

## PREÁMBULO A LAS COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

La voluntad de vivir constituye en su esencia el estímulo que impulsa al hombre a investigar, experimentar y producir. Esta investigación tiene múltiples facetas, tan distintas como los rostros de las personas que a ella se dedican. Raramente percibimos el esfuerzo personal, material e intelectual que es indispensable para obtener resultados sólidos y aprovechables. La investigación avanza sólo de forma lenta y progresiva, y debe, en casi todos los casos, sortear difíciles obstáculos para alcanzar las metas propuestas. Antes de iniciar la exposición del capítulo correspondiente a las "Comunicaciones Científicas" aportadas a este XVIII Congreso Nacional y XII Internacional de Medicina General y de Familia 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 en el plazo estipulado. Cada Comunicación aparece identificada por su número de orden (tres cifras) y una primera inicial "O" o "C" que designa si es original o caso clínico.

001-O

### Correlación de la diabetes y la hemoglobina glicosilada en los ancianos institucionalizados de nuestro entorno

Atienza Gaona JJ, Almarcha Riquelme MD, García Ruiz EM, Atienza Almarcha T, Álvarez Gutiérrez JM

#### OBJETIVOS

Valorar el grado de control de la diabetes determinando la hemoglobina glicosilada. Se propone un nuevo análisis pasados 6 meses para comprobar el estado de los pacientes seleccionados.

#### METODOLOGÍA

Se recogieron datos sociosanitarios a todos los encuestados y se usó el programa estadístico SPSS para su posterior análisis. Estudio epidemiológico descriptivo con muestreo intencional no probabilístico. Muestra: personal anciano institucionalizado afectado de diabetes. Variables independientes: variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil) y otras enfermedades. Variables dependientes: valor de hemoglobina glicosilada.

#### RESULTADOS

HbA1C media de 6,889. En Montealegre de 6,296 y en Almansa 7,331. Hubo un valor de 11 que decididamente tenía que mejorarse y se le añadió insulina. La mediana de 6,4 y moda de 6,3 reflejan un buen control evitando los valores extremos. Casi todos los residentes tomaban más de dos medicamentos y algunos hasta 10, por lo que sería muy conveniente valorar si todos son necesarios.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los ancianos encuestados en este estudio están bien controlados según la estimación proporcionada por la hemoglobina glicosilada.

La submuestra de Almansa tuvo un valor medio de hemoglobina glicosilada algo más elevado, pero no estadísticamente significativo. Alguno de ellos necesitó un cambio de tratamiento y se pautó insulina en estos casos. La hemoglobina glicosilada valora el éxito del tratamiento antidiabético y permite comparar y comprobar la eficacia de los nuevos tratamientos.

003-O

### ¡Veinte años no es nada! Pero diez años en diabetes ¡muy tarde!

Granado González M, Sarasa Priedrafita D, Oto Negre A, Casbas Vela D, Fustero Fernández MV, Arbus San Miguel D

#### OBJETIVOS

Evaluar la atención al paciente diabético para mejorar el control metabólico y disminuir las complicaciones y la morbimortalidad de la diabetes tipo 2.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal en la población diabética tipo II del Centro de Salud de Cariñena, durante un periodo de diez años y haciendo reevaluaciones cada dos años. Evaluación en junio del 2000 n=107; 2002, n=115; 2003, n=116; 2006, n=115; 2008, n=114; 2010, n=100. Fuente de datos: registro informatizado de patologías crónicas e historias clínicas. Muestra: aleatoria, en cada evaluación para un error  $\alpha=0,05\%$ . Variables estudiadas: sexo, edad y años de evolución, TA, fondo de ojo (FO), hábito tabáquico, estado ponderal, colesterol total, HDL y LDL, triglicéridos, HbA1c, microalbuminuria, examen de pies y educación sanitaria.

#### RESULTADOS

Estaban dentro del rango de buen control, las variables siguientes: año 2000 TA 41,12%, LDL 4,7%, HbA1c 28,04, registro de microalbuminuria 25,33% y FO 39,25%; año 2008 TA 70,17%, LDL

42,10%, HbA1c 50,80%, registro de microalbuminuria 68,42% y FO 57,00%; año 2010 TA 65%, LDL 41%, HbA1c 46,00%, registro de microalbuminuria 74,00% y FO 78,00%.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Se detectan las áreas de mejora, se trata de corregir las variables susceptibles de mejora. Se observa que la mejora de algunas variables es escasa; en otras se mejora de forma importante. La inercia terapéutica sigue estando presente en los profesionales sanitarios y, como dice el tango, veinte años no es nada, pero en diabetes puede ser un riesgo importante. Politicos y gerentes deben impulsar también los otros pilares de tratamiento: dieta, ejercicio físico y talleres a pacientes.

#### 005-O

### Una diarrea de causa poco clara

Tobajas Calvo J, Guardia Urtubia J, Cabrera Alonso Y, Martínez Cámara Y, Forcada Huguet I, Morlanes Lancis R

#### INTRODUCCIÓN

La alteración del ritmo intestinal siempre nos hace sospechar procesos tumorales, aunque en la mayoría de las ocasiones la causa suele ser infecciosa. Por este motivo siempre debemos llegar al diagnóstico correcto para evitar sorpresas poco agradables que suelen implicar mal pronóstico.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 45 años que refiere alteración del ritmo intestinal desde hace 4 meses, sin fiebre, sin dolor, sin productos patológicos y que cede con dieta astringente. Discreta pérdida de peso. Toma de forma habitual AINE por dolores osteomusculares. La exploración física es normal. Analítica normal salvo leve elevación de gastrina. Colonoscopia normal. En la ecografía se aprecia una masa hepática de 7 cm hipervascular en el segmento V. Se realiza RMN con contraste para completar, que no aporta ningún dato concluyente. Se realiza gammagrafía con octeótrido que sólo capta la lesión hepática. Ecoendoscopia sin hallazgos. Al final se decide la resección de la lesión como mejor opción para el diagnóstico y como juicio clínico se informa de Síndrome de Zollinger-Ellison con metástasis única hepática pendiente de búsqueda de tumor primario.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En este paciente se barajó como diagnóstico diferencial hemangioma atípico, adenoma, hiperplasia nodular focal y hepatocarcinoma sobre hígado sano. Se decidió la hepatectomía derecha y el informe de biopsia concretó la presencia de un tumor anficirino, que es extremadamente raro, con doble diferenciación hacia epitelio mucosecretor y neuroendocrino. Además hay que descartar que sea una metástasis de un tumor de intestino delgado (apéndice), o que sea primario de hígado. En este caso sugiere una buena evolución por ser un tumor de bajo grado y sin mitosis. De momento el paciente presenta una buena evolución y no se ha localizado ningún tumor primario.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabra-clave: "hepatic tumor". 1.- Endocrine tumors of appendix. Arch Patol Lab Med 2010;134. 2.- Amphincrine carcinoma of liver. Ann Diagn Pathol 2010. 3.- Primary hepatic signet ring cell neuroendocrine tumor: a case report with literature review. Semin Liver Dis 2010;30:422-8.

#### 006-C

### Megauréter obstructivo primario en paciente de 18 años

Guardia Urtubia J, Tobajas Calvo J, Cabrera Alonso Y, Martínez Cámara Y, Morlanes Lancis R, Forcada Huguet I

#### INTRODUCCIÓN

El megauréter obstructivo primario es una dilatación ureteral debida a una obstrucción funcional por alteración del peristaltismo distal del uréter. Tiene una incidencia de 1/10000 nacidos vivos. Predomina en varones y en lado izquierdo. Su diagnóstico en la edad adulta es excepcional.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 18 años de edad, sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos. Consulta por dolor abdominal localizado en hemiabdomen izquierdo, de una semana de evolución, acompañado de sensación nauseosa y ausencia de deposición desde el inicio. A la exploración física destaca TA 162/118 y dolor a la palpación en vacío izquierdo; radiografía de abdomen normal; en la analítica se observa insuficiencia renal leve. Se realiza ecografía abdominal que evidencia ureterohidronefrosis grado IV, con cambio brusco de calibre en uréter distal aunque sin identificar la causa. Posteriormente se realiza escáner y ureteropielografía retrógrada que confirman el diagnóstico de megauréter obstructivo primario. Se coloca catéter ureteral doble J izquierdo; a las tres semanas se constata reducción del grado de hidronefrosis a II/IV y normalización de las cifras de TA y creatinina.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En el caso de megauréter obstructivo primario con deterioro de la función renal está indicada la derivación interna con catéteres doble J. Es un procedimiento mínimamente invasivo que asegura el flujo a través de la unión urétero-vesical descomprimiendo el sistema y preservando la función renal. Es un paso previo a una reconstrucción vesical en el futuro. Algunos autores realizan una derivación externa mediante nefrostomía o ureterostomía. La evolución de un megauréter es dinámica e individual. En nuestro paciente se programó la realización de una ureteroneocistostomía tres meses más tarde. En la actualidad está asintomático.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "megauréter", "megauréter obstructivo primario", "catéter doble J". 1.- Valle González N, Amo García A,

Castroviejo Royo y Martínez-Sagarra Oceja JM. Megauréter primario con obstrucción. Arch Esp Urol 2007;60:1141-2. 2.- Cabezalí Barbancho D, Gómez Fraile A, Tejedor Sánchez R, López Díaz M, Martínez Fernández M, et al. ¿Es útil el manejo inicial del megauréter primario con catéteres doble J? Cir Pediatr 2008;21:32-6.

## 007-C

### Toxoplasmosis cerebral en paciente con enfermedad VIH

Clemos Matamoros S, Martínez Hernández M, Merino Muñoz M, Pérez Feito D, Laudo Tesán FJ, Pérez Pejenaute F

#### INTRODUCCIÓN

Entre 30 y 60% de los pacientes VIH positivos presentan algún trastorno neurológico a lo largo de la evolución de la enfermedad; la encefalitis toxoplasmática es la causa más frecuente de la infección del SNC, fundamentalmente por una reactivación de una infección latente previa.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 42 años que consulta por cuadro de fiebre diaria, cefalea fronto-parietal bilateral así como anorexia, náuseas y vómitos de unos 20 días de evolución. Desorientación ocasional y labilidad emocional asociada. Como antecedentes relata vida sexual activa y promiscua, así como padecimiento de infecciones respiratorias (neumonías) frecuentes durante el último año. Exploración: TA 100/70, taquicardia y taquipnea, febrícula; estado consciente y orientado aunque algo somnoliento; pérdida parcial de memoria reciente y tendencia al llanto durante la exploración; adenopatías laterocervicales bilaterales, no adheridas y no dolorosas; auscultación pulmonar: ventilación normal, con roncus dispersos; auscultación cardíaca: rítmica sin soplos; abdomen anodino, no puntos dolorosos ni megalias. neurológicamente no presenta signos de focalidad, con fuerza y sensibilidad conservada.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se remite al paciente a Urgencias. Allí se realiza TC craneal: atrofia difusa en ambos hemisferios, imagen nodular hipodensa en cuyo centro presenta imagen hiperdensa redonda en ganglios basales derechos con compresión de asta frontal de ventrículo lateral derecho. Se solicita analítica con serologías variadas ante la sospecha radiológica de toxoplasmosis: positividad a anticuerpos anti-VIH y recuento de CD4 inferior a 75 cel/mm<sup>3</sup>, positividad para IgG anti-toxoplasma. Se inicia tratamiento con pirimetamina y sulfadiazina vía IV y con corticoides para profilaxis de posible herniación cerebral por efecto de masa del edema. Evolución tórpida con exitus final a causa de la encefalitis.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras clave: "opportunistic infections in HIV-infected". 1.- Jones JL, Kruszon-Moran D, Sanders-Lewis K, Wilson M. Toxoplasma gondii infection in the United States, 1999-2004, decline from the prior decade. Am J Trop Med Hyg 2007;77:405-10. 2.- Remington

JS. Toxoplasmosis in the adult. Bull NY Acad Med 1974;50:211-27. 3.- Luft BJ, Remington JS. Toxoplasmic encephalitis in AIDS. Clin Infect Dis 1992;15:211-22.

## OIO-C

### Disminución aguda de la agudeza visual unilateral

López Marina V, Rama Martínez T, Alcolea García R, Pizarro Romero G, Costa Bardaji N, Valle Calvet M

#### INTRODUCCIÓN

La neuritis óptica (NO) es la inflamación del nervio óptico, cuya etiología puede ser desconocida o secundaria a otras patologías (esclerosis múltiple, infecciones, patologías autoinmunes...). Presentamos el caso de una NO aguda unilateral secundaria a esclerosis múltiple (EM).

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 31 años que acude por pérdida de visión brusca unilateral izquierda y dolor al mover el ojo. Se deriva a Urgencias de hospital de referencia para evaluación. Exploración física normal. Fondo de ojo compatible con NO izquierda. Analítica normal. Resonancia Magnética Cerebral (RM): múltiples lesiones en sustancia blanca cerebral de características desmielinizantes en T2, en T1 tras la administración de contraste se identifica una de esas lesiones como zona hiperintensa y otras se observan como hipointensas. Análisis del líquido céfalo-raquídeo (LCR): aumento de proteínas totales y de gammaglobulina IgG y presencia de bandas oligoclonales. Se orienta como brote agudo inicial de EM, se pautan corticoides endovenosos para el brote agudo, con buena evolución clínica, e interferón Beta (IFNB-1b) de mantenimiento. Tras 2 años, la paciente está asintomática.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La NO de etiología desconocida tiene buen pronóstico, pero la secundaria a EM y otras causas lo tiene malo. La EM es más frecuente en mujeres jóvenes (20-40 años); es la primera causa de enfermedad inflamatoria del sistema nervioso central. En su etiología se ha postulado el clima, dieta, geomagnetismo, toxinas, luz solar, factores genéticos e infecciones. La clínica es variada (síntomas neurológicos, cognitivos y emocionales), con 4 tipos evolutivos (benigna, con recaídas y remisiones, progresiva secundaria y progresiva primaria). El diagnóstico se basa en la clínica, RM, LCR, electroneurografía... El tratamiento es a base de corticoides, interferón, copaxone, mitoxantrone y natalizumab.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "neuritis optic and sclerosis multiple". 1.- Swanton JK, Fernando KT, Dalton CM, Miskiel KA, Altmann DR, Plant GT, et al. Early MRI in optic neuritis: the risk for clinically definite multiple sclerosis. Mult Scler 2010;16:156-65. 2.- Roodhooft JM. Ocular problems in early stages of multiple sclerosis. Bull Soc Belge Ophtalmol 2009;313:65-8. 3.- Shams PN, Plant GT. Optic neuritis: a review. Int MS J 2009;16:82-9.

## OII-C

### Tos seca prolongada

López Marina V, Pizarro Romero G, Alcolea García R, Rama Martínez T, Costa Bardají N, Valle Calvet M

#### INTRODUCCIÓN

La tos seca es uno de los síntomas más frecuentes de la sarcoidosis, enfermedad granulomatosa multisistémica de carácter autoinmune. Presentamos el caso de una sarcoidosis con afectación cutánea, músculo-esquelética y en los ganglios linfáticos hiliares.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 26 años con tos seca desde hace un mes y erupción máculo-papular en pierna derecha y artritis de tobillo derecho desde hace 2 días. PPD negativo. Analítica: Hb 11,2, VCM 89, HCM 31, 108.000 plaquetas, VSG 32, PCR 5,12, enzima convertidora de angiotensina (ECA) 120 mcg/l. Radiografía de tórax: adenopatías hiliares bilaterales. Con la sospecha de sarcoidosis se deriva a consultas externas de medicina interna. Tomografía de tórax: adenopatías hiliares bilaterales, sin afectación pulmonar. Analítica: persistencia de anemia y trombopenia, VSG 41, PCR 4,87, ECA 125 microgr/l, serologías (VIH, lúes, hepatitis y mononucleosis) negativas. Espirometría normal. Electrocardiograma normal. Biopsia cutánea: histiocitos epiteloides y linfocitos agrupados en granulomas sin necrosis central. Confirmada la sarcoidosis se trata con prednisona durante 12 meses y tras 3 años la paciente está asintomática.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Su etiología es desconocida; se trata muy probablemente de una respuesta inmunitaria a la exposición de factores ambientales en sujetos genéticamente predispuestos. Es más frecuente en mujeres, a los 20-40 años, y en la raza negra. Puede cursar asintomática o polisintomática, dependiendo de los órganos afectados: pulmón (>90%), ganglios linfáticos (75-90%), piel (30%), ojo (25%), hígado (20%), médula ósea y bazo (10%), sistema músculo-esquelético (5%)... El diagnóstico es clínico, radiológico y con presencia de granulomas no caseificantes en la biopsia. Suele tener buen pronóstico. El tratamiento de primera línea son los corticoides; en casos graves se usan citotóxicos e inmunomoduladores.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "sarcoidosis, diagnosis, treatment". 1.- Avital M, Hadas-Halpern I, Deeb M, Izbicki G. Radiological findings in sarcoidosis. *Isr Med Assoc J* 2008;10:572-4. 2.- Abu-Hilal M, Krotva J, Chichierchio L, Obeidat N, Madanat M. Dermatologic aspects and cutaneous manifestations of sarcoidosis. *G Ital Dermatol Venereol* 2010;145:733-45. 3.- Hoang DQ, Nguyen ET. Sarcoidosis. *Semin Roentgenol* 2010;45:36-42.

## OI2-O

### ¿Sabemos cuándo tenemos que pedir un electromiograma?

Tomás Lachos M, Herranz Fernández M, Carmona Segado JM, Jiménez Paredes FJ, Iglesias Molina M, Martí Martínez MC

#### OBJETIVOS

Valorar la calidad clínica de las derivaciones y adecuada indicación de los electromiogramas como prueba diagnóstica en atención primaria.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y transversal de las 379 derivaciones de electromiogramas solicitadas en los Centros de Atención Primaria en el período comprendido entre enero y mayo del 2010 que llegan al hospital de referencia. Como criterios de indicación adecuada se considera: afectación motora, sensitiva y/o presencia de atrofia muscular. Como criterios de calidad de la petición se considera tiempo de evolución de los síntomas y prioridad con la que se solicita la prueba.

#### RESULTADOS

De las 379 derivaciones evaluadas, en 78,09% de las mismas constaba algún criterio de indicación adecuada (91,3% afectación sensitiva, 15,6% afectación motora y 5% atrofia muscular). En 6,6% de las derivaciones no constaba ningún criterio de indicación de la prueba, en 79,2% constaba un criterio y en 14,2% dos. El 74,9% de las derivaciones se solicita de modo ordinario y el 5,5% de manera urgente. En 71,5% de las derivaciones no constaba el tiempo de evolución de los síntomas.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El porcentaje de derivaciones de electromiogramas que tienen criterios de indicación adecuada es aceptable. Hay que incidir en la necesidad de adecuada cumplimentación de las derivaciones en cuanto a duración de los síntomas guía.

## OI3-O

### ¿Hemos cambiado en el seguimiento de nuestros pacientes hipercolesterolémicos? Una visión seis años después

López de Viñaspre Muguerza A, Ibars Cervera MJ, Iturralde Irujo J, Pérez Urrutia E, López de Uralde Pérez de Albéniz E, Esparza Otero T

#### OBJETIVOS

Comprobar cómo tenemos controlada a nuestra población hipercolesterolémica en 2010 en relación con los resultados de 2005.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un centro de salud urbano que atiende a una población de

20.000 habitantes mayores de 14 años. El corte para realizar el estudio se hace a principios de septiembre de 2005 y octubre de 2010. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

## RESULTADOS

Son resultados recogidos de la historia clínica informatizada. Cribado de colesterol en personas mayores de 35 años ha pasado de 27,75% en 2005 a 41,28% en 2010. La prevalencia de hipercolesterolemia conocida en nuestro centro ha pasado de 9,1% a 12,39%. Estudio analítico realizado en el último año ha pasado de 49,11% a 65,40%. Control periódico de toma de tensión arterial, registro de índice de masa corporal, consejos de dieta, ejercicio y toma de medicación si es necesaria, han pasado de 37,79% a 61,27%. Buen control de las cifras de colesterol ha pasado de 32,06 % al 38,93%.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Gracias al programa OSABIDE sabemos en todo momento el control de nuestra población hipercolesterolémica. Hay que tener en cuenta el sesgo que puede suponer no registrar bien los resultados en los formularios diseñados para tal fin. Aunque hemos mejorado con respecto al año 2005 fundamentalmente en el control periódico, seguimos con poca población con el colesterol bien controlado, a pesar de que disponemos fármacos efectivos.

### O14-O

## Utilidad del genograma en la consulta de atención primaria: la experiencia de cinco años

González Roa G

## OBJETIVOS

Analizar la utilidad del genograma informatizado como parte de la historia clínica de salud digital en un cupo de Medicina de Familia tras un período de cinco años de realización sistemática con la aplicación informática DIRAYA.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo sobre el total de historias clínicas informatizadas con genograma realizado, en un cupo de Medicina de Familia con 1.400 personas adscritas. Estudio realizado en Centro de Salud semiurbano con población total adscrita de 20.000 personas.

## RESULTADOS

La realización sistemática del genograma ha permitido identificar 4 casos de acumulación familiar de cáncer de mama, 2 casos de acumulación familiar de otros tumores malignos, 5 casos de transmisión de talasemia menor, 7 casos de hipercolesterolemia familiar heterocigótica, 16 casos de familia disfuncional con alto riesgo social, 1 caso de retraso mental por síndrome de cromosoma X frágil.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La realización sistemática del genograma como parte integrante de la historia familiar de atención primaria constituye una herramienta útil en el abordaje de la atención integral del paciente. Debe potenciarse su utilización en el marco de la aplicación informática utilizada para la historia clínica de salud.

### O16-C

## Neumonitis pulmonar secundaria a quimioterapia

Clemos Matamoros S, Pérez Feito D, Martínez Hernández M, Sanz Gálvez M, Laudo Tesán FJ, Pérez Pejenaute F

## INTRODUCCIÓN

Varón 52 años, con antecedentes de leucemia linfocítica T con expresión periférica, infiltración medular masiva y fibrosis asociada. en tratamiento quimioterápico con doxorubicina, vincristina, prednisona y ciclofosfamida. Se añade al tratamiento alentuzumab® (antiCD52) ante la falta de remisión completa.

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

A los 15 días consulta con su médico de atención primaria (AP) por disnea, tos con expectoración blanquecina, fiebre y malestar general. Exploración: piel grisácea, caquexia, fiebre de 39°, de presentación diaria, sudoración profusa y taquipnea; TA 135/85, FC 103 lpm, FR 46 rpm; auscultación pulmonar: hipoventilación con roncus y sibilantes en ambos campos, no crepitantes en bases; auscultación cardíaca: taquicardia rítmica; no edemas en miembros inferiores, pulsos distales palpables y simétricos; no signos de trombosis venosa profunda; gasometría: PO2 60, PCO2 36, Saturación de O2 92%. Se inició desde AP tratamiento con corticoides orales y salbutamol en aerosol. Radiografía de tórax: infiltrados intersticiales bilaterales. Ante los datos descritos remitimos al paciente al Hospital para valoración por Medicina Interna.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

A su llegada y a la vista de la radiografía, solicitan TAC torácica: patrón en vidrio deslustrado. Es ingresado en planta para estudio causal. Serologías y estudios en sangre para citomegalovirus positivos (negativos en último control hace 2 años) en señal de seroconversión; adenovirus en orina semanales (-). Se inicia tratamiento sintomático con levofloxacino 500 mg/12 horas, ganciclovir 5 mg/Kg/12 horas e IgG inespecífica endovenosa. Mejoría lenta, pero consistente. Oligosintomático al alta. Como profilaxis al paciente se le pautó tratamiento domiciliario con valganciclovir oral e IgG semanal.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "cytomegalovirus". 1.- Cunha BA. Cytomegalovirus pneumonia: community-acquired pneumonia in immunocompetent hosts. Infect Dis Clin North Am 2010;24:147-58. 2.- Rubin RH. The indirect effects of cytomegalovirus infection on the outcome of organ transplantation JAMA 1989;261:3607-9. 3. Cunha BA, Gouzhva O,

Nausheen S. Severe cytomegalovirus community-acquired pneumonia precipitating a systemic lupus erythematosus flare. *Heart Lung* 2009;38:249-52.

## O17-O

### Eficacia de talleres para el manejo de inhaladores en pacientes con EPOC y asma

Matesanz Boix MA, Aparicio Tercero AB, Gil Jordán N, Martín Echevarría E

#### OBJETIVOS

Valorar el correcto uso de los inhaladores y si la información escrita y los talleres prácticos suponen una mejora en su utilización y en la calidad de vida del paciente; valorar la repercusión espirométrica.

#### METODOLOGÍA

Estudio prospectivo realizado entre Junio y Septiembre de 2009 con todos los pacientes en tratamiento con inhaladores de la Zona Básica de Salud de Molina de Aragón. Se aleatorizaron en 3 grupos: control, información escrita y taller práctico. En todos los grupos se evaluó mediante cuestionario la historia clínica basal, el uso de medicación inhalada, la calidad de vida/satisfacción y se realizó espirometría forzada de control. A los 3 meses se realizó una nueva revisión de los 3 grupos de iguales características que la basal y se analizaron los cambios obtenidos según la intervención educativa realizada. El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS 15.0.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 43 pacientes. Mediana de edad 76 años (IIQ 67-79), varones 74,4%. El 32,6% estaba jubilado y el 11,6% tenían estudios superiores. El tratamiento es de doble y triple terapia y únicamente 4 pacientes tomaban corticoides inhalados. No hubo ninguna agudización durante el estudio. Analizando a todos los pacientes se objetiva una disminución en el número de errores en la administración de los inhaladores: se pasa de 2,28 a 0,84 en el cuestionario SEPAR de 7 pasos ( $p < 0,0001$ ), sin cambios espirométricos significativos. Grupo 1: diferencia de errores en inhaladores pasa de 2,45 a 1,64 ( $p = 0,04$ ); grupo 2: diferencia de errores en inhaladores pasa de 2,06 a 0,25 ( $p < 0,0001$ ); grupo 3: diferencia de errores en inhaladores pasa de 2,38 a 0,88 ( $p < 0,0001$ ). El índice de satisfacción en el Grupo 3 fue 9/10 muy superior al de los otros grupos (4/10 y 5/10, respectivamente,  $p < 0,0001$ ).

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La información escrita sobre el correcto uso de inhaladores mejora el cumplimiento. Los talleres prácticos mejoran además la calidad de vida del paciente, pero se objetiva que no es necesaria la realización de espirometrías seriadas en su seguimiento. Enseñar el uso correcto del inhalador sería una forma eficaz de ayudar al paciente a controlar la enfermedad, facilitar su tratamiento global y mejorar su calidad de vida. Se debe implementar la realización de talleres de manejo de inhaladores.

## O18-C

### Sarcoma de Kaposi secundario a inmunoterapia

Clemons Matamoros S, Martínez Hernández M, Pérez Feito D, Sanz Gálvez M, Mendo Giner LJ, Laudo Tesán FJ

#### INTRODUCCIÓN

Se ha observado un mayor riesgo de desarrollar sarcoma de Kaposi (SK) en pacientes con terapia inmunosupresora. Esta forma clínica se denomina SK iatrogénico. Presentamos un caso de dicha patología en paciente tratado con corticoides por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 76 años con antecedentes de EPOC en tratamiento con dosis bajas de prednisona de mantenimiento desde hace un año. Acude a consulta por haber observado la aparición de "manchas" rojas en piernas y pies; no había tenido fiebre; no antecedente traumático previo; no otra sintomatología asociada. Buen estado general, constantes vitales normales, TA 150/90, pulso 86, temperatura axilar 36,6°C; auscultación cardiaca y pulmonar dentro de la normalidad; en extremidades inferiores se observan nódulos y placas en dorso, dedos y plantas de los pies, así como en piernas hasta tercio medio tibial bilateralmente; coloración amarillenta de bordes libres de las uñas con hiperqueratosis; pulsos femorales y pedios palpables y simétricos; no lesiones en resto del cuerpo; no afectación de mucosas.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se remite al paciente a Dermatología, donde se recoge muestra de una de las lesiones para biopsia así como extracción de analítica para realizar serologías. La biopsia confirmó el diagnóstico de SK. La serología para sífilis y para VIH fueron negativas. No fue posible realizar serología para virus herpes 8. Resto de analítica normal, con VSG de 55 mm/hora. Se redujo la dosis de prednisona y se inició tratamiento con alfa-interferón recombinante segunda vía intramuscular, 3 veces por semana durante 8 semanas. Las lesiones disminuyeron hasta casi desaparecer. El paciente permanece sin lesiones en la actualidad.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "Kaposi's sarcoma". 1.- Ronchese F. Kaposi's sarcoma; an overlooked essay of 1882. *AMA Arch Derm* 1958;77:542-5. 2.- Schiavo AL, Ruocco V, Marino F, Ferraiolo S, Pinto F, Orlando G, Tommaso de Amicis, Augusto Ducrey, Lodovico Tommasi: three Neapolitan stars in the dermatovenereology firmament. *Int J Dermatol* 1996;35:57-62. 3.- Khan MY, Khanman H, Koneru B, Schwartz RA. Kaposi's sarcoma in a liver transplant series. *J Med* 2000;30:185-90.

## O19-O

Prevención secundaria después de un síndrome coronario agudo en atención primaria: registro multicéntrico RIA-SCA

Bacariza Piñón F, Sáenz Castro R, Somoza A, Salgado Conde JL, Tato Fontañina M, Cobas Pacín P.

## OBJETIVOS

Conocer el grado de cumplimiento de los objetivos en prevención secundaria en una población con cardiopatía isquémica estable, con historia de al menos un ingreso hospitalario por síndrome coronario agudo.

## METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo realizado por 30 médicos de familia en 9 centros de salud de un área sanitaria de la provincia de Pontevedra. El protocolo consensado con el Servicio de Cardiología de referencia incluye un seguimiento sistemático con el especialista sólo durante los primeros meses tras un ingreso por infarto o angina inestable. Se recogió la información clínica mediante revisión de la historia electrónica y análisis sanguíneos obtenidos en los últimos 6 meses. Se incluyeron todos los pacientes de cada cupo con diagnóstico previo de infarto de miocardio, con o sin elevación del ST, que ya habían pasado el primer año de seguimiento en Cardiología.

## RESULTADOS

Se incluyeron 263 pacientes. La edad media era de  $68,1 \pm 12,8$  años y 47 (18%) eran mujeres, con antecedentes de hipertensión en 62%, diabetes 27%, dislipemia 76% e historia de tabaquismo 65%. La función sistólica estaba deprimida ( $FEV1 < 50\%$ ) en 16% y 10% tenía historia de fibrilación auricular. La clase funcional NYHA era I-II en 91% de los casos y 83% no tenían angina en el seguimiento. El tratamiento farmacológico incluía antiagregación en 88%, dicumarínico en 9,5%, betabloqueante en 62% y una estatina en 90% de los pacientes. Objetivos terapéuticos: fumadores activos 14% y hacían ejercicio regular 33%; 89% con PA sistólica  $< 140$  mm Hg y 66% con un LDL-col  $< 100$  mg/dl. Analizados en conjunto PA sistólica, LDL-col y abstención de tabaco, 75 pacientes (28,5%) tenían un control aceptable de estos tres factores de riesgo.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

En una cohorte de individuos con cardiopatía isquémica demostrada en seguimiento por médicos de atención primaria, menos de la tercera parte tienen adecuadamente controlados los factores de riesgo vascular según los objetivos terapéuticos recomendados. Por otro lado, la mayoría está correctamente tratada con antitrombóticos y estatinas, con una tasa similar a la de otras series en cuanto a utilización de betabloqueantes.

## O20-O

### Relación entre asistencia a guardería de niños de 0-24 meses e hiperfrecuentación a consultas de pediatría y percentiles ponderales

Borrás Calvo A, Mourelle Varela R, Martín Correa E, Molina Guasch C

## OBJETIVOS

Determinar la diferencia de frecuentación a consultas de pediatría, así como de ganancia ponderal, de niños entre 0-24 meses en

función de su asistencia o no a guardería durante el último año.

## METODOLOGÍA

Estudio observacional transversal de prevalencia. Realizado en centro de atención primaria de la periferia de Madrid, con una población asignada de 3.000 pacientes. Participaron niños de 0-24 meses que habían acudido a consultas de pediatría en el último año.

## RESULTADOS

Se midieron las variables frecuentación y percentiles de peso, accedimos a las revisiones del programa del niño sano con edades comprendidas entre 0-24 meses, dividimos la muestra en tres grupos de edad, la primera de 0-8 meses, la segunda de 9-17 meses y la tercera de 18-24 meses. Dentro de cada grupo obtuvimos 75 niños que habían asistido a la guardería y 75 que no habían asistido a guardería. Comparamos las variables frecuentación y percentiles de peso de cada niño. Se observa una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,011$ ) en la relación entre frecuentación y asistencia a guardería, y no significativa ( $p=0,08$ ) entre percentiles de peso y asistencia a guardería; sería recomendable aumentar la muestra para conseguir una diferencia significativa. En el grupo de 0-8 meses es donde se observa la mayor diferencia.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los niños que habían asistido a guardería presentan mayor frecuentación a consultas así como unos percentiles de peso más bajos.

## O21-O

### Antiagregación en pacientes diagnosticados de arteriopatía periférica

Martín Correa E, Mourelle Varela R, Molina Guasch C, Borrás Calvo A, Llorens Vercher R, Sierra Rodríguez V

## OBJETIVOS

Conocer la adecuación del tratamiento con antiagregantes en pacientes diagnosticados de arteriopatía periférica (AP) utilizando como referencia el estándar de calidad asistencial (EQA) fijado por el ICS.

## METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo, transversal. Pacientes asignados al ABS4 de Santa Coloma de Gramanet, población urbana de Cataluña. Revisión sistemática de diagnóstico de AP siguiendo la clasificación CIE10 en la base informática E-CAP. Se registraron como variables la existencia de patologías que condicionen tratamiento antiagregante (diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular y accidente cerebrovascular) y la prescripción de antiagregación.

## RESULTADOS

El número de pacientes diagnosticados de AP según la base informática ECAP fue de 175 sobre la población asignada al ABS (25.012 personas, 0,7%). Del total de pacientes con AP, 67 (38,3%) no presentaban otros diagnósticos que justificasen la antiagregación. De éstos, 49 (72,7%) presentaban correcta antiagregación y 18 (27%) carecían de tratamiento antiagregante. Se encontraron 108 pacientes con AP y diagnósticos que obligaban a antiagregación (61,7%). De ellos, 88 (81,5%) presentaban una correcta antiagregación, mientras que en 20 ésta no había sido ésta prescrita (18,5%).

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La prevalencia de AP fue de 0,7%. Se observa un infradiagnóstico (prevalencia estimada de 4-5%). La implementación de tratamiento antiagregante se consideró correcta según los valores del EQA. Se observó que el hecho de presentar diagnóstico que obligase a antiagregación se asociaba a un ligero aumento de recibir tratamiento antiagregante (45%), si bien esta posibilidad no es estadísticamente significativa.

### 024-0

## Causas de deterioro cognitivo en nuestros mayores

Tomás Lachos M, Herranz Fernández M, Carmona Segado JM, Martí Martínez MC, Perallón Solans N, Romero Arasanz E

## OBJETIVOS

Conocer las causas de deterioro cognitivo en mayores de 65 años atendidos durante un año en una consulta de atención primaria.

## METODOLOGÍA

Estudio longitudinal descriptivo de base poblacional. Se incluyen mayores de 65 años a los que se detecta deterioro cognitivo mediante el test de Pfeiffer (mayor o igual a 4). Se excluyen pacientes institucionalizados. Recogida y análisis de variables como edad, sexo, diagnóstico definitivo y puntuación de los tests psicométricos de Pfeiffer y Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC).

## RESULTADOS

Pacientes mayores de 65 años adscritos al cupo: 365. Durante este año se detectaron 8 casos nuevos de deterioro cognitivo (incidencia de 2,2%), con edad media de 79,6 años y relación mujer/hombre de 7:1. La puntuación media de los tests sugiere deterioro cognitivo moderado: Pfeiffer=5,5 (DE 0,5) y MEC=19,2 (DE 2,6). De los 8 casos de deterioro cognitivo 50% de ellos se diagnosticaron de demencia (2 demencia tipo Alzheimer, 1 demencia vascular y 1 demencia de cuerpos de

Lewy); 2 de ellos (25%) de depresión; en un caso se encontró déficit de vitamina B12 (12,5%) y a otro se le descubrió un tumor cerebral.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La incidencia de deterioro cognitivo en un año resultó ser de 2,2%. En un 50% se diagnosticó demencia, y de ellos la mitad fue de tipo Alzheimer. Existen múltiples causas de deterioro cognitivo en el anciano, algunas reversibles; por eso es importante que el médico de atención primaria lo diagnostique precozmente.

### 025-C

## El culto al cuerpo y la medicina de familia

Omella Ramo S, Caballero del Pozo M

## INTRODUCCIÓN

Desconocimiento por parte del médico de familia de las sustancias empleadas por deportistas no profesionales en gimnasios y demás centros deportivos como suplementos dietéticos. Posibles efectos secundarios o alteraciones analíticas que éstos pueden producir, en especial la creatina.

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 26 años que consulta por astenia y dolores musculares de unas semanas de evolución. Sin fiebre ni sintomatología infecciosa. No refiere consumo de fármacos y niega tóxicos. Sin antecedentes patológicos de interés. Exploración física: afebril, buen estado general; auscultación cardiorrespiratoria normal; abdomen normal; dolor muscular leve a la palpación en gemelos y bíceps. Analítica: AST 56 y CK 913; resto normal. Pruebas complementarias analíticas: PCR y VSG normales y serologías para mononucleosis infecciosa y hepatitis A, B y C negativas. Al reinterrogar al paciente en nueva visita, informa de que toma creatina y batidos hiperproteicos. Aconsejamos interrumpir el consumo de creatina y suplementos y solicitamos nueva analítica en el plazo de un mes; ésta resultó completamente normal y el paciente se halló asintomático.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Ante determinadas alteraciones analíticas o síntomas físicos sin origen claro en paciente sano no deberíamos olvidar interrogar acerca del consumo de suplementos dietéticos en la práctica deportiva, ya que en muchas ocasiones no es considerado por el paciente (ni tampoco por el médico) como un fármaco, tóxico o sustancia que pueda afectar a su salud. Desaconsejaremos su consumo a pacientes con función renal comprometida (diabéticos, hipertensos, antecedentes de enfermedad renal...) por el potencial efecto nocivo. También deberíamos recalcar a los pacientes que respeten las dosis y el tiempo aconsejado, así como la conveniencia de realizar analíticas periódicas en consumidores a largo plazo.

**BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO  
PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

Palabras-clave: "creatine", "supplementation", "side effects", "safe", "renal dysfunction", "exercise". 1.- Bizzarini E, De Angelis I. Is the use of oral creatine supplementation safe? J Sports Med Fitness 2004;44:411-6. 2.- Cancela P, Ohanian C, Cuitiño E, et al. Creatinine supplementation does not affect clinical health markers in football players. Br J Sports Med 2008;42:731-73.

**028-0**

**Tras seis años de seguimiento de nuestros  
pacientes asmáticos, ¿hemos mejorado?**

Roldán Marrodán A, Iturralde Iriso J, López de Viñaspre Mugerza I, Alcalde Lozano A, Barrios Núñez B, Mendaza de la Hoz J

**OBJETIVOS**

Comprobar cómo tenemos controlada a nuestra población asmática en 2010 en relación con los resultados de 2005.

**METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asmáticos de 20 a 44 años asignados a un centro de salud urbano que atiende a una población de 20.000 habitantes mayores de 14 años. El corte para realizar el estudio se hace a principios de septiembre del 2005 y octubre del 2010. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

**RESULTADOS**

Son resultados recogidos de la historia clínica informatizada. Hay un formulario creado para tal fin. Lo que se anota fuera de estos formularios no se recoge como realizado. La prevalencia conocida de asma en población adscrita al centro de 20 a 44 años ha pasado de 1,78% a 3,29%. Se ha valorado el tipo de asma según la gravedad, que pasa de 18,47% a 47,83%. El flujo espiratorio máximo pasa de estar registrado en 15,38% a 40,98%. La realización y registro de espirometría en la historia pasa de 4,67% a 37,46%. El registro en la historia clínica acerca de educación en técnicas de inhalación pasa de 17,41% al 47,32%.

**COMENTARIO Y CONCLUSIONES**

Gracias al programa OSABIDE sabemos en todo momento el control de nuestra población asmática. Hay que tener en cuenta el sesgo que puede suponer no registrar bien los resultados en los formularios diseñados para tal fin. Aunque hemos mejorado en los últimos años, aún estamos lejos de cifras satisfactorias, por lo que debemos mejorar el registro y seguimiento de estos pacientes.

**029-0**

**Resultados de un programa  
de deshabituación tabáquica grupal  
en un centro de salud tras un año  
de seguimiento**

Priede Díaz MI, Pellico López MA, Melgosa Moreno MS, Toribio González C, Galnares García E, Villegas García S

**OBJETIVOS**

Exponemos nuestra experiencia a lo largo de 14 meses haciendo deshabituación tabáquica grupal en un Centro de Salud y los resultados al cabo de un año de seguimiento.

**METODOLOGÍA**

Mediante un estudio retrospectivo describimos la intervención de deshabituación tabáquica grupal llevada a cabo en el Centro de Salud Dobra de Torrelavega, desde Mayo de 2007 a Julio de 2008, y sus resultados en cuanto a abstinencia al cabo de 2, 6 y 12 meses de seguimiento.

**RESULTADOS**

Desde Mayo de 2007 a Julio de 2008 se llevaron a cabo 6 intervenciones de deshabituación tabáquica en grupo, atendiendo a un total de 90 pacientes. Consistía en una intervención multicomponente, que combinaba técnicas fundamentalmente conductuales y tratamiento farmacológico y que se estructuraba en 4 sesiones semanales, una quinta sesión al cabo de un mes y seguimientos telefónicos a los 2, 6 y 12 meses. De los 90 participantes, completaron la intervención 80% (72), de los que 58% (53) se mantenían abstinentes al cabo de 2 meses, 46% (42) a los 6 meses y pasaban a considerarse exfumadores por estar un año sin fumar 35% (32).

**COMENTARIO Y CONCLUSIONES**

La bibliografía consultada habla de una eficacia de los programas multicomponente de hasta 40% de pacientes participantes abstinentes al cabo de un año de dejar de fumar. Nuestros resultados parecen de los más exitosos. La diferencia entre los resultados de los estudios depende de cómo se mida esa abstinencia y sería deseable comprobarla por cooximetría y no sólo mediante seguimiento telefónico. No obstante, aun en caso de recaída, la experiencia es positiva para el fumador de cara a nuevos intentos.

**031-0**

**Retinografía con cámara no midriática  
en diabetes: un nuevo reto en atención primaria**

Tobajas Calvo J, Martínez Cámara Y, Morlanes Lancis R, Cabrera Alonso Y, Forcada Huguet I, Guardia Urtubia J

## OBJETIVOS

La diabetes se considera una de las enfermedades no infecciosas más frecuentes. Sigue siendo la principal causa de ceguera en adultos en los países desarrollados. El objetivo de nuestro estudio es valorar la utilidad de la retinografía no midriática como método de cribado desde atención primaria.

## METODOLOGÍA

Se realiza un estudio prospectivo de los pacientes diabéticos, derivados por su médico de atención primaria (MAP) o endocrinólogo, no diagnosticados previamente de retinopatía diabética no proliferativa (RDNP) grave o de retinopatía diabética proliferativa (RDP). No se tiene en cuenta el tipo de diabetes, años de evolución ni el tratamiento que llevan los pacientes. Se realiza una retinografía con cámara no midriática conectada a un sistema digital, lo que permite la visualización instantánea de la fotografía, su fácil almacenamiento y la posibilidad de enviar las imágenes por internet. La información es evaluada por un MAP formado en este campo, en colaboración con el servicio de oftalmología.

## RESULTADOS

Se evalúan las retinografías realizadas por enfermeras especializadas e interpretadas por un MAP durante un año en un Área de Salud de Navarra. Durante este periodo se han estudiado 1.204 pacientes; de estos, 83,22% no presentó ninguna anomalía, 13,45% presentó algún grado de retinopatía diabética, 10,04% presentó RDNP leve, 2,07% presentó RDNP moderada, 1,32% RDNP grave. Ninguno de los pacientes estudiados presentó RDP. En 3,32% hubo problemas técnicos inherentes al paciente que impidieron evaluar correctamente la prueba. Los pacientes sin patología y los que presentan RDNP leve o moderada son enviados a su MAP al que se indica la periodicidad con que se aconseja se derive de nuevo; en caso de existir RDNP grave o RDP, se deriva al paciente a Oftalmología; en nuestro caso sólo se derivó a 1,32% de los pacientes estudiados.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La retinografía con cámara no midriática es una técnica sencilla, rápida y de gran utilidad. No se trata de una exploración exhaustiva, sino de un método para identificar los pacientes de riesgo que precisarán un estudio más completo. Su uso en nuestra Área de Salud como cribado de retinopatía diabética ha conseguido eliminar un número importante de derivaciones innecesarias al Servicio de Oftalmología.

### 032-O

## Factores predictores de cardiopatía isquémica en una población diabética rural

León Lambea A, Llimona Delgado CI, López Rufo A

## OBJETIVOS

Sabemos la multitud de complicaciones crónicas de la diabetes mellitus (DM), complicaciones que se agravan cuando esta metabolopatía va asociada a otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Pretendemos analizar los FRCV predictores (según el estudio Interheart) en nuestra población diabética.

## METODOLOGÍA

Recopilamos los FRCV mediante estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de DM. Las historias clínicas no estaban aún informatizadas. Se consideraron: hipertensión arterial (HTA) si la sistólica (TAS) era igual o mayor de 130 mmHg y la diastólica (TAD) constaba mayor o igual de 80 mmHg; dislipemia (DL) si LDL-colesterol (LDL) era mayor o igual a 100 mg/dl; obesidad en pacientes que poseían índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30; sedentarismo si consta que realiza ejercicio menos de tres veces por semana; tabaquismo si es fumador.

## RESULTADOS

Cupo del ámbito rural con 1.352 pacientes, de los que 1.184 son mayores de 14 años, con 52% de hombres y 48% mujeres; prevalencia de DM de 7,9%. Analizando las historias clínicas de la población diabética (PD) apreciamos la siguiente prevalencia de FRCV mal controlados: DL 79,78%, HTA 78,72%, sedentarismo 50%, obesidad 44,68% y hábito tabáquico 7,4%. También se observó que 48% de los enfermos poseían hemoglobina glicada (HbA1c) mayor o igual a 7%.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Según el Estudio Interheart, hay FRCV predictores del riesgo de padecer infarto agudo de miocardio (IAM) en 90% de los casos (tabaquismo, obesidad, HTA, DM y DL) y factores protectores (ingestión de verduras, ejercicio y consumo moderado de alcohol). Muy a nuestro pesar, como vemos, las estadísticas se cumplen y menos de la mitad de nuestra PD tiene controlados HTA y LDL, FRCV con efecto acumulativo: su agrupación provocará una elevada probabilidad de IAM en nuestros diabéticos.

### 033-O

## "A la cabecera del enfermo". Revisión de la atención domiciliaria en un cupo de atención primaria durante 2010

León Lambea A, Llimona Delgado CI, Morales Alvarado CA, Marcos Esteban F

## OBJETIVOS

La actividad asistencial a demanda del médico de atención primaria (MAP) no sólo se realiza en el Centro de Salud sino también en el domicilio del paciente, a la "cabecera del enfermo". Pretendemos valorar los avisos a domicilio realizados por un MAP

con el fin de planificar mejor la consulta.

## METODOLOGÍA

Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes visitados en domicilio (a demanda de los propios usuarios, por imposibilidad física de desplazamiento de éstos a la consulta) durante 2010 por el MAP en la jornada ordinaria de 8 a 15 horas de lunes a viernes. Se valoraron parámetros como número total de avisos, distribución mensual y por sexo, edad media total en función del sexo y edad máxima y mínima de los demandantes; todo ello para obtener e interpretar los datos y así gestionar la consulta diaria, entendiendo por ésta la administrativa y asistencial tanto a demanda como programada en centro o domicilio.

## RESULTADOS

Cupo urbano de 1.506 pacientes, todos mayores de 14 años, donde 46,95% son mujeres y 53,05% hombres, 22,97% mayores de 65 años. Se realizaron 60 avisos a domicilio por demanda del usuario, de los que 33,3% fueron para varones y 66,7% para mujeres. Las edades estaban comprendidas entre 27 y 100 años; la edad media total fue de 75,25 años; en el sexo femenino fue de 75,55 y en el masculino 74,65. Los meses con más demanda fueron Agosto (10 avisos), seguido de Mayo y Enero (ambos con 9).

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Vemos que los avisos a domicilio son una parte más de la labor asistencial del MAP; en este cupo, según las estadísticas de nuestros compañeros del mismo Centro de Salud, deberían ser más frecuentes en los meses de invierno (al igual que la actividad en la Consulta diaria), pero no ocurre así. Igual que sucede en nuestra consulta del Centro de Salud, los pacientes de más edad son los más demandantes y el sexo femenino el predominante.

### 034-0

## Prescripción del transporte sanitario (ambulancias) en un Área de Salud durante el año 2010

Llimona Delgado CI, León Lambea A, Morales Alvarado CA

### OBJETIVOS

Evaluar el servicio de transporte sanitario (ambulancias) prescrito por los médicos del Área de Salud para el desplazamiento de los pacientes con dificultad de locomoción o transferencia, por causa médica, tanto para uso urgente como programado.

### METODOLOGÍA

Se revisaron los volantes de prescripción de ambulancias realizados en el Área de Salud de Navalmoral de la Mata (Cáceres) por los médicos durante 2010. Entendemos para ello los firmados por facultativos del Área para uso individual o colectivo, independientemente de su destino. Se valoran los servicios totales realizados, los

kilómetros anuales recorridos, los destinos más frecuentes y el número de urgencias totales, así como las Zonas Básicas de Salud (ZBS) donde son prescritos y su distribución mensual. Se compararon con el número total (59) de médicos de atención primaria (MAP) y con el de las consultas administrativas realizadas por éstos durante ese año.

## RESULTADOS

El Área de Salud de Navalmoral de la Mata (Cáceres) engloba un total de 55.837 usuarios de nivel económico medio-bajo, gran dispersión geográfica y con 22,70% de mayores de 65 años, distribuidos en 8 ZBS, con 8 centros de salud, 31 consultorios locales y un hospital de referencia comarcal con las especialidades médicas básicas. Se realizaron 24.806 prescripciones que supusieron 2.726.010 kilómetros. Del total, 3.248 ambulancias (13,09%) fueron con destino a Servicios de Urgencias de hospital. Los destinos más frecuentes, tanto de Urgencias como de consultas médicas fueron dentro de la propia provincia, con un total de 20.313 servicios, seguidos de los destinos a la provincia de Badajoz y de Madrid, con 372 y 283, respectivamente. La distribución mensual es más o menos homogénea, salvo en el caso de las prescripciones hacia Madrid, que aumentan en los meses de verano.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Vemos que 44,2% de los usuarios del Área puede haber utilizado este servicio en 2010. Es gratuito y garantizado por el Sistema Nacional de Salud, debe ser prescrito por el médico siempre atendiendo a criterios médicos; en ocasiones esta circunstancia es relegada a un segundo plano, ya que se ve presionado por situaciones sociales y/o familiares problemáticas. Otro papel burocrático más sobre las ya de por sí sobrecargadas espaldas del MAP.

### 037-0

## El paciente terminal en nuestra Área Básica de Salud

Herrero Alonso C, Herranz Fernández M, Carmona Segado JM, Pablos Herrero E, Tomás Lachos M, Martí Martínez MC

### OBJETIVOS

Conocer aspectos epidemiológicos relacionados con pacientes terminales incidentes en nuestra Área Básica de Salud durante 2010.

### METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de base poblacional (22.500 habitantes de la localidad barcelonesa de Santa Perpetua de Mogoda). Se incluye población mayor de 14 años (50 pacientes) con diagnóstico de patología terminal perteneciente a diferentes cupos médicos de este municipio. Se recogen y analizan variables socioeconómicas (edad, sexo, condiciones de vida...) y tipo de patología terminal.

### RESULTADOS

Sexo: 18 mujeres (36%). Edad: 20 (40%) entre 80 y 90 años, 12 (24%) entre 70 y 80 años... Patología terminal oncológica en 44

(88%). Condiciones de vida (entendidas como condiciones de la vivienda, situación económica y adecuación de los cuidadores): 29 (58%) viven en buenas condiciones, 19 (38%) viven en condiciones aceptables...

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La mayoría de nuestros pacientes terminales son enfermos oncológicos, de edad avanzada, varones que viven en un ámbito semiurbano y en unas condiciones de vida buenas o aceptables.

### O38-C

## Estudio sobre la neurosífilis: "la gran imitadora"

Campos Mangas MC, Ruiz Feliú MA

### INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa crónica causada por el *Treponema pallidum*. La neurosífilis es la afectación del sistema nervioso central. Formas tardías ocurren 15-30 años después de la primo infección. El diagnóstico es complejo y se basa en el estudio del LCR. El tratamiento se efectúa con penicilina G.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer 52 años, con antecedentes de tratamiento psiquiátrico desde los 16. Diagnosticada de esquizofrenia residual y HTA. Hermano diagnosticado de depresión. Sin alteraciones en desarrollo psicomotor. Estudios primarios. Vive con padres. Aislada socialmente. Incapacidad laboral permanente y minusvalía del 67%. Ha tenido 15 ingresos psiquiátricos por clínica similar (inquietud, desorganización conductual, ideación delirante, insomnio); los cuadros han cedido con antipsicóticos y/o terapia electroconvulsiva. Durante su último ingreso en agudos no mejoró a pesar de las dosis elevadas de antipsicóticos (risperidona, quetiapina, olanzapina) y destacó un progresivo deterioro cognitivo. Se estudiaron posibles causas incidiendo en las orgánicas. RMN: atrofia cerebral cortical. Serología luética positiva.

Se inició tratamiento con Penicilina G.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Dado el polimorfismo clínico de la neurosífilis es preciso hacer un diagnóstico diferencial con múltiples enfermedades neurológicas (degenerativas, tóxicas, metabólicas, infecciosas, cerebrovasculares, neoplasias) como psiquiátricas. Debe ser un diagnóstico diferencial en todo paciente con anomalías neurológicas o deterioro cognitivo asociado a alteraciones del comportamiento o trastornos mentales. Teniendo en cuenta la presentación variable de la enfermedad, el diagnóstico puede ser difícil, aunque la demostración de anticuerpos específicos treponémicos en el LCR ayuda al mismo. Una vez confirmado el diagnóstico hay que iniciar tratamiento con penicilina cristalina endovenosa durante 10-14 días.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "neurosífilis", "demencia" y "neuropsiquiatría".  
1.- Timmermans M, Carr J. Neurosyphilis in the modern era. J

Neurol Neurosurg Psychiatry 2004;75:1727-30. 2.- Schiff E, Lindberg M. Neurosyphilis. South Med J 2002;95:1083-7. 3.- Lair L, Naidech AM. Modern neuropsychiatric presentation of neurosyphilis. Neurology 2004;63:1331-3. 4.- Vargas AP, Carod-Artal FJ, Del Negro MC, Rodrigues MP. Dementia caused by neurosyphilis. Arq Neuropsiquiatr 2000;58:578-2.

### O42-C

## El gran simulador: tako-tsubo

Priede Díaz MI, Melgosa Moreno MS, Sierra Piqueres C, Priede Díaz LA, Pedraja Ibáñez MB, Pellico López MA

### INTRODUCCIÓN

El dolor torácico en atención primaria supone un desafío clínico importante. En 20% de los pacientes que acuden por este motivo existe una causa cardíaca. El síndrome de tako-tsubo o discinesia apical transitoria puede simular un evento coronario agudo. Es poco frecuente (0,5-1%).

