar 11.2. El 50.2% son mujeres. Diagnóstico más frecuente, fibrilación auricular 61.9%. Tiempo de tratamiento medio 6,7 años, desviación estándar de 5.7. El 54.4% ha realizado el último con-

trol en 28 días. En un 89.9% no se recogen incidencias. Un 33.2% presenta una determinación fuera de rango, 28% dos y ninguna 18.6%. En un 42,7% no se estableció cambio en la dosis y sólo un cambio en 35,2%.

CONCLUSIONES:

Hemos encontrado un menor porcentaje de pacientes con INR en rango terapéutico en relación a otros estudios, debido a que en éstos estudios solamente tenían en cuenta una determinación. No existen diferencias significativas en los resultados en cuanto a sexo, edad, tiempo de tratamiento y profesional.

PALABRAS CLAVE:

ANTICOAGULACIÓN. ACECUMAROL. ATENCIÓN PRIMARIA.

PÓSTER N° 27

ESTUDIO DE CONTACTOS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN UN ÁREA DE SALUD.

AUTORES: (1) Toledano Sierra, Pilar; (2) Muñoz Platón, Enriqueta; (2) Velasco Rodríguez, Manuel; (2) Perea Rafael, Raúl; (3) Orueta Sánchez, Ramón.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico residente de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo; (2) Servicio Medicina Preventiva. Hospital Virgen de la Salud. Toledo; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

OBJETIVOS:

Conocer las características epidemiológicas de los contactos de personas con tuberculosis, la indicación de quimioprofilaxis primaria y/o secundaria en los mismos y el grado de seguimiento/perdidas del protocolo de estudio de los mismos.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo. Transversal.

EMPLAZAMIENTO:

Área de Salud.

PARTICIPANTES:

Universo de contactos de pacientes con tuberculosis estudiados en un servicio de Medicina Preventiva de un Área de Salud durante los años 2007 y 2008.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Fueron estudiados 419 contactos, los cuales tenían una edad media de 33,6 años; el 51,1% eran varones; el 17,4% eran inmigrantes con una estancia media en España de 5,3 años. Los factores de riesgo presentes en

los mismos con mayor frecuencia fueron; tabaquismo (27%), consumo de alcohol (11,2%) y diabetes mellitus (1,2%). El 8,8% referían contacto previo con enfermos con tuberculosis, el 11% haberse realizado prueba PPD con anterioridad, el 6,7% haber recibido la vacunación BCG y el 3,3% haber realizado quimioprofilaxis con anterioridad. Únicamente el 1,7% de los contactos refería sintomatología compatible con tuberculosis.

Respecto al tipo de contacto, el 6,4% era laboral (93,6% no laboral) y su intensidad diversa (intimo 10,9%; mas de 6 h/d 32,9%, diario pero menos de 6h/d 22,4% y mas esporádico 33,7%). Las localizaciones mas frecuentes de la enfermedad en los casos fueron pulmonar (78,4%), pleural (15%) y linfática (3,6%).

Tras la realización del protocolo de estudio de contactos, el 42,5% precisaron quimioprofilaxis primaria, el 1% quimioprofilaxis secundaria y el 1% pasaron al estudio de enfermedad tuberculosa. El total de pacientes que no completaron el protocolo fue del 1,7%.

CONCLUSIONES:

El estudio pone en evidencia la necesidad del estudio de contactos de pacientes con tuberculosis ya que un alto porcentaje de los mismos precisan quimioprofilaxis. El porcentaje de pacientes que no completo el protocolo fue inferior al recogido en otras publicaciones, lo que probablemente determino el escaso porcentaje de contactos que pasaron a enfermedad.

PALABRAS CLAVE:

TUBERCULOSIS. ESTUDIO DE CONTACTOS. ACTIVIDADES PREVENTIVAS.

PÓSTER N° 28

ANÁLISIS DE CALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTE DIABÉTICO TIPO II.

AUTOR PRINCIPAL: Checa Mendoza, Ana María.

RESTO DE AUTORES: García Tejada, Rodolfo; Pinilla González, Lourdes; Fernández Izquierdo, M^a. Dolores; Lomas Morago, Virginia; Oliva Rodríguez, Pilar.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud de Villarta de San Juan. Ciudad Real.

OBJETIVOS:

1.- Valorar si la asistencia sanitaria de los pacientes diabéticos tipo II(DM) se ajusta a los criterios de calidad actuales en DM. 2.- Describir los diversos tratamientos relacionados con los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes DM II y analizar su idoneidad.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo Trasversal.

EMPLAZAMIENTO:

Zona Básica de Salud (ZBS).

PARTICIPANTES:

Pacientes diagnosticados de DM II antes del 1-1-2009(n=380). Se excluyen pacientes con DM tipo I y fallecidos en el último año.

INTERVENCIONES:

Revisión de las historias clínicas en formato electrónico y papel. Búsqueda en aplicación informática de citación en consultas hospitalarias S.I.C.A. Determinación de indicadores de calidad: de proceso (ICP), de resultados intermedios (ICRI) y de resultados finales (ICRF).

MEDICIONES Y RESULTADOS:

La prevalencia de DM en nuestra ZBS es de 7,8%, edad media 69 años y evolución media 5 años. Presentan exceso de peso 89%, hipertensión arterial (HTA) 83%, dislipemia 57% y el 12% de nuestros diabéticos fuman. Tienen realizado en el último año (ICP): toma de tensión arterial (PA) 98%, IMC 82%, perfil lipídico 88%, HbA1c 78%, microalbuminuria 59%, electrocardiograma 43%, exploración de pies 48%, fondo de ojo por oftalmología 43%, índice tobillo-brazo 26%, autoanálisis 37% y el 72% recibieron educación sanitaria. ICRI (control adecuado): HbA1c (<7=51%/7-8=21%/>8=28%), obesidad=62%, PA>130/80=84%, LDL>100=37%, HDL<40=47%, triglicéridos>150=38%, microalbuminuria proteinuria=24%. ICRF: neuropatía=9,8%, retinopatía(no consta-73%, no proliferativa-3.2, proliferativa-0.5%), nefropatía-53%, arteriopatía periférica-18% (AP), cerebral-13% (ACV) y coronaria(CI) -23%. Tratamiento: DM (monoterapia-62%, insulinizados-28%, metformina-51%, asociación más frecuente metformina-insulina), HTA (monoterapia-35%, con IECA y/o ARA II-73%, asociación más frecuente ARAII-diu-réticos.), dislipemia (estatina 87%), antiagregados-anti-coagulados 59%.

CONCLUSIONES:

Existe una elevada frecuencia de FRCV y complicaciones macrovasculares. ICP correctos en toma de PA, cálculo IMC, y perfil lipídico. Mal grado de control(ICRI) en HTA, IMC y perfil lipídico. Cifras elevadas de nefropatía y no valorables de retinopatía. Insuficiente utilización de IECA-ARA II, antiagregación y metformina. Adecuada tasa de insulización. A pesar de que nuestros ICP e ICRF coinciden con los datos de la bibliografía consultada, los resultados de ICPI son más deficientes. Propuestas de mejora: más estrictos en el registro de actividades y aplicación de protocolos, así como, la correcta planificación de agendas.

PALABRAS CLAVE:

DIABETES MELLITUS. INDICADORES DE CALIDAD. COMPLICACIONES CRÓNICAS.

BIBLIOGRAFIA:

1-Kirk JK, Bell RA, Bertoni AG, Arcury TA, Quandt SA, Goff DC, et al Ethnic disparities. Control of glycemia, blood pressure, and LDL cholesterol among US adults with type 2 diabetes. *Ann Pharmacother.* 2005; 9: 1489-1501. 2- Grupo de estudio de la diabetes en Atención Primaria de Salud (GDAPS). Diabetes mellitus tipo II en atención primaria. Situación actual y propuestas de intervenciones. *Atención Primaria* 1995; 14: 67-73. 3- Carral F, Ballesta MJ, Aguilar M, Ortego J, Torres I, García A, et al. Evaluación de la calidad asistencial en pacientes con diabetes tipo 2 del área sanitaria Cádiz-San Fernando. *Av Diabetol* 2005; 21: 52-57. 4-Nuevas recomendaciones de la práctica clínica en diabetes clinical practicc. ADA, Enero 2010. 5- Plan integral de diabetes mellitus de Castilla La Mancha 2007/2010.

