

medicinageneral

Junio 2006 Nº 85 Extraordinario - Segunda época

Edición extraordinaria

XIII Congreso Nacional VII Internacional de la Medicina General Española

ORGANIZA



SOCIEDAD ESPAÑOLA
de MEDICINA GENERAL

OFICINA CENTRAL: MADRID
DISCIPULOS: BOGOTÁ, MÉXICO



SOCIEDAD ESPAÑOLA de MEDICINA GENERAL

Número especial donde se recogen las aportaciones de los participantes en las Mesas de Debate, de Controversia, Iberoamericana, Cultural, en los Debates con el Experto en..., Talleres y Evaluación Sistematizada en Patologías Prevalentes, así como comunicaciones y entrevistas a los miembros de la organización.

Valencia, del 14 al 17 de junio de 2006

EXPOSICIÓN



ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA
de MEDICINA GENERAL



SOCIEDAD COLOMBIANA
de MEDICINA GENERAL



ASOCIACIÓN MEXICANA
de MEDICINA GENERAL



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
de MEDICINA GENERAL



ASOCIACIÓN NACIONAL
de MEDICINA GENERAL



UNIÓN IBEROAMERICANA
de MEDICINA GENERAL

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA GENERAL

ELIPE CALA ALBERCA, TONÀ

349**Comités**

- 349 Comité de Honor
- 349 Comité de Congresos
- 350 Comité Organizador
- 350 Comité Científico
- 351 Junta Directiva

351**Objetivos Generales****352****Entrevistas**

- 352 Dr. José Manuel Solla, Presidente de la SEMG
- 356 Dr. Ángel Fernández-Cañadas Presidente del Comité Organizador
- 358 Dr. Javier Amorós, Presidenta del Comité Científico
- 360 Dr. Benjamín Abarca, Miembro Comité de Congresos
- 364 Dra. Mercedes Otero, Miembro Comité de Congresos
- 366 Dr. Juan Antonio Trigueros Carrero, Miembro Comité de Congresos
- 368 D. Manuel Martínez, Miembro Comité de Congresos

374**Mesas de Debate****396****Debates con el Experto en...****402****Evaluación Sistematizada
en Patologías Prevalentes****Talleres****416****Comunicaciones**

Comité de Honor

Presidencia

Excma. Sra. Ministra de Sanidad
D^ª. Elena Salgado Méndez

Miembros

Excmo. Sr. Presidente de la Generalitat Valenciana
D. Francisco Camps Ortiz

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad
D. Vicente Rambla Momplet

Excma. Sra. Alcaldesa de Valencia
D^ª. Rita Barberá Nolla

Ilmo. Sr. Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España
D. Isacio Sigüero Zurdo

Ilmo. Sr. Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Valencia
D. Vicente Alapont Raga

Ilmo. Sr. Decano de la Facultad de Medicina y Odontología de Valencia
D. Antonio Pellicer Martínez

Sr. Presidente de la Sociedad Española de Medicina General
D. José Manuel Solla Camino

Comité de Congresos

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

Comité Organizador

Presidente

Dr. Ángel Fernández-Cañadas Martínez

Vicepresidenta

Dr. Camilo Fuster Palacio

Vocales

Dr. Rafael Belenguer Prieto

Dr. Joaquín Collado Peiro

Dr. José Vicente Espinosa Casañ

Dra. María Dolores Miralles Enrique

Dr. Fernando María Navarro Pellicer

Comité Científico

Presidenta

Dr. Francisco Javier Amorós Oliveros

Coordinador

Dr. Pedro Javier Cañones Garzón

Vicepresidente

Dr. José Alfredo Agulló López

Vocales

Dr. Pedro Javier Cañones Garzón

Dra. Pilar Rodríguez Ledo

Dra. Rosa Artigas García

Dr. Hilario Badiola Villa

Dr. Manuel Antonio Ruiz Quintero

Dr. José María Segura Palomares

Junta Directiva

Presidente

Dr. José Manuel Solla Camino

Vicepresidente 1º

Dr. Fernando Pérez Escanilla

Vicepresidente 2º

Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma

Vicepresidente 3º

Dr. Benjamín Abarca Buján

Secretario General

Dr. Pedro Javier Cañones Garzón

Vicesecretario General

Dr. Juan Antonio Trigueros Carrero

Secretario de Información

Dr. Vicente Palomo Sanz

Tesorera

Dra. Mercedes Otero Cacabelos

Consejeros

Dr. Ignacio Burgos Pérez

Dr. Leandro Catalán Sesma

Dr. Fernando Gonçalves Estella

Dr. Juan José Rodríguez Sendín

Dr. Carlos Miranda Fernández-Santos

Objetivos Generales

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

“Mientras más de 7.000 médicos españoles trabajen en el extranjero, no estaremos contentos”

Preocupado por la fuga de profesionales de la medicina fuera de nuestras fronteras, el doctor José Manuel Solla Camino, presidente de la SEMG, responsabiliza de esta situación a las precarias condiciones y al escaso reconocimiento que los facultativos españoles tienen en este país. Desde la SEMG, pretende “acercarse a la sociedad civil” para crear conciencia sobre la necesidad de un cambio en el actual sistema de salud público, que revierta en una mejora no sólo de las condiciones laborales de los médicos, sino también de la calidad asistencial recibida por el paciente.



Dr. José Manuel Solla Camino
 Presidente de la SEMG

Sònia Urgelés

- El sistema público de salud se encuentra en un momento de cambios: Ley de Dependencia, Carrera Profesional, Ley del Medicamento, etc. ¿Estamos ante un punto de inflexión dentro del panorama sanitario nacional y autonómico? ¿Cómo definiría esta situación y qué proyección ve en un futuro próximo?

Ninguno de los cambios mencionados ha sido o está siendo de tal importancia que llegue a representar un cambio significativo de la situación actual. La Ley de Dependencia es una asignatura pendiente que nos llena de esperanza; la Ley del Medicamento, después del filtro que sufrió en el senado, no modifica mucho las cosas; la Carrera Profesional es un elemento que incentiva, pero las cantidades asignadas no cubren la deuda histórica que la sociedad tiene con los médicos en España, aunque resuelve algunas cuestiones. El hecho de que más

de 7.000 profesionales españoles estén trabajando en el extranjero es un signo de alerta que nos indica que algo va mal.

- ¿Y hacia dónde se dirige la salud pública en el marco de la Unión Europea?

La legislación europea en materia de sanidad pública está muy verde y muy lejos de conformar una verdadera política común de la UE.

- La Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema público sanitario y se calcula que resuelve más del 90% de las consultas, ¿están suficientemente reconocidos los médicos de cabecera en este sentido?

Los médicos generales españoles tenemos un mayor reconocimiento

fuera que dentro de nuestras fronteras, sobre todo en el resto de Europa, donde estamos muy buscados. A pesar de esta situación, la calidad asistencial es buena, siempre gracias al esfuerzo personal del médico, que es quien vive más de cerca la merma de la calidad asistencial debido a la masificación de pacientes y a plantillas de médicos reducidas. Pero, para que la ciudadanía continúe disfrutando de

“Las distintas sociedades científicas deberíamos trabajar en la misma dirección en temas de interés común”

esta atención excepcional y los profesionales de la medicina se sientan completamente satisfechos con su labor, se hace imprescindible evitar masificaciones y ampliar las plantillas de personal sanitario.

- ¿En qué beneficia a la población general la existencia de sociedades científicas como la que usted

preside y, más concretamente, cuál es el compromiso social de la SEMG?

Uno de mis empeños como presidente de la SEMG ha sido y es que la sociedad nos sienta más cercanos. Hemos demostrado nuestra sensibilidad creando el proyecto de la Fundación SEMG Solidaria y con acciones como "Los Caminos de la Salud", cuyo objetivo es transmitir a la ciudadanía el quehacer cotidiano del médico de Atención Primaria. Otra de nuestras funciones es crear opinión sobre temas relacionados con la salud pública, por ello hemos intervenido siempre que ha surgido un tema con suficiente carga social y de interés popular (vacas locas, gripe aviar,...).

- Como presidente, ¿cuáles son los retos que se plantea en este último año de la actual legislatura?

Básicamente, consolidar lo hecho hasta ahora. Me gustaría, también, que las distintas sociedades de medicina de Atención Primaria que hay en España trabajásemos conjuntamente y en la misma dirección, como con la Plataforma 10 Minutos. Respecto a la reforma del sistema ECOE, nos hemos propuesto actuar de una manera más activa después de participar todo este año como observadores. En este sentido, presentaremos un informe al Ministerio, con la intención de que reflexione y avale los cambios necesarios en cuanto a metodología de la prueba.

Otro de los retos de la SEMG para este año es llegar hasta los estudiantes de medicina. En este sentido, pró-

ximamente anunciaremos nuevas acciones y actividades. Todo ello, sin olvidar nuestra labor más genuina: la formación médica continuada.

- Invite a los médicos generales y de familia a ser miembros de la SEMG...

Les diría que la SEMG siempre se ha caracterizado por evolucionar con las nuevas tecnologías, siendo pionera en temas como la historia clínica informatizada y la ecografía clínica en las consultas de Atención Primaria.

Recordar que la sociedad tiene como principio la libertad de pensamiento y que en ella se dan cita tanto médicos generales como de familia de todas las ideologías, motivados por llevar adelante un proyecto común. Además, nuestras puertas también están abiertas a los no socios, sobre todo en nuestro proyecto solidario.

- Como viene siendo habitual, la sociedad celebrará su Asamblea General en el Congreso, ¿cuál es la orden del día?

Tenemos previsto informar a los socios sobre lo que ha supuesto en este último año nuestra función como observadores en el tema ECOE. Tenemos pendiente la reforma de los estatutos de la sociedad: se plantea que los cargos directivos se elijan cada cuatro años. También se hablará de las acciones de acercamiento a los estudiantes de medicina y MIR que emprenderemos en breve y, por último, del proyecto SEMG Solidaria.

- Hace seis años que se creó la Fundación SEMG Solidaria, ¿en qué está trabajando actualmente y cuáles son sus proyectos de futuro?

Ahora mismo la Fundación tiene a medio construir un centro clínico docente en Nicaragua y está buscando mecenazgo en España para poder contratar profesionales y disponer de voluntarios. Este centro, además de asistencia médica, formará a los médicos de éste y otros países iberoamericanos. En Bolivia, empezamos ahora una iniciativa con el objetivo de erradicar la enfermedad de Chagas en una comunidad rural: Chijmuri.

Además, continuaremos fomentando los congresos iberoamericanos, siempre a través de las sociedades científicas creadas en cada uno de estos países. Nuestra intención es extender la filosofía que ha guiado el proyecto que se ha implantado en Managua.

“Uno de los retos actuales de la SEMG es llegar hasta los estudiantes de medicina a través de acciones que anunciaremos próximamente”

Aprovechando que estamos junto al Mediterráneo, ¿qué instrucciones daría a los médicos generales para que se mantengan a flote?

Que no pongan su confianza en los políticos, sino en sí mismos, pues la sanidad continúa utilizándose como arma arrojadiza entre los partidos. Debemos preocuparnos por que nuestro prestigio crezca entre la población, sólo ello nos dará la oportunidad de mejorar el panorama sanitario, en beneficio de médicos y pacientes.

“Esta edición del congreso debería recordarse como la convocatoria de la integración, la solidaridad y la unión”

El doctor Ángel Fernández-Cañadas Martínez, presidente del Comité Organizador del XIII Congreso Nacional de la Medicina General Española, es de los que defiende la tradicional reivindicación de “la unión hace la fuerza”, siempre auspiciada por conceptos tales como integración, solidaridad, formación e investigación, los cuales deben trascender la esfera privada y personal para penetrar en el ámbito profesional. Quizá ésta sea la única manera de “salvar para la prosperidad los talentos que se pierden en la ignorancia”, como nos comenta parafraseando al prestigioso científico español Santiago Ramón y Cajal.

Dr. Ángel Fernández-Cañadas Martínez
Presidente del Comité Organizador



Sònia Urgelés

- ¿Qué frase resume mejor el mensaje que quiere transmitir este año la organización del Congreso?

Esta edición se debe caracterizar por ser el Congreso de la integración, de la solidaridad y de la unión de los profesionales de la medicina que trabajamos a pie de obra, en el primer escalón de la sanidad. La unión en Atención Primaria es la fuerza en la que se debe basar el futuro de la misma.

- ¿Qué pueden esperar los asistentes de esta edición?

Aumentar de manera significativa sus conocimientos científicos y sobre todo estimular sus inquietudes investigadoras, así como mejorar las relaciones sociales.

Este año hemos profundizado en una nueva y original propuesta para implementar la formación mediante la realización de sesiones prácticas

tutorizadas que permiten a los participantes realizar exploraciones sistematizadas en patologías prevalentes.

A los estudiantes del último curso de Medicina que asisten becados a este Congreso, les invitaría a exigir a los estamentos correspondientes que les facilitasen el contacto con el enfermo, ya que las habilidades médicas se adquieren precisamente de esta manera. Una idea podría ser que el estudiante fuera una especie de residente en los centros de salud antes de llegar al hospital.

- La formación continuada del médico general y de familia es uno de los objetivos fundamentales de este evento, pero ¿cómo podemos educar al paciente? La Mesa de Controversia tratará este tema bajo

el título “Medicalización de la sociedad”...

La formación continua del médico es fundamental y ello viene recogido en el Código de Ética y Deontología Médica. Concretamente, se trata del artículo 21, que dice: “el ejercicio de la medicina es un servicio basado en el conocimiento científico, en la destreza técnica y en las actitudes éticas, cuyo mantenimiento y actualización

“Actualizar conocimientos es un deber individual del médico y un compromiso de las sociedades científicas”

son un deber individual del médico y un compromiso de todas las organizaciones y auto-

riedades que intervienen en la regulación de la profesión”.

A su vez, el médico debe convertirse en la piedra angular de la educación sanitaria de los ciudadanos, tanto en su trabajo diario como a través de charlas, conferencias y talleres dirigidos a la población en general.

- Los médicos generales como profesores de sanidad dentro y fuera de la consulta...

Desde el momento que adquiere la licenciatura, el médico se convierte en un profesor, en un educador nato de la población. La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad; en consecuencia, respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son sus deberes primordiales. La acción educadora debe alcanzar, especialmente, la escuela, el medio laboral y la comunidad. Mientras que dentro de la consulta es imprescindible la entrevista sanitaria, durante la cual es fundamental saber escuchar, conversar y aconsejar, además de tener el tiempo suficiente para ello. Así, evitaremos la medicalización de la sociedad y muchas prescripciones innecesarias.

- Aspectos relacionados con la actividad profesional, patologías más frecuentes en Atención Primaria, habilidades y recursos, etc., el congreso abarca un amplio abanico de temas de interés relacionados con la Medicina General, pero en su programa subrayaría...

Todo el programa del Congreso se puede considerar de rabiosa actualidad, pero tenemos fundamentalmente dos Mesas de Debate que destacaría, como la del "Síndrome Metabólico" y la Mesa de los "Virus que nos acechan", con la gripe aviar a la cabeza y la futura puesta en marcha de la vacuna correspondiente. Ambos temas centrarían la actualidad

científica. También subrayaría algunos talleres, como por ejemplo "La aplicación de la ecografía en Atención Primaria" y el Debate con el experto donde se tratará la fibromialgia, por un lado, y la investigación en Atención Primaria, entre otros aspectos.

- Se incluye también un taller en intervención antitabaco...

Nuestra sociedad de Medicina General ha sido una de las pioneras en la lucha antitabaco, de ahí que se incluya un taller al respecto por su importancia sociosanitaria.

- ¿Cuál es la finalidad de la actividad Debate con el experto?

Su objetivo es conseguir un mayor intercambio de experiencias sobre temas pevalentes en Atención Primaria, mediante una conversación distendida, coordinada por un moderador. Y la introducción sobre el tema correspondiente corre a cargo de un experto en la materia.

- Además de celebrarse el XIII Congreso Nacional, tiene lugar el VII Internacional, ¿cuál es la participación extranjera este año?

El gran auge conseguido en ediciones anteriores por su gran calidad científica y humana ha hecho que este año asistan un número mayor de congresistas extranjeros iberoamericanos, por lo que su participación en este evento congresual es importantísima.

- Le gustaría clausurar el congreso y que...

Clausurar un congreso siempre es gratificante si te queda la satisfacción del deber cumplido, de ratificar los hechos, de poder dar gracias a todos por su participación: instituciones, comité organizador, científico e intercongresos, industria farmacéutica, secretaría técnica, agencia de viajes, medios de comunicación, ponentes, moderadores, congresistas y sus acompañantes. Somos una gran familia en la que aprendemos siempre unos de otros, intentamos perfeccionarnos en lo posible, así como subsanar errores para que no vuelvan a repetirse en eventos congresuales futuros.

- Aprovechando que estamos junto al Mediterráneo, ¿qué mensaje lanzaría al mar en una botella?

Es una buena ocasión para lanzar al mar una botella con una frase de Don Santiago Ramón y Cajal (mayo de 1922) que sigue estando de actualidad: "Se ha dicho harta veces que el problema de España es un problema de cultura. Urge, en efecto, si queremos incorporarnos a los pueblos civilizados, cultivar intensamente los yermos de nuestra tierra y de nuestro cerebro, salvando para la prosperidad y en altcimientos patrios todos los ríos que se pierden en el mar y todos los talentos que se pierden en la ignorancia".

"El médico debe convertirse en piedra angular de la educación sanitaria de los ciudadanos, dentro de su consulta y también fuera de la misma"

je lanzaría al mar en una botella?

“Es sentimiento común que la investigación en Medicina General en España es de calidad”

Llevado por el respeto y admiración hacia sus homólogos de profesión más veteranos, “pilar básico” en el aprendizaje de todo facultativo, Francisco Javier Amorós Oliveros, presidente del Comité Científico del XIII Congreso Nacional y VII Internacional de la Medicina General Española, se muestra satisfecho con el nivel de los pósters y comunicaciones presentados este año y afirma que el programa científico ha sido “fruto del consenso”. Además, defiende que los eventos congresuales son una buena ocasión para estrechar las relaciones personales y actualizar conocimientos “rodeado de amigos”.



Dr. Francisco Javier Amorós Oliveros
Presidente del Comité Científico

Sònia Urgelés

- Como cada año, el congreso ha reservado parte de su contenido a la presentación de pósters y comunicaciones, ¿cuántas solicitudes se han recibido este año y cuál es el nivel científico de todas ellas en general?

Van a acercarse a las 200 y, aunque aún no dispongo de las evaluaciones completas de todos los miembros del Comité Científico, puedo adelantar que son contadas las no admitidas y es sentimiento común que se trabaja y se investiga bien en Medicina General.

- ¿Qué tiene que decir en cuanto al cuadro de ponentes y a la selección de temas a tratar?

Que es el fruto del consenso entre numerosos consultores de todos los Comités y el resultado es el que hemos creído más idóneo en esta ocasión.

- La actualización de conocimientos es uno de los objetivos de este encuentro anual, ¿qué no debe dejar de aprender el médico general y de familia?

Pues genéricamente le diré que de los errores propios y de la experiencia de los que nos superan en edad y, obviamente, en años de ejercicio. Creo que son los dos pilares básicos a aderezar con los temas particulares de actualidad que más nos interesen. Buena parte de estas materias deberían verse reflejadas en cada Congreso.

- El síndrome metabólico abrirá este año el ciclo de Mesas de Debate, ¿qué función tiene en la detección y tratamiento de este trastorno el médico de cabecera?

Si entendemos por síndrome meta-

bólico el aumento del riesgo de padecer diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular en personas a las que se les ha detectado al menos tres de los siguientes signos y síntomas: obesidad abdominal, hipertrigliceridemia, concentraciones bajas de lipoproteínas de alta densidad, hipertensión arterial y glucemia elevada en ayunas; quién mejor que el médico general para tal función de detección y tratamiento.

- ¿Cómo conciliar la medicina convencional y la medicina alternativa? Se hablará de acupuntura... ¿Este tipo de terapias deberían estar integradas dentro del sistema público de salud?

Se hablará de acupuntura..., pero habrá trece talleres más. En todos ellos pretendemos ofrecer habilidades útiles para la práctica diaria y, en determi-

nados momentos, la acupuntura podría formar parte del arsenal de opciones terapéuticas. Es muy útil conocer qué puede aportarnos esta técnica.

Personalmente, no termina de gustarme el término medicina alternativa, me refiero a que no es el concepto que le corresponde a pesar de que su uso esté más o menos restringido y habitualmente no la practiquen o sea desconocida para muchos médicos, trabajen para el sistema público de salud o no.

- El Congreso advierte que nos acechan nuevos virus y ofrecerá consejos sobre cómo defendernos de ellos, ¿la gripe aviar ha hecho saltar la alarma y ha despertado las conciencias?

¿Las alarmas y las conciencias de quién? El médico tiene la conciencia bien tranquila frente a los virus y la suficiente serenidad. Es difícil que se alarme en exceso en situaciones y frente a avatares como el que usted comenta. Sencillamente, los que necesitamos información adicional o reciente la buscaremos en foros como este Congreso. Hoy por hoy existen múltiples situaciones muchísimo más preocupantes en términos de supervivencia, como los accidentes de circulación o las drogodependencias, por poner un par de ejemplos de nuestro entorno.

- También se han incluido en el programa científico la lumbalgia, el síndrome coronario, la fibromialgia, las cefaleas y la disfunción eréctil, entre otros trastornos,

¿patologías de nuestro tiempo?

De nuestro tiempo y del anterior, pero ahora son más y mejor conocidas y existe un amplio abanico en cuanto a posibilidades de tratamiento. Precisamente por ello, y por ser alteraciones de gran prevalencia, han sido seleccionadas para el presente Congreso.

- La organización ha incluido en el programa profesional la ecografía en Atención Primaria...

La ecografía clínica será tratada en forma de taller práctico, con la ayuda de un ecógrafo y un modelo sano, y se acompañará de un debate clínico-ecográfico.

Además, la SEMG dispone de una escuela dedicada exclusivamente a esta prueba clínica y hace años

que reivindica su uso en las consultas de los médicos generales y de familia, ¿qué se ha conseguido hasta el momento en este sentido y cómo se plantea el futuro?

El lema de nuestro segundo Congreso de Ecografía Clínica fue: "Como no sabían que era imposible, lo hicieron". Y 15 años después del inicio de la Sección de Ecografía de la SEMG, le puedo decir que esta frase es bien cierta.

- Y han hecho posible...

La implantación de la ecografía en muchas consultas es un hecho en un gran número de centros y, a buen seguro, esta cifra irá aumentando

rápidamente, sobre todo gracias a la toma de conciencia generalizada acerca de la utilidad de esta técnica en el entorno clínico y su aprendizaje. Este mérito se lo debemos en un altísimo porcentaje al conjunto profesional y, especialmente, humano de la Sección de Ecografía de la SEMG, que nunca me cansaré de enaltecer. Creo que actualmente es difícil encontrar un equipo en cualquier sociedad científica que, en 15 años, haya producido tantos cursos, colaboraciones y publicaciones.

La Sección de Ecografía tiene su propio Congreso Internacional. La creciente demanda de formación en niveles avanzados y las posibilidades de la técnica que crecen día a día imponían una reunión anual en forma de Congreso, para lo que contamos con la colaboración

“La implantación de la ecografía en las consultas es un hecho e irá aumentando gracias a la toma de conciencia sobre su utilidad clínica y al trabajo de la SEMG”

de la Sociedad Española de Ecografía y la European Society of Breast Echography.

- ¿Qué es lo que se ha quedado en el tintero por falta de...?

Tantos asuntos y tan atractivos..., pero ese será el reto del próximo Comité Científico.

- Aprovechando que estamos junto al Mediterráneo, mire hacia el horizonte, ¿qué ve?

Bastante menos de lo que me gustaría, pero no me inquieta en demasía. Me es suficiente con ir avanzando, divertirme con lo que hago y estar rodeado de amigos.

“El Congreso es un banco de pruebas extraordinario donde introducir nuevas formas de aprendizaje”

Defensor entusiasta de la alta calidad científica del Congreso de la SEMG y, sobre todo, de su elevado valor social, el doctor Benjamín Abarca Buján, miembro del Comité de Congresos, destaca el papel activo que ha caracterizado siempre a esta sociedad científica a la hora de marcar un “cambio de rumbo” que pretende mejorar el nivel asistencial de la Atención Primaria en España. En cuanto a la actual convocatoria del Congreso, enfatiza la introducción de novedades “en la estructura congresual” a través de actividades formativas innovadoras que “se estrenan” por primera vez.



Dr. Benjamín Abarca Buján
Miembro del Comité de Congresos

Sònia Urgelés

- ¿Cuál es la finalidad de la celebración de este encuentro anual de médicos generales desde su creación y qué objetivos se han planteado para el 2006?

Fundamentalmente servir de foro de encuentro e intercambio de experiencias a todos los médicos que ejercen en el ámbito de la Atención Primaria, así como revisar los últimos conocimientos científicos sobre los temas elegidos, además de actualizar y revisar las técnicas y procedimientos que pueden ser útiles en la labor cotidiana del médico de cabecera.

Es muy importante destacar que este foro sirve para presentar los trabajos científicos que han desarrollado los médicos asistentes, así como aquellos que se han realizado bajo el paraguas del Grupo MAI de la SEMG (Grupo de Metodología y Apoyo a la Investigación), que ha propiciado un gran impulso en este campo al que los

médicos de Primaria no habíamos dedicado todo el interés que se merece.

Además, este año vamos a presentar una nueva herramienta que consideramos que no sólo facilita el trabajo cotidiano, sino que puede favorecer el impulso investigador en un terreno tan importante como es el riesgo cardiovascular.

- Este año se han introducido una innovadora propuesta formativa, con el nombre de Evaluación sistematizada en Patologías Prevalentes...

En cierta medida el Congreso es un extraordinario banco de pruebas; por ello, cada cierto tiempo hemos procurado introducir en la estructura congresual actividades que permitan nuevas formas de aprendizaje.

Primero fueron los Talleres, luego los Debates con el experto... Hace dos años se incluyó la Formación Integral en Técnicas y Procedimientos, que tan buenos resultados está dando. Y en este Congreso estrenaremos este nuevo formato.

- ¿Más novedades en la estructura del contenido científico?

Pues sí. Como este año contamos

“Esta edición presenta una nueva herramienta formativa que favorece la investigación en Atención Primaria”

con un extraordinario plantel de médicos iberoamericanos, que a su vez representan

a las respectivas sociedades de sus países de origen, nos ha parecido conveniente realizar una mesa específica sobre una enfermedad que, desgraciadamente, tiene una alta prevalencia en alguna de estas naciones: la enfermedad de Chagas. Al mismo tiempo, se presentará un proyecto

solidario de erradicación del Chagas en un municipio boliviano.

También hemos introducido como novedad una representación teatral que dará pie a un debate sobre un tema de hondo calado, como es el trastorno de estrés postraumático.

Por último, decir que este año se filmarán todas las mesas de debate y, por supuesto, mantendremos un operativo que permitirá un seguimiento casi instantáneo del encuentro a través del Congreso *On line*. Se habilitará, asimismo, un área específica para poner a disposición de los congresistas Internet, y que puedan consultar sus correos electrónicos.

- **Talleres prácticos, mesas de debate, simposios, etc. Un sinfín de propuestas... ¿Qué no piensa perderse?**

Además de asistir a todas aquellas actividades científicas que pueda, lo que de ninguna forma voy a perderme es el poder compartir experiencias con muchos compañeros que volveré a ver y con los que habitualmente coincidimos al menos una vez al año en el Congreso de la SEMG, nuestro Congreso.

- **¿Primará la práctica sobre la teoría?**

Todo es necesario y el programa científico está diseñado para satisfacer ambas necesidades, así como para poder exponer nuestras propias experiencias. Sin lugar a dudas los talleres son una de las actividades más demandadas, con lo que este año desarrollaremos 14 talleres prácticos

en un total de 38 sesiones, lo que da una idea de su aceptación.

- **Los asuntos profesionales y de gestión sanitaria cada vez tienen más peso en el Congreso, a pesar de que la actualización de conocimientos científicos sigue siendo el grueso del programa, ¿a qué es debido?**

Los temas profesionales y de gestión forman parte de la profesión y afectan de alguna manera a nuestra práctica clínica; por ello, sería impensable no tocarlos durante el Congreso. Precisamente tengo el placer de moderar una mesa profesional que aborda una problemática de gran repercusión en nuestro quehacer diario y que tratará sin ambages la necesidad de un cambio en Atención Primaria.

- **El Congreso Iberoamericano de Medicina General incluye numerosas novedades en su próxima edición, para empezar se tendrá lugar en Perú...**

El Congreso Iberoamericano, que este año cumple su cuarta edición, es algo más que un Congreso entendido como lugar de encuentro de profesionales con unos objetivos comunes. Se trata de una reunión Solidaria, en mayúsculas, que permite conocer la realidad sanitaria del país donde se celebra, establecer vínculos sólidos que permitan el intercambio de experiencias de tú a tú y la posibilidad de apoyar a aquellos médicos que lo

necesiten, a través de la Fundación, procurándoles tecnologías que difícilmente estarían a su alcance o diseñando programas formativos y de intervención que permitan mejorar la salud de los ciudadanos de ese país, siempre actuando a través de la Sociedad Científica allí constituida.

Como novedad, este año se hace coincidir con el Congreso Mundial de Médicos Peruanos, lo que permitirá convivir con los facultativos peruanos que ejercen en todo el mundo y que se dan cita cada dos años para compartir experiencias.

- **Aprovechando que estamos junto al Mediterráneo, ¿hacia dónde debería navegar el Congreso de la SEMG y la medicina de Atención Primaria?**

Creo que nuestro Congreso navega en un barco muy sólido y que cualquier rumbo que tome nos llevará a buen puerto con totales garantías. Los congresistas que acuden cada año lo saben; prueba de ello es que en los últimos años hemos tenido que cerrar las inscripciones para salvaguardar la calidad de las actividades, en las que destaca el lema de calidad acreditada.

En cuanto a la Atención Primaria, desgraciadamente el barco no me parece tan sólido. Es necesario establecer el rumbo correcto, un rumbo que ya hemos marcado claramente con el Compromiso de Buitrago, en el que la SEMG formó parte activa.

“Creo que nuestro Congreso navega en un barco muy sólido; por ello, cualquier rumbo que tome nos llevará a buen puerto con totales garantías”

“Primamos la calidad formativa sin masificaciones por encima de la cantidad de congresistas”

La doctora Mercedes Otero Cacabelos, miembro del Comité de Congresos de la SEMG, apuesta por Valencia y pone la mano en el fuego respecto a su capacidad tecnológica y humana a la hora de jugar el papel de anfitriona en un evento de tal envergadura. Desde la costa de Levante, lanza un mensaje con cinco palabras clave a los médicos que trabajan en Atención Primaria: “libertad, igualdad, solidaridad, respeto y responsabilidad”, y nos avanza que la próxima edición del Congreso Nacional e Internacional de la Medicina General Española tendrá lugar en Salamanca.



Dra. Mercedes Otero Cacabelos
Miembro del Comité de Congresos

Sònia Urgelés

- En las últimas ediciones el número de profesionales interesados en asistir al Congreso anual de la SEMG ha sido superior al límite de inscripciones establecido por la organización, ¿cómo se valoran estas cifras desde la sociedad?

Para la SEMG esta alta participación es muy positiva y, evidentemente, agrada, porque nos da la confianza de que lo que hacemos gusta a nuestros compañeros. Podríamos caer en la tentación de abrir la mano y aceptar un mayor volumen de congresistas, pero preferimos poner un límite y respetar uno de los criterios fundamentales en la organización de este evento anual: que los asistentes se sientan cómodos, sin masificaciones, tanto en los actos científicos como en las actividades socioculturales. Hecho que, además, beneficia la calidad formativa de este encuentro anual de médicos generales y de familia.

- Este año el Congreso viaja a Valencia en busca de...

Al tratarse de un Congreso Nacional e Internacional, intentamos visitar cada año una comunidad autónoma distinta. El año pasado estuvimos en el norte -Gijón- y la idea, este año, era acercarse a Levante. Valencia era muy apetecible y como, además, la sociedad autonómica lo había solicitado, el Comité de Congresos del que formo parte valoró las infraestructuras de la ciudad y consideró que cumplía con todos los requisitos.

- ¿Y qué ha encontrado?

Un Palacio de Congresos ideal a la hora de llevar a cabo actividades científicas, ya que está dotado a la última y muy bien equipado. También hemos encontrado una ciudad preciosa, que

está de actualidad y que ha experimentado muchos cambios en los últimos años. Una ciudad moderna y abierta.

- La SEMG cuida hasta el último detalle en la organización de este evento, ¿con qué problemas se han tenido que enfrentar esta vez?

El Congreso es la criatura más cuidada por la SEMG en cuanto a organización, número de participantes y

“El médico general y de familia español todavía no cuenta con el nivel de reconocimiento que le corresponde”

relaciones con empresas y otras entidades.

Esta vez, nos hemos enfrentado con dificultades a la hora de contratar espacios adecuados para congregar a todos los asistentes -congresistas, ponentes, organizadores, etc.-, que en total suman más de 3.000 personas; pero nos hemos sabido adaptar. Otro inconveniente añadido ha sido la cantidad de eventos importantes previstos

para esas mismas fechas, como la visita del Papa o las competiciones de la Copa América, lo que nos ha condicionado el desarrollo de algunas actividades socioculturales.

- ¿El apoyo de la industria y el número de entidades colaboradoras ha sido el esperado?

Las empresas que habitualmente colaboran con la SEMG han estado ahí desde el primer momento, incluso hemos tenido un apoyo superior al habitual en algunos apartados. Sin embargo, todavía hay empresas que, aunque participan a través de los congresistas, no tendrán una presencia directa en el Congreso. Me gustaría invitar a estas empresas (debidamente acreditadas) a visitar nuestro encuentro de médicos generales con el objetivo de que presencien en vivo las actividades formativas, así como la exposición comercial, y comprueben la interrelación que durante estos días se produce entre todos los asistentes.

- Y sobre el VII Internacional...

El carácter internacional de este Congreso viene dado especialmente por la participación de cuatro sociedades iberoamericanas y la asistencia de congresistas y ponentes de estos países. Sin olvidar la asistencia de médicos franceses y portugueses, fundamentalmente.

- El Congreso dispondrá por segundo año consecutivo de la Acreditación del Sistema Español de la Formación Continuada en todas las actividades científicas, ¿se han

introducido mejoras respecto a la anterior convocatoria?

Básicamente el sistema es el mismo en esta convocatoria. El año pasado funcionó muy bien. Un dato llamativo es que no hemos recibido ni una sola queja de los congresistas que han obtenido su certificado. Si bien es cierto que, después del análisis detallado del funcionamiento del sistema durante el año pasado, hemos introducido pequeñas mejoras, relacionadas más con la gestión que con el propio mecanismo de control.

- Complete la frase: el médico general y de familia debería...

El médico general y de familia debería tener un papel más relevante dentro del sistema sanitario, y digo esto porque en España todavía no cuenta con el nivel de reconocimiento que le corresponde. Además, las Administraciones sanitarias deberían esforzarse por alcanzar cierto equilibrio entre la medicina de Atención Primaria y la especializada. Por último, el médico debería seguir formándose continuamente para ofrecer el mayor nivel de calidad asistencial posible.

- ¿Lista de buenos propósitos para la próxima edición?

En estas fechas, cuando apenas quedan unos días para la celebración del Congreso, nos hacemos el propósito de cumplir con los tiempos de organización de manera más exhaus-

tiva. Aunque lo fundamental se ha hecho en su debido momento y cada año que pasa somos capaces de adelantar las fechas de cierre de todos los preparativos.

- ¿Sabemos dónde se va a celebrar la siguiente edición?

Después de valorar varias opciones, el año que viene nos vamos a Salamanca, una ciudad eminentemente universitaria, repleta de edificios históricos, conceptualmente muy distinta a Valencia, y que nos prestará un escenario único para el reencuentro anual.

- Aprovechando que estamos junto al Mediterráneo, cuna y punto de encuentro de diferentes culturas, ¿qué valores universales se encuentran en la práctica de la medicina?

Yo destacaría la libertad de ejercicio y la defensa de la igualdad en las prestaciones sanitarias a la población independientemente de la autonomía a la que pertenezcan. Sin embargo, esta igualdad no nos debe hacer perder el norte de la solidaridad: no todos requieren exactamente lo mismo y nos encontraremos ante profesionales y pacientes más necesitados que otros. Subrayar la palabra respeto, a nosotros mismos y a los enfermos que acuden a nuestras consultas, y no olvidar que nuestra profesión nos exige un alto nivel de responsabilidad que debemos mantener a pesar de la presión asistencial que se nos infunde desde la Administración.

“Nuestra profesión nos exige un alto nivel de responsabilidad que debemos mantener a pesar de la presión asistencial”

“La medicina es una ciencia y su ejercicio, más que un arte, un entrenamiento marcado por el rigor científico”

El ocio y el entretenimiento no tienen por qué estar exentos de contenido científico. De hecho, Juan Antonio Trigueros Carrero, miembro del Comité de Congresos de la SEMG, establece como requisito imprescindible que las actividades lúdicas tengan una base científica mostrada desde una perspectiva humanística de interés profesional para los congresistas y lo suficientemente divertida e inteligible para sus acompañantes. Destaca, asimismo, el nacimiento de una nueva propuesta formativa que reproduce fielmente la consulta del médico.



Dr. Juan Antonio Trigueros Carrero
Miembro del Comité de Congresos

Sònia Urgelés

- Además de conferencias, debates y talleres, el contenido científico y profesional se puede transmitir a través de formatos de entretenimiento más amenos, ¿es este el motivo que ha llevado a incluir una programación cultural en un congreso de medicina?

Sí. Ya hace unos años en que además de introducir contenidos científicos específicos del ramo de la medicina, incluimos un programa humanístico importante a través de actividades lúdicas que tienen también cierta relación con las ciencias, buscando siempre la motivación de los congresistas y de sus acompañantes, es decir, que sean de interés para la población en general.

- ¿Qué criterios han guiado la selección de temas y ponentes?

Contamos como ponentes con personas de relevancia profesional

en sus áreas de actuación. Por su parte, los temas se tratan en función de la oportunidad; en este sentido, destacaría la mesa cultural centrada en el trastorno de estrés postraumático, muy de actualidad tras los actos terroristas ocurridos en New York y Madrid, así como el acto de clausura centrado en la contaminación del medio ambiente, un tema muy adecuado si tenemos en cuenta que este año estamos en Valencia.

- La ciudad de Valencia conforma el marco ideal para hablar de medicina y cultura...

Sí, porque es una ciudad que en los últimos años ha hecho una apuesta muy importante por las artes y las ciencias, haciendo especial hincapié en la labor divulgativa y en las últimas tecnologías.

- ¿Cuáles son los principales actos culturales previstos para este año?

Para empezar, tenemos la conferencia inaugural, que este año corre a cargo de Alfonso Ussía bajo el título “Últimos poetas, golfos y bohemios”, que trata aspectos de la sociedad y la ciencia desde una vertiente irónica y sarcástica. Por su parte, la conferencia de clausura, con Manuel

Toharia, director del Museo de las Ciencias Príncipe de Asturias, especialista en materia de medio ambiente, se centrará en la degradación ecológica y su relación con la salud, tratado desde un punto de vista divulgativo y didáctico.

Se han incluido también varias actividades con ponentes procedentes de Iberoamérica, que tienen un carácter más profesional.

“El congreso incluye un programa humanístico de interés para la población general, siempre relacionado con las ciencias”

- La Mesa Cultural se centrará en el trastorno de estrés posttraumático, que incluye la representación teatral "El Caso 315", ¿qué relación tiene la obra con esta patología mental y qué se quiere transmitir al público asistente?

La Fundación SEMG Solidaria ha organizado una actuación teatral representada por una compañía iberoamericana. La obra es un monólogo en la que un personaje nos habla de experiencias y vivencias violentas y cómo éstas le han influido en el carácter y la personalidad. A continuación hay previsto un coloquio sobre el trastorno de estrés posttraumático, un tema de gran interés en la actualidad y sobre el que queremos destacar que no sólo aparece tras grandes impactos sociales, sino que también está presente en esferas más reducidas y a nivel individual. Asimismo, en los últimos años se ha avanzado enormemente en cuanto a su abordaje psicológico y farmacológico.

- La compañía de teatro es nicaragüense y se contará con la participación del presidente de la Unión Iberoamericana de Médicos Generales y de Familia, así como de los presidentes de las sociedades de Bolivia, México, Nicaragua y Perú...

En algunas zonas de estos países el estrés posttraumático está a la orden del día, ya que se dan altos niveles de violencia.

La compañía teatral contratada ya ha trabajado con nosotros en

otras ocasiones, con lo que sabemos de antemano que el acto será de calidad.

- Este año encontramos una nueva propuesta formativa: sesiones prácticas tutorizadas de abordaje integral en patologías prevalentes en Atención Primaria, ¿qué ha llevado a la organización del congreso a incluir esta innovadora iniciativa y en qué consiste?

La nueva propuesta formativa es completamente novedosa y propone al alumno el desarrollo de una situación lo más parecida posible a la experiencia real que se vive diariamente en una consulta de Atención Primaria. A partir de ahí, se invita al congresista a que avance paso a paso en el diagnóstico y el tratamiento, utilizando siempre las herramientas de las que disponemos habitualmente. En definitiva, se trata de resolver un caso clínico

enfrentándose a una situación virtual reflejo de la realidad, para que después entre todos valoremos el proceso seguido en función de una serie de parámetros y respetando siempre la dignidad y la privacidad del profesional.

- ¿Cuál es la diferencia básica de esta actividad con los talleres convencionales del congreso?

La diferencia radica en que mientras en los talleres se aprenden habilidades en una clase conjunta, esta

nueva propuesta formativa reproduce fidedignamente la consulta del médico, a través de una puesta en escena muy cuidada y realista.

- Aún hay más: los congresistas podrán disfrutar de una cena típica valenciana y escuchar a Rosana en un concierto en directo. El trabajo no está reñido con el ocio...

Por supuesto que no. En el congreso existe la tradición de que los jueves por la noche los asistentes puedan entrar en contacto con el folclore y la gastronomía de la zona en la que se celebra el evento. Este año hemos preparado una cena típica valenciana que tendrá lugar en la Albufera y que, obviamente, consistirá en una paellada amenizada con actos lúdicos y sociales del folclore típico local.

El viernes, Rosana nos transmitirá sus canciones llenas de mensaje social y solidario, muy apropiado para esta edición de Congreso Nacional e Internacional de la SEMG.

- Ya que estamos en la Ciudad de las Ciencias y las Artes, ¿es la medicina una ciencia y/o un arte?

La medicina es una ciencia, sin lugar a dudas. El médico puede tener más o menos habilidades a la hora de ejercer su profesión, pero se trata más de un entrenamiento personal marcado por el rigor científico que de un arte.

“Surge una nueva propuesta formativa que reproduce fidedignamente la consulta del médico a través de una cuidada puesta en escena”

“El futuro de la medicina se verá enriquecido con el uso de las herramientas informáticas de movilidad”

Manuel Martínez Boyano, miembro del Comité de Congresos de la SEMG, se queda con el sistema de comunicaciones de última generación que ofrece el Palacio de Congresos de Valencia y que ha permitido organizar las distintas actividades formativas desde una nueva perspectiva tecnológica: interacción entre ponentes y congresistas, Congreso *On line*, pantallas de plasma en áreas de descanso y pasillos de paso y el uso de elementos informáticos de movilidad en una de las novedades docentes que incluye esta edición son algunas de las sorpresas que nos depara la actual convocatoria.



D. Manuel Martínez Boyano
 Miembro del Comité de Congresos

Sònia Urgelés

- Teniendo en cuenta que al Congreso anual de la SEMG asisten de 2.500 a 2.800 congresistas, a los que hay que sumar los organizadores, ponentes y colaboradores, ¿qué infraestructura se requiere para dar cabida a toda esta gente, cubrir sus necesidades y cumplir con sus expectativas?

En primer lugar, se requiere un Palacio de Congresos con capacidad suficiente. La organización del Congreso establece siempre unas líneas generales a partir de las cuales se adapta a las circunstancias de cada ciudad. Entre estos criterios básicos, encontramos que el recinto congresual debe disponer de tres salas principales: una de gran capacidad -para 1.200 a 1.500 personas-, otra de capacidad intermedia -entre 400 y 700 personas- y una tercera más pequeña -de 200 o 300 personas-. Asimismo, son necesarias

salas satélite o de comisiones, en las que llevar a cabo los talleres, mesas de debate, etc. El número ideal de estas salas oscila entre 10 y 12 si pueden dar cabida a 35 personas.

- Pero eso no es todo...

La exposición comercial, áreas de descanso, comedores y catering son aspectos a tener en cuenta.

También tenemos que pensar en la prensa y habilitar un área específica para los medios de comunicación.

Valoramos, asimismo, la estructura del edificio para planificar puestos de recogida de documentación, inscripciones y acreditaciones, entre otras gestiones de índole administrativa.

- ¿Qué objetivos marcan las directrices del Comité de

Congresos a la hora de organizar un evento de tal envergadura?

La comodidad de los congresistas y la calidad formativa es una de nuestras máximas. Que todos ellos tengan acceso a diversos actos, incluidos los actos multitudinarios conjuntos, sin masificaciones excesivas. Por esta razón, limitamos las inscripciones a un número determinado que nos permita ofrecer actividades

congresuales de gran calidad.

- ¿Valencia ofrece todo esto?

¿Cuáles son sus puntos fuertes y cuáles los más débiles y cómo se han solventado por parte de la SEMG?

Como ciudad, Valencia cumple las expectativas al 100%. En los últimos años se han llevado a cabo obras muy emblemáticas y llamativas

“Como ciudad, Valencia cumple al 100% las expectativas de organización del Congreso”

que la han puesto de moda. Para la organización del Congreso también es importante que la ciudad sea un destino apetecible, ya que elaboramos un programa de actividades complementarias, siempre con un trasfondo científico.

En el Palacio de Congresos hemos encontrado algunos problemas de espacio, pero se han podido solventar.

- ¿Cómo se ha planteado el sistema de comunicaciones y con qué tecnologías se contará en las mesas de debate, talleres, etc. para facilitar la labor de los ponentes y de los asistentes?

El sistema de comunicaciones del Palacio de Congresos de Valencia es de los más modernos y sofisticados. Todas las ponencias se presentarán desde un control central. Incluso los conferenciantes y docentes podrán hacer pruebas con anterioridad con la ayuda de un técnico del Palacio.

Destaca la posibilidad de triple proyección audiovisual que ofrecen los auditorios 1 y 2, dotados con cámaras estáticas y tres pantallas donde podremos ver proyectada la imagen del ponente. Asimismo, se ha previsto la ubicación de pantallas de plasma en pasillos y áreas de descanso, para que los congresistas sepan en todo momento qué ocurre.

Quisiera destacar el Congreso *On line*, que recogerá todas las actividades del encuentro, incluso se podrá acceder a grabaciones de los actos que se celebren en las salas principales.

- ¿Cómo se está adaptando la medicina a las nuevas tecnologías de la información y qué beneficios está sacando de ello? Del camino hecho y del que queda por recorrer se debatirá en este encuentro de médicos generales...