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 62 años con antecedentes de obesidad mórbida, hipertensión arterial, hipotiroidismo subclínico, coxartrosis, síndrome de malabsorción crónica por intervención quirúrgica de by-pass biliopancreático. En tratamiento con ameride 5/50, calcio carbonato 1.250 mg, calcifediol 3 mg, enalapril 5 mg, fentanilo 12 mcg/h en parche, bromazepam 1,5. Ingresada programada en el hospital para colocación de prótesis total de cadera izquierda. En el postoperatorio comienza con dolor torácico continuo opresivo no irradiado con cortejo vegetativo, elevación del ST en precordiales y alteración enzimática. Se remite a la unidad de coronarias donde se realiza cateterismo urgente en el que no se objetiva alteración alguna de las arterias coronarias, pero sí una importante depresión de la contractilidad en el ventrículo izquierdo. La evolución fue favorable y la función ventricular era normal en el momento del alta.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El tako-tsubo es más frecuente en mujeres mayores de 50 años en situaciones de estrés. Recibe este nombre por la forma que adopta el ventrículo izquierdo en la angiografía simulando una vasija usada en Japón para atrapar pulpos. Se caracteriza por una extensa acinesia apical sin lesiones coronarias significativas, que simula un infarto agudo de miocardio. Los pacientes presentan dolor torácico retroesternal opresivo acompañado de clínica vegetativa, ascenso del ST en cara anterior (90%), ondas Q y elevación de las enzimas miocárdicas (50%). Todas las alteraciones se normalizan tras el episodio agudo. Su causa es desconocida. Se trata con ansiolíticos y control de frecuencia cardíaca y volemia.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "tako-tsubo", "transient apical akinesis".  
1.- Sánchez P, Sánchez C, García R, Del Río I. Síndrome de tako-tsubo. Rev Clín Med Fam 2010;3:127-30. 2.- Moreno C, Torra N, Sulé MA, Plana A, Marí A, Bartolomé S. El gran imitador del infarto agudo de

miocardio. *Semergen* 2009;35:469-71. 3.- Salaverría I, Villaseñor M, Sánchez S, Martínez L. Síndrome de tako-tsubo (discinesia apical transitoria): un síndrome que simula un infarto de miocardio. *An Med Interna* 2008;23:20-2.

### 043-O

## ¿Qué enfermedades cardiovasculares tienen nuestros pacientes con insuficiencia cardíaca?

Lasso de la Vega Martínez M, Noriega Bosch C, Iturralde Iniso J, Cora Bardeci J, Amiano Arregui MT, Mendaza de la Hoz J

### OBJETIVOS

Conocer las enfermedades cardiovasculares concomitantes en nuestra población diagnosticada de insuficiencia cardíaca.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Población diagnosticada de insuficiencia cardíaca (código CIE-10 I50) de cinco centros de salud de Vitoria-Gasteiz. Estos centros abarcan a una población de 130.180 habitantes. Los datos se han recogido de la historia electrónica del programa OSABIDE y del programa CLINIC para los datos de hospital durante el periodo enero-marzo 2010. Sólo se ha considerado que los datos son correctos si figuran en la historia clínica informatizada.

### RESULTADOS

Se han recogido datos de 640 personas diagnosticadas de insuficiencia cardíaca. El 56,96% son mujeres. El 75,24% tienen el diagnóstico de HTA, 38,25% de diabetes mellitus, 41,19% son obesos, 38,31% tienen dislipemia, 4,87% son fumadores activos y 20,13% son exfumadores. El 16,01% tienen antecedentes de haber tenido un infarto agudo de miocardio. Un 11,95% tienen antecedentes de angina de pecho. El 12,88% han padecido un accidente vasculocerebral. El 57,55% tienen una fibrilación auricular.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Nuestra población diagnosticada de insuficiencia cardíaca presenta en una alta proporción factores de riesgo cardiovascular o ha presentado eventos cardiovasculares, por lo que debemos detectar o seguir la presencia de estos factores y ponerles cuanto antes tratamiento, aunque alguno de ellos ha podido favorecer la aparición de la insuficiencia cardíaca.

### 045-O

## Evaluación de los conocimientos de cuidados higiénicos y posturales y de una intervención sobre los mismos para la prevención y mejora del dolor cervical en trabajadores que utilizan el ordenador

Sierra Martínez L, Sierra Martínez I, Martínez Fuerte MR

### OBJETIVOS

Cuantificar la mejoría del dolor cervical tras intervención didáctica individual sobre los cuidados higiénico-posturales, aplicada a pacientes que utilizan el ordenador como herramienta de trabajo; evaluar su repercusión en la capacidad para realizar su trabajo y actividades de la vida diaria.

### METODOLOGÍA

Selección por muestreo no probabilístico consecutivo de 50 pacientes con dolor cervical y que utilizan ordenador en su trabajo. Se les aplica un cuestionario que consta de 3 partes: datos demográficos, características del dolor y datos de calidad de vida/estado psíquico (escala de ansiedad/depresión de Goldberg). Tras intervención didáctica individual, a los 3 meses contestan un segundo cuestionario con los mismos parámetros de medición. La intervención consistió en exposición oral individual de 15 minutos, con trípticos de cuidados posturales y tabla de ejercicios tonificantes cervicales. Los datos se recogen en hoja de cálculo Excel y se analizan en programa SPSS 9.0 para Windows.

### RESULTADOS

Edad media 40,5 (DE 10,2). La proporción de pacientes con ansiedad o depresión fue de 10%. La puntuación media en la escala analógica visual (EVA) de intensidad del dolor (rango 0 a 10) descendió en tres meses de 4,3 (DE 1,9) a 3,5 (DE 2,4). Dicha reducción fue significativamente superior ( $p < 0,05$ ) en pacientes con menor tiempo de evolución del cuadro doloroso y de carácter continuo, mayor intensidad en la EVA, sin depresión concomitante y consumo previo de analgésicos. La autopercepción de mejoría en las actividades profesionales y de la vida diaria se observó en 58,9% de los pacientes que habían seguido recomendaciones posturales para dormir, estar sentado, carga y transporte de objetos, bipedestación, hablar por teléfono y habían realizado tabla de ejercicios diarios básicos orientados a tonificar y fortalecer la musculatura paravertebral cervical.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Moderada repercusión positiva de los cuidados higiénicos y posturales en la actividad profesional de pacientes que utilizan el ordenador como herramienta de trabajo y en las actividades de la vida diaria, basados en recomendaciones posturales y en una tabla de ejercicios diarios básicos orientados a tonificar y fortalecer la musculatura paravertebral cervical. La mejoría es superior en los pacientes que presentan dolor cervical más intenso y con menos tiempo de evolución.

### 046-C

## La demencia frontotemporal

Campos Mangas MC, Ruiz Feliú MA

### INTRODUCCIÓN

La demencia frontotemporal (DFT) es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por cambio progresivo en la personalidad

y el comportamiento y/o alteración temprana y progresiva del lenguaje. Es la segunda causa más frecuente de demencia en menores de 65 años. En la mayoría hay antecedentes familiares de demencia.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 61 años que hace un año comienza con clínica ansioso-depresiva. Antecedentes personales: abuso de alcohol hasta hace 4 años, hipertensión arterial. A pesar de diversos tratamientos farmacológicos (escitalopram, duloxetine) se produce un empeoramiento de la clínica depresiva y aparece un componente obsesivo, intensa angustia e ideación autolítica. Precisa ingreso de contención en Psiquiatría. Posteriormente llama la atención la actitud postural, la marcha parkinsonizada, facies hipomímica y quejas en la esfera motora. Se realiza una interconsulta a Neurología y diagnostican una DFT variante conductual (subtipo inhibido-apático). TAC craneal: atrofia difusa córtico-subcortical. Prueba solicitada: PGRN en plasma. Se inicia tratamiento con quetiapina (50 mg/día) y propranolol (40 mg/día), con lo que mejora en lo motor y parcialmente en lo afectivo.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La dificultad del diagnóstico diferencial en sus primeras fases radica en que en la DFT siempre se hallan cambios emocionales y del comportamiento que prevalecen sobre los déficits cognitivos. Suelen sugerirse otras explicaciones, como trastornos depresivos, episodios maníacos o problemas psicosociales. Para mejorar el diagnóstico precoz es necesario realizar pruebas complementarias como la RMN (atrofia frontal en 80% de casos) y exploración neuropsicológica integral que incida en funciones frontales. Ante todo paciente de 40-60 años que comience con alteraciones del comportamiento o del habla sin afectación importante de la memoria, una vez descartadas otras causas, hay que analizar antecedentes familiares.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "demencia frontotemporal", "neuropsiquiatría".  
1.- Ikeda M, Ishikawa T, Tanabe H. Epidemiology of frontotemporal lobar degeneration. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;17:265-8.  
2.- Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S et al. Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998;51:1546-54.  
3.- Lomen-Hoerth C, Anderson T, Miller B. The overlap of amyotrophic lateral sclerosis and frontotemporal demencia. *Neurology* 2002;59:1077-9.

### 047-O

#### Estudio de las urgencias atendidas en una consulta médica de atención primaria

Llimona Delgado CI, León Lambea A, Morales Alvarado CA, Quiroga Alfonso ME

#### OBJETIVOS

Muchas veces nos quejamos de que las Urgencias nos dificultan o interrumpen el normal desarrollo de nuestra consulta diaria.

Con este estudio pretendemos valorar el número y características de las Urgencias atendidas en 2010 por una Unidad Básica de Actuación (UBA) en un Centro de Salud.

#### METODOLOGÍA

Se realizó un estudio retrospectivo de las urgencias atendidas en horario de 8 a 15 horas de lunes a viernes durante 2010 por un médico de familia en un cupo urbano de 1.506 tarjetas sanitarias individuales (TSI) con 53,05% de hombres y 46,95% mujeres, englobado en un Centro de Salud de 21.716 TSI sin Servicio de Urgencias específico en el mencionando horario. Se valoraron criterios como número total de consultas y de urgencias, distribución horaria y mensual, edad y distribución por sexo de los pacientes que fueron atendidos sin cita previa y a petición propia.

#### RESULTADOS

En total han sido 510 urgencias. Los meses de más demanda fueron Enero y Abril con 55 pacientes cada uno, seguidos de Noviembre y Mayo con 52 y 47, respectivamente. Las horas de menos afluencia fueron 14-15 y 8-9 horas, con 26 y 37, respectivamente; no hubo una franja horaria que sobresaliera en exceso sobre las demás, pero la de mayor uso fue 11-12 horas, con 104. El sexo predominante fue el femenino, en un 58% de los casos. Las edades más habituales se encontraban en 28-34 años (en 103 ocasiones), seguidas a bastante distancia por las de 49-55 años y las de 21-27 (75 y 64, respectivamente). Hay una media de 10,6 pacientes por semana, lo que implica que como mínimo tendremos que romper el ritmo de nuestra consulta de cita previa (administrativa y/o asistencial, tanto a demanda como programada) dos veces al día.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Es imposible la correcta planificación de nuestra consulta dado lo imprevisible de estas Urgencias, que en contadas ocasiones implican graves problemas de salud; además, apenas las hay a última y a primera hora de nuestra jornada. Esto, junto con su levedad, en la mayoría de las ocasiones, nos plantea una duda: ¿no será que estas "pseudourgencias" son utilizadas por los usuarios, sobre todo jóvenes, para saltarse la cita previa o la lista de espera?

### 048-C

#### El papel del médico de familia en un diagnóstico

Silva Simões CI, Colaço V

#### INTRODUCCIÓN

La distrofia miotónica es una enfermedad multi-sistémica, progresiva, autosómica dominante, de expresión fenotípica variable. Este caso clínico pretende demostrar el papel que el médico de familia puede tener en el diagnóstico precoz y en el seguimiento de un enfermo crónico y de su familia.

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 39 años, perteneciente a familia nuclear, estadio I de Duvall, Apgar Familiar 4, clase social media. Es la más pequeña de 4 hermanos, uno de ellos trasplantado en 2008 en Francia. Tiene 2 sobrinos ciegos y sordos con retraso del desarrollo psicomotor. Siempre fue la más delgada de los hermanos y tenía dificultades en acompañar a sus hermanos en los juegos. En 2007 comienza con cuadro de cansancio y disnea progresivos. En el Servicio de Urgencias es orientada a la consulta de Neumología y diagnosticada de asma. En 2008 es diagnosticada de cardiopatía dilatada y pasa a la consulta de Cardiología. En 2009 su médico de familia se jubila y es atendida por un nuevo médico que, dadas sus características físicas y clínicas, se plantea la hipótesis diagnóstica de distrofia muscular. Se la envía a la consulta de Neurología donde se confirma el diagnóstico.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Este caso clínico se centra en una patología grave y rara y busca poner el énfasis en el papel del médico de familia en el diagnóstico y seguimiento de un enfermo crónico y en la importancia del abordaje multidisciplinar de una patología sin tratamiento curativo, que pasa por medidas de soporte y por la anticipación de algunos problemas. En esta enfermedad, progresivamente limitadora, el compromiso de la familia a fin de minimizar la crisis familiar es fundamental, así como lo es facilitar a la enferma y a su familia el apoyo psicológico necesario. Es igualmente importante hacer un estudio genético familiar e intentar minimizar el impacto económico de la enfermedad en la familia.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "myotonic dystrophy", "distrofia miotónica". 1.- Bouhour F, Bost M, Vial C. *Maladie de Steinert*. La Presse Médicale 2007;36:965-71. 2.- Darras BT, Chad D. *Myotonic dystrophy: etiology, clinical features, and diagnosis*. Disponible en: <http://www.uptodate.com> (acceso 29/05/2010).

049-0

## Visor anatómico-clínico interactivo para el abordaje del paciente con depresión mayor

Velasco Marcos MA, Vicente García PA, Lagándara López ML, Bernad Vallés M, Funcia Barrueco AI, Juanes Méndez JA

### OBJETIVOS

Elaborar un material tecnológico de formación médica que permita favorecer el enriquecimiento de conocimientos sobre la depresión mayor; se busca con ello un mejor abordaje y detección precoz de esta patología por parte del facultativo de atención primaria.

### METODOLOGÍA

El procedimiento informático fue programado en Visual C. Incluye controles directX para la renderización de las estructuras

cerebrales en 3D. Se emplearon secciones seriadas de tomografía computarizada por emisión de fotón único para el estudio funcional. Utilizamos el software E-PrimeV para diseñar una prueba de evaluación de nuestro desarrollo informático, basada en un sistema visual de preguntas-respuestas y controlando el tiempo de reacción. Además de esta prueba se llevó a cabo una encuesta de satisfacción utilizando la escala Likert para la recogida de datos. Todo el diseño se practicó sobre 62 usuarios (40 médicos de familia y 12 residentes de tercer año).

### RESULTADOS

El visor anatómico-funcional desarrollado permite estudiar la actividad cerebral de un paciente con depresión mayor. Podemos visualizar las estructuras cerebrales en 3D de forma independiente. La vista resultante de realizar rotaciones, traslaciones o zoom de la imagen tridimensional del cerebro puede ser almacenada en un fichero con formato Bitmap (.bmp). Nuestro visor incluye además un reproductor de animaciones multimedia en el que se describen las características de la depresión mayor y sus tratamientos actuales. El grado de satisfacción fue elevado en todos los ítems y superó el valor 3 sobre 5 de la escala Likert. Los tiempos de respuesta de los usuarios fueron muy positivos. El 95% de los encuestados considera esta herramienta excelente para su formación médica; el 90% señala que proporciona un buen conocimiento de la depresión mayor.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El visor constituye un buen medio para valorar la anatomía y la función cerebral. Los resultados revelaron un alto grado de satisfacción de nuestra aplicación informática, que permite al usuario una mayor capacidad para integrar y transferir los conocimientos sobre la depresión mayor. El visor anatómico-clínico que presentamos facilita el aprendizaje activo y la construcción del conocimiento sobre la depresión mayor y favorece el abordaje de los pacientes con esta patología.

050-0

## Visor tecnológico de formación médica en patologías relacionadas con el virus del papiloma humano

Velasco Marcos MA, Lagándara López ML, Bernad Vallés M, Vicente García PA, Funcia Barrueco Ana I, Juanes Méndez JA

### OBJETIVOS

Nuestro objetivo ha sido desarrollar una herramienta tecnológica de visualización 3D sobre la patología relacionada con el virus del papiloma humano, que facilite la formación y la adquisición de los conocimientos necesarios para llevar a cabo una buena exploración del aparato genital femenino.

### METODOLOGÍA

Nuestro desarrollo ha sido programado en Visual C. Incluye controles directX para la renderización de modelos de malla

triangular de las estructuras anatómicas del aparato genital femenino. Empleamos para la reconstrucción 3D de estructuras anatómicas secciones seriadas del proyecto "Visible Humana" de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Se ha generado una interface de ventanas desplegables. Para valorar la eficacia de esta herramienta formativa, llevamos a cabo una encuesta de satisfacción sobre 62 facultativos de atención primaria y residentes de diferentes centros de salud y utilizamos la escala de Likert con cinco ítems.

## RESULTADOS

Nuestro procedimiento informático presenta un menú principal desde el que se puede acceder a toda la documentación relacionada con la patología: visión 3D de estructuras anatómicas, videos (los cuales se muestran en un reproductor especial de ventana flotante), browser de imágenes (que muestran una serie de casos clínicos con patología desarrollada) y documentación adjunta en formato pdf (incluye artículos y textos con información adicional). Todas las interacciones con los elementos de la escena (rotaciones, traslaciones, zoom y selección) se realizan situando el cursor sobre el visor y usando el ratón. El 85% de los encuestados señala que esta aplicación informática proporciona un buen conocimiento de estas patologías; el 95% de los residentes señala que es útil para su formación; el 97% de todos los encuestados lo recomendaría como recurso adicional de aprendizaje autónomo.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Como se refleja en los resultados, nuestro desarrollo informático facilita el aprendizaje activo y la comprensión de estructuras anatómicas del aparato genital femenino y confiere al usuario habilidades prácticas para el diagnóstico clínico, tal y como lo reflejan los usuarios que la han manejado. La interacción con esta aplicación informática permite al facultativo una mayor capacidad para adquirir conocimientos sobre estas patologías y se recomienda como recurso formativo adicional.

## 051-O

### El viento de la locura

Aboza Lobatón A, Martínez Villegas I, Barberán Morales C, Morián Castro M, Vera Ben-Mohatar M, Cabilla Vargas JL

#### OBJETIVOS

Describir la relación entre el viento de levante y el agravamiento de la patología psiquiátrica. Analizar el perfil del paciente psiquiátrico atendido dichos días de viento en un dispositivo de apoyo del Distrito Sanitario de atención primaria.

#### METODOLOGÍA

Estudio transversal, de enero a diciembre de 2009. De los pacientes atendidos durante los 105 días con viento de levante recogimos las variables fecha, edad, sexo, motivo consulta, diagnóstico, tratamiento, derivación hospital, centro de salud o domicilio.

## RESULTADOS

Del total de las asistencias psiquiátricas atendidas por el médico de la UVI móvil (148), 78 (52,702%) fueron atendidos en días de viento de levante: 32 (41,025 %) hombres de edad media 43 años; 45 (57,692%) mujeres de edad media 40 años; 31 (39,743%) ansiedad, 23 (74,193%) mujeres y 8 (25,806%) hombres; 23 (29,487%) autolisis, 11 (47,826%) mujeres y 12 (52,173%) hombres; 15 (19,230%) agitación psicomotriz, 10 (66,666%) mujeres y 4 (33,333%) hombres; 9 (11,538%) esquizofrenia, 1 (11,111%) mujeres y 8 (88,888%) hombres. En primavera hubo 71 días de levante y 30 (38,461%) asistencias; en verano 28 días y 9 (11,538) asistencias; en otoño 29 días y 17 (21,794%) asistencias; en invierno 38 días y 22 (28,205%) asistencias.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Existe relación entre el viento de levante y la patología psiquiátrica, ya que más de la mitad de los casos se localizan en esos días. El perfil tipo es el de un paciente adulto joven atendido en primavera por el Servicio de Urgencias durante los días de levante por ansiedad y agitación psicomotriz en mujeres, y por agravamiento de la esquizofrenia e intentos autolíticos en hombres.

## 052-C

### Ectima gangrenoso

Riera Carmona S, Sanz González Y, Pallarés Sanz E, Bandrés Minguenza M

#### INTRODUCCIÓN

El ectima gangrenoso es una infección cutánea ocasionada típicamente por *Pseudomona aeruginosa*. Afecta preferiblemente a pacientes inmunocomprometidos y las lesiones aparecen en extremidades, zona glútea y perineal. La lesión es una mácula o pápula que posteriormente deja una úlcera necrótica.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 56 años inmunocompetente, que acude a la consulta por presentar desde hace una semana numerosas lesiones dolorosas en extremidades. En la exploración se observan pápulas eritematosas en extremidades inferiores, algunas de ellas ulceradas y otras con centro necrótico. Exploración de mucosas normal. No presenta fiebre ni otra sintomatología acompañante. Se solicita analítica con hemograma y serologías luéticas y VIH y se deriva a servicio de Dermatología donde se realiza cultivo. El diagnóstico de sospecha es de ectima gangrenoso, que se confirma tras obtener el cultivo positivo para *Pseudomona aeruginosa*. Además, al tratarse de un paciente previamente inmunocompetente, se realiza estudio para descartar un problema médico grave subyacente. Hasta la fecha actual los resultados son negativos.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Habitualmente el ectima gangrenoso se observa en pacientes con leucemia, linfoma u otras neoplasias, grandes quemados, trasplantaos o en pacientes en tratamiento inmunosupresor. También se han

descrito casos en pacientes sin patología previa conocida, pero se aconseja hacer un seguimiento exhaustivo, ya que puede ser la manifestación inicial de una patología grave. Dado que en la mayoría de casos la etiología es *Pseudomona aeruginosa*, el tratamiento de elección es con antibióticos activos frente a este germen, como quinolonas. Sin embargo, en la literatura también se han descrito otros agentes causales como *Aeromonas hydrophila*, *Escherichia coli* y *Stenotrophomona mastophila*.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "ecthyma gangrenosum", "ectima gangrenoso". 1.- Gençer S, Ozer S, Ege Gül A, Doğan M, Ak O. Ecthyma gangrenosum without bacteremia in a previously healthy man: a case report. *J Med Case Reports* 2008;2:14. 2.- Chanussot DC, Cano PMA, Bueno DD. Ectima gangrenoso. Comunicación de un caso en un paciente inmunocompetente. *Dermatol Rev Mex* 2008;52:127-9. 3.- Patel JK, Perez OA, Viera MH, et al. Ecthyma gangrenosum caused by *Escherichia coli* bacteremia: a case report and review of the literature. *Cutis* 2009;84:261-7.

### 053-C

## ¿Cuántas veces en la práctica diaria ante un catarro de vías altas nos planteamos que puede acompañarse de una pericarditis aguda? ¡Cuidado!

Melgosa Moreno MS, Priede Díaz MI, Pellico López MA, López Robles E, Melgosa Moreno MI, Gutiérrez Pérez S

#### INTRODUCCIÓN

El dolor torácico que en ocasiones acompaña al catarro de vías altas (CVA) puede tener origen en una pericarditis aguda (PA). Con este caso pretendemos recordar este diagnóstico, porque, si bien generalmente se autolimita a un periodo de 2-6 semanas, también puede presentar complicaciones (derrame pericárdico, cronificación, recidivas...).

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 71 años, exfumador, con antecedentes de hipercolesterolemia y HTA. Acude por dolor retroesternal mal definido de 4 horas de evolución, de aparición nocturna y en reposo, no opresivo ni pleurítico. Niega episodios dolorosos similares previos. No disnea ni cortejo vegetativo. Síntomas de CVA, con tos y expectoración amarilla; no fiebre. La exploración es anodina, ni siquiera hay roce pericárdico. Hemograma: 12800 leucocitos (81% segmentados); resto de analítica con troponina y creatinofosfoquinasa normal. Radiografía de tórax con aumento de la cavidad ventricular izquierda. Electrocardiograma (ECG) con elevación del ST en derivaciones I, II y aVF. Se diagnostica de PA e infección respiratoria y se trata con aspirina (AAS), 500 mg/8 horas, y omeprazol durante 7 días; posteriormente se reduce la dosis de AAS durante cinco semanas. El paciente evolucionó favorablemente.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Las pruebas ante la sospecha de PA son: exploración física completa (buscando roce pericárdico), ECG, radiografía de tórax, analítica (iones, velocidad de sedimentación, función renal...) y según sospecha de patología específica hay que añadir Mantoux, factor reumatoide y/o estudios virales. El tratamiento consiste en reposo durante el brote inflamatorio y antiinflamatorios no esteroideos, AAS (500-1000 mg cada 6 horas) durante los 7 días que suelen mantenerse los síntomas; luego reducir dosis progresivamente durante cinco o seis semanas más. También se emplea ibuprofeno, paracetamol y a veces la colchicina. En este momento hay controversia con respecto a prescribir en la PA corticoides.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "pericarditis aguda", "complicaciones", "infección viral". 1.- Braunwald E. Enfermedades del pericardio. En : Harrison, Principios de Medicina Interna. Dennis L. Koper editores. 16ª ed. México: Mc-Graw-Hill 2005;1554-71. 2.- Lange R, Hillis D. Acute pericarditis. *N Engl J Med* 2004;351:2195-202. 3.- Imazio M, Bobbio M, Cecchi E et al. Colchicine in addition to conventional therapy for acute pericarditis. Results of the colchicine trial. *Circulation* 2005;112:2012-6.

### 054-C

## Pitiriasis liquenoide

Álvarez Acedo A, Andreu Casañas E, Rey Rodríguez I

#### INTRODUCCIÓN

La pitiriasis liquenoide es una dermatosis adquirida e infrecuente, de causa desconocida. Existen distintas variantes clínicas y se debe realizar el diagnóstico diferencial con entidades como la psoriasis en gotas, la varicela, la sífilis secundaria o la pitiriasis rosada, entre otras.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 17 años, sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos. Desde hace cinco días presenta lesiones eritematosas y puntiformes en tronco, abdomen, axilas, antebrazos, ingles, glúteos y dorso de manos y pies. Refiere prurito en ambientes calurosos y con el ejercicio. Se observa hiperpigmentación en algunas de las lesiones. El resto de la exploración física es normal. En la analítica (hemograma, perfil hepático y renal, hormonas tiroideas, coagulación, estudio autoinmune y serologías víricas) sólo se obtienen anticuerpos anti-estreptococo betahemolítico del tipo A (ASLO) elevados. Mediante biopsia se observa acantosis con hiperqueratosis, infiltrado linfocitario perivascular, queratinocitos necróticos en la capa basal y exocitosis de linfocitos. Todo ello es compatible con pitiriasis liquenoide crónica con leves cambios de agudización. Se inicia tratamiento con azitromicina y la evolución clínica es buena.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se distinguen dos formas clínicas de pitiriasis liquenoide: la forma aguda o PLEVA (enfermedad de Mucha-Habermann), en la que aparecen lesiones eritemato-descamativas y variceliformes,

acompañadas en ocasiones de clínica general, de curso benigno y autolimitado, que puede dejar cicatrices hiperpigmentadas; y la forma crónica, que cursa sin necrosis, cicatrización ni síntomas sistémicos y puede persistir durante años. Afecta a tronco y extremidades. Es frecuente en adolescentes y adultos jóvenes. El diagnóstico es clínico e histopatológico. Entre los posibles tratamientos se encuentran: fototerapia, corticoides, antibióticos orales y metotrexato, con distinta experiencia.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "pitiriasis liquenoide", "PLEVA", "pitiriasis lichenoides". 1.- Betlloch I, et al. Pitiriasis liquenoide en la infancia. Revisión clínica e histológica de 12 casos. *Piel* 2002;17:152-9. 2.- Bordel MT, et al. Pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda (enfermedad de Mucha-Haberman). *An Pediatr (Barc)* 2007;66:87-106. 3.- Hernández-Martín A, et al. Pitiriasis liquenoide localizada. *Actas Dermosifiliogr* 2007;98:47-9. 4.- Khachemoune A. Pitiriasis lichenoides. *Am J Clin Dermatol* 2007;8:29-36.

#### 055-0

### Adherencia al tratamiento como estrategia para la mejora en la seguridad del paciente

Balboa Gómez J, Velasco Villalba J

#### OBJETIVOS

Identificar a los pacientes mayores de 65 años que consumen seis o más fármacos y revisar los perfiles de cumplimiento terapéutico con el fin de identificar posibles causas de falta de adherencia al mismo; proponer al paciente una entrevista clínica orientada a mejorar la adherencia.

#### METODOLOGÍA

Revisión de las historias clínicas informatizadas de los pacientes polimedcados mayores de 65 años que consumen seis o más fármacos. El Test de Morisky-Green y el sistema informático Diraya nos permiten detectar los pacientes que, cumpliendo estos requisitos, no realizan los tratamientos en la forma en que les han sido pautados y, por tanto, a los pacientes incumplidores. Esto nos da la oportunidad de iniciar las estrategias necesarias para conocer a través de la entrevista clínica los motivos que ocasionan la falta de adherencia al tratamiento y de negociar con el paciente los aspectos que pueden estar dando lugar a una mala adherencia terapéutica.

#### RESULTADOS

El 18,94% de nuestra población es mayor de 65 años (4.194 pacientes); de éstos, 34,88% (1.463 pacientes) consume 6 o más fármacos. La falta de adherencia al tratamiento ha sido observada en 52% de los pacientes. No hemos observado diferencias significativas respecto al cumplimiento terapéutico relacionadas con el sexo de los pacientes. La entrevista clínica ha puesto de manifiesto múltiples causas de incumplimiento terapéutico, los olvidos tanto voluntarios como involuntarios, no haber entendido correctamente

las instrucciones que se han dado al paciente respecto a la forma de llevar a cabo el tratamiento prescrito, la aparición de efectos adversos no comunicados al prescriptor, la toma de un número de fármacos menor al prescrito y no dar importancia a la continuidad del tratamiento, han sido causas frecuentes de incumplimiento.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El incumplimiento terapéutico constituye un problema de salud pública (OMS) y es una causa importante de ingreso hospitalario, ineficacia terapéutica y muerte. En nuestro medio el porcentaje de polimedcados que presenta problemas de adherencia a la medicación es muy importante y aconseja iniciar estrategias tendentes a su mejora. La entrevista clínica nos permite iniciar estrategias que incidirán de forma positiva en la seguridad del paciente.

#### 056-C

### "Doctora, me duele la rodilla"

Hernández Gil R, Sarasa Bosque C, Arruga Mombiola C, Giménez Cepero F, Trillo Calvo E, Calderó Santiago L

#### INTRODUCCIÓN

Las quinolonas son antibióticos muy ampliamente utilizados en nuestro entorno para el tratamiento de infecciones principalmente respiratorias y de vías urinarias. Sin embargo, no están exentas de efectos secundarios que conviene tener en cuenta. Presentamos nuestro caso como ejemplo.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 72 años con antecedentes de alergia a penicilina, asma persistente moderada, incontinencia urinaria y dislipemia. Acude a consulta por dolor de pierna izquierda desde hueso poplíteo hasta talón, de perfil inflamatorio. En la exploración hay molestia a la presión y movilización de tendón Aquileo izquierdo, hueso poplíteo y pata de ganso, sin signos inflamatorios. Existe el antecedente de toma de levofloxacino (500 mg/12 horas) por reagudización asmática. Con la impresión diagnóstica de tendinitis secundaria a quinolona, solicitamos ecografía preferente: quiste de Baker bilateral; pinzamiento de espacio fémoro-tibial derecho; pequeña lámina de líquido adyacente a pata de ganso derecha; no alteraciones valorables de tendones de Aquiles; fascitis izquierda, con engrosamiento marcado de zona de inserción de fascia plantar (4,2 mm frente a 2 mm en lado derecho, que es normal) y líquido adyacente.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Retirada inmediata de levofloxacino y notificación de reacción adversa medicamentosa. Contactamos con la rehabilitadora de referencia, que indica tratamiento fisioterápico con ultrasonidos o TENS en nuestro centro de salud. Buena evolución tras realización de ejercicios con bicicleta y electroterapia, con mejoría evidente de la paciente, aunque persiste a día de hoy dolor a la presión en tendón Aquileo. Movilidad de tobillo y pie conservada.

**BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO  
PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

Palabras-clave: "tendinitis", "quinolone". 1.- Beyer J, Schellong S. Bilateral plantar tendinitis during levofloxacin therapy. *Br J Clin Pharmacol* 2006;61:609. 2.- Medrano San Ildefonso M, Mauri Llerda JA, Bruscas Izu C. Fluoroquinolone-induced tendon diseases. *An Med Interna* 2007;24:227-30. 3.- Durey A et al. Levofloxacin-induced Achilles tendinitis in a young adult in the absence of predisposing conditions. *Yonsei Med J* 2010;51:454-6.

**057-0****Asma en gestantes: riesgo para madre y feto**

Vena M, Martínez Villegas I, Moret Díaz B, Ibáñez Herrera JM, Rodríguez Torres M, Sánchez Galera A

**OBJETIVOS**

Analizar el número de asistencias por disnea de mujeres incluidas en el proceso de embarazo, que acuden a un centro de salud rural de atención primaria en el distrito sanitario Bahía de Cádiz-La Janda.

**METODOLOGÍA**

Estudio transversal descriptivo efectuado desde el 1 de enero al 31 diciembre de 2010. A través de historias clínicas recogimos las variables edad, motivo de consulta, edad gestacional, tratamiento, tabaquismo activo, diagnóstico final y derivación al alta (domicilio, centro de salud, hospital).

**RESULTADOS**

Se registraron 107 gestantes con edad media de 23,8 años; 53,5% acuden por disnea, 32,1% están diagnosticadas de asma bronquial y siguen tratamiento, 2,8% son fumadoras de 7,5 cigarrillos/día; 5,7% se tratan con beta-2-agonistas de corta duración, 1,8% con beta-2-agonistas de larga duración y corticoides, 0,3% con inhibidores de mastocitos. La mayoría acuden en el primer y tercer trimestre (35 y 43 casos, respectivamente), mientras que en el segundo trimestre desciende el número levemente (29). Las 20 pacientes que acuden por disnea y no están diagnosticadas de asma muestran en 1,2% criterios clínicos de hiperreactividad bronquial, 8 presentan un síndrome de ansiedad y 6 no cumplen criterios de disnea objetiva; 10 % diagnosticadas de bronquitis aguda, 40% de exacerbaciones asmáticas; el 19,5% se deriva a su domicilio, 4% recibe tratamiento con aerosoles en el centro de salud; 3 pacientes se derivan al SCCU por disnea persistente.

**COMENTARIO Y CONCLUSIONES**

La disnea es un síntoma común en el embarazo. En pacientes asmáticas hay un alto número de exacerbaciones durante la gestación, que predominan al principio y al final del embarazo. Un estricto control de la gestante asmática es de vital importancia para madre y feto. El infratratamiento y el tabaquismo pueden ser causas reversibles para disminuir el número de exacerbaciones.

**058-0****Autolisis, tentativa de suicidio,  
llamada de atención**

García Tercero A, Martínez Villegas I, Vena M, Ibáñez Herrera JM, Beltrán Navas F, Moret Díaz B

**OBJETIVOS**

Analizar las asistencias por intento de autolisis en una unidad móvil de un dispositivo de apoyo a un Distrito Sanitario durante 2010.

**METODOLOGÍA**

Estudio retrospectivo en que se analizaron las historias clínicas de los pacientes atendidos por la unidad móvil que se autolesionan. Se recogieron las variables sexo, edad, antecedentes personales, horario, mecanismo lesional y tratamiento.

**RESULTADOS**

En 2010 se atendió a 59 pacientes por intento de suicidio. De ellos, 62,718% eran hombres de 40 años y 37,288% (22) mujeres de 41 años. El 82,91% de las asistencias fueron diurnas. Motivo de la consulta: intento autolisis 59,322% (35), ingestión medicamentosa y/o benzodiacepinas 28,813% (17), cortes 6,779% (4), inconscientes 5,084% (3). El 67,796% (40) tienen trastornos psiquiátricos (afectivos, de personalidad, ansiedad, alcoholismo y esquizofrenia), 32,204% no tiene patología psiquiátrica diagnosticada previamente, 3 varones habían sido diagnosticados de enfermedad terminal. El 100% de los pacientes psiquiátricos lo habían intentado con anterioridad. Mecanismo lesional: por ingestión de benzodiacepinas 57,627% (34), heridas y cortes 30,508% (18), de predominio masculino 66,6% (12), sobredosis 3,389% (2), precipitación 3,389% (2) hombres, ahorcadura 5,084% (3) hombres. El 91,525% (54) se trasladó para valoración por psiquiatra.

**COMENTARIO Y CONCLUSIONES**

La persona que se autolesiona es un hombre de 40 años que en siete de cada diez casos padece un trastorno psiquiátrico y que ejecutó gestos autolíticos previos mediante la ingestión de fármacos, cortes y caídas desde lugares altos, y fue trasladado para valoración psiquiátrica.

**059-0****Asistencia de urgencias a ancianos  
en residencia en el medio rural**

Moret Díaz B, Martínez Villegas I, Vena M, Ibáñez Herrera JM, García Junquero MR, Sobrino González M

**OBJETIVOS**

Analizar las asistencias urgentes en las residencias de ancianos de una Zona Básica de Salud (ZBS) por dispositivo de

cuidados críticos y urgencias (DCCU) de un Distrito Sanitario de atención primaria durante 2010.

#### METODOLOGÍA

Estudio transversal descriptivo efectuado desde el 1 de enero al 31 diciembre de 2010, basado en la revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en residencias de mayores de una ZBS. Recogimos las variables edad, centro, sexo, fecha, diagnóstico, derivación, franja horaria y motivo de consulta.

#### RESULTADOS

De las 1.166 asistencias realizadas por el DCCU en 2010, 9,519% (111) corresponde a residencias de ancianos, 54,054% (60) son mujeres de 82 años de edad media; 45,945% (51) son hombres de 77 años. El 65,765% (73) de las asistencias se realiza en la residencia Amor de Dios y Espíritu Santo. La franja horaria con mayor concentración de avisos es la noche con 52,25% (58). El motivo de consulta: disnea 45,945% (51), exitus 18,918% (21), problemas gástricos 7,207% (8), problemas cardíacos 15,315% (17), caídas y fracturas 4,504% (5), accidente cerebrovascular 4,505% (5) y crisis convulsivas 3,603% (4). La derivación: domicilio 36,936% (41), traslado en ambulancia a hospital 63,062% (70), en UVI móvil (con personal sanitario) 29,729% (33) y traslado por ambulancia convencional 33,33% (37). Fecha de mayor número de asistencias diciembre 15,315% (17).

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La mujeres ancianas residentes en centros de mayores son las que en mayor cuantía utilizan los recursos sanitarios. Estas asistencias tienen un predominio nocturno. El motivo más frecuente es la disnea, que suele tener mayor incidencia en los meses invernales.

### 060-0

#### Dolor de muelas en los servicios de urgencias: ¿control por médico de EBAP?

Martínez Villegas I, Vena M, García Junquero MR, Ibáñez Herrera JM, Rodríguez Torres M, Sánchez Galera A

#### OBJETIVOS

Analizar las asistencias por odontalgia en un Servicio de Urgencias de una Unidad de Gestión Clínica de un Distrito Sanitario durante 2010.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo en que se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos por el Servicio de Urgencias que acudieron por problemas buco-dentales. Se estudiaron las variables edad, sexo, motivo de consulta, tratamiento de base, fecha, tratamiento administrado, derivación, si acuden a su médico de atención primaria o vuelven al Servicio de Urgencias.

#### RESULTADOS

Durante 2010 el Servicio de Urgencias atendió a 39.728 pacientes, 1.456 (3,664%) por dolor de muelas. De ellos, 738 (50,343%) eran hombres de 32 años de edad media y 723 (49,656%) mujeres de 34 años de edad media. Durante los fines de semana (sábado y domingo) suman 728 asistencias (50%). El martes destaca con 260 (17,857%). Se diagnosticó de Odontalgia a 54,258% (790), de flemón dentario a 24,313% (354), prótesis yatrogénicas 13,736% (200), destrucción y fractura de pieza dentaria 11,263% (164), piorrea 6,730% (98), sangrado tras extracción dental 3,983% (58). Toman tratamiento de base con analgésicos 3,571% (52), con antibióticos (ATB) + analgésicos 46,428% (676) y no toman tratamiento 50% (728). Se les indican analgésicos IM a 46,428% (676), ATB + analgésicos a 21,428% (312) y tratamiento con corticoides a 32,142% (468). Volvieron en menos de 72 horas 58,035% (265). No acudieron a su médico de EBAP 79,395% (1.156).

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los pacientes son jóvenes que acuden al Servicio de Urgencias por dolor dentario de varios días de evolución, no toman tratamiento previo y lo que buscan es un alivio rápido. Suelen volver a los pocos días con los mismos síntomas solicitando medicación que calme esa molestia. Cuando se le pregunta si han acudido a su médico transmiten la idea de que el médico no les da solución y los deriva al especialista.

### 061-0

#### Sé lo que hiciste el último verano: médicos sustitutos al borde del colapso

Martínez Villegas I, Vena M, Sobrino González M, Ibáñez Herrera JM, García Junquero MR, De la Fuente Rodríguez CM

#### OBJETIVOS

Determinar el grado de desgaste profesional (burn-out) en los médicos sustitutos de los DCCU de una UGC de un Distrito Sanitario durante los meses de verano y los factores asociados al desgaste profesional.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal de los médicos sustitutos en Urgencia extrahospitalaria de una UGC (n=14) tanto en Unidad Móvil (8) como en Servicio de Urgencias (6). Se aplicó el Cuestionario Maslach Burnout Inventory y una encuesta con variables sociodemográficas y sugerencias. Ambos fueron anónimos y autoadministrables.

#### RESULTADOS

Contestaron todos los encuestados. Mujeres 71,428%, de 31 años de edad media; hombres 28,571%, de 36 años de edad media. No son médicos especialistas (MIR) 42,857%, extranjeros

21,428% (100% de éstos no tienen especialidad). Realizan guardias de 24 horas 100%; con turno rotatorio sin guardias extras 0 (0%); con turno rotatorio cada 4 días con guardias extras 3 (21,428%) y con turno rotatorio cada 5 días con guardias extras 11 (78,571%). Presentan burn-out 78,571% de los profesionales (moderado 35,714% y alto 42,857%). Como sugerencias para mitigar el burn-out destacan la necesidad de descanso entre guardias y algún fin de semana libre, necesidad de formación en Urgencias, la petición de apoyo de mejoras laborales, la necesidad de incrementar la plantilla de médicos sustitutos, reducir el número de guardias extras, la implicación de la Administración y la Gerencia, la remuneración económica...

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El grado de desgaste profesional (burn-out) es muy elevado en los médicos sustitutos de los Servicios de Urgencias. Como posibles causas sentidas se destacan la cantidad de horas trabajadas y la falta de descanso entre guardias.

#### 062-0

### Cuando el mejor amigo del hombre ataca

Vena M, Martínez Villegas I, Ibáñez Herrera JM, De la Fuente Rodríguez CM, Moret Díaz B, Beltrán Navas F

#### OBJETIVOS

Analizar la población agredida por perros atendida en un dispositivo de apoyo a un Distrito Sanitario de atención primaria.

#### METODOLOGÍA

Estudio transversal, retrospectivo, a través de historias clínicas y partes al juzgado desde el 1 de enero de 2008 hasta el 30 de diciembre de 2010. Se recogieron las variables edad, sexo, tipo de lesión, tratamiento y derivación al alta.

#### RESULTADOS

En el periodo analizado se registraron 68 mordeduras de perros. El 18,36% de los afectados tenía 1-14 años, 12,92% 15-50 años y 14,96% 51-80 años. En el primer y segundo grupo la mayoría de los afectados eran hombres (4,86 y 2,28%, respectivamente) mientras que en los mayores de 51 años predominaban las mujeres (2,86%). De entre todos ellos, 42 presentaron rasguños y erosiones, mientras 26 casos presentaban mordeduras más graves; de ellos, 19 sin defecto de sustancia y sólo 1,82% con defecto. Este último grupo se derivó al SCCU. El 98,5% de los afectados recibieron tratamiento antibiótico.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Las mordeduras por perro siguen siendo un motivo común de consulta en los Servicios de Urgencias. La mayoría de los accidentes ocurren en edad pediátrica. Un gran número de lesiones se pueden considerar leves mientras sólo 10,1% necesita tratamiento en

hospital. En la franja de edad de 51-80 años las mujeres presentan más incidentes que los hombres.

#### 063-C

### Accidentes en la infancia: intoxicación por morfina en lactante de 20 meses

Vena M, De la Fuente Rodríguez CM, Martínez Villegas I, Moret Díaz B, Ibáñez Herrera JM, Beltrán Navas F

#### INTRODUCCIÓN

Los accidentes son la primera causa de muerte en niños mayores de 1 año. Representan una importante causa de morbilidad, secuelas y erogación de recursos. Existen cifras de mortalidad por accidentes y de registros de internados, pero los datos de los pacientes lesionados son difíciles de registrar.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Presentamos el caso de una lactante de 20 meses, con desarrollo psicomotriz normal previamente, que acude a nuestro Servicio de Urgencias con disminución de nivel de conciencia. El día anterior se encontraba en perfecto estado y no había aquejado ninguna dolencia. En la exploración se observa estupor, leve sequedad de piel y mucosas, respiración superficial, murmullo vesicular conservado aunque globalmente disminuido, bradicardia de 70 lpm con tonos rítmicos y sin soplos; TA 75/45 mmHg, saturación de oxígeno de 86%, escala de Glasgow para niños de 1-5 años de 8 puntos; afebril; orificios corporales sin cuerpos extraños; no adenopatías ni otras alteraciones llamativas.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se procede a desnudar a la paciente sin observar ninguna lesión dérmica ni petequias. Aplicamos soporte de oxígeno al 100% con mascarilla de alto flujo, suero salino al 0,9% por vía periférica y monitorización de las constantes. Tras examen minucioso, se detecta parche de fentanilo de 75 mcg en la espalda de la paciente. Se retira y se administra antídoto a dosis equivalente para su peso con respuesta inmediata. Posteriormente se traslada al hospital más cercano donde permanece en observación las siguientes 72 horas sin presentar otras complicaciones y con recuperación completa.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "accidentes infantiles", "intoxicaciones en la infancia", "prevención de accidentes". 1.- Waisman I, Núñez JM, Sánchez J. Epidemiología de los accidentes en la infancia en la Región Centro Cuyo. Rev Chil Pediatr 2002;73:404-14. 2.- Prevención de accidentes en la infancia. Disponible en: <http://www.sepeap.org>. 3.- European Child Safety Alliance. Prioridades para la seguridad infantil en la Unión Europea. Plan de acción. Ministerio de Sanidad 2004. Disponible en <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/seguridadInfantilUE.pdf>

## 064-0

### Análisis del tipo de tratamiento del dolor en los pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios

Vena M, Ibáñez Herrera JM, Martínez Villegas I, De la Fuente Rodríguez CM, García Junquero MR, Rodríguez Torres M

#### OBJETIVO

Analizar el tipo de fármacos prescritos según la escalera del dolor de la OMS en la Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios (UCPD). Cuantificar las necesidades de tratamientos combinados.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Revisión de historias clínicas de pacientes incluidos en la Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios, fallecidos entre 30 de Septiembre de 2009 y 30 de Abril de 2010. Registrados 92 fallecimientos; 7 excluidos por falta de documentación del tratamiento. Fallecidos varones 62,3% y 37,7% mujeres. Edad media: 70 años. Variables registradas: síntomas, tratamiento administrado y necesidad de cambio.

#### RESULTADOS

Principales problemas recogidos en la primera visita: dolor (69,8%), anorexia (49,1%), astenia (30,2%), estreñimiento (27,4%) e inmovilización (20,8%). Situación analgésica al inicio de su estancia en UCPD: 16 no precisaban analgesia (15,1%), otros 16 en primer escalón (15,1%), y 10 en segundo (9,43%); tramadol es el analgésico más utilizado (90%). Los 64 restantes necesitaban tercer escalón (60,37%) con fentanilo como opioide más utilizado (41 casos), seguido de morfina oral (12); buprenorfina y oxycodona en la misma proporción. Tratamiento de rescate: de 51 casos, la más usada fue morfina. Cambio de tratamiento analgésico: 68,9% no precisaron cambio ni rotación; 81,15% precisaban tratamiento coadyuvante, ansiolíticos (53 casos) y corticoides (46) los más utilizados.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El principal problema era el dolor. En la mayoría de los casos, en la primera visita precisan ya de tercer escalón analgésico sin necesidad de cambio ni de rotación. Es un tratamiento que puede ser bien abordado por un médico de familia instruido en Cuidados Paliativos.

## 065-0

### Pacientes que vuelven a ser asistidos en menos de 72 horas en una Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias

Sobrino González M, De la Fuente Rodríguez CM, Martínez Villegas I, Sánchez Galera A, Ibáñez Herrera JM, Moret Díaz B

#### OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de pacientes que vuelven a ser atendidos en menos de 72 horas en el primer eslabón de la cadena asistencial de Urgencias en un periodo de esperable mayor asistencia.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal referido al periodo estival de 2010, en una Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias (UCCU) de un Distrito Sanitario de la Costa Andaluza.

Consideramos las siguientes edad (discriminamos adultos y niños menores de 16 años), sexo y patologías más frecuentes.

#### RESULTADOS

Se atendió en el periodo estival a 6.700 pacientes, 248 (3,7%) vuelven en un periodo inferior a 72 horas. Hombres 41,5%, con 37 años de edad media; mujeres 37,5% con 32 años de edad media; niños 15,4% y niñas 13%, con 5 años de edad media. Los motivos de consulta más frecuentes vistos en adultos fueron reacciones alérgicas (19,38%), procesos infecciosos de vías altas (15,3%), dolor mal controlado (15,3%), síntomas digestivos (5,6%), tratamiento remitido de hospital concertado (5,6%), otros (hipertensión arterial, fiebre, trastornos ansiosos-depresivos, 31,2%). En niños predominan las infecciones de vías altas (56,8%) y los síntomas digestivos (13,46%). En 93,5% de adultos y niños que vuelven a ser asistidos la segunda consulta tiene relación con la inicial.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Predominio de patologías características del periodo estival como urticarias, gastroenteritis y otitis. Relación directa entre el motivo de consulta inicial y el secundario en menos de 72 horas. Deberíamos realizar intervenciones de promoción y prevención de la salud y reforzar el plan de actuación al alta con consejos higiénico-dietéticos para disminuir las asistencias por el mismo proceso.

## 066-C

### El sarpullido que no se quita: un caso de mastocitosis cutánea

Vena M, Martínez Villegas I, Ibáñez Herrera JM, Sánchez Galera A, De la Fuente Rodríguez CM, Moret Díaz B

#### INTRODUCCIÓN

Las mastocitosis son enfermedades raras del sistema hematopoyético cuyo carácter clonal se debe a mutaciones del receptor del stem cell factor (c-Kit). Los tejidos afectados son piel, médula ósea y tubo digestivo. Según Centro de Estudios de Mastocitosis de Castilla se detectan 90 casos por año.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Presentamos el caso de una lactante de 9 meses, con desarrollo psicomotriz normal hasta la fecha, que acude a nuestro Servicio de Urgencias en varias ocasiones durante 8 semanas por lesiones

cutáneas pruriginosas permanentes. En la anamnesis destaca que las lesiones al principio eran aisladas, pero al cabo del tiempo aumentan en situación de estrés ambiental y anímico. No se asocia a la introducción de nuevos alimentos ni a fármacos, pero se acompaña de episodios de diarrea. En la exploración observamos lesiones máculo-papulosas rojizas de diferentes tamaños, redondeadas, con signos de rascado en el tronco de la paciente, predominantemente en la espalda. Al frotar las lesiones dejan inmediatamente eritema y urticaria. El resto de la exploración física es normal.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se recomienda valoración especializada por dermatólogo de zona, que diagnostica a la paciente de mastocitosis cutánea. Al no presentar signos graves sistémicos actualmente no se ha realizado biopsia. Se aplicó tratamiento tópico con cromoglicato, con lo que se produjo mejoría del cuadro clínico. Revisiones periódicas para detectar posibles afectaciones sistémicas.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "mastocitosis", "mastocitosis cutáneas", "mastocitosis sistémica". 1.- Mardones P, Moyano C, Pena K, Quijada C. Mastocitosis sistémica: un caso clínico. *Rev Med Chile* 1998;126:823-7. 2.- Conejos-Miquel MD, Álvarez-Twose I, Gil-Díaz MJ, Sevilla-Machuca I. Mastocitosis: actualización y aspectos de interés para el médico de atención primaria (I). *Semergen* 2010;36:283-9. 3.- Conejos-Miquel MD, Álvarez-Twose I, Gil-Díaz MJ, Sevilla-Machuca I. Mastocitosis: actualización y aspectos de interés para el médico de atención primaria (II). *Semergen* 2010;36:342-7.

### 067-C

#### Pericondritis recidivante

Vena M, Martínez Villegas I, Ibáñez Herrera JM, Sobrino González M, Moret Díaz B, Sánchez Galera A

#### INTRODUCCIÓN

La policondritis recidivante es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la inflamación crónica, multisistémica y recurrente de los tejidos cartilaginosos. El diagnóstico se basa en criterios clínicos (condritis auricular, artritis no erosiva, condritis nasal, afectación ocular...).

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Se describe el caso de una mujer de 41 años. Estando previamente bien, presentó de forma brusca tumefacción unilateral de la oreja derecha con enrojecimiento, eczema, sensación de dolor continuo, cefalea e hipoacusia. Refería cierta deformación del pabellón auricular, coincidiendo con la inflamación máxima. Tras haber estado asintomática durante 7 meses, acude de nuevo por un cuadro parecido al anterior, esta vez sin eczema y menos deformidad. En la exploración física destaca lesión eritematosa ligeramente sobrelevada con eczema intenso hasta conducto auditivo externo.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Tras el segundo episodio se diagnostica de pericondritis recidivante y se administra tratamiento con cloxacilina (500 mg cada 8 horas) durante una semana y deflazacort (30 mg al día) en pauta descendente, con lo que se obtiene remisión de síntomas. Hasta la actualidad no ha presentado ningún nuevo episodio.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "policondritis recidivante", "cartílago". 1.- Meza J, Remes JM, Montaña A. Policondritis recidivante. *Rev Mex Reumatol* 2001;16:309-14. 2.- Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL. Harrison, Manual de Medicina. 16ª ed. Madrid: McGraw Hill 2005;852. 3.- Dante CG, Romero O, Mendoza R. Policondritis recidivante. *Dermatología Peruana* 2000;10:56-8.

### 068-O

#### Perfil de prescripción de antimicrobianos en el entorno urbano-no urbano: ¿existen diferencias?

Pinilla Sánchez JM, Eiros Bouza JM, Moreno Sánchez E, Vega Quiroga S, Giménez Moreno MI, Arahuetes Benito F

#### OBJETIVOS

En atención primaria se prescriben aproximadamente 85% del total de los antibióticos. Dentro de los sistémicos (J01), el subgrupo de macrólidos (J01F) representa un porcentaje importante. Planteamos como objetivo cuantificar dicha prescripción y analizar la variabilidad geográfica de la misma.

#### METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2007 en el marco de la atención primaria de un Área de Salud que cuenta con 16 Zonas Básicas de Salud, de las que tres son urbanas, una semiurbana y el resto rurales. Se trata de un análisis descriptivo observacional. La fuente de Información es el Sistema de Información de Farmacia denominado "Concylia". Los datos han sido suministrados en forma de DDD (dosis diaria definida) y el indicador utilizado es DHD (dosis por mil habitantes y día).

#### RESULTADOS

Los macrólidos representaron un porcentaje de prescripción de 10,15% del grupo J01 con una media anual de 1,83 DHD. La prescripción de dicho subgrupo presentó una tendencia descendente. Destacaron los datos de la claritromicina en cuanto al volumen de prescripción (54,5% del total de DDD), que disminuyó 40% a lo largo del periodo; igual que la eritromicina (16,3% del total de DDD), con una minoración del 46%. Comportamiento diferente han tenido tanto la azitromicina como la clindamicina, que han visto multiplicada por dos su prescripción desde 1999 a 2007. La prescripción global de macrólidos presentó diferencias estadísticamente

significativas ( $p < 0,05$ ) entre el entorno urbano y no urbano, mayor en este último. Asimismo, se encontraron diferencias en la prescripción de claritromicina y de azitromicina ( $p < 0,05$ ).