PÓSTER Nº 29

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL ÁREA SANITARIA DE TOLEDO CENTRO-MANCHA, 2004-2008.

AUTORES: Exojo Sánchez-Cruzado, F.; García Colmenero, C.; Ruiz Pérez, M.J.; García Rodríguez, J.

CENTRO DE TRABAJO: Sección de Epidemiología. Delegación Provincial de Salud y Bienestar Social de Toledo.

OBJETIVOS:

Estudiar las características de los casos de tuberculosis registrados en el Área Sanitaria de Toledo Centro-Mancha durante el quinquenio 2004-2008.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo de los casos de tuberculosis registrados.

EMPLAZAMIENTO:

Casos de tuberculosis del Área Sanitaria de Toledo y de las zonas de salud de La Mancha Centro pertenecientes a la provincia de Toledo.

PARTICIPANTES:

Se han estudiado 366 casos de tuberculosis registrados durante el quinquenio 2004-2008, confirmados o no bacteriológicamente pero a los que se les pautó tratamiento. Se han excluido los casos que fueron descartados y los residentes en otras áreas aunque se diagnosticaran en las nuestras.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

La incidencia media en el quinquenio es de 15,64 casos por 100.000 habitantes. Treinta y siete casos (10,1%) fueron detectados en el estudio de contactos y 15 (4,1%) mediante búsqueda activa. Los varones suponen un 64,5% de los casos, con una edad media significativamente mayor que en las mujeres (42,9 años frente a 35,3 - $p=0,006$ -). El 79% son de localización respiratoria, si bien las pulmonares suponen el 80% en varones y el 57,7% en mujeres. El 30,6% de los casos son extranjeros, con una media de edad significativamente menor que en los españoles (45,3 años frente a 28,5 - $p=0,000$ -). El 35,8% tiene baciloscopia positiva, y el 62,6% se han confirmado mediante cultivo. El resultado del tratamiento es satisfactorio (curación y completo) en el 82,2%; sólo hay abandono o pérdida del caso en un 2,7%. Más del 50% de los casos tardan más de 30 días en recibir tratamiento desde el inicio de síntomas.

CONCLUSIONES:

Las tasas de incidencia en nuestro ámbito son más altas que la media regional, pero más bajas que la nacional. El resto de indicadores, tales como localización, distribución por sexo o finalización del tratamiento, son similares a los de otras zonas.

PALABRAS CLAVE:

TUBERCULOSIS. INCIDENCIA. EPIDEMIOLOGÍA.

PÓSTER Nº 30

TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA SUPERIOR ¿PENSAMOS EN ELLA?

AUTOR PRINCIPAL: (1) Monzón Caminos, Glenda Tamara.

RESTO DE AUTORES: (2) Esquivias Campos, M.A., (3) Álvarez Galán, M.C., (2) Blanco Paños, J.L.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico Interno Residente 1er. Año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 1. Albacete; (2) Centro de Salud Zona 1. Albacete; (3) Hospital General de Villarrobledo. Albacete.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

- Motivo de Consulta: Hombre de 46 años refiere que desde hace 5 días presenta fiebre de 38.5°C que cede parcialmente con antitérmicos. Además ha notado "cierta molestia" abdominal al caminar.
- Antecedentes de Importancia: DM2. Tabaquismo. Enolesmo. Ulcus duodenal. Dos episodios en últimos 8 años de pancreatitis. Tratamiento habitual: insulina, omeprazol.
- Exploración Física: TA 120/85 mmHg, FC 87 lpm, T 36.2°C.

Abd: ruidos presentes, blando, leve dolor periumbilical a la palpación, no defensa, no reacción peritoneal.

- Pruebas Complementarias: Hematimetría: Hb 13.2, HTO 40.1, HGMA leucos 12050 (N88, L13). Bioquímica general normal.

Orina: leucos 500, amilaturia.

Rx tórax normal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Pancreatitis crónica reagudizada.

Plastrón apendicular retrocecal.

ITU.

DISCUSIÓN:

Debido al hallazgo de amilaturia y antecedentes de pancreatitis, contactamos con paciente (mantiene sintomatología) para nueva analítica urgente y ecografía abdominal.

A los 2 días, con resultados: HGMA leucos 25810 (N90.4, L3.8), glucosa 133, función renal normal, BT 0.4, GOT 46, GPT 64, GGT 289, fosfatasa alcalina 219, LDH 357, PCR 232, amilasa 316 U/L; paciente nos refiere dolor en hipogastrio y fosas ilíacas.

Decidimos derivar a Urgencias Hospitalarias, sin esperar ecografía.

TAC toracoabdominopélvico: calcificaciones pancreáticas, alteración de grasa peripancreática, colección en proceso uncinado (compatible con reagudización de pancreatitis crónica). Signos de trombosis venosa mesentérica superior (TVMS) y de vena porta proximal.

- Diagnóstico Final: TVMS y portal. Absceso pancreático. Pancreatitis crónica reagudizada.

Pautan dieta absoluta, fluidoterapia, antibióticoterapia (Imipenen) y anticoagulantes. Evolución favorable. Alta a los 11 días. Pendiente estudio ambulatorio de trombofilia.

La TVMS es una entidad poco frecuente, de diagnóstico difícil por la clínica inespecífica. Cursa con elevada mortalidad ya que puede asociarse a trombosis de otros territorios. Puede ser resultado de complicaciones de procesos inflamatorios abdominales (pancreatitis, abscesos, peritonitis), traumatismos, hipertensión portal y estados de hipercoagulabilidad.

La sospecha clínica es fundamental para el diagnóstico. Se confirma con pruebas de imagen.

PALABRAS CLAVE:

ABDOMINAL PAIN. MESENTERIC VASCULAR OCCLUSION. PRIMARY HEALTH CARE.

PÓSTER N° 31

PÁPULAS PRURIGINOSAS SIMÉTRICAS.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Rodríguez Martín, Ana María.

RESTO DE AUTORES: (1) González Carnero, Raquel; (2) Martín Villuendas, Ana Belén; (2) Fajardo de Campos, Ana; (2) García García, María del Rosario; (2) De Haro Muñoz, Julia.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico Residente. Centro de Salud Sillería. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo; (2) Médico de Familia. Punto de Atención Continuada. Centro de Salud de Buenavista. Toledo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 50 años que acude a Punto de Atención Continuada por cuadro de erupción pruriginosa de 4-5 días de evolución, de predominio en miembros superiores y tronco de carácter simétrico, con extensión a región glútea y ambos huecos poplíteos. No refería fiebre, ni cuadro catarral acompañante. La paciente había presentado un brote similar hacía 5 meses. Sin otros antecedentes de interés. Exploración: Buen estado general, se objetivaban lesiones papulosas violáceas, irregulares, brillantes acompañadas de lesiones de rascado. Con distribución bilateral y simétrica, y con disposición lineal por probable fenómeno de Koebner. No había afectación de mucosas. Se recomendó tratamiento con corticoides orales y antihistamínicos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Nuestra paciente presentaba erupción papulosa de aparición aguda, de superficie brillante en áreas flexoras de ambas muñecas, codos, huecos poplíteos, tronco anterior de forma simétrica. Nos planteó el diagnóstico diferencial con liquen plano, pitiriasis rosada, y psoriasis en gotas. Descartamos la pitiriasis rosada por ausencia de mancha heraldo (lesión ovalada de mayor tamaño), no parecía una psoriasis en gotas por no existir distribución principal en zonas de extensión, ni queratosis.

DISCUSIÓN:

El liquen plano es una dermatosis inflamatoria pruriginosa de etiología desconocida, relativamente frecuente que debe ser tenida en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de los procesos dermatológicos en urgencias. Se caracteriza por la aparición de pápulas múltiples de pequeño tamaño en piel y lesiones blanquecinas o erosivas en mucosas. Puede afectar también a pelo y uñas. Suele ser autolimitada, aunque con tendencia a la recurrencia en brotes agudos o subagudos. Es más frecuente en los adultos. Se debe descartar la ingesta de fármacos (Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina, y tiazidas), y solicitar serología de Virus de hepatitis B y C. El diagnóstico suele ser clínico, aunque muchas veces se realiza biopsia para confirmar, ya que tiene una histopatología casi patognomónica.

PALABRAS CLAVE:

PÁPULA. PRURITO. LIQUEN PLANO.

PÓSTER N° 32

CEFALEA EN PACIENTE OBESA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Rodríguez Martín, Ana María.