En este sentido se ha avanzado bastante: informatización de las consultas, programas de gestión específicos, etc. La SEMG siempre ha apostado por el desarrollo de elementos informáticos que faciliten y mejoren la calidad asistencial y contamos con herramientas excelentes. Pero aún queda mucho por hacer, especialmente desde la Administración.

La principal ventaja de esta sociedad informatizada para la medicina es que el caudal de información que el profesional puede recibir en su lugar de trabajo y de manera inmediata es muy grande: consultas sobre fármacos e interacciones, acceso remoto a bases de datos de todo tipo e, incluso, gestión de historias clínicas, mejorando la calidad asistencial.

El futuro pasa por los elementos informáticos de movilidad: PDA, teléfono móvil..., sobre todo en los medios rurales, donde este tipo de comunicaciones facilitan enormemente la labor de los facultativos. Esta edición del Congreso introduce, precisamente, una nueva actividad formativa, denominada "Evaluación Sistematizada en Patologías Prevalentes", que utilizará estas

herramientas informáticas móviles.

- Se impartirá un taller sobre búsquedas bibliográficas en Internet...

Es una materia que tiene muchísimos adeptos, como hemos podido comprobar en anteriores convocatorias, y que precisa de una actualización de conocimientos constante, ya que está en permanente evolución. Se facilitarán fórmulas para acceder a páginas webs o descargarse información médica fiable con rapidez. Y todo ello a través de un taller altamente interactivo en el que el hecho de que los alumnos tengan niveles de conocimiento muy dispares no supone un problema.

- ¿Qué técnicas innovadoras se mostrarán a los congresistas?

Muchas veces se trata de descubrir nuevas aplicaciones de técnicas ya conocidas, junto a innovaciones terapéuticas y cambios en los criterios de diagnóstico relacionados con patologías de todo tipo.

- Ya que estamos en la Ciudad de las Ciencias y las Artes, aproveche las nuevas tecnologías para escribir un mensaje breve a los médicos generales y de familia y... "Pásalo"

Anteponed los intereses colectivos a los personales para avanzar juntos en la mejora de la calidad de nuestro trabajo. Pásalo.

“La gran ventaja de esta sociedad informatizada es el caudal de información que el facultativo puede llegar a recibir en su lugar de trabajo”

SÍNDROME METABÓLICO: LA EPIDEMIA DE OCCIDENTE

La insulino-resistencia y la evolución de la especie humana: Conclusiones prácticas

Dr. José Enrique Campillo Álvarez

Catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina de Badajoz. Universidad de Extremadura.

EL SÍNDROME METABÓLICO Y EL GENOMA

Entre las numerosas cuestiones que suscita la insulino-resistencia y sus consecuencias, una de las más intrigantes se refiere a cómo ésta característica genética tan perjudicial para la salud del portador, está tan difundida entre la población. Vamos a analizar esta cuestión y para ello recurriremos al punto de vista y a la metodología de una moderna y pujante rama de la medicina, la Medicina Darwiniana o Medicina Evolucionista.

Se acepta que el diseño del organismo humano (codificado en sus genes) es el resultado de millones de años de evolución biológica. La casi totalidad del genoma humano se formó durante la evolución preagrícola y se considera que es el óptimo, el que nos permitió adaptarnos a las modificaciones del medio a las que se enfrentaron nuestros antecesores en cada etapa de nuestra evolución. Es decir, si los genes que favorecen la insulina-resistencia están en nuestro genoma, es porque en algún momento de nuestra evolución nos proporcionaron alguna ventaja de supervivencia e incrementaron las posibilidades de reproducción del portador de tal genotipo.

MODELO EVOLUCIONISTA DEL SÍNDROME METABÓLICO

Se ha propuesto un modelo integrador para explicar el desarrollo epidémico de los componentes del

Síndrome Metabólico. Dentro del contexto de la medicina darwiniana o evolucionista, se define a este modelo como el modelo de los genes ahorradores pleiotrópicos. Este modelo implica cuatro postulados fundamentales:

1.- La selección natural, a lo largo de la evolución biológica, ha programado a algunas especies para disponer de "Mecanismos genéticos ahorradores". Estos mecanismos están basados en algunas características de sus receptores, transportadores de membrana y enzimas, que permiten una más eficaz obtención y retención de aquellos componentes metabólicos, escasos pero necesarios. Por ejemplo nuestros ancestros tuvieron que soportar millones de años de escasez de alimentos, así que un genotipo ahorrador permitiría la supervivencia del portador, su reproducción y por ello la transmisión de sus características genéticas. Los genes que conforman el genotipo ahorrador son genes que aumentan la eficacia en la extracción de energía y su almacenamiento a partir de fuentes dietéticas, de tal forma que favorecen el almacenamiento de grasa en épocas de abundancia de alimentos. Durante los periodos de escasez de alimentos, los individuos con genes ahorradores tendrían ventaja de supervivencia y de reproducción al poder recurrir a la energía extra almacenada previamente en sus depósitos grasos.

Según la medicina darwiniana algunas enfermedades crónicas como la obesidad, la diabetes, la arteriosclerosis o la hipertensión pueden ocurrir por una mala utilización de ese diseño evolutivo, a consecuencia de la sobrecarga excesiva de unos nutrientes que

una vez fueron escasos, pero que ahora son abundantes: calorías, grasas, colesterol, azúcares rápidos y la relación glucosa/energía.

También puede ocurrir lo contrario, que algunas enfermedades crónicas sean consecuencia de la reducción en la disponibilidad dietética o metabólica de aquello que fue en otras épocas más abundante: calcio, fibra, ácido ascórbico o antioxidantes.

2.- La mayor parte de los loci y alelos genéticos desempeñan múltiples actividades en diferentes rutas metabólicas y ejercen diversas funciones fisiológicas. A los loci con múltiples funciones se les denomina pleiotrópicos.

Los genes pleiotrópicos ahorradores, que ocasionan un efecto beneficioso para la supervivencia y reproducción en edades tempranas de la vida, pueden asociarse con un aumento de los factores de riesgo del Síndrome Metabólico en las últimas décadas. Dicho de otra forma, según esta hipótesis una condición patológica como la insulina resistencia y el Síndrome Metabólico serían la expresión extrema y perjudicial de una respuesta que evolucionó a causa de que era beneficiosa en diversas circunstancias (Genotipo ahorrador) y en etapas tempranas de la vida (etapa reproductora).

Conviene tener en cuenta que nuestro acervo genético es el producto de millones de años de evolución de nuestros ancestros en un nicho ecológico que requería mucha movilidad y actividad física, dotaba de una alimentación omnívora y proporcionaba una corta esperanza de vida. Los fenotipos (nosotros) que portan hoy esos genes, están expuestos a estilos de vida sedentarios con alimentación hipercalórica rica en grasas y carbohidratos rápidos, pobre en fibra y con prolongadas esperanzas de vida.

3.- En los últimos 100.000 años prácticamente nuestro genoma apenas se ha modificado, pero los seres humanos hemos alterado dramáticamente las circunstancias ecológicas y ambientales en las que nos desenvolvemos. Este cambio se ha acelerado en los últimos dos siglos. Según esta circunstancia se sugiere que las principales contribuciones al aumento de la

incidencia y prevalencia del Síndrome Metabólico en las sociedades desarrolladas de hoy en día son: Un aumento de las expectativas de vida, que permiten que gran parte de la población alcance edades muy avanzadas y una falta de ajuste entre los genes de la Edad de Piedra, que portamos, y los estilos de vida de la Edad Espacial, que soportamos.

4.- Numerosos alelos que conferían ventajas durante las primeras etapas de nuestra evolución podrían hoy conferir a sus portadores una desventaja, siendo favorecedores del desarrollo del Síndrome metabólico. Este efecto se potenciaría por los cambios en el estilo de vida y del entorno social y físico que incluyen los nuevos patrones nutricionales y dietéticos y el sedentarismo, ya mencionados, así como aquellos factores que nos proporcionan una mayor longevidad como son el aumento de la intervención pública en salud (vacunas, higiene, tratamientos) y la mejora en la tecnología médica.

EL EJEMPLO DE LA ARTERIOSCLEROSIS

La arteriosclerosis es un proceso que ocupa un lugar central en el Síndrome Metabólico y que al interactuar con los otros componentes del síndrome y con otros factores conduce al desarrollo de problemas cardiovasculares. Aunque la arteriosclerosis comienza en edades tempranas no ejerce sus efectos perniciosos hasta pasados los 45 años de edad, por término medio. En estas condiciones es un desorden posreproductivo y que por tanto ha escapado a la fuerza de la selección natural. Pero ¿Por qué hemos heredado esta gran tendencia a desarrollar arteriosclerosis y a padecer sus funestas consecuencias?

Los genes pleiotrópicos operan a través de diversos mecanismos. Vamos a comentar como opera uno de estos mecanismos en relación a la arteriosclerosis. Me refiero a las llamadas mutaciones compensatorias o de intercambio (Trade-off mutations). Son aquellas características genéticas que producen alguna ventaja en edades tempranas de la vida a cambio o en com-

pensación (trade-off) de ocasionar desventajas más tarde. Veamos un ejemplo.

Este es el caso de una cepa de ratones que manifiestan una alteración en la función limpiadora de sus macrófagos. Estos ratones muestran una gran resistencia a padecer arteriosclerosis pero son muy susceptibles a las infecciones. ¿Qué relación pueden guardar estas dos características? En general dentro de los mecanismos que intervienen en la formación de la placa de ateroma se considera que las LDL oxidadas depositan el colesterol en la pared de las arterias y producen daño arterial que es limpiado o reparado por los macrófagos; estas células migradoras constituyen el equipo oficial de basureros del organismo. Pero los macrófagos son la principal fuente de las llamadas células foam, llenas de grasa, que aparecen en las primeras fases del depósito ateromatoso. Así una deficiencia de macrófagos retrasa la formación de ateromas pero hace más susceptible al individuo portador, a las infecciones y, por el contrario, una gran actividad de los macrófagos favorece la arteriosclerosis pero previene de numerosas infecciones. Vemos que un genotipo que permita una gran actividad de los macrófagos proporciona al individuo una mayor ventaja reproductiva al evitar que sufra enfermedades infecciosas en la juventud, al precio de una mayor tasa de arteriosclerosis en edades posreproductivas. Es decir la arteriosclerosis tardía es una compensación por una buena defensa antimicrobiana precoz. Recuerden, el envase no es importante para los genes; es desechable.

CONCLUSIONES

Desde el punto de vista de una nueva rama de la medicina, como es la Medicina Evolucionista o

Darwiniana, el síndrome metabólico surge de la incompatibilidad entre el diseño evolutivo de nuestro organismo y el uso inadecuado que de él hacemos hoy.

El resultado de nuestra adaptación a los cambios ocurridos en millones de años de evolución fue el diseño de un organismo capaz de superar las condiciones ambientales en las que tuvo que evolucionar. Muchos de estos cambios genéticos exigían un precio, una compensación: proporcionaban la supervivencia y la eficacia reproductora en la juventud a cambio de una mayor predisposición a la enfermedad en la vejez. Tal es el caso del genotipo ahorrador cuyo fundamento fisiológico es la insulina-resistencia. Para nuestros antecesores, dentro de sus condiciones de vida, de su alimentación y con un elevado nivel de actividad física, sus genes cumplían su misión y las compensaciones negativas no se ponían de manifiesto.

Pero hoy día las circunstancias ambientales y nutricionales de la vida en los países desarrollados obligan a un uso inadecuado de nuestro diseño evolutivo; Y la experiencia nos indica que cuando hacemos un uso inadecuado de un diseño, el resultado es un funcionamiento incorrecto, es la enfermedad.

Las medidas preventivas que propone la ciencia médica: no comer demasiado, mantener el peso correcto, no abusar de las grasas saturadas ni de los azúcares rápidos, comer abundantes frutas, verduras y hortalizas y practicar ejercicio físico de forma regular, son recomendaciones que pretenden ponernos en paz con nuestro diseño evolutivo, en el mundo actual. En definitiva se trata de conseguir que los genes de la era Prehistórica y nuestras formas de vida de la era Espacial estén en armonía para poder gozar de una vida más saludable y, posiblemente, más feliz.

Síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular

Dr. José Manuel Sánchez Calle

Cardiólogo clínico. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga

Desde la década de los sesenta se conoce el papel de los factores de riesgo como marcadores de enfermedad cardiovascular y se sabe que la agrupación de

varios de estos factores incrementa en forma geométrica el riesgo. A finales de esta década se reconoce el papel de la obesidad como uno de ellos. En 1989,

Reaven describe el síndrome metabólico del cual se hacen distintas definiciones pero que conducen a incluir dos aspectos:

- Conjunción de factores de riesgo
 - Elevación niveles de triglicéridos
 - Reducción niveles de lipoproteínas de alta densidad
 - Incremento niveles de lipoproteínas de baja densidad
 - Hipertensión arterial
 - Hipercoagulabilidad
- Afectación cardiovascular tan precoz que puede aparecer como primera manifestación
 - Hipertensión arterial
 - Cardiopatía isquémica
 - Insuficiencia cardiaca /miocardiopatía diabética

Las distintas definiciones y cortes en las variables definatorias del síndrome ha llegado a cuestionar su

existencia. Se discute en la sí el síndrome aumenta el riesgo cardiovascular por encima de la suma del conjunto de factores de riesgo.

En la presentación se discute la prevalencia de la afectación cardiovascular y el riesgo de mortalidad en el síndrome metabólico. Se hace una aproximación a su patogénesis. Distintos estudios sugieren que la resistencia insulínica y la presión sistólica arterial son los principales determinantes de la disfunción endotelial en el síndrome metabólico. Se presentan unos casos clínicos ilustrativos de la afectación cardiovascular y se discuten aspectos como la prevención cardiovascular, el diagnóstico de la afectación cardiovascular, a quién explorar para detectar aterosclerosis precoz y se analizan si existen algunas alternativas terapéuticas específicas, como el tratamiento hipertensión y la revascularización miocárdica.

Síndrome Metabólico: experiencia del Grupo MAPA-MADRID (1993-2006)

Dr. Juan García Puig.

Unidad de Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

A partir de un pequeño núcleo de médicos y enfermeras del Área 5, pensé que podría haber más profesionales sanitarios interesados en contestar preguntas de investigación relacionadas con la hipertensión arterial (HTA). Por entonces -1993- quisimos poner a disposición de la Atención Primaria un instrumento novedoso para el estudio y tratamiento de la HTA: la Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA).

Desde su formación, este grupo ha intentado aunar las inquietudes de investigación de Atención Primaria con las de varios especialistas del Hospital La Paz (Medicina Interna, Nefrología, Cardiología y Bioquímica), a través de la Unidad de Investigación. En la actualidad, el Grupo MAPA-MADRID se compone de unos 100 médicos que trabajan en diferentes

Centros de Salud pertenecientes a 6 de las 11 Áreas de Salud de la Comunidad Madrid (Prosperidad, Vallecas, Centro, Getafe, Coslada, etc.).

Nuestra colaboración, hasta el año 2006, ha posibilitado la realización de 5 proyectos de investigación financiados por Agencias Públicas que financian proyectos sanitarios, 14 Publicaciones Nacionales, 6 Internacionales, 2 Tesis Doctorales, y diversas comunicaciones a Congresos Nacionales e Internacionales. Dos de nuestros trabajos han sido premiados por la Sociedad Española de Hipertensión. Desde 1996 participamos en ensayos clínicos internacionales.

Con el paso de los años, nuestra actividad ha excedido ampliamente el campo de la investigación y colaboramos estrechamente con los médicos de familia en

la atención clínica de los pacientes con HTA del Área 5 y de otras áreas de la Comunidad de Madrid, especialmente cuando se plantean dificultades terapéuticas o los enfermos requieren un abordaje multidisciplinar.

La coordinación de esta actividad ha sido posible gracias al trabajo ilusionado y desinteresado de varios

especialistas del Hospital La Paz que han dedicado mucho tiempo y esfuerzos a esta labor. Queremos disponer de una estructura organizada que integre la Atención Primaria con el Hospital La Paz, y que posibilite la realización de una investigación y asistencia clínicas de excelencia.



LOS NUEVOS VIRUS QUE NOS ACECHAN ¿CÓMO DEFENDERNOS?

Recursos terapéuticos

Prof. Francisco Zaragoza García

Catedrático de Farmacología de la Universidad de Alcalá de Henares. Madrid

Han pasado algunos meses desde que se dio la voz de alarma en relación con la posibilidad de propagación de la denominada gripe del pollo y sus graves repercusiones sobre la salud y la economía.

Surgen de forma puntual, a modo de brotes aislados, algunas noticias de aves muertas afectadas por el virus, pero, ciertamente, el invierno ha pasado y también aquellas noticias terribles que auguraban mutaciones víricas por las que pudiera verse afectada la especie humana.

Las autoridades sanitarias creen que el riesgo de entrada del mutante H5N1, es decir, la variante letal del virus de la gripe aviar, ha descendido. No obstante, conviene recordar que es preciso mantener el nivel de alerta ante los flujos migratorios de pequeño recorrido, algo que conocen muy bien los especialistas españoles, gracias a los cuales se ha parado este primer asalto.

Las noticias sobre el desarrollo de una vacuna son alentadoras, bastante más que la posibilidad de la aplicación de un tratamiento eficaz como pudiera ser el oseltamivir con su peculiar mecanismo de acción.

Pero no debemos pasar por alto que pueden resurgir otros tipos de brotes, como el SARS con contagio de persona a persona, ó de los virus hemorrágicos como el Ébola. Aún teniendo un efecto autolimitado, las conse-

cuencias de su infección son terribles.

Podríamos citar otros como el virus del Nilo Occidental transmitido por artrópodos ó aquellos que producen también alteraciones neurológicas como la fiebre chinkungunya, pero esto se nos escapa desde el punto de vista del tratamiento ante la escasez de fármacos.

Siendo realistas, haríamos mejor en prestar atención a los virus re-emergentes como los que producen el sarampión ó la rubéola para los que existe vacuna.

En lo referente a recursos terapéuticos directos, hay que afirmar que son escasos y, volviendo al principio, con la gripe aviar, los que hay son parcialmente eficaces y están sometidos a otro tipo de problemas como falsificaciones.

Aún recordamos el intento de acopio de medicamentos antivirales que, al no estar aún registrados en España eran ofrecidos a través de Internet afirmando que se enviaban desde Andorra. Menos mal que intervino a tiempo nuestra Agencia Española del Medicamento la cual, con la colaboración de otras instituciones sanitarias, advirtió eficazmente al ciudadano de los fraudes que se estaban cometiendo al remitir por ese procedimiento ilegal, sustancias que realmente no eran lo que demandaba el solicitante, abusando de su buena fe.

LUMBALGIA. UNA VISIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

SEMIOLOGÍA DIAGNÓSTICA Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Dr. Francisco Albertos Bernabeu

Médico APD. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Valencia

¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO?

- 8 de cada 10 personas padecen un episodio de dolor de espalda al menos una vez en su vida
- En menos del 5% de los casos, el dolor de espalda es síntoma de una patología subyacente de gravedad
- Sólo en un 10-15% adicional, podemos encontrar una causa específica que nos justifique el cuadro, empleando todas las técnicas diagnósticas disponibles

En un 80-90% de los casos no podemos atribuir la causa del dolor de espalda a ninguna lesión específica: lumbalgia inespecífica

CAUSAS DE LA LUMBALGIA:

- Causa grave subyacente (3-5%): s. cola de caballo de cualquier etiología, tumores malignos primarios, tumores malignos metastáticos, absceso epidural, espondilodiscitis con o sin absceso epidural, hematoma epidural, quiste hidatídico, tumor pélvico, infección pélvica, aneurisma abdominal, fractura vertebral complicada.
- Causa específica (10-15%): Hernia discal en la que se correlacionen perfectamente la clínica y los

hallazgos de las pruebas complementarias, estenosis de canal severa, espondilitis anquilosante, otras espondiloartropatías, osteoporosis con aplastamientos vertebrales, enfermedad de Pager, tumores benignos, malformaciones vasculares, linfomatosis, quistes aracnoideos.

- Lumbalgia inespecífica (80-90%): no se encuentran causas.

- El dolor lumbar inespecífico ha alcanzado proporciones de problema sanitario de primer orden en los países desarrollados (endemia no silenciosa) con gran consumo de recursos sanitarios, segunda causa de incapacidad laboral.

- Además se observa que a mayor cobertura socio-sanitaria mayor duración de baja laboral.

- Entre un 5-10% de los pacientes con lumbalgia inespecífica no se reincorporan nunca a su actividad laboral y permanecen crónicamente incapacitados. Este grupo genera el 85% del gasto sanitario y social por patología lumbar.

- Si analizamos la historia natural de la lumbalgia inespecífica, observamos que es un proceso benigno y autolimitado, aunque recurrente.

- La evidencia contenida en la literatura médica pone de manifiesto que en las primeras 4-8 semanas de evolución sólo es necesario realizar la anamnesis y

la exploración clínica, no siendo preciso realizar ningún tipo de estudio radiológico.

- La historia clínica y la exploración correcta nos permite sospechar los casos en que puede haber una patología grave como causa subyacente o una causa etiológica definida, estando en estos casos indicada la realización de las pruebas complementarias oportunas (signos de alerta).

- Hemos de ser cautos a la hora de interpretar los hallazgos radiológicos, preguntándonos siempre si explican o no el dolor del paciente.

- Una buena relación entre primaria y especializada puede ayudar a unificar criterios y mejorar la comprensión de este proceso por parte de los pacientes afectados.

- El síntoma guía fundamental es el dolor, seguido de la limitación de movimientos, que después comprobaremos en la exploración.

A. Aparición del dolor

L. Localización

I. Intensidad

C. Características

I. Irradiación

A. Atenuantes y agravantes del dolor

- Comienzo Agudo: relacionado con esfuerzo o cambio de postura. Etiología mecánica-inespecífica, aunque puede deberse a aplastamiento vertebral osteoporótico, neoplásico, infeccioso, que se aclarará fácilmente según el contexto clínico y con las pruebas complementarias.

- Si tiene antecedentes de artritis: espondilitis.

- Si aparece en el contexto de infección: espondilodiscitis.

- Si ap de hábitos tóxicos, corticoides o inmunosupresores: espondilodiscitis.

- Si ap de neoplasia: descartar en primer lugar metástasis.

- Si dx previo de osteoporosis: fractura de aplastamiento vertebral.

- Si ap de dolor similar: rediviva del mismo proceso.

CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR:

• Ritmo mecánico: empeora con el movimiento y remite en la cama. Al moverse en esta el paciente siente alguna molestia, pero en general, descansa bien. Al levantarse, no presenta rigidez y se mueve bien con flexibilidad. Se debe a procesos inespecíficos de base degenerativa crónica (óseos, ligamentoso, sobrecarga o contracturas de partes blandas).

• Ritmo inflamatorio: empeora en la cama, despertando frecuentemente al paciente. St en la segunda mitad de la madrugada, dificultando proseguir el sueño, e incluso le hace salir de la cama. Se levanta con notable y prolongada rigidez de movimientos, a veces superior a media y una hora, lo que dificulta claramente lavarse, vestirse o calzarse durante bastantes días. Espondilitis anquilosante: está causado por la presencia de un proceso articular (sinovitis) por infecciones o neoplasias.

• Dolor Radicular: dolor continuo que puede aumentar con determinados movimientos, de carácter lacerante y que se acompaña de parestesias y se extiende por la metamera de una raíz o territorio de un nervio periférico.

• Dolor Tumoral: es fuerte, no deja al sujeto dormir y persiste intensamente durante la noche y el día sin encontrar claras posturas de alivio (no hace falta que el paciente esté previamente dx de neo, puede ser la primera manifestación).

INSPECCIÓN:

• De frente: observar si miembros inferiores y pelvis presentan disimetrías o desviaciones que repercutan en la estática de la columna, así como de la altura y simetría de hemipelvis, los pliegues del talle, mamilas, hombros y posiciones del cuello y la cabeza.

• Por detrás: buscar asimetrías, gibas paravertebrales en escoliosis, o mediales en cifosis, disposición



de las escapulas, simétricas alada o desplazadas, alineación safital de la columna, acentuación de las curvas fisiológicas, lordosis lumbar, cifosis dorsal. En las escoliosis cuando se le pide semiflexión, aparece gibosidad paravertebral. La mayoría de las escoliosis son estructuradas desde la adolescencia y no producen dolor, salvo casos muy graves en edades avanzadas. Las actitudes escolióticas, si no son psicógenas, se deben a posturas antiálgicas por diversas patologías, siendo las más frecuentes las hernias discales.

- Los abultamientos en la espalda que podemos observar, normalmente se deben a lipomas, siendo rarísimamente observables los debidos a abscesos, neoplasias o Paget.

- Si en la piel observamos manchas café con leche: neurofibromatosis. Lesiones psoriásicas: espondiloartrópata correlacionable.

MOVILIDAD

- Se explora con el paciente de pie

- Flexión, extensión, distancia dedo-pie, test de Schober que mide la amplitud de la flexión lumbar, inflexiones laterales intentando bajar por el costado, cada miembro superior paralelo al homolateral inferior.

- Hay que fijarse en si los movimientos provocan dolor y en su amplitud, y registrándolo nos puede servir para valorar la evolución.

- La aparición de dolor moderado, sólo al final de los recorridos, suele deberse a procesos inespecíficos-degenerativos.

- Si el dolor es intenso y muy limitante: puede ser lumbalgia aguda (esfuerzo); fractura aplastamiento; patología infecciosa grave; neoplasia

- Si el paciente puede moverse aceptablemente en algunos arcos y muy poco en otros y presenta actitud escoliótica antiálgica puede tratarse de hernia discal.

- Si el paciente está limitado en todos los planos en ausencia de traumatismo reciente, probable origen inflamatorio, infeccioso o tumoral.

- Exploración de sacroilíacas. Dolor en ángulo superointerno glúteos.

PALPACIÓN

- Comprobar tono y sensibilidad dolorosa de los músculos para detectar hipertónicas o contracturas dolorosas o puntos hipersensibles (puntos gatillo).

- Debe hacerse palpación metódica segmentaria de las apófisis espinosas y paravertebral a 2 cm de la línea media.

- Un dolor claramente selectivo a uno o dos niveles, denota una patología subyacente circunscrita, que si es muy preciso e intenso puede deberse a una patología mayor, traumática (espontánea o provocada), infecciosa o tumoral.

- Lo más frecuente es que el paciente refiera dolor difuso en bastantes o muchos puntos mediales y paramediales, más correccionables con patología degenerativa y fibromialgia (además puntos fibromiálgicos).

- Una variante local de la fibromialgia es el síndrome de dolor miofascial, caracterizado por la presencia de puntos gatillo, hipersensibles, que a la presión irradian dolor a la proximidad. Este cuadro es tributario de infiltración local, masaje compresivo y de estiramiento y calor local.

- Para el despistaje de la simulación se recomiendan las siguientes maniobras:

1. Comprimir moderadamente la cabeza o los hombros de arriba abajo, no da dolor en sujetos orgánicos y sí en simuladores.

2. Estando de pie, rotar toda la columna simultáneamente en bloque, asiendo la pelvis. No debe dar dolor en orgánicos.

3. La presión o el pellizcamiento superficial tampoco suele dar dolor.

4. Además estos sujetos suelen referir dolor en zonas atípicas, a distancia o diferentes de las que estamos explorando, topografía que no debe revelárseles, sino preguntarles dónde sienten el dolor para saber si hay o no congruencias.

SIGNOS RADICULARES

- Deben explorarse siempre, máxime si existe dolor en miembros, disestesias, déficit neurológico o empe-

ora con maniobras de valsava.

- Maniobras de elongación radicular: elevación de pierna recta, tanto sentado como en decúbito, estira las raíces ciáticas posteriores, aumentando el dolor a lo largo de su recorrido. Análogamente con el paciente en prono, al flexionar la rodilla y extender la cadera simultáneamente distendemos las raíces de la cara anterior del muslo y aumentará el dolor en estas neuralgias, principalmente en la meralgia parestésica.

- Interpretar como positiva una maniobra de estiramiento radicular no siempre es claro. Para dar más valor a la prueba debe compararse con el estiramiento del miembro colateral. También preguntar si la maniobra aumenta el dolor conocido.

- Hay que explorar la sensibilidad, fuerza y reflejos tendinosos, en sospechas de radiculopatías o mielopatías, que pocas veces estarán presentes en los casos leves o incipientes. Sólo los graves, sobretodo crónicos, mostrarán déficit de sensibilidad, fuerza, masa muscular y alteraciones de los reflejos osteotendinosos, a comparar siempre con el miembro colateral.

RADIOGRAFÍAS

- En puridad no habría que pedir las en la mayoría de las raquialgias, pues como se ha dicho repetidamente, éstas serán inespecíficas y se encontrará normalidad o meros cambios degenerativos correlacionables con los procesos involutivos de la edad. En la realidad, la presión del enfermo y familiares y malas costumbres médicas establecidas hacen pedir las siempre.

- En sentido estricto, sólo habría que solicitar proyecciones de frente y de perfil en raquialgias que se sospeche que son específicas por la presencia de síntomas y signos de alarma, detectados en el interrogatorio y exploración.

- En las específicas sólo deberían solicitarse en sujetos en edades extremas, muy jóvenes o muy viejos y que tuvieran entonces el primer episodio.

- Ni en las radiografías ni en ninguna prueba de imagen aparece la causa del dolor inespecífico que es con mucho el más frecuente. Las radiografías sólo tendrán correlación con la clínica en las excepcionales

raquialgias específicas inflamatorias, infecciosas, tumorales, traumáticas y espondilolistesis.

- Al paciente no hay que decirle que la causa de dolor son hallazgos banales como desalineaciones (rectificación de la lordosis, escoliosis, cifosis), ni cambios involutivos (osteofitos, pinzamientos discales), ni dismorfogenesis (sacralización, lumbarización), ni aumento de la radiotransparencia. En estos casos asociará su dolor reciente a datos estables estructurales (antiguos) y creará, indebidamente, que siempre en lo sucesivo, va a persistir el dolor como persistirá el hallazgo radiográfico banal, creándole un pésimo condicionamiento psicológico, social y laboral.

- En cambio, hay que decirle que las pruebas de imagen no sirven para encontrar la causa del dolor benigno pero son muy sensibles para detectar y descartar la patología mayor (inflamatoria, infecciosa, tumoral, listesis) y que por lo tanto, no padece ninguna de estas afecciones, por lo que es de esperar que le permita su recuperación, más o menos completa, aunque a veces tenga que hacer algún tratamiento analgésico, farmacológico o físico.

- La rx en proyecciones oblicuas sólo están justificadas para ver los agujeros de conjunción en radiculopatías o en espondilolisis-listesis para ver los pedículos.

- Lamentablemente se abusa de las telerradiografías. No están justificadas para comprobar leves dismetrías de miembros inferiores que se miden con el metro. Diferencias menos de 2 cm: no tiene repercusión clínica y no es necesario corregirlas con alza bajo el zapato. Tampoco están justificadas en raquialgias. Sólo están justificadas en curvas evolutivas para medir su grado de variación en meses. Supone en radiación lo que varias decenas de rx de tórax, por lo que es muy reprobable solicitarlas sin fundada justificación, máxime en edades fértiles.

TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTERIZADA

- Superada por la r.m. puede servir en sospecha de hernia discal. Estenosis del canal o patología del arco vertebral posterior. Ocasionalmente, puede ser útil en



infecciones y en algunas fracturas, por consiguiente, se solicita poco.

RESONANCIA MAGNÉTICA (R.M.)

- Es la mejor prueba de imagen disponible.
- Alto coste y difícil accesibilidad.
- Innecesaria en la patología inespecífica (la más prevalente).
- Debe solicitarse sólo cuando se espere que de su información depende el establecimiento del dx, pronóstico y tratamiento inespecífico, no por engrosar el dossier y complacer al paciente.
- Muy indicada para estudiar patologías de partes blandas de columna (hernias, quistes, diversas tumores, infecciones).
- También es muy importante para el estudio de la médula ósea y espinal, de los tumores óseos y nerviosos, fracturas traumáticas o espontáneas, infecciones discales y óseas y abscesos paravertebrales potencialmente expansivos y compresivos.

GRAMMAGRAFÍA ÓSEA

- Innecesaria en las raquialgias inespecíficas.
- Muy útil cuando se sospecha patología específica y la rx simple no son diagnósticas.
- Alta sensibilidad, tanto por su precocidad como para situar una lesión en un nivel preciso.
- Baja especificidad, es decir, darán similar hiper captación puntual del radiosótomo tanto en procesos inflamatorios como infecciosos, neoplásicos, traumáticos, etc.
- No es muy costosa ni muy radiante, pero no se dispone de ella en todos los hospitales.

DENSITOMETRÍA ÓSEA

- Mide la mineralización de los cuerpos vertebrales, más frecuentemente en la osteoporosis.
- Indicada su petición, cuando hay sospecha de desmineralización en el contexto clínico o radiográfico.

co. Por ejemplo, en pacientes con determinadas afecciones, especialmente las inmovilizadas o que precisen corticoterapia, en menopausia precoz, antecedentes personales o familiares de fracturas osteoporóticas, abuso de tóxicos, trastornos digestivos de absorción o renales y otras afecciones menos frecuentes que pueden dar desmineralización ósea secundaria.

- Debe compararse que la osteoporosis no produce síntomas (epidemia silenciosa del siglo XXI) si no hay fracturas visibles, casi siempre con rx o por gammagrafía o rm, por lo tanto, fuera de esta complicación no debe atribuírsele dolor, limitación, ni siquiera cifosis, si no hay fracturas-aplastamientos vertebrales.

ELECTROMIOGRAFIA

- Indicada cuando hay dudas diagnósticas de si el dolor procede de la afección de un tejido nervioso, casi siempre una raíz, comprometida en el agujero de conjunción, por hernia o por osteofito.
- Justificada su petición en neuralgias cérico braquiales, ciáticas y mielopatías. En casos leves, puede ser normal aunque realmente estemos ante una radiculopatía como causante del dolor de origen vertebral irradiado.
- Es de utilidad para el diagnóstico diferencial entre radiculopatía y los atropamientos de troncos nerviosos periféricos.

LABORATORIO

- Sólo se debe pedir cuando se sospecha una patología específica, fundada en el interrogativo y en la adecuada exploración clínica.
- El hemograma y la vgs cambian infecciones o tumores de etiología muy diversa.
- En osteoporosis es muy infrecuente que haya cambios, incluso en el cociente ca/p de sangre y orina, que también puede estar alterado en hiperparatiroidismo, mielomas, osteomalacias...
- HLA B27 es positivo en el 90% de las espondilitis anquilosante y en el 70% de las espondiloartropatías.

Sólo debe ser pedido ante las sospechas de estas afecciones. Cerca del 10% de la población asintomática lo tiene.

- El análisis de orina rara vez contribuye al diagnóstico en las raquialgias: presencia de proteinuria en mielomas, amiloidosis, raras tubulopatías descalcificantes, ácido homogentístico y ocronosis.

BIOPSIA

- Necesaria cuando se sospecha infección o tumor y no se ha podido precisar su dxy etiológica. Puede hacerse por punción, guiada por radioscopia o por abordaje abierto que se puede seguir de una cirugía curativa.

EPILOGO

- La anamnesis y el examen físico son la primera y única e inexcusable exploración. Sin hacerlo, pedir pruebas complementarias es dar palos de ciego.

- A ello no obliga frecuentemente la Administración, dándonos cinco minutos para atender al paciente. De este modo, no hay tiempo para interrogar, examinar, ni explicar y se transfiere muchas veces indebidamente el diagnóstico desde la clínica a las pruebas complementarias, dando lugar a un mayor gasto y demora asistencial.

- La gran mayoría de las raquialgias, generalizadas o localizadas, son de etiología inespecífica y en la inmensa mayoría de las veces, ninguna prueba diagnóstica contribuirá a mejorar ni su diagnóstico, ni su pronóstico, ni su tratamiento.

- Solicitar pruebas injustificadas, demora el dx, el tratamiento y retrasa la incorporación del paciente a sus actividades y le crea unas expectativas de enfermedad más grave.

- El 90% de los lumbagos agudos se curarán (solos) en 4 semanas con cualquier tratamiento.

- En consecuencia, sólo hay que recomendar anal-

gesia o aines o miorelajantes para disminuir los síntomas y recomendar al sujeto que intente mantener su actividad, si el dolor no lo impide.

- Ni el reposo sistemático ni el pedir pruebas, sin necesidad, son ya conductas acertadas, a la vista de la evidencia científica actual.

- El dolor mecánico puede originarse tanto en las estructuras óseas como en las musculares, predominando en la mayoría de los casos el componente de partes blandas, siendo las malas posiciones en las actividades cotidianas: sentarse, agacharse, mover objetos la causa más frecuente del dolor mecánico.

- La búsqueda y corrección de los factores desencadenantes y agravantes del dolor de espalda es imprescindible para evitar las redivivas.

- En los síndromes de dolor crónico mecánico es imprescindible informar al paciente de las posibles causas de su dolor, de su evolución en general benigna y comprometerlo en el manejo del mismo. Debemos investigar siempre la existencia de factores psicosociales.

- El ejercicio físico es uno de los pilares en el manejo del dolor de espalda mecánico.

- Hay evidencia científica de calidad respecto a que el reinicio precoz de las actividades cotidianas, mejora el pronóstico funcional de los episodios agudos de dolor de espalda.

- "Cuando prescribimos reposo, estamos prescribiendo incapacidad". Waddel.

- Sólo pueden correlacionarse con hallazgos de imagen o analíticos los síntomas de la gran patología específica.

- Nunca deben correlacionarse los cambios degenerativos, dismorfogénesis o variantes de la normalidad. Hacer esto, además de inexacto es inconveniente para el enfermo.

- Una vez más, el conocimiento, la clínica y el sentido común son los fundamentos de la exploración y enfoque del enfermo, en esto caso raquiálgico.



Guía de Práctica Clínica. COST B13: lumbalgia inespecífica

Dr. Mario Gestoso

Director Médico Fundación Kovacs. Palma de Mallorca

El dolor de espalda afecta al 80% de la población en algún momento de su vida y causa un gasto público equivalente al 1,7%-2,1% del PIB. La práctica clínica habitual de la lumbalgia es muy variable -debido a que intervienen distintos especialistas que aplican criterios y tratamientos diferentes ante un mismo paciente- y, en ocasiones contradictoria con las recomendaciones emanadas de los estudios científicos. Ello conlleva que el tratamiento no siempre es el óptimo, que se somete a los pacientes a procedimientos de eficacia no comprobada (o, incluso, inútiles o contraproducentes), así como a riesgos innecesarios.

Ante esta circunstancia, la Comisión Europea lanzó en 1999 un programa de ámbito paneuropeo, denominado COST B13, con el objetivo de definir los estándares de prevención, diagnóstico y tratamiento que recomienda la evidencia científica para la lumbalgia, y fomentar su aplicación en toda Europa.

Durante 5 años, 48 expertos de 14 países (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Holanda, Israel, Italia, Noruega, Reino Unido, Suecia, Suiza) han revisado todos los estudios científicos sobre aspectos que resultan útiles para definir las mejores pautas de prevención, diagnóstico o tratamiento de la lumbalgia. En total, han analizado 74 guías de práctica clínica y 871 revisiones sistemáticas y estudios clínicos.

El resultado es una "Guía de Práctica Clínica", con recomendaciones para los médicos asistenciales, que se caracteriza por ser multinacional, multi-

disciplinaria (han participado todos los profesionales implicados, como médicos de atención primaria, reumatólogos, rehabilitadores, traumatólogos, epidemiólogos, médicos del deporte, médicos del trabajo, psicólogos, fisioterapeutas, etc.), estar basada estrictamente en la evidencia científica y ser imparcial: toda la labor ha sido financiada exclusivamente por la Comisión Europea y entidades públicas o sin ánimo de lucro. Además, la Guía COST B13 es la única completa en el abordaje del dolor de espalda, siendo la primera que incluye recomendaciones tanto para la lumbalgia aguda, como la lumbalgia crónica y la prevención de la lumbalgia.

Este aspecto es especialmente relevante, ya que hasta la fecha distintos países habían desarrollado "guías" para la lumbalgia, pero sólo se referían a la lumbalgia aguda, que tiende a curarse espontáneamente y causa menos del 25% del coste total que genera esta afección. El verdadero problema clínico, social y económico lo constituye la lumbalgia crónica; no tiende a curarse espontáneamente y genera más del 75% de los costes globales. La Guía Europea COST B13 es la primera que incluye recomendaciones científicas para su prevención, diagnóstico y tratamiento.

VERSIÓN ESPAÑOLA

Dado que la efectividad, seguridad y eficiencia de una tecnología dependen de las condiciones en las que se aplican, así como de aspectos organizativos que varían de un país a otro, todas estas reco-

mendaciones de ámbito internacional aprobadas por unanimidad deben ser adaptadas a cada país teniendo en cuenta estas particularidades.

Con este fin, en España se ha constituido un Grupo de Trabajo Español, formado por los expertos designados por todas las profesiones sanitarias implicadas (médicos, fisioterapeutas, psicólogos, etc.), las especialidades médicas relevantes (médicos de atención primaria, rehabilitadores, radiólogos, reumatólogos, traumatólogos, neurocirujanos, médicos del trabajo, etc.), las entidades científicas especializadas en las dolencias de la espalda (Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda, etc.) y los organismos involucrados en la evaluación de la calidad de la evidencia científica o la elaboración de Guías de Práctica Clínica (Centro Cochrane Iberoamericano, Grupo de Guías de Práctica Clínica de la Red de Medicina Basada en la Evidencia, etc.).

La versión española de la Guía de práctica clínica del programa europeo COST B13, ya ha sido aprobada y adoptada por GuíaSalud, lo que la convierte en la "guía oficial de referencia" en nuestro país para la lumbalgia. Además su uso es recomendado por los Consejos Generales de Colegios Oficiales de Médicos y de Fisioterapeutas, sociedades científicas, sindicatos y organizaciones de consumidores.

La aplicación de sus recomendaciones mejora la efectividad, seguridad y eficiencia de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la lumbalgia. Entre sus consejos más llamativos, destacan los siguientes:

- a. No se deben pedir rutinariamente pruebas diagnósticas (como radiología o resonancia magnética).
- i. Sólo hay que hacerlo en la minoría de casos en los que existen síntomas o signos que demuestran su conveniencia y que sus resultados van a servir para optimizar el tratamiento.
- ii. En los demás casos supone un riesgo injustificado (una sola radiografía de columna conlleva una irradiación equivalente a 15 radiografías de

pulmón) e incluso resulta clínicamente contraproducente (pues induce la aplicación de tratamientos inadecuados).

b. En caso de lumbalgia, es contraproducente guardar reposo. Por el contrario, lo conveniente es mantener el mayor grado posible de actividad física.

c. Para el tratamiento de la lumbalgia, están indicados los fármacos (en una primera fase antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos o relajantes musculares de manera transitoria. En una segunda, antidepresivos tri o tetracíclicos –no por su efecto antidepresivo, sino por su efecto analgésico- y, finalmente, opiáceos si son precisos), el ejercicio físico, la intervención neuroreflejo-terápica, el tratamiento cognitivo conductual, los parches de capsaicina, el PENS (neuroestimulación percutánea) y los programas multidisciplinarios.

d. Por el contrario, la evidencia científica disponible no permite recomendar la electroterapia (corrientes interferenciales, onda corta, magnetoterapia, TENS, etc.), la ozonoterapia, las infiltraciones, las tracciones lumbares, la manipulación vertebral o la acupuntura. La cirugía no está indicada, salvo en casos excepcionales en los que el dolor persiste durante más de 2 años –pese a todos los demás tratamientos- e, incluso en ese caso, sólo donde no estén disponibles programas de ejercicio físico con un enfoque cognitivo-conductual, que obtienen los mismos resultados con menos riesgo y coste.

e. Para prevenir la lumbalgia, las recomendaciones más fundamentadas son realizar ejercicio y aplicar programas de educación que fomenten mantener el mayor grado de actividad física y evitar el reposo en caso de dolor. En el ámbito laboral, esas medidas se complementan con normas de higiene postural y ergonomía, y cambios organizativos en los que los trabajadores deben implicarse.

La Guía está disponible gratuitamente en la Web de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (www.REIDE.org), desde la que puede ser descargada libremente.

Tratamiento quirúrgico. Cuestiones básicas

Dr. Andrés Barriga

Traumatólogo. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

La cirugía de la columna lumbar es el último escalón del tratamiento del dolor lumbar y se reserva para aquellos pocos casos en que las medidas conservadoras han fracasado, el dolor incapacita al paciente para sus actividades habituales y éste se encuentra motivado y psíquicamente preparado para la cirugía.

La aparición de un déficit neurológico progresivo,

Síntoma principal

- Radiculopatía en territorio ciático
- Claudicación neurógena (estenosis de canal)
- Dolor lumbar
- Fractura vertebral osteoporótica
- Fractura vertebral no osteoporótica

Si coexisten más de dos síntomas en el mismo paciente se pueden combinar procedimientos (por ejemplo laminectomía y artrodesis en una paciente que además de claudicación neurógena tiene dolor lumbar incapacitante)

como en un síndrome de cauda equina o una hernia discal paralizante, es la única indicación absoluta para realizar la cirugía sin demora y antes de agotar las medidas no quirúrgicas.

El planteamiento básico para la cirugía viene indicado por la sintomatología del paciente y se resume así:

Tipo de cirugía lumbar

- Hemilaminectomía y discectomía
- Laminectomía o recalibrado lumbar
- Artrodesis (instrumentada o no)
- Vertebroplastia o cifoplastia
- Artrodesis posterolateral con reducción

Si la indicación es correcta, el paciente está motivado y no existe conflicto laboral el resultado suele ser bueno con mejoría del dolor y reintegración del paciente a su vida habitual incluyendo el deporte y el trabajo físico pesado.



ABORDAJE DEL SÍNDROME CORONARIO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Diagnóstico precoz del síndrome coronario agudo

Dr. Isidro López Rodríguez

Médico General. Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la SEMG

El término síndrome coronario agudo se refiere a una gama de eventos cardiovasculares cuya fisiopatología común es la isquemia del miocardio. Dicha denominación comprende: Angina inestable; infarto de miocardio (IAM) sin elevación del segmento ST (SCASEST),

en el cual dicha anomalía electrocardiográfica suele estar ausente; e IAM con elevación del segmento ST, en el que generalmente se observa una elevación persistente de dicho segmento en el registro electrocardiográfico.

Aún cuando no goza de una aceptación universal, el término angina inestable (AI) se aplica a toda situación clínica comprendida entre una angina estable y un infarto de miocardio. Tan amplia definición, que entraña diversidad de mecanismos fisiopatológicos, implica a muy diversos pacientes y conlleva diferentes aspectos evolutivos. Se han descrito tres formas de presentación de la angina inestable: Angina de reposo, angina de reciente comienzo (nuevo diagnóstico), angina en progresión.