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los macrólidos fueron el segundo subgrupo de prescripción por detrás de las penicilinas (64,42%) dentro del grupo J01. Su evolución presentó una tendencia descendente. Destaca por su importancia terapéutica el descenso de la claritromicina. La azitromicina, por su parte, presentó una evolución ascendente durante todo el periodo y pasó de 0,22 DHD a 0,46 DHD. Se ha podido constatar que la prescripción de macrólidos fue mayor en las Zonas Básicas de Salud no urbanas respecto de las urbanas.

### 069-0

#### Violencia de pareja

Vena M, Martínez Villegas I, García Junquero MR, Sobrino González M, Ibáñez Herrera JM, De la Fuente Rodríguez CM

#### OBJETIVOS

Describir las asistencias por violencia de pareja y el perfil de las víctimas atendidas por un Servicio de Urgencias extrahospitalario de un dispositivo de apoyo de un Distrito Sanitario de atención primaria.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal efectuado entre 1 de enero y 31 de diciembre de 2010. A través de las hojas de los partes al juzgado recogimos las variables edad, sexo, procedencia del reclamante, fecha y hora de la asistencia, motivo de consulta, tipo de lesión, relación con el agresor.

#### RESULTADOS

Durante 2010 el Servicio de Urgencias del dispositivo emitió 264 partes al juzgado, 36,363% (96) de violencia de pareja, 91,666% (88) en mujeres con 30 años de edad media y 8,333% (8) en hombres con 27 años de edad media. De ellos, 1,041% eran de nacionalidad rumana y 1,041% de etnia gitana. Una víctima fue agredida por pareja del mismo sexo. El agresor era la pareja actual en 78,125% de los casos, en 21,875% era expareja y en 97,916% (94) eran españoles. En domicilio conyugal 95,833%, 4,16% en sitios varios (casa de los suegros, en la calle, en bar...). Lesiones en extremidades superiores en 60,41%, en 13,54% en cabeza y cara, en 10,41% en pecho, en 8,33% en abdomen y en 6,25% en espalda. Erosiones y arañazos en 44,791%, en 35,416% contusiones, en 6,25% heridas, en 13,54% varias lesiones. De ellos, 50% manifestó agresiones psicológicas (insultos, gritos vejaciones...).

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La violencia de pareja tiene como víctima habitual a una mujer de origen español, joven, que es agredida por su pareja en su domicilio conyugal, ocasionándole erosiones y contusiones en brazos y cara. Llama la atención que en generaciones tan jóvenes sea tan frecuente la violencia en el seno de la pareja.

### 070-0

#### Accidentes de tráfico: traumatismo grave en la autovía

Sobrino González M, De la Fuente Rodríguez CM, Martínez Villegas I, Rodríguez Torres M, Sánchez Galera A, Ibáñez Herrera JM

#### OBJETIVOS

Conocer el perfil de los pacientes atendidos por accidentes de tráfico en una ciudad turística por una Unidad Móvil de un DCCU de un Distrito Sanitario durante el año 2010, haciendo especial hincapié en la descripción del traumatismo grave (heridas por traumatismo que suponen un riesgo vital).

#### METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo donde se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos por la Unidad Móvil con motivo de consulta "accidente de tráfico". Se estudiaron las variables edad, sexo, motivo de consulta, vehículo implicado, horario y diagnóstico final.

#### RESULTADOS

Se revisaron 218 historias clínicas resultantes de accidentes de tráfico atendidos durante 2010. Corresponden a hombres 137 (62%) con 37 años de edad media, y 81 (28%) a mujeres de 28 años de edad media. Se produjeron 8 traumatismos graves, todos en hombres. Dentro del casco urbano 189 (86,697%), 29 (13,302%) en carreteras y autovías en las que se localizan todos los traumatismos graves. Vehículos: 38 (17,431%) motos, 175 (80,276%) coches, 4 (1,834%) camiones y 1 autobús (0,488%); 2 (25%) motoristas y 6 (75%) conductores sufrieron traumatismos graves. En horario diurno (de 8:00 a 20:00) se produjeron más accidentes: 153 (70%); en horario nocturno se localizan todos los traumatismos graves. En el mes de mayo fue cuando hubo más accidentes (20). El día de la semana con más accidentes fue el viernes (27). Politraumatismos: en tramo diurno se produjeron 5 lesionados (3,2% del total) y en el nocturno 3 (4,6%).

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Al ser ciudad turística en los meses de verano se producen más accidentes. Llama la atención que el mes con más siniestros es Mayo (coincidente con ferias comarcales y otros festejos en la provincia). Perfil: varón joven que en horario diurno sufre accidente no grave en el casco urbano. El traumatismo grave se corresponde con accidente nocturno en autovías y vías interurbanas.

### 071-0

#### Partes al juzgado: ¿médico de familia igual a médico forense?

Martínez Villegas I, García Junquero MR, Sobrino González M, Moret Díaz B, Ibáñez Herrera JM, Rodríguez Torres M

## OBJETIVOS

Describir las asistencias con partes al juzgado emitidos por un Servicio de Urgencias extrahospitalario de un dispositivo de apoyo de un Distrito Sanitario de atención primaria.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal efectuado entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2010. A través de las hojas del parte al juzgado recogimos las variables edad, sexo, procedencia del reclamante, fecha y hora de la asistencia, motivo de consulta, tipo de lesión, relación con el agresor.

## RESULTADOS

Durante 2010 el Servicio de Urgencias emitió 264 partes al juzgado. En 65,714% de los casos eran mujeres con 32 años de edad media y en 34,285% hombres con 39 años de edad media. El motivo de reclamación fue: en 36,363% violencia de pareja, 91,666% de los cuales (88) eran mujeres de 30 años de edad media y 8,333% hombres de 27 años de edad media; en 22,727% robos, 60% de las cuales eran mujeres de 38 años de edad media. Se provocaron contusiones varias y erosiones en 78,33% de los casos. En 22,727% de los casos las agresiones se efectuaron por desconocidos, 30% (18) de estas denuncias presentadas por Cuerpos de Seguridad del Estado, 11,111% eran heridas sangrantes. Mordeduras de animales en 9,09%, 95,833% por mordedura de perro. Un caso era herida complicada, el resto limitada a epidermis. Colisiones entre vehículos 8,712%, todas las cuales referían molestias en el cuello. Agresión sexual o violación a una mujer de 23 años (0,378%), que se derivó a hospital para estudio y toma de muestras.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Existe una alarmante proporción de violencia de pareja en mujeres jóvenes de la localidad y un elevado número de denuncias por robo con violencia y denuncias por agresiones. Llama la atención que la Policía en acto de servicio sufra agresiones que dan lugar a heridas sangrantes. La forma de narrar las lesiones y la terminología usada pueden hacer inclinar a la Justicia en uno u otro sentido. Es necesaria la formación en medicina legal y forense.

## 072-0

### Establecimiento de un protocolo de custodia, un año después

Martínez Villegas I, De la Fuente Rodríguez CM, García Junquero MR, Ibáñez Herrera JM, Rodríguez Torres M, Sánchez Galera A

## OBJETIVOS

Tras un año de implantación de un protocolo de custodia de ropa y objetos personales se pretende comparar el cumplimiento del protocolo en UVI móvil frente al del Servicio de urgencias (SU.)

## METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo en que, por una parte, se examinaron las historias clínicas de los pacientes atendidos por la Unidad Móvil y el Servicio de Urgencias e incluyó la Hoja de Custodia; y, por otra, se revisó el Libro de Registro de objetos hallados sin identificación.

## RESULTADOS

Se revisaron 218 hojas de custodia en que se incluyen 31 objetos sin identificar, 62% en el caso de hombres con 73 años de edad media y 28% en el de mujeres de 82 años de edad media. Generadas en UVI 65,461%, en SU 34,538%. La UVI encontró un objeto sin catalogar. En SU hallaron 47,692% de los objetos no identificados. En 72,289% de los casos es ropa, en 12,048% tarjetas sanitarias, en 1,284% dentaduras, en 2,409% gafas, en 0,401% carteras, en 0,803% libros, en 1,606% paraguas, en 0,401% pendientes, en 0,803% DNI, en 1,284% teléfonos móviles, en 0,401% bolsos, en 3,624% calcetines, en 1,284% ropa interior, en 0,401% bastones, en 1,606% sábanas. Se recogieron el mismo día 73,895%, 3,212%, en la siguiente semana; en los meses sucesivos no se reclamó ningún objeto y 23,694% llevan un año sin ser recogidos. De los objetos recogidos en UVI 99,386% fue entregado durante la transferencia de pacientes; en el SU 22,916% se entregó a la familia. Se entregaron 18,75% tras reclamación y tras un año quedan 58,333% objetos en SU.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Se observa que la mayoría de los objetos encontrados y no reclamados se encuentran en el Servicio de Urgencias. Hay que mejorar el cumplimiento del nuevo protocolo por parte de todo el personal implicado en la custodia de objetos y ropa de los pacientes; a su vez hay que valorar en este punto el trabajo realizado por los profesionales de la UVI móvil.

## 073-0

### Reclamaciones: ¿qué hacemos mal?

Martínez Villegas I, Sobrino González M, De la Fuente Rodríguez CM, Ibáñez Herrera JM, Rodríguez Torres M, Sánchez Galera A

## OBJETIVOS

Analizar las reclamaciones contra Servicio de Urgencias extrahospitalario de un dispositivo de apoyo de un Distrito Sanitario de atención primaria tras la prestación de asistencia sanitaria.

## METODOLOGÍA

Estudio transversal efectuado entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2010. A través de las hojas reclamaciones recogimos las variables edad, sexo, procedencia del reclamante, fecha y hora de la asistencia, motivo de reclamación y relación con el paciente.

## RESULTADOS

En 2010 el Servicio de Urgencias de una localidad costera recibió 35 reclamaciones, 65,714% de mujeres con 32 años de edad

media y 34,285% de hombres con 39 años de edad media. El motivo fue en 51,428% de los casos demora en ser atendido, en 11,428% el médico no receta lo que se le pide, en 11,428% el médico se ha ausentado dejando el centro solo, en 8,571% no hay pediatra de urgencias, en 5,714% (2) solicitan vacunación antitetánica, en 5,714% (2) personas que entran antes que otros, en 2,857% solicitan una ambulancia para volver a casa y en 2,857% no hay radiografía. Los fines de semana acumulan 74% del total. El mes de abril aglutina 54,714% de las reclamaciones (vacaciones de semana santa) y durante los meses de verano apenas hay reclamaciones (se instala una consulta para desplazados). El 60% de las reclamaciones las realizan los acompañantes, 37,142% los pacientes y 2,857% otros. El 77,142% de las reclamaciones son de personas de otras localidades.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La mayoría de las reclamaciones han sido realizadas por acompañantes de pacientes que acuden en época de gran demanda al Servicio de Urgencias y se encuentran con tener que invertir mucho tiempo para ser atendidos. Se comprueba que el refuerzo de las Urgencias en los meses de verano hace descender el número de reclamaciones y queda el periodo de vacaciones de Semana Santa como un periodo crítico.

#### 075-C

### Endocarditis bacteriana por piercing en lengua

Martínez Villegas I, Moret Díaz B, Sobrino González M, Ibáñez Herrera JM, Sánchez Galera A, García Junquero MR

#### INTRODUCCIÓN

La endocarditis es resultado de una infección de la sangre. Las bacterias entran en el torrente sanguíneo durante técnicas médicas y viajan al corazón, donde se establecen en válvulas cardíacas dañadas. Algunas técnicas de estética como los piercings pueden dar lugar a estas complicaciones infecciosas.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Joven de 26 años que acude repetidamente al Servicio de Urgencias por fiebre, dolor en el pecho, astenia, debilidad muscular y pérdida de peso. Hace unas semanas se le retiró un piercing lingual infectado y comenzó tratamiento antibiótico. En la exploración hay murmullo vesicular conservado, tonos cardíacos puros y rítmicos y presencia de soplo que refiere haber tenido de niño. Fiebre de 39°C; ECG con ritmo sinusal 73 lpm y retraso en la conducción aurículo-ventricular (bloqueo de rama); resto de la exploración normal. Con la sospecha de endocarditis bacteriana se deriva para estudio y pruebas complementarias. Si se confirma la endocarditis bacteriana hay que comenzar estudio familiar por estar relacionado con patología cardíaca de origen genético.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Ante paciente joven con cuadro febril asociado a infección bucal que presenta alteraciones cardíacas de nueva aparición (soplos o

trastorno de la conducción) debemos descartar endocarditis bacteriana. En ocasiones los signos y síntomas clásicos pueden fallar, por lo que hay que poner en práctica criterios que reúnan sensibilidad y especificidad adecuadas (criterio de Duke modificado). En todo caso, es de gran importancia un alto grado de sospecha diagnóstica.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "endocarditis bacteriana", "criterio de Duke modificado", "Streptococcus viridans". 1.- Sean T, Carroll MD, Riffenburgh RH, Roberts TA, Myhre EB, Tattoos and body piercings as a indicators of adolescent risk taking behaviour. *Pediatrics* 2002;109:1021-7. 2.- Einbecke F. Cardiopatía congénita. Enfermedad del corazón y de los vasos. 3ª edición. Mediterráneo 2000;342-6. [www.semes.org](http://www.semes.org)

#### 076-C

### Revisión del tratamiento en ancianos: a propósito de un caso de confusión de medicamentos

Rodríguez Sáez C, López Robles E, Priede Díaz MI, Melgosa Moreno MS, Álvarez Gutiérrez L, Real Revuelta M

#### INTRODUCCIÓN

Este caso expone la importancia de revisar el tratamiento en ancianos. En este paciente la rápida solución no resta importancia a las consecuencias que un retraso diagnóstico podría haber desencadenado. Las benzodiazepinas son factor de riesgo de síndromes geriátricos: caídas, cuadros confusionales.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 84 años que vive con su marido, diagnosticado de demencia senil; ella es la cuidadora principal. Es hipertensa, en tratamiento con enalapril 20 y con buenos controles. Avisa al Servicio de Urgencias porque desde hace 2 semanas se encuentra más torpe, inestable en ciertos momentos, mareada, con tendencia al sueño y con la tensión arterial más alta. En la exploración no hay nada reseñable, excepto tensión arterial de 160/90. Seguidamente se revisa el tratamiento y se comprueba que la paciente está tomando lormetazepam, pautado para su marido por problemas del sueño, en lugar del enalapril. Se determina que la falta de pastillas de benzodiazepinas coincide con el inicio de la clínica. Se retira progresivamente dicho tratamiento y se reintroduce el antihiperensivo, con lo que la paciente mejora rápidamente. Se pone en conocimiento de su médico de familia.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Revisar periódicamente la medicación, tanto médicos como farmacéuticos. Considerar como reacción adversa a medicamentos cualquier nuevo síntoma (caídas, mareos, inestabilidad, cambios de comportamiento). En el caso de benzodiazepinas hay que valorar el tiempo de ingestión; si es menor de una semana, se suspende la

toma y si es superior se reduce progresivamente. Para minimizar los riesgos hay que conocer las circunstancias de la población anciana: comorbilidad, polifarmacia, déficits cognitivos, déficits sensoriales, analfabetismo. Mantener los medicamentos en sus frascos y separar los utilizados por cada paciente. Emplear cajas con las dosis diarias que puedan reponer los cuidadores.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "medicines and poisonings in elders". 1.- Medicamentos en ancianos. INFAC 2009;17:nº 6. 2.- Baena Díez JM, Martínez Adell MA, Tomás Peregrina J. Selección de medicamentos en el anciano (I). Características diferenciales y criterios genéricos de selección. FMC 2003;10:501-7. 3.- Riu Subirana S, Martínez Adell MA, Baena Díez JM. Fármacos que pueden alterar el estado cognitivo del anciano. FMC 2009;16:287-5.

#### 078-0

### Análisis de la abstinencia tabáquica según el grado de tabaquismo y el grado de dependencia de la nicotina

Sánchez Ruano F, Selles Benavent D, Santonja Granados A, Martínez Moreno FA, Silva León MD, Succì A

#### OBJETIVOS

El grado de tabaquismo (GT) es un buen predictor de la abstinencia tabáquica, lo que tiene gran importancia para la decisión del tratamiento adecuado en cada caso. Queremos evaluar el GT y el grado de dependencia de la nicotina (GDN) como predictores de la abstinencia tabáquica a los 6 meses.

#### METODOLOGÍA

Se ha evaluado a todos los fumadores incluidos en el programa de deshabituación tabáquica del Centro de Salud que llevaran al menos 6 meses de seguimiento. Se ha recogido sexo, índice de tabaquismo mediante el índice años/paquete (a/p), se ha realizado el Test de Fagerstrom simplificado para valorar el GDN, y se ha medido el CO mediante cooximetría. Se ha considerado GT leve <5 a/p y <15 ppm de CO espirado; GT moderado 5-15 a/p y 15-20 ppm de CO; GT intenso >5 a/p y >25 ppm de CO (en caso de discordancia predomina el nivel de CO).

#### RESULTADOS

Se han incluido 97 pacientes, 56,7% mujeres (n=55) y 43,3% hombres (n=42). El índice de tabaquismo es de 28,8 (DE 2,5) a/p en mujeres y de 34,8 (DE 3,4) a/p en hombres. Ha habido una media de 2 intentos previos para dejar de fumar. La abstinencia total a los 6 meses ha sido de 36,08% (n=35), 38,1% en mujeres y 33,3% en hombres. El 34,2% tenían GT leve, 22,8% moderado y 42,8% intenso (p=0,37). El 8,8% tenían el GDN bajo, 41,1% medio y 50% alto, estadísticamente diferencias no significativas.

Tampoco se han encontrado diferencias significativas de abstinencia según el sexo, el número de intentos previos de abandono tabáquico y el índice tabáquico.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El GT predice mejor la abstinencia a los 6 meses que el GDN, tanto en hombres como en mujeres; por tanto, nos puede ayudar mejor a decidir el tipo de tratamiento que la valoración aislada del GDN.

#### 079-C

### La importancia de un ecógrafo en atención primaria: tiene su utilidad

Priede Díaz MI, Melgosa Moreno MS, Priede Díaz LA, López Robles E, Aguilar Cánovas A, Pellico López MA

#### INTRODUCCIÓN

La ecografía en atención primaria (AP) es todavía poco usada. Los inicios no suelen ser sencillos y se encuentra poco apoyo en el segundo nivel y en nuestros gestores. Pero es un hecho que la capacidad resolutive de la AP aumenta y puede ayudarnos al diagnóstico.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 70 años con antecedentes de cardiopatía isquémica en tratamiento con IECA, Adiro 100 y betabloqueantes. Presenta dolor en hipogastrio, continuo, no muy intenso, que no se irradia, sin náuseas, ni vómitos ni fiebre. Acude al Servicio de Urgencias donde, tras realizar exploración, que es normal salvo dolor en hipogastrio con Blumberg negativo, se pauta metamizol con lo que cede la sintomatología. Se le remite a su domicilio. De madrugada comienza de nuevo el dolor, por lo que sus familiares solicitan cita a AP y más tarde solicitan consulta urgente a domicilio por presentar pérdida de conocimiento. En el momento de la llegada al domicilio lleva sólo unos minutos inconsciente, no presenta pulso ni tensión, por lo que se comienza reanimación cardiopulmonar y se trasladada al hospital donde fallece a su llegada. Se realiza ecografía abdominal y se visualiza aneurisma abdominal (AA).

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El AA abdominal es una dilatación patológica de la aorta infrarrenal, con un diámetro antero-posterior de al menos 3 cm. La población de más riesgo son los varones fumadores, de edad avanzada y con historia familiar aneurismática. La ecografía abdominal es un método sensible, específico y rentable para el diagnóstico de dicha enfermedad y la cirugía electiva sobre el AA permite una disminución en la morbimortalidad por esta causa. El AA es una enfermedad con alta mortalidad; a veces la clínica es muy solapada y dificulta por ello su diagnóstico. En este caso, si se hubiese dispuesto de un ecógrafo en AP, se podría haber realizado un diagnóstico precoz y haber tenido otro final.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "ecografía", "atención primaria", "aneurisma de aorta". 1.- García Caballos M, Ramos Díaz F, Solana Moreno M, Santos García A. Diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal mediante ecografía abdominal en atención primaria. *Semergen* 2010;36:471-6.

## 080-C

### Si lo sé, me compro un perro

Pablos Herrero E, Fabra Noguera A, Herranz Fernández M

#### INTRODUCCIÓN

El *Mycobacterium marinum* es una micobacteria atípica que habita en agua estancada. Es la causante del granuloma de las piscinas o de los acuarios. Exponemos un caso de una paciente afectada por esta patología, en la que el diagnóstico se tuvo que realizar por biopsia.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer 55 años. Antecedentes patológicos: osteoporosis, artrosis. Acude a consulta por presentar una lesión papular en carpo de mano derecha, no pruriginosa y ligeramente eritematosa; se observa una lesión en borde ungueal también eritematosa. La paciente se encuentra afebril. Niega posible antecedente traumático. Se pauta tratamiento convencional con amoxicilina-clavulánico con lo que se logra poca mejoría clínica, motivo por el cual es derivada al Servicio de Dermatología para estudio. En la biopsia se aprecia una dermatitis granulomatosa. El diagnóstico de confirmación fue microbiológico, con positividad para *Mycobacterium marinum*. La paciente tiene en su domicilio un acuario. Recibió tratamiento con claritromicina durante 4 meses y el proceso curó.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El granuloma del acuario es una infección cutánea causada por el *Mycobacterium marinum*. Es una bacteria de distribución mundial que suele afectar a personas relacionadas con el mar y los acuarios. El diagnóstico se efectúa mediante por biopsia; el PPD suele ser positivo. El estudio anatomopatológico normalmente refleja un patrón granulomatoso inespecífico y el cultivo bacteriológico es el que suele confirmar el diagnóstico. Esta bacteria es sensible a claritromicina, clotrimoxazol, doxicilina, minociclina, rifampicina y etambutol. El tratamiento debe alargarse hasta 2 meses después de la desaparición de las lesiones, unos 4 meses en total. En casos graves se ha de recurrir al tratamiento quirúrgico.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "granuloma", "acuario", "infección cutánea". 1.- Alcaide F, Esteban J. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* 2010;28(supl 1):46-50. 2.- Jaled MM. Infección por

*Mycobacterium marinum*. Características epidemiológicas, clínicas y tratamiento. *Med Cutan Iber Lat Am* 2010;38:70-5.

## 081-C

### Una forma de debut del Wolff-Parkinson-White

Pablos Herrero E, Fabra Noguera A, Herranz Fernández M, Navarro Reynes A

#### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) es el más frecuente de los síndromes de preexcitación. Ocurre en 0,1-3% de la población. La presentación clínica puede ser muy variada. Exponemos el caso de una paciente que debuta con síndrome de WPW después de una situación laboral estresante.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 32 años, sin antecedentes de interés. Consulta por presentar, coincidiendo con situación laboral estresante, clínica de palpitations, sin afectación hemodinámica, de minutos de duración y que se autolimitan espontáneamente. La exploración y analítica son normales. Electrocardiograma: ritmo sinusal 78 lpm, PR corto, onda delta, Q en DIII y aVF. Ante la sospecha de síndrome WPW se deriva a la paciente a Cardiología. Mientras permanece en lista de espera, presenta un episodio de inestabilidad hemodinámica motivo por el cual ingresa para estudio. En el estudio electrofisiológico no se demuestra preexcitación ventricular. Se le pauta tratamiento con betabloqueantes. La paciente ingresa para nuevo estudio electrofisiológico donde se demuestra preexcitación ventricular con conducción anterógrada intermitente por vía accesoria y se procede a ablación.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En el síndrome de WPW los ventrículos se activan, además de a través del nodo aurículo-ventricular, por una vía anómala que conduce con una mayor rapidez que el sistema de conducción normal. El diagnóstico es clínico y electrocardiográfico. La sospecha clínica se basa en taquicardias, disnea, opresión torácica. El ECG típico de la preexcitación ventricular muestra 3 características: PR corto, complejo QRS ancho y empastamiento en su inicio (onda delta) y cambios en el segmento ST de dirección opuesta a los vectores mayores del QRS y de la onda delta. El tratamiento curativo en 95% de los pacientes es la ablación de la vía anómala por radiofrecuencia, previo estudio electrofisiológico.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "Wolff-Parkinson-White", "taquicardia", "arritmia". 1.- Munger TM, Packer DL, Hammil SC, Feldman BJ, Bailey KR. A population study of the natural history of Wolff-Parkinson-White syndrome in Olmsted County, Minnesota, 1953-1989. *Circulation* 1993;87:866-73. 2. Castillo Arrojo S, Sierra Santos L. Valoración y diagnóstico del síndrome de Wolf Parkinson White en atención primaria. *Medifam* 2001;11:9-22.

082-C

## Manifestación cutánea de un cáncer de pulmón

Pablos Herrero E, Navarro Reynes A, Urrutia Masana L

### INTRODUCCIÓN

El cáncer pulmonar es la primera causa de muerte de origen tumoral en los países desarrollados. Presentamos el caso de un tumor pulmonar con ausencia de manifestaciones respiratorias, cuyo diagnóstico se realizó a partir de una metástasis cutánea.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 63 años, fumador. Presenta en la pared torácica una tumoración bien delimitada de 5 cm de diámetro, blanquecina, dolorosa y no adherida a planos profundos. El paciente sigue controles y curas diarios en el centro de atención primaria. La lesión crece rápidamente, motivo por el cual se deriva urgentemente a cirugía para estudio-biopsia lesional. Después de realizar la biopsia la lesión se convierte en friable, con sangrado espontáneo y muy abundante. Dado el rápido crecimiento de la lesión y su inestabilidad clínica se decide programar para ingreso hospitalario. Durante el ingreso se realiza TAC torácica que descubre la presencia de proceso neofornativo pulmonar en lóbulo superior derecho, con invasión mediastínica y de la pared torácica, sugestiva de lesión metastásica. Resultado de la biopsia: carcinoma pobremente diferenciado, no de célula pequeña.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El diagnóstico del cáncer de pulmón suele hacerse en fases avanzadas y sólo el 20% pueden ser tributarios de tratamiento curativo. La supervivencia depende en gran medida de la posibilidad de realizar cirugía con intención curativa, lo que implica estadios clínico-radiológicos precoces y buena calidad de vida paciente. La supervivencia de los pacientes con neoplasia de pulmón con metástasis cutáneas es escasa, 3-5 meses, y es muy frecuente que la enfermedad esté avanzada con metástasis en otras zonas. Aunque tos, disnea, dolor torácico y hemoptisis son los síntomas más prevalentes, se han de tener en cuenta otras manifestaciones diagnósticas.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "neoplasia", "pulmón", "metástasis". 1.- Terashima T, Kanazawa M. Lung cancer with skin metastasis. Chest 1994;106;1448-50. 2.- Sariya D, Ruth K, Adams R. Clinicopathologic correlation of cutaneous metastases: experience from cancer center. Arch Dermatol 2007;143:613-20. 3.- García Salces I, Grasa MP, Carapeto FJ. Metástasis cutánea como primer hallazgo de carcinoma pulmonar. Med Cutan Iber Lat Am 2009;37:102-4.

088-C

## Paniculitis y otros trastornos de la grasa subcutánea: eritema indurado de Bazin

Andreu Oliete I, Romero Fernández Y, Herrerros Herrerros Y, Bertolín Arnau AM, Sorribes Capdevila M

### INTRODUCCIÓN

En esta denominación se agrupan los procesos inflamatorios del tejido graso subcutáneo. Esta estructura está constituida por los lipocitos. Dentro de este grupo se incluye el eritema nudoso (EN) y el eritema indurado (EI) de Bazin, enfermedades sistémicas y otras de etiología desconocida.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 62 años sin antecedentes patológicos de interés. Consulta por presentar desde hace varios meses nódulos subcutáneos eritematosos en tronco y extremidades, no dolorosos a la palpación, con tendencia a la curación de unos y aparición de nuevos. Analítica con inclusión de anticuerpos antinucleares sin alteraciones significativas, a excepción de positividad del antígeno de superficie de hepatitis B. El paciente se deriva a Dermatología donde se realiza biopsia de una de las lesiones; el resultado de la misma fue de patrón histológico de eritema indurado de Bazin. Vasculitis nodular. Radiografía de tórax con resultado dentro de los límites de la normalidad; prueba de Mantoux positiva (20 mm). Se remitió a Servicio de Enfermedades Infecciosas donde se trató durante 6 meses con tuberculostáticos.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El es una enfermedad crónica que se caracteriza por la presencia de nódulos inflamatorios en el tejido graso subcutáneo, fundamentalmente aparecen en pantorrillas. Ante lesiones de este tipo, nos encontramos con un difícil problema de diagnóstico diferencial, ya que se agrupan distintas causas que pueden dar clínica semejante. En las paniculitis nos encontramos el EN, cuya etiología más frecuente es sarcoidosis, tuberculosis, infección estreptocócica y fármacos. Se trata de una paniculitis septal sin vasculitis. El EI, por el contrario es una paniculitis lobular con vasculitis. Hemos de subrayar que el EI no es infrecuente y que debemos tratarlo siempre.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "eritema", "induración", "tuberculosis". 1.- Farreras Rozman. Medicina Interna. Paniculitis y otros trastornos de la grasa subcutánea. 13ª edición. Madrid: Harcourt Brace 1992;1025.

089-C

## Síndrome de Tolosa-Hunt

Fernández González C, Fernández González MP, Martínez Villegas I, Ibáñez Herrera JM, Aranda Guerrero R, Salguero Palacín JM

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Tolosa-Hunt se caracteriza por dolor retroocular unilateral agudo recurrente con parálisis extraocular que afecta a los nervios craneales III, IV, V y VI. Se atribuye a inflamación granulomatosa del seno cavernoso y responde a corticoterapia.

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer, 46 años, hipertensa, Colectomizada hace 2 años. Debuta con diplopía orbitaria izquierda y parálisis facial periférica derecha. Dolor continuo lacerante en hemicara, región temporo-frontal y arcada dentaria inferior derechas, que empeora por la noche y en decúbito. En tratamiento con atenolol e irbesartan. En la exploración se observa desviación de comisura bucal derecha y disminución de la sensibilidad facial derecha; resto sin hallazgos. Hemograma, bioquímica y coagulación normales. Serología VIH, virus hepatotropos y CMV negativas. IgG anti-VHS-I positiva, punción lumbar normal. RNM craneal: asimetría de los senos cavernosos a expensas de un mayor tamaño del derecho, donde se visualiza un realce intenso tras administración de gadolinio, que se extiende hacia la meninge del lóbulo temporal ipsilateral.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Consideraremos los criterios diagnósticos de la International Headache Society: dolor facial unilateral, parestesia asociada de los pares craneales III, IV y VI, dolor que se alivia en las siguientes 48 horas tras inicio del tratamiento con esteroides. Para el diagnóstico diferencial debe considerarse el estudio con TAC, angiografía convencional y recientemente la RNM de encéfalo. Con esta última técnica es posible visualizar un engrosamiento asimétrico del seno cavernoso, que puede ser isoíntenso en las imágenes ponderadas en T1 y T2 respecto a la sustancia gris. Habitualmente, existe impregnación de la lesión con el uso del medio de contraste paramagnético. Tratamiento: corticoides 80 mg/día IV.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "Tolosa-Hunt", "oftalmoplejía". 1.- Tolosa E. Periarteritic lesions of carotid siphon with clinical features of a carotid infraclinoidal aneurysm. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1954;17:300-2. 2.- Hunt WE, Meagher JN, LeFever HE, Zemann W. Painful ophthalmoplegia: its relation to indolent inflammation of the cavernous sinus. Neurology 1961;11:56-62. 3.- Lakke JPWF. Superior orbital fissure syndrome: report of a case caused by local pachymeningitis. Arch Neurol 1962;7:289-300.

090-0

## Análisis de las asistencias a mayores de 80 años por un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias

Martínez Villegas I, García Junquero MR, Sobrino González M, Ibáñez Herrera JM, De la Fuente Rodríguez CM, Rodríguez Torres M

### OBJETIVOS

Analizar las asistencias urgentes a mayores de 80 años de una Zona Básica de Salud por un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de un Distrito Sanitario de atención primaria durante un año.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal de enero a diciembre de 2010. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes mayores de 80 años atendidos por dispositivo móvil recogiendo las variables edad, sexo, fecha, motivo de consulta, diagnóstico final, derivación.

## RESULTADOS

De las 2.750 asistencias realizadas por la UVI móvil, 620 (22,54%) correspondieron a mayores de 80 años, 387 (62,4%) a mujeres de 88 años de edad media y 233 (37,5%) a varones de 84 años de edad media. Se realizaron en domicilio 88,87% de las asistencias, 7,9% en residencia de mayores y 0,967% en vía pública. Motivo de consulta: 20,3% disnea, 16,4% alteraciones neurológicas, 11,7% signos y síntomas mal definidos, 11,7% no responden a estímulos, 9,67% patología cardiaca, 6,7% caídas, 5,6% exitus, 4,8% dolor, 3,54% alteraciones de las constantes vitales. Diagnóstico final: 23,709% alteraciones neurológicas, 14,838% patología cardiaca, 13,225% patología respiratoria, 9,354% exitus, 8,548% alteraciones en las constantes vitales, 4,354% dolor no torácico, 3,87% traumatismos. Trasladados a hospital 53,225%, 45,80% permanecen en domicilio. El periodo de mayor asistencia fue durante los meses invernales (37,9%).

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Las demandas de asistencia a mayores no definen claramente un estado de salud urgente, son imprecisas en los signos y síntomas, recogen más el temor del entorno familiar que la realidad de lo que está sucediendo. Sin embargo, se traduce en patologías graves que comportan cuidados críticos y traslados a hospital.

091-0

## Se acabó mi dulzura: intercambio de tratamiento a la hipoglucemia!

Martínez Villegas I, García Junquero MR, Sobrino González M, Ibáñez Herrera JM, Varo Calvo MC, Fernández González C

### OBJETIVOS

Analizar el tratamiento de las asistencias urgentes a hipoglucemias por Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) de un Distrito Sanitario de atención primaria durante 2010 tras un cambio farmacológico.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal de Enero a Diciembre de 2010, basado en la revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos por hipoglucemias en un dispositivo móvil. Recogimos las variables edad, sexo, diagnóstico, tratamiento, derivación, coste sanitario de la intervención.

## RESULTADOS

El 7,804% de las asistencias realizadas por el DCCU corresponde a hipoglucemias, 58,241% hombres de 54 años de edad

media, 41,785% mujeres de 50 años de edad media. El diagnóstico de hipoglucemia en 80,2% de los casos con cifras menores de 35 mg/dl, en 17,58 con cifras menores de 60 mg/dl. El tratamiento consiste en glucosa oral; si no remonta la glucosa basal, glucosa intravenosa y si no remonta traslado a hospital. Tratados con glucosa oral 62,637%, de los que 28,07% necesitaron glucosa intravenosa; de éstos, 31,25% no remontaban o no mantenían cifras de glucosa basal aceptables para dejarlos en domicilio, por lo que fueron trasladados a hospital. A mitad de año la glucosa oral dejó de ser administrada por la farmacia del Distrito, que ofertaba únicamente glucosa parenteral al 50%. De los 34 casos que fueron tratados con glucosa al 50% y sueros glucosado al 5%, el 82,352% no mantenían cifras de glucemia basal y fueron derivados a hospital.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El cambio en el tratamiento farmacológico de las hipoglucemias ha llevado aparejado un cambio en la resolución de las mismas. Se ha pasado de una intervención de resolución domiciliaria a un tratamiento in situ y posterior traslado a hospital. Hay que valorar el gasto sanitario tanto en personal, medios empleados y coste de la asistencia que ha producido este cambio.

#### 092-0

### Asistencia de urgencias a menores de 14 años: imi niña es un peligro!

Martínez Villegas I, García Junquero MR, Sobrino González M, Ibáñez Herrera JM, De la Fuente Rodríguez CM, Rodríguez Torres M

#### OBJETIVOS

Estudiar las asistencias urgentes a menores de 14 años de una Zona Básica de Salud por Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) de un Distrito Sanitario de atención primaria durante 2010; comprobar el grado de concordancia diagnóstica entre la coordinación sanitaria y el equipo móvil.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal de Enero a Diciembre de 2010, basado en la revisión de las historias clínicas de los pacientes menores de edad atendidos por el DCCU. Recogimos las variables edad, sexo, fecha, motivo de llamada, diagnóstico, derivación, franja horaria, mes.

#### RESULTADOS

De las 1.166 asistencias realizadas por la UVI móvil en 2010, 2,572% corresponde a menores de 14 años, 53,333% de las cuales son niñas de 9 años de edad media y 46,666% niños de 6 años de edad media. La franja horaria con mayor concentración de avisos es la tarde, con 60%; la mañana 26,66%. Motivo de consulta: traumatismos 40% (12), convulsiones 23,33% (7), alteraciones de las constantes vitales (fiebre, hipoglucemia, hipotensión...) 20% (6), problemas cardíacos (TSV) 13,333% (4), otros 6,66% (2). Diagnóstico final: traumatismos

36,66% (11), convulsiones 6,66% (5), alteración de las constantes vitales 23,33% (7), taquicardia supraventricular 6,66% (2), disnea 6,66% (2), patologías no urgentes 6,66% (2). Derivación a domicilio en 20% (6), traslado en 79,99% (24), mediante UVI móvil en 56,66% y por ambulancia convencional en 23,33%. Mayor número de asistencias en febrero y septiembre, ambos con el 20%.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La urgencia pediátrica es temida por todos. El desconocimiento acerca de lo que nos vamos a encontrar aumenta ese temor. La buena clasificación telefónica (coordinadora sanitaria) y la precisión diagnóstica alerta al equipo de emergencia del nivel de gravedad de la asistencia pediátrica. Existe un alto grado de concordancia diagnóstica entre la coordinadora sanitaria y el médico de urgencia extrahospitalaria. Llama la atención que sean los traumatismos y no la fiebre el primer motivo de llamada.

#### 093-0

### Curso de formación en reanimación cardiopulmonar básica a primeros intervinientes: grado de satisfacción

Martínez Villegas I, García Junquero MR, Moret Díaz B, Ibáñez Herrera JM, Sánchez Galera A, Rodríguez Torres M

#### OBJETIVOS

Determinar el grado de satisfacción de los alumnos de un curso de RCP básica a primeros intervinientes realizado por un dispositivo de apoyo a un Distrito Sanitario y analizar los factores relacionados en busca de mejoras docentes.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo. La muestra está compuesta por 56 agentes de la Policía Nacional de la Comisaría de Policía de El Puerto de Santa María, con edades comprendidas entre los 26 y los 38 años. Talleres con 7 alumnos impartidos por 8 docentes. Se aplicó cuestionario de conocimientos previos, cuestionarios de conocimientos adquiridos y encuesta de satisfacción del curso y talleres realizados, en la que se añadió el apartado de datos socio-demográficos y sugerencias, ambos anónimos y auto-administrables.

#### RESULTADOS

Contestaron todos los alumnos, 5,357% (3) mujeres de 31 años de edad media, 94,642% (53) hombres de 30 años de edad media. Todos españoles, 64,285% agentes en prácticas, 3,571% oficiales, 32,142% policías. En test de conocimientos previos 71,428% demostraron alto grado de conocimiento (>7/10), con nota media de 7,20. Todos recibieron la información por circular. El motivo de inscribirse en el curso fue para ampliar conocimientos, actualizarse y conseguir puntos para promociones futuras. Todos desean recibir más formación sobre temas como primeros auxilios y accidentabilidad. Recomendaciones: obligatoriedad de

este curso, cursos recordatorios y mayor duración en el tiempo. Todos indican un grado de satisfacción por encima de 8/10. La nota media del test de conocimiento final fue de 8,61.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Alto grado de satisfacción por parte de los alumnos (agentes policiales) al recibir un curso de RCP básica para primeros intervinientes por parte de los profesionales del DCCU. Necesidad sentida de aumentar conocimientos en temas de salud aplicables a su labor cotidiana, como primeros auxilios y accidentabilidad.

### 094-C

## Agosto de 37º: emergencia médica por golpe de calor

Martínez Villegas I, Moret Díaz B, Varo Calvo MC, Ibáñez Herrera JM, García Junquero MR, Sobrino González M

### INTRODUCCIÓN

El golpe de calor es una emergencia médica y causa tratable de fracaso multiorgánico. Se caracteriza por un aumento de la temperatura por encima de 40°. El cuidado de la permeabilidad de las vías aéreas, el control de las convulsiones y de las arritmias, aumenta la supervivencia.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Joven de 26 años. Haciendo ejercicio físico pierde el conocimiento. Presenta palidez, piel seca, hipotensión y desorientación témporo-espacial. Un acompañante refiere que llevan una hora entrenándose al sol (época estival, alerta naranja). Sin alergias medicamentosas conocidas, intervenido de menisco el año anterior. Tonos cardiacos rítmicos. Auscultación pulmonar y exploración de abdomen normales. Exploración neurológica: Glasgow 14. Obedece a órdenes. Temblor en extremidades, mioclonias en extremidades superiores. Rigidez de nuca. Tomo muscular conservado. Piel seca, Tensión arterial 96/43 mmHg, glucemia 89 mg/dl. EKG: ritmo sinusal a 147 lpm, sin alteraciones patológicas. Se comienza enfriamiento con medidas físicas, canalización de vía periférica de grueso calibre y sueroterapia, paracetamol y diazepam 5 mg IV. Se traslada a hospital.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El daño primario en el golpe de calor es debido a la toxicidad celular directa producida por el incremento de la temperatura. El diagnóstico debe ser precoz y basado en la anamnesis y determinación de la temperatura corporal. El objetivo principal es el enfriamiento rápido y el control hemodinámico. El uso de antitérmicos no es útil, sólo funcionan las medidas físicas (métodos de enfriamiento externos e internos) La estabilización del paciente no debe retrasar la aplicación de medidas físicas de enfriamiento. Se debe controlar la vía aérea, aportar oxígeno a alto flujo, valorar intubación, canalizar 2 vías periféricas, administrar volumen, controlar la hipotensión arterial, monitorizar la frecuencia cardiaca.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "golpe de calor", "hipertermia", "termorregulación". 1.- Curley J, Irwin St. Disorders of temperature control. Part II: hyperthermia. En: Irwin and Ruppel (eds). Intensive care medicine. Fifth edición 2003;66:762-77. 2.- Lizanalde-Palacios E, Gutiérrez Macías A, Martínez-Ortiz-de-Zárate M. Alteraciones de la termorregulación. Emergencias 2000;12:192-207. www.semes.org

### 095-O

## Abordaje asistencial de la hiperplasia benigna de próstata en atención primaria en España

Fernández-Pro Ledesma A, Rodríguez Ledo MP, Brenes Bermúdez F, León Vázquez F, Molero García JM, Pérez Castán JF

### OBJETIVOS

Conocer el manejo asistencial de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) en atención primaria (AP) en España, así como el uso asociado de recursos sanitarios.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal mediante entrevistas telefónicas estructuradas a médicos de AP (MAP). Se recogió información acerca del diagnóstico, tratamiento, seguimiento y derivación a Urología de pacientes con HBP. El tamaño muestral fue calculado para permitir estimar variables dicotómicas con una precisión de 8% y un riesgo  $\alpha$  de 0,05. Los resultados se agruparon por patrones asistenciales, definidos a partir de las variables diagnóstico, clasificación de la HBP según sintomatología, inicio de tratamiento y seguimiento. Un panel de MAP y urólogos expertos en HBP participaron en el diseño del estudio, definición de patrón asistencial y posterior análisis de resultados.

### RESULTADOS

Participaron 153 MAP distribuidos geográficamente. Se identificaron 7 patrones asistenciales. El más prevalente agrupa a 25% de los MAP y en él se realiza el diagnóstico, seguimiento y tratamiento del paciente con HBP, sin clasificar según sintomatología. El siguiente patrón agrupa a 18% de los MAP y en él se realiza el diagnóstico y seguimiento pero se deriva al paciente a Urología para la prescripción del tratamiento. El uso de recursos sanitarios es diferente entre patrones y reporta una media de 2,0-2,6 visitas en el diagnóstico y 3,2-7,0 visitas/año en el seguimiento. Existe variabilidad en las pruebas realizadas tanto en el diagnóstico como durante el seguimiento entre patrones y dentro del mismo patrón. Así, la realización del tacto rectal en el seguimiento es de 15-44% según patrones, la de IPSS de 48-86% y la de PSA de 57-100%.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Existe variabilidad en el manejo asistencial de la HBP en AP. Se identifican hasta 7 patrones asistenciales diferentes. El uso de recursos

sanitarios es distinto entre patrones y hay una mayor variabilidad durante el seguimiento que en el diagnóstico. Esta situación puede justificar la implantación de protocolos asistenciales comunes en AP.

## 096-0

### Diferencias clínicas de pacientes con EPOC entre atención primaria y atención especializada

Calvo Rosa E, Ocaña Padilla A, De la Rosa Carrillo D, Roca Sánchez C, Maltas Hidalgo Y, Bonich Juan R

#### OBJETIVOS

Describir las diferencias clínicas y de abordaje entre un grupo de pacientes con EPOC controlado por atención primaria (AP) y un grupo de pacientes con EPOC controlado por Neumología (NM).

#### METODOLOGÍA

Estudio observacional, retrospectivo. Se estudiaron pacientes con EPOC estable (sin exacerbaciones en el mes previo), que seguían controles por su enfermedad con el médico de AP o con el neumólogo de zona. Los pacientes fueron seleccionados para el estudio de forma consecutiva al acudir a las visitas rutinarias de control. Se determinaron los parámetros del índice BODE (6, -walking test, grado de disnea, FEV1 e Índice de masa corporal), porcentaje de grasa corporal, comorbilidades, historial de tabaquismo, tratamientos inhalados y orales, número de agudizaciones y número de ingresos en el año previo.

#### RESULTADOS

Estudiamos 85 pacientes (45 de AP, 40 de NM). La edad media, distribución por sexos, comorbilidad e índice BODE fueron similares en ambos grupos. Los pacientes de NM presentaban peor función pulmonar (52,5% eran Gold 3-4, frente al 24,5% en AP), así como IMC y porcentaje de grasa corporal más bajos. Los pacientes de AP presentaron una mayor puntuación de disnea. En el grupo de NM el uso de tratamientos inhalados fue mayor y se adaptaba más a las recomendaciones de la normativa GOLD. Beta-2-larga duración: 87,5% (NM) frente a 57,8% (AP); anticolinérgicos: 80% (NM) frente a 46,7% (AP); esteroides inhalados: 87,5% (NM) frente a 53,3% (AP). No hubo diferencias en el número de exacerbaciones, pero el número de ingresos fue mayor en el grupo de NM. El índice BODE bajo no se asoció a más exacerbaciones, pero sí a un mayor número de ingresos.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

A pesar de que los pacientes de NM tenían peor función pulmonar, menor IMC y menor porcentaje de grasa corporal, presentaban menos disnea que los pacientes de AP. Esto puede estar motivado por un tratamiento más acorde con las normativas, que también puede influir en que el número de exacerbaciones fuera similar entre ambos grupos.

## 097-0

### ¿Qué ocurre con el paciente oncológico que acude al Servicio de Urgencias del hospital? Análisis prospectivo de las estrategias de abordaje y sus resultados

Fernández González C, Fernández González MP, Martínez Villegas I, Navarrete Rimón MI, Salgado Palacín JM, Ibáñez Herrera JM

#### OBJETIVOS

Describir las estrategias de abordaje de los pacientes oncológicos que acuden al Servicio de Urgencias del hospital. Precisar la influencia de los factores clínicos y epidemiológicos en la realización de las mismas. Analizar su efectividad y su impacto en la evolución y pronóstico de estos pacientes.

#### METODOLOGÍA

Estudio prospectivo observacional realizado en el Servicio de Urgencias de un hospital de Área durante Diciembre de 2009 y Enero de 2010. Se incluyeron todos los pacientes con neoplasia activa que acudieron al Servicio de Urgencias en dicho periodo. Se recogieron las variables epidemiológicas, antecedentes oncológicos y médicos, tratamientos recibidos, motivo de consulta al Servicio de Urgencias, exploraciones complementarias, tratamiento en el Servicio de Urgencias, evolución y destino final desde el mismo. No se realizaron recomendaciones sobre su abordaje.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 201 pacientes, 54% mujeres, edad media 65 años (DE14) (68% 35-75 años). Se realizaron exploraciones complementarias a 90% de los pacientes (resultados patológicos en 34%): hemograma 80% (patológico 52%), bioquímica sanguínea 77% (alterada 53%), coagulación 51% (31% patológica), ECG 31% (anormal 30%), radiografía de tórax 51% (patológica 43%), TAC craneal 6% (hallazgos 63%) y ecografía 4% (patológica 33%). En el análisis multivariante el resultado patológico de las exploraciones complementarias se relacionó significativa e independientemente sólo con la existencia de enfermedades no oncológicas ( $p=0,05$ ,  $OR=1,12$ ) y con la consulta al Servicio de Urgencias por síntomas relacionados con la enfermedad neoplásica ( $p=0,008$ ,  $OR=2,5$ ). Se realizó tratamiento al 60%: analgesia 37%, antibióticos 11%, transfusión 7% y otros al 52%. El tratamiento consiguió el alivio de los síntomas en 80% de los pacientes.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Se realizan exploraciones complementarias a la mayoría de los pacientes oncológicos que acudieron al Servicio de Urgencias. La mayoría de los pacientes reciben tratamiento en el Servicio de Urgencias en relación con la sintomatología causada por su enfermedad oncológica y las alteraciones en las exploraciones complementarias. Estos datos apoyan la hipótesis de que

el Servicio de Urgencias es el lugar adecuado para la atención correcta de la patología urgente de esta población.

098-C

## Eritema "ab igne"

Soliva Álvarez E, Guiu Buendía MJ, Martín Urda MT,  
Hernández Hernández B, Matey González I

### INTRODUCCIÓN

Eritema reticulado con hiperpigmentación residual por exposición continuada a una fuente de calor. En relación con estufas, ordenadores portátiles en muslos, el cinturón abdominal para la obesidad... Se considera un riesgo laboral en cocineros. Se trata de una patología de diagnóstico clínico.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 30 años de edad que acude a la consulta por presentar en los últimos 5 meses un eritema reticulado en miembros inferiores, especialmente en ambas fosas poplíteas. No refiere artralgias ni fiebre ni prurito. Sin antecedentes patológicos de interés ni alergias medicamentosas conocidas. La paciente afirma que estuvo expuesta de manera prolongada y repetida a calefactores. En el examen físico destaca un eritema reticulado con hiperpigmentación pardonegruzca moteada exclusivamente en extremidades inferiores. El diagnóstico diferencial se debe plantear principalmente con livedo reticularis, vasculitis livedoide, poiquilodermia vascular atrófica y cutis marmorata. De esta forma se evitarán pruebas complementarias y tratamientos innecesarios.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El diagnóstico es clínico. Es importante la anamnesis indagando en la exposición repetida y prolongada al calor. Se aconseja suspender la exposición lo que supondrá la desaparición gradual de la lesión. Para lesiones leves, después de eliminar la fuente de calor la probabilidad de resolución completa es alta y el pronóstico bueno. Tratamiento tópico con retinoides o hidroquinona se emplea para la hiperpigmentación así como la terapia con láser. Se debe realizar seguimiento por la posibilidad de desarrollar carcinoma espinocelular o de células de Merkel. Se relaciona con malignidad, especialmente cuando el calor local es por hidrocarburos; sin embargo, no se asocia a almohadas o bolsas de agua caliente.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "eritema", "hiperpigmentación", "exposición al calor". 1.- Bilic M, Adams BB. Erythema ab igne induced by a laptop computer. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:973-4. 2.- Martínez JB, Medina Y, Restrepo JF, Rondón F, Iglesias A. No toda erupción cutánea reticulada es livedo reticular. *Revista Colombiana de Reumatología* 2005;12;155-8. 3.- Vañó Galván S, Gil Mosquera M, Pereyra Rodríguez JJ, Jaén Olásolo P. Eritema ab igne. *Medicina Clínica* 2010;134:568.

099-O

## Estudio prospectivo de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes oncológicos que acuden al Servicio de Urgencias del hospital

Fernández González C, Martínez Villegas I, Fernández González MP, Ibáñez Herrera JM, Mena Campos E, Navarrete Rimón MI

### OBJETIVOS

Precisar las variables epidemiológicas de los pacientes oncológicos que acuden al Servicio de Urgencias del hospital. Describir sus características clínicas, motivos de consulta y evolución. Analizar las implicaciones de estos datos en el manejo y pronóstico de los pacientes.

### METODOLOGÍA

Estudio prospectivo observacional realizado en el Servicio de Urgencias de un hospital de Área durante Diciembre de 2009 y Enero de 2010. Se incluyeron todos los pacientes con neoplasia activa que acudieron en dicho periodo. Se recogieron las variables epidemiológicas, antecedentes oncológicos y médicos, tratamientos recibidos, motivo de consulta, exploraciones complementarias, tratamiento en el Servicio de Urgencias, evolución y destino final desde el mismo. No se realizaron recomendaciones sobre su abordaje.

### RESULTADOS

Se incluyeron 201 pacientes, 54% mujeres. La neoplasia era de origen digestivo en 23%, de mama en 15%, de pulmón en 14%, hematológica en 11%, de próstata en 8,5%, de vejiga en 5,5% y de sistema nervioso en 4,5%. El 85% recibía tratamiento oncológico. El 59% tenía otras enfermedades, fundamentalmente cardíacas (10%) o pluripatología (25%); el 48% recibía tratamiento para las mismas y sólo el 0,5% presentaba algún tipo de discapacidad. El 84% acudió al Servicio de Urgencias por propia iniciativa y los motivos de consulta más frecuentes fueron dolor (22%), sintomatología respiratoria (18%), gastrointestinal (13%), neurológica (13%) e infecciosa (11%). El motivo de consulta estaba relacionado con la patología oncológica en 39% de los casos. Diagnóstico: dolor 18%, infección 17%, pulmonar 11%, neurológico 9% y citopenia 3%. Evolución: alta 68%, observación 6%, ingreso 17% y exitus 4%.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los pacientes oncológicos acuden al Servicio de Urgencias por propia iniciativa, habitualmente presentan patología asociada. En la mayor parte de los casos el motivo de consulta no está relacionado con la enfermedad oncológica, por lo que probablemente se beneficiarían de valoración previa en otro escalón asistencial. Presentan una tasa más elevada de ingreso hospitalario y una mortalidad relevante relacionada con la comorbilidad y tratamiento paliativo previo.

## 100-O

### Índice BODE se asocia a mayor riesgo de exacerbación e ingreso hospitalario en pacientes con EPOC

De la Rosa Carrillo D, Calvo Rosa E, Ocaña Padilla A, Maltas Hidalgo Y, Roca Sánchez C

#### OBJETIVOS

El índice BODE es un factor predictor de mortalidad en pacientes con EPOC. El objetivo de nuestro trabajo es valorar si el índice BODE se relaciona con el número de exacerbaciones o ingresos durante el año previo en un grupo de pacientes con EPOC estable.

#### METODOLOGÍA

Se determinó el índice BODE a pacientes con EPOC estable (no agudizaciones en las últimas 4 semanas), atendidos en consultas de atención primaria y de neumología de zona. Además de los parámetros del BODE, se estudiaron otras variables: tabaquismo, número de exacerbaciones e ingresos en el año previo, comorbilidad, porcentaje de grasa corporal y tratamientos (inhalados y orales). Para el análisis estadístico se agrupó a los pacientes en función del grado de EPOC (según GOLD), del BODE (4 grupos: 0-2, 3-4, 5-6, 7-10), del IMC (<20, 20-24, 25-29, 30-39, >=40), del número de exacerbaciones (<2, >=2) y del número de ingresos (0, 1-2, >2).