RESTO DE AUTORES: (1) González Carnero, Raquel; (1) Gómez Suanes, Gabriela; (1) Calero Mora, Josefa; (2) Martínez Malabía, Dolores; (3) Alonso Moreno, Francisco Javier.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico Residente. Centro de Salud Sillería. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo; (2) Enfermera. Centro de Salud Sillería. Toledo; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 20 años, sin antecedentes médicos, hábitos tóxicos ni tratamiento farmacológico, acudió a urgencias por cefalea occipital de cuatro días de evolución, pulsátil, predominio vespertino, vómitos, fotofobia, y traqueteo positivo, sin aumentar con el valsalva ni despertarle. Además presentaba diplopía horizontal que cedía al ocluir un ojo. Exploración: Temperatura 36,8° C, tensión arterial 131/73 mmHg, peso 116 kg y talla 1,74 cm (Índice masa corporal: 38,3). La exploración neuro-oftalmológica fue normal salvo por la presencia de papiledema bilateral. Análisis de sangre y orina normales. Valorada por el Neurólogo se realizó un escáner cerebral descartando la presencia de lesiones ocupantes de espacio. Ante estos hallazgos, se realizó una punción lumbar dando salida a un líquido cefalorraquídeo (LCR) claro con presión de apertura de 320 mm de agua y estudio cito-bioquímico normal. La cefalea mejoró tras la evacuación de LCR. Se diagnóstico de hipertensión intracraneal benigna idiopática (HII) o Psudotumor Cerebri, por ausencia de lesión estructural o de hidrocefalia. En tratamiento con diuréticos y dieta hiposódica, realiza seguimiento en neurología, y oftalmología con buena evolución clínica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Se debe establecer el diagnóstico diferencial entre cefaleas primarias (CP) (migrañas, cefaleas tensionales...) y secundarias (tumor cerebral, hipertensión intracraneal...). La mayoría de los pacientes que consultan por cefalea padecen CP, pero es obligatorio descartar causas secundarias si el paciente presenta datos de alarma, como en el caso: cefalea intensa de comienzo súbito con papiledema y alteraciones visuales.

DISCUSIÓN:

La cefalea es el motivo de consulta neurológica más habi-

tual, tanto en Atención Primaria como en Urgencias, lo más frecuente son las cefaleas primarias, pero es obligatorio descartar causas secundarias. La HII presenta una baja incidencia, pero debemos tenerla en cuenta debido al aumento de la obesidad en la población general en nuestro medio. Es importante el diagnóstico y tratamiento precoz para evitar alteraciones de la agudeza visual.

PALABRAS CLAVE:

CEFALEA. OBESIDAD. PSEUDOTUMOR CEREBRI.

PÓSTER N° 33

CONSECUENCIAS DE LA HIPERPOTASEMIA.

AUTORES: Navarro Elizondo, M.; Cebamano Marín, J.A.; Calahorra Gázquez, L.; Lafuente Martínez, N.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Tudela Oeste. Navarra.

OBJETIVOS:

Conocer clínica de la hiperpotasemia.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descripción de un caso clínico.

EMPLAZAMIENTO:

Urgencias.

PARTICIPANTES:

4 participantes.

MEDICIONES Y RESULTADOS:

Motivo de consulta: Erupción en tronco y extremidades. Enfermedad actual: Cardiopatía valvular, IRC, DM, ACxFA. Enfermedad actual: En triaje se objetivó bradicardia con QRS ancho (Foto 1), TA:90/65 y pérdida de conciencia sin pulso; se iniciaron maniobras de RCP con recuperación de pulso. Pruebas complementarias: Analítica: K 9 y Cr 9. Rx tórax: pérdida de volumen en hemitórax derecho con elevación del hemidiafragma. (Foto 3). Ecocardiograma transtorácico: prótesis mecánicas aórtica y mitral. Diagnóstico diferencial: GEA, causas de PCR, Hiperkalemia, IRC.

CONCLUSIONES:

La hiperpotasemia: concentración de potasio >5,0 mEq/l. Es una alteración electrolítica importante por su potencial gravedad. El potasio es un tóxico cardíaco y puede originar arritmias potencialmente letales cuya aparición no se correlaciona exactamente con los niveles plasmáticos de K. La hiperpotasemia es poco frecuente en ausencia de insuficiencia renal. Las variaciones de concentración plas-

mática de K originan cambios en el potencial transmembrana de las células de músculo esquelético y cardíaco, órganos de mayor afectación clínica. También pueden aparecer cambios a nivel renal y endocrino relacionados con las alteraciones metabólicas asociadas a la hiperpotasemia. La gravedad de la hiperpotasemia se valorará por: intensidad de los síntomas, concentración de K en sangre, alteraciones del ECG. El tratamiento dependerá de la magnitud de la hiperpotasemia, que vendrá determinada por: concentración de K en plasma, debilidad muscular asociada, cambios en el ECG.

PALABRAS CLAVE:

HYPERKALEMIA. PCR. ECG.

PÓSTER N° 34

A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍFILIS SECUNDARIA.

AUTOR PRINCIPAL: Gómez Suanes, Gabriela.

RESTO DE AUTORES: Lindo Gutarra, Mariela; Calero Mora, Josefa; Rodríguez Martín, Ana.

CENTRO DE TRABAJO: Residente de MFC. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Toledo. Toledo.

PRESENTACIÓN:

Paciente masculino de 40 años de origen sudamericano. Acude a la consulta del centro de salud por presentar lesiones blanquecinas en dorso de las manos, no pruriginosas desde hace 3 años, ha recibido tratamiento con antimicóticos y mupirocina tópicos sin mejoría.

- Antecedentes Personales: heterosexual, promiscuo. Úlcera genital sin tratamiento hace años.
- Exploración Física: máculo pápulas eritematosas blanquecinas en dorso de manos. Resto sin alteraciones.
- Pruebas Complementarias: Sífilis RPR: 1/40. Sífilis Ig M e Ig G: positivo. Serologías para HIV, hepatitis B y C negativas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Condilomas planos, pitiriasis rosada, psoriasis, pitiriasis liquenoide crónica.

DISCUSIÓN:

- Evolución: Se inició tratamiento con penicilina benzatínica 2,4 millones de UI semanales por tres dosis observándose desaparición de las lesiones progresivamente y buena evolución serológica.

La sífilis es una enfermedad infecciosa con afectación sistémica causada por el microorganismo *Treponema pallidum*, con manifestaciones clínicas muy variadas. Existen formas clínicas que en la actualidad se consi-

deran inusuales pero que se observaban comúnmente en la era preantibiótica. El diagnóstico de la sífilis exige un alto grado de sospecha y su desconocimiento contribuye a que se infradiagnostique.

- Diagnóstico final: sífilis adquirida secundaria.

PALABRAS CLAVE:

SECONDARY SYPHILIS. SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS. DIAGNOSIS.

PÓSTER Nº 35

DE LA ROTURA TENDINOSA A LA VEGETACIÓN.

AUTOR PRINCIPAL: Garcés Redondo, Guillermo.

RESTO DE AUTORES: Báez Montilla, J.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Toledo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón, 61 años. Consulta por cuadro catarral, afebril, espantos hemoptoicos. Presenta roncus y crepitantes bibasales, pautándose claritromicina y acetilcisteína. Tras 7 días mejora levemente apareciendo disnea progresiva, astenia, artralgias, disminución de diuresis y edemas tibiales.

- Antecedentes: Exfumador. Hepatopatía crónica VHC, esplenomegalia. Hemangiomas hepáticos.
- Exploración: TA y Tª normales. FC 100 lpm; FR 22 rpm; SatO2 88%. Regular estado general. Ligeramente taquicárdico. Tonos rítmicos, soplo pandiastólico. Crepitantes bilaterales hasta campos medios. Abdomen: normal. MMII: edemas bilaterales hasta 1/3 medio tibial.

Cuadro compatible con primer episodio de insuficiencia cardíaca, derivándose a urgencias.

- Pruebas Complementarias: Hemograma, coagulación, bioquímica: normales. GAB: Ph 7.46; PCO2 31; PO2: 64; HCO3: 22. SatO2: 93.

EKG: sin alteraciones. Rx Tórax: índice cardiotorácico en límite, derrame pleural bilateral con fibroatelectasias laminares basales e infiltrados pulmonares centrales que sugieren edema.