El infarto agudo de miocardio puede definirse como la necrosis irreversible del miocardio debida a isquemia miocárdica. De acuerdo con los criterios de la OMS, para el diagnóstico de IAM han de concurrir al menos dos de los tres criterios siguientes: Dolor torácico de patrón isquémico, concentraciones séricas de creatin kinasa-MB (CK-MB) elevadas, cambios electrocardiográficos típicos (incluyendo la aparición de ondas Q patológicas). Sin embargo, la CK-MB no es un marcador sensible de necrosis miocárdica, por lo que la aplicación de tales criterios conllevaría un diagnóstico erróneo en un buen número de pacientes; no obstante, con finalidad epidemiológica, los criterios de la OMS gozan de una gran especificidad. Sin embargo, con finalidad de estratificación de riesgo y para establecer el tratamiento oportuno es menester disponer de herramientas de identificación de daño cardíaco de mayor sensibilidad.

La angina inestable y el SCASEST son eventos muy próximos, dentro del espectro clínico y fisiopatológico, cuya presentación clínica puede ser indistinguible. Que se distingan entre sí dependerá de si la isquemia es suficientemente grave como para causar daño miocárdico y que haya liberación de marcadores de necrosis del miocardio en cantidades detectables.

El proceso central que subyace en el desarrollo de un evento isquémico es la rotura de una placa de ateroma. Dicha eventualidad (cualquiera que sea la forma que adopte: fisura o rotura completa), a través de mecanismos intermedios, resulta en el estímulo de la adhesión y agregabilidad plaquetaria lo cual determina la formación de trombos dentro del vaso coronario afectado.

DIAGNÓSTICO

Los elementos del diagnóstico, por tanto, retomando los criterios de la OMS, descansan en tres pilares:

1. Presencia de dolor torácico con patrón isquémico
2. Hallazgos anormales en el electrocardiograma (ECG)
3. Detección de marcadores de necrosis del miocardio en el análisis de bioquímica

1.- Dolor torácico

La evaluación del dolor torácico debe iniciarse con la elaboración de una buena historia clínica, que ha de ir dirigida a identificar:

- Características del dolor
- Tiempo de inicio
- Duración de los síntomas
- Condiciones que lo modifican

A ello ha de añadirse el examen físico que explore los signos vitales y la situación hemodinámica del paciente.

Dentro del aspecto descriptivo del dolor de perfil isquémico hemos de considerar:

- a) Si es subesternal y opresivo
- b) Si es provocado o agravado por el esfuerzo
- c) Si se alivia con el reposo o con nitroglicerina

Con este enfoque podremos establecer tres categorías, en la aproximación al diagnóstico de SCA:

A.- Dolor anginoso típico.- Aquel que cumple las tres características. Supone una elevada probabilidad de estar ante una CI en cualquier grupo de edad.

B.- Dolor anginoso atípico.- Tiene sólo dos de las características reseñadas. Conlleva un riesgo intermedio de CI en las mujeres mayores de 50 años y en todos los hombres.

C.- Dolor no anginoso.- Posee sólo una de las características apuntadas. Implica un riesgo intermedio de CI en las féminas mayores de 60 años y en los varones de más de 40 años de edad.

La probabilidad de un IAM es mayor si existe, además, alguno de los siguientes datos clínicos:

- Dolor que se irradia a ambos brazos
- Hipotensión

- Galope S3 en la auscultación cardíaca
- Diaforesis
- Otros factores a considerar: Edad mayor de 60 años, sexo masculino, IAM previo

La regla de decisión de Rouan, constituye una buena guía para la orientación desde los signos y síntomas del paciente, teniendo en cuenta, no obstante, que a ningún nivel de riesgo se puede descartar por completo la existencia de un IAM.

Si tenemos en cuenta que un 3% de los pacientes a los que se les diagnosticó un dolor torácico de causa no cardíaca, fallecen por o sufren un IAM, en el transcurso de los siguientes 30 días, cabe indicar que se ha de hacer un estrecho seguimiento de aquellos pacientes que presenten factores de riesgo cardiovascular (CV), como sexo masculino, edad avanzada, diabetes mellitus, hiperlipemia, CI previa, insuficiencia cardíaca.

Una vez que la exploración física ha estrechado el margen del diagnóstico diferencial, las pruebas complementarias ayudan a establecer si el paciente padece o no una CI, de mayor o menor gravedad.

2.- ECG

Constituye la mayor fuente de datos e idealmente debería realizarse dentro de los 5 minutos que sigue a la aparición del dolor torácico.

A la mayoría de los adultos con dolor torácico se les debería hacer, al menos, un ECG y una radiografía de tórax (a no ser que los datos disponibles indiquen la ausencia de enfermedad grave o de CI).

Entre aquellos casos en los que se detecta una elevación del segmento ST de 1 mm o más, la probabilidad de que exista un IAM es del 80%, la cual desciende hasta el 20% para el caso de la depresión del ST o de una inversión de la onda T que no sean antiguas. En ausencia de datos de ECG sugestivos de isquemia, el riesgo de IAM fue del 4% para aquellos pacientes con historia de cardiopatía isquémica (CI) y del 2% para aquellos casos en los que no constaba dicha historia. Es preciso recordar, sin embargo, que hay diversas situaciones patológicas (y aún variantes de la normalidad) que conllevan anomalías del segmento ST sin que por ello indiquen la existencia de CI.

3.- Detección de marcadores de necrosis de miocardio

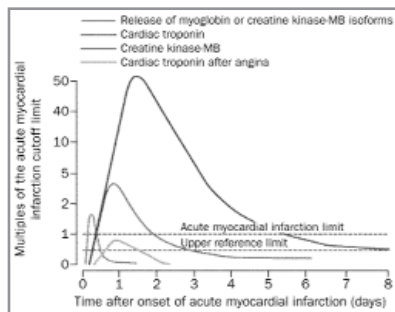
De la importancia de los marcadores de daño miocárdico como elemento de valoración clínica nos habla la reciente modificación del diagnóstico de IAM propuesta conjuntamente por la Sociedad Europea de Cardiología y el Colegio Americano de Cardiología y que cualquiera de los criterios siguientes cumple las premisas para establecer, per se, el diagnóstico de IAM reciente, en curso, o agudo:

1. Elevación típica y caída gradual (Troponina) o unas más rápidas elevación y caída (creatin kinasas-MB), con al menos uno de los siguientes:

- Síntomas de isquemia
- Aparición de ondas Q patológicas en el ECG
- Cambios electrocardiográficos indicativos de IAM (elevación o descenso del segmento ST)
- Intervención cardíaca coronaria

2. Hallazgos anatomo-patológicos de un IAM

El patrón de variación de los diferentes marcadores de daño miocárdico queda recogido en la siguiente gráfica (tomada de E. Boersma y cols):



Los datos se representan en una escala relativa, donde 1 es el punto de corte de la concentración de cada marcador para el IAM.

MANEJO

Una vez establecido el diagnóstico procede el TRASLADO INMEDIATO del paciente al punto de atención, apto para su asistencia, más próximo y por la vía más rápida posible, no en vano se trata de una situación de EMERGENCIA. No obstante, hemos de cerciorarnos de que el paciente se encuentra en condición hemodinámica estable, que permita el traslado; de lo contrario la actuación inmediata sería perseguir tal estabilización en el paciente.

No obstante, es preceptivo adoptar unas normas básicas de actuación, en tanto el traslado no se produce y en el transcurso del mismo, si tales resultan aplicables.

Rehabilitación del paciente con Síndrome Coronario Agudo

Dr. José A. de Velasco Rami

Cardiólogo. Servicio de Cardiología Hospital General Universitario. Valencia
Sociedad Española de Cardiología (SEC)

La Rehabilitación Cardíaca (RC) comenzó a implantarse después de su definición y recomendaciones por parte de la Organización Mundial de la Salud en 1972. Esta definición ha ido cambiando con el tiempo y hoy la RC debe incluirse como una actividad más, dentro de la Prevención Secundaria (PS) de la Cardiopatía Isquémica (CI). Se resumen las fases que deben comprender los programas de RC y se hace hincapié en que el principal objetivo lo constituye el control adecuado de los factores de riesgo entre los que se incluye el sedentarismo.

Existen datos que ponen de manifiesto que la PS no se practica correctamente (Registros españoles del PREVESE y otros, y europeos de EUROASPIRE) y no se siguen las recomendaciones de las Sociedades científicas tanto nacionales como internacionales. La situación de nuestro país es similar a la europea.

Sin embargo, en cuanto a la RC nuestra situación es mucho más precaria. Se presentan datos referentes a este problema y se analizan sus causas.

La reciente iniciativa de la Sociedad Europea de Cardiología de implantar un modelo de PS y RC que sea más aceptado y asequible, se engloba en el proyecto EuroAction, en el que ha participado nuestro país. Sus resultados definitivos se conocerán en breve, pero los provisionales ya indican que un equipo multidisciplinar basado en Enfermería con la supervisión del cardiólogo que incluya a los pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) después del alta en los hospitales y otro en Atención Primaria, incluyendo individuos con riesgo de sufrir una CI (diabéticos, hipertensos y dislipémicos) puede representar una alternativa que mejore la PS y RC de los pacientes coronarios.



NUEVO MODELO DE RECETA: UNA HERRAMIENTA IMPRESCINDIBLE

La burocracia en las consultas de Atención Primaria

Dr. Isidro López Rodríguez

Médico General. Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la SEMG

Como todo el mundo reconoce, el tiempo es uno de los recursos más importantes de que dispone el médico de Atención Primaria para hacer bien su trabajo. Disponer o no de tiempo suficiente, condiciona sustancialmente la práctica clínica, desde una actitud

resolutiva, eficiente y motivadora cuando se dispone de tiempo suficiente, a una actitud de supervivencia cuando no se dispone, derivando en exceso problemas que se podrían resolver en el primer nivel asistencial, centrándose más en lo obvio y olvidando

aspectos sustanciales como la prevención, educación sanitaria y aspectos psicosociales, produciendo una pérdida de competencia, eficacia y motivación.

Como es bien sabido, los médicos de Atención Primaria españoles somos los que menos tiempo por visita podemos dedicar a nuestros pacientes de toda Europa y desde hace años apenas hemos mejorado los cinco minutos de media, muy lejos por tanto de los 10 – 15 minutos mínimos recomendados por la bibliografía.

Lo realmente lamentable de la situación de la Atención Primaria es que entre un 30 y un 40% del escaso tiempo que los médicos disponemos, lo dedicamos a tareas burocráticas que apenas añaden valor clínico a nuestro trabajo, siendo la repetición de recetas el paradigma de esta situación. La repetición de recetas supone unas 75 horas semanales cada 10.000 habitantes.

El pasado 22 de abril de 2005 en el I Foro Nacional de Médicos de Atención Primaria, donde se presentó públicamente "El Compromiso de Buitrago", se concluyó de forma unánime, que la primera medida a conseguir, era el cambio sustancial del modelo de receta actual, ya que esta medida era la que a un coste mínimo, podía mejorar rápida y eficazmente la escasez de tiempo por consulta. Muchos sentimos que la Atención Primaria de nuestro país está agonizante y necesita unas medidas urgentes de reanimación, necesita mayor cantidad de presupuesto, necesita liberar tiempo para la labor clínica de forma rápida como es un cambio radical del modelo de receta, necesita capacidad de maniobra con sistemas informáticos orientados a la gestión clínica y no solo al control, se necesita una mejora salarial de los maltrechos ingresos de sus médicos, replanteándose entre otras cosas el cambio de sentido y retributivo del perverso concepto de Atención Continuada, origen de abusos empresariales y de los contratos basura.

El 10 de noviembre de 2005 se presentó en rueda de prensa nacional la propuesta de modelo de receta por parte de la Plataforma 10 minutos y el OSAP

Observatorio Sanitario de Atención Primaria www.observatoriosanitario.org con la idea de que fuese un lugar de encuentro de mentes inquietas y libres, un lugar donde encontrar la perspectiva de lo que pasa en la Atención Primaria de España y del mundo, un lugar de acogida y de apoyo, un lugar donde encontrar información relevante.

El despropósito del modelo actual de receta es que une en un solo acto tres conceptos diferentes como son la prescripción, la receta y la facturación. El simple hecho de poner en una receta varios envases y varios fármacos mejoraría radicalmente la situación.

Sin duda la aplicación de sistemas informáticos puede suponer un gran avance, siempre y cuando facilite la labor del clínico, haciendo que este sea más rápido, minimice el acto burocrático, consiga ágilmente los datos que genera para una mejor gestión de la organización y del conocimiento y especialmente se preserve la confidencialidad del paciente.

En algunas autonomías se está invirtiendo mucho dinero en sistemas informáticos de bases centralizadas, que están presentando serios problemas por la gran cantidad de datos que se concentran en una sola base. Estas bases centralizadas producen bloqueos del sistema, como ya ha ocurrido en Valencia con el sistema ABUCASIS, importantes dificultades del clínico para acceder a los datos que genera para mejorar su trabajo y sobre todo presentan una alta posibilidad de riesgo de vulnerar de la confidencialidad de los datos del paciente, por la codiciosa acumulación de datos personalizados de gran cantidad de ciudadanos. Se está invirtiendo grandes cantidades de dinero en las bases centralizadas, lo que supone una pérdida de oportunidad para aplicar otros sistemas más racionales y eficaces, pudiendo suponer una hipoteca en el desarrollo de la Atención Primaria para muchos años.

Sin duda es la informática la herramienta que se debe utilizar y actualmente hay alternativas que pueden mejorar sustancialmente los inconvenientes de

las bases centralizadas, a un coste incluso inferior como son los sistemas de bases centralizadas con tarjetas chip que porta el paciente. Las bases descentralizadas son mas ágiles y no tienen la dependencia tecnológica de las bases centralizadas, el clínico accede con facilidad a los datos que genera para una mejor organización y gestión clínica, permite aportar a las administraciones los datos que esta necesita para sus gestión e inspección y especialmente le da la paciente la libertad de elección, pudiendo recoger sus recetas en todo el territorio nacional y tener el control de sus datos, teniendo la

posibilidad de decidir que información da, donde la da y a quien se la da, asegurando la confidencialidad de sus datos, lo que no ocurre con las bases centralizadas.

Actualmente es posible, se puede disminuir drásticamente la burocracia, mejorar la gestión clínica y que el paciente tenga libertad de elección y control de sus datos, lo que le permite preservar su intimidad, lo que es clave para la mantener una buena relación médico paciente que solo se puede basar en la confianza mutua.



MESA DE CONTROVERSIAS

MEDICALIZACIÓN DE LA SOCIEDAD, ¿ESTAMOS CONVIRTIENDO A LOS CUIDADANOS EN UN CONJUNTO DE PACIENTES?

Malicia Sanitaria, y la necesaria prevención cuaternaria que atempere la medicalización de la sociedad

Dr. Juan Gérvas
 Médico General. Equipo CESCA. Madrid

Es malicia sanitaria el conjunto de actividades sanitarias que se proponen respecto a problemas ciertos o imaginarios, que se caracterizan por su dudosa utilidad para el individuo y la sociedad, y por su indudable beneficio para quienes los promueven y promocionan. Hay

actividades con malicia sanitaria en la prevención, curación y rehabilitación.

Por supuesto, muchos médicos que ofrecen malicia sanitaria no son médicos maliciosos, sino ignorantes. Pero la ignorancia no exime de la responsabilidad consecuente. Y uno no sabe

qué es peor, si la malicia o si la ignorancia.

El término "malicia" no lo he escogido al azar, sino por su connotación de "intención encubierta que de algún modo daña al prójimo". Por ejemplo, es malicia sanitaria el típico "chequeo" indiscriminado del individuo sano (niño, adolescente, mujer, obrero, adulto, anciano) que tanto se promociona y tantos intereses mueve. En otro ejemplo, es malicia sanitaria el conjunto de actividades en torno a la prevención del cáncer de mama mediante la mamografía de cribado, pues la información necesaria para decidir la participación voluntaria se presenta en forma engañosa a la mujer. Así, esta puede tener daños "inesperados", como falsos positivos y falsos negativos, y sus consecuentes problemas, que no benefician al individuo, y aportan un beneficio social dudoso.

Malicia sanitaria es también, y algo peor, la promoción de la autoexploración mamaria, que sabemos no tiene ningún beneficio (ni siquiera dudoso). Lo mismo sucede con la citología de cuello de útero, que se promociona como cribaje en España, pese a su carencia de fundamento científico en nuestro entorno. Otro sí, la promoción del cribaje del cáncer de próstata mediante el uso de la determinación del PSA, que además de carecer de base científica, conlleva muertes, impotencias, septicemias, e incontinencias. ¡Qué decir de todas esas "epidemias ruidosas" llevadas a su paroxismo por la incontinente actividad de todos los interesados (profesionales e industriales), como la osteoporosis, la fibromialgia, la hipertensión, el síndrome metabólico, el ataque de pánico, la escoliosis, el colon irritable, la depresión, y demás enfermedades imaginarias (por definición, o por la ampliación de su definición).

El médico general bien formado, con su recto proceder y con su conciencia viva es la última barrera que le queda al paciente y a la

sociedad frente a una presión que coincide con el deseo inveterado de la eterna juventud (que ya consta en el poema de Gilgamesh, del año 2000 aC). Es prevención cuaternaria el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Hacer prevención cuaternaria es decir "no" a muchas propuestas indecentes, y ofrecer alternativas decentes y científicas. Hacer prevención cuaternaria es cambiar el miedo que crea la malicia sanitaria por el bienestar de saber que lo importante es la calidad de la vida, no la cantidad de la misma.

La prevención cuaternaria no elimina sino sólo atempera la medicalización de la vida diaria, pues una parte de la medicalización es ajena al acto médico y tiene profundas razones sociales, culturales y psicológicas.

Hacer prevención cuaternaria en la consulta de Atención Primaria es cumplir con el objetivo científico de la Medicina General, que busca "la máxima calidad con la mínima cantidad". Nuestros pacientes son personas, y merecen una atención personalizada. Las personas sufren como tales, no como "cosas" a los que algunos robots (médicos maliciosos y/o ignorantes) prestan la atención sumada y enredada que recomiendan las múltiples guías y los muchos protocolos. No basta con ofrecer la calidad extrema a cada problema, sino la calidad necesaria al conjunto de los problemas, en el lugar más cercano posible al paciente. Así se evitan interacciones, efectos adversos y efectos secundarios, y su cohorte de errores sanitarios. Hay que ofrecer, repito, la máxima calidad con la mínima cantidad (de intervenciones), en el lugar más cercano posible al paciente.

Frente al vicio de la malicia sanitaria, la virtud de la prevención cuaternaria. Es la única alternativa para ofrecer una Medicina General

Situación de la enfermedad de Chagas en Perú

Dr. Germán A. Delgado Sánchez

Presidente de la Federación Nacional de Médicos Peruanos de España.

Esta enfermedad infecciosa producida por el *Trypanosoma Cruzy* y transmitida por las "vinchucas", afecta a unos 16 millones de personas en América Latina, principalmente a los de estratos sociales más bajos que habitualmente viven en zonas semirurales y rurales.

En Perú, si hacemos caso a los estudios que se han hecho en momias, esta enfermedad se conoce desde la época prehispánica, si bien como puntualizan los estudiosos del tema se restringía al ciclo silvestre, y es a partir de la llegada de los europeos cuando se rompe el equilibrio e introducen al hombre en el ciclo, que se transforma además en una fuente de alimento para los triatomas y en receptor del tripatosoma.

El país cuenta con dos áreas endémicas importantes y que corresponden a la región sudoccidental (Departamentos de Tacna, Moquegua, Ica y Arequipa, siendo esta última la más afectada). La otra área corresponde al norte y nororiente (departamentos de Cajamarca y Amazonas). Ambas áreas con una prevalencia de 2-6%.

En el campo preventivo se intenta implicar a la comunidad, enfocando la Atención Primaria interdisciplinaria

del paciente chagásico y de la población de riesgo educando y modificando la situación de marginación y de olvido que padecen los pacientes víctimas de esta enfermedad de la pobreza, agravada por su ocultamiento.

El enfoque terapéutico no difiere al de otros países, si bien nos encontramos con ciertas dificultades, ya que el benznidazol, por motivos de producción del mismo en Brasil, se va limitando su uso, aunque Laboratorios Bayer ha ofertado como alternativa el nifurtimox, que se reparte de forma gratuita en zonas endémicas.

En lo relativo al tratamiento de las complicaciones tenemos puesta la esperanza en los medios quirúrgicos y se ve con optimismo el uso de las células madre en la reparación del tejido cardíaco.

No quisiera terminar sin apuntar que esta enfermedad es considerada de poca prioridad en su atención dado que no es una enfermedad que se "diagnostique" clínicamente de forma fácil y pasa desapercibida, teniendo consecuencias en la edad adulta que son graves.

Proyecto Chijmuri en Bolivia

Dra. Maria Esther Ampuero Jauregui

Dr. Victor Marcelo Carvajal Borja- Presidente de la Sociedad Boliviana de Medicina General

El pasado año en la ciudad de Gijón, se presentó un trabajo sobre la enfermedad de Chagas en Bolivia, con el impacto socioeconómico en la población Boliviana. La Fundación SEMG - SOLIDARIA, impresionada con esta presentación resol-

vió dar curso a un proyecto piloto para el diagnóstico y tratamiento para menores de 14 años en la comunidad de chijmuri, apoyada con la donación de médicos que obtuvieron premios en un evento científico en Galicia.

OBJETIVO

Realizar el diagnóstico y tratamiento a menores de 14 años en el área de influencia en Chijmuri.

PERSONAL

Medico Jefe del Proyecto (sin renumeración)
Medico de Chijmuri (sin renumeración)
Auxiliar de enfermería de Chijmuri (sin renumeración)
Promotores de salud (3)
Conductor de motocicleta (2)

COSTE

16000 \$, financiados por la Fundación SEMG-SOLIDARIA

METODOLOGÍA

- Socialización del proyecto, por medio de trípticos de información.
- Encuesta bilingüe, castellano y quechua, para la localización del área de trabajo.
- Talleres de información y educación comunitarios

ÁREA DE TRABAJO

De acuerdo a resultado de encuestas se define como las localidades de Chijmuri, Milluni, Los Álamos y sociojcksniok como áreas de trabajo.

TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE

En coordinación con el personal del laboratorio de SEDES - CHUQUISACA, se realiza el trabajo en las localidades mencionadas.

TRABAJO DE LABORATORIO

En coordinación con el laboratorio del SEDES - CHUQUISACA.,se procesan las muestras

RESULTADOS, TRATAMIENTO Y CONTROL

Obtenidos los resultados de laboratorio se realiza el tratamiento respectivo con benznidazol, medicamento aplicado por la mejor tolerancia en nuestro medio.

COMPLICACIONES

Control permanente y tratamiento a las complicaciones de la medicación indicada.

CONTROL POST TRATAMIENTO

A los 16 meses de instaurada el tratamiento se recomienda realizar un control de laboratorio para constatar en tratamiento realizado.

RECOMENDACIONES

Para lograr la erradicación de este mal, se recomienda realizar trabajos de mejoramiento de viviendas, para el área afectada.

CONCLUSIONES

Con base a este proyecto piloto, de control a la enfermedad de Chagas, se pretende disminuir los índices de morbilidad a menores de 14 años, con la finalidad de elevar la esperanza de vida en las personas del área rural del departamento y evitar complicaciones en la edad adulta como las cardíacas y digestivas que disminuyen la capacidad de trabajo de la población del área afectada.

Trastorno de estrés postraumático

Dr. Juan José Rodríguez Sendín

Grupo de trabajo Habilidades en Salud Mental de la SEMG

En la actualidad los trastornos relacionados con la esfera afectiva son el grupo diagnóstico con mayor demanda asistencial en la comunidad; por otra parte, cada día es más estrecha la relación entre los factores bio-psico-sociales que intervienen en los mecanismos de producción de los trastornos psíquicos y emocionales, lo que, en consecuencia, debe condicionar las intervenciones preventivas, las respuestas profesionales y sus terapias.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un problema de salud mental formado por las secuelas psíquicas causadas por los acontecimientos de pavor, terror e impotencia que sufren las personas afectadas. Básicamente el cuadro está constituido por recuerdos y pensamientos espantosos en relación con la experiencia sufrida; producen parálisis emocional hacia las cosas y personas más próximas y queridas.

El TEPT fue considerado en otros tiempos psicosis y neurosis de guerra o traumática. En Estados Unidos el problema se incorporó a la agenda sanitaria pública al ponerse de manifiesto en numerosos veteranos de guerra. En las últimas décadas se ha reconocido como entidad clínica cuando han ocurrido catástrofes sociales y naturales de grandes dimensiones en diferentes lugares del mundo; pero también se ha puesto en evidencia que las personas que sufren situaciones estresantes individuales, como actos de violencia por asaltos, raptos, violaciones, torturas, terrorismo o graves accidentes de automóvil o de tren, entre otros, presentan síntomas similares.

Se demuestra que, cuando el estrés supera los máximos soportables para la persona expuesta y en circunstancias determinadas, puede dejar huellas persistentes en la personalidad, la salud mental y la conducta humana. En estos casos hablamos de trauma psíquico, que habitualmente es producido por todo lo que amenaza la pro-

pia vida o la de alguien cercano; pero, además, incorpora formas e imágenes cuya rememoración es especialmente dolorosa para la persona afectada.

Hay quienes consideran que deben afrontar en soledad el dolor que sufren; sin embargo, es preciso que los afectados y sus familias conozcan que es posible ofrecer ayuda en estos casos y evitar peores consecuencias.

La presentación individual del problema puede mostrar diferencias importantes en función de cada caso, bien por las características de las personas o por los hechos traumáticos desencadenantes: no es lo mismo una agresión sexual, que una catástrofe natural, o el choque de dos trenes; no es lo mismo que el trauma ocurra en la infancia, en plena adolescencia o en la edad madura.

Con el TEPT pueden concurrir consumo de sustancias de abuso, dependencias, depresión, agorafobia, trastorno de pánico, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, trastorno bipolar... En estos casos, además de factores predisponentes en la aparición del cuadro, es muy útil considerarlos elementos que complicarán la recuperación del mismo y, en consecuencia, tenerlos en cuenta en la planificación de tratamiento.

Estresores intensos

- *Accidente graves o catástrofes
- *Violación o asalto criminal
- *Participación directa en guerras y combates
- *Abusos infantiles de cualquier tipo
- *Rehén/encarcelamiento/tortura/desplazamiento como refugiado
- *Testigo de un acontecimiento traumático
- *Muerte muy traumática inesperada de un ser amado

DI.- Cefaleas

Dr. Francisco Vivancos Matellano

Neurólogo. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

La cefalea ha sido siempre motivo de preocupación para el hombre. Prueba de ello es que se han encontrado múltiples restos óseos cuyo origen nos sitúa en la antigüedad y que representan primarios y elementales intentos terapéuticos de actuación sobre las estructuras craneales.

En el siglo V a.C, ya Hipócrates describió con notoria exactitud: "una luz brillante, normalmente en el ojo derecho, seguido de un violento dolor de cabeza que se originaba en la zona temporal y terminaba abarcando toda el área de la cabeza y el cuello". Tenemos que situarnos ya en torno al año 200 d.C, en el cual Galeno introduce el termino griego "hemicrania", que posteriormente derivaría en el reconocido actualmente como "migraña".

La cefalea representa una de las dolencias más prevalentes en la práctica médica, aunque a pesar de la gran discapacidad que puede llegar a provocar, y al gasto sociosanitario y laboral que conlleva, continúa siendo un problema infradiagnosticado e insuficientemente tratado. Precisamente por ser el principal motivo neurológico de consulta, por su amplio diagnóstico diferencial, por la escasa implantación de Guías Diagnósticas, por la dificultad en el seguimiento y, en fin, por el notable impacto social y económico que origina, su manejo puede revestir gran complejidad.

A lo largo de la historia se han realizado múltiples intentos de clasificación, teniendo vigencia en la actualidad, aunque sometida a constantes variaciones, la clasificación IHS (International Headache Society), establecida en el año 2004. Esta clasificación, desde un enfoque eminentemente práctico, diferencia, entre cefaleas primarias, en las que incluye la migraña, la cefalea tipo tensión, la cefalea en racimos y otras cefaleas trigémino-autónomas, y cefaleas secundarias por trauma craneal o

cervical, alteración vascular craneal o cervical, alteraciones intracraneales no vasculares, abuso de sustancias o privación de las mismas, infecciones, alteración de la homeostasis, alteración de estructuras cráneo-faciales (cráneo, cuello, oídos, nariz, senos paranasales, dentadura, boca u otras estructuras cráneo-faciales) y la relacionada con alteraciones psiquiátricas. Y, por último, se citan las neuralgias faciales y otras causas de dolor facial, que incluye las neuralgias craneales y otras causas centrales y periféricas de dolor facial.

El primer propósito de la investigación de una cefalea es establecer si nos encontramos ante una cefalea primaria o bien ante una forma secundaria. Afortunadamente más del 90% de los casos corresponden a cefaleas primarias de tipo tensional o migraña, aunque determinadas características clínicas o de la historia deben ser considerados como "signos de alarma", que obligarían a la realización de pruebas complementarias específicas. Estos signos de alarma son: cefalea reciente de inicio explosivo o coincidente con el ejercicio, cefalea sin respuesta al tratamiento, cefalea y fiebre (no achacable a otro proceso), cefalea con signos o síntomas focales, cefalea con síntomas o signos de hipertensión intracraneal, cefalea primaria ya conocida que cambia en sus características, aura migrañosa de duración inferior a 5 minutos o superior a 60 minutos, unilateralidad estricta de la misma y cefalea de aparición por encima de los 50 años.

El segundo objetivo consiste en establecer el tratamiento específico para cada una de ellas que evite el abuso de analgésicos y contribuya a impedir la transformación de las cefaleas primarias simples en cefaleas crónicas diarias, entidad ésta de abordaje muy complejo y a veces imposible.

Durante el desarrollo de este "Debate con el experto en... cefaleas", se comentarán los rasgos más característicos de cada uno de los tipos de cefalea. También, analizaremos los criterios de derivación del paciente a Atención especializada o al Servicio de urgencias hospitalarias, así como

cuándo debemos solicitar pruebas complementarias y cuáles. Se plantearán, en fin, múltiples casos prácticos que contribuyan a "perder el miedo" a enfrentarse a una cefalea, así como a establecer los tratamientos sintomáticos o preventivos más eficaces para cada uno de ellos.



D2.- Terapia combinada frente a monoterapia en HTA

Dr. Ernest Vinyoles

CAP La Mina. Unitat Docent de Medicina de Família i Comunitària. Barcelona

El tratamiento con monoterapia consigue un buen control tensional únicamente en aproximadamente un 50% de los hipertensos. En diferentes ensayos clínicos se observa que en la mayoría de casos se requiere tratamiento con más de un antihipertensivo.

Además, a pesar del uso de combinaciones en los ensayos clínicos, no es fácil conseguir un buen control tensional: se observa que en pocos casos se conseguía normalizar las cifras tensionales, especialmente en el caso de la presión arterial sistólica.

Por lo tanto, el uso de combinaciones terapéuticas con dos, tres o más fármacos es necesaria en la gran mayoría de hipertensos, especialmente en los de más riesgo, pacientes diabéticos, en la hipertensión sistólica aislada y en los hipertensos ya con enfermedad cardiovascular o lesión de órganos diana. Un subóptimo control tensional en este grupo de pacientes aumenta el riesgo de presentar eventos.

La clave es combinar fármacos a dosis más bajas con diferentes mecanismos de acción que se potencien entre sí. Las reducciones tensionales que así se obtienen son aditivas y, en cambio, no lo son los efectos adversos.

Las ventajas generales de la terapia de combinación (siguiendo la Guía práctica. Hipertensión

arterial a l'atenció primària. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.2005) son:

- Mejora de la observancia terapéutica
- Simplificación del régimen terapéutico
- Disminución del coste para el Sistema Nacional de Salud
- Disminución de los efectos adversos (dosis menores de los componentes)
- Mejores resultados en cuanto al control de la presión arterial (efecto sinérgico).

En cuanto a las ventajas de la terapia de combinación (para cada tipo de asociación, siguiendo la misma guía):

- a) Tiazidas + Diuréticos ahorradores de potasio: Reducción del riesgo de hipopotasemia.
- b) IECA + Tiazidas; ARA II + Tiazidas: Efecto sinérgico. Las dosis bajas del diurético potencian el efecto antihipertensivo del otro agente sin generar efectos metabólicos adversos
- c) Tiazidas+Betabloqueantes: Efecto sinérgico. Asociación epidemiológica clásica. El betabloqueante corrige la estimulación del sistema renina-angiotensina por el diurético, y éste reduce la tendencia del betabloqueante a retener sodio.

d) Betabloqueantes + Dihidropiridinas: Efecto sinérgico. Prevención del incremento reflejo de la frecuencia cardíaca asociado a la dihidropiridina

e) IECA + Calciantonista no dihidropiridínico: Efecto sinérgico. No efectos adversos metabólicos

f) IECA + Calciantonista dihidropiridínico: Efecto sinérgico. No efectos adversos metabólicos. Disminución de la probabilidad de edemas asociados a la dihidropiridina.

Por lo que respecta a los inconvenientes de la terapia de combinación (siguiendo la misma guía):

- Riesgo de hipotensión ortostática o de respuesta tensional excesiva.

- En caso de reacción alérgica o efecto adverso, dificultad en identificar el principio activo responsable

- Dificultades en titular las dosis (falta de flexibilidad, pocas presentaciones farmacéuticas a diferentes dosis)

- Elevado precio de las combinaciones fijas para el paciente no pensionista (menor financiamiento por el Sistema Nacional de Salud que los fármacos en monoterapia).

Actualmente, la guía de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología recomienda en función del nivel de presión arterial inicial, de la presencia de lesión de órganos diana y de factores de riesgo cardiovascular, iniciar el tratamiento con terapia combinada a dosis bajas en algunos casos. Se iniciará directamente una terapia de

combinación cuando tratemos el debut de una hipertensión grado 2 ó 3 o cuando la presión arterial supere en 20/10 mmHg el objetivo de control, para la sistólica / diastólica, respectivamente. A partir de ahí si no se logra la presión arterial objetivo deben ir incrementándose las dosis y el número de fármacos hasta conseguir el control.

El tratamiento con combinaciones antihipertensivas, a dosis bajas, reduce los eventos cardiovasculares. Se estima que el uso de tres antihipertensivos bien combinados a bajas dosis podría reducir el riesgo de accidente cerebrovascular en un 63% y el de enfermedad coronaria en un 46% en hipertensos entre 60 y 69 años.

En el caso de tener que emplear más de 2 antihipertensivos es recomendable que uno sea un diurético.

Existe evidencia de que el uso de combinaciones de diuréticos con betabloqueantes aumentan de manera significativa la incidencia de diabetes. Dicha combinación fija sería prudente evitarla en hipertensos con criterios de síndrome metabólico. La excepción sería los sujetos en los que el uso de betabloqueantes es obligado, como los pacientes con antecedentes de infarto de miocardio o con insuficiencia cardíaca.

En algunos casos, aunque esté indicado según las recomendaciones de las Guías, es prudente no iniciar una terapia de combinación a dosis fijas: por ejemplo en pacientes ancianos, especialmente si presentan sintomatología y una exploración compatibles con hipotensión ortostática.

D3. De la desinfección a la erradicación... ¿dónde está el fracaso?

Dr. Carlos López Madroñero

Médico General. Centro de Salud de Carranque. Málaga

Cuando en 1865 Lister empezó a usar el fenol para prevenir y tratar las infecciones quirúrgicas, estaba sentando las bases de la moderna antisepsia. En

1928, Fleming describió el efecto que produjo en un cultivo de estafilococos una sustancia segregada por un hongo que lo contaminó y a la que llamó penicilina. En

la actualidad, manejamos un inmenso arsenal antimicrobiano, con fármacos potentes y seguros. Los clínicos vamos más allá de la curación clínica y perseguimos la erradicación bacteriana.

Al generalizarse el uso de los antibióticos, el hombre pensó que llegaría a dominar a los microbios y que serían erradicadas todas las enfermedades infecciosas.

Actualmente, estas enfermedades, lejos de desaparecer, continúan en franca progresión, constituyendo el principal motivo de consulta al médico general y al pediatra. A uno de cada cuatro pacientes adultos que acuden a una consulta de Atención Primaria se le diagnostica alguna infección, y a uno de cada dos de ellos se le prescribe un antibiótico.

¿Se puede hablar de fracaso?

Está claro que no. Los antibióticos constituyen uno de los grupos terapéuticos que más satisfacciones han producido a los médicos. Al comenzar el siglo XX, la probabilidad de morir a consecuencia de una infección era de un 40%. Con el empleo de los antibióticos, la mortalidad por esta causa se redujo en más de un 90%, y aumentó la esperanza de vida de la población en casi 30 años.

No obstante, todos sabemos que, en ocasiones, los antibióticos no cumplen satisfactoriamente nuestras expectativas terapéuticas.

El objetivo de este debate es analizar, mediante la presentación de algunos casos clínicos, las distintas causas por las que un tratamiento antimicrobiano puede fracasar.

Dichas causas son muy diversas y pueden atribuirse al médico, a la bacteria, al paciente o al antibiótico.

CAUSAS ATRIBUÍBLES AL MÉDICO

*En ocasiones, prescribimos antibióticos en enfermedades no infecciosas.

*En el 40% de las infecciones víricas, los médicos recetamos antibióticos.

*Aunque la indicación sea correcta, se puede errar al elegir el antibiótico, la vía de administración, la dosis, la pauta u otros aspectos.

*No siempre explicamos al paciente cómo debe seguir el tratamiento.

CAUSAS ATRIBUÍBLES A LA BACTERIA

Las bacterias son seres vivos que pugnan por la supervivencia y desarrollan mecanismos de resistencia para sobrevivir. Una bacteria es resistente a un antibiótico cuando la concentración mínima inhibitoria (CMI) de éste es superior a la que puede alcanzar en el foco de la infección. Existen varios mecanismos por los que una bacteria puede hacerse resistente. Las resistencias a los antibióticos pueden variar según la cepa bacteriana y la zona geográfica. Es importante que el médico conozca las resistencias de los patógenos más habituales de su región.

En ocasiones, las bacterias que impiden la acción del antibiótico no son las que causan la infección. En estos casos hablamos del "patógeno indirecto".

Otras veces, hay más de una bacteria implicada en el proceso infeccioso y si el espectro del antibiótico no cubre todas las posibilidades, la solución al problema sólo será parcial.

CAUSAS ATRIBUÍBLES AL PACIENTE

El incumplimiento es la causa más frecuente e importante de fracaso terapéutico y tiene, además, otras consecuencias graves como el desarrollo de resistencias y la alteración del ecosistema. La tasa de incumplimiento en España se sitúa en torno al 53%.

El cumplimiento no depende sólo del paciente. El médico, la enfermedad y el tipo de tratamiento también tienen su parte de responsabilidad.

Un buen estado defensivo del huésped es fundamental para lograr el éxito terapéutico. En

pacientes con problemas inmunitarios las infecciones son más graves y responden peor al tratamiento.

En ciertos pacientes con insuficiencia hepática o renal necesitamos disminuir la dosis, pero conviene hacerlo bien para no fracasar por defecto.

El objetivo de un tratamiento antibiótico debe ser siempre la erradicación de la bacteria. Si conseguimos la curación clínica pero no la bacteriológica, se pueden producir recaídas o reinfecciones.

Cuando en el transcurso de una enfermedad infecciosa aparece otra producida por germen distinto, hablamos de sobreinfección.

CAUSAS ATRIBUÍBLES AL ANTIBIÓTICO

Los antibióticos tienen distinto comportamiento "in vitro" e "in vivo", pues las condiciones son bien

distintas. Por eso, aunque se use correctamente, puede fallar el antibiótico recomendado por el antibiograma.

La eficacia terapéutica de los antibióticos se mide por la CMI alcanzada en el foco infeccioso. En el mercado existen especialidades genéricas y copias que, aunque sean bioequivalentes, tienen muy distinto comportamiento terapéutico debido a sus diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas.

La absorción de algunos antibióticos administrados por vía oral puede verse disminuida en presencia de alimentos o de otros fármacos.

Aunque ocurre rara vez, debemos considerar la posibilidad de que el antibiótico haya sobrepasado su fecha de caducidad o que se haya deteriorado durante el proceso de fabricación, distribución o conservación.

D5.- Gestión de la incapacidad temporal en AP

Dra. Teresa Olalla García

Inspectora INSS. Madrid.

La incapacidad temporal es la situación en la que se encuentra el trabajador que está temporalmente incapacitado para trabajar y precisa asistencia sanitaria de la Seguridad Social, causando derecho los trabajadores a percibir un subsidio económico, cuya finalidad es paliar la ausencia de salarios derivada de la imposibilidad de trabajar.

Las **causas** que pueden provocar esta situación son: Enfermedad Común (EC), Enfermedad Profesional (EP), Accidente de Trabajo (AT), Accidente No Laboral (ANL) y periodos de observación por enfermedad profesional en los que se

prescribe la baja del trabajo.

Requisitos: estar afiliado y en alta o en situación asimilada al alta y tener cubierto un período mínimo de cotización en caso de EC, de 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores al hecho causante. En caso de accidente y EP no se exige período previo de cotización.

La cuantía del subsidio está en función de la base reguladora y de los porcentajes aplicables a la misma; en caso de EC y ANL el 60% desde el día 4 hasta el día 20 y el 75% a partir del día 21. En caso de AT y EP el 75% desde el día siguiente al de

anormalidades en el flujo sanguíneo cerebral. Ninguna de estas alteraciones ha resultado determinante ni es específica de la fibromialgia siendo, en teoría, las alteraciones del sueño y la disregulación del sistema neuroendocrino los factores más y mejor estudiados en la patogenia del dolor de estos pacientes. Como posibles causas desencadenantes se han identificado traumas físicos, estrés psíquico, acción del calor, frío o corrientes de aire, enfermedades infecciosas o un foco séptico, y alteraciones del sueño.

CLÍNICA

Los síntomas y signos de la fibromialgia son muy variados. El síntoma más frecuente y que define al síndrome fibromiálgico es el dolor crónico generalizado, el cual se ha venido constituyendo como criterio mayor u obligatorio en todos los intentos de diagnóstico y clasificación de la fibromialgia que se han realizado desde 1972. Este dolor puede ser percibido como constante en un 65% de los casos o como fluctuante en el 35 %. Generalmente predomina en el esqueleto axial, y se suele exacerbar con el ejercicio, la falta de sueño, la exposición al frío u otros factores estresantes. Uno de los aspectos más interesantes del dolor fibromiálgico es su carácter difuso, mal definido.

La mayoría de los pacientes con fibromialgia presentan múltiples puntos dolorosos típicos, que nos servirán como criterios diagnósticos de la fibromialgia.

Muchos pacientes (50%) describen una sensación de hinchazón o inflamación subjetiva que puede estar localizada en zonas articulares y no articulares, sobre todo las articulaciones de las manos, los pies y las rodillas, sin embargo el examen físico no objetiva hinchazón ni se demuestra la presencia de líquido sinovial, proliferación sinovial, calor o deformidad articular. Se suele acompañar de rigidez en los tejidos blandos.

Además de la presencia del dolor crónico generalizado, la mayoría de los pacientes presentan con frecuencia otros síntomas: fatiga intensa y debilitante (57-92%), insomnio y sueño no reparador (56-72%), dolor después del ejercicio, cefaleas de tipo tensional (53%) y cefaleas migrañosas, parestesias (50%), intolerancia al frío, síndrome seco (15%), fenómeno de Raynaud (10%), retención de líquidos, dolor torácico inespecífico, dolor temporomandibular, dolor abdominal, disnea, mareos, síndrome vertiginoso, y síntomas ansioso depresivos (70%) y disautonomías, como hipotensión ortostática y taquicardia postural ortostática.

A menudo la fibromialgia se asocia a síndromes clínicos definidos como el síndrome de fatiga crónica, el síndrome del colon irritable, la migraña, síndrome premenstrual, síndrome seco, fenómeno de Raynaud, síndrome uretral femenino, el síndrome de las piernas inquietas, depresión, etc. Esto ha sugerido la existencia de un gran espectro de síndromes relacionados y de sobreposición que comparten características clínicas y probablemente una etiopatogenia común por lo que para abarcar a todas estas entidades se ha propuesto el término de "Síndromes del Espectro Disfuncional".

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN

Los síntomas fibromiálgicos, dada su variabilidad, nos pueden llevar a la confusión con otras enfermedades reumáticas o no reumáticas, ya que muchos de estos síntomas son comunes a otras alteraciones o enfermedades, de tal manera que es muy frecuente que el paciente haya peregrinado por diferentes médicos de diversas especialidades, antes de llegarse a un diagnóstico definitivo. Además, la fibromialgia es una enfermedad que con alguna frecuencia se puede superponer o asociar concomitantemente con otras afecciones, lo que supone un reto diagnóstico.

Para diferenciar la fibromialgia de otros síndromes con sintomatología parecida que inducían a

la baja en el trabajo, estando a cargo del empresario el salario íntegro correspondiente al día de la baja.

Régimen Especial de Trabajadores Autónomos

La cobertura por IT es voluntaria. A partir de 1-1-04, los trabajadores autónomos pueden ampliar la acción protectora a las contingencias de AT y EP, con la misma extensión y condiciones que en el régimen general, con la particularidad de no incluir los AT "in itinere". El nacimiento del derecho a la prestación económica por IT (cualquier contingencia) y la cuantía se igualan a la de los trabajadores afiliados al régimen general.

Incapacidad Temporal y Desempleo:

Los trabajadores que se encuentren en situación de IT y se produzca la extinción del contrato de trabajo, a partir del 1-1-02, pasarán a percibir la prestación por IT en cuantía igual a la prestación por desempleo desde el día siguiente a la fecha de extinción del contrato hasta que se extinga dicha situación; entonces, pasará a la situación legal de desempleo. El tiempo en IT desde la fecha de extinción del contrato de trabajo consume período de desempleo.

Cuando el trabajador esté percibiendo la prestación por desempleo y pase a la situación de IT cobrará la prestación por IT en cuantía igual a la prestación por desempleo. El tiempo en IT consume período de desempleo

Modificación de la Ley General de Seguridad Social por la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2006

Agotado el plazo de duración de la IT de doce meses, el INSS, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente (IP) del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de prórroga con un límite de seis meses más, para determinar

la iniciación de un expediente de IP y para emitir el alta médica a los exclusivos efectos de la prestación económica por IT.

El INSS será el único competente para emitir cualquier baja médica que se produzca en un plazo de seis meses posterior a la antes citada alta médica por la misma o similar patología.

Transcurrido el plazo máximo establecido y si el trabajador hubiese sido dado de alta médica sin declaración de IP, sólo podrá generarse un nuevo proceso de IT por la misma o similar patología si media un periodo de actividad laboral superior a 6 meses o si el INSS, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la situación de IP del trabajador, emite la baja a los exclusivos efectos de la prestación económica por IT.

Riesgo durante el Embarazo:

Situación protegida: trabajadora embarazada que, debiendo cambiar de puesto de trabajo por otro compatible con su estado, dicho cambio de puesto no resulte técnica u objetivamente posible

No se considera situación protegida la derivada de riesgos o patologías que puedan influir negativamente en la salud de la trabajadora o del feto, cuando no esté relacionada con agentes, procedimientos o condiciones del puesto de trabajo

La cuantía del subsidio está en función de la base reguladora y de los porcentajes aplicables a la misma (el 75% desde el día que se inicie la suspensión del contrato de trabajo por Riesgo durante el embarazo).