#### RESULTADOS

Valoramos 85 pacientes (76,5% hombres), edad media 72,1 (DE 9,5) años. La comorbilidad más frecuente fue la HTA (51,8%). Los tratamientos respiratorios eran beta-agonistas de acción prolongada (71,8%), esteroides inhalados (69,4%) y anticolinérgicos (62,4%). La mayoría de pacientes eran EPOC Gold 2 (57,6%) y 3 (28,2%). Sólo 21,7% tenía un BODE  $\geq$  5. De todos ellos 44,7% había presentado 2 o más exacerbaciones y 16,5% había ingresado al menos una vez. Las mujeres eran más jóvenes y con más exacerbaciones. No encontramos relación significativa entre las exacerbaciones de la EPOC y el BODE (ni con ninguno de sus componentes por separado). Tampoco se relacionaron con la edad, la proporción de grasa corporal, los tratamientos ni el hábito tabáquico. Encontramos relación del BODE con los ingresos hospitalarios, que también se relacionaron con FEV1 e IMC bajos.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

No encontramos relación entre el índice BODE, ni ninguno de sus componentes, con la aparición de exacerbaciones. Encontramos relación significativa del índice BODE, del FEV1 y del IMC con el número de ingresos hospitalarios. Las mujeres eran de menor edad y presentaron más exacerbaciones. A mayor edad, mayor índice BODE.

## 101-O

### ¿Se sigue la normativa gold para diagnosticar y tratar la EPOC en atención primaria?

Calvo Rosa E, Ocaña Padilla A, De la Rosa Carrillo D, Bonich Juan R, Álvarez Rodríguez MD, Albia Real E

#### OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es valorar la adecuación del tratamiento respiratorio al grado de EPOC según las normativas GOLD en pacientes que siguen controles en atención primaria (AP).

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico en 5 centros de AP de Cataluña (Masnou-Alella, Ocata-Teià, Santa Coloma 6, Sants, Vic). Se revisaron las historias clínicas informatizadas (e-cap) de todos los pacientes con diagnóstico de EPOC (código CIAP: J44).

Se recogieron los datos espirométricos de los dos años previos, datos epidemiológicos y los tratamientos respiratorios actuales de cada paciente. Se determinó si la espirometría confirmaba la EPOC, el estadio GOLD y la adecuación del tratamiento según el grado de gravedad.

#### RESULTADOS

Se analizaron datos de 1.220 pacientes (71,5% hombres), de 69,8 años de edad media (DE 13) (18-97); 37,5% nunca fumadores. La tasa de realización de espirometría y de confirmación espirométrica de EPOC fueron bajas (46,3% y 46%, respectivamente). En los pacientes en que constaban datos espirométricos, la adecuación del tratamiento al estadio Gold fue del 61,4%, y aumentaba a mayor gravedad de la enfermedad ( $p < 0,05$ ). En pacientes GOLD 2 (50,8% de los que tenían espirometría), sólo 15,5% usaban exclusivamente broncodilatadores (BD). Un 40,4% realizaba tratamiento de mantenimiento con esteroides inhalados (solos o asociados). Además, 31,8% tomaba "otros" tratamientos (mucolíticos, montelukast...). En GOLD 3 (28%), tomaban 1 ó 2 BD un 9,9% de los pacientes, realizaban tratamiento con 2 BD de larga acción asociados a esteroides inhalados 18,3% y 46,5% usaba otros tratamientos.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Muchos de los pacientes etiquetados como EPOC en AP no disponen de espirometría. La gran proporción de no fumadores crea dudas acerca de la correcta codificación. Los pacientes GOLD 2 reciben demasiados esteroides inhalados. Llama la atención la gran cantidad de tratamientos no inhalados.

## 102-O

### Escasa utilización de la espirometría como técnica de diagnóstico de la EPOC en atención primaria

Calvo Rosa E, Ocaña Padilla A, De la Rosa Carrillo D, Bonich Juan R, Álvarez Rodríguez MD, Albia Real E

#### OBJETIVOS

Describir qué porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC dispone de una espirometría forzada en la historia clínica

informatizada (e-cap). Valorar si la espirometría confirma el diagnóstico de EPOC. Establecer el estadiaje de la EPOC según GOLD.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico. Participaron 5 centros de AP de Cataluña (EAP Masnou-Alella, EAP Ocata-Teià, EAP Santa Coloma 6, EAP Sants, EAP Vic ) con distinto tipo de población entre ellos: urbana joven, urbana añosa, inmigrante y rural. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de EPOC (código CIAP: J44). Se recogieron datos epidemiológicos, centro, realización de espirometría en los últimos 2 años y control por neumólogo de zona.

## RESULTADOS

Se identificaron 1.220 pacientes, 71,5% hombres, de 69,8 años de edad media (DE 13) (18-97). Encontramos una elevada proporción de no fumadores (37,5%); fumadores activos 23,7%. La tasa de realización de espirometría fue muy baja en el global de la población (46,3%, entre 34% y 56%, según centro), y significativamente mayor (53,6%,  $p=0,02$ ) entre los casos que han sido valorados por el especialista. En los pacientes con espirometría, sólo se confirmó el diagnóstico de EPOC en el 46% de los casos. La distribución por gravedad fue: GOLD I (18,1%), GOLD II (50,8%), GOLD III (27%) y GOLD IV (3,1%). El porcentaje de pacientes que se derivaban al neumólogo era bajo (25,2%), algo mayor en los estadios GOLD II (44,3%) y III (42,0%).

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Se encontró una muy baja proporción de fumadores y una tasa extremadamente baja de realización de espirometría en pacientes etiquetados de EPOC en AP. También se evidenció que la espirometría confirma la EPOC en menos de la mitad de los pacientes etiquetados como tal. Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de sensibilizar a los profesionales en la realización de esta prueba así como aumentar su formación para una correcta interpretación.

### 104-C

## Hipoglucemia facticia: ¡hay que mejorar la educación en la diabetes mellitus!

Melgosa Moreno MS, López Robles E, Priede Díez MI, Gómez Valdés M, Pellico López MA, Gutiérrez Pérez S

## INTRODUCCIÓN

La educación diabetológica determina la morbilidad de la diabetes mellitus (DM) de forma contundente. La educación es la base del tratamiento de un diabético y deben recibirla el enfermo y sus familiares; debe adecuarse a su nivel cultural y al tipo de DM. En este caso podemos ver que aún queda mucho por hacer.

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón universitario de 21 años diagnosticado de DM tipo I hace tres años y tratado con insulina. Una noche, llama por teléfono

su madre a nuestro Servicio de Urgencias de atención primaria y nos informa de que el paciente por error y "ahora mismo" (una hora antes de cenar) se ha inyectado doce unidades de insulina rápida y tiene una glucemia capilar de 40 mg/dl. A la pregunta de si está consciente responde que sí. Indicamos que se acerque a nuestro Servicio y ¡sorpresa!, nos responde que el paciente se encuentra en otra localidad (urbana con Servicio de Urgencias de atención primaria y hospital comarcal). Estamos en un pueblo y a setenta Km del lugar donde se encuentra el paciente. Al saber esto, le referimos al Servicio de Urgencias más cercano e indicamos que tome hidratos de carbono (HC) de absorción rápida. El paciente así lo hizo y evolucionó favorablemente.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Este paciente presenta una hipoglucemia bioquímica, está consciente y sin síntomas. Es necesario remontar la glucemia con HC de absorción rápida, vía oral. La hipoglucemia ocurrió una hora antes de la cena; por ello se le indicó ración "extra" de HC; si la hipoglucemia ocurre hasta 30 minutos antes de la comida principal, debería adelantarse la fruta; y si se presenta en los 30-60 minutos previos a la comida se le indica una ración de HC y que repita a los 15 minutos otra ración más si la clínica no cede. Una vez superada la hipoglucemia no se debe suprimir la insulina habitual del paciente; sólo reducir un 20% la dosis. En este caso se debe derivar a su enfermera para insistir en la educación diabetológica, que parece ser escasa.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "hipoglucemia", "tratamiento", "educación".  
1.- Información para las personas diabéticas que presentan una hipoglucemia <http://www.fisterra.com/Salud/hipoglucemia.as>.  
2.- Villacampa T, y otros. Curso intensivo de Atención Primaria Asturias. Vol 4; pag 120-1 y 127.

### 105-C

## Enfermedad de Rendu-Osler-Weber y anemia ferropénica

Martínez Hernández M, Plumed Betés MJ, Barba Ródenas MI, Buil Tricas B, Garbayo Martínez JL, Larraz Andía P

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Rendu-Osler-Weber o telangiectasia hemorrágica hereditaria, es una alteración vascular que afecta a la piel, la mucosa y los órganos internos. Se hereda de manera autonómica dominante, pero hasta un 20% de los pacientes no reconoce tener historia familiar.

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 57 años que consultó por lesiones puntiformes en la lengua y los labios de lenta instauración y asintomáticas. No refería antecedentes familiares de procesos similares; el único antecedente personal era que presentaba frecuentemente episodios de epistaxis desde la adolescencia. En la exploración física

se pudo evidenciar la existencia de múltiples lesiones eritematosas puntiformes de aspecto vascular, localizadas sobre la mucosa labial, el dorso de la lengua y el paladar.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se remite el paciente a Urgencias. La exploración otorrinolaringológica también evidenció lesiones vasculares en la mucosa nasal. Se realizó una analítica general con hierro, que reveló una anemia microcítica e hipocrómica leve (hemoglobina de 10,2), con déficit de hierro transferrina y ferritina baja. Radiografía de tórax sin alteraciones pleuropulmonares ni cardiopáticas. TAC no reveló patología. El tratamiento de la epistaxis se ha centrado en la cirugía (dermoplastia septal), la ablación local de las telangiectasias con láser y terapia farmacológica. El diagnóstico y tratamiento precoz es vital para controlar la aparición de complicaciones.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "enfermedad de Rendu-Osler-Weber", "anemia ferropénica", "telangiectasias". 1.- Molgó M, Salomé C, Musalem A, Zuleta A. Telangiectasia hemorrágica hereditaria (enfermedad de Rendu-Osler-Weber): a propósito de un caso. *Dermatol Pediatr Lat* 2004;2:130-8. 2.- Di Cosola M, Cazzolla AP, Scivetti M, Testa NF, Lo Muzio L, Favia G, Carrillo de Albornoz A, Bascones A. Síndrome de Rendu-Osler-Weber o telangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT): Descripción de dos casos y revisión de la literatura. *Avances en Odontostomatología* 2005;21(6):297-310. 3.- McDonald J, Bayrak-Toydemir P. Hereditary hemorrhagic telangiectasia. *Haematologica*. 2005;90:728-32.

106-0

### El fogón y el corazón. Realización y evaluación de una campaña de alimentación cardiosaludable en la población de un Área de Salud urbana mediante una actuación comunitaria

Uranga Sáez del Burgo E, Tamayo Aguirre E

#### OBJETIVOS

Rentabilizar la actuación de los recursos sanitarios en ámbito comunitario orientada a una actuación sobre costumbres alimentarias. Actuar en aspectos preventivos de su población, mejorando los hábitos alimenticios. Multiplicar exponencialmente la acción incidiendo en hostelería.

#### METODOLOGÍA

Actuaciones sobre profesionales del Centro de Salud (taller formativo), grupos de trabajo de pacientes/amas de casa (11 grupos, 116 personas), embarazadas (las matronas incluyen la actuación en su función), madres (actuación de pediatras en educación alimentaria según la campaña), sociedades gastronómicas (realización de cenas cardiosaludables educativas), semana cultural de difusión en Casa de Cultura Municipal, hostelería

(campaña de divulgación y edición de libro de cocina saludable en colaboración con Osakidetza y 27 hosteleros: menú saludable, pincho saludable, información de contenido calórico).

#### RESULTADOS

Actuación del Centro de Salud de Gros hacia el exterior: realización de un proyecto comunitario. Formación de un colectivo de más de cien personas a través de talleres (tuvimos que cerrar las inscripciones por la gran demanda). Formación de profesionales del Centro de Salud en alimentación saludable (asistencia de un 54%). Implicación de las sociedades gastronómicas en la implementación de hábitos saludables alimenticios (siete sociedades de Gros y una de Amara). Participación de 27 establecimientos hosteleros en una campaña de hábitos alimenticios saludables en el Barrio de Gros de Donostia. Publicación de un libro-documento conjunto entre Osakidetza y Hostelería con un objetivo común de cocina saludable. Establecimiento de una base sólida para futuras actuaciones.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Proyecto novedoso y trascendente en la perspectiva de hábitos saludables, que aporta la actividad de un Centro de Salud fuera de su contexto habitual, que puede influir muy positivamente en la prevención primaria y secundaria de la población. La actuación de esos colectivos supone una mejora en los hábitos saludables alimenticios de clientes, amigos y familiares. Satisfacción muy elevada en los participantes. Camino abierto para otras actuaciones. Reconocimiento de Osakidetza: premio innovación 2010.

107-C

### Traumatismo cervical contuso: neumomediastino y enfisema cervical

Ibáñez Herrera JM, Sobrino González M, De la Fuente Rodríguez CM, Martínez Villegas I, Hernández Donoso MC, Ariza Marín FP

#### INTRODUCCIÓN

El neumomediastino traumático es producido por infiltración de aire en el mediastino. En un 10% de los casos por contusión de tórax, menos del 2% por lesiones traqueobronquiales y menos aún esofágicas. Esencial anamnesis y exploración física, indicando pruebas a partir de los resultados de éstas.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 30 años sin antecedentes ni hábitos de interés que acude a Urgencias tras traumatismo cervical directo, mientras jugaba un partido de fútbol. Refiere dolor cervical y faríngeo acompañado de disfonía. Buen estado general, con auscultación normal y constantes vitales mantenidas. Cuello: discreto enfisema subcutáneo a la palpación cervical anterior. Analítica normal. Radiografía cervical aire libre en planos musculares y retrofaríngeo. TAC tórax: neumomediastino. TAC cervical: columna con alineación adecuada y sin líneas de fractura; no conexión de aire con faringe, laringe, tráquea, ni esófago; enfisema subcutáneo

casi en todos los espacios cervicales. Diagnóstico: traumatismo cervical [559.0]. Evolucionó correctamente y se le da de alta tras 48 horas con pauta antibiótica, analgesia si dolor y revisión en 15 días por otorrinolaringólogo.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La disfonía ha supuesto en nuestro caso un síntoma de sospecha de enfisema cervical que alcanza planos profundos y área retrofaringea. La presencia de aire en espacio retrofaringeo y subcutáneo del cuello pueden originar odinofagia y disfagia, a veces el inicio del proceso; los síntomas pueden estar ausentes o ser graves. La exploración física muestra en general enfisema subcutáneo en escotadura supraesternal. El diagnóstico se confirma con radiografías (cervical, tórax) y TAC. En casos leves y no progresivos es conveniente mantener una actitud expectante, con reposo en cama y antibióticos, ya que la mayoría evoluciona de forma satisfactoria en pocas horas.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "trauma cervical", "enfisema cervical", "neumomediastino". 1.- Wintemark M, Schnydenr P. The Macklin effect. A frequent etiology for pneumomediastinum in severe blunt chest trauma. *Chest* 2001;120:543-7. 2.- Haydel MJ, Preston CA. Indications for computed tomography in patients with minor head injury. *N England J Med* 2000;343:100-5. 3.- Marín C, Garzón J. Neumomediastino enfisema cervical espontáneo con alteración de la voz. *Acta Otorrinol Esp* 2003;54:151-6.

## 108-O

### Gestión de la atención domiciliaria

Rivera Casares F, Medio Cornejo E, Colombo Gaínza E, Cubides Núñez A, Otero García J, Navarro Marco J

#### OBJETIVOS

Estudiar la efectividad de la valoración telefónica orientando la pertinencia de la consulta de atención a domicilio. Durante 45 días cada solicitud se valoró por el médico del paciente o el encargado de realizar dicha consulta, resolviéndola, difiriéndola y acudiendo al centro de salud o domicilio.

#### METODOLOGÍA

Estudio de intervención con medida de resultados antes/después, realizado en un Centro Salud urbano. Mediciones: edad y sexo del paciente, el horario de recepción de la demanda de atención, el médico del paciente y el médico que valoraba la solicitud de asistencia, así como el diagnóstico establecido una vez atendido y la resolución de la demanda: atención en domicilio o en consulta, o resolución telefónica y/o diferido en el tiempo. Dichas variables se determinaron del 18 Junio al 30 Julio de 2008 y en el mismo periodo de 2009. Fuente de datos: programa Abucassis utilizado en todos los actos asistenciales y un registro específico del médico que valoró cada solicitud de atención.

### RESULTADOS

Recogimos 261 demandas de asistencia domiciliaria, 51% hombres y 49% mujeres. La edad media fue de 70 años (DE 19, rango de 12-98). El 81% en la mañana y el 19% en la tarde. Los lunes 30%, martes 26%, jueves 16%, viernes 15% y miércoles 13%. El 71% son procesos agudos. Los diagnósticos: mal definidos 18%, respiratorios 13%, circulatorios 10%, mentales 9%, infecciosos 8%, osteoarticulares 8%, genitourinarios 5%, lesiones 5% y digestivos 4%. El 68% se resolvió en el domicilio, 15% telefónicamente y 6% acudió al centro. En 2008/2009 hubo 110/123 demandas, 85%/68% fueron atendidas en domicilio y 15%/32% se resolvieron telefónicamente o acudieron a la consulta. El resultado de Chi-cuadrado fue 9,48,  $p=0,002$ . La edad media es 68 años en 2008 y de 73 en 2009 ( $t=-2,04$ ,  $p=0,04$ ). No hubo diferencias en horario, agudeza del proceso y valoración de su médico.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La valoración telefónica previa por parte del personal médico permite reducir las visitas a domicilio en un 17% y evita el desplazamiento en 2 de cada 10 demandas. En dicho resultado no influye el médico que haga la valoración, simplemente que la haga un facultativo.

## 109-O

### ¿Somos resolutivos en nuestro centro de salud? Estudio de las derivaciones al segundo nivel asistencial desde un centro de salud durante un año

León Lambea A, García García JF, Ulimona Delgado CI, Alarza Alcón MP, Morales Alvarado CA

#### OBJETIVOS

Puede que la atención primaria sea poco resolutiva, a pesar de que la gran mayoría de la patología en la consulta diaria no se deriva al segundo nivel asistencial (consultas externas). Este estudio pretende rebatir esa impresión, revisando las primeras consultas remitidas desde un centro de salud a un hospital.

#### METODOLOGÍA

La Zona Básica de Salud (ZBS) de Navalmoral de la Mata (Cáceres) tiene 25.924 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) repartidas en 19 cupos, de los cuales 12 (con un total de 19.418 TSI) corresponden al Centro de Salud y el resto repartido entre varias localidades próximas. Tiene como único Hospital de referencia un comarcal con las Especialidades básicas. Se realiza un estudio retrospectivo de las derivaciones realizadas (como primeras consultas) durante 2010 a nuestro hospital por los médicos de la ZBS y se valoran parámetros como el número de derivaciones, su distribución mensual, porcentaje de derivaciones preferentes totales y por especialidades, y la tasa de derivación (TD).

### RESULTADOS

De las 5.367 derivaciones realizadas en el año, 12,39% fueron de tipo preferente. En números absolutos, la especialidad

más demandada es Oftalmología (1.131 casos), seguida de Traumatología y Dermatología con 1.009 y 613, respectivamente; a mayor distancia Otorrinolaringología y en quinto lugar Medicina Interna. Por meses, también Oftalmología predomina en todo el año, salvo en Octubre, en que lo hace Traumatología. Esta especialidad es la que tiene el mayor porcentaje de interconsultas preferentes (18%), seguida de Oftalmología (14,28%) y de Medicina Interna (13,83%). El mayor número de interconsultas es en Noviembre (689), seguido de Marzo y Octubre (612 y 592, respectivamente); en lo que a preferentes se refiere, Mayo (18,18%), Junio (17,31%) y Marzo (16%). Observamos que hay 4,8 derivaciones por TSI y que cada profesional realiza 282,4 al año (1,1 diaria).

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El peso de las interconsultas recae sobre las especialidades médico-quirúrgicas, no sobre las médicas, quizá porque estamos menos formados en ellas o tenemos menos medios para su tratamiento y diagnóstico. Hay una TD de 4,2%, muy por debajo del 6,6 y del 11% de otros estudios nacionales. Si de verdad se quiere aumentar nuestra capacidad resolutoria, aún más, deberíamos tener acceso a un mayor número de pruebas diagnósticas, sobre todo de imagen y analíticas.

### I10-O

#### Estudio de la actividad médica en las consultas de atención primaria durante un año en un Área Sanitaria

Llimona Delgado CI, León Lambea A, Domínguez Machuca F, Morales Alvarado CA

#### OBJETIVOS

"Analizando y estudiando lo que hacemos cada día, podremos gestionarlo mejor". Evaluamos la actividad diaria desarrollada por los médicos de familia en un Área de Salud, con cupos rurales y urbanos, para así intentar gestionar y planificar mejor sus agendas y aumentar la calidad de la asistencia.

#### METODOLOGÍA

Realizamos una revisión retrospectiva de la actividad desempeñada por los médicos de familia en horario de 8 a 15 horas de lunes a viernes, en las 8 Zonas Básicas de Salud (ZBS) que forman el Área de Salud de Navalmoral de la Mata (Cáceres), con un total de 55.837 usuarios de nivel socioeconómico medio-bajo, gran dispersión geográfica y un 22,7% mayores de 65 años. Trabajan 59 médicos de Atención Primaria (AP) distribuidos en 31 consultorios locales y 8 centros de salud (todos rurales salvo uno semi-urbano). Se contabilizaron las consultas Asistencial, Administrativa y Domiciliaria, tanto a Demanda como Programada, de las 8 ZBS y se compararon entre sí y con la región.

#### RESULTADOS

Nuestra Área tiene el 5,08% de la población de la Región y su actividad representa el 5,38% de la Comunidad Autónoma. Si desglosamos los datos por ZBS observamos que las de mayor población (Navalmoral y Talayuela), con 46,43% y 17,51% de los habitantes, respectivamente, son las que más actividad total registran, pero con un porcentaje del 35,34% y 14,72%, respectivamente, de aquella; las dos más pequeñas (Bohonal y Villar), con 2,8% y 2,2%, respectivamente, de la población del Área reflejan una actividad total del 6,4% y 4,9%, respectivamente. La consulta a Demanda en centro y en domicilio engloban un 70,8% de los actos médicos, mientras que la Administrativa significa un 21,1%. La proporción de consulta Programada tanto en el centro como domiciliaria, es 2,41% de la actividad total y la actividad global en Domicilio es 1,5%; ambas son bastante más altas en el medio rural que en el urbano.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La consulta a iniciativa del paciente es alta, en detrimento de la programada. Las ZBS rurales, deshabitadas y con una población envejecida, presentan una demanda de 14,5 consultas/paciente/año (el triple que en el medio urbano). Deberíamos regular esa demanda mediante la educación sanitaria, la redistribución y racionalización de nuestras actividades, el uso de protocolos clínicos en las patologías más frecuentes, la informatización de la consulta y recavando ayuda del personal de enfermería.

### I13-C

#### Otitis externa maligna con resultado de muerte

Martínez Hernández M, Clemos Burgaleta S, Larraz Andía P, Pérez Gutiérrez MA, Anguiano Baquero MP, Gil Casado A

#### INTRODUCCIÓN

La otitis externa maligna es una infección del oído externo típica de pacientes ancianos diabéticos y debilitados. Está originada por *Pseudomonas aeruginosa* y se extiende por tejidos próximos al temporal. Causa osteomielitis, afectación de pares craneales y complicaciones endocraneanas.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 84 años que presenta otorrea-otalgia en oído derecho. Antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y hepatopatía. En la exploración, la otoscopia del oído derecho revela un edema sin granulaciones en el conducto auditivo externo y perforación central activa. Se instaura tratamiento médico con ciprofloxacino 500 mg/12 horas VO y ótico durante 15 días. Al cabo de un mes acude por parálisis facial periférica derecha y cifras de glucemia muy altas.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se hospitaliza y se trata con ciprofloxacino (400 mg/12 horas), ceftazidima (1 g/12 horas) y prednisona (80 mg/24 horas) durante 15 días. Necesita insulina para controlar la glucemia. TAC craneal y de peñascos: ocupación de temporal y occipital derecho con adelgazamiento del agujero yugular ipsilateral. Gammagrafía con galio: afectación ósea extensa del temporal derecho. Biopsia del conducto auditivo externo: inflamación crónica. A los dos meses sufre un accidente cardiovascular con empeoramiento del estado general y obnubilación que le provoca la muerte.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "otitis externa maligna", "diabetes", "pseudomona". 1.- Berenholz L, Katzenell U, Harell M. Evolving resistance of pseudomonas to ciprofloxacin in malignant otitis externa. Laryngoscope 2002;112:1619-22. 2.- Joshua BZ, Sulkes J, Raveh E, Bishara J, Nageris BI. Predicting outcome of malignant external otitis. Otol Neurotol 2008;29:339-43.

## II4-O

### ¿Podemos infiltrar en atención primaria? Resultados iniciales al implantar un programa de infiltraciones en atención primaria en 2010

Arbonés Fincias L, Morna MB

#### OBJETIVOS

Valorar los resultados iniciales al implantar un programa de infiltraciones en patología tendinosa y osteoarticular en nuestro centro. Describir la efectividad terapéutica de realizar infiltraciones en atención primaria.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional de 94 pacientes infiltrados en la consulta de un médico de atención primaria (en visitas programadas/espontáneas) en una ABS urbana en 2010 (intervalo entre Mayo y Diciembre de 2010). Variables: edad, sexo, patología a infiltrar, número de infiltraciones por paciente, tiempo de evolución hasta la infiltración, complicaciones, y derivaciones a Traumatología/Rehabilitación.

#### RESULTADOS

Se analizan 94 pacientes infiltrados en 2010. Sexo: 69,1% mujeres, edad media de 60,9 años; 30,9% hombres, edad media de 57,8 años. Pacientes diabéticos 12,8%. Infiltraciones por regiones anatómicas: hombro 50%, epicondilitis 13,8%, trocánteritis 11,7%, tendinitis anserina 9,5%. Tiempo de evolución hasta infiltración: hombro 3,9 meses, epicondilitis 3,4 meses, trocánteritis 1,6 meses. Número de infiltraciones por paciente (promedio 1,29): hombro 1,17, síndrome de túnel carpiano 1,67, tendinitis de De Quervain 1. Complicaciones: ninguna

importante (3 casos de hipopigmentación cutánea secundaria); en 93,7% no empeora la diabetes. Derivaciones a Traumatología/Rehabilitación: 14,9%.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El dolor es una de las causas más frecuentes de pérdida de calidad de vida de nuestros pacientes. A menudo el origen del dolor es un proceso osteoarticular agudo o la recidiva de un proceso crónico, de duración prolongada y que además mejora poco con las recomendaciones habituales de reposo, medidas físicas y fármacos. La infiltración es una técnica relativamente sencilla, con poquísimos riesgos, y que hasta hace poco parecía reservada a los compañeros especialistas, traumatólogos y reumatólogos.

## II5-O

### Asistencia a personas con demencia en atención primaria de salud en una Zona Básica de Salud de Castilla y León

Sierra Martínez L, Martínez Fuerte MR

#### OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de pacientes con demencia en nuestra Zona Básica de Salud con el fin de orientar las actividades en la consulta de atención primaria para prestar una atención integral y continuada mediante valoración clínica, funcional y social, así como plan de cuidados individualizado.

#### METODOLOGÍA

Utilizar los registros en la historia informatizada de nuestro centro de salud de pacientes incluidos en el Servicio de Atención a Personas con Demencia de la Cartera de Atención Primaria de Sanidad de Castilla y León (SACYL). La población diana son las personas mayores de 65 años de nuestra Zona Básica de Salud. La prevalencia estimada de este síndrome en nuestra Área de Salud Valladolid-Este es de 8,5% para hombres, 12,9% para mujeres y 11% total.

#### RESULTADOS

Población diana: 3.615 personas mayores de 65 años, 1.562 hombres y 2.053 mujeres. Pacientes con diagnóstico de síndrome de demencia: 159, que significa una prevalencia de 4,5 %, de los cuales 51 son hombres (prevalencia de 3,26%) y 108 mujeres (prevalencia de 5,26 %). Número de casos según edad y porcentaje de los mismos con respecto al total: 100-105 años: 1 mujer (0,9%); 95-100 años: 5 hombres (9,8%) y 20 mujeres (18,5%); 85-90 años: 16 hombres (31,3%) y 26 mujeres (24%); 80-85 años: 12 hombres (23,5%) y 29 mujeres (26,8%); 75-80 años: 10 hombres (19,6%) y 12 mujeres (11,1%); 65-70 años: 2 hombres (3,9%) y 2 mujeres (1,8%).

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Bajo registro en las historias informatizadas de nuestro centro de salud con respecto a la prevalencia estimada en nuestra

Área de Salud. Plan de Mejora: realizar los registros correspondientes con el diagnóstico de demencia en las historia clínicas informáticas de nuestro centro de salud que nos permitan conocer la prevalencia de personas con demencia para orientar las actividades de Valoración Integral y Plan Individualizado semestral que incluya plan de cuidados y de tratamiento médico.

## I16-C

### ¡Tenías razón! Era una infección del tracto urinario

Rodríguez Sáez C, Priede Díaz MI, Melgosa Moreno MS, López Robles E, Álvarez Gutiérrez L, Real Revuelta M

#### INTRODUCCIÓN

Este caso quiere exponer la importancia de escuchar al paciente mediante la anamnesis y presentar una forma atípica de clínica de infección del tracto urinario (ITU) bien como cistitis o bien como pielonefritis subclínica. La diferencia entre ambas se reduce al tratamiento: es más largo en la pielonefritis.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 30 años sin antecedentes de interés excepto porque en los últimos años ha presentado varios brotes de urticaria tratados con corticoides orales, el último hace un mes. La paciente consulta porque desde hace poco más de una semana tiene molestias en la región situada entre ángulo costo-vertebral y flanco derecho, sin fiebre, sin clínica miccional. En la exploración nada reseñable, excepto puñopercusión derecha dudosa. La paciente refiere que hace un año tuvo un cuadro parecido; después de múltiples pruebas (analítica, placa de tórax) y tratamientos con analgésicos, fue diagnosticada de ITU. A la vista de dicho antecedente realizamos una tira de orina con leucocitos positivos en una cruz. Se recoge muestra para urocultivo y se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico durante 10 días. Urocultivo: *Escherichia coli* sensible a amoxicilina-clavulánico. Al final se produjo mejoría total de la clínica.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En esta paciente la presencia de clínica de más de una semana, la toma de corticoides coincidiendo con el cuadro, la presencia de un caso previo hace un año, la puñopercusión dudosa, son factores de riesgo de una pielonefritis subclínica. Con estos datos se decide una pauta de tratamiento con antibióticos más larga. Se realiza urocultivo previo y posterior al tratamiento, este último negativo. Por tanto, ante la sospecha de una cistitis complicada o con criterios de riesgo de invasión bacteriana renal, el tratamiento consiste en una pauta más larga de antibiótico y realización de urocultivo previo y posterior al tratamiento.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "cystitis", "pielonefritis subclínica". 1.- Clemente Millán MJ, Jiménez Murillo L, Llamas Quiñones L, Montero Pérez FJ.

Infecciones urinarias bajas: cistitis y uretritis. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª edición. 2.- Pallarés Robles J, Mata Cases M. Infecciones frecuentes en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica.

## I17-C

### Hiponatremia sintomática secundaria a antidepresivos

Carrasco Gutiérrez V, Fernández Natera A, Salado Natera MI, Toledano del Rey E, Bache Mariscal MP, Bordes Bustamante F

#### INTRODUCCIÓN

El mecanismo de la hiponatremia secundaria al tratamiento antidepresivo consiste en la liberación excesiva de hormona anti-diurética (HAD). La mayoría de los antidepresivos pueden provocar síndrome de secreción inadecuada de HAD, incluso los más recientes. No obstante, la incidencia exacta se desconoce.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 71 años con antecedentes de hipertensión, intervenida de carcinoma de mama y síndrome depresivo exógeno, en tratamiento con ramipril, zopiclona, amlodipino y mirtazapina 15 mg, que sufre cuadro sincopal con desviación de comisura bucal. A nuestra llegada está consciente, confusa, bradipsíquica, sin focalidad neurológica. Glasgow 14/15, pupilas isocóricas reactivas, auscultación cardiopulmonar normal, FC 55 lpm, FR 14 rpm, TA 120/70, glucemia 182, SatO<sub>2</sub> 97%. ECG: bradicardia sinusal a 58 lpm. Diagnóstico diferencial: accidente isquémico transitorio/síncope. Se canaliza vía periférica con suero fisiológico y se traslada al hospital. Analítica general: Na 118 mmol/l y K 3,2 mmol/l; resto normal. TAC craneal normal. Ante estos resultados, se diagnostica hiponatremia grave e hipopotasemia. Se administra sueroterapia para reponer el déficit de Na e ingresa a cargo de Medicina Interna.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La principal estrategia de actuación consiste en conocer la importancia de una adecuada valoración del riesgo-beneficio a la hora de prescribir asociaciones farmacológicas potencialmente hiponatremizantes (diuréticos, anticonvulsivantes, hipoglucemiantes, antidepresivos) y los factores de riesgo de hiponatremia (edad avanzada, sexo femenino, bajo peso corporal, ingestión abundante de líquidos). El tratamiento consiste en la suspensión del antidepresivo, la restricción de líquidos y controles estrictos de iones. En pocos casos es necesario administrar solución salina hipertónica intravenosa.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "hyponatremia", "psychotropic medications". 1.- Madhusoodanan S, et al. Hyponatremia associated with psychotropic

medications. A review of the literature and spontaneous reports. *Adverse Drug React Toxicol Rev* 2002;21:17-29. 2.- Committee on Safety of Medicines/Medicines Control Agency. Antidepressant-hyponatraemia induced. *Current Problems* 1994;20:5-6.

## I18-C

### Intoxicación por monóxido de carbono

Carrasco Gutiérrez V, Fernández Natera A, Salado Natera MI, Varo Calvo MC, Bache Mariscal MP, López de Montes B

#### INTRODUCCIÓN

La intoxicación por CO es el conjunto de signos y síntomas que se derivan de la entrada de este gas en el organismo. La inhalación no es perceptible, ya que se trata de un gas inodoro e incoloro. La sintomatología es inespecífica, por lo que se requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 54 años sin antecedentes de interés, que sufre cuadro de pérdida de conciencia con relajación de esfínteres precedido de mareos y cefalea. A nuestra llegada está inconsciente. Glasgow 7/15. Pupilas midriáticas reactivas, trismus, SatO<sub>2</sub> 84%. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos rápidos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. TA 120/60, FR 14 rpm, FC 120 lpm. Glucemia 80 mg/dl. ECG: taquicardia sinusal. Sus 2 hijos y su marido han sufrido cuadros sincopales a lo largo del día en el domicilio; actualmente están conscientes con mareos y cefalea. Ante la sospecha de intoxicación por gas solicitamos la presencia de bomberos y policía y se confirma la existencia de niveles elevados de CO en el domicilio. La paciente recupera el nivel de conciencia con oxigenoterapia en pocos minutos.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La primera medida a tomar es evacuar al paciente de la fuente de intoxicación y solicitar la presencia de Cuerpos de Seguridad y bomberos. Administrar oxígeno al 100% (independientemente del nivel de saturación de O<sub>2</sub>), soporte vital si fuera necesario, monitorización y traslado al hospital. Una opción terapéutica para los casos con alteraciones neurológicas o cardiovasculares graves es el uso de una cámara de oxígeno hiperbárico, aspecto que no debemos olvidar, ya que disponemos de ella en nuestro medio.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "carbon monoxide intoxication". 1.- Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E. Monóxido de carbono. *Medicina Legal y Toxicología*. Barcelona: Masson 2004. 2.- Balzan MV, et al. Carbon monoxide poisoning: easy to treat but difficult to recognise. *Postgrad Med J* 1996;72:470-3.

## I19-O

### Efectividad de la intervención antitabaco en una unidad de gestión clínica

Luque Olmedo FJ, Gamero de Luna EJ, Galán Moreno MA, Mora Ortiz I

#### OBJETIVOS

Valoración del programa de intervención antitabaco en una Unidad de Gestión Clínica (UGC) en atención primaria.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo en el ámbito de atención primaria sobre el total de pacientes incluidos en el programa antitabaco durante el bienio 2009-2010. Se evalúan variables demográficas (edad, sexo, nivel de estudios), grado de dependencia y motivación (test de Fagerström y de Richtmon, respectivamente), tipo de intervención y resultados. Incluimos sólo mayores de 14 años cuya permanencia sea mayor de dos meses dentro del programa.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 157 pacientes con edad media de 53 años. El 53,5% fueron mujeres. Tanto el grado de motivación como el de dependencia fueron elevados (65,4% y 82,2%, respectivamente). Se utilizó bupropion en 38,49% de los pacientes y se obtuvo en ellos un 38,67% de tasa de éxito. Los chicles de nicotina fueron el segundo recurso más utilizado, pero con una tasa de éxito de sólo 14,15% en solitario y de 28,30% en uso combinado con parches. La vareniclina consiguió una tasa de éxito de 40%. El nivel de estudios fue determinante, pues se obtuvo un 44,69% de éxito en los de nivel alto frente a 16,66% en los de bajo nivel.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los pacientes menores de 35 años y los universitarios de mayor nivel de estudio obtuvieron la mayor tasa de abandono del tabaco. El recurso que más rendimiento consiguió fue vareniclina seguido de bupropion, que fue el más utilizado. La motivación resultó ser fundamental para que el tratamiento de deshabitación fuera exitoso, incluso en los pacientes que mayor grado de dependencia tenían.

## I20-C

### Adulto que acude por aumento de volumen muscular de una pierna

Rama Martínez T, Rodó Bernadó R, Beato Fernández P, Alcolea García RM, López Marina V, Roig Cabo P

#### INTRODUCCIÓN

El sarcoma sinovial es un tumor de tejidos blandos que suele afectar a adolescentes y adultos jóvenes, sobre todo en extremidades inferiores (EI). Se presenta como una masa de crecimiento lento

y asintomático, por lo que su diagnóstico se suele hacer en fases tardías cuando ya presenta metástasis.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 67 años que acude por masa indolora en muslo izquierdo, de crecimiento progresivo desde hace semanas. Antecedentes personales: HTA, diabetes mellitus tipo 2. Exploración física: aumento de grosor del cuádriceps de consistencia indurada. Radiografía y ecografía de fémur izquierdo: masa dependiente de vasto interno de 6 x 7 cm. A las 2 semanas presenta dolor a la deambulación y pérdida ponderal. Con el resultado de las pruebas iniciales se deriva a Urgencias del hospital. TAC tóraco-abdominal con contraste: múltiples nódulos pulmonares. Angio-RMN: tumor de partes blandas agresivo; amplio sangrado intratumoral; parte ósea preservada. PAAF y biopsia con diagnóstico anatomo-patológico de sarcoma sinovial fibroso. Tratamiento inicial con quimioterapia: ifosfamida 6 ciclos. Al cuarto ciclo se halla una marcada disminución del número y tamaño de nódulos pulmonares por radiología.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Los sarcomas de partes blandas (SPB) son tumores malignos con incidencia anual de 2-3/100.000. El sarcoma sinovial representa el 5-10% de SPB, más frecuente en El y en hombres, entre los 20 y 40 años de edad. Etiología incierta, aunque se han encontrado translocaciones cromosómicas. Crecimiento progresivo, desplaza estructuras vecinas y se extiende siguiendo fascias y paquetes vasculo-nerviosos. Rara vez infiltra el hueso. Las metástasis son principalmente pulmonares. TAC y RMN definen la extensión. El diagnóstico definitivo es por histología. Diagnóstico diferencial: tumoraciones benignas/malignas. Pronóstico según tamaño y extensión. Tratamiento con cirugía (si es extirpable), quimioterapia y/o radioterapia.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "soft tissue tumors", "synovial sarcoma". 1.- Eilber FC, Dry SM. Diagnosis and management of synovial sarcoma. *J Surg Oncol* 2008;97:314-20. 2.- Randall RL, Schabel KL, Hitchcock Y, Joyner DE, Albritton KH. Diagnosis and management of synovial sarcoma. *Curr Treat Options Oncol* 2005;6:449-59.

121-C

## Hepatotoxicidad farmacológica

López Marina V, Alcolea García R, Pizarro Romero G, Costa Bardají N, Rama Martínez T, Valle Calvet M

### INTRODUCCIÓN

Múltiples fármacos pueden inducir hepatotoxicidad: antiinflamatorios y analgésicos, citostáticos, anticonceptivos orales, antibióticos, psicótropos, anticonvulsivantes, antirretrovirales, antidiabéticos, antihipertensivos... Presentamos el caso de una hepatitis inducida por enalapril.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 72 años, hipertenso, dislipémico y cardiópata, en tratamiento con nebivolol (5 mg/24 horas), omeprazol (20 mg/24 horas), atorvastatina (40 mg/24 horas), mononitrato de isosorbida (50 mg/24 horas) y acenocumarol 4 mg según pauta. Últimos controles de TA elevados, por lo que se prescribe enalapril (20 mg/24 horas). A los 3 días, acude por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho (HCD) y vegetatismo. Exploración: TA 160/90, FC 75 lpm, temperatura 36°C, ictericia conjuntival; abdomen doloroso en HCD, con signo de Murphy negativo. Se deriva a Urgencias. Analítica: citólisis y colestasis hepática (enzimas aumentados 3-4 veces), serologías hepáticas negativas. ECG: isquemia crónica ántero-lateral. Radiografía de tórax y eco abdominal normales. Colangio-resonancia: nódulo de 2 cm entre los segmentos IV y VIII hepáticos. Biopsia hepática: infiltrado inflamatorio sinusoidal y periportal.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se orienta el cuadro como hepatotoxicidad secundaria a enalapril. Se suspende su administración y se pauta reposo digestivo, analgésicos y fluidoterapia. La clínica desaparece a los 4 días de tratamiento. Las enzimas se normalizan a los 3 meses, excepto la bilirrubina (tarda 5 meses). En colangio-resonancia realizada a los 3 meses, el nódulo desaparece. El enalapril es un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina, que se utiliza para tratar la HTA con elevada efectividad y seguridad. La hepatotoxicidad secundaria es infrecuente, requiere períodos superiores a 1 mes de tratamiento para su aparición y tiene buena evolución al retirar el fármaco (puede producir cuadros graves).

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "enalapril", "hepatotoxicity". 1.- Hagley MT, Hulisz DT, Burns CM. Hepatotoxicity associated with angiotensin-converting enzyme inhibitors. *Ann Pharmacother* 1993;27:228-31. 2.- Da Silva GH, Alves AV, Duques P, Sevá-Pereira T, Soares EC, Escanhoela CA. Acute hepatotoxicity caused by enalapril: a case report. *J Gastrointest Liver Disease* 2010;19:187-90.

122-O

## Infiltración del síndrome del túnel carpiano en atención primaria

López Marina V, Allepuz Pérez D, Alborch Orts MA

### OBJETIVOS

Evaluar la efectividad terapéutica de las infiltraciones (INF) en el tratamiento del síndrome del túnel carpiano (STC). Describir el grado de satisfacción de los pacientes con la técnica aplicada.

### METODOLOGÍA

Estudio de intervención. Sujetos e intervención: se infiltró (con acetónido de triamcinolona + bupivacaína 2%, 0,5 ml + 0,5 ml)

a 20 pacientes mayores de 14 años sin mejora tras tratamiento conservador durante 10 días; llevado a cabo en 2009. Ámbito de estudio: 2 consultas de un centro de atención primaria semiurbano. Mediciones: factores socio-demográficos (sexo, edad, estado civil, estudios, situación y rango laboral); efectividad en la disminución del dolor e impotencia funcional (medición inicial, a las 2 semanas, 3 meses y año); encuesta de satisfacción. Análisis estadístico: proporciones, media, desviación estándar (DE), IC [95%], t-Student para variables cuantitativas.

## RESULTADOS

Factores socio-demográficos: 90% mujeres 43,2 años de edad media (DE 9,7), 55% casadas, 45% con educación primaria completa, 45% en activo y 30% amas de casa; 75% trabajadoras manuales cualificadas o no cualificadas. Efectividad (media, IC [95%]): dolor inicial 7,9, 7,2-8,8, a las 2 semanas 1,5, 1,1-2,1, a los 3 meses 1,7, 1,2-2,4; año 2,1, 1,6-2,7 (en los 3 puntos de corte,  $p < 0,05$ ); impotencia funcional inicial 7,4, 7,1-7,8, a las 2 semanas 1,1, 0,7-1,6, a los 3 meses 0,8, 0,5-1,3; año 1,2, 0,8-1,8 (en los 3 puntos de corte,  $p < 0,05$ ). Número medio de INF por paciente: 1,2 (1 INF 80% y 2 INF 20%). Se derivaron 4 pacientes a Traumatología, de los que 3 fueron intervenidos quirúrgicamente. No efectos adversos. Encuesta de satisfacción (n=15): 80% gran satisfacción, accesibilidad (53,3%) y comodidad (73,3%); 80% querría que su médico aplicase la técnica.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El STC es padecido por mujeres de edad media, casadas, con bajo nivel de estudios, en activo en trabajos manuales y/o amas de casa. Las INF son muy efectivas y seguras para el tratamiento del STC al fallar la terapéutica conservadora; el efecto se prolonga durante como mínimo un año. Los pacientes muestran una gran satisfacción por la técnica empleada por su médico de cabecera y hasta en 80% de los casos querrían que fuese una práctica habitual de su médico.

### I23-O

## Infiltración de la tendinitis del manguito de los rotadores en atención primaria

López Marina V, Allepez Pérez D, Alborch Orts MA

### OBJETIVOS

Evaluar la efectividad terapéutica de las infiltraciones (INF) en el tratamiento de la tendinitis del manguito de los rotadores (TMR). Describir el grado de satisfacción de los pacientes con la técnica empleada.

### METODOLOGÍA

Estudio de intervención. Sujetos e intervención: se infiltró (con acetónido de triamcinolona + bupivacaína 2%, 1 ml + 1 ml) a 36 pacientes mayores de 14 años sin mejora tras tratamiento conservador durante 10 días en 2009. Ámbito de estudio: 2 consultas de

un centro de atención primaria semiurbano. Mediciones: factores socio-demográficos (sexo, edad, estado civil, estudios, situación y rango laboral), efectividad en la disminución del dolor e impotencia funcional (medición inicial, a las 2 semanas, 3 meses y año); encuesta de satisfacción. Análisis estadístico: proporciones, media, desviación estándar (DE), IC [95%], t-Student para variables cuantitativas.

## RESULTADOS

Factores socio-demográficos: 72,2% mujeres, 55,7 años de edad media (DE 11,2), 81,1% casadas, 39% con educación primaria completa, 47,3% en activo, 83,3% trabajadoras manuales cualificadas o no cualificadas. Efectividad (media, IC [95%]): dolor inicial 8,25, 7,7-8,9, a las 2 semanas 2,1, 1,5-2,8, a los 3 meses 1,6, 1,1-2,3, al cabo de un año 1,9, 1,5-2,6 (en los 3 puntos de corte,  $p < 0,05$ ); impotencia funcional inicial 8,7, 8,1-9,2, a las 2 semanas 2,6, 1,9-3,1, a los 3 meses 1,9, 1,5-2,6, al cabo de un año 2,3, 1,8-3 (en los 3 puntos de corte,  $p < 0,05$ ). Número medio de INF por paciente: 1,38 (1 INF 72,3%, 2 INF 16,6% y 3 INF 11,1%). Se derivó 2 pacientes a Traumatología y fueron intervenidos quirúrgicamente. No efectos adversos. Encuesta de satisfacción (n=23): 91,3% gran satisfacción, comodidad (69,7%) y elevada efectividad (56,4%). Un 91,3% querría que su médico aplicase la técnica.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La TMR es padecida por mujeres de edad media avanzada, casadas, con bajo nivel de estudios, en activo en trabajos manuales. Las INF son muy efectivas y seguras para el tratamiento de la TMR al fallar la terapéutica conservadora; su efecto se prolonga durante como mínimo un año. Los pacientes muestran una gran satisfacción por la técnica empleada por su médico de cabecera y en más de 90% de los casos querrían que fuese una práctica habitual de su médico.

### I25-C

## Quiste pericárdico, un diagnóstico casual

Pizarro Romero G, Valle Calvet M, López Marina V, Alcolea García RM, Rama Martínez T, Fitó Egea I

### INTRODUCCIÓN

Los quistes pericárdicos (QP) son malformaciones congénitas del pericardio. Suelen ser asintomáticos y se descubren casualmente en una radiografía de tórax como una masa redondeada adyacente al borde cardiaco derecho. Pueden confundirse con tumores, aneurismas ventriculares o cardiomegalia masiva.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 46 años que acude por infección respiratoria desde hace 48 horas. Afebril, eupneica, Auscultación respiratoria: hipofonosis en tercio inferior de hemitórax derecho. Radiografía de tórax: imagen radioopaca en el ángulo cardiopélico derecho,

en contacto con la silueta cardíaca. TAC torácica: masa quística en mediastino posterior (MP) de 16 x 16 x 10,7 cm, de paredes bien definidas, que no capta contraste y desplaza a corazón y esófago. RMN: masa quística en MP de 16 x 15 x 11 cm, de aspecto no agresivo, entre los cuerpos vertebrales y las cavidades cardíacas a las que distorsiona. Tratamiento: resección quirúrgica por toracoscopia de un gran quiste pericárdico en la base del mediastino posterior, con aspiración de gran cantidad de líquido y resección de su pared. La evolución fue satisfactoria; dada de alta a las 72 horas.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Los QP son debidos a la falta de fusión mesenquimal del futuro saco pericárdico. Su incidencia es baja (1:100.000). El dolor torácico atípico, la disnea y tos persistente puede darse por compresión de estructuras adyacentes. Pueden originar estenosis pulmonar, fibrilación auricular, taponamiento cardíaco, obstrucción bronquial y muerte súbita. La TAC es la técnica de elección en el diagnóstico y seguimiento de los QP. Se visualizan como masas de paredes delgadas ovales y homogéneas. La resección quirúrgica por toracoscopia es el tratamiento de elección. Las indicaciones para la resección son el tamaño, los síntomas y la prevención de una emergencia médica.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "pericardial cyst", "mediastinal cyst". 1.- Maderos ON, Menchaca JL, Barrera JC, Cantero HA, Valdés JM. Quiste pericárdico gigante en el adulto: reporte de un caso. Rev Cubana Cir 2001;40:312-4. 2.- Patel J, Park C, Michaels J, Rosen S, Kort S. Pericardial cyst: case reports and a literatura review. Echocardiography 2004;21:269-72.

126-C

### Tromboangeítis obliterante: enfermedad de Buerger

Medio Cornejo E, Colombo Gaínza E, Catalán Macián J, Pruteanu DF, Brander Alegre B, Villarreal Agudelo S

#### INTRODUCCIÓN

De origen desconocido, se trata de un cuadro vascular inflamatorio-oclusivo de arterias y venas distales de medio-pequeño calibre en extremidades. La clínica depende de la isquemia, progresa de distal a proximal, produce dolor en reposo y origina úlceras y necrosis. Se da en varones fumadores de 20-40 años.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 26 años de edad, con antecedentes de depresión, tabaquismo (24,5 paquetes/año), enolismo (3 unidades bebidas estándar/día), consumo de cocaína inhalada (2 g ocasionales). Clínica de aproximadamente un año de evolución con parestesias en ambos pies, dolor gemelar con claudicación de la marcha a 50 m.

Exploración: no se palpa pulso pedio derecho ni tibiales posteriores bilaterales, retraso de relleno capilar. Se pauta pentoxifilina y ácido acetilsalicílico. Angio-RMN: amputación de arteria tibial posterior con placa de ateroma en femoral superficial en miembro inferior derecho. En Cirugía Vasculat realizaban by-pass poplíteo-tibial posterior con vena safena izquierda invertida y posterior amputación por isquemia del primer dedo del pie izquierdo. Actualmente presenta metatarsalgia post-quirúrgica y se ha agregado cilostazol y pregabalina.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Lo prioritario es dejar de fumar. Hay que mejorar la circulación colateral, para lo que los vasodilatadores no son útiles. Antitrombóticos, anticoagulantes y fibrinolíticos frenan la extensión en fases agudas pero no a largo plazo. En brotes agudos o con necrosis son eficaces las prostaglandinas como vasodilatador-antiagregante plaquetario. Para controlar el dolor a largo plazo se usan estimuladores epidurales. Quirúrgicamente lo ideal es la reconstrucción arterial directa, frecuentemente imposible por la localización y extensión. En la zona infrainguinal se recomienda autoinjerto con vena safena interna. La simpatectomía facilita la curación de lesiones tróficas; hay que desbridar las úlceras y amputar en casos graves.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "Buerger", "tromboangeítis obliterante", "enfermedad arterial periférica", "isquemia arterial crónica". 1.- Małeckı R, Zdrojowy K, Adamiec R. Thromboangeitis obliterans in the 21st century-a new face of disease. Atherosclerosis 2009;206:328-34. 2.- Lara-Hernández R, Lozano-Vilardell P, Córdoba-Gual J. Nuevos tratamientos de la enfermedad arterial periférica oclusiva no revascularizable: angiogenia terapéutica. Med Clin (Barc) 2008;131:665-9.

128-C

### Calcifilaxis

Colombo Gaínza E, Medio Cornejo E, Rovira Peña B, Pruteanu DF, Serrano Montagud S, Tarazona N

#### INTRODUCCIÓN

Proceso infrecuente grave, que predomina en mujeres con insuficiencia renal, debido a calcificación de la capa media de arteriolas dérmicas; desencadena ulceración con necrosis e isquemia. Alta morbimortalidad por sepsis cutánea. Patogenia controvertida, con relevantes alteraciones del calcio-fósforo.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 85 años, con antecedentes de HTA, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, enfermedad renal crónica, insuficiencia venosa, osteoporosis e hipotiroidismo. Clínica progresiva de 8 meses de costras dolorosas pretibiales bilaterales.

Exploración: escaras de 7 x 12/6 x 14 cm, fluctuantes, con edema, flictenas y pulsos pedios simétricos. Se desbrida y se pauta antibiótico y cura diaria. Al cabo de un mes no hay mejoría y aparece nueva úlcera gemelar. Se remite a Cirugía Vasculard, donde lo atribuyen al uso de acenocumarol. Hematología sustituye por fraxiparina y actualmente con dabi-gatran. Diagnóstico diferencial con vasculitis, crioglobulinemia, arteriopatia, embolismo de colesterol y trombopatías. La biopsia diagnóstica calcifilaxis y se plantea efectuar injertos que desestima la paciente. A día de hoy hay mejoría y se encuentra en estudio por Nefrología para tratamiento por hiperparatiroidismo secundario.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

No existe tratamiento adecuado. El objetivo es prevenir las calcificaciones de la media arteriolar con el diagnóstico precoz, normalización de los niveles de calcio y fósforo, control del hiperparatiroidismo y profilaxis de la infección secundaria con desbridamiento, antibioticoterapia y analgesia. Suspender suplementos de calcio, vitamina D, acenocumarol e iniciar bifosfonatos. En hemodializados aumentar la frecuencia de las sesiones puede estabilizar el cuadro. La oxigenoterapia hiperbárica o los quelantes del calcio mejoran la hipoxia tisular. Quirúrgicamente la paratiroidectomía precoz en pacientes de riesgo y PTH por encima de 600 puede tener beneficios, pero su utilidad es controvertida.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "calcifilaxis", "calcio", "fósforo", "insuficiencia renal", "úlceras cutáneas". 1.- Chacon G, Nguyen T, Khan A, Sinha A, Maddirala S. Warfarin-induced skin necrosis mimicking calciphylaxis: a case report and review of the literature. *J Drugs Dermatol* 2010;9:859-63. 2.- Rogers NM, Coates PT. Calcific uraemic arteriopathy: an update. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2008;17:629-34.