Ecocardiograma portátil: VI ligeramente dilatado, función sistólica conservada. Imagen compatible con cuerda tendinosa rota en mitral que condiciona insuficiencia moderada/severa. Insuficiencia aórtica severa. Aurícula izquierda ligeramente dilatada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Ante insuficiencia cardíaca con soplo no filiado, sin antecedentes cardiovasculares nos planteamos: Fiebre reumática, HTA no conocida, cardiopatía isquémica, miocardiopatía, endocarditis infecciosa, infección respiratoria, rotura de cuerda tendinosa valvular, valvulopatía, TEP.

DISCUSIÓN:

Ingresó en cardiología por infección respiratoria e insuficiencia cardíaca de origen valvular por probable rotura de cuerda tendinosa. Se realizó ecocardiograma transesofágico: vegetaciones en sigmoidea coronaria izquierda y mitral, compatibles con endocarditis mitro-aórtica; así, la cuerda tendinosa rota finalmente fue una vegetación. Hemocultivos positivos (S.Bovis), pautándose antibiótico.

Las etiologías más frecuentes de insuficiencia cardíaca no conocida son: cardiopatía isquémica, fiebre reumática y valvulopatía siendo la endocarditis infecciosa inhabitual. Es una infección endovascular afectando estructuras endoteliales cardíacas. La lesión inicial es una vegetación desarrollada sobre una válvula. El diagnóstico se realiza por los criterios de Duke. El S.Bovis se aísla en el 10% EI. Su complicación más frecuente es la insuficiencia cardíaca por afectación de la válvula aórtica.

- Diagnóstico Final: Endocarditis mitro-aórtica con insuficiencia cardíaca secundaria.

PALABRAS CLAVE:

BACTERIAL ENDOCARDITIS. HEART FAILURE.

PÓSTER Nº 36

PACIENTE JOVEN CON CEFALEA Y SOMNOLENCIA INTENSA.

AUTORES: Sánchez Nava, J.G; Estébanez Seco, S.; Fernández Rodríguez, O.; González Carnero, R.; Muruaga Campos, M.; Perez López, M.D.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 45 años sin antecedentes de interés que acude al centro de salud tras presentar cuadro sincopal con relajación de esfínteres, caída y trauma craneal, seguido de cefalea hemicraneal opresiva. Además presentó vómitos de contenido gástrico.

- Exploración: Palidez cutánea. TA: 160/95 mmHg. Exploración neurológica normal salvo ligera somnolencia. Se administró captopril y metamizol, persistiendo somnolencia y aumentando la cefalea, por lo que se envía a urgencias.

En el hospital, refiere cefalea muy intensa y aumento importante de somnolencia. Normotensa, constantes normales. Glasgow: 15. Exploración neurológica: Somnolencia intensa con nistagmus horizontal bilateral y la teropulsión de la marcha hacia la derecha.

Hemograma, bioquímica, Rx Tórax y ECG: sin alteraciones.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Cefalea aguda, de reciente comienzo, secundaria a:
Traumatismo craneal.
Narcolepsia.
Hemorragia intracraneal o subaracnóidea.
Crisis hipertensiva.
Migraña acompañada.
Fármacos.
Patología laberíntica.
Vértigo central periférico.

DISCUSIÓN:

Ante un paciente con cefalea aguda que no cede con tratamiento, acompañada de alteración neurológica que se deteriora progresivamente, hay que pensar como primera causa en un proceso cerebrovascular. La crisis hipertensiva inicial orientaría a una hemorragia. Por la clínica pensaríamos en una hemorragia cerebelosa.

El TAC mostró hematoma intraparenquimatoso de tálamo derecho, que desplaza línea media hacia la derecha y extensión al sistema ventricular. Con esta localización esperaríamos un cuadro de hemiparesia, afasias, nistagmus y/o alteraciones pupilares. Pero, como el tálamo es una estructura clave para la sinopsis de múltiples vías, puede aparecer sintomatología variable y extensa.

- Evolución: La paciente fue valorada por neurocirugía que desestimó la intervención. Tras 48 horas en UVI fue enviada a neurología con mejoría progresiva. Al alta, no presentaba focalidad neurológica y mantenía cefalea leve que cedía con analgesia.
- Diagnóstico Final: Hemorragia intraparenquimatosa de localización talámica, en paciente joven sin antecedentes, con cefalea secundaria.

PÓSTER Nº 37

MAREO NOCTURNO.

AUTORES: (1) González Carnero, Raquel; (1) Rodríguez Martín, Ana María; (2) Baquero Alonso, Mario; (3) Martínez Malabá, María Dolores; (4) Alonso Moreno, Francisco Javier.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico Residente. Centro de Salud Sillería. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo; (2) Servicio de Cardiología. Hospital Provincial. Toledo; (3) Enfermera. Centro de Salud Sillería. Toledo; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 81 años que consulta por episodio de mareo nocturno hacia tres días, de 15 minutos de duración, que le des-

pertó. Seguimiento por Fibrilación Auricular Paroxística (FAP) desde hace 5 años, hipertensión desde los 70 años, exfumador, y obesidad (Grado II: IMC: 32,8), en tratamiento con Espironolactona 25 mg, Losartán 100 mg, Diltiazem 120 mg y Acenocumarol. Exploración: buen estado general, asintomático, Presión arterial (PA): 180/90 mmHg (dos determinaciones) (acababa de llegar a consulta y no ha tomado la medicación), Tª: 36°C, FC: 75 lpm. Cifras de automedida de la PA (AMPA) normales. No soplos carotídeos. Auscultación cardiaca era arrítmica. Auscultación pulmonar: crepítantes bibasales de apertura, impresionaban de cronicidad. Exploración neurológica y otorrinolaringológica dentro de la normalidad. Ecocardiograma: miocardiopatía hipertensiva con fracción de eyección normal realizado 1 año antes. ECG donde objetivamos algunas ondas P de distinta morfología, que pudimos contrastar con el Servicio de Cardiología.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Nuestro paciente parecía presentar un cuadro de etiología cardiovascular, dada la exploración anodina de las áreas neurológica y otorrinolaringológica. La patología de base del paciente nos hizo centrarnos en las causas cardiovasculares, principalmente en una arritmia, el ECG nos hizo plantearnos el diagnóstico diferencial:

1. Taquicardia auricular multifocal (TAM).
2. Bloqueo auriculoventricular de tercer grado.
3. Racha de Trigeminismo Supraventricular.
4. FAP.

DISCUSIÓN:

La TAM se presenta en el ECG con un mínimo de tres ondas P diferentes a una onda P normal, y a diferentes frecuencias. Se suele asociar a patología pulmonar crónica. Nuestro paciente había sido fumador y presentaba procesos de hiperreactividad bronquial en invierno.

Se trata de un mareo de origen inespecífico en paciente hipertenso diagnosticado de FAP, que presenta en ECG una TAM. Se recomendó seguir con la pauta de antihipertensivos y anticoagulantes como venía realizando con especial cuidado de controlar la PA.

PALABRAS CLAVE:

MAREO. ARRITMIAS. ATENCIÓN PRIMARIA.

PÓSTER Nº 38

EXTRAPIRAMIDALISMO EN EL ANCIANO: ¿ALGO MÁS QUE ENFERMEDAD DE PARKINSON?

AUTOR PRINCIPAL: (1) Villena Zálvez, María Emilia.

RESTO DE AUTORES: (2) Latic Talic, E; (2) Martínez Pardo, I.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Zona V-B. Albacete; (2) Centro de Salud Zona VIII. Albacete.

PRESENTACIÓN:

Mujer, 67 años, HTA, Diabetes Mellitus y trastorno bipolar de 36 años de evolución sin control en los tres últimos. En tratamiento con Litio, Olanzapina, Irbesartán, Antidiabéticos orales e Insulina. En el último mes inicia tratamiento con carbidopa por sospecha de Enfermedad de Parkinson. La paciente acudió a urgencias por disminución del nivel de conciencia, bradipsiquia, temblor de reposo y rigidez generalizada de 48h de evolución.