El procedimiento para el reconocimiento del derecho se inicia a petición de la trabajadora, mediante solicitud dirigida a la Dirección Provincial de la Entidad Gestora (Instituto Nacional de la Seguridad Social o Instituto Social de la Marina).

Será requisito previo el informe del médico del Servicio Público de Salud que asista a la trabajadora, en el que se exprese la situación de embarazo, así como que las condiciones del puesto de trabajo desempeñado pueden influir negativamente en la

D6. Fibromialgia

Dr. Rafael Belenguer Prieto.

Médico de Familia y Reumatólogo. Centro de Salud Algemesí. Valencia

La fibromialgia es una de las enfermedades más frecuentes que provoca dolor crónico en la población. Se caracteriza por un dolor crónico, generalizado, que afecta predominantemente a los músculos y raquis, sin afectar a las articulaciones, y que presenta una exagerada hipersensibilidad en múltiples puntos predefinidos (tender points), sin alteraciones orgánicas demostrables. Típicamente se asocia a otros síntomas como fatiga intensa y persistente, sueño no reparador y rigidez generalizada, entre otros síntomas corporales.

Su etiopatogenia es desconocida, aunque últimamente se está investigando mucho sobre su base molecular y anatómica con el fin de explicar la variabilidad de síntomas que presenta.

En la actualidad, el concepto de fibromialgia sigue siendo controvertido, hasta tal punto que muchos autores desafían su existencia y utilidad diagnóstica. La base de discusión está planteada, por un lado, en la inespecificidad de sus síntomas, tales como el dolor crónico difuso y la fatiga, y por otro, a la ausencia de marcadores objetivos que confirmen el diagnóstico.

No obstante, la fibromialgia ha sido reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992, y tipificada en el manual de Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10) con el código M79.0. También fue reconocida en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y clasificada con el código X33.X8a.

EPIDEMIOLOGÍA

La fibromialgia es un enorme problema de salud dada su elevada prevalencia y morbilidad, su alto índice de frecuentación, así como el elevado consumo de recursos sanitarios que provoca. La fibromialgia llega a alterar

la calidad de vida de los pacientes que la sufren, especialmente en las áreas de función física, actividad intelectual, estado emocional y calidad del sueño, influyendo de forma determinante sobre la capacidad para el trabajo, así como la vida familiar y social.

Afecta más frecuentemente a las mujeres (80-90%), considerándose que es el diagnóstico más frecuente en mujeres de 20 a 55 años de edad que refieren dolor musculoesquelético. Según los diferentes estudios, la prevalencia de la fibromialgia se ha estimado entre un 2 y un 3 % de la población general. La edad media de afectación depende de la población estudiada, siendo con mayor frecuencia entre los 30 y 60 años. No se conoce la causa de esta menor prevalencia de la fibromialgia en varones respecto a la de las mujeres, ni tampoco qué factores son lo que pueden explicar dicha diferencia.

La enfermedad también puede afectar a niños y jóvenes, siendo la prevalencia estimada en preadolescentes de un 1,2 a 6,2%.

En la población general española, se ha observado una prevalencia de la enfermedad del 2,73% para ambos sexos; siendo de un 4,2% para el sexo femenino y de 0,2% para el masculino.

ETIOPATOGENIA

La etiología de la fibromialgia sigue siendo desconocida. No existe evidencia de un único agente causal. Varias alteraciones fisiológicas han sido consideradas en su patogenia: modificación de los patrones del sueño, alteraciones musculares, trastornos neuroendocrinos y de los neurotransmisores, y

confusión, el American College of Rheumatology (ACR), en 1990, auspició un estudio multicéntrico para lograr unificar y homogeneizar unos criterios de clasificación de la fibromialgia. En la práctica clínica se han aceptado internacionalmente como criterios diagnósticos. Con estos criterios, el diagnóstico de fibromialgia es válido independientemente de otros diagnósticos asociados.

Mediante estos criterios se permite la identificación de los pacientes fibromiálgicos con una sensibilidad del 88,4% y una especificidad del 81,1%, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las variables mayores del estudio entre los pacientes con fibromialgia primaria o fibromialgia concomitante. Estos criterios permiten definir por consenso a la fibromialgia según la presencia de los siguientes hechos:

1) Historia de dolor difuso, generalizado, crónico, presente durante más de tres meses de duración. Se considera dolor generalizado cuando está presente en los cuatro cuadrantes del cuerpo, ambos lados del cuerpo y por encima y debajo de la cintura. Además, debe existir dolor en el esqueleto axial (columna cervical y pared torácica anterior, columna dorsal y columna lumbar).

2) Dolor a la presión en al menos 11 de los 18 puntos elegidos (9 pares). Estos puntos corresponden a las áreas más sensibles del organismo para estímulos mecánicos o de umbral más bajo. Los puntos dolorosos se exploran presionando con el pulpejo del dedo pulgar o de los dedos segundo y tercero con una fuerza aproximada de 4 kg/1,54 cm² en el lugar anatómico correspondiente. Esta presión, de forma práctica, se corresponde de forma aproximada, con el cambio de coloración subungueal del dedo del explorador que se produce al presionar. Para que un punto se considere positivo, el sujeto explorado tiene que afirmar que la palpación es dolorosa, no considerándose positiva la palpación sensible, o bien el paciente realiza algún acto reflejo como muecas o un movimiento consistente en retirar el cuerpo hacia atrás

o hacia el lado contrario del explorador, reacción que se conoce con el nombre de "reflejo de retirada" o "signo del salto". Se recomienda no ir a explorar directamente los puntos, sino ir acercándose de forma progresiva a los mismos.

Aunque han sido propuestos varios mapas con puntos dolorosos, los pares de puntos recomendados y que deben valorarse son los siguientes:

*Occipucio: en las inserciones de los músculos suboccipitales (entre apófisis mastoide y protuberancia occipital externa).

*Cervical bajo: en la cara anterior de los espacios intertransversos, a la altura de C5-C7.

*Trapezio: en el punto medio del borde posterior.

*Supraespinoso: en sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca del borde medial.

*Segunda costilla: en la unión osteocondral.

*Epicóndilo: a 2 centímetros, distal al epicóndilo.

*Glúteo: en el cuadrante superoexterno de la nalga.

*Trocanter mayor: en la parte posterior de la prominencia trocantérea.

*Rodillas: en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.

3) La presencia de alteraciones radiológicas y analíticas no excluye el diagnóstico.

4) El diagnóstico de fibromialgia es válido independientemente de otros diagnósticos asociados.

La definición de los puntos dolorosos ha generado varias controversias: primero, muchos pacientes con un cuadro compatible con fibromialgia no cumplirán con los criterios del ACR. Segundo, el requerimiento de los puntos dolorosos, definidos como sitios anatómicos donde la presión genera dolor, es muy limitado. Datos recientes indican que los pacientes con fibromialgia frecuentemente presentan dolores generalizados en todo el cuerpo más que la presencia de puntos dolorosos específicos.

Además, los puntos dolorosos no representan anomalías características de la fibromialgia ya que son áreas del cuerpo donde la mayoría de las personas presentan gran sensibilidad al dolor.

DIAGNÓSTICO

La historia clínica y, por tanto, la anamnesis y la exploración física son fundamentales para el diagnóstico de fibromialgia. La exploración física minuciosa y detallada será fundamental tanto para la confirmación diagnóstica como para descartar la presencia de otras enfermedades y realizar el diagnóstico diferencial con ellas. Se deben explorar los puntos típicos (tender points), necesarios para confirmar el diagnóstico. Estos puntos no se deben acompañar de signos inflamatorios ni deben generar dolor irradiado, lo que resulta útil para distinguirlos de los puntos gatillos (trigger points) característicos del síndrome de dolor miofascial.

Exploraciones complementarias

Las exploraciones complementarias sirven fundamentalmente para descartar otras enfermedades que, por presentar síntomas similares a la fibromialgia, nos puedan llevar a confundirla con ella o se presenten asociadas. Hay que resaltar que no existe ninguna prueba analítica ni hallazgo radiológico específico de la fibromialgia. Las pruebas de laboratorio y la radiología son completamente normales en la fibromialgia, aunque se pueden observar radiológicamente los cambios degenerativos articulares propios de la edad. No obstante, es aconsejable practicar una analítica simple. Las pruebas de segundo nivel deben realizarse en el ámbito especializado, y consisten en todas aquellas pruebas complementarias necesarias para confirmar o descartar, en caso de duda, la existencia de enfermedades reumáticas inflamatorias (especialmente espondiloartropatías y conectivopatías) y las alteraciones estructurales mecánicas o degenerativas del raquis.

El hecho de diagnosticar una fibromialgia no descarta la presencia de otros posibles diagnósticos concomitantes,

por lo que habrá que plantearse hacer el diagnóstico diferencial con las mismas o sospechar la posible coexistencia de ambas. El diagnóstico diferencial debe hacerse con cuadros generalmente sistémicos.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

La fibromialgia es una afección crónica y progresiva, que tiene un curso fluctuante. Si bien es cierto que la fibromialgia no tiene una curación definitiva, incluso en las formas más graves de la enfermedad hay una "habitación" a la misma, no perturbando considerablemente la forma y la calidad de vida del paciente.

Los pacientes que tienen mejor pronóstico suelen ser los niños, y los adultos con mayor nivel educacional. Parece existir una mejor evolución en aquellos pacientes que son seguidos desde la medicina de Atención Primaria que aquellos que los son por especialistas.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la fibromialgia es difícil y problemático, tanto para el médico como para la persona que la sufre, debido al desconocimiento de la etiopatogenia de la enfermedad. En el momento actual no existe un tratamiento que produzca la curación definitiva de la misma, a pesar de los avances que constantemente se están produciendo en la medicina. No obstante, con las terapias actuales se puede conseguir una gran mejoría no sólo en la sintomatología de la enfermedad sino también en la calidad de vida de la persona que la padece.

Terapias farmacológicas

Aunque han sido varios los fármacos utilizados en el tratamiento de la fibromialgia, algunos de los cuales de forma empírica, ninguno ha mostrado ser plenamente eficaz y estar específicamente indicado en el tratamiento de la enfermedad.

El tratamiento actual de la fibromialgia se basa en un tratamiento multidisciplinar.

D7.- Disfunción eréctil

Dr. Francisco Cabello Santamaría

Profesor Sexología Médica de la Universidad de Almería. Director Instituto Andaluz de Psicología y Sexología

Dr. Ángel Celada Rodríguez

Médico de Atención Primaria. Madrigueras (Albacete), Colaborador Clínico Docente del Departamento de Cirugía. Universidad Autónoma de Madrid

Dr. Pedro J. Tárraga López

Médico y Profesor Asociado de Medicina de la Universidad de Castilla la Mancha

El sexo ha sido siempre una cuestión importante para la experiencia humana como el ganarse la vida, la conquista de la naturaleza o el conocimiento de la sociedad, sin embargo hasta hace muy poco tiempo no se ha considerado una parte integrante de la salud, de tal forma que se consideraba un asunto ajeno a la consulta y por tanto al médico.

En 1974 la organización Mundial de la Salud define por primera vez la Salud Sexual como: "la integración de los elementos somáticos e intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor". Toda persona tiene derecho a recibir información sexual y a considerar que las relaciones sexuales sirvan para el placer. Por otro lado, para la Asociación Mundial para la Salud Sexual: "Se logrará la salud sexual mediante el reconocimiento y el apoyo de los derechos sexuales y el conocimiento adquirido, a través de la sexología, de una amplia educación de la sexualidad y del acceso al cuidado de la salud sexual".

Con estos principios parece evidente que el médico de Atención Primaria debe implicarse en el estudio y tratamiento de la sexualidad de sus pacientes. Esto hace que la promoción de la Salud Sexual, es decir, la posibilidad de que las personas que acuden a consulta de Atención Primaria puedan hablar de sus emociones, sentimientos, sus vivencias y experiencias sexuales, y se sientan bien en su salud sexual, tendría que ser un objetivo básico de los profesionales de Atención Primaria.

En este primer nivel de asistencia no se requiere ser especialista en Sexología, sino unos principios básicos uni-

dos a la predisposición a la escucha sin prejuicios, falacias o errores científicos. Pero a pesar de todo esto no existe ninguna formación tanto en la licenciatura de Medicina como en la Diplomatura de Enfermería respecto a la salud sexual. El no abordar los posibles conflictos, síntomas y problemas derivados de las actividades sexuales de las personas que acuden a nuestras consultas es no tener una visión integral de la salud, de las personas y desconocer las recomendaciones que se vienen dando con respecto a la Salud Sexual. Además es importante saber que muchos problemas y disfunciones sexuales pueden presentarse como eficaces marcadores de salud general por lo que la detección de estos síntomas puede orientar al clínico sobre la existencia de patologías tan comunes como la diabetes o la hipertensión.

De todas las alteraciones de la función sexual, la Disfunción Eréctil (DE) es la más conocida por su incidencia en la población masculina. A pesar de ello, sigue siendo una gran desconocida en cuanto a su manejo. Sin embargo, cada vez más se demuestra la necesidad de resolver este problema que cada día demuestra ser un marcador tanto de salud física como psíquica.

La DE requiere un trato especial para su tratamiento y aún hoy en día, algunos profesionales de atención primaria no saben como abordarla, de la misma forma que el propio paciente tiene problemas para expresar que es lo que le pasa y si debe consultarlo.

LA DETECCIÓN ACTIVA

Resulta inevitable preguntarse, cuando se habla de promoción de la salud desde Atención Primaria, ¿por qué

aún sólo el 18% de los afectados por una disfunción sexual pregunta a su médico?, ¿es solo por el desconocimiento del problema y los mitos que tiene al respecto o por las "dificultades" que tiene para consultar a su médico? Y ¿por qué en España solo el 6% de los médicos se interesa por la sexualidad de sus pacientes?

Sin embargo es al médico de Atención Primaria a quien primero consultan los pacientes y especialmente los hombres (Dunn, Croft y Hackett, 1999).

Por todo ello, plantearse el abordaje de la DE desde Atención Primaria requiere ser consciente de los factores que condicionan la asistencia, tanto en el profesional como en el paciente y su pareja.

El abordaje de la DE pasa como en cualquier otro problema de salud, por preguntar a los pacientes por su sexualidad, lo que permitirá su detección activa.

Esta detección activa resulta de especial importancia en pacientes con patologías como la HTA, diabetes, depresión, ansiedad u otras psicopatologías, con hábitos tóxicos, que toman medicación crónica o simplemente pacientes añosos que es probable que estén teniendo alguna dificultad-por los cambios propios de la edad- en su actividad sexual.

La creación de un clima favorable y fiable para el paciente es un elemento muchas veces determinante para el diagnóstico y tratamiento de la DE. Hay que ser conscientes del impacto emocional que el problema puede causar en el paciente y en su pareja y de que se puede estar ante una oportunidad "única" para que relate lo que le ocurre.

Por todo ello, la incorporación de una o dos preguntas sobre la sexualidad del paciente en la Historia Clínica resulta básica para la detección de la DE, posteriormente serán evaluadas en historia sexual mas específica.

Algunas preguntas como éstas pueden ayudar a conocer los problemas sexuales de los pacientes:

*Es frecuente que personas con su enfermedad tengan algunos problemas en sus relaciones sexuales ¿Como van las cosas en ese terreno?

*¿Esta satisfecho en su relación sexual?

*¿Ha notado últimamente algún problema en sus relaciones sexuales?

*¿Tiene problemas en sus relaciones intimas con su pareja?

El tipo de pregunta variará en función del paciente, su edad, situación personal o el nivel de confianza que tenga con el médico.

OPTIMIZACIÓN DE LA ENTREVISTA CLÍNICA

Los objetivos más importantes de la entrevista son el establecimiento de una relación basada en la confianza y el respeto, ver las expectativas del paciente.

En cuanto al proceso clínico en su conjunto que se desarrolle desde la consulta de Atención Primaria, además de los citados objetivos hay que asegurarse de que el paciente se implica en el tratamiento compartiendo un plan de actuación, verificar la comprensión de las instrucciones y lograr el cumplimiento terapéutico.

En Atención Primaria, la Historia Clínica es la principal herramienta para el diagnóstico y evaluación de la DE.

En ella hay que incluir antecedentes médicos y quirúrgicos, antecedentes psicosociales y la historia sexual

CONSEJOS PRÁCTICOS

Ante un paciente con factores de riesgo: preguntar de la forma más sencilla y natural posible si tiene problemas de erección

Si el paciente desea preguntar su problemática:

*Dejarle que se exprese con su lenguaje

*Dejarle que se exprese libremente y canalizar la entrevista para conseguir una historia clínica de DE.

*Poco a poco, centrar el problema para tener la máxima información

*Poco a poco y desde la primera visita ir centrando el tema

*Si el paciente acude con su pareja, intentar buscar y conseguir la complicidad de ésta para tener información más fidedigna.

Ante todo hay que desmitificar la DE. Y en Atención Primaria siempre hay que preguntar primero INFORMAR-SE luego INFORMAR

EVALUACIÓN SISTEMATIZADA EN PATOLOGÍA PREVALENTE

Es la nueva propuesta formativa desarrollada por la Sociedad Española de Medicina General. Va dirigida a los profesionales que acuden a las actividades formativas de la Sociedad y se estrena con motivo de la celebración de este Congreso Nacional de la Sociedad.

Su estructura se organiza en sucesivas situaciones directamente relacionadas con la práctica habitual del médico de Atención Primaria.

Los supuestos docentes que se desarrollan, intentan reproducir de manera fehaciente, las condiciones de ejercicio de los profesionales en Atención Primaria con sus recursos de personal, tiempo y ayudas diagnósticas, para ir desgra-

nando de manera personal las diversas posibilidades existentes en el camino diagnóstico y la elección del tratamiento más adecuado.

El camino elegido se evaluará de manera progresiva, siguiéndose el caso de manera pormenorizada y personalizada.

Las patologías elegidas serán siempre de alta prevalencia en Atención Primaria. Se pedirá al discente, que diseñe y seleccione la ruta adecuada para la correcta resolución del caso.

La asistencia a la actividad, permite al médico probar sus actitudes y conocimientos, en condiciones de máximo aprovechamiento y confidencialidad, eliminando las situaciones estresantes de otros formatos docentes.

T2. Asistencia inicial al paciente con trauma grave

Docentes: Dr. Diego Agustín Vargas Ortega¹, Dr. Francisco José Parrilla Ruiz¹, Dra. Sonia Martínez Cabezas¹, Dra. Dolores Cárdenas Cruz²

¹Monitor SVAT Plan Nacional RCP. Almería

²Instructora SVAT Plan Nacional RCP. Almería

La atención al paciente politraumatizado se está convirtiendo en una de las grandes preocupaciones de los profesionales que trabajan en la Atención Primaria y en los dispositivos de urgencias extrahospitalarios, debido a la extrema complejidad de estos pacientes así como a la gravedad extrema que conllevan estas situaciones. Una preparación y entrenamiento, es decir una formación reglada es fundamental para el éxito en el tratamiento de los mismos.

Es una realidad social, la cual no podemos obviar, que uno de los principales problemas de salud a los que nos enfrentamos en las sociedades industrializadas son los accidentes de tráfico, accidentes laborales, accidentes en deportes de riesgo (en menor medida), con una alta siniestralidad con la repercusión social, económica y sanitaria que conlleva.

La SEMG, sensibilizada con esta realidad, recoge en este Congreso y en otras actividades futuras

la demanda de formación en este campo por parte de nuestros profesionales, que en su labor cotidiana es raro que no se enfrenten a una situación de este calado.

El Taller de Asistencia Inicial al Paciente Politraumatizado va a proporcionar al profesional las herramientas necesarias así como una sistemática de entrenamiento que le permita enfrentarse al paciente politraumatizado con garantías. Nos vamos a centrar en tres puntos clave en la atención de estos pacientes a la hora de la estabilización de los mismos y para reunir las mejores condiciones del traslado para tratamiento definitivo: La evaluación primaria, la correcta inmovilización y el manejo de la vía aérea.

En definitiva, pretendemos con esta actividad formativa que el paciente politraumatizado sobreviva al episodio inicial y que llegue en las condiciones más idóneas posibles al centro especializado para su tratamiento definitivo.

T3. Acupuntura

Docentes: Dr. Alberto Freire Pérez¹, Dr. Rafael Prieto Flores¹, Dr. Ricardo Besada Gesto²

¹Médico General. Máster en Acupuntura y Moxibustión. Universidad de Santiago de Compostela. La Coruña

²Médico General. Centro de Salud de Rianxo. La Coruña.

Durante el último tercio del pasado siglo, Occidente vive un auge de usuarios que recurren a esta técnica. Numerosos países de nuestro entorno tienen su enseñanza y ejercicio regulado y su uso está incluido en las prestaciones de los Sistemas Nacionales de Salud.

Cada día más, al Médico General sus pacientes le

solicitan información sobre esta disciplina. El objetivo que se pretende con este taller es familiarizar a los Médicos Generales con esta técnica milenaria, informándoles de los mitos y realidades, su base científica, mecanismos de acción, efectividad y limitaciones: condiciones de buena praxis; así como mostrarles la localización y practicar la puntura de una serie de

puntos resolutivos para patologías frecuentes en nuestra práctica diaria para las cuales la Acupuntura ha demostrado su eficacia: lumbalgia aguda, contracturas cervicales, esguinces de tobillo, náuseas y vómitos (gestacional, cinestésico, postradioterápico), rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, etc..

El respaldo científico definitivo viene de la mano de la **“Conferencia de Consenso del NIH para el desarrollo de la Acupuntura”**¹ celebrada en Bethesda (EEUU) en 1.997 y organizada por la Oficina de Medicina Alternativa (OAM) y la Oficina de Investigación de Aplicaciones Médicas (OMAR), ambas pertenecientes al NIH (Institutos Nacionales de la Salud de EEUU.); siendo copatrocinada por el Instituto Nacional del Cáncer, Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre, Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel, Instituto Nacional de Investigación Dental, Instituto Nacional de Abuso de Drogas y la Oficina de Investigación sobre la Salud de las Mujeres del NIH. Se crea un Comité de Expertos de doce miembros imparciales que representan las áreas de acupuntura, dolor, psicología, psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación, abuso de drogas, Medicina General y de Familia, Medicina Interna, Salud Pública, epidemiología, estadística, fisiología y biofísica. Así mismo, 25 expertos de estas mismas áreas presentaron datos al Comité y a los 1.200 asistentes. Como apoyo a la Conferencia, miembros del Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) y de la Biblioteca Médica Nacional (NLM) elaboraron una búsqueda bibliográfica desde Junio de 1970 a Octubre de 1997 siendo prioritaria la evidencia científica de los trabajos seleccionados.

Tras las deliberaciones, se elaboró una Declaración Oficial, independiente y no vinculante ni para la política sanitaria del NIH ni para el Gobierno Federal. Esta Declaración insiste en que se basa en el conocimiento médico existente en el momento de emitirlo, augurando que estudios futuros pueden des-

velar los mecanismos de acción y nuevas aplicaciones de la acupuntura.

Las conclusiones fueron determinantes: *“...la Acupuntura es eficaz en adultos con náuseas y vómitos postoperatorios y tras quimioterapia y dolor dental postoperatorio. En otros procesos como adicciones, rehabilitación post-ictus, cefaleas, dolores menstruales, codo de tenista, fibromialgia, dolor miofacial, osteoartritis, lumbalgias, síndrome del túnel carpiano y asma; la acupuntura puede ser útil como tratamiento coadyuvante, alternativa aceptable o como parte de planes terapéuticos integrales. Investigaciones futuras probablemente descubran nuevos campos donde la acupuntura será útil. /.../ Hay suficiente evidencia, sin embargo, de su potencial utilidad en la medicina convencional para promover la realización de futuros estudios. Existe evidencia suficiente de la validez de la Acupuntura para fomentar su empleo en la medicina convencional y estimular la realización de estudios para conocer su fisiología y utilidad clínica”*.

Basándose en esta Declaración de Consenso, instituciones internacionales comenzaron a regular y fomentar el uso de la acupuntura:

Informe Lannoye del Parlamento Europeo insta a los gobiernos de sus Estados miembros a regular las llamadas medicinas alternativas y recomienda que sean las Organizaciones Colegiales las que defiendan el ejercicio de sus profesionales colegiados.

La OMS elabora las **Pautas generales para la metodología de investigación y evaluación de la medicina tradicional** y las **Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la acupuntura** que tiene por objeto ayudar a las autoridades sanitarias nacionales en la formulación de normas y el establecimiento de exámenes oficiales, así como a las facultades e instituciones de medicina que deseen organizar programas de capacitación.

Informe de la Secretaría sobre Medicina Tradicional en la 56ª Asamblea Mundial de la Salud

donde recomienda integrar los aspectos pertinentes de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de atención de salud, la creación de programas de formación adecuados, fomentar la seguridad, eficacia y calidad de la práctica, incrementar el acceso y la asequibilidad, y promover su uso racional.

Real Decreto 1277/2003 de Bases Generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, donde se establece que los centros con oferta asistencial de terapias no convencionales son “una unidad asistencial en la que un médico es el responsable de realizar tratamientos de las enfermedades /.../ mediante téc-

nicas de estimulación periférica con agujas u otros que demuestren su eficacia y su seguridad”. El médico es el máximo responsable de realizar acupuntura y no otra persona que carezca de tal titulación.

Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias que desglosa y define que es el médico –como Licenciado en Medicina- a quién corresponde “la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención”.

T4. Vendajes funcionales de tobillo

Docente: D. Pedro Fernández de Sousa-Dias

Fisioterapeuta. Smith&Nephew. Madrid

Tras la experiencia acumulada durante los últimos años realizando “Vendajes Funcionales” en distintos campos de aplicación, se ha demostrado que con esta técnica es posible curar lesiones en un corto plazo de tiempo sin que se presenten inconvenientes posteriores, como los que se producen derivados de las inmovilizaciones rígidas.

Sin embargo, tampoco hay que olvidar la extrema importancia que tiene esta técnica como prevención de lesiones de partes blandas, en el campo de las distintas actividades deportivas.

El propósito de esta actividad formativa es presentar una técnica de vendaje con dos variantes (elástica e inelástica) y con cuya ayuda se puede tratar funcionalmente la más frecuente lesión del aparato locomotor – el esguince del ligamento lateral externo (LLE) del tobillo. De entre la gran variedad de posibilidades, se han seleccionado dos de los vendajes más adecuados para esta lesión. Se ha

procurado que sean fácilmente comprensibles cada uno de los pasos que intervienen en la realización y explicación del vendaje.

La exposición se inicia con una breve introducción teórica sobre los conceptos básicos de la técnica, como son:

- Definición
- Indicaciones y contraindicaciones
- Tipos de aplicación
- Tipos de técnicas
- Principales complicaciones
- Tipos de tiras y
- Principales problemas

En un segundo apartado se definirá los grados del esguince de tobillo (leve, moderado y grave) en función de la sintomatología así como la actuación terapéutica en función del mismo, atendiendo al seguimiento en Atención Primaria.

Cubriendo estos dos apartados iniciales (teoría)

no más de 30 minutos, se iniciará la demostración práctica de las dos técnicas elegidas: vendaje inelástico/mixto en el caso de esguince de grado I y vendaje elástico adhesivo para grado II. En el primero de los casos se tratarán de diez pasos bien definidos con una variante de cierre elástico, y en el segundo de cinco iniciales seguidos de otros cinco

correspondientes al cierre o encofrado compresivo.

Por último, se potenciará que los asistentes procedan a realizar ambas técnicas en forma de pequeños grupos y así poder aclarar los inconvenientes producidos por la aplicación directa del vendaje.

T5. Habilidades en dermatología

Docentes: Dr. Rafael Sánchez Camacho¹, Dr. Juan Jurado Moreno²

¹Médico General. Centro de Salud Ávila Rural. Ávila.

²Médico General. Centro de Salud Medina del Campo Rural. Valladolid

Este taller está dirigido a los profesionales médicos que trabajan en la Atención Primaria. Su finalidad fundamental es dar a conocer los medios más elementales con los que cuenta el médico general ante el paciente dermatológico. Durante su desarrollo, se pretende atraer toda la atención hacia el juego de utilizar nuestras capacidades en reconocer y describir las lesiones dermatológicas más habituales, destacándose aquellos aspectos diferenciadores que nos ayudarán a establecer la aproximación diagnóstica, base de lo que a continuación realizaremos, y de la conducta terapéutica que dispongamos.

CONTENIDOS

Presentación de Casos Clínicos descriptivos, siempre apoyados en la imagen, sobre los que se estable-

cerá un diagnóstico diferencial y las posibles actitudes terapéuticas. Inicialmente, se dejará un tiempo reservado a que los participantes inicien el juego del reconocimiento del caso presentado y de cual sería su conducta. Inmediatamente, se inicia una explicación razonada de cada caso clínico, marcando tanto los elementos positivos como los negativos, que inclinarían nuestro diagnóstico hacia una de las opciones expuestas. Se realizará un análisis detallado en el que se explicarán las razones metodológicas y clínicas que nos permiten llegar al diagnóstico. También, dentro de ellas, se aprovecha para describir un gran número de entidades dermatológicas que, por su elevada incidencia en nuestro medio, deben ser tenidas en cuenta. Claro está, todo ello acompañado de numerosas imágenes ilustrativas, fundamento del aprendizaje de la Dermatología para el médico de Atención Primaria.

T6. Cirugía menor en Atención Primaria

Docentes: Radwan Abou-Assali Boasly¹, Dr. Luis Manuel López Ballesteros², D^a. Reyes Gil Martín³

¹Médico General. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca.

²Médico general. Centro de Salud Medina del Campo Rural. Valladolid

³DUE. Responsable de enfermería del Servicio de Cirugía Menor. Centro de Salud Medina del Campo Rural. Valladolid.

El médico general actual, en el ámbito de la Atención Primaria (AP), debe realizar una medicina integral de calidad, con un alto poder resolutivo. En su quehacer clínico ordinario, debe enfrentarse y encontrar soluciones desde a las pequeñas heridas cutáneas hasta a la extir-

pación de un fibroma u otro tumor cutáneo benigno.

La formación con la que sale de la Universidad en este campo, suele ser incompleta y poco "ensayada", no recibiendo durante la fase de postgrado, en lo que a técnicas quirúrgicas básicas se refiere, mucha más,

salvo en aquellos profesionales en los que el interés personal incita a completarla.

Una vez se encuentran ya trabajando en los Centros de Salud, salvo raras excepciones, serán las actitudes autodidácticas las que conducirán a completar esta formación tan necesaria e imprescindible.

Por estos motivos, la Sociedad Española de Medicina General, utilizando sus propios recursos, ofrece este taller que permitirá ir introduciendo, completando y capacitando al mayor número posible de médicos en las técnicas propias de la Cirugía Menor (CM). Esta capacitación debe ser escalonada y progresiva, adaptada a las habilidades de partida de los participantes.

Dado el marco formativo tan peculiar que ofrecen los congresos, se ha diseñado un taller adecuado al perfil de los asistentes. El nivel que se ofrece es el más básico, de introducción a la CM y haciendo especial hincapié al manejo y resolución de las heridas, sin olvidar otros apartados necesarios.

OBJETIVOS

-Revisar las técnicas básicas en cirugía, utilizables en Atención Primaria, y encuadradas en el servicio de Cirugía Menor, de una forma más selectiva y con mayor profundidad, manteniendo el desarrollo completamente práctico.

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

T7. Aprendiendo a formular y responder preguntas de investigación

Docentes: Dra. Pilar Rodríguez Ledo, Dr. Ángel Modrego Navarro

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

El grupo de Metodología y Apoyo a la Investigación (grupo MAI) pretende, con este taller, describir y analizar las estrategias destinadas a dar el primer paso en

ESTRUCTURA

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

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

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

-Entrega de material documental con la información complementaria seleccionada

CONTENIDOS

-Introducción.

-Consideraciones Médico-Legales. Consentimiento Informado. Documentos.

-Evaluación médica preoperatorio. Historia Clínica.

-Infraestructura mínima para la realización de CM.

-Asepsia y esterilización.

-Instrumental básico.

-Suturas reabsorbibles y no reabsorbibles.

-Anestésicos locales. Técnicas de infiltración en CM.

-Indicaciones y contraindicaciones para Cirugía Menor

-Zonas anatómicas de riesgo.

-Tratamiento de heridas más frecuentes.

-Técnicas de suturado y su ejecución.

-Heridas cutáneas complicadas

-Técnicas de exéresis sobre las lesiones más frecuentes.

-Cuidados postoperatorios.

-Revisión y dudas

el camino de la elaboración formal de cualquier proyecto de investigación: La formulación de preguntas susceptibles de respuesta. Éste será el motor de todo el

proceso investigador y será el que determine que se aproveche o malgaste el escaso tiempo del que disponemos; será el que determine las posibilidades de éxito de nuestra tarea y, por consiguiente, facilitará que se cumplan nuestras expectativas o que, por el contrario, se genere frustración y desánimo. Las buenas preguntas son el eje central tanto de la práctica clínica como de todo proceso de investigación, los pacientes son el punto de partida para ambas, y el método científico, la estrategia metodológica para su desarrollo.

Toda pregunta clínica debe responder a un objetivo claro de investigación y debe, a su vez, ser formulada de tal modo que siguiendo los pasos del método científico y con la ayuda de las evidencias disponibles sea posible obtener una respuesta en los términos empleados en el objetivo propuesto. De este modo, entendemos por pregunta clínica la formulación explícita de una duda surgida en el contexto de la práctica clínica y que sigue un esquema estructurado que facilita la posterior localización de la información necesaria para responderla y su consiguiente evaluación crítica.

¿Cómo y cuándo surgen las preguntas clínicas? Pueden proceder de prácticamente cualquier punto del trabajo clínico con los pacientes, descubriendo una decisión o acción específica sobre la que no sabemos lo suficiente como para abordarla con confianza y certidumbre. Esta "laguna de conocimiento" puede ir desde algo minúsculo, hasta la falta de familiaridad con un diagnóstico, una prueba, un tratamiento, un pronóstico, etc. El hallazgo de estos desfases de conocimientos puede (y debe) generar respuestas positivas como las que implican hacerse preguntas y buscar respuestas. Sólo cuando las preguntas que se realizan son susceptibles de ser respondidas se optimizará el tiempo de que disponemos y el éxito del proceso será posible.

Teniendo en cuenta las tareas centrales del trabajo del clínico, las preguntas pueden proceder de:

1. Hallazgos clínicos: Cómo recoger e interpretar hallazgos a partir de la anamnesis y exploración física del paciente.

2. Etiología: Cómo identificar las causas de las enfermedades.

3. Diagnóstico diferencial: Cuándo tener en cuenta las posibles causas del problema clínico de un paciente, y cómo clasificarlas e función de su probabilidad, gravedad, y susceptibilidad de abordaje.

4. Pruebas diagnósticas: Cómo seleccionar e interpretar las pruebas diagnósticas a aplicar considerando su precisión, exactitud, aceptabilidad, seguridad, coste,...

5. Pronóstico: Cómo calcular la probable evolución clínica del paciente en el tiempo y anticipar las posibles complicaciones de las enfermedades.

6. Tratamiento: Cómo elegir entre los tratamientos posibles los que producen más beneficio que perjuicio, y que compensan lo que cuesta conseguirlos y usarlos.

7. Prevención: Cómo disminuir la probabilidad de que se produzcan enfermedades identificando y modificando sus factores de riesgo, y cómo diagnosticarlas precozmente mediante su detección selectiva.

8. Evaluación: Cómo analizar las actividades realizadas en el quehacer clínico diario en su estructura, proceso, y resultado, y cómo planificar ciclos de mejora de la calidad asistencial.

9. Autosuperación: Cómo mantenerse al día, mejorar las técnicas clínicas, y llevar a cabo una práctica clínica más efectiva y eficiente.

10. Y de cualquier otra materia objeto de la actividad del clínico rodeada de incertidumbre.

Para que estas preguntas sean eficientes deben estar en relación con los problemas objeto de estudio y estar formuladas de modo que dirijan la investigación hacia respuestas pertinentes y precisas. En la práctica, las preguntas clínicas correctamente formuladas para alcanzar estos objetivos suelen contener cuatro elementos:

- Paciente o problema de interés
- Intervención a estudiar (causa, factor pronóstico, tratamiento, etc.)
- Intervención con la que se pretende comparar (cuando sea pertinente)
- Variable o variables que valoran el resultado

del interés clínico

La falta de experiencia en la formulación de preguntas clínicas suele ser una dificultad inicial, pero el tomarse tiempo y practicar sobre casos hipotéticos ayuda a adquirir las habilidades necesarias. Uno de los principales problemas que pueden surgir en todo el proceso de elaboración de la pregunta clínica es el plantear dudas de modo impreciso y su consecuencia será la obtención de resultados irrelevantes e imprecisos como consecuencia de un marco tan genérico que no ofrece posibilidad de buscar una respuesta adecuada. Otro problema habitual es que, en realidad, la pregunta no suele ser única, sino que de un mismo escenario se suelen derivar varias preguntas entre las que será preciso priorizar su importancia en función de la situación, la necesidad de respuesta, las características de los pacientes, la pertinencia, la factibilidad de responderla, el coste,...

Pero el proceso no está concluido. Una vez identificado el ámbito en el que se ha generado la duda y convertida ésta en una o varias preguntas explícitas, el siguiente paso consiste en seleccionar la fuente de información más adecuada para proporcionarle una respuesta: Los pacientes, generándose un proceso de investigación observacional o experimental en función de nuestras pretensiones, la bibliografía cuando esa misma pregunta ya ha sido estudiada previamente. En este último caso deberemos seleccionar de forma consciente, juiciosa y realista la mejor base de datos que gestione las referencias bibliográficas más adecuadas a nuestros planteamientos, los descriptores más eficientes que generen la mejor estrategia de búsqueda posible, y la valoración de las evidencias mediante una lectura crítica de las mismas que analice la validez de los resultados, su magnitud y precisión, y la aplicabilidad final de los mismos en nuestro paciente y entorno de estudio.

T8. Ecografía clínica. Aplicación en Atención Primaria

Docente: Dr. Javier Amorós Oliveros

Médico General. Sección de Ecografía de la SEMG. Novelda. Alicante.

La ecografía clínica será tratada en este Congreso en forma de taller práctico.

Con la ayuda de un ecógrafo y un modelo sano se hará un recorrido por el abdomen y otras zonas para mostrar la anatomía normal y el aspecto ecográfico de diferentes estructuras que se compararán con los cambios que ofrecen distintas enfermedades en un debate clínico-ecográfico.

Se mostrará la utilidad de la ecografía clínica en situaciones de:

- Alteraciones biliares
- Enfermedades hepáticas
- Alteraciones urológicas
- Patologías retroperitoneales
- Alteraciones músculo-tendinosas
- Urgencias

estará contraindicado el uso de sistemas de compresión por encima de los 12-14 mmHg, pero por debajo de esta tensión el riesgo es despreciable. Al margen del gran problema que supone la insuficiencia arterial, existen otros inconvenientes menores que nos pueden hacer descartar algún tipo de terapia de compresión, como es el caso de la intolerancia o la falta de aceptación por parte del paciente por proble-

mas económicos, estéticos, de comodidad, de incapacidad para su colocación, etc. Otros problemas que pueden aparecer con relativa frecuencia, son los relacionados con procesos de alergia a algún componente de las vendas o de las medias de compresión, y por supuesto nunca realizaremos un tipo de compresión cuando se desconozca su correcta técnica o no se disponga del material apropiado.

TII y TI2. Infiltraciones en hombro y codo y en mano y muñeca

Docentes: TII: Dr. Juan José Asenjo Sigüero, TI2: Dr. Juan Antonio de Felipe Gallego

Traumatólogos. Hospital FREMAP. Madrid

INTRODUCCIÓN

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

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

CONSIDERACIONES TÉCNICAS

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

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

Para la realización de la infiltración debemos dis-

poner del material adecuado (guantes estériles, agujas intramusculares, subcutáneas y jeringas, antiséptico y gasas estériles).

Debemos recordar las siguientes consideraciones:

- 1- Aspirar antes de inyectar; si es una articulación realizar previamente evacuación del líquido sinovial o artrocentesis
- 2- No intentar vencer resistencias inesperadas
- 3- Elegir la aguja adecuada a cada región anatómica.
- 4- Adecuar el volumen de los fármacos utilizados a la zona a (anestésico + corticoide): en las articulaciones grandes (2+ 2cc), articulaciones medianas (1+1cc), articulaciones pequeñas (0,5+0,5cc); en tejidos blandos (1.5+1.5cc).
- 5- No guiar la aguja con los dedos.
- 6- Favorecer la buena distribución local del medicamento.

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

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

Las infiltraciones deben de distanciarse en el tiempo, con intervalos de al menos una semana, aunque

estará contraindicado el uso de sistemas de compresión por encima de los 12-14 mmHg, pero por debajo de esta tensión el riesgo es despreciable. Al margen del gran problema que supone la insuficiencia arterial, existen otros inconvenientes menores que nos pueden hacer descartar algún tipo de terapia de compresión, como es el caso de la intolerancia o la falta de aceptación por parte del paciente por proble-

mas económicos, estéticos, de comodidad, de incapacidad para su colocación, etc. Otros problemas que pueden aparecer con relativa frecuencia, son los relacionados con procesos de alergia a algún componente de las vendas o de las medias de compresión, y por supuesto nunca realizaremos un tipo de compresión cuando se desconozca su correcta técnica o no se disponga del material apropiado.

TII y TI2. Infiltraciones en hombro y codo y en mano y muñeca

Docentes: TII: Dr. Juan José Asenjo Siguero, TI2: Dr. Juan Antonio de Felipe Gallego

Traumatólogos. Hospital FREMAP. Madrid

INTRODUCCIÓN

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

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

CONSIDERACIONES TÉCNICAS

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

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

Para la realización de la infiltración debemos dis-

poner del material adecuado (guantes estériles, agujas intramusculares, subcutáneas y jeringas, antiséptico y gasas estériles).

Debemos recordar las siguientes consideraciones:

- 1- Aspirar antes de inyectar; si es una articulación realizar previamente evacuación del líquido sinovial o artrocentesis
- 2- No intentar vencer resistencias inesperadas
- 3- Elegir la aguja adecuada a cada región anatómica.
- 4- Adecuar el volumen de los fármacos utilizados a la zona a (anestésico + corticoide): en las articulaciones grandes (2+ 2cc), articulaciones medianas (1+1cc), articulaciones pequeñas (0,5+0,5cc); en tejidos blandos (1.5+1.5cc).
- 5- No guiar la aguja con los dedos.
- 6- Favorecer la buena distribución local del medicamento.

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

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

Las infiltraciones deben de distanciarse en el tiempo, con intervalos de al menos una semana, aunque

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

¿QUÉ INFILTRAMOS?

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

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

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

COMPLICACIONES

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

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

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

CONTRAINDICACIONES

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

- 1-Trastornos de la coagulación; (solicitar tiempos de coagulación)
- 2- Infecciones cutáneas.
- 3-Infección sistémica o bacteriemia.
- 4- Prótesis articulares.
- 5- Infiltraciones previas sin mejoría; no realizar más de tres infiltraciones.

También deberemos tener en cuenta como contraindicaciones relativas, la inestabilidad articular, el alcoholismo y la patología psiquiátrica.

INDICACIONES ESPECÍFICAS

- 1-Patología de hombro:
 - a. Tendinopatía del manguito rotador
 - b. Bursitis subacromial
 - c. Capsulitis adhesiva.
 - d. Artritis/esguince acromio-clavicular
 - e. Artritis /esguince esterno-clavicular
- 2- Patología de codo:
 - a. Epicondilitis.
 - b. Epitrocleitis
 - c. Bursitis
 - d. Artritis radio-humeral.
- 3- Patología de muñeca:
 - a. Síndrome de túnel carpiano
 - b. Rizartrosis
 - c. Tendinitis de Quervain
 - d. Artritis radio-carpiana.
- 4- Patología de mano
 - a. Artritis de las articulaciones: MCF e IFS
 - b. Dedo en resorte

T13. Intervención antitabaco

Docentes: Dr. Ricardo Abengózar Muela

Médico General. Grupo de Trabajo de Tabaquismo de la SEMG

El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva de alta prevalencia, que se inicia en el 80% de los casos antes de los 18 años, y que va a originar la muerte a más del 50% de los que lo padecen al producir enfermedades tumorales, cardiovasculares o respiratorias. Es responsable de unas 60.000 muertes al año en España, unas 500.000 en Europa y unas 3.000.000 en el mundo. Adelanta en unos 16 años la edad media de muerte entre quienes fuman.

Se estima que afecta a 1/3 de la población de individuos mayores de 16 años, lo que la constituye en la enfermedad crónica de más alta prevalencia en nuestro país. Además se observa que afecta cada vez más a los adolescentes, de manera que a los 15 años ya son consumidores regulares de tabaco 1/3 de los varones y 2/3 de las mujeres. Los adolescentes, y en especial las niñas, son la población diana de las empresas tabaqueras, y de sus montajes publicitarios.

El carácter adictivo de la enfermedad implica necesariamente que produce unos trastornos en la conducta de los pacientes que es imprescindible tener en cuenta a la hora de la valoración diagnóstica de los mismos, así como en las intervenciones terapéuticas que les debe-

mos facilitar.

Es posible medir, con herramientas muy sencillas y de fácil aplicación, los niveles de dependencia física por la nicotina, la dependencia psicológica, la dependencia social y la dependencia gestual o manual de nuestros pacientes fumadores. Estos datos nos orientarán sobre qué aspectos hemos de tratar para realizar un correcto tratamiento de los mismos.

Se ha comprobado la enorme eficiencia de intervenciones muy sencillas en Atención Primaria como el consejo sanitario, pero también es posible realizar intervenciones más avanzadas cuando se precisen, incluyendo tratamientos farmacológicos como la terapia sustitutiva con nicotina o el bupropion, etc.

Es de gran importancia realizar intervenciones dirigidas a evitar las recaídas y al tratamiento de las mismas cuando se produzcan.

El ámbito de la Atención Primaria es el más adecuado para el manejo de la gran mayoría de los pacientes que fuman, debiendo conocerse los criterios de derivación a unidades especializadas en tabaquismo en caso de que estén disponibles.

PREÁMBULO A LAS COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

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

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

Al iniciar la exposición del capítulo correspondiente a las "Comunicaciones Científicas" aportadas a este XII Congreso Nacional y VI Internacional de la Medicina General Española deseamos también manifestar nuestro ánimo y

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

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

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

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

001-O-P

Influencia de la información sobre métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados

Cobaleda Polo J, Del Viejo Escolar A, Aguilar Gordillo V

OBJETIVOS

Hemos realizado un estudio retrospectivo de las historias clínicas de un cupo médico en un Centro de Salud Urbano en Badajoz. Queríamos valorar si un programa específico sobre información de métodos anticonceptivos en las mujeres tenía alguna utilidad para evitar embarazos no deseados.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de una población de 836 mujeres de 16 a 45 años. Comparamos las historias clínicas de 1996 a 2000 con las de 2001 a 2005 para ver la influencia del programa de información acerca de la anticoncepción, que se inició en el 2001, sobre el porcentaje de embarazos no deseados.