129-C

### Gripe A en paciente inmunodeprimido: manifestaciones radiológicas

Blanco Rodríguez AM, Mula Rey N, Mula Rey M, Navarro Suay R, Parra Gordo L, Blanco Rodríguez AM

#### INTRODUCCIÓN

La pandemia de Gripe A creó alarma social en 2009. A pesar de la vacunación en 2010, hemos asistido a nuevos casos graves de insuficiencia respiratoria con neumonía bilateral y gran afectación pulmonar. La radiología de tórax no es suficiente para valorar la afectación parenquimatosa pulmonar.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 35 años, diagnosticada en septiembre de 2010 de carcinoma ductal infiltrante en mama derecha y con tratamiento

quimioterápico previo a cirugía. En diciembre síndrome catarral con fiebre, tos y expectoración, con afectación de más miembros familiares. Acude a Urgencias donde se realiza radiología de tórax que es normal y se inicia tratamiento con levofloxacino. La paciente acude nuevamente por fiebre y vómitos, con insuficiencia respiratoria grave y radiológicamente con infiltrado neumónico bilateral alveolar. Se realiza antigenuria para neumococo y legionela que son negativas y PCR positiva para virus A. Se inicia tratamiento con oseltamivir. Ante el cuadro de inmunosupresión postquimioterapia se decide ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos; mala evolución posterior que precisó de intubación orotraqueal. TAC torácico: infiltrado alveolar bilateral extenso.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La vacunación antigripal es una de las estrategias empleadas para prevenir la gripe A en pacientes con factores de riesgo. La inmunosupresión secundaria a quimioterapia en nuestra paciente determinó la gravedad de su enfermedad, mientras que en su familia se resolvió sin complicaciones. La falta de sospecha de la gripe A en paciente de riesgo y la falta de medidas preventivas (vacunación) pueden aumentar la gravedad de la misma. La gran afectación parenquimatosa pulmonar se podría haber disminuido o minimizado con la vacunación correcta o con la sospecha precoz e inicio del tratamiento antivírico.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "influenza A", "treatment", "prevention", "risk factors". 1.- Hiba V, et al. Benefit of early treatment with oseltamivir in hospitalized patients with documented 2009 influenza A (H1N1): retrospective cohort study. *J Antimicrob Chemother* 2011;66:959-63. 2.- Lapinsky SE. H1N1 novel influenza A in pregnant and immunocompromised patients. *Crit Care Med*. 2010;38:e52-7. 3.- Smith JR et al. The use of antiviral agents for the management of severe influenza. *Crit Care Med* 2010;38(suppl 4):e43-51.

130-C

### Síndrome de hiperclaridad pulmonar unilateral

Clemons Matamoros S, Pérez Feito D, Martínez Hernández M, Sanz Gálvez M, Romero Abad DM, Sánchez Hernández B

#### INTRODUCCIÓN

El síndrome de hiperclaridad pulmonar o síndrome de Swyer-James o de MacLeod (SJML), es una entidad infrecuente, caracterizada por sus manifestaciones radiológicas consistentes en hiperclaridad pulmonar, de un lóbulo o parte del mismo. Suele cursar sin síntomas y se descubre como un hallazgo casual.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 21 años, fumador de 15 cigarrillos/día, acude a consulta por cuadro catarral, tos con expectoración blanquecina

no abundante y dolor en hemitórax izquierdo de características inespecíficas de más de una semana de evolución. No había tenido fiebre. No atragantamientos previos. No presentaba disnea. Exploración física: TA 130/80, FC 110 lpm, temperatura 36,6°C, saturación de oxígeno 97%; disminución generalizada del murmullo vesicular de hemicampo izquierdo; abdomen anodino sin signos de defensa; buena coloración de piel y mucosas; no lesiones dérmicas asociadas.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se remite al Servicio de Urgencias de Hospital de referencia, donde se realizan las pruebas complementarias pertinentes. Hemograma, coagulación y bioquímica con parámetros dentro de la normalidad. Gasometría arterial basal y electrocardiograma normal. Radiografía de tórax: hiperinsuflación unilateral izquierda que respeta campo superior únicamente. TAC torácico: hiperclaridad pulmonar y pequeñas áreas de enfisema centrolobulillar en lóbulos inferiores derechos. La broncoscopia descartó existencia de alteraciones de la arquitectura bronquial. Se realizó tratamiento sintomático (analgesia y antibióticos vía endovenosa) con buena evolución clínica.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "Swyer-James syndrome". 1.- Braunschweig M, Gal I. Swyer-James syndrome. JBR-BTR 2001;84:57. 2.- Chalmers JH Jr. Swyer-James syndrome. Semin Respir Infect 1999;14:295-7. 3.- Cumming GR, Macpherson RI, Chernick V. Unilateral hyperlucent lung syndrome in children. J Pediatr 1971;78:250-60. 4.- Khalil KF, Saeed W. Swyer-James-MacLeod Syndrome. J Coll Physicians Surg Pak 2008;18:190-2.

### IBI-C

#### Manifestaciones embólicas de la endocarditis protésica

Mula Rey N, Blanco Rodríguez AM, Mula Rey M, Navarro Suay R, Parra Gordo L,

#### INTRODUCCIÓN

La endocarditis protésica (EP) se asocia a alta morbimortalidad. Las manifestaciones metastásicas cerebrales pueden confundirse con hematomas intraparenquimatosos cerebrales, más en pacientes anticoagulados con sobredosificación. Otras manifestaciones embólicas nos pueden orientar el diagnóstico.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 36 años portador de prótesis mitral por endocarditis sobre válvula nativa hace 14 años. Anticoagulado con Sintrom. El paciente comienza de forma brusca con deterioro cognitivo y agitación, por lo que se deriva a Urgencias. TAC cerebral: 3 focos de hemorragia intraparenquimatosa (frontal, parietal y cerebeloso)

con alteración de la coagulación. El paciente ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos neuromonitorizado. Se realiza eco transtorácico que descarta EP. A las 72 horas comienza con fiebre y leucocitosis y se objetivan lesiones petequiales en pulpejos y conjuntiva, por lo que se realiza eco transesofágico que confirma EP y TAC toracoabdominal que objetiva embolismos esplénicos y renales. Se realiza esplenectomía y a las 24 horas recambio valvular. EP por *Stafilococo aureus*. Mala evolución a pesar de tratamiento antibiótico, con nuevos embolismos sistémicos.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La sobredosificación por Sintrom constituye una de las principales causas de hemorragia intraparenquimatosa cerebral, aunque suele ser excepcional el sangrado múltiple. Hay que hacer diagnóstico diferencial con abscesos cerebrales secundarios a EP. La ausencia de vegetaciones en el ecocardiograma transtorácico no descarta la afectación valvular. La clínica típica (fiebre y soplo) junto con las manifestaciones embólicas permiten el diagnóstico. El diagnóstico precoz es fundamental para el recambio valvular y la supervivencia posterior. Las manifestaciones embólicas se asocian a alta morbimortalidad y a la posibilidad de reinfección protésica como le ocurrió a nuestro paciente.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "endocarditis", "cerebrovascular", "embolism", "mortality". 1.- Habib G, et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis. European Heart Journal 2009;30:2369-413. 2.- Karchmer A. Endocarditis infecciosa. 17ª ed. Madrid: McGraw-Hill 2008;41-50. 3.- Thuny F, et al. Impact of cerebrovascular complications on mortality and neurologic outcome during infective endocarditis: a prospective multicentre study. Eur Heart J 2007;28:1155-61.

### IB3-O

#### Patología del pie geriátrico

Rodríguez Fernández R, Rodríguez Erice R, Rodríguez Erice F

#### OBJETIVOS

Vigilar, prevenir y conocer las diferentes patologías de los pies en pacientes de tercera edad. Corregir y tratar las afecciones podológicas en el mismo Centro de Salud o derivando a especialistas del segundo nivel. Detectar alteraciones de movilidad y equilibrio.

#### METODOLOGÍA

Explorar y tratar la patología podológica, dolor, de 96 pacientes mayores de 65 años de tres diferentes consultas de atención primaria. Se les efectuó inspección, palpación y exploración con monofilamento y otras exploraciones complementarias tipo radiología, doppler y electromiografía. Se encuadraron según la patología más prevalente: afecciones podológicas secundarias a afecciones

sistémicas [osteoarticulares (gota, artrosis) cardiovasculares (insuficiencia cardíaca), endocrinometabólicas (diabetes)], enfermedades propias del pie [infecciones (micosis, verrugas plantares), hiperqueratosis (ojo de gallo), osteotendinosas (hallux valgus), dedo en martillo, espolones], alteraciones ungueales, otras].

## RESULTADOS

El 81% de los pacientes nunca había consultado con un podólogo. El autocuidado del pie no existía en 60%. Encontramos en nuestro estudio: pie diabético en 50 pacientes, necrosis desconocida 2, atrofia de piel-úlceras 10, piel seca-fisuras 26, infecciones 8, cambios en la carga 47, onicomicosis 80, pie de atleta 21, verrugas 12, ojo de gallo 16, hallux valgus 32, dedo en martillo 16, espolones 21, pie valgo 15, onicogriposis 42, onicomicosis en distintas uñas 73, grietas en talón 41. Se derivaron a Cirugía Mayor las dos necrosis, 3 de las infecciones previa realización de cultivo de la zona y dos verrugas plantares; a traumatología 6 cambios en la carga para su tratamiento con ortesis plantares. Las onicomicosis han sido tratadas tópicamente. El 50% de hallux valgus y dedo en martillo se trató quirúrgicamente. El 80 % de espolones se infiltró y el dolor desapareció en todos los casos.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los pies tienen un papel fundamental en relación con la marcha y el equilibrio. La salud del pie afecta directamente a la movilidad y por ello a la calidad de vida. El 80% de la población sufre algún problema podológico. Que el anciano pueda o no caminar constituye la línea divisoria que separa la institucionalización y la permanencia como miembro activo de la comunidad. Distintos autores señalan la importancia de la vigilancia y autocuidado de los pies. Diabetes y artrosis son nefastas.

### 134-C

## Onicogriposis extrema

Larraz Andía P, Martínez Hernández M, Plumed Betes MJ, Barba Ródenas MI, Buil Tricas B, Garbayo Martínez JL

### INTRODUCCIÓN

La onicogriposis es la hipertrofia de la lámina ungueal y su engrosamiento en diversas direcciones; se produce una deformación de la lámina que altera su morfología de manera que adquiere la forma de un cuerno o garfio. Se trata de una patología relativamente frecuente del pie del anciano.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 88 años, soltero, que acude a consulta por engrosamiento importante de la uña del primer dedo del pie derecho, de años de evolución, que en los últimos meses le provoca dolor ante traumatismos mínimos y dificultad para calzarse. En la exploración se objetiva hipertrofia del tejido ungueal del primer orjeo, de unos 4,5 cm de longitud, desviación lateral externa, consistencia pétreo, coloración grisácea, opaca y aspecto resquebrajado. Refiere que presenta la uña distorsionada desde hace unos treinta años tras

sufrir un traumatismo con aplastamiento de la falange distal del pie. Desde entonces, el mismo paciente ha paliado su problema mediante el corte y limado de la uña, pero en los últimos cinco años el impedimento físico y tratarse de una maniobra cada vez más dolorosa, le han dificultado realizar por sí mismo la maniobra y la ha dejado crecer libremente.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El procedimiento de actuación está encaminado a reducir la longitud y espesor de la lámina ungueal afectada para lograr que el paciente recupere la funcionalidad de la uña y eliminar su dolor y el efecto de compresión en el calzado. En los casos leves se puede lograr por medio del uso de emolientes en cura oclusiva, posterior desbastado de la lámina ungueal mediante limado o fresado, y finalmente desinfección de la misma con clorhexidina. Es un tratamiento puramente paliativo, que debe repetirse periódicamente.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "onicogriposis", "onychogryphosis", "distrfia ungueal", "onicoanomalía". 1.- Betti S, Bassi A, Prignano F, Lotti T. A lifelong onychogryphosis. *G Ital Dermatol Venereol*. 2009;144:502-3. 2.- Singh G, Haneef NS, Uday A. Nail changes and disorders among the elderly. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2005;71:386-92. 3.- Kistler HJ. Onychogryphosis. *Schweiz Med Wochenschr* 1999;129:333.

### 135-C

## Accidente por electrocución

Rivera Pérez MD, Martínez Villegas I, Bienvenido Rodríguez A, Colombo García JA, Machuca Romero E, Ibáñez Herrera JM

### INTRODUCCIÓN

Electrocución es la muerte real o aparente por descarga eléctrica. La evolución de la industria eléctrica ha traído un aumento del riesgo de accidentes. La población de riesgo son niños expuestos a cables y aparatos eléctricos 20%; adolescentes 25%; y trabajadores eléctricos y obreros 25%.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Aviso al 061 por paciente de 35 años, profesor en escuela taller. Mientras manipulaba cables, recibe descarga eléctrica y permanece inmóvil en el suelo. A nuestra llegada el paciente se encuentra en decúbito supino sujetando un cable de grueso calibre. Se desconecta la corriente eléctrica. El paciente no responde; en las manos se aprecian quemaduras de aspecto bien definido con áreas de coagulación y necrosis. Se inicia maniobras de RCP y se toma vía periférica de grueso calibre; ECG: fibrilación ventricular. Tras desfibrilación entra en asistolia. Seguimos protocolo de RCP avanzada durante 48 minutos sin éxito. La autopsia reveló la existencia de un coágulo intracardiaco. La coagulopatía de consumo por la electricidad consiste en la activación de la cascada de la coagulación con formación de microtrombos que se unen formando grandes trombos, lo que explica el coágulo cardiaco.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Podemos dividir la corriente eléctrica en alto y bajo voltaje. El alto voltaje es más nocivo, y produce mayor destrucción tisular, mientras el bajo voltaje es más accesible a la población. El tipo de corriente determina la gravedad y contribuye junto con la mayor o menor duración de la exposición. En este sentido la corriente alterna es más dañina, ya que la continua tiende a expulsar a la víctima. La fibrilación ventricular se da más frecuentemente en víctimas expuestas a corriente alterna de bajo voltaje, mientras que el alto voltaje y la corriente continua producen asistolia. El paro cardíaco es la principal causa de muerte por electrocución y depende de la intensidad y de la corriente.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "electrocución", "corriente eléctrica", "cuerpo humano", "estadísticas", "accidentes eléctricos". 1.- Amy BW, Mcmanus WF, Goodwin CW Jr, et al. Lightning injury survival in five patients. JAMA 1985;253:245-53. 2.- Castellano Arroyo M. lesiones por agentes físicos. En: Gisbert V (ed). Medicina legal y toxicológica. 5º ed. Madrid: Masson 1998. 3.- García Torres V. Quemaduras, tratamiento de urgencia. Duphar Farmacéutica 1993.

## 139-C

### La accesibilidad a la píldora postcoital, ¿consigue disminuir el número de embarazos no deseados?

Melgosa Moreno MS, López Robles E, Priede Díaz MI, Sampedro Ortiz NE, Gutiérrez Pérez S, Fernández Sánchez E

#### INTRODUCCIÓN

Con este caso pretendemos hacer reflexionar sobre si la accesibilidad a la píldora postcoital, consigue evitar el embarazo no deseado, o solamente retrasarlo temporalmente, a la vez que no permite prevenir infecciones de transmisión sexual.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer adolescente que acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) solicitando la pastilla postcoital porque ha mantenido una relación sexual sin protección. Ocho meses más tarde acude de nuevo y por el mismo motivo. En las dos ocasiones se le facilita la píldora de Yuzpe y se la cita en consulta con su médico de familia para iniciar planificación familiar. La paciente no acude a ninguna de estas dos citas concertadas. Veintiocho días más tarde de acudir por segunda vez al SUAP y facilitársele la píldora postcoital, acude por amenorrea para realizar prueba de embarazo que es positiva.

Sigue con el embarazo y dos meses después del parto acude al médico de familia quien la deriva al especialista para valorar poner implante hormonal.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se debe intentar hacer planificación familiar a todos los adolescentes que acudan a nuestra consulta, sea por el motivo que sea, y ofrecer los métodos anticonceptivos clásicos como el preservativo o los anticonceptivos orales. Pero si se sospecha que va a existir incumplimiento terapéutico por razones culturales, económicas y/o porque existe inmadurez emocional de la paciente, quizás habría que pensar en el anticonceptivo hormonal parenteral para evitar embarazos no deseados.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "embarazo no deseado", "píldora postcoital", "educación sexual". 1.- Guía de Actuación en Atención Primaria. Unidad 6: Planificación familiar. Anticoncepción. Pág 318-9. 2ª edición. 2.- Baird DT, Glasier AF. Hormonal contracepción. N Engl J Med 1993;328:1543-9. 3.- Welbery C. Emergency contracepción. Arch Fam Med 2000;9:642-6.

## 140-C

### Hernia intraesponjosa vertebral (hernia de Schmorl)

Martínez Hernández M, Clemos Burgaleta S, Larraz Andía P, Pérez Gutiérrez MA, Pérez Pejenaut F, Gil Casado A

#### INTRODUCCIÓN

Las principales causas de dolor dorsal y lumbar en el adulto son mecánicas. La hernia de Schmorl también puede ser causa de raquialgia, por lo que hemos de incluirla en el diagnóstico diferencial y etiológico del paciente con dolor raquídeo tóraco-lumbar.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 52 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acudió por dorso-lumbar. El dolor se había iniciado de forma aguda, sin antecedente traumatológico, 4 meses antes. Era de predominio nocturno y en reposo y mejoraba con la deambulación y al transcurrir el día. Se localizaba en la charnela tóraco-lumbar sin irradiación, con palpación y movilidad apenas dolorosas. En tratamiento con numerosos antiinflamatorios, con los cuales no cedía el dolor, y además habían producido problemas gástricos.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Las radiografías no mostraron alteraciones patológicas. El estudio gammagráfico mostraba acúmulos de trazador, de notable intensidad, en la plataforma inferior de T11 y superior de T12; dichos hallazgos indicaban un aumento del metabolismo óseo. RMN: fractura cortical del platillo vertebral del soma T12, imagen en forma de cúpula con disminución de la intensidad en T1 y aumento de intensidad en T2 en los somas T11 y T12, compatible con hernia de Schmorl. Tratamiento sintomático: analgesia y medicina física, así como ejercicios de rehabilitación.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "hernia intraesponjosa vertebral". 1.- Winter RB. Congenital kyphosis. Clin Orthop 1977;128:26-32. 2.- Peng B, Wu W, Hou S, Shang W, Wang X. The pathogenesis of Schmorl's nodes. J Bone Joint Surg 2003;85-B:879-82. 3.- Takahashi K, Miyazaki T, Ohnari H, Takino T, Tomita K. Schmorl's nodes and low-back pain. Analysis of magnetic resonante imaging findings in symptomatic and asymptomatic individuals. Eur Spine J 1995;4:56-9.

## I45-C

### Intoxicación aguda por cannabis en cuatro miembros de una misma familia

Martínez Hernández M, Clemos Burgaleta S, Larraz Andía P, Pérez Gutiérrez MA, Pérez Pejenaut F, Gil Casado A

#### INTRODUCCIÓN

Cannabis sativa, planta de la familia de las cannabáceas, cuyo principio activo principal es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). Se consume en forma de cigarrillos y en menor medida masticada o deglutida. La intoxicación depende de la dosis de THC y de la vía de administración.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Presentamos 4 casos, cuya curiosidad fundamental es que se produjeran de forma accidental en varios miembros de una misma familia. Aviso a domicilio por 4 familiares (abuela de 87 años, hijo de 50, nieto de 14, nieta de 12) que refieren mareo con sensación de embriaguez de varias horas de evolución, que relacionaban con la ingestión de magdalenas caseras de harina integral, vendidas por su tendero de toda la vida, en las que notaron un sabor extraño. El intervalo desde la ingestión hasta la aparición de la clínica fue similar en los 4 casos, aproximadamente de 1,30-2 horas. En los cuatro casos la exploración física fue normal. En el chico de 14 años, que ingirió más cantidad, destacan signos físicos floridos como hiperemia conjuntival, verborrea, euforia y excitación.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se trasladan a hospital para pruebas complementarias. Hemograma, bioquímica, gasometría, electrocardiograma, normales en los 4 casos. Tóxicos en orina: positivo para tetrahidrocannabinol. Se analizó una magdalena y contenía hojas de cannabis. La intoxicación aguda tiene síntomas comunes a la del alcohol, una percepción subjetiva de relajación y euforia suave con agitación intensa y verborrea, así como alteración del pensamiento, de la capacidad de concentración y de las funciones perceptivas y psicomotoras. Todo ello termina con la instauración de una fase depresiva con estupor y sueño profundo. A dosis altas puede precipitar el inicio de una patología psiquiátrica previamente latente.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "cannabis", "familiar y síntomas". 1.- Thomas H. Psychiatric symptoms in cannabis users. Br J Psychiatr 1994;163:141-9. 2.- Selden BS, Clark RF, Curry SC. Marihuana. En: Selden POS (ed). Clínicas de medicina de urgencia y drogadicción de Norteamérica. Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill 1990;605-20.

## I47-O

### ¿Cómo ven nuestros pacientes diabéticos?

Saiz Careaga MT, Martínez Nieto RM, Marcos Martín A

#### OBJETIVOS

Estudio de las retinografías realizadas a los pacientes diabéticos de dos consultorios rurales de un mismo Centro de Salud.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Periodo de estudio: Enero a Diciembre de 2010. Recogida de datos: historia clínica informatizada y los informes médicos de las retinografías. La retinopatía diabética (RD) es la complicación crónica más frecuente de la diabetes mellitus (DM); el riesgo es 10 veces superior al de la población general y es la primera causa de ceguera en países industrializados. Los factores que aumentan el riesgo de retinopatía son: control de DM, medido por la hemoglobina glicosilada (HbA1c), tabaco, hipertensión arterial (HTA) y microalbuminuria. Se excluyen pacientes DM tipo 1 y DM tipo 2 inmovilizados.

#### RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 86 pacientes con DM. Mujeres: 31,39%; hombres: 68,60%. Resultado de retinografías: normales 86,04%, patológicas 13,95% (leves 66,66% y proliferativas 33,33%). Pacientes con RD: mujeres 33,33% y hombres 66,66%, con una edad media de 68,25 años. Tienen HbA1c [ $<7$ ]: 33,33%; [7-8]: 25%; y [ $>8$ ]: 41,66%. Una microalbuminuria [ $<30$ ] 41,66% y [ $>30$ ] 58,33%. Eran hipertensos 75% y habían fumado en alguna ocasión 58,33%. Los pacientes sin RD tenían una edad media de 67,64 años; con buenos controles 44,59%; microalbuminuria [ $<30$ ] 50%; eran hipertensos 71,67% y habían fumado alguna vez 54,05%.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los pacientes con algún grado de RD tienen una edad media superior que los pacientes sin RD, con una relación del sexo masculino respecto al femenino de 2:1. Así mismo, tienen un peor control de los factores de riesgo que el resto de la población diabética. Debemos ser más agresivos en el control de los pacientes diabéticos para mejorar su calidad de vida, y prevenir complicaciones tardías e irreversibles.

## I48-0

**Radiografía de tórax: ¿a quién y por qué?**

Saiz Careaga MT, Marcos Martín A, Martínez Nieto RM

**OBJETIVO**

Estudio de las solicitudes radiológicas de tórax realizadas desde un centro de salud rural al Servicio de Radiología del hospital de referencia.

**METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo transversal de las radiografías solicitadas en un centro de salud desde el 1 de Septiembre al 31 de Diciembre de 2009. Utilizamos la historia clínica informatizada para obtener las siguientes variables: sexo, edad, tipo de solicitud, facultativo (médico de atención primaria [MAP], pediatra [PDT] y equipo de urgencias [SUAP]) y diagnóstico.

**RESULTADOS**

Se realizan 66 radiografías de tórax. Sexo: mujeres 28 (42,42%), hombres 38 (57,57%). Edades: [0-16] 3,03%; [17-29] 3,03%; [30-44] 9,09%; [45-59] 12,12%; [60-74] 31,81%; [>75] 40,94%. Tipo de solicitud y facultativo: normales 59,09%, de las que fueron solicitadas por MAP 89,74%, por SUAP 7,69% y por PDT 2,56%; preferentes 31,81%, solicitadas todas por MAP; urgentes 9,09%, por MAP 33,33%, por SUAP 50% y por PDT 16,66%. Diagnóstico que motivó la prueba, por orden de frecuencia: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 59,09%, neumonía 37,87% y neoplasia 3,03%.

**COMENTARIO Y CONCLUSIONES**

La mayoría de las pruebas radiológicas son solicitadas por MAP. El diagnóstico más frecuente es EPOC (diagnóstico, control y reagudización) y se relaciona posiblemente con la población mayor de 60 años (75%) a las que se realiza la prueba con carácter normal, lo mismo que los posibles casos de neumonía y las solicitudes con carácter preferente y urgente. Predominio del sexo masculino.

## I49-0

**Hacia la erradicación de la cardiopatía isquémica**

Del Gállego Molías A, Marín Ibáñez A, Martínez Ibáñez P, Genique Martínez R, Martínez Casanova C, De León Roa F

**OBJETIVOS**

Investigar las cifras de colesterol límite plausibles en la población general adulta y sana, necesarias para que concurra la mínima incidencia de enfermedad isquémica cardíaca (EIC).

**METODOLOGÍA**

Estudio longitudinal prospectivo de cohortes. Muestreo por conglomerados de todas las personas sin EIC de al menos 25 años de

edad, de 8 cupos médicos, urbanos y rurales (n=6.124). Variables: glucosa, colesterol, triglicéridos, edad, sexo, tabaquismo, HVI, HTA, peso y talla. Seguimiento durante 5 años. Análisis estadístico: regresión logística múltiple (cálculo de algoritmo predictivo a partir de las distintas variables estudiadas). Cálculo de tasas estandarizadas y curvas de supervivencia de Kaplan-Meier. Confección de tabla de riesgo de "Colores" para fumadores y no fumadores.

**RESULTADOS**

Probabilidad de evento isquémico =  $1/(1+e^{-(-10,93+(2,002 \times HVI)+(1,576 \times \text{tabaco})+(0,536 \times \text{LDL/HDL})+(0,086 \times \text{EDAD}))})$ . El porcentaje de concordancia fue del 82,1% en varones y de 74% en mujeres. El índice aterogénico (IA) LDL/HDL fue de 3,37 (1,16) y de 2,79 (0,99) en mujeres y hombres, respectivamente ( $p < 0,001$ ). Se observó una correlación positiva entre la edad y el IA ( $p < 0,001$ ), con una recta de regresión IA =  $4,453E-03 + (\text{edad} \times 27,9)$  y un coeficiente de determinación (R<sup>2</sup>) de 0,004. El 36,3% (n1=2.220) presentaron un IA de 2 como máximo; en este grupo (perfil protector) hubo una tasa bruta de eventos isquémicos a los 5 años de 3/1000 frente a una de 38 en quienes tenían un IA por encima de 2. Las tasas estandarizadas por edad fueron de 23,7/1.000 en los individuos con perfil protector, frente a un 48,8/1.000 cuando el IA es mayor de 2, con un riesgo relativo de 0,48.

**COMENTARIO Y CONCLUSIONES**

La consecución de un IA por debajo de 2 en la actualidad es fácilmente conseguible con estatinas, niacina, fibratos o ezetimiba. Sólo actuando sobre este factor de riesgo conseguiríamos una reducción de 50% de los eventos. Éstos son los primeros datos en los que se recomienda una estrategia sencilla, basada, principalmente, en el manejo tanto del LDL como del HDL. Nuestra recomendación es conseguir un LDL nunca superior al doble del HDL (LDL=2HDL).

## I53-0

**Anticoagulación en dos centros de salud: ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Hay diferencias?**

Saiz Careaga MT, Marcos Martín A, Martínez Nieto RM, Rodríguez Porres M

**OBJETIVOS**

Estudio de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales (TAO) de dos centros de salud (CS), uno rural y otro urbano, con dos hospitales de referencia distintos. Diferencias y similitudes entre ellos y entre sus grados de control.

**METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo y transversal durante todo el año 2010 de los pacientes con TAO, que siguen controles capilares en los CS. Variables estudiadas: fármaco, diagnóstico, rango terapéutico y eventos clínicos. Se utiliza la historia clínica del programa OMI-AP y el programa de TAO. Se excluyen los pacientes controlados en el hospital y los exitus que acontecen durante el estudio.

## RESULTADOS

Obtenemos una muestra de 511 pacientes en tratamiento a los que se realiza control capilar: 38,74% en CS 1 y 61,25% en CS 2. El fármaco más utilizado fue Sintrom 4: 95,45% en CS 1, 98,40% en CS 2; seguido de 2,52% con Sintrom 1 en CS 1 y de 0,63% en CS 2. En ambos el diagnóstico más frecuente fue fibrilación auricular/flutter: 54,04% en CS 1, 55,27% en CS 2; en CS 1 diagnóstico desconocido en 16,16%, patología valvular en 14,37%; en CS 2 patología valvular en 14,37% y tromboembolismo pulmonar en 7,34%. En rango terapéutico: 65,66% en CS 1, 69,33% en CS 2; por debajo de rango: 16,16% en CS 1, 10,82% en CS 2; por encima de rango: 18,18% en CS 1, 19,81% en CS 2. Eventos clínicos: 2,02% en CS 1 y 0,63% en CS 2 (trombóticos y hemorrágicos distribuidos por igual en ambos CS).

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes con buen control de TAO es similar en ambos CS. Como cabía esperar, el fármaco más utilizado fue Sintrom 4 y la patología más frecuente fibrilación auricular/flutter. En uno de los CS la falta de registro del diagnóstico pasa a ser la segunda causa por la que se anticoagula y el número de eventos clínicos es tres veces más respecto al otro CS.

### IS4-C

## Paciente joven con camptocormia

Alcolea García RM, López Marina V, Ramírez Rueda I, Rama Martínez T, Pizarro Romero G, Valle Calvet M

### INTRODUCCIÓN

La camptocormia es un trastorno conversivo postural caracterizado por una excesiva flexión anterior del tronco en bipedestación y con la marcha, que en decúbito supino desaparece. Aparece tras una experiencia estresante. Puede asociarse a miopatía axial paraespinal o a enfermedad de Parkinson.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 29 años con lumbociatalgia derecha, pérdida de fuerza en esta pierna y flexión hacia delante de 90°, coincidiendo con importante estrés laboral. Exploración: limitación de la movilidad de la columna lumbar y disminución de la fuerza al extender la pierna derecha. Radiografía lumbar, de pelvis y tórax normales. RMN lumbar, dorsal y cervical normales. Gammagrafía ósea: artropatía degenerativa crónica L5-S1. Analítica: creatinina 41 U/l, factor reumatoide 44 U/ml, anticuerpos antinucleares y HLA-B27 negativos. Se pautan analgésicos y miorrelajante; mejoría del dolor pero no de la hiperflexión del tronco. Se deriva a Psiquiatría y se diagnostica trastorno conversivo en forma de hiperflexión de la columna o camptocormia secundaria a estrés laboral. Evolución tórpida en tratamiento con fisioterapia de columna, analgésicos y psicoterapia.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Clínica: tronco flexionado, marcha antropoide, hiperextensión del cuello (para ver), signo de las manos en los bolsillos, lumbalgia.

Exploraciones complementarias: analítica, electromiograma y radiografía/RMN lumbar negativos. Diagnóstico diferencial: patología osteomuscular (espondilitis anquilosante, cirugía lumbar, patología vertebral, hiperostosis, actitud antiálgica), miopatías (distrofia muscular, miopatía axial paraespinal); neuropatías (esclerosis lateral amiotrófica, Parkinson, distonías), paraneoplásica (linfoma no Hodgkin), tumores, fármacos (valproato), trastornos psiquiátricos (conversión, simulación). Tratamiento: fisioterapia de columna, psicoterapia.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "camptocormia", "diagnosis", "treatment". 1.- Rajmohan V, Thomas B, Sreekumar K. Case study: camptocormia, a rare conversion disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:1168-70. 2.- McCluskey LF. Camptocormia: pathogenesis, classification, and response to therapy. *Neurology* 2006;66:1285-6. 3.- Finsterer J, Strobl W. Presentation, etiology, diagnosis, and management of camptocormia. *Eur Neurol* 2010;64:1-8.

### IS6-C

## Varón joven con narcolepsia

Alcolea García RM, López Marina V, Ramírez Rueda I, Rama Martínez T, Pizarro Romero G, Estopá Pujol H

### INTRODUCCIÓN

La narcolepsia es uno de los trastornos del ciclo vigilia-sueño, junto con el insomnio, el síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAOS) y el síndrome de las piernas inquietas. Pueden estar afectados unos 25.000 españoles, pero sólo diagnosticados un 5%. Es muy discapacitante (social y laboralmente).

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 43 años, fumador de 1 paquete/día, que acude por somnolencia excesiva diurna de 4 años de evolución, con afectación laboral y social. Exploración física normal. Hemograma con estudio de anemias, bioquímica, urianálisis y sedimento urinario normales; eutiroides; serologías hepáticas, VIH y lúes negativas. Radiografía de tórax y ECG normales. RMN: lesión quística pineal de 3 cm e hidrocefalia. Pensando en que la causa es el tumor, se interviene quirúrgicamente. Anatomía patológica de tumor glial. No quedan secuelas tras la intervención, pero el paciente sigue con la hipersomnia. Se deriva a Psiquiatría y es diagnosticado de narcolepsia. En tratamiento con modafinilo y psicoterapia conductual, la hipersomnia ha mejorado parcialmente; está de baja laboral desde hace 11 meses.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La narcolepsia es una alteración del orden vigilia-sueño, REM-sueño no REM. Clínica: hipersomnia diurna, cataplejía, alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas, parálisis del sueño. Hay agregación familiar. Fisiopatología: bajo número de neuronas productoras de hipocretina. Diagnóstico diferencial: SAOS, hipersomnia idiopática, sueño escaso, medicación, patología metabólica, tumoral o

infecciosa. Diagnóstico: polisomnografía, test de latencia múltiple, punción lumbar, estudio genético (HLA-DR), electroencefalograma... Tratamiento: de elección modafinilo y terapia conductual; si cataleja, se emplean antidepresivos y oxibato sódico. Es obligatorio investigar a toda persona con hipersomnia diurna.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "narcolepsy", "diagnosis", "treatment". 1.- Mokhlesi B, Khan M. Nail-gun narcolepsy. *Lancet* 2009;374:238. 2.- Ahmed I, Thorpy M. Clinical features, diagnosis and treatment of narcolepsy. *Clin Chest Med* 2010;31:371-81. 3.- Golicki D, Bala MM, Niewada M, Wierzbicka A. Modafinil for narcolepsy: systematic review and meta-analysis. *Med Sci Monit* 2010;16:177-86. 4.- Nishino S, Mignot E. Narcolepsy and cataplexy. *Handb Clin Neurol* 2011;99:783-814.

#### 157-0

### Análisis de las pruebas radiológicas del esqueleto óseo

Saiz Careaga MT, Martínez Nieto RM, Marcos Martín A

#### OBJETIVOS

Estudio de las radiografías del esqueleto óseo realizadas en un centro de salud y derivadas al hospital de referencia desde donde son informadas.

#### METODOLOGÍA

Estudio transversal, descriptivo, de las solicitudes radiológicas realizadas durante 4 meses (Septiembre-Diciembre 2009). Variables: edad, sexo, tipo de prueba y tipo de solicitud. Recogida de datos: análisis de historias clínicas e informes radiológicos. Las radiografías se realizan dos días a la semana y se envían mediante telerradiografía al Servicio de Radiología del hospital de referencia desde donde son informadas. El informe nos llega el mismo día si se solicita con carácter urgente, en 7 días si es con carácter preferente y en 15 días si es con carácter normal. Se excluyen las solicitudes mal registradas.

#### RESULTADOS

N=323. Mujeres 55,10%, hombres 44,889%. Edades: [0-16] 4,95%, [17-29] 9,90%, [30-44] 9,90%, [45-59] 20,43%, [60-74] 29,10% y [>74] 25,69%. Pruebas por orden de frecuencia: extremidades inferiores 30,34% (46,93% de rodilla y 46,92% de tobillo), columna vertebral 25,07% (66,66% de columna lumbar), extremidades superiores 24,76% (53,75% de mano y 38,75% de hombro), cadera 11,45%, tórax ósea 4,02% y cráneo 4,33%. Tipo de solicitud: normal 73,68%, preferente 13,93% y urgente 12,38%.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El usuario tipo corresponde a una mujer mayor de 60 años que acude a consulta a su centro de salud donde se le solicita

radiografía ósea de extremidades inferiores o columna lumbar con carácter normal.

#### 158-0

### Programa de detección de cáncer de cérvix desde un consultorio rural

Saiz Careaga MT, Martínez Nieto RM, Marcos Martín A, Rodríguez Porres M

#### OBJETIVOS

Analizar la calidad y cumplimiento del programa de detección de cáncer de cérvix mediante las citologías realizadas a las mujeres de un consultorio rural.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional. Ámbito: atención primaria. Población y periodo de estudio: mujeres entre 25 y 65 años de un consultorio rural, desde Enero a Diciembre de 2010. Recogida de datos: relación de cartera de servicios e informe médico de las citologías. Variables: edad, calidad y validez de la técnica, cobertura y tiempo de respuesta y patología.

#### RESULTADOS

N=243. Edad media: 41,88 años, con una cobertura de 83,53%. La validez de la técnica fue buena en todas las muestras con un tiempo de respuesta menor de 30 días. Hallazgos: normales 91,62%, patológicas 18,37% (por infección 88,23%, por lesión intraepitelial escamosa de bajo grado de malignidad [SLIL] 11,76%). Tras tratamiento, las de etiología infecciosa se resolvieron y las SLIL se derivaron al Servicio de Ginecología donde fueron atendidas en un plazo menor de 10 días.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La validez y tiempo de respuesta fue bueno, excepto en las patológicas, cuyo tiempo fue similar al de las normales. Tenemos que mejorar más, pues no se aplicó el programa a una proporción de mujeres no desdeñable.

#### 159-C

### "Sé que he venido muchas veces... ¡pero es que me duele!": patología orgánica en paciente hiperfrecuentador

López Robles E, Melgosa Moreno MS, Priede Díaz MI, San Pedro Ortiz NE, Gutiérrez Pérez S, García Gutiérrez C

#### INTRODUCCIÓN

Habitualmente encontramos pacientes hiperfrecuentadores, en la mayoría de los casos presenta cuadros banales o sin patología; pero estos pacientes también enferman. Además, queremos resaltar

la importancia de una correcta exploración física, a veces sustituida por pruebas diagnósticas de imagen.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 42 años. Antecedente de trastorno somatomorfo (clasificación CIE-10, F45-1) en tratamiento con mirtazapina (30 mg al día). Acude en el curso de dos semanas hasta en tres ocasiones al Servicio de Urgencias por dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio y vacío izquierdos que cede tras metamizol y buscapina. No consta en historia anamnesis dirigida ni exploración exhaustiva hasta la tercera ocasión en que acude y se palpa masa de consistencia dura en vacío izquierdo. En interrogatorio dirigido refiere astenia, anorexia y pérdida de 3 Kg de peso. Ecografía (ECO): tumoración abscesificada en sigma. Anatomía patológica: adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado ulcerado de 6 cm, estadio IIA (T3 N0 M0). Tras tratamiento quirúrgico se produce mejoría clínica, hasta que un año después en ECO de control es diagnosticada de una metástasis hepática que se reseca. Actualmente pendiente de quimioterapia.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El cáncer de colon se mantiene en la mayoría de los casos asintomático hasta que la lesión está suficientemente avanzada; éste es el mayor inconveniente para su diagnóstico precoz. Los síntomas y signos más habituales son anemia, dolor abdominal, pérdida de peso, rectorragia y cambio del ritmo intestinal. Este caso pretende hacernos reflexionar sobre la importancia de una completa anamnesis y exploración física en todos los pacientes, a pesar de que sean hiperfrecuentadores o somaticen. Algo que parece obvio, se puede tornar complicado en medio de la sobrecarga asistencial a la que, generalmente, estamos sometidos. Los enfermos psiquiátricos también tienen patología orgánica.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "cáncer de colon", "trastorno somatomorfo". 1.- Brozman GL, Robertson RG. Cáncer colorrectal. En: Taylor R (ed). Medicina de familia. Principios y práctica. Barcelona: Masson 2006;861-2. 2.- Terdiman JP, Sleisenger MH. Tumores gastrointestinales más frecuentes, ¿cómo sospecharlos? En: Montoro Huguet MA, et al (ed). Principios básicos de gastroenterología para médicos de familia. 2ª ed. Madrid: Jarpyo Editores 2002;428-30.

164-O

### Abordaje de la degeneración macular asociada a edad en las consultas de atención primaria

De Paz Rubio P, Saperas Pérez C, Lamarca Roca A, Fornieles Medina M, De Sans Flores L, May Málaga LR

#### OBJETIVOS

La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es la principal causa de ceguera en España. La detección precoz es clave en

su abordaje. Nuestros objetivos son valorar el test de Amsler como herramienta para realizar cribado poblacional y determinar la prevalencia y los factores de riesgo.

#### METODOLOGÍA

Presentamos un estudio multicéntrico prospectivo transversal, con pacientes de dos centros de atención primaria. Criterios de inclusión: más de 60 años. Criterios de exclusión: diagnóstico previo de DMAE. Variables: edad, sexo, raza, color del iris, antecedentes patológicos, familiares DMAE, oftalmológicos y de quemaduras solares, tabaquismo, dieta. Prevalencia global estimada de 10%. Calculando un error muestral de 5% con un intervalo de confianza de 95% partimos de una muestra de 279. Se pasó encuesta con factores de riesgo y se realizó test de Amsler y optotipo. Ante cualquier alteración se derivó por vía preferente a Oftalmología. El análisis estadístico se realizó con el SPSS v.17.

#### RESULTADOS

Muestra resultante: 97% caucásicos, 25% iris claro, 39% miopes, 33% fuman. La prevalencia estimada de DMAE fue 3%. De ellos, 14 pacientes presentaron test de Amsler alterado, 2 pendientes de visitar y 1 no se presentó. De los visitados, se confirmó diagnóstico en 4 pacientes; el resto presentó patología oftalmológica. En ningún caso un Amsler patológico se relacionó con la normalidad. De los pacientes diagnosticados de DMAE, 75% eran caucásicos, 25% presentaban hipertensión, 75% dislipemia, 75% miopía, 25% glaucoma, 50% cataratas, 25% habían sido intervenidos de cataratas y 50% fumaban. La edad media de diagnóstico fue de 70 años. Del resto de pacientes con test de Amsler patológico, 25% presentaban DMAE previa, que fueron desestimados al no cumplir los criterios de inclusión, y 28% presentaban cataratas muy avanzadas que requirieron cirugía.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Cada año hay 26.000 nuevos casos de DMAE en España. Más de la mitad no llegan a Oftalmología. La detección precoz es lo principal en su abordaje y desde primaria deberíamos tener una herramienta para diagnosticarla. Con este trabajo pretendíamos demostrar la facilidad de uso del test de Amsler y su utilidad como herramienta de cribado. Teniendo en cuenta que todos los resultados patológicos del test conllevaron patología oftalmológica, pensamos que su puesta en práctica en primaria sería fácil, útil y eficiente.

165-C

### Alternativas en el tratamiento farmacológico para erradicación de Helicobacter pylori en atención primaria

Blanco Martín ME, Olcoz Flamarique FJ, Fernández Martínez de Alegria C

#### INTRODUCCIÓN

La dispepsia es un síndrome clínico de elevada prevalencia en atención primaria (AP). La prevalencia de Helicobacter pylori (HP) aumenta con la edad y alcanza al 60% en la sexta década de la vida.

EL HP está presente en 90% de las úlceras pépticas. Su erradicación es posible en AP.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 62 años que desde hace más de tres meses presenta de modo diario saciedad precoz, distensión abdominal y epigastralgia intensa que se alivia con la ingesta pero no con omeprazol. No disfagia, ni vómitos, ni signos de hemorragia digestiva, ni pérdida de peso. Hipertensa y diabética tipo 2 en tratamiento oral. No alergias medicamentosas, no hábitos tóxicos ni toma de fármacos gastrolesivos. Exploración física sin hallazgos relevantes. Gastroscoopia: duodenitis erosiva crónica con HP positivo. Tratamiento inicial para erradicar HP: omeprazol, amoxicilina y claritromicina durante 7 días. Test del aliento para control de erradicación: positivo. Segunda pauta: ranitidina, bismuto, metronidazol y tetraciclina con test posttratamiento positivo. Tercera pauta: omeprazol, levofloxacino y amoxicilina con test posttratamiento negativo. La paciente está asintomática. No precisa omeprazol ni control gastroscópico.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Si hay dispepsia de más de 3 meses en paciente menor de 55 años y sin manifestaciones de alarma, hay que tratarle con antisecretores durante 4-8 semanas o solicitar test del aliento para diagnóstico HP y pautar tratamiento erradicador en caso positivo. En más de 55 años o con signos de alarma hay que realizar gastroscopia con biopsia y test de la ureasa para HP. Para la erradicación de HP se puede realizar la triple terapia con un antisecretores y dos antibióticos durante 7 días o la terapia secuencial dando 5 días un antisecretores con un antibiótico seguido de otros 5 días del mismo antisecretores con 2 antibióticos distintos. Realizar test del aliento después de 4 semanas del tratamiento y sin tomar omeprazol ni antibióticos en ese tiempo.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "Helicobacter pylori", "erradicación". 1.- Gisbert JP, Calvet X, Gomollón F, Monés J, Grupo de la Conferencia Española de Consenso sobre Helicobacter pylori. Tratamiento erradicador de Helicobacter pylori. Med Clin 2005;125:301-16. 2.- Gatta L, Vakil N, Leandro G, Di Mario F, Vaira D. Sequential or triple therapy for Helicobacter pylori infection: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Gastroenterology 2009;124:3069-79.

#### I68-0

### Estudio Patriarca: perfil clínico-terapéutico del paciente anciano en tratamiento antihipertensivo con fármacos calcioantagonistas

Egocheaga Cabello MI

#### OBJETIVOS

La prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) en ancianos es del 60-70%. El beneficio del tratamiento antihipertensivo está demostrado

en esta población. Este estudio describe el perfil clínico-terapéutico de los pacientes de más de 65 años tratados con calcioantagonistas (CA) en AP.

#### METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico (España). Participaron 463 médicos de AP y se incluyeron 1.409 ancianos con HTA tratados con CA (monoterapia/combinado) con una mediana de edad de 73 años.

#### RESULTADOS

El 45% y 78% presentaban PAS y PAD controlada (< 140/90 mm Hg), respectivamente. El 85% no fumaba, el 67% no consumía alcohol y el 36% realizaba ejercicio. La prevalencia de los factores de riesgo CV fue: dislipemia 64%, diabetes 36% y obesidad 33%. La prevalencia de las complicaciones fue: daño renal 23%, HVI 18%. El diagnóstico de HTA fue casual (46%), y la evolución de 12 años. El CA era elegido por su "eficacia" en el 70% de casos, utilizándose en particular manidipino y amlodipino. El 79% recibía CA en combinación: ARA-II 43%, IECA 24% y diuréticos 40%. El 77% había recibido tratamiento previo (diuréticos e IECA). El cambio a CA fue en el 59% de casos por "control insuficiente de PA".

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los CA son fármacos relevantes en el tratamiento de pacientes ancianos en AP y son seleccionados mayoritariamente "por su eficacia tras control insuficiente con otros agentes". De hecho, dos tercios de los pacientes habían sido tratados antes; los diuréticos y los IECA habían sido los más utilizados. En la mayoría de los pacientes ancianos con HTA los CA se utilizan en combinación, preferentemente con ISR (IECA o ARA-II).

#### I69-0

### Satisfacción de los pacientes sometidos a cirugía menor según su adscripción o no al cupo del responsable quirúrgico

Romero Torrijos MJ, Bastante Ramírez MC, García Rodríguez P, Díaz de Los Bernardo Alhambra JJ

#### OBJETIVOS

Valorar si existen diferencias significativas en la apreciación que sobre la calidad de la asistencia realizan los pacientes encuestados de un Centro de Salud (CS), dependiendo de si pertenecen o no al cupo de quien realiza la intervención de Cirugía Menor (CM).

#### METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal de satisfacción y comparativo de las respuestas según cupo de procedencia, incluyéndose pacientes mayores de 14 años sometidos a CM y atendidos por el mismo facultativo. Criterios de exclusión fueron: falta de respuesta a 3 llamadas telefónicas, urgentes, fallecidos, los que negaron

su consentimiento, sospecha de malignidad, queloides previos, riesgos neurológicos, alergia a anestésicos, anticoagulación y psiquiátricos graves. Los seleccionados tuvieron que contestar por teléfono a una encuesta de satisfacción previamente validada. Para el análisis se elaboró una base de datos en SPSS y se utilizó como estadístico de contraste el test de Mann-Whitney.

## RESULTADOS

Se incluyeron 195 pacientes sometidos a cirugía menor durante un período de 4 años, de los que se seleccionaron 168 a partir de los criterios de inclusión y exclusión. De éstos, 97 (58%) fueron de cupo propio y 71 (42%) de otros cupos. Del análisis de los datos se observa que sólo en las respuestas relacionadas con la limpieza e higiene existe una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ).

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los resultados de la encuesta son idénticos a otros estudios de características similares llevados a cabo en España. Los pacientes no expresan la necesidad de recurrir a otro profesional sanitario para resolver las lesiones intervenidas. En nuestro estudio no hemos encontrado diferencias en la apreciación que los pacientes hacen de la atención recibida en los aspectos estrictamente profesionales o relacionados con la empatía médico-paciente, independientemente de su cupo de pertenencia.

### 171-C

## Síndrome de Diógenes: ¿buscamos las causas?

Najarro García JA, Mora Ortiz I, Martín Hernández A, Martín Cabeza A, Luque Olmedo FJ, Lloria García Vicente

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Diógenes se define como un abandono extremo de autocuidado, acumulación de basura y negativa a ayuda. Es más frecuente en mayores de 65 años y se suele asociar a demencia, esquizofrenia y depresión. Presentamos un caso de etiología orgánica.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 57 años con antecedentes familiares de Alzheimer y sin antecedentes personales de interés ni hábitos tóxicos, que en los 2 últimos años consultó repetidamente con el servicio de urgencias hospitalario por cuadro de apatía, somnolencia, anosmia y alteraciones del comportamiento expresados por déficit de autocuidado, negativa para recibir ayuda y acúmulo de basura en domicilio. La exploración neurológica básica no mostró signos relevantes, al igual que la analítica y radiología de cráneo. Se catalogó como pseudo-demencia / depresión instaurándose tratamiento antidepresivo sin mostrar respuesta. La familia consulta con el médico de familia por agravamiento del cuadro y aparición de metrorragia. Tras evaluación clínica y del entorno se sospecha causa orgánica y se solicita RNM que aportó el diagnóstico de meningioma gigante frontal. Se realiza extirpación tumoral sin secuelas.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Es el médico de atención primaria por su cercanía y contacto con el enfermo y su visión longitudinal del proceso salud / enfermedad quien ocupa un papel privilegiado para detectar este tipo de problemas que en ocasiones es manifestado por el familiar y no por el propio paciente. No debe contentarse con evaluaciones iniciales realizadas en ámbitos que no puedan contemplar adecuadamente el entorno familiar y social. Insistimos en abordar los aspectos psicosociales en los procesos de enfermedad y no atender sólo a los aspectos biológicos, pero, ¿hacemos lo mismo en los procesos inversos?

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "síndrome de Diógenes", "tumor cerebral". 1.- Saiz González D, Quintero Gutiérrez del Álamo J, Quiñones Tapia D, Burguillo Prieto F, Lozano García MC, Botillo Martín C, Baca-García E. Síndrome de Diógenes: hallazgos neuroradiológicos en sustancia blanca. Base orgánica de las alteraciones del autocuidado en personas de edad avanzada. Revista Clin Esp 2005;205:42-3. 2.- Bechamol JA. Diogenes syndrome: organic new disease or generated by the modern society? Vertex 2010;21:369-74.

### 174-O

## Neoplasias: análisis en una consulta de atención primaria

Saiz Careaga MT, Marcos Martín A, Martínez Nieto RM

### OBJETIVOS

Analizar las características de las enfermedades neoplásicas en una consulta de Atención Primaria (A.P.) de un centro de salud rural.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional y transversal. Ámbito: consulta de A.P. con una cobertura (cupos) de 970 personas que acuden a consulta. Período de estudio: 5 años (2006-2010). Variables: sexo, edad, tipo de neoplasia según localización. Se utilizó el programa informático OMI-AP(6.9).

### RESULTADOS

Se objetivaron 28 casos de neoplasias. Sexo: mujeres: 8 (28,57%); hombres: 20 (71,42%). Grupos de edad: [ $<35$ ]: 0; [36-50]: 5 (17,85%); [51-65]: 5 (17,85%); [66-80]: 15 (53,57%); [ $>80$ ]: 3 (10,71%). Patologías: laringe: 3 (10,71%); pulmón: 3 (10,71%); gástrico: 2 (7,14%); páncreas: 2 (7,14%); colon: 1 (3,57%); carcinomatosis: 1 (3,57%); cerebro: 3 (10,71%); vejiga: 3 (10,71%); próstata: 4 (14,28%); dermatológicos: 3 (10,71%); mama: 2 (7,14%) y tiroides: 1 (3,57%). En mujeres: dermatológicos: 2; mama: 2; carcinomatosis: 1; cerebro: 1; páncreas: 1 y tiroides: 1; en hombres: próstata: 4; vejiga: 3; pulmón: 3; laringe: 3; cerebro: 2; gástrico: 2; colon: 1; páncreas: 1 y dermatológicos: 1.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Las enfermedades neoplásicas afectan más a hombres que a mujeres en un rango de edad entre 66 y 80 años. Los tumores más frecuentes en mujeres fueron de mama y dermatológicos, mientras que en los hombres fueron de próstata seguido de vejiga, pulmón y laringe.

## I77-C

### Tengo una molestia en el ojo derecho desde hace una semana y estoy en tratamiento con colirio antibiótico: ¿es una conjuntivitis?

Rodríguez Sáez C, Melgosa Moreno MS, Priede Díaz MI, López Robles E, Álvarez Gutiérrez L, Fernández Sánchez E

## INTRODUCCIÓN

Es un error creer que todo ojo rojo es una conjuntivitis y prescribir antibiótico sin tener un diagnóstico. La conjuntivitis es un diagnóstico de exclusión que se hace con ojo rojo con secreciones, cuando la visión es normal y no hay evidencias de queratitis, cuerpo extraño, uveítis o glaucoma.

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 23 años, sin antecedentes de interés, soldador de profesión. Consulta por molestias en ojo derecho desde hace semana. Visto en dos ocasiones por servicios médicos y diagnosticado de conjuntivitis vírica y tratado con colirio antibiótico en las dos ocasiones. El paciente consulta porque a pesar de estar en tratamiento con colirio antibiótico sigue con molestias. Refiere sensación de cuerpo extraño, no secreciones, no dolor, no pérdida de visión. A la exploración hiperemia conjuntival, pupila normal y con tinción de fluoresceína se observa cuerpo extraño en el centro de pupila. Tras extracción se pauta tratamiento antibiótico de manera preventiva durante una semana, oclusión ocular 24 horas por úlcera secundaria a impacto y manipulación. El cuadro clínico mejora en una semana.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Ante un ojo rojo se debe precisar si existe dolor, disminución de la agudeza visual, secreciones, posibilidad de cuerpo extraño, episodios similares anteriores, afectación uni o bilateral y si existe sintomatología general. Habrá que explorar el aspecto general del ojo, los anejos, distribución de la hiperemia, motilidad de la pupila, afectación corneal, agudeza visual. Con estos signos y síntomas se hace diagnóstico diferencial de ojo rojo del que forman parte la conjuntivitis, queratitis, cuerpo extraño, epiescleritis, hemorragia subconjuntival, uveítis y glaucoma

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "strange body", "red eye". 1.- Guía de actuación en atención primaria. 3ª edición. Semfyc. Ojo Rojo. Prurito ocular 1001-1007. 2.- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Patología Oftalmológica. En: Atención Primaria conceptos, organización y práctica clínica. 5ª Edición. Cap 64:1521-27.

## I78-O

### Perfil del paciente diabético previo a un evento isquémico

Altés Boronat A, Casals Beistegui C, Calvo Rosa ME, Minguenza Lázaro MA, Rodríguez Aguilera V, Manzano Prado E

## OBJETIVOS

Determinar el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes diabéticos que presentan un evento isquémico agudo, coronario o cerebrovascular.

## METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: C.S. urbano Sujetos: Pacientes diagnosticados de episodio isquémico coronario (EC) o cerebrovascular (ECV) durante los años 2008 y 2009 que presentaban el antecedente de diabetes mellitus previo al evento. Mediciones: Edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), existencia previa al evento de control en el centro de salud, última determinación de hemoglobina glicosilada, colesterol LDL y de tensión arterial sistólica y diastólica, existencia de tratamiento con estatinas y IECAS/ARA II.