- Exploración física: Tª: 37°C. Desviación oculocefálica hacia la derecha, temblor de reposo de predominio derecho, rigidez generalizada, hipertonia e hiperreflexia. Resto de exploración anodina.
- Pruebas complementarias: Hemoglobina 11.2 mg/dl, Hematocrito 35.2%, Leucocitos 13530 (79.7% Neutrófilos), Glucosa 187mg/dl, Na 138mmol/L, K 5.6mmol/L, función renal normal. GAB: pH 7.34, pO2 82.4 mmHg, pCO2 37.6 mmHg, HCO3 19.7 mmol/L, Sat O2: 96%. ECG: Ritmo sinusal a 75 lpm, QT normal, descenso de PR. Radiografía Tórax: índice cardiotorácico en límites altos de normalidad sin otras alteraciones. Litemia: 2.7mEq/l.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Hipoglucemia, hipotiroidismo, tirotoxicosis, alteraciones hidroelectrolíticas, parkinsonismo primario o farmacológico, proceso infeccioso, status epiléptico, síndrome neuroléptico maligno, intoxicación por litio.

DISCUSIÓN:

La paciente fue ingresada en UCI donde se realiza diálisis durante 9 horas, tras la cual persiste clínica de temblor y rigidez aunque la litemia ya es normal. Veinticuatro horas después es trasladada a Medicina Interna donde finalmente presentó mejoría de la rigidez y temblor. El diagnóstico final fue intoxicación por litio. Debemos tener presente este diagnóstico ante todo paciente en tratamiento con Litio que presente clínica neurológica compatible y factores que puedan aumentar la toxicidad por litio como diabetes mellitus, tratamiento de larga evolución, ausencia de controles, dieta hiposódica o determinados fármacos. Es importante revisar periódicamente la medicación y las posibles interacciones en pacientes polimedicados para prevenir iatrogenia.

PALABRAS CLAVE:

LITIO. ENFERMEDAD DE PARKINSON SECUNDARIA. TOXICIDAD DE MEDICAMENTOS.

PÓSTER N° 39

CUIDADO CON LAS CERVICALGIAS.

AUTOR PRINCIPAL: Sánchez Oropesa, Arancha.

RESTO DE AUTORES: González Carnero, R.; Hernández Moreno, J.; Fernández Rodríguez, O.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo.

PRESENTACION DEL CASO:

Mujer de 43 años que consulta por dolor en región anterior del cuello de varios días de evolución, acompañado de febrícula, pérdida de 3 kg de peso, sin otra sintomatología.

- Antecedentes personales. Hernia de hiato, cólicos nefríticos, cervicalgias, Safenectomía derecha.
- Exploración física. TA 150/96, FC 68. Bocio difuso. Resto normal.

Análítica. Sistemático de sangre normal con Velocidad de sedimentación globular (VSG) 62, bioquímica normal, TSH (0.01), T4L (2.9).

Ecografía de tiroides. Aumento asimétrico de la glándula tiroidea a expensas de LTD, identificándose nódulo tiroideo hipoecogénico de contornos mal definidos en tercio medio de LTD, con vascularización periférica. Además otros tres nódulos hiperecogénicos en el resto del parénquima tiroideo. No adenopatías.

PAAF. Hematíes y escasas células foliculares sin atipias. Análítica a las 7 semanas. Sistemático normal incluido VSG, bioquímica normal. TSH aumentada con T4L normal. Tiroglobulina, anticuerpos antitiroglobulina, anticuerpos antiperoxidasa, anticuerpos antireceptor de TSH negativos.

Análítica a los 8 meses. Normal, incluida función tiroidea.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Ante el caso que se nos presenta tenemos que plantear un diagnóstico diferencial con aquellas patologías que cursen con bocio, hipertiroidismo transitorio en una mujer de mediana edad.

Tiroiditis subaguda, subaguda no purulenta, de De Quervain, granulomatosa, o vírica.

Tiroiditis aguda bacteriana.

Tiroiditis de Hashimoto.

Carcinoma de tiroides.

DISCUSIÓN:

Paciente de 43 años, con bocio doloroso, febrícula, VSG aumentada, hipertiroidismo 7 semanas, hipotiroidismo, eutiroidismo. La única medicación que se puso fueron Antiinflamatorios.

Estamos ante una tiroiditis subaguda de De Quervain. Se caracteriza por afectar a mujeres de edad media, etiología vírica, bocio doloroso acompañado de dolor cervical y febrícula. Cursa con hipertiroidismo debido a lisis celular, seguido de hipotiroidismo debido a regeneración de tejido tiroideo para después normalizarse la función tiroidea. VSG aumentada, anticuerpos negativos.

Se trata con aspirina a dosis altas o Antiinflamatorios, si

fracasa se dan corticoides y síntomas molestos de hipertiroidismo. Bloqueantes, no anti-tiroideos debido a siopatología

PALABRAS CLAVES:

HIPERTIROIDISMO. TIROIDITIS. DOLOR DE CUELLO.

PÓSTER N° 40

A PROPÓSITO DE UN CASO...ASTENIA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) De Arriba Muñoz, Leonor.

RESTO DE AUTORES: (1) Berrocoso Martínez, Alberto; (1) Bernaldo De Quirós Lorenzana, Rodrigo; (2) Cano Martín, Luis Miguel; (3) González González, Jaime.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud de Santa María de Benquerencia. Toledo; (2) Centro de Salud de Mena-salbas. Toledo; (3) Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

- Historia Clínica: Varón de 31 años que comienza de forma súbita con astenia, diarrea líquida, cefalea de localización occipital y febrícula termometrada. Tras varios días la astenia aumenta acompañándose de anorexia, pérdida de 12 kilos en 15 días, artromialgias, orina colúrica y disnea de mínimos esfuerzos, hasta hacerse de reposo, por lo cual acude al servicio de urgencias hospitalaria.
- Antecedentes Personales: Varicela en 2002, Epstein Barr en 2008 y Herpangina en 2009. Asma extrínseco.
- Exploración Física: TA 110/65, fc 110 lpm, SAT 02 99%, taquipnea. ABDOMEN: hepatoesplenomegalia. Resto de la exploración normal.
- Pruebas Complementarias: analítica, radiografía de tórax y electro. Los resultados son normales salvo: PCR 34, GPT 88, GOT 83, 10.5 LEUCOS CON 66% DE LINFOCITOS. En el electro taquicardia sinusal. Se da de alta con diagnóstico de VIRIASIS y tratamiento con Paracetamol.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Mononucleosis infecciosa, Epstein Barr, Hepatitis subclínica, Citomegalovirus (CMV).

- Evolución: Al día siguiente, acude a su Centro de Salud por empeoramiento de su estado y se realiza analítica incluyendo serologías: BB 1.20, BIL. DTA 0.36, GOT 68, GPT 79, GGT 90, FA 140, FACTOR REUMATOIDE 23, FERRITINA 497, LEUCOS 8.6 CON 66 % DE LINFOCITOS (linfocitos heterogéneos con atipias, cianófilos y reactivos); CITOMEGALOVIRUS POSITIVO (Ig M 2.57); ECO ABDOMINAL: esplenomegalia de 20 cm; ECOCARDIO: compatible con la normalidad, no descarta miocar-

ditis previa. Se recomienda al paciente continuar con el mismo tratamiento. Al mes, persiste mucha astenia, imposibilidad de pasear sin presentar disnea y mal estado general, derivándose a Medicina Interna, le reexploran y solicitan analítica: ACTH 101.2, CORTISOL BASAL 23.3, CITOMEGALOVIRUS: IgM 1.92 y TAC TORACO-ABDOMINAL: ESPLENOMEGALIA.

- Diagnóstico: CITOMEGALOVIRUS CON INSUFICIENCIA SUPRARRENAL SECUNDARIA.

DISCUSIÓN:

El citomegalovirus, de la familia de los herpesviridae. Produce infecciones persistentes. Cuando se manifiesta, es similar a la mononucleosis infecciosa por Epstein Barr. El diagnóstico es mediante el Test de Torch y técnicas de ELISA para los anticuerpos del CMV. El tratamiento antiviral no es necesario en pacientes inmunocompetentes.

PÓSTER N° 41

ABSCESO CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN DE SINUSITIS AGUDA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Gómez Suanes, Gabriela.

RESTO DE AUTORES: (1) Lindo Gutarra, Mariela; (1) Calero Mora, Josefa; (1) Rodríguez Martín, Ana; (2) Alonso Moreno, Francisco Javier.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Residente de MFC. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Toledo; (2) Médico de familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

PRESENTACIÓN:

Varón, 25 años. Acude a urgencias por síncope con pérdida de conocimiento, rigidez generalizada y relajación de esfínteres. Desde hace 2 semanas cefalea frontal opresiva (diferente a migraña); diagnosticado de sinusitis recibe tratamiento con moxifloxacino y luego con cefditoreno. Episodio de ptosis palpebral que remite espontáneamente en días previos.