002-C-P

Quiste hidatídico: un diagnóstico a tener en cuenta en el medio rural

Echave Ceballos P, Pérez Martín A, López Lanza JR, Ovejero Gómez VJ, Villa Puente M, Raba Oruña S

INTRODUCCIÓN

El quiste hidatídico es producido por helmintos del género *Echinococcus* (*Egranulosus*), cuyas larvas se enquistan en el hígado (75%), pulmón y con menor frecuencia en otros órganos; tiene un periodo de incubación variable, de meses a varios años, dependiendo del número y localización.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer 63 años, ganadera, acude por sangrado rectal y molestias abdominales, con ocasionales nau-

RESULTADOS

Entre 1996 y 2000 el 10,06% de los embarazos fueron no deseados. En los años siguientes (2001-2005) el porcentaje es idéntico (10,37%). En la población de 16 a 25 años el porcentaje de gestaciones no deseadas fue del 9,09% en el periodo 1996-2000 y bajó hasta el 2,86% en el periodo 2001-2005.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hemos visto que la información sobre la anticoncepción influye a la hora de utilizar métodos anticonceptivos reglados, pero tiene nula influencia sobre las mujeres adultas (mayores de 25 años) a la hora de evitar gestaciones no deseadas. Resulta muy provechosa en el grupo de chicas más jóvenes.

seas. En la exploración hay hepatomegalia de 1 cm; radiografía de abdomen: imagen redondeada en hígado, bien delimitada, con calcificaciones.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se debe hacer diagnóstico diferencial con quiste benigno hepático y con absceso hepático. El tratamiento es quirúrgico en quistes únicos; si no está indicada la cirugía, se debe usar albendazol a dosis de 10-15 mg/Kg/día en 3 o más ciclos de 4 semanas, con periodos de descanso de 2 semanas.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUDA BIBLIOGRÁFICA

Búsqueda en Medline. Palabra clave: "hydatid disease".

Hidalgo M, Barquet N. Hidatidosis hepática. Estudio de una serie de 7.435 casos. Parte I: aspectos generales, epidemiológicos y diagnósticos. Rev Esp Enf

Digest 1987;71:1-6. / Magistrelli P, Masetti R, Coppol R, Messia A. Surgical treatment of hydatid disease of liver. A 20-year experience. Arch Surg 1991;126:518-523. / Alonso Casado O, Moreno González E, Loinaz Seguro C, Gimeno Calvo A, González Pinto I, Pérez Saborido B, et al. Results of 22 years of experience in radical surgical treatment of hepatic hydatid cysts. Hepatogastroenterology 2001;48:235-243.

003-O-P

Estudio de la consanguinidad en el mundo islámico

El Hadi El Amrani M, Said Mawas N, González Pérez A, Moreno Ruiz P, Magaña Ruiz G, Leyva Ríos JB

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de la consanguinidad en sujetos de etnia árabe islámica o bereber oriundos de Oriente Medio (Líbano, Siria, Jordania y Palestina) y del Magreb Occidental (Marruecos, Túnez, Argelia y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla) y residentes en municipios de la provincia de Granada.

METODOLOGÍA

Con motivo de un amplio estudio sobre enzimo-patías en 500 sujetos de ambos sexos (360 varones y 140 mujeres) árabes islámicos o bereberes, hemos recogido en la historia clínica, entre otros, los antecedentes de consanguinidad en los encuestados a partir de la elevada incidencia de enfermedades hereditarias.

004-O-P

¿Valoramos correctamente a los pacientes con enfermedades clínicas asociadas al síndrome metabólico?

García Pérez R, García Moreno R

OBJETIVOS

Las definiciones del síndrome metabólico (SM), por

RESULTADOS

Se encontraron en total 160 casos de consanguinidad (32%). De ellos, 66 matrimonios fueron entre primos hermanos (PH) (13,2%) y otros 94 entre parientes lejanos (PL) (18,8%). En el grupo de los árabes hemos encontrado 106 (29,52%) matrimonios consanguíneos y entre los bereberes había 54 (38%). La comparación de la edad entre los dos grupos estudiados mediante t de Student no es significativa ($p=0,661$); la comparación de la consanguinidad mediante el estadístico chi cuadrado con corrección de Yates, tampoco.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La consanguinidad es frecuente en los dos grupos estudiados. La importancia radica en el aumento de incidencia de las enfermedades hereditarias raras. Estas proporciones son elevadas y tienen relación con las del Mundo Europeo Occidental por su gran influencia y por el importante flujo migratorio.

su sencillez y aplicabilidad, son muy útiles en atención primaria para identificar pacientes con SM y riesgo de padecer enfermedades clínicas asociadas (ECA) al SM

(diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular arterial periférica). Nos propusimos valorar si las historias tienen recogidos los criterios diagnósticos del SM en relación con las ECA.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de 907 historias de los mayores de 18 años. Estudiamos edad, sexo, antecedentes personales de ECA al SM y criterios diagnósticos del SM (perímetro abdominal, índice de masa corporal, tensión arterial, glucemia basal, triglicéridos y c-HDL). Análisis estadístico de edad, sexo, prevalencia de ECA al SM y frecuencias de "NO CONSTA" el registro de criterios diagnóstico.

RESULTADOS

En un porcentaje muy alto de historias "NO CONSTA" los criterios del SM. Los menos registrado

son obesidad abdominal, índice de masa corporal y c-HDL; la tensión arterial "NO CONSTA" en el 68,7% de las historias. Los más jóvenes son los que menos criterios tienen registrados. En cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular arterial periférica los menos registrados son obesidad abdominal, c-HDL e índice de masa corporal. La tensión arterial "NO CONSTA" en el 41,9% de los casos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los criterios del SM "NO CONSTA" en un porcentaje muy alto de historias. Los menos registrados son el perímetro abdominal e índice de masa corporal en pacientes con ECA. Los mayores de 65 años y las mujeres son los que más criterios tienen recogidos. Frecuentemente la tensión arterial "NO CONSTA" en las historias de pacientes con enfermedad cerebrovascular.

006-O-P

Psicofármacos y embarazo

Blasco Montero R, Caballero Carrasco A

OBJETIVOS

Investigar sobre la utilización, efectos sobre el feto y seguridad de los psicofármacos en la mujer embarazada.

METODOLOGÍA

Revisión exhaustiva de los artículos publicados en la literatura científica sobre la utilización de psicofármacos [inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), benzodiazepinas y estabilizadores de ánimo] en las gestantes. La base de datos utilizada ha sido MEDLINE (1998-2003).

RESULTADOS

En la literatura científica se recogen multitud de efectos secundarios relacionados con este tipo de fármacos. Los estabilizadores del ánimo son teratógenos humanos; no lo son ni los ISRS ni las benzodiazepinas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de lo adversos que son los estudios publicados hasta ahora en la literatura médica, los psicofármacos son fármacos seguros que utilizamos frecuentemente en la práctica clínica diaria tanto en gestantes como en no gestantes.

007-O-P

Estudio de prevalencia de caries dental en la zona básica de salud de Carmona-Sevilla

Silva Sánchez JP, Tarancón Jiménez M, Gil Ortiz I

OBJETIVOS

Demostrar que los programas de actuación de medicina preventiva en Salud Bucodental de forma seriada en cohortes de edad escolar disminuyen las tasas de caries dental en dichas poblaciones. Además, mediante sesiones de instrucción de higiene oral se cambian hábitos higiénicos defectuosos o inexistentes.

METODOLOGÍA

Se realizan Diagnósticos de Salud Bucodental en los niños escolarizados en la Zona Básica de Salud de Carmona-Sevilla entre 1º y 4º de Enseñanza Primaria. Se comparan las tasas de incidencia-prevalencia de caries dental en dos años consecutivos.

RESULTADOS

Las tasas de incidencia y prevalencia de caries dental en las poblaciones estudiadas disminuyen una media de entre tres y cinco puntos porcentuales tras las actuaciones a través de los procedimientos de operatoria dental implantados mediante el programa andaluz de asistencia dental.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Son necesarios programas preventivos de salud comunitaria basados en la educación para la salud en las etapas más tempranas de la vida para alcanzar resultados como los obtenidos en el presente estudio. Debemos insistir con estas actuaciones para cambiar de hábitos en la población infantil.

008-O-O

Tratamiento con Sintrom: un temido aliado

Rodríguez Fernández C, Vázquez Seijas EJ, Sánchez de Enciso Ruiz M, López Silva MC

OBJETIVOS

Conocer las patologías por las que se indica la anticoagulación oral (ACO). Cuantificar la morbi-mortalidad por eventos embólicos durante un año de seguimiento con tratamiento anticoagulante. Conocer los efectos adversos (hemorragias graves) que afectaron a estos pacientes.

METODOLOGÍA

Se incluyó a todos los pacientes sometidos a tratamiento con anticoagulación oral de cuatro consultas de

AP. Se registró la existencia de eventos cardiovasculares y hemorragias graves durante el año de estudio. Se reflejaron los motivos de indicación de ACO y las patologías concomitantes más relevantes.

RESULTADOS

El motivo más frecuente de ACO fue la fibrilación auricular (FA) (85,7%) seguida de la cirugía valvular cardiaca (5,4%) y del accidente cerebrovascular embólico (3,6%). La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial en el 39,3% de los casos. Se produjeron 3 eventos embólicos, ninguno fatal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La FA es la enfermedad que provoca mayor número de casos de ACO. La morbi-mortalidad

cardiovascular en los pacientes en tratamiento con ACO es baja. La tasa de hemorragias graves, el efecto secundario más temido de los anticoagulantes, es aceptable.

009-0-0

Ecografía en atención primaria: aprendiendo de los errores y buscando la colaboración con el segundo nivel

Jaén Díaz JI, Cordero García B, López de Castro F, Castilla López-Madrirdejos F, López Serrano R, Santillana Balduz F

OBJETIVOS

La ecografía es una técnica diagnóstica que poco a poco se va abriendo camino en la atención primaria (AP). Uno de los escollos para su implantación es la falta de colaboración con el nivel hospitalario (AH). Nos propusimos seleccionar los casos clínicos en los que las discrepancias diagnósticas entre las ecografías realizadas en AP y AH hubieran podido tener mayor trascendencia para los pacientes.

METODOLOGÍA

Se procedió a la revisión exhaustiva de todas las ecografías realizadas (e informadas) en una consulta de Medicina General de un centro de salud durante el año 2005, para las que se había solicitado confirmación diagnóstica al nivel hospitalario y en ésta se habían obtenido resultados muy dispares. Un grupo de médicos del centro de salud seleccionó los casos que consideraron de mayor relevancia clínica.

010-0-0

Depresión en el paciente mayor. Factores asociados

De la Torre Solís C, López Madroñero T, Gil García M, Molina Alonso JM, Blas Fernández E, Mora Díaz JD

OBJETIVOS

La depresión del anciano tiene una gran variabilidad según distintos estudios, con una prevalencia de

RESULTADOS

Se han seleccionado y analizado cuatro casos en los que existía una discrepancia absoluta entre las exploraciones realizadas en AP y en AH. Los diagnósticos discrepantes fueron: tumos vesical frente a vejiga normal en un varón de 80 años; vesícula repleta de microlitiasis frente a vesícula normal en un niño de 14 años; tumor testicular frente a testículo normal en un varón de 46 años; y tumor renal frente a riñón normal en una mujer de 64 años.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se analizaron los casos clínicos seleccionados y sus posibles consecuencias. Se concluyó que la ecografía desempeña un importante papel en manos del médico general y que es necesario fomentar un clima de colaboración y entendimiento entre ambos niveles asistenciales, todo ello en beneficio del paciente.

10% en población general mayor de 65 años y del 15-35% si están institucionalizados. Nos planteamos conocer la prevalencia de la depresión en nuestro medio en mayores de 65 años no institucionalizados y

valorar algunos factores asociados.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, transversal descriptivo, en 1.185 personas mayores de 65 años. Se calculó muestra para prevalencia del 15% con error alfa del 5% y precisión de $\pm 5\%$. Se realizó entrevista con estudio sociodemográfico, de percepción de salud y de patologías prevalentes, test de Barthel, test de Lawton y test de Yesavage. Analizamos regresión logística con SPSS.

RESULTADOS

Edad media 74; mujeres 54,4%; población rural 51,1%; analfabetos 19,8%; sin pareja 44%; regular

o mala salud 51,1%; Barthel de hasta 65, 6,6%; Lawton de hasta 4, 15,4%; Yesavage superior a 5, 18,7%; diabetes 19,8%; hipertensión arterial 49,5%; EPOC 11%; cardiopatía 14,8%; polimedicados 35,2%. En la regresión logística: mujer $p=0,006$; polimedicado $p=0,011$; mala salud $p=0,014$.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Prevalencia de depresión del 18,7% en mayores de 65 años. Es más frecuente en mujeres y en lo que tienen mala percepción de salud. Los depresivos suelen estar polimedicados con mayor frecuencia. Las patologías en sí mismas y las discapacidades de los pacientes mayores no parecen influir en la aparición de depresión.

OII-O-P

Evaluación de actividad formativa solidaria

Hernández Moreno J, Palomo Sanz V

OBJETIVOS

Evaluar la actividad formativa para médicos generales desarrollada en Nicaragua durante el mes de noviembre del 2005, realizada por SEMG-Solidaria a propuesta de la Asociación de Médicos Generales Nicaragüenses, e impartido en cinco ciudades (Ocotol, León, Jinotega, Rivas y Managua).

METODOLOGÍA

Evaluación de las actividades desarrolladas. Se pasó un cuestionario previo y posterior al curso a los asistentes en el que se valoraban 2 bloques de preguntas: uno sobre la teoría impartida (5 preguntas) y otro sobre electrocardiograma (2). Además se evaluaba la satisfacción con el curso y los profesores y se recogían sugerencias.

RESULTADOS

De la valoración de los tests efectuados se desprenden una mejora en los resultados de antes y después del curso: en teoría incremento del 52,3%; en casos incremento del 140%. Valoración del curso y profesores: 9,43 y 9,7 sobre 10, respectivamente. Sugerencias de los alumnos: mayor duración, continuidad, más casos, entrega previa de material, locales más adecuados.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El desarrollo del curso ha seguido el programa previsto y ha cumplido los objetivos de acercamiento a los médicos clínicos. La aceptación ha sido muy buena y los resultados aceptables en términos de formación. Se concluye que este tipo de actividad formativa puede ser muy gratificante para los médicos generales.

012-0-0

¿Es necesario un subprograma de salud para el cáncer cutáneo fotoinducido?

Moliner Barranco MA

OBJETIVOS

Demostrar que el cáncer cutáneo fotoinducido no melanoma es un problema de salud en Écija, por lo que adquiere la magnitud suficiente como para dedicarle un subprograma específico de salud en atención primaria.

METODOLOGÍA

El Método Epidemiológico Descriptivo permitió conocer la tasa, riesgo, incidencia y prevalencia de la enfermedad en Écija. Población de estudio formada por 760 individuos con profesiones con gran insolación, visitados entre 1986 y 2004. Para el fototipo se utilizaron los criterios de Fitzpatrick.

013-C-P

Mujer con adenopatía axilar

Jiménez Castillo ME, López Aguilera MD, Polo Chicano J, Ríos Méndez A, García Sánchez L

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una infección producida por *Bartonella henselae*. Presenta linfadenopatía regional y a veces lesión cutánea por inoculación. El diagnóstico es clínico, histológico y serológico. Tiene buen pronóstico aun sin tratamiento.

RESULTADOS

Tasa del 11,36/año. Riesgo del 59%. Incidencia del 0,59%. Prevalencia del 4,6%. Se encontraron 230 varones enfermos de 65-74 años del total de 457, y 229 mujeres de 75-84 años del total de 311. El fototipo más frecuente fue el III. Las neoplasias intraepiteliales queratinocíticas son las más frecuentes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este método sirve para conocer la magnitud del problema en la población de estudio, como demuestran los valores obtenidos. En Écija esta enfermedad es un problema de salud. El sol es el principal factor de riesgo. Perfil del paciente tipo: agricultor, fototipo III, de 65-74 años y de ambos sexos.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 70 años con bulto axilar de dos semanas, febril con astenia y anorexia. Exploración normal, salvo tumoración axilar de 5 cm, dolorosa, lisa, elástica y adherida a planos profundos. Mama homolateral normal. Analítica con hipertransaminasemia y VSG alta. Radiografía de tórax y mamografía normales.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se derivó a Medicina Interna para continuar estudio. Se halló objetivándose lesión cicatrizada en dorso de mano izquierda (arañazo). Ante sospecha de EAG se realiza eco axilar y se encuentra adenopatía desestructurada con inflamación perilesional de 3cm; punción-aspiración con aguja fina: linfadenitis granulomatosa necrotizante compatible con EAG. Serología positiva para Bartonella. Se trató con azitromicina oral (250 mg/24 horas) durante diez días. La evolución clínica y analítica fue favorable. Ante la presencia de una adenopatía axilar debemos pensar no sólo en patología mamaria, sino también en otras enfermedades sistémicas,

como este caso de EAG.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Realizamos una búsqueda por MEDLINE. Palabras clave: "adenopatía axilar", "enfermedad por arañazo de gato".

Pérez Camarero ER, et al. Enfermedad por arañazo de gato simulando una neoplasia de mama. *Medicina General* 2002;42:207-208. / Fernández Flores A, et al. Un caso de enfermedad por arañazo de gato. *Revista Española de Patología* 2003;36(2). / Montesdeoca Melián A, et al. Síndrome febril prolongado de etiología infrecuente. *BSCP Can Ped* 2003;27(1).

015-C-P

Torsión testicular como causa de infertilidad

Mula Rey N, Blanco Rodríguez AM, Esteban Chicharro A, Fernández López AM, Mula Rey M, Mateo Olmeda M

INTRODUCCIÓN

La torsión testicular es una patología frecuente, en la que el tiempo desde el diagnóstico hasta el tratamiento quirúrgico es lo único que puede evitar la pérdida de la gónada. La torsión se produce en sentido axial y lleva a la gónada a una primera fase de edema por congestión y ectasia vascular, a una segunda fase de infarto por sufusión hemorrágica y finalmente a la gangrena gaseosa. La causa concreta de la torsión testicular se desconoce. Favorecen su aparición: cordón espermático largo, ausencia de gubernaculum testi, criptorquidia y traumatismo. La viabilidad es posible si se interviene antes de 6 horas.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Presentamos un varón de 25 años que, tras acudir en varias ocasiones al servicio de urgencias por dolor testicular y ser diagnosticado de orquiepididimitis,

acude a nuestra consulta presentando dolor y tumefacción importante en hemiescrotro derecho, con muchísimo dolor a la palpación. En la exploración hay ausencia de reflejo cremastérico. Realizamos ecografía de urgencias en el centro y observamos necrosis y ascenso testicular. Con diagnóstico de sospecha de torsión testicular evolucionada se deriva a hospital para intervención quirúrgica.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La torsión testicular es más frecuente en niños y adolescentes que en población adulta. Es importante el diagnóstico y tratamiento precoces para evitar la necrosis testicular y la infertilidad consecuente(4). En nuestro caso la demora en el diagnóstico conllevó la pérdida definitiva testicular y creemos que la adecuada identificación de la sintomatología de nuestro paciente, junto con la exploración física y ecográfica, podría haberlo evitado.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUDA BIBLIOGRÁFICA

Búsqueda en Pubmed. Palabras clave: "torsion", "testicular".

Beherman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson: Tratado de Pediatría. Decimosexta edición, Vol. II,

1800-1805. Mac Graw-Hill Interamericana (USA), 2000. / Doherty GM, Goss JA. Washington: Manual de Cirugía; 547. Marbán Libros (España), 1998. / Dunne PJ, O'Loughlin BS. Testicular torsion: time is the enemy. Journal of Surgery 2000;70(6):441-2. / Matteson JR, Stock JA. Medicolegal aspects of testicular torsion. Urology 2001;57(4):783-7.

016-O-0

Cólico renoureteral: tratamiento y diagnóstico por imagen

Martínez Campos JA, Prada Pérez JJ, García Pérez R

OBJETIVOS

Revisar manejo, diagnóstico y terapéutica de cólico renoureteral (CRU) en el servicio de urgencias intrahospitalario.

METODOLOGÍA

Se revisan retrospectivamente historia clínica, exploración y pruebas complementarias de 40 pacientes admitidos en el servicio de urgencias de nuestro hospital, que presentaban datos compatibles con CRU, incluidos aleatoriamente. Se valoran las siguientes variables: radiografía de abdomen, utilidad diagnóstica de ecografía frente a TAC.

017-O-P

Evolución de las infiltraciones realizadas en un centro de salud

Bolea Gorbea C, Varo Moriana G, Alcalde García S, Bueno Lozano M, Guiu Salas O, Medina Sagardoy A

OBJETIVOS

Conocer las características de las infiltraciones articulares y de partes blandas realizadas en un centro de salud docente durante cinco años.

RESULTADOS

40 pacientes revisados. De 20 placas realizadas, sólo en 2 la radiografía de abdomen fue diagnóstica; de los restantes, 20 precisaron otras pruebas diagnósticas (14 TAC, 6 ecografía abdominal). En 38 casos se realizó tratamiento conservador y en 2 casos fue preciso tratamiento invasivo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Existe un protocolo terapéutico estandarizado pero no existe claramente definido en el caso de empleo de técnicas de imagen. La técnica de imagen permite confirmar el diagnóstico, localizar el cálculo y confirmar o descartar complicaciones. La TAC es más sensible y específica para el diagnóstico de litiasis que la ecografía abdominal y permite la detección de enfermedad extrarrenal.

METODOLOGÍA

Se analizó la totalidad de las infiltraciones realizadas durante cinco años en un centro de salud que atiende a una población de 3.500 habitantes.

Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad media, localización, intensidad del dolor por escala analógica visual (EVA), toma de analgésicos previa y posterior, contraindicaciones para AINE, mejora del dolor tras la infiltración por EVA.

RESULTADOS

Se realizaron 342 infiltraciones, 177 en hombro (83 vía subacromial, 78 vía anterior, 16 vía posterior), 24 en rodilla, 10 en epitroclea, 32 en epicondilo, 69 en trocánter mayor, 20 calcáneo, 3 neurinomas de Morton, 2 patas de ganso y 5 en otras. La media global de dolor inicial fue 7,1 y la final de 3,1. Los mejores resultados fueron con las infiltraciones de trocánter mayor y hombro, y los peores con calcáneo. El consumo de analgésicos y AINE antes de la infiltración fue del 75% y después del 30%. En 48 pacientes había contraindicaciones para la toma de AINE.

O18-C-P

Cor pulmonale: algo más que un tema de facultad

Vázquez Seijas EJ, Rodríguez Fernández C, López Silva MC, Sánchez de Enciso M

INTRODUCCIÓN

El término cor pulmonale (CP), muy utilizado en la literatura médica, actualmente no tiene un significado consensuado. Su prevalencia real es desconocida. Sus signos clínicos son inespecíficos, a menudo oscurecidos por la enfermedad base, y no son evidentes hasta estadios avanzados.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer 38 años, con trastorno depresivo bipolar. Padre diabético, hipertenso y con accidente cerebrovascular. Madre diabética, con obesidad mórbida y trastorno psiquiátrico no filiado. Consulta por disnea de medianos esfuerzos sin otra sintomatología. En la explo-

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las infiltraciones que más se realizan son las de hombro; éstas son las que mayor mejoría del dolor consiguen junto con la de trocánter mayor. Se constatan resultados similares de otros estudios: gran resolutivez con grandes beneficios en cuanto a mejoría de dolor y evitación de yatrogenia medicamentosa; se puede aliviar el dolor en personas con contraindicaciones para la toma de AINE (insuficiencia renal crónica, anticoagulantes, alergia a AAS, úlcera gastroduodenal); se consigue reducir el número de interconsultas y sus consiguientes esperas y se produce gran satisfacción para el paciente y el profesional. Asimismo, se constata que se realizan cada vez más infiltraciones y que son más miembros del equipo los que participan en estas técnicas. Al ser un centro docente, los residentes también han aprendido técnicas de infiltración articular y de partes blandas.

ración física llama la atención un índice de masa corporal de 65; el resto, sin hallazgos. Analítica con hemograma y bioquímica elemental normal. Radiografías de tórax en proyecciones antero-posterior y lateral resultaron ser normales. Electrocardiograma sin alteraciones.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se sospecha disnea secundaria a obesidad mórbida y se solicita interconsulta a la unidad de nutrición; la paciente no acudió. Un año después refiere hipersomnía diurna, por lo que se deriva a la unidad del sueño con sospecha de síndrome de apnea obstructiva del sueño. Confirman el diagnóstico y diagnostican cor pulmonale. Se instaura tratamiento con dieta hipocalórica y oxígeno

domiciliario. Dos meses después, la hipersomnia ha desaparecido y la disnea modificó su grado, pues aparece con grandes esfuerzos en la actualidad.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUDA BIBLIOGRÁFICA

Método empleado: búsqueda con palabra clave "cor pulmonale" en la Revista española de Cardiología y en

Pubmed con la misma palabra clave:

Weitzenblum E. Chronic cor pulmonale. Heart 2003;89:225-30. / Terán Santos J, Alonso Álvarez ML. El corazón, el sueño y la respiración. Rev Esp Cardiol 2006;59:5-8. / García Calabozo R, Martínez Ferrer J, Sancho-Tello de Carranza MJ. Temas de actualidad en estimulación cardíaca 2005. Rev Esp Cardiol 2006;59:66-77.

019-0-0

Prevalencia de síndrome metabólico en diabetes tipo 2

Lomeña Villalobos JA, Serrano González C, García Sánchez L, Martínez Pascual C, Ríos Méndez A, Espejo Jiménez J

OBJETIVOS

Establecer la prevalencia de síndrome metabólico (SM) y los factores que lo conforman en diabetes tipo 2 en una consulta de atención primaria (AP). En el SM intervienen factores genéticos y ambientales asociados al estilo de vida en los que la resistencia a la insulina es el componente fundamental.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal sobre un cupo médico de AP de ámbito rural. Se calculan estadísticas descriptivas así como chi cuadrado y ANOVA cuando procede. La definición de SM se hace a partir del APT III de la NCEP (al menos 3 criterios de 5): circunferencia abdominal mayor de 102 cm en varones y de 88 en mujeres; triglicéridos de al menos 150 mg/dl; HDL inferior a 40 en hombres y a 50 en mujeres; tensión arterial de al menos 130/85 mmHg; glucemia en ayunas de al menos 110 mg/dl. Los análisis sanguíneos se solicitaron a todos los pacientes entre octubre y diciembre de 2005. Se calculó su riesgo cardiovascular (RCV) por la ecuación de Framingham.

RESULTADOS

42 varones y 50 mujeres de una edad media de 64,4 años. Presentan SM el 75% de la muestra (en varones 78,6%, en mujeres 72%, $p=0,468$). La media de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) es de 7,15 (DE 1,76). No encontramos significación estadística entre la presencia o no de SM y los valores de HbA1c ($p=0,242$). Quetelet de 30,15 en varones y de 33,04 en mujeres. Los valores de RCV de la ecuación Framingham son: media de 22,89 (DE 14,25), mediana de 19 (percentil 50), moda 16, percentil 75 de 27. El RCV es apreciablemente mayor en varones (30,19), que en mujeres (16,76).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Alta prevalencia de SM en diabéticos, coincidente con la encontrada en la bibliografía consultada. Destacamos la alta prevalencia de obesidad en nuestros diabéticos. Es preciso prestar atención al SM como entidad independiente de elevado RCV. Su diagnóstico es eminentemente clínico y al alcance de cualquier médico de AP. La presencia de SM se relaciona con un incremento significativo de enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular, con disminución en la supervivencia, en particular por el incremento unas 5 veces en la mortalidad cardiovascular.

021-O-P

Intercepción postcoital: perfil prescriptor del médico en una zona básica de salud de Madrid

Albarrán Juan ME, Santiago Sáez A, Casas Sánchez JD, Kanaan Kanaan A, Perea Pérez B

OBJETIVOS

El presente trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio para definir las características de la zona básica donde se lleva a cabo, en el que se analiza la actitud frente a la intercepción postcoital (IPC). Los objetivos no sólo abarcan ésta, sino también la predisposición para colaborar en la investigación, así como un pequeño análisis de la cumplimentación de los sistemas de registro en IPC y si existe seguimiento posterior y de qué tipo.

METODOLOGÍA

Recogida de datos mediante encuestas de elaboración propia, con disociación de los mismos y análisis mediante el sistema SPSS v. 12. Se obtuvieron frecuencias, tablas de contingencia y test chi cuadrado. Tras cruzar 2 variables se realizó análisis estadístico y se obtuvo un árbol de decisión cuyo objetivo era encontrar "segmentos" o subconjuntos de la muestra que tienen un comportamiento propio y diferenciado respecto a una variable a explicar (prescripción de IPC).

022-O-P

Valoración del grado de cumplimentación de los partes de lesiones en casos de violencia de sexo

Casas Sánchez JD, Albarrán Juan ME, Rodríguez Albarrán MS, Santiago Sáez A

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es valorar el grado de

RESULTADOS

Obtuvimos una participación del 100%. El perfil prescriptor es el de un profesional, entre 30 y 40 años, sin predominancia de sexo ni de turno de trabajo. Las alternativas mayoritarias son: derivación al responsable del programa en el centro de salud y en un 30% de las ocasiones no se ofrece alternativa. Los límites en la prescripción son: sospecha de embarazo y minoría de edad (menor de 18 años). En un 3% no se registra por desconocimiento y un 6,10% no sabe y no conoce el consentimiento informado del Área 8. El posterior seguimiento se hace en la mayoría de los casos por el médico de Atención Primaria y excepcionalmente por ginecólogo o planificación familiar.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los facultativos colaboraron en el 100% de los casos. El perfil del profesional es el de un médico (hombre o mujer), con edad entre 30-40 años. En caso de no prescribir, la alternativa mayoritaria es la derivación al responsable del programa en el centro de salud y en un 30% de las ocasiones no se ofrece alternativa. Existe infrarregistro por desconocimiento. El seguimiento posterior es en atención primaria y se realiza educación para la salud en el propio acto asistencial de demanda de IPC.

METODOLOGÍA

Se han analizado los siguientes apartados de este documento: tipo de lesión, localización, extensión y fecha de producción de la lesión; tratamiento, identificación del médico, centro sanitario y concordancia de los puntos anteriores con los hallazgos exploratorios durante el reconocimiento médico-forense. Se han estudiado los partes de lesiones y los informes de valoración médico-forense de 50 casos de violencia de sexo. Los partes de lesiones fueron realizados por facultativos de servicios de urgencias hospitalarios (60%) y extrahospitalarios (40%) de una área de salud de la Comunidad de Madrid. Al día siguiente de la valoración clínica los reconocimientos forenses se realizaron por médicos forenses del partido judicial correspondiente al área de salud.

RESULTADOS

En el 70% de los partes de lesiones se describía correctamente el tipo de lesión; en el 8% esta descripción era muy genérica y en el 7% no se hacía referen-

cia a la presencia o ausencia de lesión. En el 70% de los partes examinados se especificaba la localización de la lesión y en el 40% se recogía de manera concreta la extensión en los casos en que este aspecto era valorable. En el 80% de los casos se recogía el tipo de tratamiento y en el 90% no se recogía la fecha de la agresión. La proporción de acuerdo entre la exploración clínica y la forense fue de un 50% en cuanto al tipo de lesión y del 60% en cuanto a la localización.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Aspectos más importantes a los que se puede hacer referencia: la fecha de la agresión no se recoge en un porcentaje muy elevado de casos; la ausencia de identificación del médico se produce en un altísimo número de casos; en una gran cantidad de casos el tipo de lesión que describe el facultativo no se corresponde con la valoración forense, bien porque no existe lesión o bien porque éste es diferente. Conclusión final es la necesidad de colaboración entre forenses y clínicos en la redacción de partes de lesiones específicos.

023-C-P

Síndrome de Ekbohm en un paciente anciano

Garrido Rojas E, Guillén Ibáñez J, Pérez Pérez A, Varo Moriana G, Alcalde García S, Bolea Gorbea C

INTRODUCCIÓN

La patología psiquiátrica es una de las más demandadas en las consultas de atención primaria. No sólo las alteraciones del ánimo o la ansiedad, sino que los trastornos en el contenido del pensamiento son frecuentes en personas ancianas que a veces no pueden acceder a consultas de salud mental.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 90 años que, desde hace 3 meses, está convencido de que su habitación "está llena de bichos". Asocia, además, sensación superficial en la

piel en forma de "picotazos". Afirma la creencia ante sus familiares, a pesar de que éstos no la compartan. Es imposible reducir la creencia del paciente. Ha desarrollado tentativas para destruir los parásitos sin éxito. Es coherente en sus explicaciones, intenta coger muestras para enseñarnos, pero "son como de mantequilla y se le escapan de los dedos". La habitación está impecablemente limpia. Este cuadro le ocasiona gran angustia.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se grabaron en tres ocasiones las descripciones que el

paciente hace y se comentaron con un psiquiatra del centro de salud mental de referencia del centro. Se solicita analítica y se pone tratamiento de prueba. El paciente mejoró en gran medida con tratamiento con risperidona a dosis de 4,5 mg al día; su ideación delirante se hizo soportable para él y su familia.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Con la sospecha de delirio de parasitación consultamos los textos de CIE y DSM-IV y de allí en Pubmed

consultamos la bibliografía con la palabra clave: "delusional ectoparasitic infestation".

González Seijo JC, Lastra Martínez I, Ramos Vicente YM. Delirio parasitario: revisión a propósito de nuevos casos. *Acta Luso-Esp Neurol Psychiatr* 1993;21:56-62. / Winsten M. Delusional parasitosis: a practical guide for the family practitioner in evaluation and treatment strategies. *J Am Osteopath Assoc* 1997;97:95-9. / Trabert W. 100 years of delusional parasitosis. Meta-analysis of 1.223 case reports. *Psychopathology* 1995;28:238-46.

024-0-0

Calidad y titularidad de la información sanitaria: ¿informamos de manera adecuada a los pacientes?

Correoso Martínez MM, Romeu García MA, Vinuesa Veral A, Oliva Correoso PM, Valera Martínez E, Bellido Blasco J

OBJETIVOS

La información asistencial queda configurada como un derecho del paciente y un deber del médico, obligado ética y legalmente a suministrar una información completa, veraz y en la forma más idónea para su comprensión por el paciente. Se establece como objetivo saber si el proceso informativo se realiza de manera adecuada; para ello se registra la opinión de pacientes, usuarios y trabajadores de centros sanitarios sobre calidad, veracidad y titularidad de la información sanitaria.

METODOLOGÍA

Encuesta de opinión realizada a lo largo de 8 meses del año 2006 en la provincia de Castellón, en 572 individuos (240 trabajadores de centros sanitarios y 332 entre pacientes y usuarios), seleccionados mediante muestra de conveniencia, de ambos sexos y mayores de 18 años.

RESULTADOS

El 36,4% de pacientes y el 37,6% del grupo de profesionales sanitarios opinan que la información suministra-

da es incorrecta; destaca el porcentaje de enfermería (47%). Más del 85% en todos los grupos desean una información completa y verdadera sobre su estado de salud. Del 50% al 58% desearían que la información se diese al propio paciente, seguidos de los que opinan que debe ser compartida entre el paciente y sus familiares (38%-44%); es mínimo el porcentaje que desea que se le mantenga sin informar (2,5%-9,6%). El 34,2% cree que actualmente se da la información a la familia y no al paciente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Un elevado número de individuos percibe la información asistencial como incorrecta, entre los que destaca el colectivo de enfermería, quizá porque al tener un mayor contacto con el paciente éste les plantea sus dudas con mayor facilidad. Mayoritariamente demandan información personal, veraz y completa, pero piensan que los médicos no siempre cumplen este deseo. Se deduce de los datos obtenidos que no podemos hablar de un proceso informativo de calidad y que deberían establecerse pautas para mejorarlo.

025-O-P

Control de factores de riesgo cardiovascular y estilos de vida en diabéticos. Tenemos que mejorar

Molineró Pinilla R, Mendo Giner L, Gil Asenjo MA, Arróniz Fernández de Gaceo C, Martín Pascual I

OBJETIVOS

Conocer la distribución por edad y sexo en diabéticos, estilos de vida y control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), según directrices en guía de riesgo cardiovascular (RCV).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Recogida de datos del periodo 1/04/2004 a 1/04/2005. Muestreo aleatorio sistemático de 100 pacientes diabéticos. Zona Básica de Salud con 10.500 habitantes no pediátricos. Variables: sexo, edad, tabaquismo, dieta, obesidad, ejercicio, FRCV y patologías asociadas, control de tensión arterial, lípidos, hemoglobina glicosilada, tratamientos y otras pruebas complementarias.

RESULTADOS

Mujeres 55%(45-65%). Edad media en hombres 68,5 (65,1-71,9%) y en mujeres 72,5 (69,8-75,2%). Hipertensos 79% (71-87%); dislipemia 33% (24-42%); el 86,7% sin diagnóstico no cumple criterios de con-

trol. Fibrilación auricular 14% (7,2-20,8%); accidente cerebrovascular 11% (4,9-17,1%); insuficiencia renal crónica 5% (1-9%), desconocida 38,6% (24,22-52,9%), con Cockcroft ajustado a 1,73 m² de superficie corporal y del 30,1% (20,1-40,15%) con MDRD simplificada. Fumadores 13,4% (6-23%), sólo el 22% con consejo; nunca dieta/sólo ocasional, el 40% (27-53%) y consejo en el 35%. Obesidad 66,7% (53,7-77%). Ejercicio activo 46,6% (35,6-57,6%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hay que definir criterios de dislipemia en diabetes. Es posible el sesgo en obesidad por fallos de registro en pacientes menos frecuentadores. Se deben establecer objetivos/actividades de mejora a consensuar con el equipo, entre los que destaca la mejora del registro, peticiones correctas de analítica, mejoría en consejo tabáquico y dieta, potenciar tratamiento antihipertensivo e iniciar tratamiento en dislipémicos sin controlar. Es necesario calcular la aclaramiento renal dado el alto porcentaje de insuficiencia renal crónica no conocida y así optimizar el manejo del paciente.

026-O-P

Tabaquismo. Experiencia de intervención en la comunidad

Sánchez García I, Bernal Márquez J, Cerdeña Marrero J, Valcárcel López R, Rodríguez Mora B, Montesinos Afonso N

OBJETIVOS

El tabaquismo es un hábito que influye de forma importante en la aparición de alteraciones en el

estado de salud de una persona: enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, EPOC.... Se le considera como una drogadicción al provocar dependencia física, psicológica y social. Es un factor

de riesgo importante y debe ser abordado por los profesionales sanitarios. Este acontecimiento tiene reconocimiento de interés sanitario por la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias y ha sido declarado espacio libre de humo. Nuestro objetivo fue captar población fumadora que no va al centro de salud y promover entre ellos métodos de educación sanitaria.

METODOLOGÍA

Se organiza la II Feria de la Salud en el Mercadillo del Agricultor de La Matanza de Acentejo (localidad del Norte de Tenerife). Consiste en una intervención directa en la comunidad dirigida a fumadores y exfumadores que acuden o no con frecuencia al centro de salud. En el stand de tabaquismo se clasificó a los visitantes atendiendo a las recomendaciones de la Unidad de Prevención del Tabaquismo de la Dirección General de Salud Pública. Se realizaron espirometrías, determinación de CO₂, test de Fagerström y test de Richmond. Participaron médicos y enfermeros.

RESULTADOS

Se realizan setenta y siete intervenciones educativas en fumadores (dependiendo de la fase en que se

encuentran) y en exfumadores en dos días de apertura del stand a la población general. 50% hombres, 50% mujeres. Edad media: hombres 44,1 años, mujeres 41,77 años, global 43,03 años. No fumadores: 19,12%; exfumadores de 1-10 años: 14,71%; exfumadores de más de 10 años: 4,41%; fumadores en fase precontemplativa: 26,47%; fumadores en fase contemplativa: 29,41%; fumadores en fase de preparación: 1,47%; fumadores en fase de acción: 4,41%. Test de Fagerström: dependencia baja 81,58%, dependencia moderada 18,42%, dependencia alta: 0,00%. Test de Richmond: motivación baja (0 a 6): hombres 89,47% mujeres 94,74%; motivación muy alta (mayor de 7): hombres 10,53%, mujeres 5,26%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La intervención fuera de la consulta facilita la captación de la población que no acude al centro de salud. Se constata la satisfacción del personal y la motivación del mismo para implantar una Unidad de Intervención en Tabaquismo. Dichas intervenciones han permitido concienciar a la población de que el tabaco es un factor de riesgo cardiovascular grave sobre el que se puede actuar. Se ha producido también un acercamiento de la población a las distintas posibilidades terapéuticas existentes para el abandono del hábito tabáquico.

027-O-P

Impacto de la patología de origen laboral en el registro de Incapacidad Temporal en Navarra

Parra Osés A, Fernández Baráibar J, Extramiana Cameno E, Cañada Zarranz J, Martínez Suberviola L, Iriarte Elía L

OBJETIVOS

Profundizar en el conocimiento del fenómeno de la Incapacidad Temporal (IT) y sus causas. Valorar la evolución de los indicadores de IT en agrupaciones diagnósticas de especial interés por su posible relación con factores causales de origen laboral.

METODOLOGÍA

Fuente de información: registro de IT de Navarra (poblacional, continuo y exhaustivo), que recoge todos los procesos de IT debidos a enfermedad común o accidente no laboral. Se calcularon la incidencia media de

bajas (IMB) y la duración media de cada proceso (DMB) para cada agrupación diagnóstica durante el periodo 2002-2005; se efectuó un seguimiento de la distribución mensual de estas bajas durante el 2005.

RESULTADOS

El conjunto de bajas por estas agrupaciones diagnósticas supone el 45% del total anual de bajas. La IMB anual se ha ido incrementando un 13% entre 2002 y 2005. Se observa un aumento mantenido del IMB en neoplasias, patología de miembro superior, cuadros ansioso-depresivos y lumbociatalgias. La DMB media de estos procesos fue de 28 días. Los cuadros de mayor duración son las neoplasias, cardiopatía isquémica y salud mental. La patología de miembro superior es la única con un aumento del DMB a lo

largo de los años. Se observan variaciones estacionales/vacacionales en estos diagnósticos durante 2005.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La repercusión de las condiciones de trabajo sobre la salud puede ser reconocida mediante el estudio de la evolución de los indicadores de IT de estos diagnósticos. El incremento progresivo de estos indicadores podría relacionarse con las llamadas "tecnopatías" que están generando la actual epidemia de patología osteomuscular y de salud mental. Estos daños no están siendo etiquetados como laborales e impactan directamente sobre los registros de IT. Es básica la formación médica para sospechar el origen laboral de la patología, máxime pensando en las futuras modificaciones legislativas en este tema.

028-O-P

Diferencia en los indicadores de Incapacidad Temporal en población extranjera y nacional en Navarra (2002-2005)

Extramiana Cameno E, Iriarte Elía L, Fernández Baráibar J, Parra Osés A, Cañada Zarranz J, Martínez Suberviola L

OBJETIVOS

Describir los principales indicadores de los procesos de Incapacidad Temporal (IT) por contingencias comunes en el colectivo de los trabajadores extranjeros y compararlo con los de la población nacional en Navarra durante el año 2005; analizar la evolución de dichos indicadores en el período 2002-2005 en ambas poblaciones.

METODOLOGÍA

Fuente de información: registro de IT de Navarra (poblacional, continuo y exhaustivo), que recoge todos los procesos de IT debidos a enfermedad común o accidente no laboral. Se calculó la inci-

dencia media de bajas (IMB) y la duración media de cada proceso (DMP) para cada agrupación diagnóstica durante el período 2002-2005 y se efectuó un seguimiento de la distribución mensual de estas bajas (DMB) durante el 2005.

RESULTADOS

Durante el año 2005 los procesos de baja en el colectivo extranjero han supuesto el 7,7% del total de casos. En el período 2002-2005 la población afiliada de origen extranjero aumentó en un 43% y el número de bajas se incrementó un 35%. El 23% de los trabajadores extranjeros y el 30% de los nacionales han tenido algún proceso de IT durante el 2005. La IMB en 2005 en trabajadores extranjeros

fue de 44,7 procesos por 100 y en nacionales fue de 45,2. La DMB en extranjeros fue de 13,6 días y de 27,4 en nacionales. La DMB en extranjeros fue 5,8 días y de 12,2 días en nacionales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En Navarra en los últimos años se ha producido un aumento importante (43%) de la población afiliada de

origen extranjero. Se trata de una población más joven y ligeramente masculinizada frente a la nacional. La distribución porcentual de estos trabajadores es diferente a la de los nacionales, según los diferentes regímenes de afiliación. La IMB en extranjeros ha bajado progresivamente hasta situarse por debajo de la de los nacionales. La DMP y la DMB de los extranjeros han tenido una evolución oscilante, pero se sitúa en valores inferiores a los de los afiliados nacionales.

029-0-0

I Encuentro Formativo para la Mejora de la Salud. Experiencia comunitaria

Sánchez García I, Cerdéña Mameró J, Bernal Márquez J, Almenar Pasies B, Felipe Pérez ME, Sánchez Carrasco MS

OBJETIVOS

En la Zona Básica de Salud de La Matanza de Acentejo (Tenerife) se celebra la II Feria de la Salud (incluida en el Plan Nacional de Obesidad del Ministerio de Sanidad); se incorporó la celebración simultánea del I Encuentro Formativo para la Mejora de la Salud, donde los profesionales desempeñan un papel facilitador en la construcción del proceso para la adquisición de hábitos y estilos de vida saludable. Como objetivos fundamentales se pretendía implantar el modelo constructivista en la promoción y educación para la salud y medir la satisfacción de la población con la metodología aplicada.

METODOLOGÍA

Se impartieron talleres usando una metodología participativa, dinámica, motivadora encaminada a conseguir que las personas adquieran los conocimientos, actitudes, las habilidades, los hábitos, el deseo y las ganas para defender, mantener y mejorar la salud individual y colectiva. Los talleres se dirigieron a población escolar, profesionales sociosanitarios y población en general. Para medir la satisfacción de los asistentes al finalizar cada taller se les pasó una

encuesta en la que se analizan los siguientes ítems: contenidos, forma, interés, formato y utilidad de cada taller.

RESULTADOS

Se impartieron cincuenta y cuatro talleres, en los que se abordaron los siguientes contenidos: hábitos alimenticios, autoestima, relajación, risoterapia, valores, prevención de accidentes en la infancia, alcoholismo, relación padres-hijos. Asistieron 1.353 personas. Respondieron a las encuestas el 95% de los asistentes: el 99,8% de los escolares, el 95,1% de los profesionales y 97,3% de la población general. El nivel de satisfacción de profesionales, escolares y población fue muy alto en todos los casos, siempre por encima de 4 en una escala de 5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dada la gran participación, la discusión va dirigida a cómo mantener este tipo de metodología de forma continuada y sistematizada. Para ello se tendrán que implicar económica y políticamente a las instituciones a través de la puesta en marcha de planes para la promoción y educación de la salud utilizando

esta metodología. Por los resultados obtenidos podemos concluir que la promoción y educación para la salud se facilita a través de esta metodología y que se

constata la alta satisfacción de la población y de los profesionales implicados en este proceso de mejora de la salud.