## RESULTADOS

De los 177 pacientes con EC o ECV diagnosticados en los años 2008 y 2009, 54 (30,5%) tenían el diagnóstico de diabetes mellitus previo al evento. De éstos, el 63% correspondía a EC y el 37% a ECV. El 61% eran hombres, y la edad media fue de 73 años siendo más del 50% mayor de 75 años (mediana de 76 años). El 95% se controlaba en el centro de salud anteriormente al evento. Tenía registro previo de hemoglobina glicosilada el 70 %, siendo ésta menor del 7% en el 53,4% de pacientes. Tenía registro previo de colesterol LDL el 80% de pacientes, siendo mayor de 100 mg/ml en el 67,8% de pacientes. Había registro previo de tensión arterial en el 92% de pacientes, siendo la tensión arterial sistólica menor de 130 mmHg en el 24% y la tensión arterial diastólica menor de 80 mmHg en el 52% de pacientes. Tomaban estatinas previo al evento el 43% de pacientes, y el 48% tomaba IECA o ARA II.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

A pesar de un control mayoritario de los pacientes en el centro de salud anterior al episodio isquémico, se identifica un déficit de detección y control de la hemoglobina glicosilada, tensión arterial sistólica y colesterol LDL previo al evento. También existe un déficit de tratamiento con estatinas y IECAS/ARA II. Podría deberse en parte a inercia terapéutica por tratarse en su mayoría de pacientes con edad avanzada.

## I80-O

### Incidencia de episodios isquémicos coronarios y cerebrovasculares en un centro de salud urbano y perfil epidemiológico de los pacientes afectados por éstos

Altés Boronat A, Muntión Alfaro MT, Mayorgas Mayorgas MC,  
Rodríguez Martínez S, Soler Durán M, Martínez Vicente MJ

## OBJETIVOS

Definir la incidencia y determinar el perfil epidemiológico de los pacientes afectados de enfermedad isquémica y cerebrovascular en un centro de salud urbano.

## METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: C.S. urbano (población asignada: 30.000 pacientes) Sujetos: Pacientes diagnosticados de enfermedad isquémica coronaria (EC) o cerebrovascular (ECV) durante los años 2008 y 2009. Mediciones: Edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), antecedente isquémico previo, riesgo cardiovascular previo según la escala de Framingham, y existencia de control anterior el evento en el centro de salud.

## RESULTADOS

Se detectaron 177 casos de episodio isquémico durante los años 2008 y 2009. El 58 % correspondía a enfermedad coronaria (EC) y el 42 % a enfermedad cerebrovascular (ECV). Supuso una incidencia global de 295 casos/100.000 habitantes y año (170 para EC y 120 para ECV). El 58% eran hombres (69% en EC y 43 % en ECV), con una edad media de 72 años (70 en EC y 75 en ECV), el 51 % eran mayores de 75 años (47 % en EC y 59 % en ECV). El riesgo cardiovascular era no calculable en el 75 % de casos ( 56 % por ser mayores de 75 años y 19 % por falta de datos), de los calculables el 20 % tenía un riesgo elevado. El 21,37 % de casos tenía el antecedente de EC o ECV previo (30 % en EC y 10% en ECV). El 85 % seguía controles previos en el centro de salud.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Existe una notable disminución de la incidencia respecto a datos previos publicados y un desplazamiento a edades mayores. Predomina el paciente mayor de 75 años, hombre en EC y mujer en ECV, con frecuente antecedente isquémico previo (sobretudo en EC) o riesgo cardiovascular elevado. Aunque existe un control mayoritario previo por el centro de salud, se detectan importantes defectos de registro de los factores de riesgo cardiovascular.

### 181-O

## Valoración del riesgo cardiovascular calculado previo al evento en los pacientes afectados por episodio isquémico coronario o cerebrovascular

Altés Boronat A, Sarasá Sola B, Sánchez Serna M, Casals Beistegui C, Vila Carbonell C, Calvo Rosa EM

## OBJETIVOS

Valorar el riesgo cardiovascular calculado por tabla previo al evento en los pacientes afectados de un episodio isquémico agudo, coronario o cerebrovascular, en un centro de salud (C.S.) urbano.

## METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: C.S. urbano

Sujetos: Pacientes diagnosticados de enfermedad isquémica coronaria (EC) o cerebrovascular (ECV) durante los años 2008 y 2009. Mediciones: Edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), riesgo cardiovascular anterior al evento según la escala de Framingham.

## RESULTADOS

Se estudiaron 177 patients diagnosticados de EC o ECV en los años 2008 y 2009. El 58 % correspondía a enfermedad coronaria y el 42 % a ECV. El 58% eran hombres (69% en EC y 43 % en ECV), con una edad media de 72 años (70 en EC y 75 en ECV), el 51 % eran mayores de 75 años (47 % en EC y 59 % en ECV). El riesgo cardiovascular era no calculable en el 75 % de casos ( 51 % por ser mayores de 75 años y 24 % por falta de datos: Había registro de tabaquismo en el 60 %, tensión arterial en el 84 %, glicemia en el 80 %, colesterol en el 82 %, HDL y LDL en el 32 %), de los calculables el 20 % tenía un riesgo elevado. De los pacientes menores de 65 años, el riesgo cardiovascular era no calculable (por falta de datos) en el 48% de pacientes, de los pacientes calculables el riesgo era leve en el 15%, medio en el 28% y alto en 9%.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Limitada utilidad de las tablas de riesgo cardiovascular como marcador previo en la mayoría de pacientes afectados de episodio isquémico por no ser aplicable por edad mayor de 75 años. Gran utilidad en los pacientes de edades más precoces; pero paradójicamente es donde es menos calculable por falta de datos. Es necesario optimizar su uso en los pacientes más jóvenes y utilizar otros marcadores (como lesión de órgano diana o patologías previas) en los pacientes mayores de 75 años.

### 183-O

## Enfermedades profesionales en Barcelos (2005-2010)

Rodríguez Blanco MJ

## OBJETIVOS

En Portugal el número de casos de enfermedades profesionales aumentó entre 2001 y 2006, especialmente debidas a agentes físicos, y desde 2004, con mayor incidencia en el sexo femenino. Se pretende caracterizar cualitativamente la incidencia de enfermedades profesionales en Barcelos de 2005 a 2010.

## METODOLOGÍA

Análisis cualitativo de las participaciones de casos certificados enviadas a la Unidad de Salud Pública de Barcelos en los últimos cinco años. Se construye una base de datos en Microsoft Excel con las siguientes variables de estudio: sexo, fecha de nacimiento,

diagnóstico, factores de riesgo, sector empresarial, grado de incapacidad e historia laboral. Se realizaron investigaciones epidemiológicas siguiendo la circular normativa de 1993 del Ministerio de Salud portugués. Se envió al médico de familia la información de la patología del usuario y su situación laboral. Se verificaron las condiciones de los locales de trabajo, según las orientaciones definidas por la autoridad de salud.

## RESULTADOS

Se evaluaron 32 casos certificados por el Centro Nacional de Protección de Riesgos Profesionales. Según su tipología, identificamos: 15 patologías músculo-esqueléticas con factores de riesgo físico, que se han registrado en el sector textil y de servicios, con incapacidades de grado inferior al 15%; 12 respiratorias con factor de riesgo "sílice" y "alérgenos/partículas en suspensión", que se han dado en pequeñas y medianas empresas del sector de la construcción civil, con un grado de incapacidad entre el 15% y el 100%; 2 cutáneas con factor de riesgo "cemento", que no han alcanzado el 40% de incapacidad laboral; y 3 auditivas con factor de riesgo "ruido", que han originado incapacidades de 0% (exposición brusca e intensa), 28% y 43,5% (exposiciones continuas y repetitivas), al no emplear protecciones individuales.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Aunque el grado de incapacidad laboral originado por las enfermedades profesionales registradas ha sido, en general, bajo o poco relevante, los trabajadores y empleadores deben tomar conciencia de la necesidad de aplicar medidas preventivas generales y particulares en los entornos laborales, para mejorar la calidad de vida. Los médicos de familia tienen un papel fundamental para lograr ese objetivo.

186-C

### Enfermedad de König: una gonalgia excepcional

Gutiérrez López M, Palacios Martínez D, Gordillo López FJ

#### INTRODUCCIÓN

La osteocondritis disecante de rodilla o enfermedad de König (EK) es causa infrecuente de gonalgia. Su prevalencia es de 3/10.000. Afecta tejido osteocondral de los condilos femorales o de la rótula, que puede fragmentarse originando cuerpos libres intraarticulares. Su etiología no es bien conocida.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 27 años, que consultó por gonalgia izquierda en cara externa con sensación de bloqueo articular de 2 semanas de evolución. No antecedentes traumáticos, no microtraumatismos. La exploración física evidenció únicamente discreta inflamación en la rodilla. Antecedentes personales: episodios recurrentes de gonalgia y esguinces de rodilla.

Se solicitó radiografía de rodilla izquierda que evidenció la presencia de un cuerpo libre intraarticular. Se derivó al paciente a Traumatología, donde se completó el estudio mediante resonancia magnética que diagnosticó osteocondritis disecante de rodilla en estadio IV con cuerpo libre intraarticular. Se realizó tratamiento quirúrgico artroscópico y extracción del cuerpo libre logrando mejoría sintomática.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El curso clínico de la EK es intermitente con sintomatología variable (desde gonalgia a limitación funcional). El signo de Wilson positivo (dolor con la extensión y rotación interna de la rodilla) es específico del cóndilo interno, aunque puede ser positivo en el externo. Su estudio precisa de radiografías simples en dos planos y otra en proyección de túnel intercondíleo. La resonancia magnética es indispensable para confirmar el diagnóstico, estadiar y planificar el tratamiento. El tratamiento está dirigido a mantener el tejido osteocondral sano y estable. En función de la edad y estabilidad articular puede precisarse tratamiento conservador o quirúrgico (artroscópico o por cirugía abierta).

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "osteocondritis disecante", "enfermedades articulares", "enfermedades óseas". 1.- Marlovits S, Singer P, Resinger C, Aldrian S, Kutscha-Lissberg F, Vécsei V. Osteocondritis dissecans of the knee. Eur Surg 2004;36:25-32. 2.- Johnson MP. Physical therapist management of an adult with osteochondritis dissecans of the knee. Physical therapist 2005;85:665-75. 3.- Cetik O, et al. Bilateral osteochondritis dissecans of lateral femoral condyle. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2005;13:468-71.

188-O

### Estudio de la efectividad de las gliptinas sobre el control de la diabetes tipo 2

Rodríguez Cayazzo T, Salmerón Corbellini C, López Palomino J, Salmerón Corbellini MM, Prada Presa U, Alfaro Gómez MR

#### OBJETIVOS

Evaluar la adecuación de los tratamientos instaurados y el impacto sobre los valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c) de los nuevos antidiabéticos orales del grupo de las gliptinas (inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4) en el tratamiento de pacientes de atención primaria con diabetes tipo 2.

#### METODOLOGÍA

Posteriormente se buscó en su historia de salud los tratamientos que habían recibido con antidiabéticos orales para ver en qué escalón terapéutico se habían empleado las gliptinas así como la variación en los niveles de HbA1c que habían experimentado tras llevar varios meses de tratamiento con ellas. Se establece como escalón adecuado para el empleo de las gliptinas únicamente

asociadas a metformina o sulfonilureas, en pacientes que no se controlen o tengan contraindicados dichos medicamentos, y como nivel óptimo de objetivo de control glucémico adecuado, un valor de HbA1c < 7%.

## RESULTADOS

Se identificaron un total de 47 pacientes, 24 hombres y 23 mujeres, con una media de edad de 66 años. En la totalidad de los casos el tratamiento con gliptinas se inició correctamente tal como indican las guías de práctica clínica, como segunda línea tras la falta de control con los tratamientos de elección (metformina/sulfonilureas). En cuanto a las bajadas en los valores de HbA1c, en un 38.3% (18 pacientes) fue mayor del 1%, un 25.54% (12 pacientes) entre 1% y 0,5% y un 25.54% (12 pacientes) menor del 0,5%. Por último, a un 10.62% (5 pacientes) se les retiró el tratamiento con gliptinas por fracaso terapéutico y se inició el siguiente escalón, es decir, la insulinización. En cuanto a los valores finales de HbA1c alcanzados con el tratamiento, un 34.05% (16 pacientes) alcanzó la cifra objetivo, es decir <7%, mientras que entre 7-8% se situaron 17 pacientes (un 36.17%).

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Las gliptinas se emplean en el escalón terapéutico adecuado, previo a la instauración de la insulino terapia, si bien los tratamientos sólo alcanzan el objetivo terapéutico en un tercio de los pacientes. Si a esto se añade que estos nuevos antidiabéticos orales carecen de datos de eficacia en la prevención de la morbi-mortalidad cardiovascular a largo plazo, el seguimiento clínico y farmacoterapéutico es útil para mejorar la adecuación en la utilización de estos nuevos medicamentos.

189-C

## Paciente diabética mal controlada a pesar de aumentos progresivos de insulina

Sarasá Sola B, Altés Boronat A, Sánchez Serna M, Soler Durán M, Mayorgas Mayorgas MC, Rodríguez Martínez S

### INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad epidémica de elevada prevalencia. Atención primaria asume su control utilizando todo el arsenal terapéutico disponible. La insulinización es una técnica requerida en un gran número de pacientes para optimizar su control.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 64 años de edad, con antecedente de hta, dislipemia y fibrilación auricular por estenosis mitral reumática. Diagnosticada en otro centro (mutua) de diabetes tipo 2 en analítica de control a los 61 años de edad, se inició tratamiento con metformina. Por intolerancia a ésta se decidió insulinización con insulina lenta más bolus de rápida. No presentaba complicaciones micro ni macrovasculares. En los controles posteriores fueron

aumentando progresivamente los requerimientos de insulina por mal control metabólico. A los tres años presenta retinopatía diabética que se fotocoagula y sigue presentando malos controles glucémicos a pesar del progresivo aumento de la dosis de insulina muy por encima de los habituales. Consulta a nuestro centro por cambio de domicilio.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Llamó la atención que, a pesar del poco tiempo de evolución de la diabetes y de la pronta insulinización, nunca se había conseguido una optimización de la glicemia. Se procedió a revisar técnica de administración de ésta. Se comprobó que la paciente nunca había sido entrenada para ello y cometía múltiples errores: no cambio de aguja, no purgaba y no rotaba lugar de la inyección. Al comentar esto se revisó el lugar de la punción (periumbilical izquierdo) y se detectó aumento del tamaño y consistencia del tejido subcutáneo compatible con lipohipertrófia abdominal. Con correcta educación y rotación del lugar de punción se optimizó el control glucémico con dosis menores de insulina.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "lipohipertrófia", "lipohipertrófia". 1.- Vidal M, et al. Actualización sobre técnicas y sistemas de administración de la insulina (I). Avances en Diabetología 2008;24:255-69. 2.- Hauner H, et al. Prevalence of lipohipertrófia in insulin treated diabetic patients and predisposing factors. Exp Clin Diab 1996;104:106-10. 3.- Hansen B, et al. Evidence-based clinical guidelines for injection of insulin for adults with diabetes mellitus. Danish Nurses Organization 2007. 4.- Chowdhury TA, et al. Poor glycaemic control caused by insulin induced lipohipertrófia. British Medical Journal 2003;327:383-4.

190-O

## Patología psiquiátrica y psicofármacos en los ancianos institucionalizados

Salado Natera MI, Carrasco Gutiérrez V, Fernández Natera A, Castro López F

### OBJETIVOS

Analizar cuál es la patología psiquiátrica más frecuente en un centro geriátrico, y cuántos de los pacientes ingresados toman algún tipo de psicofármaco.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Se analizaron todas las historias clínicas de los ancianos ingresados en un centro geriátrico durante el año 2009. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, número de pacientes que toman algún psicofármaco, psicofármacos más frecuentes y número de pacientes diagnosticados de alguna enfermedad psiquiátrica.

## RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 149 historias clínicas. El 53.02% fueron mujeres y el 46,9% hombres, con una edad media de 76 años. El 22.81% estaba diagnosticado de depresión (34 pacientes) el 14,76% padecía esquizofrenia, el 10.2% trastorno de la personalidad y el 66.98% no estaba diagnosticado de ninguna enfermedad psiquiátrica. El 33,55% (50 pacientes) de los casos no tomaba ningún fármaco que actuase sobre el sistema nervioso central y el 66,44% sí tomaban algún psicofármaco (99 pacientes), de los cuales 33 (22.14%) tomaban antidepresivos, el 33.55% (50 pacientes) tomaba algún ansiolítico benzodiazepínico, el 12,75% (20 pacientes) algún hipnótico puro y el 32.2% (48 pacientes) tomaba neurolepticos.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en las personas mayores de 65 años, la prevalencia de la depresión y ansiedad aumenta si el paciente está institucionalizado, debido al aislamiento social, incapacidad física y dependencia y comorbilidad asociada, lo que explica que más de la mitad de los pacientes de este centro sanitario consuma algún psicofármaco.

### 191-O

## Diferencias de prevalencia de hipertensión según el país de origen, sexo y edad en una población de ámbito rural

Quesada Almacellas A, Molló Iniesta MA, Pla Moro A, Vico Segura D, Mascó Esteve P, Falguera Vilamajó M

### OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de hipertensión definida como tensión arterial sistólica (TAS) y/o diastólica (TAD) mayores de 140 / 90mmHg en una población de un centro de salud de ámbito rural, comparando la población inmigrante de la autóctona.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Muestra total de 9165 pacientes mayores de 14 años censados que pertenecen a nuestro centro de salud, estratificados por edad y género. Se tuvieron en cuenta las últimas cifras tensionales registradas en la historia clínica informatizada de los pacientes en el último año. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según su procedencia: autóctonos o inmigrantes. A su vez, este último grupo, en: europeos, oriente medio y Magreb, Sudamérica, Asia, países del este i subsáhara.

### RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 3423 participantes. La mayoría son autóctonos (60,9%). Entre los inmigrantes, el grupo más abundante proviene de los países del Este. El 52,9% fueron mujeres (IC 95%) y el 47,1%, hombres (IC 95%). La mediana de edad fue de 43,5 años

(DE 19,6), siendo de 33,2 años (DE 9,7) en el grupo de inmigrantes y de 50,1 (DE 21,4) en el grupo autóctono. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). En el grupo de los autóctonos, la mediana de TAS y TAD fueron 125,1 (DE16) y 73,1 (DE 11,3), respectivamente. El diagnóstico de hipertensión fue presente en un 26,55%. Por otro lado, en el grupo de inmigrantes: la mediana fue 120,8 (DE 16) y 74,2(DE 12,5); siendo la hipertensión presente en el 7,76%. Las diferencias entre ambos grupos también fueron significativas ( $p < 0,05$ ). A través del modelo logístico hemos observado que los hombres tienen 3,57 veces más d.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Nuestros resultados sugieren que algunos factores sociodemográficos, como la edad y el género, son determinantes para el desarrollo de hipertensión arterial. En cuanto al país de origen, nuestro estudio observa un mayor riesgo en la población de Europa del Este y subsahariana. Futuros estudios son necesarios para poder comprobar si existe asociación con los distintos factores sociodemográficos y el país de origen.

### 192-O

## ¿Estamos registrando correctamente la nacionalidad de los usuarios de nuestro centro de salud?

Molló Iniesta MA, Quesada Almacellas A, Segura Vall N, Mascó Esteve P, Carbonell Badia M, Morales Solsona J

### OBJETIVOS

El programa administrativo e-cap se está utilizando cada vez más como fuente de datos para estudios poblacionales. El objetivo de este estudio es determinar que factores sociodemográficos (edad y género) se asocian, y con qué magnitud al hecho de no registrar la nacionalidad.

### METODOLOGÍA

En nuestra población, constituida en más de un 50% por población inmigrante la nacionalidad constituye un dato imprescindible. Se seleccionaron de la base de datos e-cap una muestra de 3423 pacientes de 14 años o más, de los cuales 917 no tenían nacionalidad registrada. Se listaron estos pacientes y se realizó la búsqueda de este dato a través de distintos medios como la entrevista telefónica o mediante el número de la Seguridad Social.

### RESULTADOS

Un 26,8% de los pacientes de nuestro centro mayores de 14 años, registrados en e-cap, no se incluye correctamente la variable nacionalidad. Los hombres tienen menos registros que las mujeres (29.17% vs. 24.67%). La edad también es un factor determinante: entre 14 y 35 (20.43%), de 35-55 (30.03%), 55-75 (32.65%) y 75 o más (30.43%). Una vez recuperada la nacionalidad se ha observado que el 37.3% de los pacientes autóctonos no tenían registrada

su nacionalidad, contra el 10.45 % de los inmigrantes. Teniendo en cuenta los tres factores simultáneamente en un modelo logístico, observamos que el riesgo de no registrar la nacionalidad se incrementa 1,34 veces más en hombres que en mujeres; 1,28 veces más cada 10 años de edad y el hecho de ser autóctono implica un aumento de 16,6 veces más de riesgo de no tener registrada la nacionalidad.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La falta de registro de la nacionalidad en e-cap es un fenómeno frecuente (26.8%) y no tiene lugar de forma aleatoria. Los hombres tienen peor registro que las mujeres y los inmigrantes están mejor registrados. Respecto a la edad existe una interacción con el hecho de ser autóctono o inmigrante, en este último grupo el riesgo de estar mal registrado desciende con la edad. Para los autóctonos la edad no es un factor determinante, siempre tienen el mismo riesgo independientemente de la edad.

### 194-0

#### Las vulvovaginitis en atención primaria

Moreno Vicens MA, Fernández Ramos O, Rosselló Ximenes T, Jiménez Martos FR, Palmer Muntaner P, Esteve Cantó M

#### OBJETIVOS

Describir el manejo de las vulvovaginitis en atención primaria desde el punto de vista del proceso del diagnóstico etiológico y del tratamiento.

#### METODOLOGÍA

Diseño: Estudio descriptivo con recogida retrospectiva. Ámbito: Atención Primaria de Mallorca; centros de salud con y sin UAM. Población diana: Mujeres entre 14 y 64 años atendidas en atención primaria de Mallorca con diagnóstico de vulvovaginitis o relacionados. Sujetos de estudio: Mujeres entre 14 y 64 atendidas en 6 centros de salud de Atención Primaria de Mallorca con diagnóstico de vulvovaginitis o relacionados, realizado durante el año 2009. MEDICIONES: Edad, tipo de consulta, recogida de antecedentes de riesgo, síntomas, exploración física, exploraciones complementarias, diagnóstico, tratamiento, resolución, recidiva, interconsulta. Recogida por revisión historia clínica.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 252 casos. El 61,5% entre 25-44 años. En la anamnesis en el 93,3% no constaban antecedentes de relaciones sexuales de riesgo y en el 73% el de "uso de preservativo". Los síntomas sólo constaban en el 66%, siendo Prurito el 40,5% y Leucorrea el 38,5%. En el 43,3% no se realizó exploración física. Pruebas complementarias se realizaron en el 35,3% (89), mayoritariamente GRAM 42,7%, cultivo 69% y citología 53,3%. Los resultados más frecuentes fueron candidiasis (45,2%) en los cultivos y vaginosis bacteriana (33,3%) en las citologías. El 70,7% del diagnóstico era de sospecha y 29,3% etiológico y el tratamiento fue similar. Éste se demoró más de 2 semanas en el 22,5%. La resolución de

síntomas se recogió en el 43,7% presentando recidiva a los 4 meses el 20,2%. Recibieron clotrimazol el 84,4% de pacientes con diagnóstico de candidiasis y metronidazol el 66,7% de vaginosis.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

De acuerdo con las recomendaciones incluidas en las guías clínicas, los resultados de nuestro estudio muestran que se hace un diagnóstico y tratamiento sin una correcta anamnesis, exploración física y uso de las pruebas complementarias, siendo muy frecuentes los diagnósticos erróneos, los tratamientos incorrectos y las recidivas. Así mismo hemos observado una gran disparidad en el manejo de dicha patología con una consecuente utilización de los recursos poco apropiada y poco efectiva.

### 195-0

#### Registro del perfil lipídico de los usuarios de nuestra Área Básica de Salud

Quesada Almacellas A, Molló Iniesta MA, Mascó Esteve P, Díaz Lozano J, Cebrián Aiguade C, Pla Moro A

#### OBJETIVOS

La determinación del perfil lipídico es una herramienta fundamental en el momento de la evaluación del riesgo cardiovascular en atención primaria. Nuestro objetivo es determinar si existen diferencias en cuanto al registro del perfil lipídico entre autóctonos e inmigrantes.

#### METODOLOGÍA

Estudio transversal donde se recoge una muestra de pacientes mayores de 14 años. Se determina si hay registro de colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos. Si en un paciente se describen los 4 parámetros se considera que está bien registrado, si falta alguno de los 4 se considera no bien hecho el registro. La edad del paciente y los diagnósticos de obesidad, hipertensión y diabetes que requieren mayor control analítico se tienen en cuenta en el análisis.

#### RESULTADOS

De los 3423 pacientes registrados se calculó que el 22.52% registraba los 4 parámetros. Los diabéticos tienen mejor registro que los no diabéticos (55.23% vs. 20.07%), igual que los hipertensos (48.86% vs. 16.27%). El 17,41% de los pacientes con IMC inferior a 25kg/m<sup>2</sup> registran todos los parámetros, el 26.88% de los pacientes con sobrepeso y el 33.72% de los pacientes con obesidad. Los pacientes entre 14 y 35 registran el 8.12% todos los parámetros, un 22.3% de los de 35 a 55, el 42.16% de los de 55 a 75 y el 46.2% de los pacientes de 75 o más años los registraban correctamente. El 29.81% de la población autóctona tiene el registro correcto contra el 11.19% de inmigrantes. Observamos que el registro depende de los diagnósticos y la edad; corrigiendo estos efectos, en la población autóctona se registra más el perfil lipídico que a la población inmigrante (OR = 1,947; p-valor < 0.001).

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Aproximadamente 1 de cada 4 pacientes (22.52%) tiene registrados los 4 parámetros del perfil lipídico. El registro correcto se asocia fuertemente con los diagnósticos de diabetes, hipertensión, obesidad y con la edad del paciente. No obstante en la población inmigrante, que constituye más del 50% de nuestra población, se registra menos el perfil lipídico que en la autóctona, aún corrigiendo los efectos de los factores anteriormente citados.

196-0

### Evaluación de la calidad de los documentos de derivación desde atención primaria a una consulta especializada hospitalaria (Medicina Interna)

Moreno Martínez FL, Paniagua Galisteo A, Bethencourt Rocha R, González Vega R, Rubio Olmo A, Cotos Canca R

#### OBJETIVOS

El documento de derivación recoge la información administrativa y clínica del paciente remitido a una consulta especializada. Los objetivos de este estudio son conocer el grado de cumplimentación de la información en el documento de derivación y valorar su calidad según la información recogida.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional de los documentos recogidos desde los centros del área de Fuengirola y Mijas (Málaga) a la consulta de Medicina Interna de referencia (en febrero y marzo de 2010). Análisis de la información recogida y de calidad según criterios descritos en la literatura. Buenos (recogen antecedentes, tratamiento habitual, enfermedad actual, con exploraciones, e impresión diagnóstica, diagnóstico diferencial o motivo de consulta) aceptables (queda claro el motivo y datos suficientes de la enfermedad actual, aunque no todos los incluidos en el apartado anterior) y malos (ilegibles, sin datos suficientes para la valoración de la enfermedad actual o ausencia de información).

#### RESULTADOS

116 documentos de derivación fueron recogidos. Respecto al cumplimiento del documento: el 99.1% eran legibles, el 100% hacían referencia a datos administrativos, el 66.4% hacían referencia a antecedentes personales, el 12.1% a tratamiento habitual, el 49.1% a síntomas o enfermedad actual, el 21.6% a exploración física, el 45.7% a pruebas complementarias, el 24.1% a tratamiento de la enfermedad actual, el 54,3% referencia al diagnóstico de presunción y el 95.7% al motivo de derivación. Según los criterios de calidad establecidos para clasificar los documentos el 10.3% de los documentos fueron considerados como buenos, el 75.9% aceptables y el 13.8% malos. El motivo de derivación más frecuente referido fue por protocolo en el 53.4%, seguidos de valoración o estudio en el 25.9% y descartar enfermedad, tratamiento o petición de material o visado en el 3.4%.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los datos que por su incumplimiento tuvieron más peso en la falta de calidad fueron: referencia a tratamiento habitual, exploración y tratamiento; con posibilidad de mejora respecto a la recogida de antecedentes, enfermedad actual, pruebas complementarias y diagnóstico de presunción. Conclusiones: existe un amplio margen de mejora en la cumplimentación de los documentos de derivación. Un documento estándar que incluya todas las variables recomendadas podría ayudar a aumentar el nivel de calidad.

197-0

### Comorbilidad y perfil de los pacientes remitidos desde atención primaria a una consulta especializada de Medicina Interna

Rubio Olmo A, Moreno Martínez FL, Bethencourt Rocha R, González Vega R, Paniagua Galisteo A, Fernández Ochagavía E

#### OBJETIVOS

La AP es la puerta de entrada del paciente al sistema sanitario. La mayoría de las necesidades de salud se resuelven a este nivel. Un pequeño porcentaje es remitido a un segundo nivel asistencial. El objetivo del estudio es conocer el perfil del paciente remitido y el grado de comorbilidad asociada

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional. Estudio de las características demográficas y grado de comorbilidad recogidos en los informes de Medicina Interna de pacientes remitidos desde los centros del área de Fuengirola y Mijas (Málaga) a la consulta de Medicina Interna de referencia en los meses de febrero y marzo de 2010.

#### RESULTADOS

150 pacientes fueron remitidos a la consulta de Medicina Interna. El 62% de los pacientes derivados fueron mujeres. La edad media fue de 52 años, con una desviación típica de 19 años, con predominio de pacientes en la 3ª, 6ª y 7ª década. El 24% de los pacientes fueron extranjeros (de ellos población anglosajona en un 30.6% y sudamericana en un 27.8%). El 77.3% (116) de los paciente aportaron el documento de derivación. Respecto a la comorbilidad eran hipertensos el 37.3%, dislipémicos el 32%, diabéticos el 22%, tenían insuficiencia renal el 9.3%, EPOC el 5.3%. Respecto a hábitos tóxicos fumaban el 23.3% y tomaban alcohol de forma regular el 8.7%. En el 8% de los pacientes no figuraba ninguna comorbilidad, mientras que figuraba una en el 22.7% de los pacientes, dos en el 19.3%, tres en el 16% y 4 o más en el 34%.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los pacientes remitidos desde Atención Primaria a la consulta de Medicina Interna fueron fundamentalmente mujeres, con una gran variabilidad respecto a la edad de los pacientes, extranjeros en un porcentaje significativo y con comorbilidad elevada, con predominio de hipertensión, dislipemia, diabetes y tabaquismo.

## 198-0

### Derivación desde atención primaria a una consulta especializada de Medicina Interna: motivo de derivación y actuación realizada

Moreno Martínez FL, Paniagua Galisteo A, González Vega R, Bethencourt Rocha R, Rubio Olmo A, Sánchez Rivas JM

#### OBJETIVOS

El servicio de Medicina Interna (MI) es referente también de la patología en relación a Endocrinología, Infeccioso, Nefrología, Neurología y Reumatología. Objetivos: conocer el motivo de derivación desde Atención Primaria a una consulta de MI y valorar la actuación realizada en la consulta.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional. Estudio de la información recogida en los informes de consultas externas de Medicina Interna referente de los centros de salud del área de Fuengirola y Mijas (Málaga) en los meses de febrero y marzo de 2010.

#### RESULTADOS

150 pacientes fueron incluidos. Motivos por especialidades: Neurología en el 28%, Endocrinología en el 27.3%, Nefrología en el 8.7%, Reumatología en el 6.7% y Cardio-vascular en el 5.3%. Por patologías: cefalea en un 13.3% de los casos, diabetes mellitus en un 10.7%, insuficiencia renal en un 7.3%, hipotiroidismo en un 6%, deterioro cognitivo y artromialgias en un 6% y síncope en un 4.7%. Trabajo burocrático supuso un 4% de las derivaciones. Tratamiento: no se modificó en el 39.3% de los pacientes, se modificó dosis en el 4.7%, fármacos en el 36.7% y ambos en el 6.7%. Recibieron alta médica el 20% de los pacientes, el 72% remitidos a revisión y el 6.6% a otro especialista. Se solicitaron pruebas complementarias en el 76% de los pacientes (analíticas en el 61.3%, TAC o RMN en el 28.7%, ecografía en el 25.3, radiología simple en el 6% y ecocardiograma en el 3.3%).

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Entre las causas más frecuentes de derivación a la consulta de Medicina Interna desde Atención Primaria figuran patología neurológica (fundamentalmente cefalea y deterioro cognitivo) y patología endocrina (diabetes e hipotiroidismo). En más de la mitad de los pacientes remitidos se produce un cambio en el tratamiento del paciente. La mayoría son remitidos a una nueva revisión con pruebas complementarias.

## 200-C

### Hipopotasemia: ¿farmacológica?

Sanz González Y, Riera Carmona S, Pallarés Sanz E, Bandrés Minguez M

## INTRODUCCIÓN

Se define hipopotasemia como la concentración plasmática de potasio por debajo de 3,5 mEq/l o 3,5 mmol/l. Constituye uno de los trastornos metabólicos más frecuentes en la práctica clínica. Los fármacos son una de las causas más frecuentes, pero también existen otras causas.

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 45 años con antecedentes de DM 2 e HTA, en tratamiento con metformina 875 mg/12 horas, Quinapril 40mg/24h, nifedipino retard 20mg/12h. En analítica de control se detecta K: 3,2 mmol/l, siendo el resto normal. Se reinterroga al paciente y clínicamente presenta astenia, polidipsia y poliuria con nicturia. Se solicita orina de 24h: volumen 6 l, K 26.1 mmol/l (25-125). Se retira IECA persistiendo hipopotasemia y se solicita TAC abdominal que es normal, descartándose un adenoma suprarrenal. Ante la imposibilidad de solicitar gasometría venosa se deriva a endocrinología para completar estudio. Después de un mes sin IECA se solicita nueva analítica: aldosterona 0,85 nmol/l (0,1-0,46), renina 4,8 mint.u/l (5-47), K 3,8 mmol/l. El cuadro se orienta como hiperaldosteronismo primario por hiperplasia suprarrenal, confirmado tras test de estimulación renina-aldosterona con ortostatismo.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Para la hipopotasemia los objetivos del tratamiento son la reposición de K y la corrección de la pérdida de K si la hubiera. La reposición se realiza vía oral ya que la endovenosa favorece la aparición de flebitis y la hiperpotasemia de rebote. En nuestro caso se inició el tratamiento con 50 mEq de bicarbonato de potasio + 1000 mg de ácido ascórbico + 700mg de ácido aspártico hasta la normalización de niveles de K plasmático. El tratamiento de base de la hiperplasia suprarrenal es espironolactona de 100 a 500 mg/24h, con un estricto control de la presión arterial.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "hipokalemia", "hiperaldosteronismo". 1.- Cinza S, Nieto E. Hipopotasemia [Internet]. Fisterra.com Atención Primaria en la Red; Guías Clínicas 2010; 10(24) [acceso 11/3/2011]. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/hipopotasemia.asp>. 2.- Arnao B, Soto A, Feijoo L. Hiperaldosteronismo primario y secundario. [Internet]. Fisterra.com Atención Primaria en la Red; Guías Clínicas. [acceso 11/3/2011]. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/hcs2.asp>.

## 202-0

### El diagnóstico precoz del cáncer de colon en pacientes de alto riesgo

Bernal Bernal R, Jaén Olásolo J

#### OBJETIVOS

Cuantificar la población con riesgo elevado de padecer cáncer de colon. Analizar si estos pacientes han sido sometidos a algún estudio

colonoscópico. Cuantificar el volumen de colonoscopias necesarias para diagnosticar los pacientes con riesgo elevado de padecer cáncer de colon.

## METODOLOGÍA

Es un estudio transversal. Se procedió a la obtención de una muestra de forma aleatoria de los pacientes que acuden a las consultas de demanda clínica diaria en un centro de salud urbano. El criterio de inclusión fue tener una edad comprendida entre 15 y 60 años. Durante dos semanas, consecutivas y elegidas al azar, los médicos del centro de salud realizaron las entrevistas a los pacientes en sus consultas contrastando la información con sus historias clínicas. Las variables recogidas fueron: edad, peso, talla, hábitos tóxicos, práctica de deporte, antecedentes personales y familiares de cáncer de colon u otros tumores y la existencia de estudios colonoscópicos previos. Análisis descriptivo.

## RESULTADOS

Se estudian un total de 229 pacientes. La edad media fue de 42 años, con una desviación estandar de 12 años. El 35% eran mayores de 50 años. El 40% fumaba. El 21% bebía de forma habitual. El 53% no hacía ejercicio de forma regular. El 30% presentaba un índice de masa corporal normal y el 40% sobrepeso. El 15% tenía hecha ya una colonoscopia. El 15% presentaba antecedentes familiares de cáncer de colon y el 5% tenía diagnosticada algún tipo de enfermedad intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn). El 2% refirió antecedentes familiares de poliposis y el 9% presentaba antecedentes familiares de algún tumor relacionado con el síndrome de Lynch. Considerando la edad, el 35% precisaba colonoscopias. Si se consideran varios factores como los antecedentes familiares y personales, la poliposis y el síndrome de Lynch el 23% precisaría colonoscopias.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Habría que realizar una campaña informativa sobre el uso de la colonoscopia como recurso diagnóstico en pacientes de riesgo alto de padecer cáncer de colon. Es preciso diseñar un estudio para calcular los recursos necesarios para atender una demanda elevada de colonoscopias.

### 203-C

## Siempre alerta. Una enfermedad rara en la consulta: síndrome de Ehlers Danlos tipo III

Morlanes Lancis RJ, Forcada Huguet JI, Martínez Cámara Y, Tobajas Calvo J, Guardia Urtubia J, Cabrera Alonso Y

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Ehlers Danlos (SED), se caracteriza por alteraciones cualitativas del colágeno tipo I y III. La prevalencia es de 1/10.000 habitantes. El SED tipo III (autosómico dominante), se caracteriza por hiperlaxitud articular con luxaciones recurrentes y dificultad funcional progresiva.

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 25 años sin antecedentes familiares ni personales de interés. Consulta por gonalgia derecha sin antecedente traumático. Progresivamente refiere gonalgia izquierda y dolor en hombros y columna, junto con sensación de encogimiento de tronco y temblor en piernas al caminar. Sufre luxación recurrente de hombro izquierdo, caderas, rodillas y tobillos y dolor crónico generalizado. Es valorada de forma multidisciplinar, realizándosele múltiples pruebas: analíticas, biopsias, resonancias, punción lumbar, estudio neurofisiológico, tomografías y ecocardiograma. Se descarta enfermedad reumatológica inflamatoria, desmielinizante, síndrome piramidal, osteogénesis imperfecta y miopatías. En base a criterios clínicos se diagnostica de SED III y dolor crónico multifactorial. Precisa abordaje politerapéutico: quirúrgico, rehabilitador, ortésico, psiquiátrico, con mórficos y asistencia social.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

No existe un tratamiento específico que modifique el curso evolutivo del SED, por lo que este deberá ser sintomático. La paciente fue intervenida quirúrgicamente de hombro izquierdo, utilizó ortesis en extremidades inferiores, precisa tratamiento rehabilitador para fortalecimiento muscular, tratamiento del dolor mediante implantación de neuroestimuladores y mórficos y apoyo psicológico. La actuación desde atención primaria junto con el área de trabajo social es fundamental, ya que la paciente demanda asistencia frecuente y actualmente precisa de silla de ruedas para desplazarse, lo que implica ayudas ergonómicas y adaptación de su entorno. No debe olvidarse el consejo genético familiar.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "Ehlers Danlos syndrome", "hiperlaxitud articular", "enfermedades del tejido conectivo". 1.- Beighton P. The Ehlers Danlos syndromes. In: Heritable Disorders of Connective Tissue. 5th Ed. St. Louis: Mosby 1993;189-251. 2.- Arneson MA, Hammerschmidt DE, Furcht LT, King RA. A new form of Ehlers Danlos syndrome. Fibronectin corrects defective platelet function. JAMA 1980;244:144-7.

### 204-C

## Abordaje del angiomiolipoma renal en atención primaria

De Sans Flores L, Fornieles Medina M, Saperas Pérez C, López Mayán G, De Paz Rubio P, Rodríguez Fonseca G

## INTRODUCCIÓN

Los angiomiolipomas (AML) renales son tumores benignos del tejido graso. Aunque cada vez es más habitual su diagnóstico casual mediante pruebas de imagen, sigue siendo la ruptura espontánea su presentación más frecuente, destacando que ésta puede ser potencialmente grave.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 43 años con antecedentes patológicos de apendicitis aguda y dolor abdominal a estudio. Para filiar el dolor abdominal se realizaron entre otras pruebas una Ecografía abdominal que mostró una imagen compatible con un nódulo hiperecogénico de 6 mm en la cortical superior del Riñón Derecho sugestivo de AML. Ante el tamaño de la lesión se decidió comentar el caso con el servicio de Radiología para valorar la actuación a seguir, que fue mantener controles ecográficos para ver la evolución y según ésta la necesidad de otros estudios de imagen.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Ante una lesión nodular descubierta de forma incidental debemos realizar una correcta anamnesis para valorar antecedentes patológicos relacionados con la lesión descubierta, valorar clínica y complicaciones de la misma. Posteriormente se deberían realizar los controles radiológicos necesarios para hacer el seguimiento, valorar cambios o crecimiento y así realizar la actuación pertinente. En nuestro caso, una lesión de 6 milímetros no precisa indicación de cirugía electiva, por lo que se decidió optar por actitud conservadora y seguimiento ecográfico bianual.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "renal angiomyolipoma", "kidney neoplasms", "ultrasonography". 1.- Sanz Mayayo E. Estudio ultrasonográfico de las masas renales de pequeño tamaño. Arch. Esp. Urol 1006;59:333-42. 2.- Dickinson M. Renal angiomyolipoma: optimal treatment based on size and symptoms. Clin Nephrol 1998;49:281-6. 3.- Bestard Vallejo JE. Angiomiolipomas renales: presentación, tratamiento y resultado de 20 casos. Actas Urol Esp 2008;32:307-15.

206-C

### Prurito en pies

Tobajas Calvo J, Guardia Urtubia J, Cabrera Alonso Y, Morlanes Lancis R, Martínez Cámara Y, Forcada Huguet I

### INTRODUCCIÓN

El prurito es uno de los síntomas más frecuentes en Dermatología, consiste en una sensación cutánea que desencadena una respuesta motora que es el rascado. No debe considerarse una enfermedad sino un síntoma, y debe realizarse un diagnóstico etiológico que posibilitará un tratamiento adecuado.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Se trata de un paciente de 30 años que acude por presentar en ambos pies lesiones lineales, sobrelevadas, muy pruriginosas de 24 horas de evolución. Como antecedentes personales de interés refiere viaje a Brasil del que volvió hace 5 días y durante el último día anduvo descalzo por la playa (de los 5 compañeros de viaje 3 presentaban los mismos síntomas). En la exploración física se aprecia enrojecimiento e inflamación en zonas dorsales de ambos pies.

Trayecto serpiginoso, inflamatorio, palpable que se dirige hacia las plantas. En región interdigital de 4-5 dedo de pie izquierdo vemos lesiones vesiculosas eritematovioláceas. En el diagnóstico diferencial incluimos strongyloidosis, picaduras, miasis, urticaria leishmaniasis y Cutáneo Larva migrans (CLM), que es la causa de lesiones en piel de viajeros retornados del trópico más frecuente (25%) y es el diagnóstico de nuestro paciente.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El diagnóstico es clínico, siendo de gran valor los datos epidemiológicos, el período de incubación oscila desde horas a meses hasta que aparece la lesión cutánea típica, serpenteante, sobrelevada y muy pruriginosa a partir del punto de penetración de la larva, siendo la manifestación cardinal. En ocasiones hay eosinofilia. La evolución es favorable con curación espontánea en semanas o meses. Suele tratarse debido a la duración de los síntomas y posibilidad de complicaciones. El tratamiento es tiabendazol oral 25-50 mg/kg/día, también se puede utilizar albendazol, ivermectina y antihistamínicos para control de síntomas.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "prurito", "cutaneous larva migrans". 1.- Bouchard O, Houzé S, et al. CLM in travelers: a prospective study, with assesment theraphy with ivermectin. Clin Infect Dis 2003;31:493-98. 2.- Vega Gutiérrez, y cols. LMC. Tratamiento tópico con tiabendazol al 6,25%. Actas Dermosifilogr 2001;92:167-73. Rubio Flores C, y cols. Cutaneous larva migrans. An Pediatría (Barc) 2004;61:270-1.

207-O

### Evolución de la incidencia de ingresos hospitalarios por hipoglucemia grave y su mortalidad en ancianos en España durante diez años (2000-2009)

Pérez López MI, Guerra García MM, García Soidán FJ

### OBJETIVOS

Los nuevos medicamentos buscan reducir incidencia de hipoglucemias. El estudio ACCORD detectó mayor mortalidad por control intensivo de glucemia. Objetivo: evaluar la tendencia evolutiva de incidencia de ingresos hospitalarios por hipoglucemias graves en ancianos en España y mortalidad de 2000-2009.

### METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo ecológico. Ámbito: Red pública sanitaria nacional en 10 años (2000-2009). Inclusión: mayores de 65 años ingresados por hipoglucemia grave (códigos: 250.30, 250.32, 250.80, 250.82 CIE-9) divididos en dos grupos (de 65 a 74 años y mayores de 75 años). Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Variables de medida: incidencia, tasa de incidencia, razón de tasas y porcentaje anual

del cambio. Análisis: estimación de tendencia observada mediante análisis de regresión lineal y método de regresión de Jointpoint basado en modelos segmentados de Poisson (IC95%). Comparación de variables: coeficiente de correlación de Pearson ( $p < 0,05$ )

## RESULTADOS

Se identificaron 44.735 ingresos por hipoglucemias graves en 10 años (55,57% mujeres, 44,43% hombres). Valores para IC95%: Tasa Incidencia media (TIM)=64,64[55,65-73,63] y RT=1,74 hombres; TIM=56,26[46,92-65,60] y RT=1,38 mujeres; TIM=59,28350,21-68,338 y RT=1,52 total. Hipoglucemias por 250.30: TIM=2,08 [1,92-2,23] y RT=1,14 hombres; TIM=1,97 [1,66-2,27] y RT=0,89 mujeres. Hipoglucemias por 250.80: TIM=54,00 [45,11-62,90] y RT=1,99 hombres; TIM=45,86 [37,20-54,51] y RT=1,58 mujeres. Porcentaje anual del cambio (APC)=5,9 [2,3-9,7]  $p < 0,025$  para el total de ingresos por hipoglucemias. Tasa de mortalidad (TM) por hipoglucemia=1,43[-0,23,3,09] y RT=1,77 (65 a 74 años); TM=5,18[4,63, 5,73] y RT=1,12 (>75 años); hipoglucemia por diabetes tipo 2 no establecida como incontrolada: TM=1,06[-0,94, 3,06] y RT=1,95 (65 a 74 años); TM=67,94[55,19, 80,68] y RT=1,56 (>75 años).

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Se ha evidenciado que el control intensivo de la glucemia en diabetes tipo 2, aumenta de manera significativa los daños y presenta limitados beneficios. En España, durante los 10 años de estudio se observa un aumento de la incidencia de ingresos hospitalarios por hipoglucemia en ambos sexos; al mismo tiempo se detecta un aumento de la tasa de mortalidad durante el por hipoglucemia en diabetes tipo 2 controlada.

## 208-C

### Valor diagnóstico de la ecografía en atención primaria en la detección precoz de un carcinoma renal con dolor lumbar como presentación inusual

Puga Sarmiento E, Charle Crespo MA, Guerra García MM, Álvarez Bugarín A, Gomes Carvalho C, Prejigueiro Santás A

#### INTRODUCCIÓN

La ecografía abdominal tiene alta rentabilidad diagnóstica (inocuidad y bajo costo) en patología grave. El carcinoma renal presenta triada de Lenk: hematuria, dolor y masa palpable, sólo en fases avanzadas irresolutivas. Se necesita alto índice de sospecha para un diagnóstico precoz.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 68 años, sin antecedentes mórbidos. Consultó a su médico de familia por dolor lumbar derecho, sin otros síntomas. El examen físico mostró constantes vitales normales, dudosa afectación general y exploración del aparato locomotor anodina. Se decidió

practicar un eco-screening abdominal que mostró una Lesión Ocupante de Espacio (LOE) renal derecha. La paciente fue derivada al segundo nivel que identificó con TAC y gammagrafía, un tumor renal derecho. A los dos meses fue intervenida, practicándole una tumorectomía y el examen anatomopatológico mostró un carcinoma de células claras que respeta el margen de resección quirúrgico.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La presentación de un cáncer renal como causa de dolor lumbar es infrecuente. La sospecha diagnóstica debe plantearse cuando la historia clínica y la exploración física no son concluyentes y existen indicios de alerta. La ecografía abdominal permite excluir o confirmar LOE abdominales, que pueden ser origen del dolor lumbar y orientar la sucesivas actuaciones hacia otras técnicas o hacia el segundo nivel con una sospecha diagnóstica fundamentada, lo que conlleva una mejor integración entre niveles asistenciales, una resolución precoz de patologías vitales, una satisfacción del paciente y del médico de familia y a una efectividad y eficiencias del sistema sanitario.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "back pain", "low back pain", "carcinoma", "renal cell/diagnosis". 1.- Hopkinson N, Myint A, Benjamin S. Polymyalgia and low back pain: a common cause not to be missed. *Ann Rheum Dis* 1999;58:462-4. 2.- Chong WK, Wysoki M, Heller LG. Renal carcinoma presenting with flank pain. *Am J Roentgenol* 2000;174:667-9.

## 212-O

### Asistencia prehospitalaria al paciente psiquiátrico

Martínez Hernández M, Clemos Burgaleta S, Larráz Andía P, Pérez Gutiérrez MA, Pérez Pejenaute F, Gil Casado A

#### OBJETIVOS

Conocer y analizar la atención prestada a los pacientes psiquiátricos que demandan asistencia en el Servicio Normal de Urgencias de Tudela- Navarra.

#### METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo transversal de 279 pacientes psiquiátricos atendidos en el período comprendido entre el 1 de Enero y el 30 de Junio de 2010. Se aplica una hoja de registro de datos para cada paciente que contiene 9 variables, entre las que se encuentran: edad, sexo, localización de la atención prestada, mes en los que tuvimos más pacientes psiquiátricos, antecedentes personales, tipo de tratamiento empleado, juicio clínico, centro de referencia y colaboración con fuerzas de seguridad. Los datos son recogidos de nuestro sistema informático OMI y luego procesados.

## RESULTADOS

De las 8.292 urgencias totales atendidas por el Servicio Normal de Urgencias de Tudela-Navarra durante los 6 primeros meses de año 2010, el 3,36% (279), correspondieron a pacientes psiquiátricos. La edad media de estos pacientes es de 36,8 El 51% son varones frente a un 49% en mujeres. En cuanto a la localización el 60,7% fueron atendidos en su domicilio, un 27,1% en nuestro servicio, el 9,8% en la calle, el 2,4% en Residencias de Ancianos. El mes de marzo presentó el mayor número de casos con el 30%, seguido por el mes de enero con un 22,4%. El 39,2% presentaba alteraciones psiquiátricas de base. En relación al diagnóstico diferencial, 158 casos correspondieron a crisis de ansiedad, 6 cuadros de agitación, 64 pacientes depresivos, 16 cuadros psicóticos, 10 simuladores y 25 alteraciones psiquiátricas no filiadas. En 16 casos se precisó colaboración de fuerzas de orden público.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

No se aprecian diferencias significativas entre ambos sexos. La mayor parte de estos pacientes fueron atendidos en su domicilio. Los trastornos psiquiátricos más comunes fueron las crisis de ansiedad seguidas de los cuadros de depresión. Destacamos la dificultad de abordaje de dichos pacientes y su falta de colaboración, donde en ocasiones es necesario recurrir a medidas físicas de contención para su asistencia, teniendo que llamar a las fuerzas de seguridad.

213-C

## Epistaxis, forma de presentación común de una enfermedad rara: telangiectasia hemorrágica hereditaria o síndrome de Rendu-Osler-Weber

Verde González MP, Tarazona Chocano BC, Lorenzo Hernández A, García Polo J, Botella Cubells LM, Zarrabeitia Puente R

### INTRODUCCIÓN

La Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (HHT) es una entidad de las consideradas como "enfermedades raras", de herencia autosómica dominante, cuya prevalencia es de 1/3000-8000 individuos. Se caracteriza por epistaxis, telangiectasias mucocutáneas y malformaciones arteriovenosas viscerales.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 53 años con antecedentes de tabaquismo, que consulta por astenia y epistaxis ocasionales desde hace diez años, de mayor intensidad y frecuencia en los dos últimos años. Antecedentes familiares: abuelo materno y madre con epistaxis recurrentes no filiadas. Exploración física: palidez mucocutánea, telangiectasias malares y angiomas en boca, lengua y manos. Analítica: Anemia moderada, normocítica, normocrómica. Bioquímica y perfil de coagulación sin alteraciones. Con la sospecha de enfermedad sistémica se deriva a los servicios de Medicina Interna y ORL para estudio. Dada la ausencia de otras alteraciones analíticas y los antecedentes familiares, se solicita estudio genético que revela mutación del gen ALK1,

compatible con HHT variante 2. Se realizaron estudios de extensión: ecografía abdominal, ecocardiograma, angioTC torácico y RMN cerebral sin alteraciones significativas.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La HHT es una enfermedad determinada por la mutación de dos genes que codifican las proteínas endoglin y ALK1, que participan en la angiogénesis y causan las variantes 1 y 2, respectivamente. Los criterios diagnósticos son: epistaxis espontáneas y recurrentes, telangiectasias mucocutáneas y malformaciones arteriovenosas viscerales, e historia familiar. El diagnóstico es definitivo si se cumplen tres o más criterios y se confirma con el estudio genético. El manejo es de soporte, orientado al tratamiento de la anemia y control del sangrado; técnicas quirúrgicas y fármacos antifibrinolíticos. Se encuentran en fase de estudio hormonas, agentes inmunosupresores y antiangiogénicos.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "enfermedades raras", "telangiectasia hemorrágica hereditaria", "epistaxis". 1.- Faughnan ME, Palda VA, Garcia-Tsao G, Geisthoff UW, McDonald J, Zarrabeitia R, et al. International Guidelines for the diagnosis and management of Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia J Med Genet doi:10.1136/jmg.2009.069013. 2.- Bernabeu C, Conley BA, Vary CP. Novel Biochemical Pathways of Endoglin in vascular cell physiology. J Cell Biochem 2007;102:1375-88.

215-C

## Síndrome confusional agudo (delirium) en el anciano: diagnóstico y abordaje

Plumed Betes MJ, Barba Ródenas MI, Buil Tricas B, Garbayo Martínez JL, Larraz Andía P, Martínez Hernández M

### INTRODUCCIÓN

El delirium es un síndrome geriátrico importante por su elevada incidencia y por ser forma de presentación de enfermedades agudas en el anciano. Su diagnóstico suele ser tardío, retrasando el tratamiento y empeorando el pronóstico, de ahí la importancia de saber reconocer sus signos y síntomas.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 76 años, sin alergias, polimedicada. Antecedentes: hipertensión, diabetes, dislipemia, insuficiencia renal crónica, depresión, deterioro cognitivo de 2 años de evolución, en el último mes valorada por neurología por empeoramiento. En la última semana se suman alucinaciones visuales y trastornos conductuales con irritabilidad, insomnio y desorientación. Le pautan haloperidol, trazodona, quetiapina y diazepam en hospital, donde la llevan en 2 ocasiones por agitación y agresividad. Al día siguiente de iniciar tratamiento nos avisan porque apenas se mantiene despierta y respira con dificultad. En domicilio objetivamos fiebre de 38°C, saturación de O<sub>2</sub> 80%, tiraje intercostal, hipoventilación y crepitantes en base pulmonar izquierda.