- Antecedentes Personales: consumidor de cocaína y marihuana, niega consumo de drogas parenterales. Brote psicótico. Tratamiento con olanzapina. Migraña.
- Exploración Física: constantes normales. Consciente, tendencia a la somnolencia. Resto sin hallazgos.
- Pruebas Complementarias: analítica: leucocitosis (GB: 18.000) con desviación izquierda (Neutrófilos 93.5%). Resto normal. TAC craneal: masa sugestiva de absceso cerebral frontal derecho con ocupación del seno frontal y celdillas etmoidales anteriores.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Se plantea crisis comicial y/o síncope por la pérdida de conciencia. El síncope no cursa con rigidez (crisis tónica),

relajación de esfínteres ni período postcrítico. La alteración del nivel de conciencia puede deberse también a traumatismo craneal o intoxicación aguda por drogas. Pueden ocasionar una crisis comicial las infecciones del SNC como meningitis o absceso cerebral (por focos supurativos contiguos (sinusitis) o vía hematológica desde focos a distancia). El antecedente de brote psicótico no parece de interés al no presentar delirios, alucinaciones ni cambios conductuales.

DISCUSIÓN:

- Evolución: se realiza craneotomía frontal derecha y evacuación de la lesión, detectándose streptococcus mitis en el cultivo e iniciándose tratamiento específico con evolución favorable.

El absceso cerebral es una complicación de las sinusitis por mecanismo de contigüidad (causan el 50% de los mismos). El síntoma más frecuente es la cefalea. Predominan los síntomas de hipertensión endocraneal sobre los signos sistémicos de infección. Pocos pacientes presentan la tríada: fiebre, cefalea y déficit neurológicos focales. Suele haber disminución del estado de conciencia, y raramente rigidez de nuca y edema de papila.

- Diagnóstico Final: Crisis comicial. Pansinusitis complicada. Absceso cerebral frontal derecho.

PALABRAS CLAVE:

BRAIN ABSCESS. SINUSITIS. SEIZURE.

PÓSTER N° 42

VARÓN CON TROMBOSIS VENOSA OCULAR, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CARCINOMA RENAL: ¿SÍNDROME PARANEOPLÁSICO Y HTA SECUNDARIA AL TUMOR RENAL?

AUTOR PRINCIPAL: (1) Gallardo Chavarino, Antonio.

RESTO DE AUTORES: (2) Pérez Mena, M^a.P.; (2) Rodríguez Castro, V.; (3) Ramírez Velasco, M^a.A.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico de Familia. E.A.P. Piedrabuena. Ciudad Real; (2) MIR de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente de Ciudad Real; (3) Enfermera E.A.P. Piedrabuena. Ciudad Real.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Presentamos el caso de un varón de 47 años que en el transcurso de 6 meses desarrolla sucesivamente una trombosis venosa temporal inferior en su ojo izquierdo, una hipertensión arterial y un carcinoma renal.

- Antecedentes Personales: Sin interés. No hipertensión arterial previa ni factores de riesgo cardiovascular.
- Enfermedad Actual: Paciente que presenta ceguera súbita en el ojo izquierdo y que tras valoración oftalmológica

es diagnosticado de trombosis de la vena retiniana temporal inferior.

Con este informe de alta hospitalaria, acude a nuestra consulta, en la cual iniciamos estudio de factores de riesgo vascular. Se solicita analítica (incluida coagulación), electrocardiograma y se miden constantes. El resultado de los primeros está dentro de los límites normales, excepto hipercolesterolemia y aparece una tensión arterial, medida en 3 ocasiones sucesivas, superior a 140/90. Se inicia tratamiento con enalapril y estatina y se deriva a cardiología para estudio y ecocardiografía. El resultado se consideró dentro de la normalidad.

- Evolución: 3 meses después de iniciarse este proceso, el paciente aqueja en consulta, lumbalgia de características mecánicas que se trató con analgesia y miorrelajantes. En una segunda consulta por este motivo el paciente refiere "que la lumbalgia se alivia cuando orina". Se hace ecografía en consulta y ante la presencia de tumoración quística mixta de 12 cm. renal izquierda se remite para ecografía y TAC al hospital. Ambos confirman la tumoración y hacen sospechar carcinoma renal. Al mes es operado, extirpando riñón con anatomía patológica que confirma el diagnóstico. Tras la operación y hasta la fecha de hoy el paciente está normotenso.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y DISCUSIÓN:

Ante esta sucesión de hechos clínicos nos planteamos que el tumor renal haya sido el causante de la trombosis venosa –descrita en la literatura como síndrome paranoplasico- y de la hipertensión arterial "secundaria", que desaparece tras la extirpación.

PALABRAS CLAVE:

CARCINOMA RENAL. HIPERTENSIÓN ARTERIAL. SÍNDROME PARANEOPLÁSICO. TROMBOSIS VENOSA.

PÓSTER N° 43

CASOS CON DIAGNÓSTICO FINAL INESPERADO.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Granda Barrena, Carmen V.

AUTORES: (1) Tapiador Fernández, J.T.; (2) Álvarez Prado, A.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Médico residente de Familia 4º año. Ciudad Real; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Real 1. Ciudad Real.

OBJETIVOS:

Considerar posibles complicaciones determinados casos aparentemente no complicados.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descripción dos casos clínicos.

EMPLAZAMIENTO:

Equipo Atención Primaria. Centro Salud Urbano.

PARTICIPANTES:

Paciente con politraumatismo y paciente con herida glúteo.

PRESENTACIÓN CASOS:

- Historia clínica: Caso1-Varón 50 años arrollado por toro en otra provincia atendido allí en hospital, diagnóstico politraumatismo, radiografías normales según informe. Caso2-Varón 10 años sufre herida incisocontusa glúteo derecho tras caída, valorada y suturada urgencias centro salud otra región.
- Antecedentes personales: En ambos casos sin interés.
- Exploración física: Caso1-Atendido domicilio días después presenta dolor cervicodorsal, hematoma costal en resolución, sin más clínica. Caso2- Consulta por mala evolución herida de días previos con tumefacción dolorosa alrededor herida, sugiere absceso.
- Pruebas complementarias: Caso1-Radiografía: Luxación vértebras cervicales 6ª y 7ª (C6-C7). Tomografía computerizada (TC): Luxación C6-C7, desplazamiento posterior C7 30-40%, pequeño fragmento óseo anterior a C7. Caso2-Ecografía: Imagen lineal glúteo mayor hasta sacro, hematoma circundante. Radiografía: Hoja metálica cuchillo superpuesto pelvis derecha.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Caso1-Compresión nerviosa extremidades superiores. Caso2-Infecciones piel y celular subcutáneo.

DISCUSIÓN:

- Evolución: Caso1-Mejoría cervicodorsalgia, aparición parestesias pulpejos dedos al mes accidente haciéndose radiografía, con derivación hospital donde se hace TC y opera con evolución favorable al alta. Caso2-Inicia antibiótico y se deriva hospital para ecografía urgencias y radiografía que confirma diagnóstico, traumatología extrae cuerpo extraño, buena evolución postoperatoria.
- Diagnóstico final: Caso1-Luxación C6-C7. Caso2-Herida glúteo accidental por arma blanca complicada, con cuerpo extraño dentro.

CONCLUSIONES:

Cuando mecanismo producción no aclarado, sospecha alta energía, valoración inicial en otros centros o no posible acceder a pruebas realizadas, exploración física dudosa, evolución tórpida o no concuerda, tener presente reevaluación exploración física y rentabilidad exploraciones complementarias sencillas a nuestro alcance.

PALABRAS CLAVE:

REEVALUACIÓN. LUXACIÓN. HERIDA.

PÓSTER N° 44

¿QUÉ PUEDE ESCONDER UNA CRISIS COMICIAL?

AUTORES: (1) Sánchez Nava, G.; (2) Moreno García, F.; (3) Alejandro Lázaro, G.; (4) Moral Troya, J.A.; (5) Méndez Pérez, C.L.; (2) Fernández Rodríguez, O.