031-0-0

Variabilidad diurna de la presión intraocular

Jaén Díaz JI, Cordero García B, López de Castro F, De Castro Mesa C, Castilla López-Madrirdejos FI, Berciano Martínez F

OBJETIVOS

La presión intraocular (PIO) está considerada como el principal factor de riesgo de glaucoma. Se trata de un valor variable influido por muchos factores, que sigue un ritmo circadiano no claramente establecido, cuyo reconocimiento y detección tiene un importante valor desde el punto de vista clínico tanto para el diagnóstico como para el manejo de los pacientes con hipertensión ocular (HIO) y glaucoma. Diseñamos un estudio para comprobar si existían diferencias en los valores de PIO de una población en función de la hora del día en que se realizaba la medida.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y transversal en una zona de salud urbana en personas mayores de 14 años, no diagnosticadas de glaucoma o HIO. Los pacientes eran elegidos entre los citados en la consulta, entre las 8 y las 9 horas de la mañana. Se determinaba su PIO y se les citaba ese mismo día entre las 17 y las 18 horas para una nueva determinación. La medición se realizó utilizando un tonómetro de aplanación tipo Perkins. Los datos se introdujeron en una base del programa SPSS 9.0. Se han utilizado los tests de Mann-Whitney y Wilcoxon. Se calcularon los coeficientes de correlación de Spearman.

RESULTADOS

220 personas (54,1% mujeres). Edad media de 46,6 años. Los valores medios de PIO para el ojo derecho fueron de 11,81 mmHg y de 13,29 mmHg ($p < 0,001$) en la toma matutina y vespertina, respectivamente; y de 12,04 mmHg y de 13,48 mmHg ($p < 0,001$) para el ojo izquierdo. Resultan ligeramente mayores los valores de PIO en el ojo izquierdo que en el derecho. La correlación entre la edad y la PIO es muy débil ($\rho = +0,15$ y $+0,13$ para ojo derecho e izquierdo, respectivamente). La PIO resultó mayor para hombres que para mujeres, con diferencias estadísticamente significativas, excepto para la determinación matutina del ojo izquierdo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las PIO medias encontradas son similares a un estudio de prevalencia previo realizado en la misma zona de salud. Al igual que en otros trabajos, el nuestro demuestra una diferencia de aproximadamente 1,5 mmHg entre las tomas de la mañana y la tarde. La constatación de esta variación obliga a ser cautos a la hora de interpretar los valores aislados de PIO y a relacionarlos con la hora del día en que se realiza la medición. Creemos que la hora del día en que se determina la PIO debe estimarse como una variable más en los estudios epidemiológicos relacionados con HIO y glaucoma.

033-C-P

Nuevo tratamiento para el varicocele: embolización de vena espermática

Mula Rey N, Blanco Rodríguez AM, Esteban Chicharro A, Fernández López AM, Mula Rey M, Mateo Olmeda M

INTRODUCCIÓN

El varicocele es una dilatación y tortuosidad anormal de las venas testiculares dentro del cordón espermático. Aparece en el 15% de la población general. La incidencia es más alta en población infértil. Es más frecuente (80-90%) en teste izquierdo por drenaje de vena espermática izquierda (VEI) en vena renal izquierda. La embolización de VEI es una alternativa al tratamiento convencional quirúrgico, pero no muy desarrollado en nuestro país.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 27 años que acude por molestias en hemiescrotos izquierdo que impiden su trabajo habitual. A la palpación testicular se observa hemiescrotos aumentado de tamaño y sensación de saco de gusanos sugestivo de varicocele. Mediante eco-doppler testicular se observó dilatación venosa del cordón espermático izquierdo. Se deriva a hospital y se hace tratamiento mediante flebografía y embolización de vena espermática izquierda.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El varicocele es molesto cuando su tamaño o síntomas interfieren con las actividades habituales. Las técnicas quirúrgicas clásicas, como la de

Ivanisevich, requieren anestesia general y suelen fallar cuando no se ligan todos los vasos o hay colaterales no sospechadas. La incidencia de recurrencia es del 5-20%. La flebografía espermática brinda la información necesaria para decidir el tipo de tratamiento más apropiado. En el mismo acto puede procederse a la embolización terapéutica si la anatomía es apropiada. Ventajas: anestesia local, 2 horas de reposo sin hospitalización y menor coste.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Pubmed: "varicocele", "infertility" and "phlebography". / Varicocele, hypoxia and male infertility. Fluid mechanics analysis of the impaired testicular venous drainage system. *J Urol* 2006;175(4):1454. / Sonographic quantitative evaluation of scrotal veins in healthy subjects: normative values and implications for the diagnosis of varicocele. *Eur Urol* 2006 (Epub ahead of print). / Varicocele: surgical techniques in 2005. *Can J Urol* 2006;13 Suppl 1:13-7. / Varicocele's radiological endovascular occlusion. *Arch Esp Urol* 2004;57(9):941-50. Phlebography: why important to study radiological imaging of spermatic veins. *Arch Ital Urol And* 2003;75:62.

034-O-P

Valoración integral de los pacientes crónicos confinados en su domicilio

Montalbán Herrera RM, Sánchez Torres F, Rosales Medina MC, Ramírez Jiménez AM, Vallecillos Segovia I, Sánchez Garzón J

OBJETIVOS

Valorar la salud integral (biológica, funcional, mental y

social), mediante la historia clínica informatizada, de los pacientes domiciliarios crónicos (PDC) en una Zona Básica de Salud y evaluar los servicios sanitarios prestados.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Centro de Salud Rural. Se incluyó a todos los pacientes (N=297) que por enfermedades crónicas discapacitantes o problemas sociales no pueden acudir al Centro de Salud y necesitan cuidados domiciliarios continuados. Se excluyó a todos los pacientes desplazados con menos de tres meses de residencia. Valoramos las enfermedades crónicas, el índice de Katz, test de Pfeiffer y las características sociales: nivel de estudios, vivienda, tipo de convivencia y nivel económico, número de visitas del personal sanitario y la calidad de las mismas desde 03/2005 hasta 02/2006.

RESULTADOS

La edad media de los sujetos fue de $78,64 \pm 12,39$ años. El 76% eran mujeres y el 24% hombres. 19,6% eran

analfabetos. Vivían solos el 4,1%. La vivienda reunía malas condiciones en el 13,5%. El 18,6% recibe ayuda social o de voluntariado. El número medio de enfermedades era de $4,74 \pm 2,37$. El consumo medio de fármacos era de $3,88 \pm 2,80$; de ellos, $0,44 \pm 0,68$ tiene baja utilidad terapéutica. El 71,9% eran dependientes en las actividades de la vida diaria (índice de Katz). El 43,8% no mostró deterioro cognitivo según el Test de Pfeiffer. La media de visitas/paciente/personal sanitario anual fue de $12,51 \pm 4,51$.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El 95% de las consultas de enfermería domiciliarias y el 92% de las consultas médicas domiciliarias tenían contenido específico y estaban registradas. El nivel de salud de los PDC de nuestra zona es bueno y genera una importante carga asistencial. El número de PDC dependientes es elevado y el deterioro cognitivo está dentro de valores normales. Se prestan unos adecuados servicios sanitarios.

035-0-P

Perfil de utilización de benzodiazepinas en pacientes de tercera edad en atención primaria

Montalbán Herrera RM, Ramírez Jiménez AM, Martínez Sáez MT, Rosales Medina MC, Vallecillos Segovia I, Sánchez Garzón J

OBJETIVOS

Conocer patrón de prescripción y consumo de benzodiazepinas (BDZ) en atención primaria en mayores de 65 años.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Centro de Salud Rural informatizado con 17.765 habitantes. El 17% tiene más de 65 años. Seleccionados 150 sujetos por muestreo sistemático entre los que acudieron a nuestro Centro de Salud (04/05) para la prescripción de BZD. Incluimos

pacientes que tomaban el fármaco al menos 3 veces/semana, en su indicación como ansiolítico o hipnótico (excluimos las indicaciones como relajante muscular y antiepiléptico). Valoramos edad, sexo, hábitos, enfermedades concomitantes, interacciones farmacológicas, patrón de consumo, reacciones adversas y síntomas relacionados con la dependencia de BZD.

RESULTADOS

Evaluados 150 pacientes (59 varones - 91 mujeres) de $69 \pm 6,7$ años de edad. 11,3% presentaba patología respiratoria crónica. El médico prescriptor inicial

de BZD fue el médico de familia en el 46%. En el 91% de los casos el motivo de la prescripción constaba en la historia clínica: ansiedad 58%, insomnio 30% y ansiedad + insomnio 8,6%. El tiempo de consumo fue en el 38% de los pacientes superior a 5 años y en el 20% menor de 1 año. BZD más utilizadas fueron las de vida media corta (54%) y vida media intermedia (34,6%). El 2% reconoció un consumo diario superior al prescrito. Efectos adversos en el 6% de los casos. De los pacientes que intentaron suspender el tratamiento al menos una vez (45%), el 72% había experimentado

evidentes síntomas de abstinencia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El consumo crónico de BZD es frecuente en mayores de 65 años y la mayor parte de las veces parece al menos tolerado por el médico de familia (responsable de la prescripción repetida). La buena tolerancia de las BZD y su potencial dependencia con el uso mantenido son probablemente los responsables de este patrón de uso prolongado.

036-O-P

Cómo prevenir las picaduras de medusas usando información meteorológica

Montalbán Herrera RM, Ruiz Torres MT, Caba Martín A, Montes Garrido C, García-Láez Roncero A, Liranzo Fernández S

OBJETIVOS

Relacionar los cambios en las corrientes marinas y dirección del viento en el mar Mediterráneo con la invasión de medusas y sus efectos sobre la población con el fin de prevenirlas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo, realizado en una zona básica del litoral mediterráneo a la población atendida en el centro de salud por picadura de medusa durante el mes de Agosto de 2005.

RESULTADOS

Registramos 134 casos de picadura de medusa, sin diferencia entre sexos. Predominio de edad entre 0-15 años (41,3%). Afectó a extremidades en el 88,7%. Precisaron tratamiento tópico y/u oral en un 57,1%. Ningún caso se derivó a hospital. Un

80,60% de los casos ocurrió con corrientes marinas y vientos del este; el resto (19,40%) con vientos del oeste.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Encontramos correlación entre la llegada de estos organismos flotantes a nuestras costas y la dirección y la velocidad del viento. Pensamos que podemos prevenir estos episodios conociendo las previsiones meteorológicas y actuar en consecuencia (barreras flotantes, información y señalización local...). Creemos que el origen del incremento de medusas es multifactorial (aumento de la salinidad, calentamiento del agua, vertido de nutrientes...) y por tanto de difícil solución. Identificamos a la medusa fosforescente o <Pelagia noctiluca> como responsable de la mayoría de casos de picadura; se trata de un organismo pequeño, urticariante y con ciclo vital directo.

039-O-P

Integración Atención Primaria – Medicina Interna

Varo Moriana G, Alcalde García S, Bueno Lozano M, Rubio Obanos T, Baila Sancho E, Bolea Gorbea C

OBJETIVOS

Mejorar la atención integral en pacientes pluripatológicos y en pacientes complejos en fase diagnóstica a través de reuniones de médicos de primer y tercer nivel. Desarrollar actividades docentes conjuntas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Durante el año 2005 un médico internista del Hospital de referencia se ha presentado en el Centro de Salud todas las semanas durante dos horas para comentar casos, pedir historias del Hospital, solicitar pruebas complementarias, realizar informes y participar en reuniones docentes.

RESULTADOS

Se han comentado 390 enfermos y se han consultado 60 historias del Hospital. Se han remitido 109 enfermos a consultas externas. Se han solicitado: 26 ecografías abdominales, 8 TAC, 6 ecocardiogramas, 6 gastroscopias, 7 colonoscopias, 3 gammagrafías tiroi-

deas, 3 MAPA, 2 Holter, 8 poligrafía SAOS, otros 11. Se han realizado 4 sesiones clínicas conjuntas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se ha evitado repetir consultas y se ha agilizado y racionalizado la atención a pacientes complejos. Las gastroscopias y colonoscopias solicitadas en Medicina Interna han podido evitar al menos 26 consultas en Digestivo, que tiene una lista de espera de 5 meses. La poligrafía SAOS ha evitado que estos pacientes fueran remitidos de entrada a Medicina Interna y el TAC ha adelantado las decisiones cuando al final estos casos tenían que ser remitidos a Atención Especializada. Existe un programa informático que permite consultar el historial de los enfermos, pero es de implantación reciente y no lo emplea todo el personal del hospital; poder consultar las historias del hospital en el centro de salud nos ha servido para tomar decisiones más racionales. Las sesiones clínicas han servido para acordar criterios comunes. En suma, ha producido gran satisfacción a todos los profesionales y se ha creado un ambiente de trabajo muy productivo.

040-O-P

Atención al paciente terminal en un centro de salud

Bolea Gorbea C, Varo Moriana G, Alcalde García S, Garrido Rojas E, Bueno Lozano M, Guiu Salas O

OBJETIVOS

Conocer las características y la evolución de la atención del enfermo terminal en un centro de salud.

METODOLOGÍA

Se han estudiado a 93 enfermos terminales según la definición de la SECPAL, atendidos durante cinco años

en dos consultas de un Centro de Salud semiurbano. Se han analizado las siguientes variables: quién y cómo se hizo el diagnóstico, tipo de cáncer, conocimiento del diagnóstico, cuidador principal, control de síntomas, uso de morfínicos, necesidad de sedación, lugar de fallecimiento y valoración general de la atención percibida.

RESULTADOS

La localización del cáncer fue: pulmón 17 casos, digestivo 38, mama 12, piel 3, ovario 3, urinario 8 y desconocido 7; SIDA 1 caso, EPOC 3, demencia 8, cardiopatía 3. La edad media, exceptuando al enfermo con SIDA, fue de 70 años. El cuidador principal fue una mujer en 9 de cada 10 casos. Los síntomas más frecuentes fueron: anorexia 90%, dolor 84%, astenia 80%, disnea 65%, boca seca 65% y síntomas neurológicos 40%. En 20 casos la agonía fue muy sin-

tomática y se aplicó el protocolo de sedación en 18 de ellos. Los opioides fueron utilizados en el 70% de los enfermos. En 4 pacientes la familia no deseaba que muriera en casa. El 80% falleció en su domicilio o en residencias de ancianos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La atención del paciente terminal se está convirtiendo en una de las tareas más demandadas y complejas dentro del quehacer del médico de familia. La localización principal del cáncer fue pulmonar, de mama y digestivo. Cada vez se incluyen más pacientes no oncológicos, en nuestra casuística: en los dos últimos años se han incorporado todos los casos no oncológicos al programa. Los síntomas con peor control fueron la disfagia y la astenia. La práctica de sedación paliativa se ha incorporado con éxito en el manejo de la agonía.

041-0-0

Resultados del estudio época: cumplimiento terapéutico

Estañ L, Rodríguez Vicente I, Almela Tejedo T, Gómez Úbeda G, Palop V, Morales Olivas FJ

OBJETIVOS

El envejecimiento poblacional es cada vez más evidente y la polimedición será frecuente en los próximos años. Los pacientes tratados con varios fármacos a la vez tienen problemas para cumplir adecuadamente el tratamiento. El objetivo del estudio es analizar el cumplimiento terapéutico en pacientes mayores de 18 años.

METODOLOGÍA

El estudio ha sido realizado por 219 médicos de Atención Primaria (investigadores del estudio EPOCA). Cada médico investigador pasó a 10 pacientes elegidos aleatoriamente el test de autocumplimiento de Haynes-Sackett y registró los resultados en el formulario diseñado a tal efecto; además anotó el nombre del medicamento sobre el que se realizaba el test y el número total de medicamentos prescritos.

RESULTADOS

856 pacientes (45,1% de los evaluados) se declaran no cumplidores (60% mujeres). El principal motivo relativo al paciente es el olvido (75%); relativos al médico prescriptor son pauta compleja (25%), no informar sobre reacciones adversas y lenguaje excesivamente técnico (ambas más del 40%); relativos al fármaco son pauta compleja (30%) y polimedición (más del 50%). Los pacientes tomaban un total de 5,2 (DE 2,4) medicamentos. Los cumplidores recibían 5,0 (DE 2,5) medicamentos y los no cumplidores 5,4 (DE 2,3), diferencia que es significativa.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El número de medicamentos utilizados por los pacientes es elevado. Ello coincide con lo descrito en

otros estudios de utilización de medicamentos. Casi el 50% de los evaluados son incumplidores. De los principales motivos de incumplimiento, la pauta compleja, no informar sobre reacciones adversas y el lenguaje técnico se podrían minimizar con una adecuada infor-

mación por parte del médico; la pauta compleja y la polimedicación, haciendo más cómoda la administración de los tratamientos con pautas más simples o con medicamentos con distintos principios activos en la misma forma farmacéutica.

042-0-0

Factores predisponentes de respuesta terapéutica en síndrome de Sjögren primario en tratamiento con pilocarpina oral

Belenguer Prieto R, Gómez Gálvez CJ, Pastor Oliver JF, Ramos Casals M, Blasco Conches J, González Perales JL

OBJETIVOS

Evaluar la influencia de los factores epidemiológicos, clínicos e inmunológicos del síndrome de Sjögren (SS) primario en la respuesta terapéutica a pilocarpina oral tras un mínimo de 6 meses de tratamiento.

METODOLOGÍA

Evalúamos a 128 pacientes con SS primario visitados consecutivamente en nuestras consultas y en las del Hospital Clínic de Barcelona, de los que 18 fueron excluidos del tratamiento por presentar enfermedades activas y otros 18 pacientes rechazaron recibir tratamiento. Tras firmar consentimiento informado 92 pacientes iniciaron tratamiento con salagen (2,5 mg de clorhidrato de pilocarpina cada 8 horas). Incrementamos la dosis de forma progresiva (2,5 mg cada 2 semanas) hasta alcanzar una dosis máxima de 15 mg al día. La respuesta terapéutica se evaluó con Escala Analógica Visual (EVA).

RESULTADOS

Tras 6 meses de seguimiento mejoraron la xerosto-

mía (74%), sequedad nasofaríngea (64%), xeroftalmía (62%), sequedad vaginal (64% de las mujeres) y xerodermia (52%). No observamos diferencias estadísticamente significativas en el grado de respuesta terapéutica en función de la edad del paciente, la edad en el momento de diagnóstico de SS, el sexo o el tiempo medio de evolución de la enfermedad. La afectación extraglandular, fibromialgia o la presencia de marcadores inmunológicos no influyó en la respuesta terapéutica. Hubo menor respuesta en los tratados con antidepresivos y los que tenían afectación glandular.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El grado de respuesta terapéutica en pacientes con SS primario en tratamiento con pilocarpina oral fue independiente de la edad del paciente, de la afectación extraglandular, del perfil inmunológico y de la coexistencia de fibromialgia. Los principales factores predictores de una baja respuesta terapéutica fueron la afectación grave en la gammagrafía parotídea pretratamiento y el uso concomitante de fármacos antidepresivos, mientras que la respuesta terapéutica fue mayor cuanto mayor fue el tiempo de duración del tratamiento.

043-O-P

Impacto de la presencia de fatiga en la calidad de vida del paciente con síndrome de Sjögren primario

Belenguer Prieto R, Gómez Gálvez CJ, Pastor Oliver JF, González Perales JL, Blasco Conches J, Pastor Pastor N

OBJETIVOS

Evaluar la presencia de fatiga, sus características y la relación con las manifestaciones autoinmunes en una amplia serie de pacientes diagnosticados de síndrome de Sjögren (SS) primario.

METODOLOGÍA

Se incluyeron en el estudio 110 pacientes con SS primario (106 mujeres y 4 hombres, con una edad media de 56 años visitados consecutivamente en nuestras consultas de AP y del Hospital Clínic de Barcelona. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud se realizó mediante la aplicación del cuestionario SF-36. La evaluación de la intensidad de la fatiga se realizó mediante una Escala Analógica Visual (EVA) graduada de 0 a 10, en la que 0 correspondía a la inexistencia de fatiga y 10 a la máxima sensación de fatiga.

RESULTADOS

107 (97%) pacientes refirieron algún grado de fatiga (puntuación al menos de 1). El valor medio para la intensidad de la fatiga fue de 5,63 (DE 3,57) en la escala de 0 a 10. En 68 pacientes (62%), la intensidad de la fatiga fue moderada/grave (EVA superior a 5). La fatiga fue diaria en 63 (59%), semanal en 25 (23%) y mensual en 19 (18%), de predominio nocturno en 35 (33%), matutino en 34 (32%), todo el día en 23 (21%) y durante las tardes en 15 (14%) pacientes. Hubo mayor fatiga en pacientes con afectación extraglandular (6,40 frente a 4,67, $p=0,001$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La gran mayoría de nuestros pacientes con SS primario refirió algún grado de fatiga, que se asoció con una mayor frecuencia a afectación extraglandular y con una peor calidad de vida percibida por el paciente, objetivada por puntuaciones significativamente inferiores en la mayoría de las subescalas del cuestionario SF-36.

044-C-P

Carotinemia y caries del biberón secundaria a ingesta excesiva de zumos

Álvarez Navarro I, Villaizán Pérez C, De la Peña García-Barba S, De Haro Muñoz J, Vela Valldecabres C, Hernández Moreno J

INTRODUCCIÓN

La carotinemia es una entidad clínica caracterizada por la pigmentación amarilla de la piel secundaria a

un aumento de betacarotenos en sangre. Los carotenos, precursores de la vitamina A, son los responsables del color amarillo y naranja de frutas y verduras. El consumo excesivo de alimentos ricos en carotenos

es la causa más frecuente de carotinemia. Ocasionalmente se asocia a enfermedades, tales como la diabetes mellitus, hipotiroidismo y enfermedades hepáticas y renales. La caries del biberón se relaciona con el goteo continuo de hidratos de carbono sobre los dientes del niño.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Niña de 20 meses de edad que acude a consulta por presentar coloración amarillenta de manos y pies de intensidad progresiva en las últimas 2 semanas. La familia refiere que es mala comedora. No presenta fiebre ni otros síntomas que mencionar. En la exploración física destaca un peso y talla en P3-10. Ictericia localizada en las palmas de las manos y en las plantas de los pies sin afectación conjuntival y caries generalizada. No se palpa hepatoesplenomegalia.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La ausencia de afectación conjuntival nos permite realizar el diagnóstico diferencial entre ictericia y carotinemia. Dado que los carotenos se excretan a través del

sudor, la pigmentación amarillenta se localiza, en zonas de mayor sudoración (palmas y plantas). El despistaje etiológico se realizó mediante estudio analítico que permitió descartar enfermedad tiroidea, hepática, renal y metabólica. La historia dietética detallada reveló que la niña ingería de forma continua al menos 2 litros de zumo de melocotón al día. Tras retirar la ingesta de zumo, la carotinemia desapareció en 3 semanas.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras clave: "carotinemia", "caries", "zumo".

Herrera Andújar P. Odontopediatría. En: De Paz Garnelo JA (Ed). *Pediatría Preventiva y Social*. Madrid: Interbinder; 1997; p. 509. / Molina Font JA, Cruz M. Vitaminas en nutrición y patología. En: Cruz M (Ed). *Tratado de Pediatría*. Barcelona: Espaxs; 1993; p. 866-7. / Pitetti RD. Carotenemia. [Monografía de Internet, revisión 18 enero 2006]. Disponible en: <http://www.emedicine.com/PED/topic326.htm/> - / Sale TA, Stratman E. Carotenemia associated with green bean ingestion. *Pediatr Dermatol* 2004;21(6):657-9.

045-O-P

Características de la demanda de atención continuada de la Zona Básica de Cenes de la Vega

Sánchez Caravaca MJ, Cabrera Aguilera M, Garrido Torrecillas FJ, Fernández Pascual R

OBJETIVOS

Analizar las características cualitativas y cuantitativas de la demanda de atención continuada en una Zona Básica de Salud, centrándonos principalmente en si existe adecuación entre la medicación prescrita y la recomendada-disponible por el Distrito para las urgencias.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de todos los pacientes que acudieron en los horarios de atención continuada en tres meses elegidos al azar (Junio y Noviembre de 2005 y Enero de 2006). Las características que se recogieron fueron número de orden, sexo, edad, laborable o festivo, hora, motivo de la consulta en térmi-

nos escuetos, si se realiza en la consulta o en domicilio, juicio clínico, pruebas complementarias realizadas y si el tratamiento se adecua a la medicación adaptada de urgencias o no.

RESULTADOS

Se analizaron 731 pacientes y se pudo comprobar que en el 29,65% de los casos el tratamiento prescrito no se adecuaba al recomendado y disponible. Entre las demás características analizadas destacan: predominio de mujeres (61,81%); mayor demanda en el grupo etario de 14 a 65 años (42,72%); patologías ORL como causas más frecuentes de demanda (30,65%); diagnóstico principal faringoamigdalitis (12,06%); realización

de pruebas complementarias a sólo el 8,04% de pacientes; derivación al hospital del 3,52%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La asistencia a urgencias fue significativamente mayor en mujeres y en el rango de edad de 14 a 65 años. En la mayoría de los casos se trataba de enfermedades banales que no justifican la asistencia como urgencia. Precisarón pruebas complementarias en muy pocas situaciones. Se derivó al hospital un porcentaje mínimo de pacientes. Es destacable que se prescriba en una proporción elevada de casos medicación que no se encuentra disponible en los servicios de atención continuada.

048-0-0

Discapacidad de origen musculoesquelético en ancianos

Reoyo Jiménez A, Lajas Petisco C, Abásolo Alcázar L, Carmona Ortells L, Serra Rexach JA, Grupo DIME

OBJETIVOS

Describir una muestra de ancianos del Área 7 de Madrid (A7M) con discapacidad de origen musculoesquelético (DIME) de reciente comienzo que viven en su domicilio y valorar la eficacia de un programa de intervención dirigido a estos pacientes, en dos grupos: grupo control (GC) y grupo de intervención (GI)

METODOLOGÍA

Estudio de intervención aleatorizado y controlado. El periodo de inclusión es de un año y el seguimiento de 2 años adicionales. Los sujetos son los mayores de 65 años de A7M, residentes en su domicilio, con episodio DIME menor 3 meses de duración (definido por deterioro funcional en el nivel de Rosser 4-7). Los Médicos de Atención Primaria (MAP) de los centros seleccionados identifican los episodios de DIME y los pacientes son aleatorizados a GC o GI seguidos por Servicio de Reumatología. Las variables

se recogen en entrevistas telefónicas mensuales, realizadas por personas ajenas al estudio.

RESULTADOS

Han sido seleccionados 8 Centros de Salud con un total de 46 MAP, que han aceptado participar. Tras el tercer mes se han identificado 60 casos de DIME. La incidencia trimestral estimada es de 38 casos por 100.000 mayores de 65 años (IC 95%: 29-49). En el estudio se han incluido 43 pacientes que han generado 45 procesos de discapacidad. 25 son de GI y 19 GC. Hubo un predominio de mujeres (86%), con una edad media de 76 años. Los pacientes del GI experimentaron una mejoría discretamente mayor en la puntuación de Rosser que los del GC ($0,21 \pm 0,5$ frente a $0,05 \pm 0,2$; $p=0,2$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La incapacidad musculoesquelética en ancianos es elevada. Esto significa que un programa específico

sobre estos procesos siempre tendrá un importante impacto, no sólo individual, sino también en el entorno familiar (reducción de horas de cuidado) y socio-sanitario (reducción de ingresos hospitalarios, institucio-

nalización...). Aunque es pronto para conocer la eficacia a medio-largo plazo del programa, parece justificado el desarrollo de estas actuaciones específicas de intervención.

049-0-0

La asistencia a la insuficiencia cardiaca desde atención primaria en galicia. Estudio GALICAP

López Rodríguez I, Názara Otero C, Rodríguez Ledo MP, Grigorian Shamagian L, Otero Raviña F, Investigadores Grupo Galicap

OBJETIVOS

Describir las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) que son seguidos por médicos de Atención Primaria en Galicia.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. Participaron 149 médicos de Atención Primaria de Galicia, seleccionados por muestreo. Se partió de un cuestionario elaborado al efecto. Variables de estudio: sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular (CV), estudios complementarios, procedimientos terapéuticos intra-hospital, tratamiento indicado y que siguen en la actualidad, número de ingresos en un hospital. Criterios de inclusión: diagnóstico de IC establecido en el hospital y registros documentales pertinentes. Se aportan los datos de medias y porcentajes, con la desviación estándar (DE).

RESULTADOS

Muestra: 1.195 individuos; 48% varones. Edad

media: 75,8 (10,4) años. Hipertensión arterial (HTA) 75%; dislipemia 46%; diabetes mellitus 32%; fibrilación auricular 46%; valvulopatía 35%; cardiopatía isquémica (CI) 31%. Presión arterial (PA) media: 131,4 (17,6) / 75,5 (10,8) mmHg. Cumplían objetivos de PA (\leq 130/80) 46%. 67% tenían estudio ecocardiográfico. Coronariografía el 48% de los que tenían CI. Los diuréticos fueron las drogas más prescritas. Si la función sistólica estaba deprimida había mayor prescripción de betabloqueantes, IECA y digoxina. El 55% de los pacientes tuvo algún ingreso en un hospital en el último año.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La IC en la muestra estudiada estaba mayoritariamente asociada con HTA. El grado de consecución de objetivos de PA es muy deficiente. Cabe suponer la existencia de una diferente aproximación a la estratificación de la IC según el sexo. La prescripción de fármacos recomendados dista de ser la óptima. Es necesario promover estrategias para mejorar la asistencia a estos pacientes desde la atención primaria.

050-O-P

Procesos asistenciales: ¿instrumento de control administrativo o herramienta de mejora de calidad?

Suárez Salazar FA, Leiva Fernández J, Castillo Romero V, Crossa Gil L, Clavijo Peña MJ, García Sánchez I

OBJETIVOS

Los procesos asistenciales integrados (PAI) son documentos consensuados interniveles para disminuir la variabilidad de la práctica clínica y promovidos por la administración sanitaria; independientemente de utilizarse para la medición de resultados, nuestro objetivo es medir si a los profesionales sanitarios nos ha supuesto una herramienta de mejora en la calidad asistencial que prestamos a nuestros pacientes.

METODOLOGÍA

Resultados del PAI Diabetes Mellitus (DM) alcanzados durante el 2005 en nuestra Unidad de Gestión Clínica. Indicadores de procesos: número de pacientes con DM registrados, número de pacientes con fondo de ojo realizado, número de pacientes con examen de los pies realizado, número de pacientes con determinación de la hemoglobina glicosilada (HbA1c). Indicadores de resultado intermedio: número de pacientes con control aceptable (HbA1c inferior a 8).

052-O-P

Niveles plasmáticos de triglicéridos y ácido úrico en pacientes con síndrome metabólico

García Gallego F, Cuadrado Tenorio ML, Gil Gallego M, Álamos Carrión A, Valverde Saiz J, Baños Regalado L

OBJETIVOS

Evaluar la correlación entre los niveles plasmáticos de triglicéridos y ácido úrico en pacientes con síndrome metabólico (SM) como expresión de la resistencia a la insulina.

RESULTADOS

927 pacientes incluidos; en relación con nuestra población correspondería incluir 855 (4,5%); fondos de ojo realizados 51,99%; examen de pies realizados 63,75%; pacientes con determinación de HbA1c 66,23%; pacientes con control aceptable de la enfermedad 56,20%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La implantación de los PAI ha generado un censo dinámico de pacientes incluidos, con captación activa de pacientes afectados. La inclusión de "indicadores de salud" ha supuesto una mejora en la calidad asistencial y su medición así lo demuestra. En PAI DM, además de los objetivos exigidos (indicadores de procesos), la inclusión de indicadores de resultado (HbA1c por debajo de 8) significa un salto cualitativo asistencial e induce una actitud activa para la consecución de objetivos clínicos.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y trasversal de pacientes que acuden a consulta que presentan SM según criterios del NCEP ATP III, que no están siendo tratados farmacológicamente

para ninguno de los factores determinantes. Las analíticas se han practicado en ayunas, coincidentes con las determinaciones antropométricas y toma de tensión arterial en consulta mediante tensiómetro digital OMRON validado. El análisis de datos se realizó con el programa estadístico SPSS 10.

RESULTADOS

Se ha diagnosticado de SM a 41 pacientes, 28 hombres (68,3%) y 13 Mujeres (31,7%), con una edad media global de 52,9 años (50,5 en hombres y 56,15 en mujeres); IMC medio de 33,61 en hombres y 33,46 en mujeres. Los valores medios de ácido úrico fueron de 7,132 mg/dl en hombres y de 5,269 mg/dl en mujeres;

triglicéridos: 173,14 mg/dl en hombres y 150,77 mg/dl en mujeres. La correlación entre ambas variables resultó con un coeficiente de Pearson de 0,52 y una $p=0,01$.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como hemos podido comprobar, existe una correlación significativa entre los niveles de triglicéridos y de ácido úrico en estos pacientes, que atribuimos a la expresión de la resistencia a la insulina subyacente, parámetros asequibles en nuestra práctica clínica habitual. Por tanto, la detección de niveles altos de triglicéridos y de ácido úrico en pacientes obesos o con sobrepeso nos deben poner sobre la pista de este síndrome.

053-O-P

Cómo son nuestros mayores y qué calidad asistencial reciben en las residencias de Tercera Edad

Berbel Bolívar C, Muñoz Blázquez C, Fernández Hernández R

OBJETIVOS

Análisis global de residencias en Distrito Metropolitano de Granada. Descripción del tipo de patología y tratamiento. Estudio de protocolos que se imparten en la atención. Buscar coordinación entre los profesionales que sostienen la atención.

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo transversal durante Enero del 2005 de 41 residencias con 2.490 usuarios en el Distrito Metropolitano Granada. Se analizan las siguientes características: médicos que los atienden, tipo de residencia, edad, sexo, síndromes geriátricos y tratamientos recibidos. Todos los datos son recogidos de las historias clínicas de las residencias y analizados con las aplicaciones Acces y Excel para su estudio.

RESULTADOS

Se atiende a 2.490 usuarios. 86% de tercera edad y 14% disminuidos psíquicos. Sólo 12 residencias disponen de médico contratado por éstas. 28% son hombres y 72% mujeres. Edad media de hombres 77,8 años y de 82,4 años las mujeres. Síndromes geriátricos más frecuentes son hipertensión arterial 44%, demencia 32%, cardiopatías 29%, síndromes degenerativos osteomusculares 22%, estreñimiento 23%, diabetes 19%, accidentes cerebrovasculares 14%, fractura de cadera 10%, síndrome depresivo 14%. Tratamientos recibidos: 61% psicofarmacos, 44% AINE, 6% insulina, 4% Sintrom. El 53% precisa pañales. 63% están polimedicados. No se utilizan protocolos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mayoría de las residencias no dispone de

médico propio. La edad de nuestros mayores residentes es de 77,8 para los hombres y de 82,4 años las mujeres. 28% son hombres y 72% mujeres. Los dos síndromes geriátricos más frecuentes son hipertensión arterial y deterioro cognitivo. El uso de paña-

les y de psicofarmacos es mayor en esta población que en los pacientes de su misma edad no residentes. El 63% está polimedicado. La coordinación entre médicos de residencias y los del Servicio de Salud es deficiente, así como la utilización de protocolos.

054-0-0

Relación entre personalidad y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas entre adolescentes

López Campos JM, Sebío Brandariz MD

OBJETIVOS

Estudiar la relación entre consumo de drogas (CD), incluidos tabaco y alcohol, y el rasgo de personalidad de "Búsqueda de Sensaciones" (BS) en escolares mediante el cuestionario de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman (EBS-V). Esta comunicación está basada en la tesis doctoral de José María López Campos, Universidad de Santiago de Compostela, 1990; Director: Prof Doctor D. Manuel Castro Gago.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal realizado en la provincia de Pontevedra en 1987 sobre una muestra de 1.217 alumnos de 2º ciclo de la Enseñanza General Básica (EGB) y 1.209 alumnos de Enseñanza Media (EM), obtenida por muestreo aleatorio estratificado proporcional, que garantiza para una probabilidad del 0,955 un error absoluto de 0,028 para EGB y EM, con un error de muestreo de 0,014 en ambos niveles educativos. Se analizó el CD y los rasgos de personalidad mediante el cuestionario CICA, que incluye el EBS-V.

RESULTADOS

Las puntuaciones para la Búsqueda de Emociones (BEM), de Excitación (BEX), la Desinhibición (DES), susceptibilidad hacia el aburrimiento (SAB) y la global

de Búsqueda de Sensaciones (BS) fueron superiores entre los iniciados (I) que entre los no iniciados (NI) en el consumo de tabaco [(I/NI) BEM 6,43/5,84; BEX 5,46/4,24; DES 4,49/2,72; SAB 4,43/3,66; BS 20,81/16,46] y de bebidas alcohólicas; fueron mayores cuanto mayor fue el número de tipos diferentes de bebidas alcohólicas probadas [BS N: 16,21; I-6b 21,94; I-7b 24,67] y de drogas y mayores entre los iniciados en el consumo de drogas ilegales (DI) que de drogas ilegales (DL) [(NI/DL/DI) BEM 5,96/6,04/6,77; BEX 4,37/4,71/6,31; DES 3,12/3,25/5,57; SAB 3,72/3,96/4,99; BS 17,18/17,96/23,65], diferencias que son estadísticamente significativas ($p=0,00$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La investigación realizada viene a confirmar la estrecha relación existente entre hábitos de consumo de drogas y la BS, de forma que, posiblemente, quienes sienten la necesidad de sensaciones nuevas, variadas y complejas y el deseo de arriesgarse con el fin de obtenerlas, rasgos que evalúa la EBS-V, tienen unas actitudes más favorables hacia el CD y una mayor predisposición hacia el mismo. La relación observada entre la BS y el CD sugiere la posibilidad de que se puedan detectar a los jóvenes con una mayor necesidad de estimulación externa y, por tanto, riesgo para ser consumidores de drogas.

055-O-P

El derecho a la intimidad del paciente: ¿un derecho olvidado?

OBJETIVOS

El derecho a la intimidad emana de la propia dignidad de la persona; implica no sólo el respeto en el conocimiento de datos o hechos íntimos, sino también el respeto a la intimidad corporal. La intimidad constituye el núcleo central del círculo de la privacidad de la persona. Es vital que en los servicios sanitarios se respete escrupulosamente la intimidad de los pacientes. Se marcan como objetivos conocer si los hábitos de conducta en los servicios sanitarios permiten hablar del respeto al derecho a la intimidad del paciente, así como la percepción de los encuestados al respecto.

METODOLOGÍA

Encuesta de opinión realizada a lo largo de ocho meses del año 2005 en la provincia de Castellón, en 572 individuos (240 trabajadores de centros sanitarios y 332 entre pacientes y usuarios) seleccionados mediante muestra de conveniencia, de ambos sexos y mayores de 18 años.

RESULTADOS

El 57,6% de personal de centros sanitarios y el

35,40% de pacientes creen que en los servicios sanitarios no se respeta su derecho a la intimidad. El 90% de encuestados cree que compartir habitación en un hospital vulnera su intimidad. Entre el 41 y el 46,3% confiesa haber sido testigo con frecuencia de que el personal de los centros sanitarios entra sin llamar en habitaciones y consultas. del 39,7 al 53,6% dice que a veces ha visto explorar al paciente delante de personas ajenas al proceso asistencial. Al 76,30% nunca se les ha preguntado si querían que alguien saliese antes de explorarles.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dados los resultados obtenidos podemos concluir que en los servicios sanitarios no se respeta adecuadamente el derecho a la intimidad, lo que coincide con la percepción de los encuestados. La crítica opinión del personal de centros sanitarios probablemente sea debido a un conocimiento más cercano y frecuente de los hábitos de conducta de los servicios sanitarios. No sólo el personal sanitario debería hacer un esfuerzo al respecto sino que sería interesante que a nivel institucional se tomaran medidas de solución como podría ser marcarse el objetivo de habitaciones individuales en hospitales.

056-C-P

Fractura, pseudoartrosis y escafoides bipartito: diagnóstico diferencial en atención primaria de urgencias

INTRODUCCIÓN

La fractura del escafoides es la más frecuente de las fracturas del carpo, existiendo con frecuencia una demo-

stración en su diagnóstico, circunstancia que tiene importantes repercusiones en el pronóstico de la consolidación. En la presente comunicación se presentan dos casos de lesiones de escafoides que se corresponden, en el momento de la

visita inicial, con un escafoides bipartito y un estado de pseudoartrosis, exponiendo los criterios diagnósticos clínico-radiológicos y estrategias de actuación propuestos para cada uno de los casos.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

I. Varón de 53 años que tras caída en dorsi-flexión carpal, acude aquejando molestias en tabaquera anatómica en límites funcionales, sin tumefacción o deformidad. El estudio radiográfico (PA/lateral) es informado como fractura de escafoides.

II. Varón de 33 años que tras accidente de tráfico, acude aquejando dolor en muñeca derecha, incapacitante. El estudio radiográfico (PA/PA desviación cubital) es informado como sospecha de fractura de escafoides.

Posteriores estudios de imagen (radiográficos, TAC) permiten establecer los diagnósticos de escafoides bipartito (I) y pseudoartrosis (II).

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

1. Verificar antecedentes traumáticos; 2. Correlacionar clínica, localización anatómica y repercusión funcional; 3. Ante la sospecha clínica

de fractura de escafoides, tras estudio PA y lateral negativo, realizar proyección PA con desviación cubital; 4. Proceder a la lectura verificando la existencia de una solución de continuidad, la trabeculación ósea del escafoides comparándola con la del resto de los huesos del carpo y entre fragmentos, y la existencia o no de esclerosis de márgenes y/o separación de fragmentos; 5. Si existe discordancia clínico-radiológica, repetir el estudio a los 15 días.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Búsqueda de artículos en fondo bibliográfico propio
Resnick D, Kransdorf MJ. Huesos y articulaciones en imágenes radiológicas. 3ª ed. Madrid, Elsevier, 2006. / Canale ST, ed. Campbell. Cirugía ortopédica. 10ª ed. Madrid, Elsevier, 2004. / Dubrana F, Le Nen D, Hu W, Poueyron Y, Pazart F, Lefevre Ch. Scaphoïde carpien bipartite bilatéral: affection congénitale ou pseudoarthrose. Mise a point à propos d'un cas clinique. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. 1999; 85: 503-6. / Louis DS, Calhoun TP, Garn SM, Carroll RE, Burdi AR. Congenital bipartite scaphoid--fact or fiction?. J Bone Joint Surg Am. 1976; 58: 1108-12

057-O-P

Nivel de satisfacción profesional de los sanitarios y valoración de los servicios públicos

OBJETIVOS

Desde que se puso en marcha nuestro Sistema Nacional de Salud, han sido muchos los cambios a los que los profesionales sanitarios han tenido que adaptarse, haciendo frente, muchas veces sin el apoyo necesario, a situaciones para las que nadie les había preparado.

Objetivos: Conocer el grado de satisfacción profesional del personal sanitario de los servicios públicos, saber si los sanitarios se sienten "quemados" y estudiar

algunos indicadores y posibles factores influyentes: percepción del comportamiento de los pacientes, grado de fiabilidad de la sanidad pública y valoración de la misma.

METODOLOGÍA

Encuesta de opinión tipo test, realizada en el año 2005 en la provincia de Castellón en una muestra de 250 profesionales sanitarios (médicos, personal de enfermería y auxiliares de enfermería). La media de

edad es de 42,54 años, el 27,50% hombres y el 72,50% mujeres.

RESULTADOS

Un 62,60% está totalmente satisfecho con su trabajo. El nivel de satisfacción es del 69,69% en hombres, 78,78% en los más jóvenes y 62,33% en médicos. Los menos satisfechos tienen entre 10 y 20 años de antigüedad laboral.

El 14,40% se sienten siempre quemados, siendo mayor el porcentaje en mujeres (15,885), en los trabajadores de mayor edad (58,82%), en el colectivo de enfermería (19,73%) y con mayor número de años trabajados.

El 85,5% opina que el comportamiento de los pacientes es correcto la mayoría de veces. Un 92,10% prefieren usar la sanidad pública y la valoran con un 7

en escala de 0 a 10.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El perfil del profesional sanitario es de una mujer de 42,54 años.

El perfil de profesional sanitario con alto grado de satisfacción es el de un médico, varón, joven.

El perfil del profesional sanitario "quemado" es el de una enfermera mayor de 40 años, con una antigüedad profesional de más de 20 años.

La mayoría de los profesionales sanitarios se sienten satisfechos con su trabajo, con el comportamiento de los pacientes y con la sanidad pública, siendo médicos varones jóvenes los más satisfechos. El profesional se va "quemando" con la edad y el tiempo trabajado, sobre todo enfermeras/os

058-C-P

¡Sí que me dura este año la gripe! fiebre con nódulos subcutáneos

INTRODUCCIÓN

Hombre de 57 años con síndrome gripal desde hace 17 días, con temperaturas de 38°C. Como antecedentes, Hipertensión arterial en tratamiento con atenolol e indapamida, psoriasis en gotas, y cólicos nefríticos de repetición.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Desde hace 17 días presenta fiebre que cede con paracetamol. Posteriormente se han ido añadiendo una pérdida de peso de 5 kg, dolor en ambos tendones Aquiles y nódulos subcutáneos dolorosos en extremidades inferiores y ambos antebrazos.

En la exploración física encontramos tensión arterial de 120/90, y frecuencia cardíaca de 80 x'. Presenta tumefacción en la muñeca izquierda y ambos tobillos, con ligero derrame articular en rodilla derecha.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Ante la sospecha de proceso inflamatorio versus infeccioso, se pide analítica sanguínea: PCR 145, Hb 10.6 g/dL, Hto 31%, VCM 84 fL, HCM 28 pg, VSG 114, enzima conversor de angiotensina 44 U/L (14-52) Factor reumatoide negativo. Resto de parámetros dentro de la normalidad. En la radiografía de tórax se aprecian adenopatías mediastínicas bilaterales. PPD negativo. La tomografía axial computerizada torácica mostró adenopatías mediastínicas bilaterales. El diagnóstico fue sarcoidosis. Ante fiebre de origen desconocido, hemos de tener en mente las enfermedades reumáticas, y entre ellas la sarcoidosis.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se realiza búsqueda bibliográfica por Medline. Palabras clave: "sarcoidosis", "síndrome de Löfgren", "adenopatías"

1-Lieberman J. Elevation of serum angiotensin-converting-enzyme(ACE)level in sarcoidosis.Am J Med

1975;59(3):365-72. / 2-Jennifer J, Karin Rashcovsky Schiff.Sarcoidosis. Am Fam Physician 2004;70:312-22.

059-O-P

Cirugía menor en centro salud rural. Resultados para seguir avanzando

OBJETIVOS

Valorar el programa de cirugía menor en el centro de salud albarrobo, que comprende una zona de salud rural, que atiende a una población de 9946 habitantes, dispersos en 5 consultorios locales y 2 consultorios accesorios, con un equipo formado por 8 médicos, 1 pediatra y 7 enfermeros.