Tendencia al sueño con escasa respuesta a estímulos y lenguaje incomprensible. No rigidez de nuca. Reflejo cutáneo-plantar extensor bilateral.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El diagnóstico de sospecha se basa en la información suministrada por la familia y los ítems recogidos en el Confused Assessment Method (CAM). El diagnóstico definitivo viene dado por los criterios del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Debe intentarse identificar la etiología del delirium utilizando las pruebas complementarias necesarias y aplicar medidas terapéuticas específicas para resolver el factor desencadenante (en este caso múltiple: neumonía, polifarmacia, deterioro cognitivo previo). Además deben aplicarse medidas generales y de entorno y valorar la necesidad de tratamiento con neurolépticos en caso de agitación persistente o disconfort del paciente.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "síndrome confusional agudo", "clínica", "diagnóstico", "manejo". 1.- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Compendio de Atención Primaria. 2 ed. Elsevier 2005. 2.- Arcos B, Bosch R, Del Pozo C, Martínez JL, Sánchez-Carpena J, Sempere G. Urgencias 2010. H. U. Dr. Peset, Valencia. Ergon 2009. 3.- Blanco López B, Cruz Niesvaara D, Ibero Villa JL, Sardó Pascual E. Delirium: diagnóstico y tratamiento. Medicina General 2004;67:491-6. 4.- Moya Mir MS. Urgencias de Atención Primaria. 2 ed. Adalia Farma 2005.

216-0

### Para la menopausia sin sofocos: iactívate con el ejercicio aeróbico!

Guerra Hernández IM, Fandiño Cobo ME, Madán Pérez MT, Rodríguez Cabrera AB, Wangüemert Madán MT, Báez Expósito M

#### OBJETIVOS

Un 85% de las mujeres menopáusicas presentan síntomas, el 50% con sofocos y se ha visto relación entre ejercicio físico y disminución de los síntomas vasomotores. Por tanto, nos proponemos describir la presencia de sedentarismo y síntomas menopáusicos en un grupo de mujeres de atención primaria(AP).

#### METODOLOGÍA

La muestra es de 140 mujeres, menores de 65 años demandantes en AP y seleccionadas por muestreo consecutivo. Tienen como criterio de inclusión la menopausia establecida, definida según la OMS como 12 meses consecutivos de amenorrea sin causas patológicas. Variables cuantitativas: edad actual y de inicio de la menopausia. Variables cualitativas: presencia de sofocos, sudor, rubor, sequedad vaginal, incontinencia e infección urinarias, insomnio, tratamiento para la menopausia y el sedentarismo, definido como: caminar menos de media hora 3 veces por semana. Estadísticos: media, desviación estándar, frecuencias y chi2.

### RESULTADOS

140 mujeres con edad media de 57,7 +/- 4,9. La edad media de inicio de la menopausia es 48,8 +/- 4,9 y la media de años con menopausia de 8,9 +/- 6,2. El 92,1% presentan algún tipo de síntomas, de los cuales el 60% son sofocos, 58,6% sudor, 51,4% rubor y 55% insomnio. Solo el 35,7% tiene algún tratamiento para la menopausia. Encontramos un 47,9% con sedentarismo. Existe una relación significativa esperable entre sofocos con: sudor ( $p < 0,0001$ ), rubor ( $p < 0,0001$ ), insomnio ( $p = 0,001$ ) e incontinencia urinaria mixta ( $p = 0,044$ ). En el subgrupo donde todas presentan sofocos ( $n = 84; 60\%$ ), tienen tratamiento el 40,5%, sigue predominando el insomnio (66,7%), la sudoración (79,8%) y el rubor (67,9%). En este grupo el 53,6% son sedentarias. El 40% ( $n = 56$ ) no presenta sofocos, aquí el insomnio aparece en el 37,5%, el sudor en un 26,8% y el rubor en un 26,8%. En este subgrupo solo el 39,3% tienen sedentarismo.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La mayoría de las mujeres menopáusicas estudiadas presenta algún síntoma, predominando los vasomotores, pero pocas tienen tratamiento. El subgrupo sin sofocos es menos sedentario, por lo que, podemos sospechar que el ejercicio físico regular tiene efectos positivos sobre la sintomatología menopáusica. Estos resultados no son concluyentes, pero inducen a incluir dentro de las recomendaciones del ejercicio desde AP, el control de los síntomas vasomotores en la menopausia.

218-0

### Código Ictus activado, ¿fibrinólisis realizada?

Salado Natera MI, Fernández Natera A, Carrasco Gutiérrez V, Varo Calvo MC, Castro López F, Bordés Bustamante F

#### OBJETIVOS

Conocer las características de los avisos por accidentes cerebrovasculares (ACV) atendidos por una unidad de vigilancia intensiva (UVI) móvil. Analizar los códigos ictus activados, fibrinólisis realizadas y causas de no realización.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Se analizaron todas las historias clínicas realizadas por una UVI móvil que tuvieran como motivo de consulta o diagnóstico final ACV, durante el periodo de tiempo comprendido entre Mayo de 2008 y Febrero de 2011. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, número de derivaciones hospitalarias, número de ocasiones en las que se activó el código ictus, número de fibrinólisis hospitalarias realizadas, causas de no realización de la misma y causas por las que no se activó el código ictus.

### RESULTADOS

Se obtuvieron 63 historias de las cuales el 53,9% eran mujeres y el 46,03% hombres, con una edad media de 74 años. En el 84,12%

de los casos los pacientes requirieron valoración hospitalaria. El código ICTUS se activó en 12 ocasiones (19,04% de los casos) y en tan solo un caso se administró finalmente la fibrinólisis. En el 83.3% de los códigos ICTUS activados, la causa de no realización de fibrinólisis fue la mejoría clínica del paciente. En un 25% la causa fue el tiempo de evolución, y en un caso no se realizó por tratarse de un ACVA hemorrágico. Las causas de no activación del código ictus fue: en un 29,41% de los casos la edad, en un 35.29% por mejoría de la clínica, en un 23.52% por padecer el paciente ictus previos. En un caso no se pudo activar por presentarse el cuadro con una convulsión y en otro caso porque el paciente había sido intervenido quirúrgicamente una semana antes.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

En la mayoría de los casos, en los que se activó el código ictus, no se llevó a cabo la fibrinólisis por mejoría de los síntomas. Esta es también la causa que en mayor número de ocasiones provocó la no activación del código ictus. En un 25% de los casos no se realizó fibrinólisis por el tiempo de evolución, por lo que es importante trabajar sobre esta variable, mediante campañas sanitarias, ya que la rapidez con la que se realice la reperfusión contribuyen a la mejora del pronóstico.

#### 220-C

### Infarto cerebeloso de origen incierto e isquemia aguda del miembro superior izquierdo

Trillo Calvo E, Hernández Gil R, Calderó Santiago L, Antonio Paniagua JL, Medvedeva A

#### INTRODUCCIÓN

El infarto cerebeloso representa un 2-4% de los infartos encefálicos. Hasta un 10% de ellos desarrollan un edema rápidamente progresivo, llegando a producir hidrocefalia aguda y la muerte del paciente. Debido a este agresivo comportamiento, con efecto de masa, ha sido nominado infarto pseudotumoral.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer 69 años. Dislipemia. Acude a consulta por frialdad en el miembro superior izdo de 1h de evolución. Impotencia funcional acompañada, inestabilidad, náuseas y vómitos. Exploración: normotensa, Glucemia 158. Rítmica a 69 lpm, no soplos, normoventilada. No edemas ni signos de TVP en extremidades. Nistagmus rotatorio y vertical, paresia 3/5 de extremidad superior izquierda con hipoestesia. Resto normal. Ante clínica compatible con accidente cerebro vascular, se traslada a hospital. En Urgencias: electro con T negativas en V1-V3 sin dolor torácico y marcadores cardiacos normales. Puntuación escala NISS 3. TAC cerebral: no signos de infarto ni hemorragia. Fibrinólisis. Aparición de cianosis, interconsulta a Cirugía vascular: ausencia pulso en subclavia. Practican embolectomía. TAC control: imagen hipodensa sugerente de infarto subagudo cerebeloso izquierdo. Eco transesofágico: foramen oval.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El cuadro clínico es de instalación brusca y muchas veces es indistinguible del hematoma de cerebelo. Se reconoce por el predominio de vértigos (por lo que puede confundirse con trastorno vestibular periférico), a los que se le sigue vómito, disartria, ataxia cerebelosa y nistagmo. Ante todo paciente con esta clínica, trasladar con carácter urgente, puesto que su tratamiento es hospitalario.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "infarto de cerebelo", "isquemia aguda miembro superior". 1.- Palma R, Mellado P. Infarto Cerebeloso. XIV Congreso de la Sociedad Española de Neurocirugía. Mayo 2009. 2.- Kase C, Norrving B, Levine SR, et al. Cerebellar infarction. Clinico-anatomic correlations. Stroke 1993;24:76-83. 3.- Tohgi H, Takahashi S, Chiba K, et al. Cerebellar infarction. Clinical and neuroimaging analysis in 293 patients. Stroke 1993;24:1697-701.

#### 221-C

### Adenocarcinoma de colon con metástasis en gestante de treinta semanas

Trillo Calvo E, Hernández Gil R, Calderó Santiago L, Antonio Paniagua JL

#### INTRODUCCIÓN

La presentación de cáncer de colon durante el embarazo es rara. Su incidencia oscila entre el 0,07 y el 0,1%. El tumor se localiza hasta en un 64% de los casos en los tramos distales del colon. Característica común es el retraso diagnóstico debido a que los síntomas se atribuyen al propio embarazo.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 39 años. Miomectomía. Gestante de 30 semanas y 5 días, acude a nuestra consulta por tumoración laterocervical izquierda. Refiere astenia, dolor en costado-hipocondrio derecho y febrícula. Exploración: adenopatías de 6-7 cm. Hepatomegalia dolorosa. Ritmo sinusal a 120 lpm, crepitantes bibasales. No edemas en extremidades inferiores. Traslado a Hospital. Ecografía: hepatomegalia con múltiples nódulos compatibles con metástasis. RM toracoabdominal: atelectasia basal izquierda, hepatomegalia con múltiples lesiones en ambos lóbulos compatible con metástasis. Lesiones focales en columna dorsal inespecíficas. Biopsia adenopatía cervical: ganglio linfático con metástasis de adenocarcinoma intestinal. Dos días después se programa cesárea, objetivándose en la cirugía tumoración en colon derecho con implantes peritoneales. Hemicolecotomía derecha + omentectomía y anastomosis. Quimioterapia.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Ante toda embarazada con dolor abdominal persistente y estreñimiento, anemia o rectorragia, se realizará una historia clínica que recoja factores predisponentes y una exploración con tacto rectal.

Ante elevaciones de alfafetoproteína, pensar en enfermedades no obstétricas, empleando del test de detección de sangre oculta en heces. La colonoscopia es el método de elección. El tratamiento depende de la edad gestacional y de las consideraciones éticas de la paciente.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "embarazo", "cáncer de colon". 1.- Komurcu S, Ozet A, Ozturk B, Arpacı F, Altundag MK, Tezcan Y. Colon cancer during pregnancy. A case report. J Reprod Med 2001;46:75-8. 2.- Bernstein MA, Madoff RD, Caushaj PF. Colon and rectal cancer in pregnancy. Dis Colon Rectum 1998;41:172-8. 3.- Masferrer I, Salas A, Arias JC, Mompert S. Carcinoma de colon durante la gestación. Cir Esp 1996;59:431-5.

222-0

### ¿Qué psicofármacos toman nuestros ancianos?

Salado Natera MI, Carrasco Gutiérrez V, Fernández Natera A, López de Montes B, Bache Mariscal MP, Varo Calvo MC

#### OBJETIVOS

Analizar cuáles son los psicofármacos más frecuentemente administrados a los ancianos institucionalizados.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Se llevó a cabo en un centro sociosanitario geriátrico. Se analizaron todas las historias clínicas de los ancianos institucionalizados, padecieran patología psiquiátrica o no, y se seleccionaron aquellas en las que en el tratamiento constara algún psicofármaco, descartando las que no tuviesen ningún fármaco que actuase sobre el sistema nervioso central. Se clasificaron los psicofármacos en tres grupos: antidepresivos, ansiolíticos benzodiazepínicos y neurolepticos. Se estudiaron para conocer los psicofármacos más frecuentemente administrados a esta población.

#### RESULTADOS

Se analizaron 149 historias clínicas, de las cuales se descartaron 50 (33,55%) por no cumplir los criterios de inclusión. De entre las 99 restantes, se obtuvieron un total de 166 psicofármacos. Los más frecuentes fueron las benzodiazepinas en un 40,96%, seguidas de los neurolepticos, 38,55% y por último los antidepresivos, 20,48%. La benzodiazepina más usada fue el loracepan, 26,47%, seguida de lormetazepan en un 20,58%. También se encontraron bromazepan y cloracepató en un 14,7%, alprazolam 13,23% y en último lugar diazepam 5,8%. El antidepresivo más frecuente fue citalopran 35,29%, seguido de fluoxetina 26,47% y sertralina 23,52%. También se encontraron venlafaxina, amitriptilina, mirtazapina y etumina. Los neurolepticos más usado fueron la risperidona 37,5%, haloperidol 29,68%

y el sinogan 10.9%. Otros neurolepticos encontrados fueron olanzapina, rivotril, largactil y sulpirida.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Las benzodiazepinas son los fármacos más usados, en su conjunto, como ansiolíticos o hipnóticos en la población anciana, sin embargo, en este estudio podemos concluir que el psicofármaco más frecuentemente usado es la risperidona, debido a que en la población anciana institucionalizada, son frecuentes cuadros de agitación acompañados de delirios. Es importante hacer un abordaje global de la patología psiquiátrica en el anciano para minimizar el uso de fármacos sedantes.

223-C

### Mujer con disfonía y tos

Llimona Delgado CI, León Lambea A, Morales Alvarado CA

#### INTRODUCCIÓN

En el mediastino anterior, medio y posterior, pueden localizarse malformaciones congénitas, quísticas, enfisematosas o formaciones tumorales. Estas patologías pueden producir sintomatología debido a la compresión local o la infiltración, como son disfonía, tos, dolor torácico, disnea o disfagia.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 67 años con antecedentes (AP) de Asma Alérgico e Hipertensión Arterial tratada con Captopril; que consulta por disfonía episódica autolimitada de dos meses de evolución y tos productiva persistente. En la Auscultación Pulmonar apreciamos sibilancias diseminadas en ambos campos pulmonares. A la palpación del cuello, aumento de la glándula tiroidea de consistencia blanda sin nódulos ni adenopatías. Se trató con Salmeterol y Corticoides (por sus AP) y se cambió Captopril por Olmesartan. Ante la no mejoría se solicitan pruebas de imagen. Radiografía de Tórax donde aparece ensanchamiento mediastínico antero-superior con desviación traqueal. Ecografía de Cuello informada como tiroides multinodular de gran tamaño. Tomografía Axial con aumento tiroideo difuso que se extiende a mediastino superior, desplazando traquea y sin adenopatías. Diagnóstico Final: Bocio Multinodular Endotorácico.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Ante una situación de tos persistente, dolor torácico, disnea, disfagia u otros síntomas en relación con una posible compresión o infiltración torácica; sería recomendable realizar un estudio de las posibles causas subyacentes, tanto con pruebas de imagen como métodos analíticos. Se trataba de un proceso expansivo en mediastino anterior; donde asientan con mayor frecuencia los teratomas, timomas, linfomas y la patología tiroidea; que producen a veces como primera sintomatología signos y síntomas de compresión local. Nuestra paciente fue derivada a Medicina Interna para completar estudio y su tratamiento definitivo fue Tiroidectomía programada.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "cough", "dyspnoea", "goiter". 1.- Albareda M, Viguera J, Santiveri C, Lozano P, Mestrón A, Bengoa N, et al. Upper airway obstruction in patients with endothoracic goiter enlargement: no relationship between flow-volume loops and radiological tests. *Eur J Endocrinol* 2010;163:665-9. 2.- Monchik JM, Materazzi G. The necessity for a thoracic approach in thyroid surgery. *Arch Surg* 2000;135:467-71.

## 224-O

### Resultados de la implantación de un programa de teleoftalmología en el Área de Salud de Ávila

Pérez Andueza F, Miranda Díez I, Cembellín Prieto Angel, Vián Barón C, Nieto Pajares J, Sarasola Ormazábal I

#### OBJETIVOS

Prevención de la ceguera causada por Retinopatía diabética, DMAE y Retinopatía hipertensiva en la provincia de Ávila mediante la utilización de Retinografías y Teleoftalmología.

#### METODOLOGÍA

El estudio incluye toda la población diabética, hipertensa y mayor de 60 años (para el despistaje de la DMAE) mediante la realización de Retinografías en 7 centros de Salud de la provincia de Ávila, realizadas por médicos de atención primaria con un proceso previo de formación tanto presencial como on line y coordinados con el Servicio de Oftalmología del Hospital de Ávila. Se utilizan, asimismo, programas automatizados de diagnóstico de imagen de fondos de ojo. Se estudian un total de 2880 pacientes distribuidos en 3 grupos: pacientes diabéticos: 1.368; Grupo de despistaje de la DMAE mayores de 60 años y no diabéticos: 758; Pacientes no diabéticos con HTA: 754.

#### RESULTADOS

Diabetes: Del total de los 1.368 pacientes, 668 (48,8%) eran varones y 700 mujeres (51,2%), con una edad media de 67,1 DE: 12,1 años (13 a 93 años). Del total de pacientes 73 (6,3%) eran tipo 1 y 1.295 (94,7%) tipo 2; de ellos 209 (16,1%) tenían tratamiento con insulina. El tiempo medio de evolución de la diabetes era de 8,5 DE: 7,5 años (0 a 30 años). En el momento de su incorporación al programa, solamente el 313 (22,9%) de los pacientes había tenido un control oftalmológico previo en el año anterior, 466 (34,1%) en los dos años anteriores; 617 (45,1%) no habían tenido un control oftalmológico previo y en 37 (2,7%) se desconocía el dato. El valor medio de la hemoglobina glicosilada era del 6,7% DE: 1,59; siendo superior al 7% en 297 (23,6%) pacientes. El dato era desconocido en 109 (8%) de los pacientes.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Mayor capacidad de resolución de los centros de salud. Aplicación de programas de prevención de la ceguera. Acceso único

y universal de las imágenes a través de la Historia Clínica Electrónica. Almacenamiento de las pruebas en formato digital. Menor coste por paciente. Mejora de la continuidad asistencial y el trabajo cooperativo entre Atención Primaria y Especializada. Disminución de las listas de espera en especializada.

## 225-C

### ¡Ojo! Hay pacientes que infravaloran los síntomas

López Robles E, Melgosa Moreno MS, Priede Díaz MI, Pellico López MA, Gordaliza Fernández H, Gómez Valdés M

#### INTRODUCCIÓN

Con este caso pretendemos resaltar la importancia que tiene la anamnesis ante una disnea, para reconocer un cuadro grave como es el edema agudo de pulmón (EAP). De la misma manera que es importante la información que recibe el paciente con insuficiencia cardiaca y su familia.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 80 años tratada de hipertensión, asma y fibrilación auricular. La hija de la paciente acude a consulta por motivos ajenos a la patología de su madre, y nos cuenta de esta que "anda un poco fatigada"; así realizamos anamnesis, que nos hace acudir a visitar a la paciente con celeridad. La paciente presenta una disnea paroxística nocturna, con ortopnea y hemoptisis; se le aprecia cianosis periférica, tensión arterial 160/90 mmHg, frecuencia cardiaca 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 26 respiraciones por minuto y una saturación de oxígeno del 90%; se ausculta ritmo de galope y crepitantes gruesos en ambos hemitorax. Se inicia tratamiento con oxigenoterapia y fármacos endovenosos y se traslada al hospital al que llega con ligera mejoría clínica objetiva y subjetiva. Se informa a la familia de la gravedad del cuadro, ya que no se había percatado aún de ello.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El diagnóstico del EAP se realiza a través de la Anamnesis y la exploración física. De la anamnesis es fundamental conocer los antecedentes personales; también hay que saber como se instauró la disnea (de forma súbita o progresiva), si tolera o no el decúbito, si existe hemoptisis... De la exploración, es fundamental valorar las constantes para hacernos una idea de la gravedad del episodio; es útil reconocer el ritmo de galope a la auscultación, así como los crepitantes pulmonares; se deben buscar edemas en las partes declives. Las pruebas complementarias que se realizarán en el hospital, permitirán conocer las causas que desencadenaron el EAP, pero no servirán para diagnosticarlo.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "edema agudo de pulmón", "tratamiento", "anamnesis". 1.- Fortuna Custodio JA, Rivera Marchena J, Roldán García AM, Fierro Flores LL, Mendoza Rodríguez M, Navarro

Gutiérrez JM, et al. Protocolo de atención del paciente grave (Normas, procedimientos y guías de diagnóstico y tratamiento). 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana 2008. 2.- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ªed. Barcelona: Elsevier 2010;158-61.

## 227-C

### Síndrome de Brugada: fútbol y desmayos

Martínez Villegas I, Bienvenido Rodríguez A, Machuca Romero E, Varo Calvo MC, Cobaña Manzorro M, Aboza Lobatón A

#### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Brugada es una enfermedad hereditaria caracterizada por anomalía electrocardiográfica y aumento del riesgo de muerte súbita cardiaca por fibrilación ventricular. Las alteraciones EKG consisten en una elevación del segmento ST-T en V1 -V3. Asociado con bloqueo de rama derecha.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Joven 17 años, jugando a fútbol tiene choque frontal tras el cual se recupera pero permanece aturdido por lo que es traído a urgencias. Presenta palidez, hipotensión y desorientación temporoespacial. Se desconoce antecedentes personales y familiares. Exploración: Mal estado general, disminución estado de alerta, sudoroso, palidez y cianosis peribucal, retraso relleno ungüeal. Tonos cardiacos arrítmicos, FC 118 lpm. Auscultación pulmonar y abdomen normal. Tensión arterial 90/55 Mm de Hg, EKG: Ritmo sinusal a 118 lpm, bloqueo de rama derecha. Estabilizamos con oxigenoterapia, vía periférica, monitorización cardiaca y traslado a hospital. Sufre brusca pérdida de conciencia presentando fibrilación ventricular, comenzamos RCP avanzada con descarga eléctrica, entra en ritmo sinusal recuperando la conciencia. Pensamos en Síndrome de Brugada queda en estudio por cardiología.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Ante paciente joven en PCR, lo inmediato es iniciar medidas de reanimación según protocolos en la mayor brevedad posible, estos protocolos incluyen la valoración de arritmias letales. El síndrome de Brugada se manifiesta por una arritmia letal (fibrilación ventricular). En algunos casos, la enfermedad puede ser detectada por la aparición de algunos patrones electrocardiográficos característicos, que pueden estar presentes de forma continua, o pueden ser provocados por la administración de fármacos (p.e, fármacos antiarrítmicos que bloquean los canales de sodio y causan las anomalías del ECG - ajmalina, flecainida) o aparecer de forma espontánea debido a algún estímulo.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "Brugada syndrome", "ventricular fibrillation", "protocol for cardiopulmonary resuscitation". 1.- Brugada J. Brugada P. Brugada R. Clinical and electrocardiographic patterns in

patients with idiopathic ventricular fibrillation. In: Farré J. Moro C., editores. 2.- Armonk NY. Ten years of radiofrequency catheter ablation. Futura Publishing Co Inc 1998;219-30.

## 234-O

### La Unidad de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria: una aproximación multidisciplinar a una enfermedad rara

Verde González MP, Tarazona Chocano BC, Gallegos Baya G, Botella Cubells LM, Zarrabeitia Puente R, Antón Martín G

#### OBJETIVOS

Acercar la realidad de las Enfermedades Raras a la Atención Primaria mediante el análisis de una estrategia multidisciplinar: la Unidad de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (HHT) o Síndrome de Rendu-Osler-Weber. Difundir entre los médicos de familia la importancia de los centros de referencia.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en la Unidad de HHT, integrada por un equipo multidisciplinar que abarca los servicios de Medicina Interna, ORL, otras especialidades médico-quirúrgicas, Genética, Radiología intervencionista y Reproducción asistida. De acuerdo con las Guías Internacionales de Manejo de HHT (Toronto) se aplican los Criterios diagnósticos de Curaçao: epistaxis recurrentes, telangiectasias mucocutáneas, malformaciones arteriovenosas e historia familiar. El estudio genético identifica las mutaciones principales y las variantes HHT1 (endoglin), HHT2 (ALK1) y SMAD4. Se aplicaron los protocolos de screening de las citadas Guías para descartar afectación visceral.

#### RESULTADOS

Durante el período 2003-2010 fueron atendidos 429 pacientes de los cuales 213 (49,65%) eran varones y 216 (50,35%) mujeres. La media de edad fue de 47,3 +/- 14,4 años. Se aplicaron tres modalidades de atención, resultando que 141 (32,87%) acudieron a consulta hospitalaria, 140 (32,63%) mediante ingreso y 148 (34,50%) para estudio genético aislado. Se realizó estudio genético a 177 familias, identificándose la mutación en el 75% de las mismas. Las variantes identificadas fueron: HHT1 29%, HHT2 37%, SMAD4 1%, PDTE 8%, No identificados 25%. El número de pacientes atendido fue muy variable según la comunidad autónoma de origen, requiriéndose un procedimiento de "canalización" para aquellos de comunidades distintas a la de la Unidad. Se elaboran dossiers de información sobre HHT para consultas e ingresos. Desde 2008 dispone de acceso directo a consulta on-line, orientado también a otros países.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La Atención Primaria también es la puerta de entrada para los pacientes con enfermedades raras, que, a menudo, han de sufrir un largo proceso antes de llegar a un diagnóstico. La Unidad de HHT es un centro de referencia reconocido por la HHT International

Foundation desde el año 2003, que incluye entre sus funciones la atención integral de estos pacientes y sus familias, así como establecer los canales de comunicación más adecuados con los médicos de familia para la continuidad de cuidados.

### 235-C

## Neumoperitoneo: no siempre es doloroso

Vilà Jové N, Nadal Braqué N, Ortega Bravo M, Paredes Costa E, Montenegro Tobajas J, Calvo Godoy MC

### INTRODUCCIÓN

Varón de 79 años con antecedentes personales: exfumador, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cardiopatía hipertensiva. Acude por incremento de la disnea, ortopnea, tos, expectoración purulenta y fiebre alta de 2 días de evolución. No refiere dolor abdominal.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Exploración física: temperatura axilar de 38,4°C, tonos cardíacos rítmicos, ingurgitación yugular sin edemas periféricos y semiológica de derrame pleural derecho, resto de exploración física anodina. En la radiografía de tórax inicial se observó un infiltrado pulmonar basal derecho. Con el diagnóstico de neumonía, dada la edad y los criterios de gravedad, el paciente ingresa en el hospital de referencia. Se inicia antibioterapia endovenosa evolucionando favorablemente, permaneciendo asintomático, afebril y hemodinámicamente estable. Se realizó radiografía de tórax de control (tras antibioterapia) y se observó una mejoría del infiltrado con aparición de media luna subdiafragmática. En la tomografía axial computerizada abdominal se evidenció una perforación de sigma y diverticulosis.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La radiografía de tórax de control sirvió como prueba diagnóstica de una perforación espontánea intestinal, a pesar de que el paciente no tenía dolor abdominal, la fiebre había evolucionado favorablemente hasta desaparecer y no había descompensación hemodinámica del paciente. La realización de una radiografía de control en un proceso neumónico puede, como en nuestro caso, servir de diagnóstico de neumoperitoneo. Esto es útil especialmente cuando el paciente está asintomático. Así, pues, esta prueba sencilla, económica y accesible aporta más información de la que a veces vemos.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSCUDA BIBLIOGRÁFICA

Palabra-clave: "neumoperitoneo". 1.- Mularski RA, Sippel JM, Osborne ML. Pneumoperitoneum: a review of nonsurgical causes. Crit Care Med 2000;28:2638-44. 2.- García-Donas J, Antón Moreno F. Neumoperitoneo no quirúrgico. Rev Clin Esp 2004;204:372-5. 3.- Williams N, Everson NW. Radiological confirmation of intraperitoneal free gas. Ann R Coll Surg Engl 1997;79:8-12.

### 236-O

## Análisis de la morbilidad de patología mental en un centro de salud rural

Giner Rodríguez AS, Martínez Martínez V, Giner Bellvis A

### OBJETIVOS

El estudio tiene como objetivo conocer la morbilidad de los principales trastornos mentales diagnosticados tanto en atención primaria como por salud mental. La morbilidad representa el número proporcional de personas que enferman en un tiempo determinado.

### METODOLOGÍA

El estudio se ha realizado en la localidad de Bolbaite perteneciente al centro de salud de Chella (zona 07), del Departamento 14 de la Comunidad Valenciana, en un medio rural, tiene una población de 1382 habitantes mayores de 14 años, de ellos 717 hombres (51,88%) y 665 mujeres (48,12%). Las variables utilizadas son edad, sexo, diagnóstico. El estudio es transversal, observacional y descriptivo. Los datos se han obtenido del sistema Abucasis según el Cie9-95 grupo V.

### RESULTADOS

El total de la morbilidad por diagnóstico es de 398 que corresponden a 324 usuarios de ellos 96 son hombres (13,8%) y 228 mujeres (34,28%). El rango de edad está entre los 15 y 94 años, con una media de edad de 56,09 años. Los diagnósticos más frecuentes tanto en hombres como en mujeres son: trastornos neuróticos (hombres 10,3%) (mujeres 37,18%), trastornos depresivos no clasificados bajo otros conceptos (hombres 7,03%) (mujeres 19,59%) y abuso de drogas sin dependencia (hombres 3%) (mujeres 2,76%). En la relación de diagnósticos con la edad clasificados en grupos de 10 años se observa aumento progresivo de diagnósticos en las mujeres según la edad, alcanzando entre las mujeres de 75 años o más un 66% del total de la población de esa edad.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los diagnósticos más frecuentes son los que Goldberg clasificaría como comunes. Las mujeres presentan mayores diagnósticos de patologías mentales que los hombres y estos aumentan con la edad debido a un mayor uso de los sistemas sanitarios. El sistema Abucasis permite conocer en cualquier momento la morbilidad en una consulta de una determinada patología. Se debe estar atento en las consultas de atención primaria a lo que se conoce como morbilidad oculta.

### 237-O

## Evaluación de un programa de atención a la mujer en el climaterio

Méndez Salgado M, Bastos Oya AI, Charle Crespo MA

### OBJETIVOS

El climaterio se asume como una fase de declive. Enfermería constituye un punto clave para desarrollar educación a la comunidad.

Objetivos: proporcionar una visión del climaterio como una etapa natural, aprender a detectar síntomas, complicaciones, prevención, tratamiento y evaluar la satisfacción.

#### METODOLOGÍA

Se diseñaron 2 ciclos de 6 sesiones cada uno (octubre-diciembre 2010): 5 sesiones (síntomas, complicaciones, suelo pélvico, tratamientos y sexualidad) una por semana (dos horas) y una sesión de repaso individual. Se incluyeron mujeres de 40-55 años en etapa perimenopáusica captadas en la consulta de Enfermería del Centro de Salud de Porriño. Se formaron grupos de 6-8 mujeres. Se utilizaron técnicas de dinámica de grupo, metodología expositiva, demostrativa (realización ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico), interrogativa (analizar mecanismos de compensación y actitudes previas al taller) y técnica participativa (discusión en grupo, brain-storming).

#### RESULTADOS

Se incluyeron 12 mujeres en dos grupos. La edad media: 48 años. Realizaron cuestionarios previos. Consideran la menopausia una enfermedad. Coinciden en síntomas y preocupaciones (sobre todo sexualidad). No consideran necesario un cambio en estilo de vida. El 50% presenta síntomas de incontinencia que no limita su vida. Tras los talleres repitieron los cuestionarios objetivándose: desmitificación de estereotipos, nueva visión de esta etapa como proceso natural y modificación de hábitos. Evaluación de satisfacción (de 1 a 5 puntos): organización (4,3), contenidos (4,8), formadoras (5), metodología (5), opinión personal (4,9). Consideraron los contenidos teórico-prácticos útiles para su vida diaria, grado de satisfacción acorde con expectativas, total libertad para expresarse y ambiente de grupo adecuado para trabajar. Propuestas de mejora: mayor duración de las sesiones.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Las mujeres no perciben la necesidad de información en esta fase de su vida ni la necesidad de compartirlo. Se detecta déficit personal sanitario sensibilizado con esta etapa. Los programas de atención a la comunidad constituyen una oportunidad de mejora en la atención del climaterio desmitificándolo y normalizándolo. Es necesario reflexionar sobre qué le sucede, entenderlo, recuperar aspectos positivos, logros alcanzados, plantearse nuevas metas y ser consciente de sentimientos y necesidades

### 238-O

## Control de la hipertensión arterial en pacientes diabéticos tipo 2 y no diabéticos

García Sendín M, Suárez Sánchez E, Ybarra Queipo de Llano B, Martín Portero J, Sánchez Blanco J, Martín Fernández J

#### OBJETIVOS

Comprobar si los pacientes diabéticos e hipertensos tienen un control de cifras tensionales similares a los que solo son hipertensos y el número de fármacos necesarios para ello.

#### METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo sobre una población de 5.150 personas de la que se extrajo una muestra de 124 pacientes diabéticos-hipertensos y otra muestra de 163 pacientes hipertensos para un nivel de confianza del 90% y una precisión de +/-10. Los datos fueron extraídos directamente de las historias clínicas.

#### RESULTADOS

El grupo de pacientes hipertensos presenta una edad media de 55,24 con TAS media de 132,74 y TAD media de 85,73 con 1,63 medicamentos por paciente de media. En el grupo de los pacientes diabéticos e hipertensos la edad media es de 64,20 con TAS de 136,50 y TAD de 80,40 siendo el promedio de medicamentos por paciente de 2,15. Los pacientes no diabéticos usan fundamentalmente IECAS, diuréticos y ARA-II y los pacientes diabéticos IECAS, ARA-II y diuréticos. Subgrupos por edades de pacientes hipertensos TAS media hasta 50 años 135,83; hasta 60 años 134,52; hasta 70 años 136,33; hasta 80 años 128,61 hasta 90 años 135,71. Subgrupo por edades de pacientes hipertensos y diabéticos TAS hasta 50 años 136,87; hasta 60 años 132,88; hasta 70 años 137,79; hasta 80 años 136,94 y hasta 90 años 138,73

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El control de la HTA en ambos grupos de pacientes es similar y aunque consideramos que es relativamente suficiente en el caso de los pacientes hipertensos lo es menos en el caso de los pacientes diabéticos-hipertensos y siendo el número de fármacos utilizados en el control de la HTA en ambos grupos relativamente bajo se podría intensificar el tratamiento de la misma. Es llamativo que los niveles de TAS en los distintos subgrupos de edad se mantiene muy próximo

### 239-O

## Conocer la incidencia de fractura de extremo distal de radio (colles) en una Zona Básica de Salud

Sierra Martínez I, Sierra Martínez L, Martínez Fuerte MR

#### OBJETIVOS

Conocer la incidencia de fractura de Colles en una Zona Básica de Salud, con el fin de promover pautas saludables desde la Consulta de Atención Primaria.

#### METODOLOGÍA

Los autores realizaron un estudio descriptivo transversal aplicada a una selección de pacientes (n= 50) escogidos entre todos los pacientes de la Zona Básica de Salud que tenían registrado en su Historia Clínica que habían presentado Fractura de Colles. Se investigó la causa de la fractura y los datos se recogen en una hoja de cálculo Excel y son analizados mediante el programa SPSS 9.0 para Windows.

## RESULTADOS

La relación según sexo, la incidencia fue de 4 mujeres/1 hombre. El 40% de las mujeres con fractura presentaron el antecedente de osteoporosis. El 87.4 % tenían más de 50 años. que tenían como causa caídas, en hogar en el 90% de los casos relacionadas con caídas desde banquetas, escalera doméstica, resbalarse en la ducha, tropezarse con alfombras. El 10 % caídas en la calle, al bajar de autobús, tropiezo con baldosas y otros obstáculos El 12.6 % correspondía a pacientes de menos de 50 años de edad, siendo la causa caída en la realización de deportes, caída de bicicleta y en un caso desde patinete.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Se detectan importante asociación entre osteoporosis y fractura en las mujeres .Alta causa de fracturas de Colles por caídas en el hogar, probablemente relacionadas con mala iluminación y defectos en agudeza visual, presencia de obstáculos como alfombras. Proponemos actuar sobre éstos problemas mediante un Programa de Educación para la Salud que se llevará a cabo en nuestro Centro de Salud y promoción de pautas saludables desde la Consulta de Atención Primaria.

### 240-0

## Evaluación de un programa comunitario de atención al paciente diabético

Boente Carrera MC, Pérez Álvarez C, Queiruga Calo C, Charle Crespo MA, Lago Vila L, Gómez Balboa R

## OBJETIVOS

Los programas de educación grupal son estrategias costo-efectivas. Se pretende mejorar los conocimientos de los pacientes diabéticos sus familiares y cuidadores; Objetivo: fomentar los cambios de actitudes en el autocuidado para facilitar la adherencia al tratamiento y prevenir complicaciones.

## METODOLOGÍA

En el Centro de Salud de PORRIÑO, se imparte un programa de iniciación desde octubre 2007 estructurado en 13 sesiones de 75 minutos, 2 días por semana. Captación de pacientes: equipo de salud. Distribución temática: sesión inicial presentación del programa evaluación conocimientos previos, sesiones 2 a 13: complicaciones, alimentación, cuidado pies, ejercicio, autoanálisis, hipoglucemia, medicación y técnicas de insulinización. Las sesiones finalizan con la evaluación y refuerzo de conocimientos. Docencia: enfermera, auxiliar de enfermería e higienista dental. Programa de refuerzo de 6 sesiones de la primera etapa formativa. Actividad complementaria: visita al hipermercado.

## RESULTADOS

Se realizaron 15 ciclos educativos de inicio, 4 de refuerzo. Participaron 125 pacientes edad: 65,99 años con un intervalo de confianza (IC)95%[63´98, 68´00], 63( 54,4%) hombres y 62( 49,6%)

mujeres solos o acompañados de familiares o cuidadores, tratados con: modificaciones de estilo de vida 4(3´2%), antidiabéticos orales 68(54,4%), análogos GLP1 2(1,6%), insulina 36(28,8%). Actividad complementaria: 4 visitas al hipermercado en la que participaron 28 pacientes (22,4%), el 19,0% de los hombres y el 25,8% de las mujeres.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El programa tuvo buena aceptación, con asistencia regular y sorprendente participación masculina. Como propuesta de mejora para futuros ciclos de sesiones se incorporará la actividad física como actividad complementaria adicional. La educación grupal fomenta la concienciación de autocuidados y facilita la adherencia al tratamiento y modificaciones en el estilo de vida, mejora la relación con los profesionales y facilita la atención en las consultas con los miembros del equipo de salud.

### 241-C

## Virus del papiloma humano: condiloma acuminado en hombre

Martínez Hernández M, Clemos Burgaleta S, Larraz Andía P, Pérez Gutiérrez MA, Pérez Pejenaute F, Gil Casado A

## INTRODUCCIÓN

La infección por Virus del Papiloma Humano considerada como una de las causas más frecuentes de infecciones de transmisión sexual. Las verrugas genitales son la manifestación visible de la infección por los serotipos 6 y 11. El VPH tiene relación con las lesiones preneoplásicas y neoplásicas de pene

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 25 años con antecedentes de condiloma acuminado en pene hace 2 años, coincidiendo con una pareja, con la que tuvo una relación de 3 meses, el paciente fue tratado y en 2 semanas desaparecieron la totalidad de las lesiones. Acude a nuestro servicio tras presentar nuevamente lesiones verrucosas en pene de 4 semanas de evolución, indoloras, las cuales progresivamente aumentaron en número y tamaño. Sin síntomas urinarios. Al examen físico se aprecian múltiples lesiones verrucosas, friables, en glande y cuerpo de pene. Se le indicó tratamiento con Imiquimod crema al 5%. El paciente acudió a consulta al completar dos semanas de tratamiento encontrándose disminución importante de las lesiones tanto en tamaño como en número, apreciándose eritema en los sitios de la lesión, sin referir prurito o dolor. A las 3 semanas habían desaparecido la totalidad de las lesiones.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Aunque puede existir la posibilidad de una regresión espontánea, la tendencia generalizada es tratar las lesiones clínicas con el fin de controlar la enfermedad. La posibilidad de que contengan virus oncogénicos, aunque infrecuente, es otra razón que inducirá al tratamiento. Existen pocas publicaciones en pacientes con condiloma acuminado extenso en el pene. La mayoría de las terapias,

se enfocan principalmente en aliviar los síntomas eliminando la lesión, dejando de lado la prevención de la progresión a la malignidad. Los preservativos también pueden reducir los riesgos de desarrollar condiciones asociadas al VPH. Protegen pero no completamente, debido a que el VPH infecta a piel.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "condiloma acuminado", "virus del papiloma humano", "infección en pene".

1.- Vargas-Hernandez V.M. Ginecol Obstet Mex 1996;64:411-7.  
2.- Iturralde C, Muniz C, Beyrie W, Goza F, Iturralde Y. Arch Esp Urol 1999; 52:1090-2. 3.- González L, Bueno S, García N, Maganto P, García G, Escudero I. Actas Urol Esp 2006;30:845.

243-0

### Análisis del tratamiento de las agudizaciones de enfermedad pulmonar obstructiva crónica realizado por un dispositivo de urgencias de atención primaria: ¿se siguen las guías clínicas?

Ruiz Rosety JM, Domínguez Gallo I, Morán Rodríguez A, Fernández Lorenzo MJ, Pousada Belmonte M, Pérez López I

#### OBJETIVOS

Analizar el tratamiento inicial administrado a los pacientes atendidos por agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (A-EPOC) en nuestro medio, durante un período de tiempo determinado, y su adecuación a las recomendaciones aconsejadas por las guías de práctica clínica.

#### METODOLOGÍA

Estudio transversal descriptivo. Se han seleccionado los pacientes con juicio clínico de EPOC agudizada en las historias clínicas realizadas por las unidades móviles de urgencias de Atención Primaria de una población del sur de España (90.000 habitantes), en un período de 6 meses: entre el 1 de Julio y el 31 de Diciembre de 2010. Las variables a medir han sido: Sexo; edad; saturación de oxígeno por pulsioximetría antes del tratamiento; tratamiento inicial administrado en el domicilio: fármaco y forma de administración; y destino del paciente: observación domiciliaria, o traslado al hospital bien en ambulancia convencional o en ambulancia medicalizada.

#### RESULTADOS

Se atendieron 30 pacientes con A-EPOC de un total de 1.600 en esa población y durante ese período de tiempo. De ellos, 23 fueron hombres (76,6%) y 7 mujeres (23,3%). La media de edad fue de 74 años. Saturación de oxígeno: 1 paciente obtuvo >95% (3,33%); de 93 a 95%, 8 pacientes (26,6%); de 90 a 92%, 9 pacientes (30%); y < 90% de saturación de oxígeno, 12(40%). Tratamiento inicial: Ninguno utilizó inhaladores con cámara espaciadora; todos nebulización con oxígeno: a 12 se les administró

sólo ipratropio (40%); a 18, salbutamol + ipratropio (60%) y a ninguno salbutamol sólo. Se añadió corticoide inhalado a 14 pacientes (46,6%). Corticoides sistémicos a 16 (53,3%), de ellos: a 4 vía intravenosa (25%) y a 12 intramuscular (75%). Sólo 1 obtuvo antibióticos (3,33%). Quedaron en domicilio 5 (16,6%), y el resto fue al hospital: 10 en ambulancia convencional (33,3%) y 15 en medicalizada (51,1%).

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Todos los pacientes fueron tratados con nebulización con oxígeno, ninguno con inhalador y cámara, como aconsejan las guías preferentemente. También recomiendan comenzar con salbutamol, aunque el ipratropio tenga similar eficacia. A casi la mitad se le añadió corticoide inhalado a la nebulización sin haber evidencias suficientes, aunque no se desaconseja. La mayoría de pacientes fueron tratados con corticoides intramusculares y ninguno vía oral, en contra de lo recomendado por las guías.

245-0

### ¿Cuál es el perfil de los pacientes que solicitan asistencia por intento de autolisis?

Ariza Cabrera E, Nieto Moreno E, Toledano del Rey ME, Vallejo Montero JJ, Salado Natera MI, Vena M

#### OBJETIVOS

Analizar las urgencias atendidas por un dispositivo móvil de apoyo a un distrito sanitario por intento de autolisis.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de pacientes atendidos por un dispositivo móvil de apoyo de un distrito sanitario por intento de autolisis en el período de tiempo transcurrido desde junio a diciembre de 2010. Se incluyeron a todos los pacientes atendidos por este motivo, tanto los que después del intento demandaron ellos la asistencia y los que fueron obligados por otras personas (por familiares, autoridad pública o por amigos). Recogimos las variables, sexo, edad, número de intentos, tipo de demanda (voluntaria o involuntaria) fármacos consumidos, antecedentes psiquiátricos y derivación al alta.

#### RESULTADOS

Se atendieron a 26 pacientes, 61,54% eran varones. La edad media de los pacientes abarcó un rango amplio, predominando los mayores de 30 años. Por tipo de demanda 57,69% (15) fue voluntaria. Un 30,77% (8) demandaron asistencia urgente 3 veces o más, 30,77% (8) 2 veces y 38,46% (10) una vez. Antecedentes psiquiátricos 65,38% (17). Por benzodiacepinas 69,23% (18), por neurolépticos 11,54% (3) y 19,23% (5) por otros. El 92,30% (24) trasladándose al hospital, 3,85% (1) Centro de Salud y 3,85% (1) éxitus.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Predominan hombres mayores de 30 años. Un alto número de pacientes demandaron por este mismo motivo en dos, tres o más

ocasiones. Esto nos hace pensar si son auténticos intentos de auto-lisis o sólo llamadas de atención. La mayoría utilizan benzodiazepinas, con lo cual nos planteamos, si los médicos de atención primaria deberíamos controlar su consumo. Con los resultados de este estudio debemos reflexionar sobre si hubiesen necesitado traslado hospitalario un menor número de estos pacientes.

## 246-C

### No hay que actuar siempre, a veces es más productivo acompañar

Nieto Moreno E, Vallejo Montero JJ, Ariza Cabrera E, Salado Natera MI, Toledano del Rey ME, Vallejo Montero SM

#### INTRODUCCIÓN

El Edema Agudo de Pulmón la acumulación anormal y de rápido desarrollo de líquido en los componentes extravasculares del pulmón. Se manifiesta como disnea severa que puede ser el incremento de la disnea crónica previa pero que siempre evoluciona de manera muy rápida, apareciendo esputo y cianosis.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente varón de 79 años de edad con antecedentes de Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2 y cáncer prostático con metástasis óseas y pulmonares diagnosticado hace 3 años. La familia solicita asistencia sanitaria tras presentar esputos de sangre. A nuestra llegada el paciente se encuentra en decúbito supino, consciente, orientado y colaborador. Eupneico y buena coloración. Se realiza la toma de constantes; TA: 110/60 mm Hg, FC: 62 l.p.m., FR: 15 r.p.m., glucemia capilar: 129 mg/dl, Glasgow: 14/15 y sorprendiéndonos una saturación de oxígeno de 99%. En la auscultación pulmonar nos encontramos estertores alveolares y sibilancias; en la cardíaca tonos rítmicos y audibles. Electrocardiograma en ritmo Sinusal. Solicitamos observar la muestra del esputo y comprobamos la presencia de hemoptisis.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Colocamos al paciente en posición semisentado, administramos oxígeno y canalizamos una vía venosa periférica administrándole 2 ampollas de Furosemida intravenosas. Valorando la posibilidad de ponerle la CEPAP el paciente nos pide un poco de agua. Nos comenta que "le falta el aire" e inmediatamente después, hace una inspiración profunda con unos minutos de apnea, y a los 5 minutos el paciente deja de respirar y asistolia en el electrocardiograma. Nuestra última actuación, siendo un paciente terminal, es acompañarlo en esos últimos momentos de vida. La ideología de este tipo de final se acompaña de agonía del paciente, y nuestro asombro fue presenciar totalmente lo contrario en nuestro caso.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "edema agudo de pulmón", "disnea", "muerte".  
1.- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y

emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de Actuación. 2ª Edición. Madrid: Elsevier 2001. 2.- Betancur AG, Rieck J, Koldanov R. Acute pulmonary edema in the emergency department: clinical and echocardiographic survey in an aged population. Am J Med Sci 2002;323:238-43.

## 248-C

### Oncocitoma renal: un hallazgo casual en dos casos

Álvarez Acedo A, Rey Rodríguez I, Andreu Casañas E

#### INTRODUCCIÓN

El oncocitoma renal (OR) es un tumor benigno que representa entre el 3-7% de las masas renales. En general se presenta de forma incidental durante el estudio de otras patologías. El diagnóstico diferencial preoperatorio entre OR y carcinoma de células renales (CCR) es complejo e impreciso.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Caso 1: Varón de 41 años. De forma incidental, mediante ecografía, se halla masa en polo superior de riñón derecho, de 42 x 32 mm. Se completa el estudio por TAC y se biopsia la lesión bajo control ecográfico. El estudio histológico sugiere oncocitoma. Se realiza nefrectomía parcial laparoscópica, y, finalmente, se diagnostica de tumor híbrido (OR con focos microscópicos de carcinoma cromóforo) Caso 2: Mujer de 23 años. Sin antecedentes patológicos de interés. Inicia hace 4 meses clínica de dolorimiento a nivel hipocondrio derecho coincidiendo con cambio de hábito deposicional con tendencia al estreñimiento. Ante la persistencia del dolor se realiza ecografía abdominal que muestra gran tumoración renal derecha. Se completa estudio mediante TAC que muestra gran masa de 9 cm de diámetro. Se realiza nefrectomía total por el gran tamaño tumoral. Pendiente anatomía patológica.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El OR se puede presentar a cualquier edad y es más frecuente en varones (2:1). De ser sintomáticos suelen mostrar dolor en flanco (4%), masa abdominal (4%) y hematuria (3%), entre otros. En la mayoría de casos, el OR es unilateral. Los tumores bilaterales o multifocales representan menos del 5%. El diagnóstico diferencial entre OR y CCR (sobre todo la variedad cromófora) es complejo por el solapamiento de las características histológicas, y presencia simultánea hasta en un 10% de los casos. Suele diagnosticarse gracias a técnicas de imagen y biopsia por PAAF. El tratamiento es quirúrgico: nefrectomía parcial o total, procedimientos ablativos tisulares (radiofrecuencia, crioablación, etc).

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "renal oncocytoma", "kidney neoplasms", "benign renal tumors". 1.- Gallegos I. et al. Oncocitoma renal: características clínicas y anatomopatológicas. Rev Chil de Urol

2007;72:37-42. 2.- Álvarez Ardura M, et al. Actas Urol Esp 2005;29:791-3. 3.- Argüelles Salido, et al. Actas Urol Esp 2006;30:583-90. 4.- Requena MJ, et al. Neoplasias renales. Diagnóstico y tratamiento. P35-41. Ed Servicio de Urología. Hospital Universitario Reina Sofía. 2001.

## 249-C

### Fibrilación auricular como factor desencadenante del ictus

Ruiz Rosety JM, Lucas Fernández C, Leal Muras B

#### INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca mas frecuente de consulta en los servicios de urgencia. La mayoría de las veces es asintomática, detectándose en un electrocardiograma (ECG); o bien por las complicaciones como ictus o insuficiencia cardiaca.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 63 años de edad. Antecedentes: Hipertensión de larga evolución e Ictus isquémico hace 1 mes, con analítica, ECG, ECOdoppler de tronco supra-aórticos normales. Tratamiento actual con Enalapril 20 mg, Omeprazol 20 mg y Acetilsalicílico Acido 300 mg. Motivo de consulta: control semanal de tensión arterial (TA), detectándose cifras de 220/110. Tras tratamiento con Alprazolam 0,5 y Captopril 25 mg la TA no se normaliza. Exploración física: Sin hallazgos significativos. ECG: Fibrilación Auricular a 140 latidos por minuto (lpm). Evolución: Se inicia tratamiento antiarrítmico, disminuyendo la frecuencia cardiaca a 90 lpm. Se traslada a Hospital en ambulancia medicalizada, para realización de pruebas complementarias y estudio. Se sospecha que la FA (paroxística) pudo ser el factor etiológico del Ictus previo, ya que el paciente ha debutado con la FA de manera asintomática.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La mayoría de las veces la FA es asintomática y otro porcentaje menor de pacientes acuden a urgencias refiriendo sintomatología como disnea, palpitaciones, sincopes, ictus, etc. La detección de la FA en este caso, ha sido casual al realizar un ECG ante una crisis hipertensiva. Sospechamos que el paciente ha podido presentar episodios previos de FA paroxística, siendo ésta la posible causa del Ictus previo. Se considera la FA como un factor de riesgo muy importante para el Ictus. El no haber detectado previamente la FA, no la excluye como factor etiológico del Ictus.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "atrial fibrillation", "stroke". 1.- Camm AJ et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol 2010;63:1483.e1-e83. 2.- Gil Núñez A. Advances in the prevention of cerebral ischaemia due to atrial fibrillation. Neurología 2010; 25:401-8.

## 250-O

### Evaluación de un programa comunitario de formación al cuidador no formal del paciente dependiente

Boente Carrera MC, Aballe Santos L, Pérez Álvarez C, Queiruga Calo C, Iglesias Fernández J, Charle Crespo MA

#### OBJETIVOS

Los programas de educación grupal son estrategias costo-efectivas en las enfermedades crónicas, mediante los cuales se pretende dar soporte y contribuir a la actualización de conocimientos, destrezas y habilidades de los cuidadores no formales, así como valorar el grado de sobrecarga emocional.

#### METODOLOGÍA

En Centro de Salud de PORRIÑO, se imparte desde febrero del 2010 estructurado en 15 sesiones de 75 minutos, periodicidad cuatrimestral. Captación de pacientes: equipo de salud. Distribución temática sesiones: inicial (evaluación conocimientos previos y test de Zarit), sesiones 2 a 14: Aseo, cambios posturales, prevención lesiones cutáneas, manejo dispositivos respiratorios, cuidados sondas, estomas, alimentación, administración de fármacos, ayudas dependencia, soporte emocional y sesión final (evaluación de conocimientos adquiridos y de satisfacción). Docencia multidisciplinar: enfermería, higienista dental, trabajador social y psicólogo y prácticas que afianzan conocimientos adquiridos

#### RESULTADOS

Se realizaron 3 ciclos educativos. Participaron 25 mujeres (32-68 años, media 50,7 años), 19 familiares, 6 cuidadoras asalariadas, de estas últimas 3 compartían asistencia con 2-3 pacientes y 1 era cuidadora de 7 pacientes con diferentes grados de dependencia. Atendían a 32 pacientes. Experiencia previa: 8 meses-19 años. Formación previa: 6 personas. Resultados test de Zarit: no sobrecarga 5 personas, sobrecarga leve 9, sobrecarga intensa 8. No evaluables 2 test. Cuestionario de evaluación inicial realizado por 25 personas: 62% (235) respuestas correctas y 37%(140) incorrectas. Cuestionario post-educativo realizado a 23 personas: 85%(286) respuestas correctas y 14%(50) incorrectas; 2 cuidadoras no entregaron cuestionario post educativo y 2 no finalizaron el ciclo. Test satisfacción: 100% estaba interesado participar en actividades educativas de refuerzo.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La educación contribuye a mejorar la relación con el equipo de salud y facilita la colaboración con éste. A pesar de los años de experiencia, los cuidadores, tienen un nivel muy básico de conocimientos previos en prevención, habilidades, destrezas, manejo de material y accesorios. Son muy receptivas a la formación y apoyo socio-sanitario. La mayoría de los cuidadores manifiesta sobrecarga física y emocional. El programa educativo ha mejorado los conocimientos y destrezas de las cuidadoras.