CENTRO DE TRABAJO: (1) R3 de Medicina de Familia y Comunitaria. Unidad Docente de Toledo; (2) Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Toledo; (3) Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo; (4) Enfermero de Familia. E.A.P. Polán. Toledo; (5) Médico de Familia. E.A.P. Polán. Toledo.

PRESENTACIÓN CASO:

Varón de 54 años. Antecedentes personales: infarto agudo de miocardio (IAM) en 1989 con 33 años, dislipemia y tabaquismo 20 cig/día. Tratamiento: mononitrato de isosorbida oral 20 mg/día, ácido acetilsalicílico 300 mg/día, atorvastatina 80 mg/día. Ninguna adhesión al tratamiento.

Avisan al domicilio por pérdida de nivel de conciencia, con contracciones tónicas en brazos y relajación de esfínteres. Exploración: glucemia capilar 166 mg/dl, TA 85/50 mmHg, FC 63 lpm, SO_2 98%, estuporoso, AC rítmico. Durante la exploración presenta nueva pérdida de conciencia con desaturación (SO_2 75%) que obliga a soporte ventilatorio con Guedel y oxigenoterapia, además se administra diazepam i.v.. Dicho tratamiento permitió remontar al paciente. En la reevaluación arritmia con fases de taquicardia/bradicardia. Se derivó a urgencias para completar estudio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Pérdida de conciencia en posible relación con epilepsia no filiada, arritmia con bajo gasto o isquemia cerebral transitoria (AIT) por embolismo. Al no disponer de EKG portátil no se pudo evaluar una posible isquemia miocárdica dados sus antecedentes.

DISCUSIÓN:

En urgencias se realizó EKG: Q en cara inferior, infradesnivelación del ST en V_4 - V_6 . Bioquímica: CPK 204 mU/dl, troponina 2,38. TAC craneal normal. Ecocardiograma: FE 40%, aneurisma inferior, aquinesia inferoposteriorbasal extensa. Cateterismo: enfermedad severa de DA media, bisectriz, OM2, CD con oclusión completa de circunfleja media, FEVI 20%. Ante enfermedad severa de 3 vasos se realizó revascularización quirúrgica.

Este caso muestra la importancia que en Atención Primaria tiene la realización de una adecuada historia clínica: tener los antecedentes personales y una reevaluación clínica adecuada ante cambios del estado del paciente, nos permitió sospechar un cuadro clínico distinto (IAM) al que en principio sospechamos (epilepsia/AIT). Además nos recuerda que las patologías no siempre aparecen con cuadros clínicos típicos y debemos considerar toda la información global que tenemos del paciente antes de emitir una sospecha diagnóstica.

PALABRAS CLAVE:

HISTORIA CLÍNICA. EPILEPSIA. ARRITMIA CARDIACA. SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

PÓSTER Nº 45

DOCTORA, VENGO A POR RECETAS.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Rodríguez Macías, Belén.

RESTO DE AUTORES: (2) De Castro Mesa, C.

CENTRO DE TRABAJO: (1) M.I.R. de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Toledo; (2) Médico de Familia. E.A.P. Santa. María de Benquerencia. Toledo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer, 46 años. Acude a consulta a por recetas de omeprazol. Ha acudido varias veces y apreciamos que está más delgada. Confirma, contenta, pérdida de 10 Kg en 1,5 meses, sin dieta, lo achaca a gastroenteritis pasada. Revisando su historia vemos epigastralgia hace 2 meses, con exploración normal salvo dolor a la palpación de epigastrio. Pautamos omeprazol y recomendamos volver para ver respuesta.

- AP: hábito tabáquico, hipercolesterolemia, ansiedad, protusiones discales y espondilolistesis. Tto habitual: Atorvastatina, Escitalopram y AINES.

Ante la pérdida de peso con exploración anodina se solicitó hemograma con bioquímica completa, proteínas totales, albúmina, iones, calcio y fósforo, enzimas hepáticas, fosfatasa alcalina, perfil tiroideo, perfil férrico y marcadores tumorales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Pérdida de peso sin reducción de ingesta, a descartar enfermedad digestiva, endocrino-metabólica, psiquiátrica o síndrome constitucional asociado a neoplasia, entre otras causas.

DISCUSIÓN:

Por analítica se diagnosticó anemia de trastornos crónicos, con alteración de marcadores tumorales. Ante esto nos planteamos la presencia de neoplasia tras la pérdida involuntaria de peso. Se solicitó radiografía de tórax apreciándose masa pulmonar con atelectasia en LSD. Se ingresó y en TAC apareció masa hilar derecha, atelectasia completa de LSD y parcial de LMD, adenopatías mediastínicas paratraqueales bilaterales. La fibroscopia mostró adenocarcinoma broncogénico hilar derecho con atelectasia en LSD y LMD.

La pérdida de peso se considera significativa si es > 5 Kg o al 5% del peso basal en un período de 6-12 meses. Aparece por desequilibrio entre ingesta y gasto: aumento

del gasto con ingesta normal/elevada (malabsorción, DM, tirotoxicosis, feocromocitoma) o anorexia (etiología variada siendo fundamental el despistaje del cáncer). Para estudiarla se realizarán pruebas dependientes de la historia: inicialmente unas generales, ampliando según proceda.

Queremos resaltar el papel del médico de familia, que por cercanía y conocimiento del paciente, puede ir "más allá" del motivo de consulta, muchas veces tan "banal" como ir a por recetas, valorar problemas que los propios pacientes no consideraban importantes. Cabe preguntarse cuánto habría tardado la paciente en ir al médico si no hubiera ido a por recetas.

PÓSTER Nº 46

SE ME VA LA VIDA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Ponce García, Isabel.

RESTO DE AUTORES: (1) Monedero La Orden, Josefina; (2) Martínez Ramírez, Miriam; (1) López Abril, Juan; (2) Villena Ferrer, Alejandro.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Zona III. Albacete; (2) Centro de Salud Zona V-B. Albacete.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

- Motivo de consulta: Dolor lumbar.
- Antecedentes personales: Intolerancia a escopolamina. Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo dos. Obesidad. Bebedor 10 UBE. Síndrome de apnea obstructiva del sueño. Cólicos renoureterales. Herniorrafia inguinal. Tratamiento: Insulina detemir 20-0-20UI y Indometacina 275mg/24h.
- Enfermedad actual: Varón 63 años con lumbalgia mecánica derecha de 10 meses. Diagnosticado por Reumatología de Espondiloartrosis e hiperostosis esquelética difusa. Hace 3 meses, cólico renoureteral con expulsión de cálculo. En el último mes presenta dolor continuo, que cede parcialmente con antiinflamatorios, epigastralgia ocasional acompañada de saciedad precoz, alternancia de heces y síndrome constitucional. Tristeza y sentimiento de que "se le va la vida".
- Exploración física: Palidez cutánea. Facies triste. Índice masa corporal 30,29 kg/m². Presión arterial 140/80mmHg. Dolor a la palpación en epigastrio y mesogastrio, resto normal.
- Pruebas complementarias: Analítica: glucosa 214, HbA1C 7,1. Pruebas hepáticas normales con GGT 69. Ferrocínica normal excepto hierro 41. TSH 3.71. PSA 1.23. Orina normal. Hemoglobina 12.4, hematocrito 38,2 con VCM y HCM normal. Fórmula normal. VSG 8.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

El síntoma guía es lumbalgia mecánica, pero dada la mala evolución y aparición de síndrome constitucional, nos replanteamos nuestro síntoma/signo guía. Las patologías a tener en cuenta son un mal control metabólico de DM, neoplasias gastrointestinales y pancreáticas, gastritis por *Helicobacter pylori*, gastroparesia, enfermedad inflamatoria intestinal y depresión. Otras posibilidades pueden ser razonablemente descartadas clínica y analíticamente.

DISCUSIÓN:

- Evolución: Se solicita ecografía abdominal, gastroscopia preferente y perfiles de glucemia.
La ecografía abdominal informa de masa heterogénea en páncreas, que al no precisar su organodependencia se realiza TAC, que describe masa mal delimitada de 5.5 cm en cabeza pancreática.
El paciente ingresa para estudio de extensión. Se realiza analítica con CA 19.9 y gastroscopia normal. AngioTAC con tumoración pancreática e infiltración de mesenterio, arteria y vena mesentérica, adenopatías y tercera porción duodenal.
- Diagnóstico final: Carcinoma localmente avanzado de páncreas en tratamiento quimioterápico.

PÓSTER N° 47

DORSOLUMBALGIA DE APARICIÓN CAMBIANTE.