La población a estudio está formada por aquellos pacientes intervenidos en este centro entre el 1 de enero de 2004 hasta el 31 de diciembre del 2005.

Tratamos de contrastar nuestra apreciación personal con los resultados reales y la opinión expresada por los usuarios de este servicio.

METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo transversal, de los resultados obtenidos en la aplicación de un programa de cirugía menor, organizado en una consulta única de cirugía menor, siguiendo el modelo de líderes quirúrgicos (2ª etapa). 2 médicos y 2 enfermeros, 2 días a la semana (de 12.30 a 15 horas) reciben las derivaciones, comprueban su pertinencia, informan de diagnóstico, posibilidades técnicas y complicaciones de las mismas, se entrega consentimiento informado y da cita quirúrgica. Se registran las variables a valorar: edad, sexo, localización de lesiones, dco, ap, técnica, complicaciones y satisfacción usuario

RESULTADOS

Se realizan 476 intervenciones de cirugía menor, derivando a anatomía patológica 274 piezas (57.6%), 304 mujeres y 172 hombres, edad media de 48.55 (entre 1 y 86 años), siendo más frecuentes los nevos 19% fibromas blandos 18.7% q. Epidérmicos 12% q. Seborreica 8.4% q. Pilar 5.3% lipoma 2.7%, localizándose en cara 17.58% mmss 13.18% cuello 12.45% espalda 9.52% tórax 6.59% la técnica más frecuente escisión simple con b.e. 42% escisión fusiforme 31,9% abrasión dérmica 10,7% infiltraciones 9,2%, de anatomía patológica 48 piezas q. epidérmico 43 nevos 25 q. pilar 16 dermatofibroma 12 lipoma

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

476 intervenciones supone una disminución en las derivaciones a cirugía y derma.

Acortando las listas de espera y evita desplazamientos a los pacientes. El porcentaje de mujeres y la localización en cara y cuello refleja la importancia estética como 1º motivo de consulta. La concordancia diagnóstica con AP es muy importante. Las complicaciones son poco significativas. el porcentaje de satisfacción de los pacientes es muy alto, resultados que nos impulsa a avanzar con esta experiencia, como una actividad más a realizar en atención primaria y animar a otros compañeros a iniciarla.

060-O-P

Anticoagulación oral en un centro de salud rural

OBJETIVOS

- Conocer la prevalencia de los pacientes tratados en el Centro de Salud.
- Caracterizar a los pacientes y sus indicaciones más frecuentes
- Determinar los controles, la adhesión al protocolo y el registro en la historia clínica.
- Identificar y cuantificar las complicaciones.
- Conocer la opinión de los usuarios.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo. Control de calidad del tratamiento anticoagulante oral con acenocumarol en un centro de salud rural tras 32 meses de su implantación. Población: todos los pacientes en TAO controlados en centro y en domicilio. Se han revisado todas las "cartillas del paciente anticoagulado", la historia clínica informatizada y se ha preguntado por teléfono (82% tasa de respuesta) acerca de su sensación de seguridad en el control ambulatorio. Variables: edad, sexo, indicación, INR diana, Total controles, Controles Bajo y por encima INR diana.

061-C-O

Patología de los huesos sesamoideos como causa de metatarsalgia en urgencias de atención primaria

López Campos JM, Villar Piñón R

INTRODUCCIÓN

La metatarsalgia es una causa frecuente de consulta médica en atención primaria, tanto en atención continuada como en medicina de urgencias. En el transcurso del proceso diagnóstico no es infrecuente que el único hallazgo clínico relevante sea dolor localizado

RESULTADOS

Junio-03 a Marzo-06. 77 pacientes, 47% hombres, 53% mujeres, 40-92 años, 71,87 (DE 1,10). Prevalencia 7,13/1.000 habitantes. 86,14% control en el centro, 13,86% en domicilio. Total de controles 2371, en el centro 1773 (74,47%), domicilio 598 (25,22%). Dentro de rango: 1122 (47,32%). Encima de rango 567 (23,91%). Bajo rango 689 (29,05%). Ajustados a protocolo 2.069 (87,26%). No ajustados 220 (9,27%). No registrados 91 (3,83%). INR diana, 2-3 89,6%, 2,5-3,5 10,4%. Complicaciones: hemorragia menor 2 casos (0,86% anual), 1 episodio tromboembólico (0,43% anual). Nº medio de fármacos 5,24 (DE 0,1).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Nuestra prevalencia de pacientes en TAO (7,13 por mil) se sitúa por encima de la estimada en nuestro país (5 por mil). Pacientes de edad avanzada, similares en relación al sexo. La indicación más común es la Fibrilación auricular. Un 9,27 % controles no están ajustados a protocolo. Amplia sensación de seguridad en el control.

bajo la cabeza del primer metatarsiano que se correlaciona radiográficamente con lesiones de los sesamoideos. En la presente comunicación se presentan cuatro casos de lesiones de sesamoideos que se corresponden, en el momento de la visita inicial, con fractura por estrés, fractura tras accidente deportivo y sesamoideo bipartito.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón, 36 años. Refiere metatarsalgia difusa del primer dedo, de intensidad progresiva e incapacitante. Niega traumatismo. No signos inflamatorios.

Mujer, 20 años. Aqueja metatarsalgia aguda, tumefacción e impotencia funcional del primer dedo tras estar bailando toda la noche.

Mujer, 30 años. Refiere molestias en primer dedo que se agravan al utilizar zapatos de tacón. Desde 4-6 horas antes de la primera asistencia presenta impotencia funcional. No signos inflamatorios.

Varón, 16 años. Aqueja metatarsalgia aguda, intensa tumefacción y equimosis en la base del primer dedo tras accidente deportivo.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Exploración clínica cuidadosa, incluyendo movilidad voluntaria y pasiva del primer dedo y de la marcha. Exploración radiográfica que incluya proyecciones AP y lateral, ésta con el antepié en ligera pronación. Si existe duda diagnóstica, se realizará proyección axial de sesamoideos. Si existe desplazamiento significativo (mayor de 5 mm), se derivará al traumatólogo para tra-

tamiento quirúrgico. Si no existe desplazamiento o es mínimo (menor de 3 mm), se inmovilizará con yeso que incorpore plantilla durante 3 semanas y se reevaluará. Ante un sesamoideo bipartito, hay que hacer ortesis con apoyo retrocapital.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Búsqueda de artículos en fondo bibliográfico propio. Canale ST (Ed). Campbell: Cirugía ortopédica. 10ª ed. Madrid: Elsevier, 2004.

Eisele SA, Sammarco GJ. Fatigue fractures of the foot and ankle in the athlete. *J Bone Joint Surg Am* 1993;75:290-8.

Ribbans WJ, Natarajan R, Alavala S. Pediatric foot fractures. *Clin Orthop Relat Res* 2005;(432):107-15.

Blundell CM, Nicholson P, Blackney MW. Percutaneous screw fixation for fractures of the sesamoid bones of the hallus. *J Bone Joint Surg Br* 2002;84-B:1138-41.

Biedert R, Hintermann B. Stress fractures of the medial great toe sesamoids in athletes. *Foot Ankle Int* 2003;24:137-41.

062-O-P

Cribado de cáncer de cervix, diagnóstico de vaginitis y educación para la salud

Escobar Hurtado IL, Lorena Higueros C, Vico Ramírez F, Herrera Serena P, González Rodríguez P, Lara Cabeza FJ

OBJETIVOS

El cáncer de cuello uterino es el segundo tumor más común entre las mujeres y un 80% de los casos ocurre en países en vías de desarrollo. En España la tasa de incidencia y de mortalidad son respectivamente de 7,6 y 2,2 por 100.000 mujeres. En Guatemala suponen 40,3 y 16,8 por 100.000 mujeres y se sitúan entre las más altas del mundo. Nuestros objetivos eran conocer los resultados del programa de detección precoz de cáncer de cervix (2004 y 2005), determinar la preva-

lencia de infecciones vaginales y realizar campaña de educación sexual y planificación familiar.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, retrospectivo. Emplazamiento: Consultorio de la ONG "Quesada Solidaria", en Quezada, Jutiapa, Guatemala. Población: 255 y 429 mujeres, de la municipalidad de Quezada y sus 28 anejos que, tras publicitar por radio, líderes comunitarios y folletos, acuden a nuestra clínica al programa de cribado que nuestra ONG mantiene desde el año 2002.

Variables: edad, procedencia, cambios celulares e infección.

RESULTADOS

Año 2004, 255 citologías: NIC I 16, NIC II 1, NIC III 1; cambios inflamatorios inespecíficos 82; 4 infecciones por Clamidia, 30 por Tricomona, 110 por Monilia y 11 por Gardnerella. Año 2005, 429 citologías válidas: 47 fueron positivas para NIC I (10,9%); 382 muestras negativas (89,1%); infección por Monilia y Tricomonas 104 (24,24%); infección por Monilia y Gardnerella 61 (14,22%); Tricomonas sola 2 (0,47%); sin infección 262

063-O-P

Menarquia, dismenorrea, consumo de fármacos y apoyo sociosanitario a niñas hasta 2º de bachillerato

Ruiz Fernández Rosa, González Rodríguez Pilar, Vico Ramírez Francisco, Lara Cabeza Francisco, La Rubia García Mercedes, Tortosa Pulido Pedro

OBJETIVOS

Conocer la menarquia, dismenorrea, consumo de fármacos, afrontamiento y conocimientos.

Estudiar los factores familiares asociados y el acogimiento sociosanitario a este evento.

METODOLOGÍA

Estudio Descriptivo. Transversal. Encuesta 31 ítem, pilotado en una muestra aleatoria (10%) de cada curso. Se ha instruido a las participantes sobre su cumplimentación. Anónima y autoadministrada.

Población: niñas escolarizadas de Mancha Real (Jaén), cursos: 6º Primaria a 2º de Bachillerato.

Variables: edad, curso, tabaco, alcohol, deporte, menarquia, dismenorrea, intensidad dolor, consulta pediatría/medicina general, atención percibida, apoyo sanitario, uso de medicamentos, quién los recomienda, molestias asociadas, absentismo, menarquia-dismenorrea en la madre.

(61%). En cada consulta se entregan folletos informativos y preservativos y se les invita a planificación familiar.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La citología es la prueba más apropiada para el cribado del cáncer cervical. Guatemala tiene una de las tasas de incidencia y de mortalidad más altas del mundo. Las infecciones son muy frecuentes. El acceso a este tipo de cribado es mínimo (3 euros, equivalente al salario de un obrero al día). La citología es una oportunidad valiosa para introducir la planificación familiar y la educación para la salud.

RESULTADOS

432 encuestas. 47,2% y 52,8% han fumado o bebido alcohol en alguna ocasión. 42% no practican deporte. A los 13 años han tenido la menarquia el 90,6%. 81% usan compresas, 17,8% tampones. Dismenorrea el 52%, 46,7% la tienen desde su inicio. No consultan el 75%. 43% refieren poca atención y apoyo por su pediatra y/o médico de familia. 57,7% toma medicamentos que en el 83,2% es muy eficaz y lo toman sólo cuando les duele. Los AINES son los más usados (85%) seguidos de los analgésicos. 45,1% han faltado al colegio por esta causa. La madre es quien recomienda los fármacos (60%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados son concordantes con la literatura. Es manifiesta la falta de apoyo sanitario percibida por las adolescentes y el papel fundamental de la madre como transmisor de cultura sanitaria. El contacto con tabaco y alcohol y la falta de ejercicio físico también son destacables.

064-O-P

Diseño de un instrumento de ayuda al diagnóstico para interpretación de espirometrías

González Rodríguez Pilar, Vico Ramírez Francisco, Ruiz Fernández Rosa, Ortega Ruiz María Carmen, La Rubia García Mercedes, Tortosa Pulido Pedro

OBJETIVOS

Diseñar un instrumento de ayuda al diagnóstico para interpretar espirometrías en pacientes con EPOC y ASMA que permita el diagnóstico y la clasificación en consulta.

METODOLOGÍA

Estrategia de implementación de la mejora de la calidad. Dimensión estudiada: calidad científico-técnica. Nivel y unidad considerada: proceso asistencial. Identificación y muestreo: Auditoría interna (1 de cada 10 historias de pacientes incluidos en programas EPOC y ASMA). Retrospectivo. Tipo de datos: proceso. Fuente de datos: Historia clínica. Tipos de datos: explícitos y normativos. Revisión datos: médicos de familia. Medidas correctoras previstas: diseño de un instrumento de ayuda al diagnóstico. Control: anual tras la implantación del instrumento de ayuda al diagnóstico.

RESULTADOS

Se ha diseñado una regleta de 20 x 9 cm. de ancho en la que figuran de forma clara las normas para realizar espirometrías, patrones espirométricos, severidad, criterios para realizar prueba broncodilatadora y una espirometría de los modelos de espirómetros que usamos. Se ha pilotado en 20 médicos quienes en sus consultas la han modificado hasta la versión definitiva. El instrumento se ha explicado, entregado y está accesible en la historia informatizada del paciente para su consulta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El fracaso reiterado de un proceso obliga a adaptar y consensuar medidas para su corrección. La evaluación posterior valorará los cambios y la utilidad del mismo.

065-O-O

¿Cómo es la población inmigrante que atendemos?

Lafarga Giribets María Antonia, García Bernaus Antonio, Pollina Pocallet Mercedes, Álvarez Ceballos María Del Mar, Jové Alba, Juanós Lanuza Meritxell

OBJETIVOS

Conocer el porcentaje de la población inmigrante (I) atendida en nuestro centro de salud (CS)

Conocer los motivos de consulta de esta población y aspectos diferenciales respecto a los no inmigrantes (NI).

METODOLOGÍA

Muestra aleatoria entre usuarios de dos consultas de un CS semirural, recogiendo información mediante encuesta e historia clínica y analizándose las diferencias con paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se observa que un 38.3% son I, siendo su edad significativamente inferior a los NI (32.17 años vs 39.5 a, respectivamente, $p < 0.01$). Entre los hombres, la profesión es estadísticamente diferente según procedencia.

Se observa que ningún varón I estudia, a diferencia de las mujeres, las cuales estudian un 6.6%

No existen diferencias en distribución de visitas y su tipología respecto población general.

Se observa que los I acuden más que los NI por problemas del aparato locomotor (25.5% vs 14.6%, respect.) y digestivo (10.4% vs 4.7%, respect.). Los NI acuden más por control de problemas crónicos que los I (21.1% vs 10.4%, respect.). Entre los I, las mujeres acuden más por control de problemas crónicos que los hombres (6.6% vs 3.8%, respect.) y burocracia (13.2% vs 5.7%, respect.).

Han precisado más bajas laborales los NI frente los I, aunque la duración de ésta fue mayor en los hombres

I que en NI (25.9 ± 84.8 días vs 5.3 ± 9.6 días, respect.).

El grupo de I precisa menos pruebas complementarias (PC) que los NI (27.2% vs 40.3%, respect.), pero precisan analíticas de forma similar.

Los NI son derivados más a especialistas sin relación con el motivo de consulta que los I (13.4% vs 7%, respect.). Las mujeres I son derivadas más a comadrona que las NI (3.9% vs 2.8%, respect.)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La juventud de los I condiciona que la mayoría estén en situación activa, realicen menos visitas en CP, consulten menos por problemas crónicos (menor número de PC y derivaciones a especialistas). La juventud de las I implica mayor natalidad y más visitas a la comadrona. El hecho de trabajar en empresas privadas puede condicionar un menor número de bajas laborales.

066-0-0

Valoración nutricional de niños menores de 4 años en el municipio de Quezada y sus 28 aldeas

Vico Ramírez Francisco, Manzanares García Naiara, Escobar Hurtado Ingrid Lucrecia, Herrera Serena Pilar, Lara Cabeza Francisco José, González Rodríguez Pilar

OBJETIVOS

Elevada prevalencia de desnutrición infantil y de enfermedades relacionadas con la falta y/o mala calidad e higiene y manipulación de los alimentos. Nuestros objetivos:

Determinar el estado nutricional de todos los niños menores de 4 años.

Identificar los casos de desnutrición proteico-energética y sus causas.

Identificar las aldeas con más niños desnutridos.

Iniciar intervención nutricional a los niños desnutridos.

METODOLOGÍA

Estudio Descriptivo. Transversal. Población: Todos los niños (1075) menores de 4 años del municipio de Quezada y sus 28 aldeas, departamento de Jutiapa en Guatemala. Período: Noviembre 2004 a Abril 2005. Se ha valorado el estado nutricional de los niños menores de 4 años mediante el Índice de Navarro (IN). Encuesta que recogía nombre, sexo, edad en meses, peso, talla, IN, meses de lactancia materna, enfermedades previas (respiratorias, diarreas, otras), número de orden entre los hermanos, cabeza de familia, profesión).

RESULTADOS

249 con $IN < 90\%$. 23% desnutrición proteico energética. 142 niñas (57%), 107 niños (43%). 16 de ellos sufrían un proceso grave ($IN < 79\%$), 7 niñas (1%) y 9 niños (2%). A menor edad mayor probabilidad de estar desnutrido. Las aldeas con más casos fueron: El Retiro (9,4%), El Peñón (5%), El Tule (5%) y Los comunes (5%). Existe relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el

último lugar entre los hermanos y desnutrición. La desnutrición se relaciona más con malos hábitos alimentarios y desestructuración familiar y con tradiciones erróneas que con el poder adquisitivo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1 de cada 4 niños está desnutrido. Existe una importante carencia de proteínas. Los niños son alimentados a base de carbohidratos. Hemos iniciado un programa de nutrición y educación sanitaria.

067-0-0

Prevalencia del síndrome metabólico y de función renal alterada en población de riesgo cardiovascular

Gil Zamorano Berta, Navarro Pérez Jorge, Gil Francisca, Martínez Martínez María Teresa

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) y de la alteración de la función renal en población de riesgo cardiovascular (RCV) moderado-alto atendida en atención primaria, y si existe una adecuada correlación entre SM e insuficiencia renal crónica (IRC).

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio descriptivo transversal en atención primaria de salud, cuyos sujetos eran población de riesgo cardiovascular moderado-alto, $N = 133$. Se recogen variables sociodemográficas, relacionadas con el RCV, el SM y la IRC. Para la estimación del filtrado glomerular se utilizó la fórmula de MDRD abreviada (FG-MDRD). Para el análisis estadístico se utilizó para comparar el MDRD con las variables cualitativas dicotómicas la T de student, y para variables cualitativas categóricas la ANOVA.

RESULTADOS

Edad media: 67,5 años, mujeres: 51,9%, hipertensión arterial: 68,4%, dislipemia: 63,9%, tabaquismo: 24,8%, diabetes tipo 2: 43,6%. IMC 30,2 kg/m^2 y perímetro cintura 102 cm. Presión arterial media: 143/83 mmHg. Perfil lipídico medio: colesterol total 214 mg/dl, Triglicéridos 161 mg/dl, HDLc 47,6 mg/dl y LDLc 134,5 mg/dl. Perfil glucémico medio: Glucemia en ayunas 123,6 mg/dl, HbA1c 6,2 mg/dl, índice HOMA 5,0. MDRD medio: 67,49 ml/min. No hay diferencias significativas por SM con el FG-MDRD. En el RCV bajo y alto, para un nivel de confianza del 95%, hay diferencias significativas con el FG-MDRD entre -3,10 y -16,36

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La población con RCV moderado-alto atendida en atención primaria presenta una alta prevalencia de SM así como una IRC estadio 3 de media. Asimismo, existen diferencias significativas entre RCV bajo y alto en relación al daño renal estimado mediante el FG-MDRD.

069-0-0

Nuevas tecnologías en el abordaje de los pacientes crónicos: proyecto paciente

Cháfer Vilaplana Joan, Reoyo Jiménez Agustín, Ruiz Blanco Ana, Estévez Muñoz José Carlos

OBJETIVOS

Un nuevo abordaje a los pacientes crónicos en Atención Primaria y Especializada utilizando las nuevas tecnologías de la comunicación (itre-intranet). Los componentes esenciales de estos programas son: 1- identificación de todos los individuos con determinada patología; 2- utilización de guías y protocolos; 3- sistemas de información para identificarlos, seguir y monitorizar las intervenciones; 4- medir y gestionar los resultados en los pacientes. Otras intervenciones: 1. en el sistema(rediseño asistencial, cambios en los procesos) 2- profesionales(apoyo en la toma de decisiones)3- el paciente

METODOLOGÍA

En el ÁREA 7 de Madrid hemos iniciado un proyecto (Proyecto Paciente) con el que pretendemos utilizar las Nuevas Tecnologías de la Comunicación para dar soporte a la continuidad asistencial entre niveles, centrado en el paciente. Proyecto paciente es una colaboración entre Telefónica I+D, Hospital Clínico San Carlos y el Área 7 de Madrid de Atención Primaria, para desarrollar una plataforma de integración clínica dispersa, de manera que pueda ser utilizada en atención Primaria y en el domicilio del paciente. Se utilizan como Centros Pilotos los EAP de General Fanjul y Caramuel de dicho Área.

RESULTADOS

Se inició un estudio piloto en dos Centros de Salud, de los 23 que existen en el Área. Participaron

10 Médicos de Familia (MF) (un 71%) del Centro de Salud de Caramuel, y 14 MF y 3 Pediatras (el 100% total) del Centro de Salud de General Fanjul, con una población de referencia, entre los dos centros, cercana a los 50.000 usuarios. En cuanto al funcionamiento del Programa y por tanto la conexión, vía intranet, entre el Hospital y los Centros, y su sostenibilidad en la red, no se produjeron ningún tipo de problemas.

Los pacientes, se identifican por apellidos, DNI o TSI. Se pueden consultar: citas en Hospital y en Centro de Especialidades, tanto previas como pendientes; laboratorio: tanto la hematología general, como la bioquímica y microbiología; informes de alta; radiodiagnóstico: radiografías, RMN, TAC, ECO.

Sobre esta base pensamos que ya es posible iniciar intervenciones efectivas sobre patologías crónicas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las patologías crónicas de alta prevalencia tienen un importante impacto, tanto sobre las personas que las padecen como sobre el sistema sanitario. Existe evidencia sobre intervenciones efectivas para mejorar el grado de control de esas patologías. No obstante, esas intervenciones se han producido en condiciones de prácticas generalmente alejadas de las habitualmente existentes en España. Estas actuaciones dentro de las nuevas tecnologías de la comunicación pueden incorporarse en el sistema sanitario español. El impacto de las mejoras que pueden aportar estas intervenciones es múltiple.

070-C-P

Abordaje de la etiología de la insuficiencia cardiaca

García Bernaus Antoni, Lafarga Giribets María Antònia, Llardén García Marta, Sanz Martínez Esther, Chacón María Isabel, Bartolomé David

INTRODUCCIÓN

Ante clínica compatible con insuficiencia cardíaca (IC) se deben realizar pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico y descartar posibles causas de dicha IC.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 40 años con disnea, ortopnea y edemas en extremidades inferiores sin mejoría con tratamiento diurético ambulatorio. Como antecedente personal destaca ser monorrrena. La exploración física es compatible con clínica de IC (crepitantes basales en ambos campos pulmonares, ingurgitación yugular y edemas maleolares bilaterales).

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Con sospecha de IC se realiza analítica básica con anemia, leucocitosis y trombocitosis. Destaca oliguria y proteinúria. Estudio inmunoserológico normal. Radiografía de tórax (cardiomegalia y redistri-

bución vascular). Ecografía abdominal (derrame pleural con hepatomegalia). Tomografía axial computerizada (TAC) torácico normal. Ecocardiograma compatible con miocardiopatía infiltrativa. Ante ello se amplían las opciones de diagnóstico de IC. Con sospecha de amiloidosis se realiza biopsia rectal con tinción de rojo congo positiva. Nos hallamos así ante un caso de amiloidosis con afectación cardíaca y renal

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se realiza búsqueda bibliográfica en Medline. Palabras clave: "fallo cardíaco", "amiloidosis", "disnea"

Maredia N, Ray SG. Cardiac amyloidosis. Clin Med 2005;5(5):504-9. / Shamsham F, Mitchel IJ. / Essentials of the diagnosis of heart failure. Am Fam Physician 2000;61:1319-28. / Dosh S. diagnosis of heart failure in adults. Am Fam Physician 2004;70:2145-52.

071-O-O

Efecto de la dieta individualizada en pacientes con riesgo cardiovascular en un centro de salud rural

López Muñíos José Luis, Santamaría Gregorio María José, González Iglesias María Pilar, Pérez Rodríguez María Elena

OBJETIVOS

Muchos modelos de dietas son adecuados para una buena salud, debiendo individualizarlos según

aspectos clínicos, sociales, económicos y ambientales.

El objetivo planteado es valorar el efecto real de la dieta individualizada, transmitida a través del proceso enseñanza-aprendizaje, en los pacientes con factores

de RCV de la UAP de Melón (Ourense) al cabo de 80 días de su implantación.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal con el siguiente proceso:

1° Selección de pacientes: durante 14 días se seleccionaron 61 pacientes con factores de RCV (SCORE > 3%) obesidad (15), HTA (17), dislipemia (14), diabetes tipo 1 (5) y diabetes tipo 2 (10).

2° Entrevista dietética: se pretenden conocer los aspectos primordiales de la alimentación del paciente, con el fin de llegar al diagnóstico dietético y adecuación de necesidades.

3° Planificación y confección de la dieta.

4° Educación dietética individualizada. Proceso educativo y aprendizaje constructivo.

5° Seguimiento/evaluación.

RESULTADOS

Reducción del peso (3-8 Kg respecto al inicial), descenso del IMC (3-10%), descenso de la TA sistólica (4,5-8,6%), descenso de la TA diastólica (4,1-10,2%), descenso de colesterol total (10-16%), descenso de C-LDL (10-15%), aumento de C-HDL (5-12%), descenso de glicemias (global) del 5 al 18%.

También se incrementó la adherencia al tratamiento de base en el 78% de los casos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La educación dietética individualizada a través del método enseñanza-aprendizaje influye favorablemente en la regulación de los factores RCV modificables, consiguiendo mejores resultados que otros métodos de información nutricional.

Sería de gran utilidad disponer en Atención Primaria de medios materiales y humanos para realizar estos procesos.

072-O-P

Control de calidad en la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Varo Moriana Gertrudis, Alcalde García Sonia, Bueno Lozano Mercedes, Guiu Salas Óscar, Bolea Gorbea Carlos, Baila Sancho Enrique

OBJETIVOS

1. Analizar el grado de cumplimiento de las historias clínicas de los pacientes.
2. Verificar el seguimiento clínico y espirométrico.
3. Realizar un ciclo de mejora.

METODOLOGÍA

CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD

- Hemograma
- ECG

- Vacunación antigripal

- Espirometría de seguimiento

DIMENSIÓN ESTUDIADA

- Competencia científico-técnica del profesional

NIVEL Y UNIDAD CONSIDERADA

• Grupo de personas diagnosticadas de EPOC en un Centro de Salud semiurbano

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y MUESTREO

• Analizamos 50 historias clínicas informatizadas mediante muestreo aleatorio sistemático.

RELACIÓN TEMPORAL

- Retrospectiva.

MÉTODO DE EVALUACIÓN

- Criterios explícitos normativos

TIPO DE INTERVENCIÓN

Medidas educativas para completar prácticas deficientes

RESULTADOS

En la primera evaluación:

Espirometría, ECG y las medidas educativas (consejo antitabaco...) constituyen el 65% de los incumplimientos en la Historia Clínica informatizada.

En la 2ª evaluación:

Hay una mejora y el número de incumplimientos

desciende de 183 a 129.

Los principales criterios que contribuían al número de incumplimientos en la 1ª evaluación, siguen siendo los mismos que en la 2ª evaluación, aunque en distinto orden.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La cumplimentación de la historia clínica informatizada en lo que se refiere al seguimiento del paciente con EPOC no es adecuada.

Existe gran heterogeneidad en la recogida de datos en OMI.

El Ciclo de Mejora incrementa la cumplimentación y la homogeneidad en la recogida de datos

073-C-P**Un caso especial de hipertensión arterial**

García Bernaus Antoni, Uardén García Marta, Sanz Martínez Esther, Mezquida Porquer Margalida, Llovet Font Rosa, Calderó Solé Meritxell

INTRODUCCIÓN

Este caso pone de manifiesto la importancia de la relación de continuidad del médico de familia, que permite la mejoría en el diagnóstico de una manifestación psicósomática, secundaria a síndrome de estrés post-traumático.

Se trata de una paciente de 32 años, que consulta por cefalea y pérdidas de conciencia. Como antecedentes patológicos presenta síndrome ansioso-depresivo, dispepsia tipo dismotilidad, migraña, lesión traumática de periné a los 14 años. Fumadora de 1 paquete/día.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente que refiere 4 episodios de pérdida de conciencia con movimientos desorganizados de las cuatro extremidades, sin relajación esfinteriana y rápida recuperación posterior, en los últimos 2 meses. Estos cuadros van precedidos de cefalea y tensión arterial (TA) de hasta 170/100. Interpretándose como crisis hipertensivas, se tratan con captopril sublingual. En la exploración física se detecta TA 170/100. Resto de aparatos sin hallazgos.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se deriva a hospital para estudio de HTA, donde se realiza analítica sanguínea completa y de orina, todo ello dentro de la normalidad. En tomografía computerizada se descarta feocromocitoma, punción lumbar normal y resonancia magnética que muestra lesiones subcorticales puntiformes en sustancia blanca parieto occipital bilateral. Se diagnostica de enfermedad desmielinizante y HTA sin control pese a triple terapia. Meses después, la paciente nos revela haber padecido abusos en la infancia por parte de su padre. En siguientes controles, las cifras de TA permanecen por debajo de 140/90.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Búsqueda realizada por Medline. Palabras clave: "hipertension arterial", "alexitimia".

-Antti Jula, Jouko K. Salminen, Simo Saarijärvi. Alexithymia: A Facet of Essential Hypertension. Hypertension 1999;33:1057-1061.

074-O-0

Educación para la salud en una zona básica de salud

Muñoz Cabañero Guillermo, Medina De La Casa Rafael, Roldán González Ana María, Carrero Díaz-Flores Rocío, García Díaz María Dolores, González González María José

OBJETIVOS

Educar a diferentes sectores de la población en temas de salud con la finalidad de estimular y mejorar estilos de vida

Intentar captar a la población que no asiste a consulta para intervenir en su educación para la salud.

METODOLOGÍA

Realización de talleres, charlas-coloquio en diferentes entornos: Centro de Salud, Geriátrico, IES, Casa de Cultura, trabajo de calle con tomas de tensión arterial dando consejos orales y escritos sobre prevención cardiovascular* Captación de fumadores a través de charlas de deshabituación. Consejos higiénico-dietéticos orales y escritos para el cuidado de la boca en embarazadas Programación de actividades a llevar a cabo por la dirección del Geriátrico para mejorar día a día la calidad de vida del anciano y retrasar en lo posible su deterioro Participación de los profesionales en la atención al inmigrante.

RESULTADOS

Participan el 80% de los profesionales Taller Cuidado Boca participó el 100% de embarazadas de la

ZBS* Taller de sexualidad Asisten el 96% de alumnos de Bachiller captándose 22 para consulta joven* Poca asistencia a charla sobre uso adecuado de urgencias, consulta y problemas de automedicación* El 80% de profesionales sanitarios participaron en la mesa-debate sobre sensibilización en atención al inmigrante* Se programaron con la dirección 5 actividades a desarrollar durante el año en el geriátrico* Se realizaron 125 tomas de tensión se detectaron 6 casos de tensión alta 8 personas decidieron abandonar el tabaco.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las actividades de calle han tenido mejor aceptación y mayor participación* Los temas como uso adecuado de consulta, urgencias médicas y uso racional del medicamento han tenido poca aceptación por parte de la población por lo que consideramos que tenemos que seguir insistiendo en ello. Cuando los temas son más específicos, el sector de población más determinado y se trabaja en sus respectivos entornos, las actividades tienen una mayor repercusión. Ha sido una experiencia gratificante que mejora el acercamiento a la población y a temas que por falta de tiempo no abordamos con dedicación adecuada.

075-O-P

Vacunación de difteria y tétanos a los 24 años

Muñoz Cabañero Guillermo, Medina De La Casa Rafael, Carrero Díaz-Flores Rocío, Arévalo Sendarrubias Bernardo, García Díaz María Dolores, Arévalo López Manuel

OBJETIVOS

Vacunar al mayor número posible de personas de 24 años de edad de la z.b.s. que tengan la pauta completa de difteria y tétanos a los 14 años, para con-

seguir criterios de máxima eficiencia.

METODOLOGÍA

Vacunación de dosis de recuerdo a los 10 años de la pauta completa de toxoide tetánico y difterico

078-0-0

Estado de salud y demanda de servicios sanitarios por universitarios españoles y extranjeros

Alonso Sardón M, Mirón Canelo JA, Vicente Arroyo M, Moreno Gómez M, González Lucas MA, Sáenz González MC

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es conocer el estado de Salud y analizar la utilización de los servicios sanitarios por parte de universitarios.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio transversal mediante encuesta por entrevista personal a una muestra representativa de 395 universitarios españoles y a 252 extranjeros de la Universidad de Salamanca. Para la recogida de información se utilizó un cuestionario de 55 ítems.

RESULTADOS

Los universitarios valoran su Estado de Salud

como muy bueno 24% (155) o bueno 58% (376). Los problemas de Salud que padecen son el resfriado común, cuadros catarrales y gripales (63,1%), dolor de cabeza (59,2%), de espalda (41%) o de estómago/abdomen (39,3%) y problemas del estado de ánimo, como estar nervioso (51%), irritado/enfadado (39,1%) y decaído (34,9%). El 26,3% (170) ha consultado al menos una vez al médico, el 59,7% (386) al odontólogo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La atención primaria se comporta como filtro asistencial en la atención a universitarios. La mayor demanda y utilización del sistema sanitario por parte de los universitarios extranjeros se debe a las características de nuestro modelo sanitario y no a una mayor morbilidad.

079-0-P

Prevalencia de caries dental en Becerreá (Lugo) en edades de 6 a 14 años (2000)

Pillado Paradelá A José, López Campos JM

OBJETIVOS

General: determinar la prevalencia de caries dental en la comunidad escolar del municipio de Becerreá (Lugo) de 6 a 14 años. Específicos: prevalencia e índices CAO-D, co, CAOM, IR e ir a los 6 y 12 años de edad; cumplimiento de los objetivos de la OMS 2000.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal o de prevalencia sobre la población escolar del ayuntamiento de Becerreá (Lugo), con edades comprendidas entre los 6 y 14 años.

De los 283 escolares que constituían la población escolar teórica, se exploraron 213. La toma de datos se realizó mediante exploraciones bucales practicadas por el

mismo examinador en los centros escolares, con buena iluminación, sondas estériles y espejos planos del nº 5. Se utilizaron los criterios diagnósticos de la OMS para estudios tipo III. Los índices de caries estudiados se han elegido en función de la finalidad de la encuesta.

RESULTADOS

[Referidos a 6 / 12 / total de la muestra (6-14 años)].

Prevalencia: caries activa 43,48% / 31,58% / 46,00%; dentición temporal 43,48% / 0,05% / 32,39%; dentición

definitiva 0% / 26,31% / 19,71%; caries (activa y/o tratada) 43,48% / 47,36% / 57,28%. Índices epidemiológicos de caries: CAOD 0 / 1,16 / 1,03; co 2,09 / 0,11 / 1,34; CAOM 0 / 1,16 / 0,88; IR 0 / 37,50 / 49,33; ir 11,67 / 50,00 / 14,18.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se alcanzan los objetivos OMS 2000. La prevalencia de caries activa es superior a la de España e inferior a la de Galicia. El IR / ir es inferior al observado en España. La atención dental continúa siendo deficiente.

O80-O-P

Eficacia y rapidez de acción de ezetimibe, como monoterapia, en la reducción de los niveles de c-LDL

Cobo de la Cruz J, Medina Viedma F, Alcaide García A

OBJETIVOS

Principal: evaluar la eficacia de ezetimibe en la reducción de c-LDL a los tres días de iniciar la administración del fármaco. Secundario: apoyar el uso de ezetimibe en monoterapia cuando se precisa una reducción rápida de los niveles de c-LDL.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo y abierto llevado a cabo con un total de 46 pacientes hipercolesterolémicos tratados con 10 mg de Ezetimibe/día durante 10 días. Se utilizó como referencia un grupo de 21 pacientes que no recibieron tratamiento alguno durante el mismo periodo. Se determinó en ambos grupos la evolución de los valores de c-LDL a tiempo 0 (basal) a los 3, 5 y 10 días de tratamiento en comparación con los valores a tiempo 0 (basales). Para los cálculos estadísticos se aplicó la versión 8 del programa SPSS para Windows. Las significaciones estadísticas se determinaron por comparación de las medias.

RESULTADOS

En el grupo tratado con ezetimibe se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en las cifras de c-LDL a los días 3 (17,26% de reducción), 5 (24,52%) y 10 (33,11%). En el grupo B (control) no se observaron diferencias en ninguno de los tiempos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos demuestran, por vez primera, la eficacia de ezetimibe como monoterapia en la reducción de los niveles de c-LDL a los tres días de tratamiento y confirman los datos a cinco días presentados por nuestro grupo en el XII Congreso de la SEMG (Accésit a la mejor comunicación oral). Ezetimibe constituye el tratamiento de preferencia cuando se precisa una reducción rápida de los niveles de c-LDL. Estos hallazgos abren la vía a nuevos enfoques para el abordaje de las hipercolesterolemias en pacientes de alto riesgo cardiovascular.

078-0-0

Estado de salud y demanda de servicios sanitarios por universitarios españoles y extranjeros

Alonso Sardón M, Mirón Canelo JA, Vicente Arroyo M, Moreno Gómez M, González Lucas MA, Sáenz González MC

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es conocer el estado de Salud y analizar la utilización de los servicios sanitarios por parte de universitarios.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio transversal mediante encuesta por entrevista personal a una muestra representativa de 395 universitarios españoles y a 252 extranjeros de la Universidad de Salamanca. Para la recogida de información se utilizó un cuestionario de 55 ítems.

RESULTADOS

Los universitarios valoran su Estado de Salud

como muy bueno 24% (155) o bueno 58% (376). Los problemas de Salud que padecen son el resfriado común, cuadros catarrales y gripales (63,1%), dolor de cabeza (59,2%), de espalda (41%) o de estómago/abdomen (39,3%) y problemas del estado de ánimo, como estar nervioso (51%), irritado/enfadado (39,1%) y decaído (34,9%). El 26,3% (170) ha consultado al menos una vez al médico, el 59,7% (386) al odontólogo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La atención primaria se comporta como filtro asistencial en la atención a universitarios. La mayor demanda y utilización del sistema sanitario por parte de los universitarios extranjeros se debe a las características de nuestro modelo sanitario y no a una mayor morbilidad.

079-0-P

Prevalencia de caries dental en Becerreá (Lugo) en edades de 6 a 14 años (2000)

Pillado Paradela A José, López Campos JM

OBJETIVOS

General: determinar la prevalencia de caries dental en la comunidad escolar del municipio de Becerreá (Lugo) de 6 a 14 años. Específicos: prevalencia e índices CAO-D, co, CAOM, IR e ir a los 6 y 12 años de edad; cumplimiento de los objetivos de la OMS 2000.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal o de prevalencia sobre la población escolar del ayuntamiento de Becerreá (Lugo), con edades comprendidas entre los 6 y 14 años.

De los 283 escolares que constituían la población escolar teórica, se exploraron 213. La toma de datos se realizó mediante exploraciones bucales practicadas por el

mismo examinador en los centros escolares, con buena iluminación, sondas estériles y espejos planos del nº 5. Se utilizaron los criterios diagnósticos de la OMS para estudios tipo III. Los índices de caries estudiados se han elegido en función de la finalidad de la encuesta.

RESULTADOS

[Referidos a 6 / 12 / total de la muestra (6-14 años)].

Prevalencia: caries activa 43,48% / 31,58% / 46,00%; dentición temporal 43,48% / 0,05% / 32,39%; dentición

definitiva 0% / 26,31% / 19,71%; caries (activa y/o tratada) 43,48% / 47,36% / 57,28%. Índices epidemiológicos de caries: CAOD 0 / 1,16 / 1,03; co 2,09 / 0,11 / 1,34; CAOM 0 / 1,16 / 0,88; IR 0 / 37,50 / 49,33; ir 11,67 / 50,00 / 14,18.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se alcanzan los objetivos OMS 2000. La prevalencia de caries activa es superior a la de España e inferior a la de Galicia. El IR / ir es inferior al observado en España. La atención dental continúa siendo deficiente.

080-O-P

Eficacia y rapidez de acción de ezetimibe, como monoterapia, en la reducción de los niveles de c-LDL

Cobo de la Cruz J, Medina Viedma F, Alcaide García A

OBJETIVOS

Principal: evaluar la eficacia de ezetimibe en la reducción de c-LDL a los tres días de iniciar la administración del fármaco. Secundario: apoyar el uso de ezetimibe en monoterapia cuando se precisa una reducción rápida de los niveles de c-LDL.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo y abierto llevado a cabo con un total de 46 pacientes hipercolesterolémicos tratados con 10 mg de Ezetimibe/día durante 10 días. Se utilizó como referencia un grupo de 21 pacientes que no recibieron tratamiento alguno durante el mismo periodo. Se determinó en ambos grupos la evolución de los valores de c-LDL a tiempo 0 (basal) a los 3, 5 y 10 días de tratamiento en comparación con los valores a tiempo 0 (basales). Para los cálculos estadísticos se aplicó la versión 8 del programa SPSS para Windows. Las significaciones estadísticas se determinaron por comparación de las medias.

RESULTADOS

En el grupo tratado con ezetimibe se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en las cifras de c-LDL a los días 3 (17,26% de reducción), 5 (24,52%) y 10 (33,11%). En el grupo B (control) no se observaron diferencias en ninguno de los tiempos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos demuestran, por vez primera, la eficacia de ezetimibe como monoterapia en la reducción de los niveles de c-LDL a los tres días de tratamiento y confirman los datos a cinco días presentados por nuestro grupo en el XII Congreso de la SEMG (Accésit a la mejor comunicación oral). Ezetimibe constituye el tratamiento de preferencia cuando se precisa una reducción rápida de los niveles de c-LDL. Estos hallazgos abren la vía a nuevos enfoques para el abordaje de las hipercolesterolemias en pacientes de alto riesgo cardiovascular.

081-0-0

Osteoporosis: evaluación del tratamiento en las consultas de atención primaria

Redondo Sánchez J, Ruiz Moruno FJ, Crespo Crespo A, Solís Cuesta J, García Poyatos C, Hernández Ruiz A

OBJETIVOS

Valorar los factores de riesgo de osteoporosis en los pacientes que reciben fármacos anti-resortivos. Conocer qué pruebas complementarias diagnósticas se emplean en estos pacientes. Analizar los fármacos anti-resortivos prescritos.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo, realizado en 4 Centros de Salud Urbanos. Se han analizado 90 historias de pacientes de forma aleatoria simple que acudían a la consulta a renovar sus recetas. Se recogió información sobre variables como tipo de fármaco, duración de tratamiento, especialidad médica, pruebas diagnósticas realizadas, consumo de tabaco, alcohol, consumo de lácteos, ejercicio, antecedentes personales y familiares. Los datos han sido procesados en SPSS versión 11.0. Se ha realizado un análisis descriptivo de frecuencias y Chi2 para variables cualitativas.

RESULTADOS

Los fármacos más prescritos fueron risedronato +

calcio + vitamina D (31%). Las especialidades que aconsejaban el tratamiento Ginecología (39%) y Reumatología (30%). En 20% de las historias no se les había realizado ninguna prueba antes de indicar el tratamiento; la densitometría fue la más practicada (26%). 45% de los pacientes no realizaba ningún ejercicio físico y el consumo medio de lácteos era de 2 vasos/día. 12% de los pacientes había tenido antecedentes de fractura; 44% no presentaban antecedentes familiares con fractura, aunque hay que tener en cuenta que no se examinó este dato en el 42% de los casos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La prescripción de tratamiento para la osteoporosis se realiza en mujeres que han tenido menopausia precoz; Ginecología es la especialidad que más indica el tratamiento. La indicación de tratamiento desde atención primaria es limitada. La realización de pruebas complementarias es insuficiente. No se recogen adecuadamente factores de riesgo relacionados con osteoporosis. Resulta insuficiente la toma de lácteos y la realización de ejercicio físico.

082-0-0

Insuficiencia renal oculta en hipertensos no diabéticos

Mendo Giner L, Molinero Pinilla R, Gil Asenjo MA, Martín Pascual I, Arróniz Fernández de Gaceo C, García Pérez L

OBJETIVOS

La Insuficiencia renal (IR) oculta o no diagnosticada tiene una repercusión directa en una mayor morbimortalidad. Nos planteamos conocer la distribución por

edad y sexo en nuestros hipertensos no diabéticos, valorar cumplimiento de estilos de vida, conocer el control de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), según guía de riesgo cardiovascular y calcular el volumen de

filtrado glomerular según fórmula Cockcroft y MDRD simplificada para detectar IR oculta o no conocida.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Recogida de datos 01/04/2004-01/04/2005. Muestreo aleatorio sistemático de 77 pacientes hipertensos no diabéticos desde la base OMI. Zona Básica de Salud con 10.500 habitantes. Variables: sexo, edad, tabaquismo, dieta, obesidad, ejercicio, control de tensión arterial, lípidos, enfermedades asociadas, volumen de filtrado glomerular a partir de fórmula Cockcroft y MDRD simplificada, ajustada.

RESULTADOS

Mujeres 66,24% (55,7-76,74%). Edad media en mujeres 72,93 (70,42-75,44%) y en hombres 64,61 (59,46-66,77%). 39% (24,21%-53,9%) no siguen dieta o la siguen de forma ocasional; la obesidad 34,3% (18,6-50%); ejercicio físico 57,1% (44,2-70%). 21% son fumadores actualmente. En 85,7% (77,9-93,5%) constan tomas de tensión arterial en el último año. Enfermedades asociadas: cardiopatía isquémica

10,4%; fibrilación auricular 15,6%; accidente cerebrovascular 7,8 %; insuficiencia renal 1,3%; hipertensión arterial complicada 22,7%; dislipemia 44,5%. Control de tensión arterial 45,4% (33,4-57,4%); no están controlados, no toman fármaco o en tratamiento con monoterapia 57,6% (40,8-74,4%); diuréticos e IECA son los más usados. IR no conocida Cockcroft 34,6% (16,73-42,87%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Debemos realizar nuevos estudios de cálculo de tasa de filtrado glomerular (GFR) con la fórmula Cockcroft y MDRD en nuestros pacientes hipertensos para detectar estos casos de IR no conocida. Tenemos que mejorar el control de la tensión arterial y la dislipemia. También el registro de los pacientes con dislipemia, puesto que en algunos casos no cumplen objetivos pero falta el registro en OMI como tales. Destacamos el elevado porcentaje de sobrepeso y obesidad; hay que insistir en medidas higiénico-dietéticas. Se aprecia claramente que el empleo de fármacos no presenta relación lineal con el control de la hipertensión arterial.

083-C-P

Seguimiento de gammopatía monoclonal en atención primaria

Esteban Fresno A, Navarro Lacera B

INTRODUCCIÓN

Estudio de un caso gammopatía monoclonal (GM) en atención primaria (AP). Práctica clínica diaria en el ámbito de un centro de salud urbano. Desde la AP podemos ofrecer a nuestros pacientes una mayor accesibilidad a nuestras consultas, así como la gestión más eficiente del seguimiento tanto de las pruebas complementarias como de la valoración de las mismas, lo que conlleva detecta de forma precoz las posibles malignizaciones que se puedan producir.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 83 años de edad. Dos hermanos muertos por cardiopatía isquémica, padre con diabetes y madre con demencia senil. Antecedentes de osteoporosis, accidente isquémico transitorio hace 6 años, intervenida de cataratas, varices y carcinoma epidermoide en mano izquierda en hace un año. En esa época acude por hematoma espontáneo en parte antero-interna del brazo derecho, sin estar acompañado por dolor e inflamación; aparición

espontánea durante la noche. Se solicita examen completo con estudio de coagulación y proteinograma.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Los resultados muestran una gammopatía monoclonal de IgG a costa de las cadenas Kappa. Con estos datos es necesario realizar diagnóstico diferencial. En el caso de detectar un paciente con MGUS se deben realizar controles analíticos cada tres meses durante el primer año, cada seis meses en los dos años siguientes y una vez al año posteriormente. Las revisiones deben incluir hematimetría, bioquímica general, proteinograma electroforético con cuantificación de inmunoglobulinas, proteinuria Bence-Jones, radiografías en caso de dolores óseos.

084-O-P

¿Hacemos prevención con IECA en los pacientes diabéticos tipo 2?

González Martín CT, Fariña Pacheco S, Domínguez Pérez JA, Encinoso Sánchez CA, Díaz Luis MC

OBJETIVOS

En los pacientes diabéticos tipo 2, mayores de 55 años y con otro factor de riesgo cardiovascular (FRCV) mayor, se ha demostrado la disminución de la aparición de un primer evento cardiovascular con el uso de IECA. El objetivo del presente trabajo fue comprobar si realizamos dicho tratamiento preventivo, tal y como viene recogido en el Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular de nuestro Servicio de Salud.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre cinco cupos de médicos de atención primaria pertenecientes a cuatro centros de salud de ámbito semi-

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras clave: "monoclonal gammopathies" AND "primary care" OR "primary health care" OR "family practice" AND prognosis OR prognoses OR diagnosis.

Sherman AC, Coleman EA, Griffith K, Simonton S, Hine RJ, Cromer J, Latif U, Farley H, Garcia R, Anaissie EJ. Use of a supportive care team for screening and preemptive intervention among multiple myeloma patients receiving stem cell transplantation. *Support Care Cancer* 2003;11:568-74.

Schmidt EB, Moller-Petersen J, Leegaard OF. Monoclonal gammopathy in general practice. Associated clinical conditions. *Scand J Prim Health Care* 1985;3(2):95-8.

urbano. Los pacientes sometidos a estudio fueron todos los diabéticos tipo 2, mayores de 55 años y con otro FRCV mayor, que acudieron regularmente a control durante el año 2005. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, FRCV mayores y tratamiento con IECA o ARA II (en caso de intolerancia a los IECA).

RESULTADOS

203 pacientes, de los que el 61% eran mujeres y el 39% hombres, con una media de edad de 69 años. Los FRCV mayores presentes en estos pacientes fueron dislipemia en el 51,2% de los casos, hipertensión arterial en el 30,4%, hipertrofia ventricular izquierda en el 8,4% y tabaquismo en el 6,9% de los mismos. Del total de pacientes diabéticos, el 53,7% tenía pautado tratamiento con IECA y el 24,6% con ARA II.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Existe un importante porcentaje de pacientes diabéticos (78,3%) en los que cumplimos con la reco-

mendación del Programa de utilizar IECA o ARA II como tratamiento preventivo de eventos cardiovasculares. No obstante, dicho porcentaje puede y debe mejorarse.

085-0-0

Déficit en glucosa-6-fosfato deshidrogenasa eritrocitaria

El Hadi El Amrani M, Said Mawas N, Magaña Ruiz G, Leyva Ríos JB, Moreno Ruiz P, González Pérez A

OBJETIVOS

Aprovechando el importante contingente de estudiantes extranjeros en la Universidad de Granada y de inmigrantes musulmanes, hemos estudiado la incidencia del déficit en glucosa-6-fosfato deshidrogenasa eritrocitaria (G6PDe) en dos poblaciones musulmanas: la árabe y la bereber, oriundas de Oriente Medio (Líbano, Siria, Jordania y Palestina) y del Magreb Occidental (Marruecos, Argelia, Túnez y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla) y afincadas en los diferentes distritos sanitarios de la provincia de Granada.

METODOLOGÍA

Hemos estudiado 500 sujetos (360 varones y 140 mujeres). De ellos, 359 eran árabes y otros 141 bereberes. Se abrió historia clínica en la que se consignaba edad, sexo, consumo de habas crudas, antecedentes de hemólisis, recuento de hematíes, determinación electrofotométrica de la actividad enzimática de G6PDe siguiendo la técnica de Lohr y Waller. De acuerdo con EL Hazmi, hemos considerado como déficit toda actividad enzimática inferior a 60 mU/1.000 millones de hematíes. En el estudio estadístico se comparan las medias mediante el test de la t de Student.

RESULTADOS

Se han determinado 140 (28%) deficitarios, todos ellos asintomáticos excepto uno, que sufrió favismo en su niñez y otros dos que fueron diagnosticados de talasemia menor. 110 (22%) casos fueron varones y 30 (6%) mujeres. La proporción del déficit entre árabes y bereberes fue 24,4% y 3,6%, respectivamente. El déficit fue máximo en marroquíes (127 casos) y mínimo en jordanos (3 casos). La comparación de las medias entre los dos grupos estudiados concluye que hay diferencias estadísticamente significativas en la actividad enzimática, pero no en el número de hematíes, la concentración de hemoglobina o la cifra del hematócrito.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El déficit en G6PDe se ha descrito en todo el mundo. El primer estudio fue realizado por la OMS en 1967 y difundido por Gajdos. En Arabia Saudita Gelpi determinó el 31%. En nuestra investigación hemos encontrado 28%. De ello 24,4% corresponde a los árabes y 3,6% a los bereberes. Bien conocida la transmisión hereditaria ligada al sexo del déficit (la enfermedad la transmiten las mujeres y la padecen los hombres). La elevada proporción del déficit (28%) en nuestra serie hay que relacionarla con el llamado "desorden hematológico mediterráneo" y con la elevada tasa de consanguinidad (32%).

086-C-P

Miositis del músculo iliaco

Alcón L, Roca B

INTRODUCCIÓN

La piomiositis es una infección aguda que afecta al músculo estriado. Suele acompañarse de la formación de un absceso en el músculo. Fue descrita por primera vez por Scriba en 1885 como enfermedad endémica en los trópicos, donde es una entidad habitual.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 29 años de edad, natural de Rumanía y residente en España desde hace 6 años, sin antecedentes patológicos de interés. Consulta por dolor intenso en cadera derecha irradiado a región inguinal, de 48 horas de evolución, acompañado de fiebre, astenia y malestar general. También refiere ligero estreñimiento y sintomatología de infección de vías respiratorias superiores durante los tres días previos al inicio del cuadro. La exploración física muestra fiebre alta con dolor y limitación de la movilidad pasiva, especialmente durante la rotación externa, sin signos inflamatorios locales.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En la analítica destaca PCR 46 y leucocitos 12.080

087-0-0

Microalbuminuria, glucemia basal alterada y riesgo cardiovascular. Estudio MAGAL

Rodríguez Ledo MP, Galgo A, Mediavilla J, Tranche S, Lozano JV, Viéitez García P

OBJETIVOS

La microalbuminuria es un marcador de riesgo cardiovascular (RCV) tanto en los pacientes hiper-

con neutrófilos 87%; el resto es normal. En la resonancia magnética (RMN) de la pelvis se observa un engrosamiento difuso y aumento de intensidad de señal en el músculo iliaco derecho, rodeado de edema en la grasa adyacente, sugestivo de miositis, con mínimos cambios de edema en la porción inferior del vientre del músculo psoas. El estudio microbiológico muestra crecimiento de *Staphylococcus aureus* en las tres muestras recogidas para el hemocultivo.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Búsqueda en Medline. Palabra clave: "pyomyositis"
Martín-Millán M, García-Ibarbia C, Gutiérrez-Cuadra M, Gutiérrez-Santiago M, Fernández-Sampedro M, González-Macías J, Hernández-Hernández JL. Piomiositis: una revisión retrospectiva en un hospital terciario del norte de España. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006;24:173-177.

Zlotkin D. Pyomyositis of the iliacus muscle in an adolescent. *South Med J* 2005;98:1224-1225.

Villamil-Cajoto I, Maceiras-Pan F, Villacian-Vicedo MJ. Piomiositis: presentación de 17 casos en niños y adultos. *Rev Med Chil* 2006;134:31-38.

tensos como en los diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2, pero los datos que la relacionan con otras alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, como la glicemia basal alterada (GBA), son todavía

escasos. Por ello, se planteó el objetivo de estimar la prevalencia de excreción urinaria de albúmina alterada (EUA+) en función del RCV en los pacientes hipertensos con GBA seguidos en atención primaria (AP).

METODOLOGÍA

MAGAL es un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado con la participación de médicos de AP de todo el territorio nacional. En 1.918 (64%) de los 3.010 pacientes hipertensos con GBA (glucemia en ayunas: 100-125,9 mg/dl) reclutados, se determinaron las variables necesarias para el cálculo del RCV según criterios de la ESH/ESC (factores de RCV, lesión de órgano diana y procesos clínicos asociados incluyendo los valores de la EUA+). Se definió EUA alterada a la relación albúmina/creatinina superior a 3,4 mg/mmol que equivale a cifras superiores a 30 mg/g.

RESULTADOS

La prevalencia de EUA+ fue de 48,3% (IC 95%:

46,2-50,5%); presentaba la siguiente distribución del RCV (de referencia; bajo; moderado; alto; muy alto) en función de la EUA: EUA normal = 7,6; 29,3; 35,9; 11,8; 15,4%; EUA+ = 0; 0; 6; 70,2; 23,7%. La diferencia era estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). La probabilidad de presentar un RCV alto o muy alto fue 3,45 veces superior en el grupo con EUA+ respecto a su normalidad; puede atribuirse a la EUA+ el 66,75% de los casos en términos absolutos, lo cual corresponde a una fracción etiológica de riesgo del 71%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presencia de EUA+ en los pacientes hipertensos con GBA incrementa al menos 3,45 veces la probabilidad de presentar RCV alto o muy alto. Se puede evitar un 71% de dicha categoría de RCV si se eliminara la alteración de la EUA en estos pacientes.

089-0-0

Enfermedades genéticas y raras ¿asignaturas pendientes para la atención primaria?

García Ribes M, Ejarque I, Martín V, Arenas E

OBJETIVOS

En los últimos 20 años asistimos a un aumento de la atención institucional hacia los colectivos por largo tiempo discriminados de pacientes con enfermedades raras para atender sus necesidades médicas y biopsicosociales. Por otra parte, el desarrollo de la genética clínica, la abundancia de pacientes y familias que precisan del consejo genético, y la ausencia en nuestro país de profesionales suficientes en el terreno de la genética clínica para encargarse de esta demanda, hacen necesaria la formación del colectivo médico de Atención Primaria (AP) en estos campos?

METODOLOGÍA

Para responder a esta pregunta, desde el 15/02/2006 se encuentra funcionando un grupo de trabajo de "Enfermedades Genéticas y Raras" integrado por médicos de AP. Sus primeros objetivos son ofrecer a los médicos de AP fuentes de información (portales de información y foros de discusión) para su formación en el campo de las enfermedades genéticas y raras y en asesoramiento genético para ejercer de intermediarios entre genetistas y pacientes y abordar las situaciones más frecuentes que se plantean en estas consultas.

RESULTADOS

Las actividades del grupo hasta el momento han supuesto la elaboración de un documento de consenso acerca de las enfermedades raras en la consulta de AP y la realización de un taller de "Consejo genético para médicos de AP" con una alta participación y una importante demanda de nuevas ediciones. En la encuesta que se realizó entre los asistentes al taller, un 80% había sido consultado sobre consejo genético y un 75% refirió dejar estas consultas de forma exclusiva a los ser-

vicios de genética clínica porque carecen de formación al respecto, la cual consideró de interés el 90%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los pacientes con enfermedades genéticas y raras poseen necesidades especiales que plantean situaciones especiales en las consultas de AP. Es necesario formar a los médicos de AP en el campo de las Enfermedades Genéticas y Raras así como en el asesoramiento genético.

090-0-P

¿Será respetada mi voluntad?

Ríos Méndez A, Durán Hoyos A, Pérez Gámez J, López Aguilera MD, Mora Díaz JD, Polo Chicano J

OBJETIVOS

Se pretende evaluar los conocimientos sobre VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS (VVA) que tienen los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, en un Distrito de Atención Primaria.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal realizado en el Distrito Sanitario de la Axarquía (Málaga) mediante la aplicación de un cuestionario de elaboración propia, previamente validado, de preguntas cerradas con varias posibilidades de respuesta y posterior tratamiento estadístico.

RESULTADOS

Participan en el estudio 95 varones y 88 mujeres, de los cuales 65 son médicos, 57 enfermeros y 61 no

sanitarios. El 24,59% responde que conoce con detalle la situación legal de VVA en Andalucía. Sólo el 2,45% de los sanitarios conoce el nombre exacto, lo que supone un 1,63% del total. El 77,59% responde que condicionaría su actuación según expreso el paciente. El 49,72% de los encuestados responde que llegado el momento siempre actuará según expreso el paciente en el documento de VVA.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es urgente la formación en Bioética para los profesionales, sanitarios y no sanitarios, para poder asesorar y orientar a los ciudadanos que demanden información sobre VVA, así como para poder cumplir la legislación vigente en nuestra Comunidad Autónoma. Se hace necesario establecer mecanismos de intervención en la comunidad con apoyo de mediadores sociales y formación en planes de atención sanitaria anticipada.

091-0-0

Prevalencia de obesidad y sobrepeso en ancianos hipertensos

Piera Carbonell AM

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los pacientes hipertensos mayores de 75 años.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal en mayores de 75 años, hipertensos. 100 pacientes por muestreo aleatorio estratificado no proporcional. Se mide presión arterial (PA) con monitor automático. Se considera variable PA la media de la segunda y tercera medición. Se monitoriza ambulatoriamente la PA durante 24 horas (MAPA) y se clasifica a los pacientes según patrón de descenso nocturno de PA. Se mide peso en ayunas y talla a primera hora de la mañana. De la historia clínica se registra edad, sexo, número de fármacos antihipertensivos y asociación con diabetes. Se calcula porcentajes, medias, DE, IC y prevalencia.

RESULTADOS

Edad media: 79,2 años (DE: 3,9). 59% mujeres. 33% diabéticos. 70% realizaban tratamiento antihipertensivo con al menos 2 fármacos. PA media

145,49/78,9 mmHg (DE: 21 y 11,7, respectivamente); es mayor en los hombres. Más del 18,6% de las mujeres y del 22% de los hombres registraron cifras de PA sistólica por encima de 160 mmHg. Presentaban alteración del patrón de descenso fisiológico de la presión arterial el 66%; un 27% eran *riser*. Sobrepeso: 56% (IC 95%), obesidad 22% (IC 95). Mujeres con sobrepeso 66,1% de los casos; obesidad 25,4% de los casos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mayoría presentaba índice de masa corporal elevado (9 de cada 10 mujeres y 6 de cada 10 hombres). La mayoría parece tener buen control de PA si tenemos en cuenta medidas aisladas de PA en la consulta; sin embargo, se ha encontrado un elevado número de pacientes con alteración del patrón circadiano de la presión arterial. Resultan valores de sobrepeso y obesidad llamativamente elevados comparados con los datos ofrecidos por otros estudios, aunque se disponen de escasos estudios centrados en este grupo de edad. Son convenientes más estudios que permitan conocer la relación entre obesidad y patrón circadiano de PA.

092-0-P

Síndrome metabólico, resistencia a la insulina y alteración de la función renal en atención primaria

Gil Zamorano B, Navarro Pérez J, Gil F, Molina Castañer S

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia y la adecuada correla-

ción del síndrome metabólico (SM), la resistencia a la insulina (HOMA-IR) y la alteración de la función renal (FR-MDRD) en la población de riesgo cardiovascular

atendida en atención primaria.

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio descriptivo transversal cuyos sujetos eran población con riesgo cardiovascular moderado-alto (N=133). El ámbito del estudio fue el de atención primaria. Se recogieron variables socio-demográficas, relacionadas con el riesgo cardiovascular y con la resistencia a la insulina. Para el cálculo del filtrado glomerular se utilizó la fórmula de MDRD abreviada. Análisis estadístico: para comparar el índice HOMA con las variables cualitativas dicotómicas se utilizó la t de Student y para variables cuantitativas el coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Edad media 67,5 años. Hipertensión arterial

68,4%, dislipemia 63,9%, tabaquismo 24,8%, diabetes tipo2 43,6%. Índice de masa corporal 30,2 Kg/m², perímetro de cintura 102 cm. Presión arterial media 143/83 mmHg. Perfil lipídico medio: colesterol total 214 mg/dl, triglicéridos 161 mg/dl, cHDL 47,6 mg/dl. Perfil glucémico medio: glucemia en ayunas 123,6 mg/dl, HbA1c 6,2 mg/dl, índice HOMA 5,0. MDRD medio 67,49 ml/min. Por diabéticos, dislipémicos y fumadores no hay diferencias significativas con el FG-MDRD. Para un nivel de confianza del 95%, en el SM hay diferencias significativas con el índice HOMA-IR: entre -5,48 y -0,94.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En población con al menos un factor de riesgo cardiovascular atendida en atención primaria, existe una clara correlación entre el SM y la resistencia a la insulina, pero no entre el SM y la función renal.

093-0-P

¿Es útil el índice HOMA en Atención Primaria de Salud?

Gil Zamorano B, Navarro Pérez J, Gil F

OBJETIVOS

Determinar si existe una adecuada correlación entre el índice HOMA para resistencia a la insulina y otras variables relacionadas con el riesgo cardiovascular.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Ámbito del estudio: atención primaria de salud. Sujetos: población con riesgo cardiovascular moderado-alto atendida en atención primaria (N=133).

Se recogen variables sociodemográficas relacionadas con el riesgo cardiovascular y con la

resistencia a la insulina. Para comparar el Índice HOMA con las variables cualitativas dicotómicas se utilizó la t de Student y para variables cuantitativas el coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Edad media 67,5 años. Mujeres 51,9%, hipertensos 68,4%, dislipemia 63,9%, tabaquismo 24,8%, diabetes tipo2 43,6%. Perfil antropométrico medio: IMC 30,2 Kg/m², perímetro cintura 102 cm. Presión arterial media 143/83 mmHg. Colesterol total medio 214 mg/dl. Perfil glucémico medio: glucemia basal 123,6 mg/dl, HbA1c 6,2%,

índice HOMA 5,0. Por sexo, hipertensos, diabéticos, dislipémicos y fumadores no hay diferencias significativas con el Índice HOMA. Para un nivel de confianza del 95% en obesidad hay diferencias significativas entre 4,41 a 0,45. El índice HOMA no se correlaciona con el resto de variables.

095-0-0

Extracciones periféricas: accesibilidad versus fiabilidad ¿son reales nuestras kaliemias?

Bárcena Caamaño M, Fustero Fernández MV

OBJETIVOS

Con la Ley General de Sanidad de 1986 y la Reforma de la Atención Primaria (AP) se descentralizan las extracciones de sangre y se envían al laboratorio de referencia que debe garantizar la obtención de resultados reproducibles y fiables. Algunos rangos de normalidad son estrechos y sus alteraciones tienen importantes repercusiones clínicas, como ocurre con la kaliemia (3,5-5,1). El objetivo es valorar la influencia del lugar de extracción en las cifras de potasio (K) obtenidas en pacientes de dos localidades de un centro rural e identificar posibles áreas de mejora.

METODOLOGÍA

Estudio observacional y retrospectivo. Ámbito de estudio: dos localidades rurales con un total de 795 habitantes, integradas en un centro de salud (CS) cuya cabecera dista 46 Km del laboratorio. Periodo de estudio: primer semestre de 2005. Fuentes de datos: historias clínicas, registro de extracciones del CS, base de datos del laboratorio y recorrido del transporte de las muestras. Población de estudio: analíticas realizadas a mayores de 18 años y registradas en la historia clínica, independientemente del lugar de extracción y médicos que las solicitaron. Tratamiento de los datos: Excel 2000.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El índice HOMA no se correlaciona con las variables del estudio y sólo se relaciona con la obesidad, por lo que nos podríamos plantear si es útil para la práctica clínica habitual en atención primaria.

RESULTADOS

Se estudiaron los valores de potasio en 133 analíticas, 72 obtenidas en el CS, con un 36,11% de hiperkaliemias y 61 en la capital con un 8,19% de hiperkaliemias. Los valores medios de potasio encontrados fueron de 5,02 (DE 0,43) y de 4,44 (DE 0,38), respectivamente. Entre los hiperkaliémicos hallamos un menor porcentaje de pacientes en tratamiento con fármacos potencialmente elevadores del potasio. El recorrido del transporte era variable. Algunos días se llegaban a realizar hasta 5 paradas en diferentes localidades y se duplicaban los 46 Km que separan el CS del laboratorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las kaliemias obtenidas en las extracciones del CS son más elevadas que las de la ciudad y el porcentaje de hiperkaliemias es claramente superior. El uso de fármacos potencialmente elevadores de K no influyó en los resultados. Es prioritario mejorar el proceso de transporte de las muestras acortando el recorrido y el tiempo, que posiblemente desvirtúa los resultados. Aunque las extracciones periféricas mejoran notablemente la accesibilidad, no debe ser a costa de la fiabilidad de los resultados, que genera incertidumbre a los profesionales y perjuicios innecesarios a los pacientes.

Esguince de muñeca: inestabilidad escafolunar, una entidad a tener en cuenta

Cordero Soriano JJ, Cabrera Cazorla R, Montero Furelos L, Somoza Fares S, López Blanco C, Villegas González L

INTRODUCCIÓN

Dentro de la patología traumática del sistema musculoesquelético ocupan un lugar primordial los esguinces, atendidos inicialmente por médicos de atención primaria. La opinión general es que se trata de lesiones de fácil manejo con buena evolución tras una reducción correcta, pero si no reciben el tratamiento adecuado pueden dejar como secuela una patología crónica de difícil solución: las artritis post-traumáticas o la inestabilidad articular del carpo en los esguinces de grado III que conducen a la artrosis. Nuestro objetivo es acercar al médico de atención primaria la patología del carpo.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Describimos dos casos clínicos de lesión grado III de los ligamentos escafolunares que supone la pérdida de la unión mecánica entre el escafoide y el semilunar. Varón de 50 años que sufre traumatismo casual. Mujer de 52 años que sufre traumatismo laboral. Presentan dolor en la muñeca a la pronosupinación y desviación radial.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La inestabilidad carpal disociativa constituye una enfermedad bastante frecuente; su origen es la rotura

de los ligamentos escafolunares. El ligamento escafolunar degenera muy rápidamente y pierde la capacidad de cicatrización, de ahí la dificultad de su tratamiento. Es necesario que el médico de atención primaria sepa reconocer radiográficamente (signo de Terry-Thomas -aumento del espacio escafolunar- y signo del anillo -aspecto de la tuberosidad cuando el escafoide se encuentra en flexión volar-) esta entidad. Un diagnóstico precoz mejora su pronóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Búsqueda en Medline mediante las palabras clave: "wrist", "semilunar", "dyastasis".

Irisarri C. Inestabilidades del carpo: clasificación y tratamiento. *Rev Ortop Traum* 1993;37IB(Supl 1):78-85.

Cruz Sarmiento ER. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de inestabilidad postraumática del carpo. *Rev Cubana Ortop Traumatol* 1997;11:15-24.

Leyva Bastarrechea. Artrodesis triescafoidea por mínimo acceso. *Rev Cubana Med Milit* 2001;30:87-93.

Rosado Diago JM, Holguín Holgado P, Rico Aguado A. Patología del Carpo. Manual on-line de Cirugía Plástica [Acceso el 20 de abril de 2006].

097-C-P

Artralgias de repetición: ¿siempre traumáticas?

Macías García S, Vélez Silva R, Sanchidrián González M, González Fernández ML, Dorval Alcón M, Parra Villegas K

INTRODUCCIÓN

La tromboangiitis obliterante (TAO), o enfermedad de Buerger, es una vasculopatía inflamatoria, oclusiva, muy poco frecuente. Su etiología es desconocida y se observa en gente joven con importante hábito tabáquico. Afecta a arterias y venas de mediano y pequeño calibre. Su triada característica es la claudicación de extremidades, fenómeno de Raynaud y tromboflebitis migratoria. Destaca su inicio con clínica insidiosa e inespecífica, lo que hace difícil su diagnóstico en fases iniciales, aunque es necesario tenerla presente pues únicamente con el abandono del tabaco se evita su progresión.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 37 años de edad, fumador de 20 paquetes/año y minero de interior. Durante 6 meses había consultado en varias ocasiones por episodios de dolor en tarso con eritema y tumefacción. Lo relacionaba con los traumatismos en su actividad laboral y fue etiquetado de esguinces y tendinitis de repetición. Precisó baja por accidente de trabajo, con mejoría tras reposo y AINE. Acude de nuevo con claudicación intermitente y dolor incluso en reposo de predominio en extremidad izquierda. A la exploración destaca cordón eritematoso en cara lateral de pierna izquierda y pulso pedio ausente.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se realiza hemograma, bioquímica, coagulación,

ECG y radiografía tórax, que fueron normales. Ante la sospecha clínica de posible TAO, se deriva a reumatología, que solicita ECO-doppler de miembros inferiores. En él se aprecia flujo positivo diastólico en tobillo en las arterias tibial posterior y peronea izquierdas, y en el lado derecho flujos de alta resistencia y velocidad algo disminuida. Se completa el estudio con un perfil serológico completo normal y una angiografía de miembros inferiores con oclusiones distales segmentarias compatibles. Se recomienda la supresión total del tabaco con lo que se consigue mejoría visible en unos pocos días.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Búsqueda de artículos en Medline: "Buerger's disease", "tromboangiitis obliterans"; en Google: "tromboangiitis obliterante".

Olin JW, Shih A. Tromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *Curr Opin Rheumatol* 2006;18(1):18-24.

Gioriz-Valdés R, Fernández-Herrera J. Enfermedad de Buerger (tromboangiitis obliterante). *Actas Dermosifiliograf* 2005;96(9):553-62.

Espinosa G, Llambrich A, Ingelmo M. Formación continuada del médico práctico: tromboangiitis obliterante. *Medicina Integral* 2001;37(4):154-159.

Ricart Vallá JM, Prats Máñez A. Episodios de dolor y rubor en el miembro inferior. *Piel* 2001;16:344-346.

098-0-0

Actividad clínica en la consulta médica de un centro penitenciario frente a la de un centro de salud

Alás Brun RM, Chérrez Bermejo C, Sanchiz Rubio JR

OBJETIVOS

Describir y cuantificar la actividad clínica en las consultas de demanda de un Centro Penitenciario (CP) para explorar las posibles diferencias asistenciales con respecto a un Centro de Salud (CS). Identificar los posibles requerimientos de formación específica ante eventuales traslados de profesionales entre uno y otro medio resultantes de una integración de la sanidad penitenciaria (SP) en el conjunto del sistema público de salud.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal sobre tres poblaciones: centro penitenciario (CP), centro de salud urbano (CSU) y centro salud rural (CSR). Se incluye toda la actividad médica (clasificada en actos de consulta según áreas clínicas) generada en la consulta de demanda. Se excluyen las actividades programadas por el profesional sanitario y los actos de naturaleza administrativa. Se subclasifican los problemas de salud más frecuentes en la SP (toxicomanía, VIH y VHC) así como las consultas conflictivas para el profesional. Estadísticamente se realiza un contraste de la diferencia de proporciones.

099-C-P

Un caso de neumonía atípica

Roca B, Bahamonde D, Tornador N, Alcón L

INTRODUCCIÓN

La psitacosis está producida por la bacteria intracelular <Chlamydia psittaci>. Esta infección afecta

RESULTADOS

Existe, con significación estadística, una mayor carga asistencial en salud mental, atención primaria (concepto actual de integración biopsicosocial), consultas conflictivas y subgrupos de VIH/VHC y toxicomanías en CP con respecto a los CS y mayor en estos últimos con respecto al CP en cuanto a geriatría, medicina interna y oftalmología. La menor demanda en cuanto a traumatología y urología y mayor en dermatología del CP es sólo significativa frente al CSR. El CSU tiene frente al CSR significativamente mayor carga asistencial en medicina interna y oftalmología y menor en geriatría y urología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La demanda mayoritaria en el CP es en el área de salud mental e implica una actitud diferente del profesional. La clave de la eficiencia en la gestión sanitaria de un CP puede estar en el manejo integral de problemas biopsicosociales. En un contexto de integración de derecho de la SP no parece discutible la necesidad de formación en toxicomanías para ejercer en un CP y en geriatría para traslados a un CS. Habría que determinar la existencia de diferencias cualitativas en la competencia asistencial en salud mental y en la atención VIH/VHC en los CP para valorar otras necesidades formativas.

especialmente a los loros, los periquitos y otras aves. El hombre se contagia por medio de aerosoles procedentes de estas aves. Se trata de una enfermedad rara, con incidencias generalmente inferiores a un

caso por cien mil habitantes y año. Clínicamente se manifiesta con un síndrome sistémico y una neumonía atípica. La evolución de esta infección es lenta pero favorable la mayor parte de las veces, incluso sin tratamiento, pero con antibióticos como las tetraciclinas, los macrólidos o las fluorquinolonas se acorta substancialmente su duración.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 61 años con antecedentes de histerectomía por metrorragias y extirpación de nódulos subcutáneos. Ingresa por un cuadro clínico de 15 días de evolución consistente en astenia, anorexia con pérdida de varios Kg de peso, náuseas, tos persistente con esputos teñidos de sangre en algunas ocasiones y fiebre alta. En la exploración se halla consciente, orientada y con buen estado general, la temperatura axilar es de 39°C; en la auscultación pulmonar se aprecian escasos crepitantes diseminados por todos los campos, mientras que todo el resto es normal.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En los análisis de sangre aparece velocidad de sedimentación globular de 96 mm en la primera hora, fibrinógeno 520 mg/dl, hemoglobina 11,5 g/dl, hierro 25 µg/dl y albúmina 3,1 g/dl, mientras que el resto de resultados del hemograma, bioquímica, coagulación y proteinograma es normal. En el

sedimento urinario se observan 5 eritrocitos y 20 leucocitos por campo. En las radiografías de tórax existe un infiltrado intersticial difuso más acusado en el lóbulo superior derecho. El electrocardiograma, la ecografía abdominal y la broncoscopia son normales. Los estudios microbiológicos iniciales, incluidos baciloscopias y cultivos de esputos, urinocultivo, hemocultivos y serología de neumonías, son negativos. Con eritromicina y tratamiento sintomático desaparece toda la clínica que presenta la paciente. La serología de control, llevada a cabo 3 semanas después de la inicial, refleja una seroconversión para <Chlamydia psittaci>: determinación inicial negativa y título en la muestra de control superior a 1/64 (anticuerpos determinados mediante fijación de complemento). El resto de serología sigue siendo negativo.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Búsqueda en Medline. Palabra clave: "psittacosis".

Cunha BA. The atypical pneumonias: clinical diagnosis and importance. Clin Microbiol Infect 2006;12 Suppl 3:12-24.

Espinosa de los Monteros MT, Laguna Sorina JA, Rueda da Domingo MT, López Hernández B, Bermejo Pérez MJ, Sabonet JC. Brote de psitacosis en Granada. Rev Esp Salud Pública 2005;79:591-7.

Thibodeau KP, Viera AJ. Atypical pathogens and challenges in community-acquired pneumonia. Am Fam Physician 2004;69:1699-706.

100-0-0

Relación de la incidencia del estreñimiento con la dieta y los estilos de vida en Albacete

López Cara MA, Tárraga López P, Ocaña López JM, Solera Albero J, Cerdán Oliver M, Celada Rodríguez A

OBJETIVOS

Determinar la incidencia de estreñimiento en la Provincia de Albacete y su relación con la dieta y los estilos de vida.

METODOLOGÍA

Encuesta transversal poblacional. Se incluyeron en el estudio 445 personas mayores de 50 años seleccionadas por un muestreo aleatorio sistemático;

contestaron correctamente 414.

RESULTADOS

De las personas que participaron en nuestro estudio, 56,9 % eran mujeres con una edad media de 67,07 años. La mayoría de los encuestados realiza tres comidas diarias, mientras que el 50% realiza una comida a media mañana o la merienda. Habitualmente las realizan en el propio domicilio. Predominó el consumo de leche (83,7%), pan (95,1%), verduras (68,8%), frutas (91,8%) y aceite de oliva virgen (96,6%) diariamente, con consumo de pescados cada 1-2 días así como legumbres y consumo de carne cada 3-6 días. Un 35% seguía algún tipo de dieta o régimen. Se observó que el 97,7% de los encuestados con más de 3 deposiciones semanales tenían un consumo alto de aceite de oliva virgen. En

nuestra encuesta realiza ejercicio físico habitualmente el 65,7% de la muestra. De las personas del estudio, el 70,2% no eran fumadores; el 10,2% eran fumadores diarios y un 18,4% ex-fumadores. De los 414 encuestados el porcentaje de bebedores fue de un 35,1%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La incidencia del estreñimiento en personas mayores de 50 años en Albacete es de 43,47 personas /100.000 habitantes / año. Existe una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de aceite de oliva virgen en las comidas y la disminución del estreñimiento. Las personas mayores de 50 años que realizan ejercicio físico de forma habitual tienen un número de deposiciones mayor que las que no lo realizan.

101-0-0

Disfunción eréctil y factores de riesgo cardiovascular

Tárraga López P, Celada Rodríguez A, López Cara MA, Solera Albero J, Palomino Medina MA, Cerdán Oliver M

OBJETIVOS

Valorar la prevalencia de disfunción eréctil (DE) en hombres con factores de riesgo cardiovascular.

data de las enfermedades; otras enfermedades; medicación; cuestionario SHIM versión española para detección de DE y Cuestionario LISAT 8 para valorar calidad de vida.

METODOLOGÍA

Pacientes mayores de 18 años diagnosticados de estas enfermedades a los que se tomaron los siguientes datos: edad, fecha nacimiento, peso, talla, índice de masa corporal y consumo: de alcohol, tabaco y otras drogas; parámetros lipídicos: colesterol total (CT), triglicéridos (TG), cLDL, cHDL; índice aterogénico (IA): CT/HDL; parámetros glucémicos: glucemia basal, hemoglobina glicosilada; cifras tensionales;

RESULTADOS

Durante el primer mes se realizaron 170 encuestas. La edad media de participación es 65,86 años. Un 87% viven en pareja. Un 30% son fumadores y un 61,4% reconoce tomar alcohol. De los pacientes encuestados sólo el 25,2% obtiene una puntuación normal en el cuestionario SHIM (16 puntos o más). Un 38,6 % tienen una puntua-

ción de 10 o menos y un 34,2% de 11 a 16 puntos. Un 85,7% admite tener DE. El 48% son diabéticos, el 72% tiene diagnóstico de hipertensión arterial y un 47,5% está diagnosticado de hipercolesterolemia.

103-O-P

Prevalencia de disfunción sexual en consultas de atención primaria

Tárraga López P, Celada Rodríguez A, López Cara MA, Solera Albero J, Ocaña López JM, Cerdán Oliver M

OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia de disfunción sexual en las consultas de Atención Primaria (AP).

METODOLOGÍA

Estudio epidemiológico transversal. Encuesta diseñada para pacientes que acuden a consultas de AP. Estudio estadístico con programa SPSS v.10 haciendo estudio descriptivo de las variables.

RESULTADOS

70 personas mayores de 18 años (23 hombres y 47 mujeres), 55 tienen pareja estable (19 hom-

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En nuestro estudio existe una alta proporción de pacientes con factores de riesgo cardiovascular que padecen DE.

bres y 36 mujeres). 59 tiene relaciones sexuales satisfactorias; 32 (4 hombres y 28 mujeres) no tienen interés por el sexo. 2 hombres y 22 mujeres con ausencia o trastorno de deseo sexual; 7 mujeres aversión al sexo (6 manifiestan tener dolor). 14 mujeres con problemas para lubricación propia de excitación sexual, 2 de ellas con malestar. 4 hombres tienen disfunción sexual. 17 mujeres y 3 hombres trastornos de orgasmo, 6 hombres tienen eyaculación precoz.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las disfunciones sexuales son una alteración frecuente en las personas que acuden a la consulta de AP; las mujeres son las que más lo manifiestan.

104-C-P

Abordaje de las vasculitits cutáneas en atención primaria

Piera Carbonell AM

INTRODUCCIÓN

Ante la consulta de lesiones papulares, eritema-

to-violáceas, que no desaparecen a la vitropresión, localizadas en miembros inferiores y asociadas a leves síntomas sistémicos, debemos plantearnos

una serie de actitudes diagnósticas con el fin de valorar si es preciso ingreso hospitalario o permite tratamiento ambulatorio.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Presentamos el caso de una joven de 24 años, que acude a nuestra consulta por cuadro de horas de evolución de lesiones eritemato-violáceas, no pruriginosas, de unos 3 mm de diámetro, de localización en extremidades, asociadas a algias generalizadas, febrícula e inflamación del tobillo izquierdo.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Valorar tóxicos o fármacos desencadenantes. Descartar sintomatología sistémica. Solicitar hemograma, coagulación, bioquímica, pruebas de función hepática, ANA, C3, C4, VSG, PCR y radiografía de tórax. Se inicia tratamiento con AINE y esteroides ora-

les. Se solicita consulta preferente a Medicina Interna. En caso de empeoramiento, se deriva a urgencias hospitalarias. Se reevalúa a las 24 horas: asintomática, afebril, cese de inflamación tobillo y mejoría de las lesiones. Analítica normal, salvo elevación moderada de reactantes de fase aguda. Biopsia cutánea confirma diagnóstico de vasculitis leucocitoclástica.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Búsqueda en PUBMED. Palabra clave: "leukocytoclastic vasculitis".

Gonzalez-Gay, MA, Garcia-Porrúa C, Pujol RM. Clinical approach to cutaneous vasculitis. *Curr Op Rheumatol* 2005;17:56.

Jennette JC, Falk RJ. Small vessel vasculitis. *N Eng J Med* 1997;337:1512.

Lotti T, y col. Cutaneous small-vessel vasculitis. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:667.

Ledford DK. Immunologic aspects of vasculitis and cardiovascular diseases. *JAMA* 1997;278:1962.

105-0-0

Tratamiento de la hipercolesterolemia mediante alternativas terapéuticas

Tárraga López P, Cerdán Oliver M, López Cara MA, Solera Albero J, Palomino Medina MA, Celada Rodríguez A

OBJETIVOS

Analizar la efectividad de Atorvastatina 10 mg combinada con ezetimiba respecto a atorvastatina a dosis altas para el tratamiento de la hipercolesterolemia en pacientes de alto riesgo cardiovascular en Atención Primaria.

METODOLOGÍA

Estudio transversal retrospectivo, de intervención en condiciones de uso habitual en pacientes hipercolesterolémicos con riesgo cardiovascular alto (diabéticos tipo 2 o infarto de miocardio con cifras de cLDL supe-

riores a 100 mg/dl). Se incluyó a 102 pacientes (44,8% hombres) con una edad de $60,9 \pm 9,4$ años. Un 61,4% eran diabéticos y el 52,1% había tenido episodio de cardiopatía isquémica. Cuarenta y nueve pacientes habían recibido tratamiento con atorvastatina 10 mg más ezetimiba y 53 con atorvastatina 40 mg/día durante 4 meses.

RESULTADOS

Los cLDL, CT y triglicéridos se redujeron significativamente con ambos tratamientos, si bien la combinación redujo más rápidamente los parámetros lipídicos que atorvastatina a dosis altas. A los 4 meses se produjeron reducciones de cLDL de 35,42% para

la combinación de la estatina con ezetimiba y de 25,69% de la estatina sola; reducción de cLDL en 57,58 mg/dl y 58,33 a los 2 y 4 meses, respectivamente, con la combinación, frente a 16,4 y 40,14, respectivamente, con atorvastatina. A los 4 meses alcanzaron objetivos terapéuticos 60,4% con combinación frente a 51,5% con simvastatina.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Ambos tratamiento son efectivos para reducir las cifras de colesterol. Sin embargo, la combinación de atorvastatina a dosis de 10mg y ezetimiba fue más efectiva y rápida que atorvastatina sola a dosis altas.

106-O-P

Estadaje del cáncer colorrectal en el Área 3 de la Comunidad Valenciana

Rodrigo Sanbartolomé A, Albert Contell A, Buch E, Calvo Hernán F, Maroto N, Hinojosa J

OBJETIVOS

Describir el estadio (basado en el sistema TNM) del cáncer colorrectal (CCR) diagnosticado en nuestra Área de Salud entre 1-1-2001 y el 31-12-2004. Incidencia máxima en este periodo.

METODOLOGÍA

Incluimos en el estudio todos los casos de CCR diagnosticados en el Hospital de Sagunt desde el

1-1-2000 al 31-12-2004 y que pertenecían al Área 3 (389 casos). Se utilizó la población censal del 2001 mayor de 15 años (115.586 habitantes). Los datos clínicos se obtuvieron de las historias clínicas. Para el ajuste de tasas se empleó la población europea.

RESULTADOS

Estadio 0: 1 (0,3%); estadio I: 46 (15,5%); estadio IIA: 89 (30%); estadio IIB: 13 (4,4%); estadio IIIA: 7

(2,4%); estadio IIIB: 43 (14,5%); estadio IV: 61 (20,5%); no disponible: 15 (5,1%). Entre los que se encuentran en fase metastásica (IV) en el momento del diagnóstico, los niveles de CEA son de hasta 5 en 11 casos; 5-50 14 casos; mayor de 50 14 casos; mayor de 100 10 casos; mayor de 500 10 casos. La incidencia ajustada a población europea en nuestra Área de Salud fue máxima en el año 2004: 45,11/100.000 habitantes/año.

107-C-P

Dermatomiositis

Cañado Y, Roca B

INTRODUCCIÓN

El presente caso es un ejemplo de las variadas formas de presentación que pueden adoptar las conectivopatías: nuestro paciente presentaba unas lesiones cutáneas típicas de dermatomiositis, pero al mismo tiempo tenía varios datos sugestivos de lupus eritematoso sistémico. Por otra parte, el caso descrito es también reflejo de las numerosas complicaciones que estas enfermedades pueden provocar, entre las que figura la fibrosis pulmonar, que llevó a la muerte a nuestro enfermo.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 52 años con antecedentes de dermatomiositis diagnosticada en otro centro en mayo de 2002, con afectación de la cara, escote, manos y piernas, y fibrosis pulmonar con insuficiencia respiratoria crónica secundaria, en tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria; diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina; absceso cerebral por <Listeria monocy-

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el momento del diagnóstico se encuentran en estadio IIA (llega hasta subserosa pero no afecta a órganos o tejidos vecinos) un 30% de nuestros casos. Un 20,5% están ya en estadio IV (metastásica), aunque un 16% presentan un nivel de CEA normal (hasta 5). La incidencia ajustada a población europea en nuestra Área de Salud fue máxima en el año 2004.

togenes> en julio de 2003 con hemiparesia residual derecha, neumonía cavitada en el lóbulo medio en julio de 2003 y epilepsia parcial simple diagnosticada en noviembre de 2004.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En los análisis de sangre aparecen alterados velocidad de sedimentación globular, glucosa, fósforo, albúmina, colesterol total, LDL-colesterol, triglicéridos, CPK, LDH, PCR, IgA y complemento C4; son normales el resto del hemograma, bioquímica, coagulación, hormonas tiroideas y proteinograma. Anticuerpos antinucleares, anti-DNA, antihistonas, anti-Scl 70 y anticardiolipina son positivos, mientras que el resto de autoanticuerpos es negativo. Gasometría con alcalosis e hipoxemia. Los hemocultivos y los urinocultivos son negativos.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Búsqueda en Medline. Palabra clave: "dermatomiositis".

Jay V. Dermatomyositis. *J Insur Med* 2005;37:327-9.
Airio A, Kautiainen H, Hakala M. Prognosis and mortality of polymyositis and dermatomyositis patients. *Clin Rheumatol* 2006;25:234-9.

Miyazaki E, Ando M, Muramatsu T, Fukami T, Matsuno O, Nureki SI et al. Early assessment of rapidly progressive interstitial pneumonia associated with amyopathic dermatomyositis. *Clin Rheumatol* 2005;24:1-4.

108-C-P

Síndrome de Eaton-Lambert

Bahamonde D, Roca B

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Eaton-Lambert (SEL) es un trastorno autoinmune idiopático o paraneoplásico, que cursa con debilidad muscular proximal y disfunción autonómica. Se trata de un proceso infrecuente, con una incidencia anual estimada de unos 0,5 casos por millón de habitantes. A continuación presentamos un caso de esta entidad, que hemos tenido ocasión de atender recientemente.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 57 años con dolor lumbar irradiado a miembros inferiores, de dos meses de evolución. Dificultad para incorporarse desde sedestación o decúbito y sequedad bucal. Hábito tabáquico de 40 paquetes/año. Durante un mes se trató con AINE sin mejoría; pruebas complementarias normales, excepto radiografías de tórax, en las que apareció opacidad en lóbulo superior derecho, sugestiva de tumoración, por lo que se le envió a Oncología.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La tomografía computarizada torácica confirmó la existencia de un nódulo de 2 cm de diámetro en el lóbulo superior del pulmón derecho, en contacto con

la superficie pleural, y mostró además la presencia de adenopatías mediastínicas que comprimían la vena cava inferior, sin llegar a infiltrarla. La resonancia magnética de la columna lumbar y la gammagrafía ósea fueron normales. La espirometría mostró un patrón obstructivo distal. Finalmente se le realizó una punción transtorácica del nódulo pulmonar, cuyo estudio anatomopatológico fue diagnóstico de carcinoma indiferenciado de células pequeñas.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Búsqueda en Medline. Palabra clave: "Lambert-Eaton".

Wirtz PW, Nijhuis MG, Sotodeh M, Willems LN, Brahim JJ, Putter H et al. The epidemiology of myasthenia gravis, Lambert-Eaton myasthenic syndrome and their associated tumours in the northern part of the province of South Holland. *J Neurol* 2003;250:698-701.

Newsom-Davis J. Neuromuscular junction channelopathies. A brief overview. *Acta Neurol Belg* 2005;105:181-6.

Zambelis T, Foutsitzi A, Giannakopoulou A. Lambert-Eaton myasthenic syndrome. Clinical and electrophysiological findings in seven cases. *Electromyogr Clin Neurophysiol* 2004;44:289-92.