AUTOR PRINCIPAL: Casas Mena, C.

RESTO DE AUTORES: Ballesteros Villar, J.; Rodríguez Arrebola, M.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud de Barataria. Puertollano. Ciudad Real.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

- Historia Clínica: Mujer de 65 años que consulta por dolor en costado derecho que aumenta con los movimientos y con ciertas posturas. 1 mes después, acude con dolor lumbar agudo con irradiación a la pierna izquierda.
- Antecedentes Personales: Hipertensión arterial, dislipemia, herniorrafia inguinal bilateral e histerectomía total con doble anexectomía.
- Exploración Física: Dolor a la palpación en costado, cardiorrespiratorio y abdomen normal.
En la 2ª visita destaca Lasegue positivo.
- Pruebas Complementarias: Rx lumbosacra: espondiloartrosis, aplastamiento L4. Rx cráneo: imagen en sal y pimienta.
Analítica; 11,3 gr de Hemoglobina, GOT 48, VSG 91 mm, proteínas totales: 10,6 gr/dl (6,5-8,0). En proteinograma: gammapatía monoclonal con fracción corres-

pondiente a 43%. Inmunoelectroforesis: gammapatía tipo Ig G y cadenas ligeras kappa.

RMN lumbosacra: Aplastamiento-fractura L4 con deformidad de muro posterior que condiciona importante estenosis de canal con compromiso radicular muy significativo. Efecto masa de partes blandas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Fibromialgia, polimialgia reumática, artropatías inflamatorias (artritis reumatoide, seronegativas), conectivopatías, infecciones, trastornos metabólicos (osteoporosis, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo), miopatías, enfermedad de Paget, tumores hematológicos, metástasis y causas psicógenas.

DISCUSIÓN:

Tras diagnóstico de mieloma múltiple, la paciente recibió ciclos de radioterapia. Posteriormente, ha seguido tratamiento con melfalán, prednisona, ácido alendrónico semanal, calcio y vitamina D.

En la evolución ha presentado una mejoría clínica (del estado general y del dolor). En la analítica hay disminución del componente monoclonal (ahora del 4%).

Ante la aparición de dolores osteomusculares de localización cambiante hay que sospechar una posible enfermedad de base. Entre ellas pensar en un mieloma múltiple, lo cual requeriría un estudio inicial con una radiografía simple y una analítica con hemograma, VSG y proteinograma.

PALABRAS CLAVES:

MIELOMA. GAMMAPATÍA. OSTEOMUSCULAR.

KEYWORDS:

MULTIPLE MYELOMA. PARAPROTEINEMIAS. MUSCULOSKELETAL SYSTEM.

PÓSTER N° 48

SÍNCOPES DE REPETICIÓN EN PACIENTE EPOC.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Figueroa Carrasco, Gloria.

RESTO DE AUTORES: (2) Machín Lázaro, José Manuel; (1) Retuerta García, Dolores; (2) Abejón López Laura; (1) García Loaiza, Juan Esteban.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Cervantes. Guadalajara; (2) Servicio de Medicina Interna. Hospital de Guadalajara.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 80 años, sin factores de riesgo cardiovasculares, exfumador con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) con LCFA (Limitación Crónica del Flujo

Aéreo) moderada y nódulo pulmonar sin cambios radiológicos en los últimos 4 años. En tratamiento con: broncodilatadores. No ha precisado oxigenoterapia.

Acude por cuadro de aumento progresivo de su disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos en los últimos 3 días. Reinterrogando relata en los últimos 3 meses, síncope de repetición coincidiendo con accesos de tos, disfagia para líquidos y sensación de cuerpo extraño en tráquea.

- Exploración Física: Hábito de bronquítico crónico. Durante la exploración se objetiva episodio sincopal con acceso de tos precedido de estridor inspiratorio. A la auscultación pulmonar presenta roncus y sibilantes bilaterales con espiración alargada. La analítica sin hallazgos significativos. En la radiografía de tórax destaca atrapamiento aéreo, con aumento del diámetro de la tráquea y bronquios principales. Electrocardiograma en ritmo sinusal con datos de sobrecarga derecha. TAC torácico: bronquiectasias LSD (Lóbulo Superior Derecho). En LM (Lóbulo Medio) atelectasia cicatricial parcial con leve dilatación bronquial. Nódulo de 8 mm en LSD. El esofagograma fue normal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial de síncope en EPOC incluye: patología cardiovascular, coronaria y cerebral, arritmias, hemorragias, tromboembolismo pulmonar, y lesiones estructurales en vía aérea, entre otras patologías.

DISCUSIÓN:

Se realiza broncoscopia que objetiva un colapso mayor de 70% de tráquea y bronquios principales con la tos. Por tanto, se trata de síncope tusígeno secundario a traqueobroncomalacia en el contexto de una EPOC. Se prescribe CPAP (presión positiva continua en la vía aérea, siglas en inglés) nocturna con mascarilla nasal sin repetirse los síncope.

PÓSTER Nº 49

CALCULADORAS MÉDICAS, UNA AYUDA EN NUESTRA CONSULTA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Esquivias Campos, M.A.

RESTO DE AUTORES: (2) Álvarez Galán, M.C.; (3) Monzón Caminos, G.T.; (1) Blanco Paños, J.L.

CENTRO DE TRABAJO: (1) Centro de Salud Zona 1. Albacete; (2) Hospital General de Villarrobledo. Albacete; (3) Médico Interno Residente 1er. Año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 1. Albacete.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 60 años acude a consulta programada de Atención Primaria para control de factores de riesgo cardiovascular.

- Antecedentes Personales: No fuma. IMC 31,04. HTA. DM 2. Fibrilación auricular (FA). DLP. IAM en 2002 con colocación de by-pass. Medicación: telmisartan, amlodipino, carvedilol, furosemida, digoxina, atorvastatina, adiro 100, sitagliptina/meformina, Sintrom 4m, omeprazol. Sedentarismo. Comprobado incumplimiento terapéutico.

- Exploración Física: TA 169/107 mmHg, FC 80 lpm, satO₂ 94%, perímetro abdominal 107 cm. Exploración normal

- Pruebas Complementarias: Hematimetría normal. Bioquímica: glucosa 96 mg/dl, HbA_{1c} 7.8, creatinina 1.6, urea 45, sin microalbuminuria, electrolitos y función hepática normales, colesterol total 112, HDL 36, LDL, TG 120, proteínas totales 7,3 (albúmina 4,7) TSH 3.03, PSA 0.77.

RX torax normal. ECG: FA a 60 lpm, elevación ST 1 mm en II (IAM previo).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Probable afectación renal en paciente HTA. DM2. DLP. Obesidad abdominal. Sedentarismo. Cardiopatía isquémica crónica.

DISCUSIÓN:

En nuestra consulta hemos tomado contacto, de momento, con un número limitado de calculadoras médicas. Permiten conocer parámetros clínicos antes difíciles de valorar y, decidir en base a estos, el mantener o cambiar medidas terapéuticas aplicadas en nuestros pacientes.

Las nuevas fórmulas derivadas del estudio Modification of Diet in Renal Disease (MDRD), permiten calcular el FG (fórmula de Levey, MDRD-7), en base a la determinación de creatinina plasmática en función de la edad, el sexo, albúmina, urea y la raza.

En este caso, la FG obtenida fue 44,29 ml/min/1,73m².

- Diagnóstico Final: Disminución moderada de FG, insuficiencia renal.

Suspendemos metformina/sitagliptina, iniciamos vildagliptina y pioglitazona derivamos a Nefrología quienes conjuntamente con Endocrino deciden iniciar insulínización.

La evaluación renal no debe basarse únicamente en resultados de las cifras de creatinina plasmática que, habitualmente consideradas en el rango de la normalidad pueden infravalorar la gravedad del deterioro renal ocasionado por el envejecimiento y las enfermedades que sufra el paciente.

PALABRAS CLAVE:

GLOMERULAR FILTRATION RATE. CALCULATORS, PROGRAMMABLE. PRIMARY HEALTH CARE.



SECRETARIA TÉCNICA

MUNDICONGRES, S.L.
C/ Iturbe, 5 - 3º B - 28028. Madrid.
Tel.- 91 411 6996. Fax.- 91 557 2175
mundicongres@mundicongres.com www.mundicongres.com
www.xicongresoatencionprimariaclm.com