## 251-C

### ¿Qué le pasa a este paciente? Análisis de diferentes arritmias

Ruiz Rosety JM, Arévalo Rosado F, Leal Muras B, Lucas Fernández C

#### INTRODUCCIÓN

La Fibrilación Ventricular (FV) es una arritmia grave que puede poner en peligro la vida del paciente. La desfibrilación precoz es una de las pocas intervenciones que han demostrado mejorar los resultados en el tratamiento de esta. Una de las causas de FV es el Síndrome Coronario Agudo.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 57 años. Antecedentes: Hipertensión Arterial. Diabetes Mellitus tipo I. Tratamiento: Metformina, Glicazida, lbesartán, Repaglidina. Motivo de consulta: Refiere "sensación de frío" en tórax, con cortejo vegetativo (nauseas) y leve dolor centrotorácico opresivo irradiado a espalda. Exploración física: auscultación cardíaca con tonos lentos y arritmicos. Resto normal. Pruebas complementarias: Tensión arterial: 80/50 mmHg. Glucemia: 402 mg/dl. Electrocardiograma: Fibrilación Auricular (no conocida) a 45 latidos por minuto (lpm) sin signos de isquemia aguda. Evolución: Tras 1º Atropina presenta mejoría clínica siendo la frecuencia cardíaca (FC) 62 lpm, posteriormente disminuye a 44 lpm, administrándose 2º Atropina y se traslada a hospital. En el trayecto presenta FV, se inicia protocolo de reanimación cardiopulmonar, revirtiendo ritmo sinusal con elevación del ST en II, III y aVF.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El Síndrome Coronario Agudo es un factor de riesgo para el desarrollo de arritmias cardíacas, como puede ser la Fibrilación ventricular, Fibrilación auricular, etc. La aplicación de protocolos de Soporte Vital Avanzado contribuye a la supervivencia del paciente, siendo una herramienta muy útil en la atención urgente del paciente a nivel extrahospitalario y hospitalario.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "ventricular fibrillation", "acute coronary syndrome". 2.- Moreno-Millán E, Castarnado-Calvo M, Moreno-Cano S. Recurrent refractory ventricular fibrillation: how many times is it necessary to defibrillate?. Med Intensiva 2010;34:215-8.

## 252-O

### En Santa Coloma las mujeres son asmáticas y los hombres bronquíticos

Mourelle Varela R, Hurtado Capalvo B, Martín Correa E, Molina Guasch C, Borrás Calvo A, Vila Soler M

#### OBJETIVOS

Conocer la evolución de incidencia y prevalencia de Asma y EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) a lo largo de los últimos 5 años.

#### METODOLOGÍA

Estudio observacional, retrospectivo. Participantes: Todos los pacientes asignados como población en el ABS4 Santa Coloma de Gramenet, población urbana de Cataluña. Mediciones principales: Revisión sistemática de registros de Asma y EPOC siguiendo clasificación CIE en base informática E-CAP. Estudio estadístico de incidencia y prevalencia registradas a lo largo del intervalo comprendido a lo largo de los 5 últimos años, así como su relación con sexo de los pacientes.

#### RESULTADOS

La prevalencia de asma en los años 2005 a 2009 para hombres (H) y mujeres (M) fue de 2,58% (37,61% H, 62,39% M) en 2005; 2,80% (38,10% H - 61,90% M) en 2006; 2,87% (38,96% H - 61,04% M) en 2007; 3,07% (37,70% H - 62,30% M) en 2008, y 3,07% (37,58% H - 62,42% M) en 2009. Por lo que respecta a EPOC las prevalencias obtenidas en el mismo periodo de tiempo fueron 1,19% (85,16% - 14,84%) en el 2005, 1,40% (85,57% H - 14,43% M) en 2006, 1,53% (87,50% H - 12,50% M) en 2007, 1,61% (87,64% H - 12,36% M) en 2008 y 1,66% (87,06% H - 12,94% M) en 2009. Tanto para asma como para EPOC se aprecia disminución de incidencia a lo largo del periodo de estudio.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Menor prevalencia de las esperadas en nuestra población. Descenso a lo largo de los años de incidencia mientras prevalencia va aumentando (en probable relación con mayor supervivencia e infra-registro). Relación de asma con sexo femenino mientras el EPOC se relaciona con sexo masculino. El sexo femenino se relaciona con mayor posibilidad de diagnóstico de asma (RR: 1,6), mientras que el sexo masculino se relaciona con mayor posibilidad de ser diagnosticado de EPOC (RR: 5,9).

## 254-O

### Prevalencia de la dependencia de alcohol en pacientes con neoplasia maligna

Herrero Alonso C, Herranz Fernández M, Pablos Herrero E, Perallón Solans N, Tomás Lachos M, Carmona Segado JM

#### OBJETIVOS

Estimar la prevalencia de bebedores de riesgo en pacientes diagnosticados de neoplasia maligna y relacionarla con el grado de dependencia al mismo.

## METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio descriptivo de prevalencia en una población semiurbana de 22500 habitantes en el Área Metropolitana de Barcelona.

## RESULTADOS

Se incluyeron 80 pacientes con el diagnóstico de neoplasia maligna. El 40% eran mujeres y el 60% hombres. Se determinó el grado de dependencia al alcohol mediante el Test de AUDIT. La versión resumida de 3 ítems del AUDIT, parece ser un instrumento válido y práctico para el cribado de bebedores excesivos, bebedores problema y síndrome de dependencia alcohólica en atención primaria. La puntuación media global de dicho test es de 4,4 (DE 5,2); en mujeres la puntuación media fue de 1,1 puntos (DE 1,7) y en hombres de 6,6 (DE 5,6).

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La prevalencia de bebedores de riesgo en pacientes diagnosticado de neoplasia maligna es del 28,8% y la prevalencia de dependencia de alcohol es del 10%, similar a la bibliografía revisada.

## 255-O

### ¿Tenemos controladas las hemoglobinas glicosiladas en nuestros pacientes diabéticos tipo 2?

Bucheli Figueroa EJ, Lorenzo Francisco J, Ortiz Monzo F

## OBJETIVOS

Valorar la estimación del control de hemoglobina glicosilada (HbA1c), en sangre capilar, en pacientes mayores de 14 años de nuestra zona de salud diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), en una visita rutinaria, no programada, y relacionarla con factores de riesgo cardiovascular.

## METODOLOGÍA

El estudio se realizó en el centro de salud de Eloy Gonzalo de Madrid. Se obtuvieron determinaciones capilares de HbA1c (con el auto-analizador modelo DCA Vantage de Siemens) de una muestra aleatoria (nivel de confianza 95% y precisión del 5%) de 119 pacientes que acudieron a consulta espontánea, diagnosticados de DM2. Se recogieron como variables independientes: sexo, edad, fumador, hipertensión arterial, microangiopatía, macroangiopatía, peso y dislipemia, siendo la variable dependiente el valor de HbA1c. Los datos fueron tratados mediante análisis multivariante (Programa G-Stat 2.0) de dos formas, realizando una regresión logística dicotómica y otra polinómica.

## RESULTADOS

La población en la fase de estudio era de 30.790 habitantes, diagnosticados de DM2 1.470(4,7%), de los 119 de la muestra tenían HbA1C < 7% 71(59,6%). De la muestra 62 eran mujeres y 57 hombres.

La media de edad de las mujeres fue de 73 años y 68 en los hombres. No se objetivó significación estadística en cuanto al sexo y edad. El tipo de tratamiento (solo dieta 10, metformina 31, otros antidiabéticos orales 43, metformina más antidiabéticos orales 12, antidiabéticos orales más insulina 8, y solo insulina 15), tampoco tuvo significación estadística. Tenían sobrepeso 46 pacientes y obesidad 45. Cuando se aplicó el análisis multivariante (regresión logística dicotómica y polinómica) controlando todas las variables independientes (sexo, edad, fumador, hipertensión arterial, microangiopatía, macroangiopatía, peso y dislipemia) no se objetivó significación estadística.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Se estima que la prevalencia de DM2 en nuestro país oscila alrededor de un 6,5%. La determinación de HbA1c trimestral está aceptada como la mejor prueba, para valorar el buen control del paciente DM2, frente a los perfiles de glucemia capilar habituales. En los resultados de nuestro estudio hemos encontrado un índice alto de control en nuestros pacientes. En las variables estudiadas no hemos objetivado significación estadística entre estas y los niveles de HbA1c.

## 256-C

### Cuerpo extraño en el esófago

Garbayo Martínez JL, Larraz Andía P, Martínez Hernández M, Pérez Pejenaut F, Barba Ródenas MI, Buil Tricas B

## INTRODUCCIÓN

La ingestión de cuerpos extraños y su enclavado en esófago son casos habituales en la práctica asistencial. La derivación al hospital será obligatoria, para confirmar el diagnóstico, proceder al tratamiento y evitar complicaciones.

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 75 años, con antecedentes de diabetes tipo 2, hipertensión, exfumador hace 25 años, intervenido de sigmoidectomía hace 3 años por neoplasia de sigma, sin hábitos tóxicos, acude al servicio normal de urgencias (SNU) a las 16 horas. Tras ingesta de ternera en la comida refiere odinofagia, disfagia para sólidos y líquidos, cervicalgia y sialorrea. Presenta regular estado general, bien perfundido, buen estado de hidratación y buena coloración de piel y mucosas. Exploración de boca y faringe y auscultación cardiopulmonar normal. Saturación de oxígeno de 98% y electrocardiograma normal. Diagnóstico diferencial con infarto de miocardio, perforación esofágica, tromboembolismo pulmonar. Juicio clínico de cuerpo extraño en esófago. El plan de actuación en el SNU fue la derivación hospitalaria para la confirmación de diagnóstico y su tratamiento.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Los cuerpos extraños (CE) en esófago serán extraídos lo antes posible para evitar complicaciones. Pueden ser por el propio objeto o bien por las maniobras terapéuticas. La mayoría de CE son retirados con endoscopio flexible, previa sedación. Si no es posible

se realizará esofagoscopia rígida con anestesia general. Las complicaciones pueden ser pequeñas laceraciones mucosa, periesofagitis, fístulas broncopulmonares y perforación esofágica. En este paciente se realizó radiografía con contraste y extracción con endoscopio flexible y sedación. Se halló en tercio medio de esófago un gran bolo alimentario, que se retiró fragmentado con ayuda de cesta y trípode.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "cuerpo extraño", "esófago", "endoscopia flexible". 1.- Benito Navarro JR, Del Cuvillo Bernal A, Porras Alonso E. Cuerpos extraños esofágicos: nuestra experiencia en diez años. Acta Otorrinolaringol Esp 2003;54:281-5. 2.- Paulino Herrera A, Fernández Núñez JM, Benito Arroyo I. Cuerpos extraños esofágicos. Medicina General 2002;47:660-3. 2.- Pino V, Marcos M, Trinidad G, Pardo G. Cuerpos extraños esofágicos en adultos. Análisis de 308 pacientes. Orl-Dips 2004;31:6-9.

257-0

### Análisis de los pacientes hipotiroideos tratados y no tratados en un centro de salud

Asensio Martín J, Corbacho Cambero I, San José Pardo M, Luengo Celador L, Rodríguez Fariña V, Pascual Corchero C

#### OBJETIVOS

Describir y comparar las características demográficas y epidemiológicas y de los pacientes hipotiroideos con y sin tratamiento farmacológico en un Centro de Salud urbano.

#### METODOLOGÍA

Diseño: Estudio retrospectivo y transversal de 609 pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo del Centro de Salud de San Juan en Salamanca hasta Octubre de 2010. Se realizó análisis estadístico con el programa SPSS comparando los pacientes con/sin tratamiento, características demográficas y epidemiológicas, sintomatología clínica, valorando las variables: edad, sexo, antecedentes familiares de patología tiroidea obesidad, estreñimiento, enfermedad mental, enfermedad inmunológica, diabetes mellitus, dislipemia, astenia, anemia, apnea y caída de cabello. Se excluyen pacientes por éxitus, traslado o falta de datos.

#### RESULTADOS

De los 609 pacientes la mayor proporción fueron mujeres (85,5%) y además se observó que reciben más tratamiento que los hombres, 63,3% por 46,9% (p: 0,007) La media de edad fue 61 años en los dos grupos. Los pacientes con enfermedad autoinmune también son claramente más tratados, 80% frente a 59,6% (p:0,011). Los pacientes con estreñimiento reciben más tratamiento que los que no: 64,7% por 60,6%, y se encontró que los pacientes con enfermedad mental y anemia también son más tratados que los que no están diagnosticados de dichas patologías (62.2% frente

60,5%) y (75,7 frente 59,1, p:0,009) Además se observó que los pacientes diabéticos, dislipémicos y con Apnea, están menos tratados que los que no presentan estas enfermedades. Los porcentajes de tratamiento y no tratamiento fueron similares en Obesos, pacientes con antecedentes familiares tiroideos, asténicos y con caída de pelo.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Conocer las características y el grado de tratamiento de los pacientes hipotiroideos nos debe hacer revisar las patologías asociadas y síntomas clínicos de cara al mejor control de los pacientes y inicio de tratamiento farmacológico. Encontramos que ser mujer, padecer anemia o enfermedad autoinmune aumenta la probabilidad de recibir tratamiento.

258-0

### ¿Cómo son los pacientes con cifras analíticas de hipotiroidismo subclínico?

Asensio Martín J, Corbacho Cambero I, De la Nava Calvo Y, Pappaterra Domínguez L, Valladares Lobera B, Mamani F

#### OBJETIVOS

Describir y analizar las características epidemiológicas y demográficas de los pacientes con cifras de TSH en la última analítica dentro del rango de hipotiroidismo subclínico del Centro de Salud San Juan en Salamanca.

#### METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de hipotiroidismo con concentraciones de TSH entre 4.5 y 10 mU/l según la última analítica registrada en el sistema informático Medora hasta Octubre del 2010. Se analiza la edad, el sexo, antecedentes familiares de patología tiroidea, antecedentes personales de dislipemia, obesidad, DM, estreñimiento, enfermedad mental, enfermedades autoinmunes, clínica de astenia, anemia, apneas del sueño, caída del cabello y si reciben o no tratamiento farmacológico con levotiroxina. Se excluyen pacientes por falta de datos analíticos. El análisis se realizó con el sistema informático SPSS.

#### RESULTADOS

Analizamos 257 pacientes (42.2% de todos los hipotiroideos) cuya edad media es 62 años. Su distribución por sexo: mujeres 214 (83.3%), varones 43 (16.7%). El 19.5% tenía recogidos antecedentes familiares y de estos el 10% eran de patología tiroidea. Respecto a los antecedentes personales: Dislipemia 48.6%, obesidad 24.9%, DM 12.5%, estreñimiento 11.3%, enfermedad mental 32.7%, enfermedades autoinmunes 5.8%. La clínica: astenia 10.9%, anemia 10.1%, apneas del sueño 1.6%, caída del cabello 2.3%. El 61.9% (159 pacientes) no reciben tratamiento farmacológico y el 38.1% (98 pacientes) están infratratados. No se observan diferencias estadísticamente significativas entre pacientes tratados o no respecto a la edad, el sexo, los antecedentes familiares, personales ni clínica.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

No encontramos diferencias en el perfil de los pacientes con concentraciones analíticas de hipotiroidismo subclínico entre los tratados y los no tratados. La descripción clínica clásica del hipotiroidismo se ajusta en un porcentaje mínimo a los hallazgos del estudio, lo que nos lleva a plantearnos si estamos diagnosticando sólo mediante analítica. Encontramos un alto porcentaje de pacientes infratratados. Debemos mejorar el registro informático, especialmente el de los antecedentes familiares

### 259-C

## Anciano con dolor e hinchazón en manos: ¿pensarías en el síndrome RS3PE?

Fernández Muñoz S, Saperas Pérez C, Fornieles Medina M, López Mayán G, Marín Valencia C, Díaz Peñalver-Nieto R

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de la sinovitis simétrica seronegativa remitente del anciano con edema y fovea (RS3PE) es una poliartritis aguda, poco prevalente. El médico de familia debe conocerlo, ya que su diagnóstico es sencillo y responde espectacularmente al tratamiento adecuado, excepto si es paraneoplásico.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 77 años, sin hábitos tóxicos, hipertensa y dislipémica. Consulta por dolor inflamatorio y limitación funcional de hombros, muñecas y manos de tres semanas de evolución, con hinchazón en manos. A la exploración presenta edema con fovea en dorso de manos y sinovitis simétrica de muñecas, articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas, siendo el resto de exploración anodina. La analítica muestra anemia normocrómica normocrómica y elevación de reactantes de fase aguda (RFA), con factor reumatoide (FR), anticuerpos antinucleares (ANA) y anticitrulina (anti-CCP) negativos. La tirotropina (TSH) es normal. La radiología de manos muestra signos degenerativos. Con diagnóstico de síndrome RS3PE, se inicia tratamiento con prednisona a dosis de 15 mg/día, con inicio de respuesta clínica a los tres días. Al mes presenta resolución clínica y analítica, normalizándose la anemia y los RFA.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El RS3PE es un síndrome, de etiología desconocida, que predomina en varones ancianos. Se debe sospechar ante un paciente mayor de 65 años, con poliartritis simétrica aguda, rigidez matutina y edema con fovea en manos. Su diagnóstico es clínico. El diagnóstico diferencial se plantea básicamente con la polimialgia reumática y la artritis reumatoide. El estudio se realiza con radiología simple, que no muestra erosiones, y analítica básica, incluyendo RFA, FR, ANA, anti-CCP y TSH. Se trata con esteroides a dosis bajas con excelente respuesta en pocos días, manteniendo la dosis mínima eficaz de 6 a 18 meses. En casos de mala respuesta pensar en cuadro paraneoplásico. El pronóstico es bueno.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "RS3PE syndrome", "seronegative arthritis", "elderly". 1.- Alastuey C, Ibero JL. Sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema o síndrome RS3PE. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005;40:320-22. 2.- Salam A, Henry R, Sheeran T. Acute onset polyarthritis in older people: Is it RS3PE syndrome?. Cases J 2008;1:132. 3.- Barrella JL, Agustín MA, Garriguet FJ, Martínez M. Dolor en hinchazón de manos en anciano. Med Fam Andal. 2008;9:186-97.

### 260-O

## Cumplimiento del deber de información de médicos de atención primaria en patologías crónicas: percepción de los profesionales

Pérez Cárcel MD, Pereñíguez Barranco JE, Gómez Liarte AB, Cantero Sandoval A, Arjona López A, Pérez Flores D

### OBJETIVOS

Analizar desde la percepción del médico de Atención Primaria la frecuencia con la que informa a sus pacientes con patologías crónicas de las distintas fases del proceso asistencial. Evaluar variables sociodemográficas y laborales que modifiquen el cumplimiento del deber de información al paciente.

### METODOLOGÍA

Diseño: Cuestionario diseñado a tal efecto. Ámbito de realización: Centros de Salud. Criterios de selección: Médicos de Familia seleccionados aleatoriamente en distintos centros de salud de una comunidad autónoma. Número de médicos: 60. Variables: Sociodemográficas, laborales y de frecuencia de información proporcionada a pacientes con patologías crónicas (hipertensión, diabetes y dislipemias).

### RESULTADOS

Agrupadas las respuestas en escala de Likert (1-4: Nunca-Siempre) en ninguna de las cuestiones planteadas sobre información al paciente responden hacerlo siempre el 100% de los profesionales. Agrupadas en Sí/No informan el 100% de la posología y resultados de exploraciones complementarias. Información de efectos secundarios y contraindicaciones del tratamiento el 50%, molestias y complicaciones de exploraciones complementarias el 30%. El 70% consideran que sus pacientes entienden la información y resuelven sus dudas. El 60% afirman no tener tiempo suficiente para informar a sus pacientes y que la información que proporcionan hace que sus pacientes cumplan con el tratamiento prescrito. El 30% recogen en la historia clínica que el paciente ha sido informado. Los profesionales que más informan tienen más años de ejercicio profesional y ocupan su plaza actual más tiempo.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

A pesar de que probablemente esté sobreestimada la percepción del médico de proporcionar información a sus pacientes, en ninguna de las cuestiones responden hacerlo siempre el 100%. Existen deficiencias en la información en algunas de las fases del proceso asistencial. Sería conveniente que la historia clínica recogiera la posibilidad de incluir que el paciente ha sido informado. También implementar estrategias que permitan comprobar que el paciente ha comprendido la información recibida.

261-C

### Bloqueo aurículo-ventricular de tercer grado en paciente oncológico con carcinoma epidermoide de pulmón

Toledano del Rey ME, Nieto Moreno E, Ariza Cabrera E, Salado Natera MI, Vena M, Carrasco Gutiérrez V

#### INTRODUCCIÓN

Trastorno de conducción del nodo sinusal por bloqueo total. Aurículas y ventrículos laten independientes. ECG disociación entre ondas P y complejos QRS. Causa síntomas de bajo gasto y crisis de Stokes Adams. Puede causar muerte. Lo causan metástasis en miocardio y toxicidad por quimioterapia.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente varón de 63 años con carcinoma epidermoide de pulmón avanzado (estadío IIIB). Masa parahiliar izquierda con infiltración de arteria pulmonar, bronquio y lóbulo superior izquierdo. Quimioterapia y radioterapia sin éxito y en el momento actual en cuidados paliativos. Tratamiento actual; fentanilo 100 , prednisona 4 mg , citalopram, loracepam y broncodilatadores. No presenta alergias a medicamentos conocidas. Consulta por debilidad y presíncope hace varias horas con aumento de su disnea basal. A la exploración consciente y orientado con mal estado general, palidez y sudoración profusa. Taquipnea. Hipotenso y afebril. A la auscultación cardíaca se objetiva arritmia y bradicardia . Roncus y crepitanes generalizados en campos pulmonares. Miembros inferiores sin edemas. Su electrocardiograma es compatible con bloqueo de tercer grado a 20 latidos por minuto.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se administra oxígeno con mascarilla Venturi tras un pase de salbutamol y bromuro de ipratropio nebulizados. Procedemos a canalizar vía venosa periférica administrando dos bolos de atropina directa sin respuesta. A los 20 minutos segundo pase de broncodilatadores nebulizados. Se explica a familiares el mal pronóstico de la situación y se desestima marcapasos externo transitorio por mala situación basal del paciente. Se administra perfusión de isoproterenol y procedemos al traslado del paciente en ambulancia medicalizada bajo monitorización electrocardiográfica y de pulsioximetría continua.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "síncope", "cáncer broncopulmonar", "arritmias". 1.- Vélez Rodríguez D. ECG. Pautas de electrocardiografía. 2 ed. Madrid: Marban; 2007. 2.-Dubin DB. Rapid Interpretation of EKG. 6 ed. Tampa, Fla. Cover Publishing:2000. 3.- Rodríguez Panadero F, López-Encuentra A. Tumores broncopulmonares. Cáncer broncopulmonar. En: Farreras – Rozman. Medicina Interna. 13 ed. Madrid: Hacourt Brace; 1995.p 778-786.

262-O

### Abordaje del latigazo cervical en atención primaria

Lagarón Cabello B, Magaña Orta S, Magaña Orta MA, Del Barrio Lasheras MP, Zamora Carrillo ME, Tobajas Calvo J

#### OBJETIVOS

El latigazo cervical es una patología muy frecuente por su sintomatología difusa y prolongada en el tiempo. Los objetivos son valorar la utilidad de las pruebas complementarias y la eficacia de los tratamientos farmacológicos y rehabilitadores con el fin de reducir costes y tiempo de recuperación.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de 40 pacientes atendidos en una consulta de atención primaria, refiriendo dolor cervical, producido tras sufrir traumatismo cervical por una colisión en vehículo en marcha en posición de conductor. La recogida de datos (anamnesis, exploración, pruebas diagnósticas, tratamientos y bajas) se hizo a través de la historia clínica informatizada.

#### RESULTADOS

EL 73 % incidió en mujeres, con una edad media en ambos sexos de 36,5 años. El síntoma más común fue el dolor cervical ( 98,3%) seguido de cefalea (40%) y otros, como mareo y limitación (19%). El comienzo de los síntomas no fue inmediato, se agudizó a las 24 horas. Al 100% de los pacientes se les realizó radiografía evidenciando rectificación cervical. El tratamiento se basó en administración de AINEs orales en un 80%(ibuprofeno 73.2%, diclofenaco 26.8%)y en un 40.6% se asoció a un relajante muscular. Dada la escasa respuesta al tratamiento farmacológico se indicó tratamiento rehabilitador al 72% de los pacientes con una media de 9.9 sesiones, experimentando mejoría el 83.4%. Pese a la controversia del uso del collarín, el 63% de la muestra notó mejoría con el uso restringido a 48 horas. El 72.6% de los pacientes precisaron baja con una media de 22.38 días.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los trastornos asociados con el latigazo cervical son un proceso común, incapacitante y costoso que ocurre como consecuencia de un accidente de tráfico. Las pruebas complementarias no tienen

mucho valor. El tratamiento farmacológico es de escasa utilidad, resaltando la importancia de la rehabilitación ajustada en el tiempo para minimizar repercusiones crónicas. El uso de collarín puede ser útil en las primeras horas tras el accidente, con una menor incidencia de complicaciones.

## 263-0

### Cribados regulares en la diabetes mellitus tipo 2

Cortés Genescà J, Biendicho Palau P, Alonso Alonso T, Pujol Salud J, Lurdes Coit J, Vila Puñet I

#### OBJETIVOS

Valorar en que proporción se realizan pruebas de cribado sistemático de complicaciones, en pacientes afectados de diabetes mellitus tipo 2; dado que en su tratamiento se contempla dicho cribado para prevenir las complicaciones.

#### METODOLOGÍA

Estudio transversal. Revisión de las historias clínicas de los pacientes diabéticos de nuestro centro y valoración; en el último año; de la realización de las siguientes pruebas de cribado: Hemoglobina glicosilada, fondo de ojo, tensión arterial, enzimas lipídicas, electrocardiograma, índice tobillo brazo, índice de masa corporal. La elección de estos procesos se basa en diferentes estudios prospectivos, recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes y el grupo de estudio de la diabetes mellitus 2 en Atención Primaria.

#### RESULTADOS

En nuestro centro atendemos una población de 16.000 habitantes, de los cuales 911 están diagnosticados de diabetes mellitus 2. De acuerdo con el objetivo de nuestro estudio se obtuvieron los siguientes resultados: A 183 se les realizó todas las pruebas de cribado (20% de la población con diabetes mellitus 2); la Tensión arterial se tomó a 455 pacientes (50%), enzimas lipídicas a 801 pacientes (88%), fondo de ojo se cribó a 728 pacientes (80%), la hemoglobina glicosilada a 747 (82%), electrocardiograma a 483 (53%), pulsos periféricos a 637 (70%), índice tobillo brazo a 552 (60,5%) i el índice de masa corporal se midió en 660 pacientes (72,5%).

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Un seguimiento aceptable de los pacientes afectados de DM2 requiere que cada uno de los procesos de cribado se realice al menos en el 80% de estos pacientes. Los resultados obtenidos están lejos de alcanzar un objetivo de buen seguimiento, tan solo se consigue en el cribado de pruebas analíticas y en el fondo de ojo; éste último gracias a la utilización en nuestro centro de una cámara amirídica. Nuestro objetivo a posteriori es corregir éste defecto de cumplimiento en los próximos dos años.

## 264-0

### Elección de indicadores para evaluar un programa de salud comunitario

Montaner Gomis I, Raga Gil A, Rodríguez Portillo R, Mansilla Fernández I, Alegre Vallis I, Pérez Pérez JA

#### OBJETIVOS

Identificar los indicadores de evaluación de un programa de salud comunitario de promoción de hábitos saludables, que se realiza en nuestro centro de salud desde el 2005, utilizando un modelo participativo. La variable de resultado es la "pregunta de evaluación".

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal de ámbito urbano. Entrevista semiestructurada a todos (N=54) los actores implicados (stakeholders): miembros del equipo, comisión de salud del barrio (servicios, ciudadanos, técnicos) y dirección del centro. Variables de estudio: a) conocimiento del programa (lo conoce y cita 1 actividad) y b) necesidades informativas respecto al mismo (variable cualitativa). Análisis: a) calculo de porcentajes y b) análisis del contenido temático por pares de investigadores, transformando las aportaciones en "preguntas de evaluación" y clasificándolas según el criterio de valor y el área del programa (diseño, proceso, resultados) que representan.

#### RESULTADOS

Se ha realizado un total de 46 entrevistas (85% del total, N=54). El 72% de los entrevistados conoce suficientemente el programa. Respecto a la variable necesidades informativas los entrevistados han realizado un total de 150 aportaciones, de las que el 10% corresponden al área "Diseño" del programa, el 33% al "Proceso" y el 57% a los "Resultados". Las aportaciones coincidentes se han agrupado, resultando finalmente en 39 "preguntas de evaluación" que corresponden a 13 criterios de evaluación: Cobertura, Conocimientos, Eficacia, Eficiencia, Equidad, Fiabilidad, Impacto, Participación, Pertinencia, Satisfacción, Sostenibilidad, Visibilidad y Viabilidad.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El 28% de los actores implicados no conoce o tiene confusión respecto al programa, lo que constituye un indicador de su visibilidad. Las 39 "preguntas" obtenidas permiten construir los indicadores de evaluación apropiados ya que se cubren las 3 áreas de un programa y representan los criterios de evaluación más utilizados. El modelo de evaluación participativa es muy adecuado para evaluar programas comunitarios ya que lleva implícito en su diseño la pluralidad y el empoderamiento como objetivo

## 266-C

### Arritmias asociadas a abuso de alcohol

Lagarón Cabello B, Magaña Orta S, Zamora Carrillo E, Magaña Orta MA, Gil Serrano J, Guardia Urtubia J

## INTRODUCCIÓN

Entre las causas de fibrilación auricular hay un 11% de las personas que no tiene enfermedad cardiaca estructural ni enfermedad cardiovascular reconocida, sin embargo en este grupo existe un porcentaje de pacientes que están relacionados con el consumo excesivo de alcohol.

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Este es el caso de 3 pacientes entre 40 y 50 años que en el contexto de consumo excesivo de alcohol durante el fin de semana presentan clínica de palpitations sin dolor torácico y sin disnea acompañante. Sin antecedentes personales previos de interés. Sin historia cardiológica previa. Electrocardiograma : fibrilación auricular con frecuencia entre 110-120 lpm. Hemograma normal, TSH normal. Ecocardiograma normal. Holter normal. En los 3 casos la fibrilación auricular revirtió a ritmo sinusal con perfusión de amiodarona. Los pacientes permanecen en ritmo sinusal hasta la actualidad.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El alcohol ingerido en cantidades excesivas tiene un efecto tóxico sobre el corazón aumentando el riesgo de arritmias. La fibrilación auricular paroxística se resuelve de forma espontánea en un 50% de los casos sobretodo si se asocia a un factor desencadenante como el alcohol. En estas situaciones se recomienda tratar la causa precipitante o reversible. Desde atención primaria consideramos importante el hacer recogida de datos de consumo de alcohol y otros tóxicos con el fin de prevenir situaciones de riesgo asociado a su consumo excesivo.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "fibrilación auricular", "alcohol", "detección precoz". 1.- Atrial fibrillation follow-up investigation of rhythm management – the AFFIRM study design. The Planning and Steering Committees of the AFFIRM study for the NHLBI AFFIRM investigators. Am J Cardiol 1997;79:1198-202. 2.- Bharucha D, Kowey P. Management an prevention of atrial fibrillation after cardiovascular surgery. Am J Cardiol 2000;85(10 Suppl 1):20-4.

267-C

## Intoxicación por benzodiazepinas en el anciano

Salado Natera MI, Fernández Natera A, Carrasco Gutiérrez V, Toledano del Rey E, López de Montes B, Castro López F

## INTRODUCCIÓN

El uso de benzodiazepinas en la población anciana es cada vez más frecuente. Sin embargo, los ancianos no metabolizan los psicofármacos de la misma manera que el paciente joven,

y es frecuente la intoxicación si se usa en la misma dosis que en la población no anciana

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 83 años, con hipertensión arterial, demencia senil, síndrome depresivo, trombosis venosa profunda, en tratamiento con alprazolam, mirtazapina, idalprem, omeprazol, lormetazepam, enalapril y sintrom. El motivo de consulta fue decaimiento. A nuestra llegada al domicilio, la paciente presenta tendencia al sueño y dice encontrarse bien, afebril. Exploración: obnubilada, cianosis labial. Auscultación: tonos puros y rítmicos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. No ingurgitación yugular, ligeros edemas en miembros inferiores. Constantes: tensión arterial 150/70, frecuencia cardíaca 89, saturación oxígeno 40%, en el electrocardiograma no se encuentran hallazgos de interés. Administramos oxígeno al 100% y se consigue una saturación del 98%. Se decide administrar una ampolla de flumazenilo, la paciente recupera el nivel de conciencia y podemos retirar el oxígeno.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Estamos ante una paciente disneica, por lo que lo primero que haremos es asegurar la oxigenación mediante la administración de oxígeno y simultáneamente buscar las causas de disnea para iniciar el tratamiento etiológico, ayudándonos de los antecedentes personales, la historia actual y la exploración. Una vez descartadas causas cardíacas y pulmonares de disnea, debemos sospechar intoxicación por benzodiazepinas en ancianos en tratamiento con las mismas. La farmacodinamia y farmacocinética de los psicofármacos en el anciano es diferente, para prescribirlos debemos cumplir ciertos principios como dar la mitad de la dosis del adulto, usar los de vida media corta, no usar más de 4 semanas.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "elder", "anxiolytics", "poisoning", "sedatives". 1.- Kintz P, Willain M, Cirimde V. Chemical abuse in the elderly: evidence from hair analysis. Ther Drug Movit 2008;30:207-11. 2.- Rathod NR. Alprazolam poisoning. Indian J Med Sci 2001;55:218-21. 3.- Chamorro García L. Psicofármacos en el anciano. L. Rev Clin Esp. 2005;205:513-7.

269-O

## Evaluación de las interrupciones voluntarias del embarazo y su relación con la población inmigrante temporal

Romero Reyes MR, Navarro Luna JL, Guillén Conde R, Álvarez Villa E, Romero Tirado MJ, Marín Fernández J

## OBJETIVOS

Se ha observado un aumento del número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVES) en los últimos años. Realizamos

una evaluación del porcentaje de interrupciones voluntarias del embarazo en inmigrantes durante las campañas agrícolas 2007-2010.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de todas las solicitudes de IVES registradas durante las campañas agrícolas 2007-2010 en un Centro de Salud Rural hasta la entrada en vigor de la nueva ley. Contamos con el aumento de la población, llegando a duplicarse durante los meses de campaña. Valoramos sus edades, lugar de procedencia, meses de frecuentación y su relación con las solicitudes atendidas en la misma provincia.

## RESULTADOS

Se tramitaron 350 solicitudes, de las cuales el 16% eran españolas y un 84% (308) eran inmigrantes. Según su lugar de procedencia eran: 69,48% rumanas; 13,96% marroquíes y 11,68% polacas. La edad media fue de 30 años. El 71% se realizaron en los meses de febrero a junio (correspondientes a los meses de campaña). El número de IVES solicitadas por años de 2007 a 2010 fueron: 96, 90, 91 y 73, lo que suponen el 6,14%, 5,38% y 5,04% respectivamente del total de solicitudes tramitadas en la provincia de Huelva en esos períodos.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Se observa una elevada incidencia de solicitudes de IVES durante los meses de campaña agrícola. El perfil de las solicitantes suelen ser inmigrantes de entre 20 y 30 años (datos de edad equiparables al resto de España). Aunque ha aumentado el número de solicitudes en la provincia, en nuestro Centro de Salud se ha mantenido estable. Seguimos insistiendo en la necesidad de un mayor acercamiento de los programas de planificación familiar e información a estos colectivos.

271-C

## Complicaciones de la picadura del pez araña (ictioacantoxismo)

González Onetti AM, Castellano Cecilia A

### INTRODUCCIÓN

Las patologías más frecuentes causadas por agentes biológicos y otros seres vivos son debidas a diferentes tipos de lesiones cutáneas causadas por infecciones, alergias, mordeduras e infestación. La mayoría son banales, pero otras ocasionan secuelas muy importantes e incapacitantes.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Hemos objetivado 3 casos de patrones de la flota de arrastre. En todos los casos eran mayores de 50 años, sin antecedentes médicos de interés, ni alergias a medicamentos conocidas. Existió una picadura de pez araña en la mano derecha al manipular las redes

de pesca. Acudieron a los Servicios de Urgencias, cercanos al accidente, Cádiz. El tratamiento fue limpieza de la herida, corticoides y analgésicos intramusculares y antibioterapia vía oral. Acuden a nuestro centro asistencial, Lepe, por dolor intenso irradiado a toda la extremidad, edema, rubor, acompañados de manifestaciones vegetativas. Se exploró la herida y se realizó estudio radiológico y analítica. Tratamiento mediante limpieza, sin torniquetes ni antibioterapia profiláctica; sumergir en agua caliente, ya que las toxinas son termolábiles. Las complicaciones fueron tenosinovitis, adherencias y/o fibrosis, absceso y necrosis en la mano.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En las zonas de costa es preciso que el médico sepa reconocer y manejar adecuadamente la picadura del pez araña, de consecuencias ocasionalmente graves. Sumergir el miembro afectado en agua caliente antes de la primera hora es esencial para evitar las posibles complicaciones y secuelas, al tratarse de una toxina termolábil. Cuando aparecen las complicaciones, en nuestra experiencia siempre ha sido necesario intervención quirúrgica y han dejado secuelas que limitan e incapacitan al paciente. La picadura puede prevenirse con una manipulación cuidadosa del pez fuera del agua y el uso de guantes a prueba de espinas. Hay que usar rastros y palas y promover la formación. No desatender las pequeñas heridas.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "picadura", "inoculación de veneno", "pez araña", "ictioacantoxismo". 1.- Auerbach PS. Current concepts: marine envenomations. *N Eng J Med* 1991;325:486-93. 2.- Borondo JC, Sanz P, Nogué S, Poncela JL, Garrido P, Valverde JL. Fatal weeverfish sting. *Hum Exp Toxicol* 2001;20:118-9. 3.- Chhatwal I, Dreyer F. Isolation and characterization of dracotoxin from the venom of the greater weeverfish *Trachinus draco*. *Toxicon* 1992;30:87-93.

272-C

## Lesiones por caída

Barba Ródenas MI, Buil Tricas B, Garbayo Martínez JL, Larraz Andía P, Martínez Hernández M, Plumed Betes MJ

### INTRODUCCIÓN

Las lesiones por caída de altura no siempre son visibles. La posición de la persona en el momento de la caída, determina el tipo de lesión. La fractura de calcáneo es la más frecuente en caída sobre los pies y suele estar acompañada de fracturas vertebrales dorsovertebrales.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 55 años, con antecedentes de espondiloartrosis, sufre caída desde escalera de 2,5 metros, sobre sus pies. Refiere dolor en pie izquierdo y ligeras molestias en espalda. Está consciente,

orientado, eupneico, normocoloreado, normotenso, auscultación cardiopulmonar normal y exploración neurológica normal. En pie izquierdo se observa un hematoma en talón y hematoma numular plantar. Resto de aparato locomotor sin alteraciones significativas. Se piden radiografías de raquis completo, pelvis, tórax y calcáneo izquierdo. Confirmándose el diagnóstico de fractura calcáneo izquierdo y aplastamiento vertebral estable de muro anterior de dorsal 12, dorsal 11 y lumbar 1. El tratamiento es quirúrgico para reducción y osteosíntesis de calcáneo y rehabilitador de columna.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Un precipitado se considera un politraumatizado. Inicialmente se debe valorar la ventilación, daño cervical y estado hemodinámico. Pasando luego al estado neurológico y examen exhaustivo de la cabeza a los pies. En impactos de pié valorar calcáneos, columna dorsolumbar y lesiones cervicales, como eje transmisor del impacto. En nuestro caso, el hematoma numular en planta, nos hace pensar en la fractura de calcáneo. Y aunque el paciente con espondiloartrosis no refería grandes dolores en espalda, al medir alturas y alienaciones vertebrales en sus radiografías, se determinaron los aplastamientos. Finalmente se deriva inmovilizado al Servicio de Traumatología.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "caída de altura", "fractura de calcáneo", "politraumatizado". 1.- Quesada Suescun A, Rabanal Llevot JM. Actualización en el manejo del Trauma Grave. Madrid. ERGON 2006. 2.- Fernández Bisbal PJ, Delgado Martínez AD. Fracturas en el pie. En Delgado Martínez AD (ed). Cirugía ortopédica y traumatología. Panamericana. p. 797- 806. 3.- Maceira Suárez E. Anatomía y mecánica del calcáneo aplicadas a sus fracturas y osteotomías. Revista del Pie y Tobillo 2008;1:43-58.

### 273-0

## Realmente conseguimos que se deje de fumar en atención primaria

Anadón González ML, Losilla Casanova AC, Sabaté Lissner D, Vidal Rojas F, López Barea A, Briones Carcedo O

### OBJETIVOS

Evaluar el seguimiento de los pacientes adscritos al programa de atención al fumador (PAF) durante junio de 2010 a diciembre de 2010.

### METODOLOGÍA

Tipo de Estudio: Estudio descriptivo observacional transversal. Ámbito de estudio: Centro de Salud urbano Sujetos: Usuarios fumadores adscritos al programa de atención al fumador (PAF) Fuente: Historias clínicas informatizadas Periodo de estudio: De junio a diciembre de 2010. Variables: sexo, edad, años fumando, nº de cigarrillos día, número visitas, abandono del tabaco, meses de

abandono o recaída, tratamiento farmacológico, valores test Fageström y Richmond. Análisis estadístico:  $\chi^2$ .

### RESULTADOS

61 personas en el programa. Suspensión inmediata de tabaco en el 44%. El 50% tienen más de 50 años el 30% entre 41 y 50 y el 9% entre 31 y 40, el 7% entre 21 y 30 y resto menos de 20 años. El 40% lleva fumando más de 30 años, otro 40% entre 16 y 30 años, el 16% entre 5 y 15 años y un 4% menos de 5 años. El 43% fuma menos de 10 cigarrillos día, el 18% entre 11 y 20, el 15% entre 21 y 30 y el 24% más de 30 cigarrillos El 57,4% de los pacientes realizaron un máximo de 2 visitas, un 36% solo la primera visita. Han dejado de fumar el 55,7% de los cuales el 61,8% son hombres. El 83,4% son mayores de 40 años. Han recaído el 35,3% y lo han hecho antes de un mes un 25% y un 75% entre el mes y los 6 meses. El tratamiento seguido es farmacológico más acompañamiento en un 34% y solo acompañamiento en un 62,3%. Los valores medios del test Fageström es de 4,6 y el de Richmond 8,1.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La mayoría de recaídas lo han hecho durante las primeras semanas de abandono. Pensamos que el seguimiento debería ser más estrecho para evitar los abandonos y nos planteamos un estudio para recoger los motivos del abandono y planificar una acción más exitosa.

### 276-0

## ¿Podemos enseñar resucitación cardiopulmonar a los alumnos de la Enseñanza Secundaria?

Anadón González ML, Losilla Casanova AC, Sabaté Lissner D, Pérez Sáez C, Salvadó Juncosa O, Rosell Belmonte L

### OBJETIVOS

Enseñar a adolescentes de 4º de la ESO los criterios básicos para iniciar una maniobra de resucitación cardio-pulmonar incluida en las clases diarias.

### METODOLOGÍA

Clases teórico-prácticas de 90 minutos con grupos de un máximo de 25-27 alumnos en una sala polivalente con uso de muñecos, ambú y camilla. Al final del curso se realiza cuestionario tipo test con 16 preguntas que valora lo expuesto y las habilidades aprendidas.

### RESULTADOS

Un total de tres cursos con 58 chicas y 47 chicos. La media del test fue de 8,4 siendo la más alta 9,3 y la más baja 5,2. Las respuetas de mayor acierto fueron sobre habilidades y actitudes en cuanto a seguridad e información a transmitir en los servicios de urgencias. Las respuestas menos acertadas fueron las referidas a terminología médica.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La respuesta de alumnos, padres y profesores fué muy aceptada, demostrando interés y compromiso con lo aprendido. Creemos que debería incluirse en los programas formativos de los alumnos de la ESO.

277-C

## Barotrauma por inhalación de cocaína

Martínez Hernández M, Clemos Matamoros S, Larraz Andía P, Pérez Pejenauté F, Pérez Gutiérrez MA, Gil Casado A

### INTRODUCCIÓN

Las complicaciones pulmonares por el uso de la cocaína son debidas a barotrauma, aunque la cocaína podría producir toxicidad alveolar directa. Al inhalar vigorosamente y realizar maniobras de Valsalva se produce un aumento de presión en la vía aérea el cual genera ruptura alveolar y escape aéreo.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 20 años, que acude al Servicio Normal de Urgencias por presentar un cuadro de dolor torácico brusco, asociado con disnea progresiva, horas antes había tomado alcohol e inhalado cocaína. Al exámen físico, presenta tensión arterial de 100/78 mmHg, pulso 98 por minuto, con disnea en reposo, tráquea desviada a la derecha y con hipoventilación basal izquierda.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En la Radiografía de tórax la cual evidencia un neumotórax del 95 %, con desviación del mediastino hacia la derecha. Se colocó un tubo de tórax izquierdo, en el quinto espacio intercostal línea medio axilar obteniéndose resolución completa del neumotórax, se hospitaliza para seguimiento y el tubo de tórax se retiró al cuarto día de su ingreso. El paciente fue controlado en Consulta Externa de Cirugía General a los 30 días, encontrándose asintomática. Nuestra paciente presentaba neumotórax hipertensivo, razón por la cual fue manejada con toracostomía cerrada (tubo de tórax) el cual fue colocado en el quinto espacio intercostal izquierdo a nivel de la línea axilar media.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras- clave: "neumotórax", "cocaína", "complicaciones", "abuso de drogas". 1.- Cregler LL, Mark H. Medical complications of cocaine abuse. N Engl J Med 1986;315:1495-9. 2.- Shesser R, Davis C, Edelstein S. Pneumomediastinum and pneumothorax after inhaling alkaloidal cocaine. Ann Emerg Med 1981;10:213-5. 3.- Allred RJ, Ewer S. Fatal pulmonary edema following intravenous "freebase" cocaine use. Ann Emerg Med 1981;10:441-2.

278-O

## Estando de guardia atendemos a un detenido

Anadón González ML, Losilla Casanova AC, Sabaté Lissner D, Castro Pamiés R, Díez Moragrega Y, Hernández Águila MJ

### OBJETIVOS

Determinar la carga asistencial que representa la atención a los detenidos así como valorar la demanda aguda en un centro de urgencias de atención continuada (CUAP).

### METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Estudio observacional transversal Ámbito de estudio: CUAP urbano Sujetos: Todos los detenidos que son visitados en el servicio Mediciones: Revisión de historias clínicas informatizadas Período del estudio: De marzo de 2009 a diciembre de 2010 Variables: Edad, sexo, fecha visita, hora visita, centro de salud al que pertenece, motivo de visita (revisión médica, necesita medicación, lesión, agresión y/o enfermedad) Análisis estadístico: Chi2 con SPSS 15.0.

### RESULTADOS

Se han registrado 486 detenidos. El 92,59% son hombres. El 14,2 % son menores de edad y el 78% tienen menos de 35 años. El 66,66% de los detenidos son atendidos durante el trimestre de primavera-verano. El 35,8% son atendidos por la noche de 00:00 a 08:00, el 17% por la tarde-noche de 21:00 a 24:00, el 32,7% por la tarde y el 14,2% por la mañana. El 56,2% son Españoles, el 19,8% del Magreb, el 15,4% de los países del Este y el 4,9% de Sud America. El 87,7% son atendidos por revisión médica.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La gran mayoría de detenidos son hombres . Tres cuartas partes son menores de 35 años. Durante los meses de primavera-verano se atienden 2/3 partes de los detenidos. Un tercio parte consultan por la noche La mitad de los detenidos son Españoles El equipo de urgencias de Atención Primaria tiene que tener en cuenta este tipo de pacientes y debe elaborar un protocolo de actuación.

279-C

## Una hipertensión pulmonar primaria grado II nos vence y se cobra la cuarta vida joven en el seno de una familia

Ruiz Rosety JM, Lucas Fernández C, Leal Muras B, Ruiz Rosety AE

### INTRODUCCIÓN

A pesar de la baja incidencia, 1-2 casos por año y millón de habitantes, es fundamental optimizar el diagnóstico y controlar la Hipertensión Pulmonar familiar (6% del total). De no hacerlo tiene muy mal pronóstico, alcanzando la supervivencia a los 5 años, solo el 25% de los mayores de 6 años.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Niño de 13 años que jugando a la pelota en la calle a mediados de julio a las 16,45 horas, cae fulminado al suelo. A su llegada,

el personal del dispositivo de cuidados críticos y urgencias, constata situación de parada cardiorespiratoria. Se inicia protocolo de reanimación cardiopulmonar avanzada (RCPA). Se recaba información sobre antecedentes personales (AP) y familiares: Obesidad. "Tiene una cosita de corazón de nacimiento. Han muerto 3 familiares de él antes de los 19 años". No especifican más. A pesar de 75, de RCPA no se consigue ritmo efectivo. Ni siquiera en hospital, donde se continúa RCPA sin éxito. En base informática del hospital, obtenemos información de AP: Insuficiencia Mitral ligera. Hipertensión pulmonar moderada. Reflujo tricuspídeo. Ergometría (E): Infradesnivel ST en cara inferior. Pendiente ascendente en V4 y V5. Necropsia: Miocardiopatía hipertrófica.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El estudio, y la prevención son las mejores armas contra una patología con tan mal pronóstico a corto, medio y largo plazo. Las lesiones de hipertensión pulmonar primaria en el niño dan lugar a hipertrofia severa de la media y lesión de la íntima. La radiología, Eco cardiografía (ECG), Ergometría, saturación de O<sub>2</sub>, cateterismo nos confirmaran el diagnóstico. El screening familiar por ECG es fundamental para la detección. No siempre son efectivas las técnicas de RCP, por lo que debemos incidir en la prevención, para lo cual es fundamental un adecuado diagnóstico y un buen control farmacológico, y así evitar casos como el descrito.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "pulmonary hypertension infant". 1.- Gutiérrez-Larraya, F. Síndrome de Eisemenguer y tratamiento médico de la hipertensión pulmonar en pediatría. Instituto pediátrico del corazón. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/35\\_eisemenguer.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/35_eisemenguer.pdf). Acceso el 19/03/2011. 2.- Robert MR. Cardiopatía congénita en relación a hipertensión pulmonar en pediatría. Paediatrics Respiratory Reviews 2005;6:174-80.

280-C

## No admito al ahogado frío como exitus: el calor me guía

Ruiz Rosety JM, Ruiz Rosety AE, Lucas Fernández C, Lucas González C

### INTRODUCCIÓN

El ahogamiento es la 3ª causa de muerte accidental. El inicio precoz de medidas de reanimación es fundamental para evitar la encefalopatía postanóxica. En ahogados, la hipotermia protege al cerebro de la lesión postisquémica, reduciendo el metabolismo cerebral un 6% por grado Celsius de enfriamiento

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Niña de 13 años sin antecedentes personales, ni familiares patológicos, que bañándose en la playa desaparece bajo el agua durante más de 10 minutos. Es rescatada en situación de parada cardiorespiratoria por voluntarios con formación en reanimación

cardiopulmonar (RCP) básica. Se aplica de inmediato protocolo de RCP mientras llega el equipo medicalizado (1,30,,), apareciendo signos vitales. Se hace anamnesis y exploración, resaltando: Glasgow: 6/15, midriasis pupilar hiporreactivas e intensa frialdad. Auscultación pulmonar: disminución del murmullo. Crepitantes bibasales. Se inicia apoyo con soporte vital avanzado, sueroterapia hipertérmica y oxigenoterapia con ayuda forzada a la inspiración. Durante el traslado se normalizan las constantes excepto Glasgow: 10/15 y Tª: 34,5°C. Hospitalariamente, tras pruebas complementarias se diagnostica de casiahogamiento, distress respiratorio.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Anamnesis debe ir dirigida a la obtención de estos datos concretos: edad, patologías previas, temperatura del agua, tiempo de inmersión, contaminación del agua por solutos en suspensión. Es fundamental el inicio inmediato de la RCP, para aumentar la supervivencia. En el manejo de estos pacientes hay que establecer tres prioridades: Control de vía aérea, ventilación, circulación (pulso carotídeo) y reacción pupilar, tratar la hipoxia, y proteger la columna cervical. Según indican los protocolos, en caso de hipotermia en ahogados hay que prolongar el tiempo de RCP hasta que el paciente este caliente.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "survival drowned". 1.- Blasco Alonso J, Moreno Pérez D, Milano Manso G. Drowning in pediatric patients. An Pediatr (Barc) 2005;62:20-4. 2.- Lee LK, Mao C, Thompson KM. Demographic factors and their association with outcomes in pediatric submersion injury. Acad Emerg Med 2006;13:308-13.

281-O

## Nuestros pacientes oncológicos: ¿les estamos dando la atención que se merecen?

Ruiz Rosety JM, Leal Muras B, Lucas Fernández C, Ruiz Rosety AE, Rosety Rodríguez M, Rosety Rodríguez JM

### OBJETIVOS

Realizar un Estudio sociodemográfico de pacientes afectados de enfermedad neoplásica en el entorno de atención primaria (AP), constatar si se cubren sus necesidades sanitarias y comprobar si existe un adecuado control de sus síntomas.

### METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo, en el que se analizan distintas variables, obtenidas de las historias en formato papel de las asistencias realizadas a pacientes oncológicos con carácter urgente, por una unidad móvil del dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU). Se desarrolla en las localidades de Barbate, Zahara de los Atunes, y Caños de meca, que comprenden una superficie de 218.9 Km<sup>2</sup> y cuentan con un censo de 40.284 habitantes. Se analizan variables como la edad, sexo, localización del tumor, tratamiento de base,

derivación del paciente, motivo de consulta, impresión diagnóstica, y si se administra medicación de urgencia.

## RESULTADOS

De un total de 907 demandas, se obtiene muestra de 46 atenciones a paciente oncológicos. Estas son generadas por un total de 22 pacientes donde más del 8% superan las 3 demandas en 6 meses. Se reparten por igual según el sexo y la edad media es de 60,6 años, destacando 2 pacientes con menos de 20 años. Según la clasificación de prioridades para valorar la urgencia vital numeradas del 1 al 4, la mayoría de las actuaciones son prioridades 3 (56.5%) y 2 (32.6%). Los tumores más frecuentes son de próstata (10%), mama (7%), páncreas (6%) y osteosarcoma (6%). Los principales motivos de consulta son dolor (46.6%), disnea (19.5%) y agresividad/agitación (8.6%); y los diagnósticos más repetidos son la agonía 43.4%, el dolor 39.1%, la ansiedad 8.6%, y la claudicación familiar 8.6%. Precisan medicación de rescate el 82.6%: el 47.8% con analgesia, un 28.2% sedación. El 98% se resuelve in situ.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Hay una gran demanda de atención en estos pacientes, apreciándose un mal control de los principales síntomas por los que consultan (dolor y disnea). ¿Realizamos un correcto tratamiento de estos pacientes? ¿Cubrimos todas sus necesidades y expectativas? Sería necesario que todos los profesionales implicados en la atención de estos pacientes (AP, cuidados paliativos, asistente social, salud mental, y DCCU) trabajen en colaboración, con el objetivo de ofrecer una mejor calidad asistencial.

282-C

## Síndrome constitucional asociado a mano torpe en adulto mayor

Valle Calvet M, Pizarro Romero G, López Marina V, Alcolea García RM, Rama Martínez T, Del Castillo Piñol N

### INTRODUCCIÓN

Las vasculitis asociadas a ANCA (VAA), son vasculitis necrotizantes que afectan a vasos de pequeño y mediano calibre y se acompañan de autoanticuerpos frente a antígenos de los neutrófilos. Existen dos patrones de ANCA: el granular citoplasmático c-ANCA (PR3) y el perinuclear p-ANCA (MPO).

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 68 años que consulta por síndrome constitucional y febrícula desde hace un mes, asociado a dificultad a la extensión de la muñeca derecha y parestesias en dedos. A. patológicos: rinitis y asma alérgico E.física: TA: 133/81, FC 93 x', FR 18x', Sat O2 97%, Tº 37,2°C, paresia leve extensores del carpo derecho (2/5), alteración sensibilidad dorso antebrazo, mano derecha y dedos. Se deriva a urgencias hospital para valoración del cuadro clínico. E. complementarias: Analítica: destaca Hb:

10,3 gr/dl, Hcto: 31,1%, Plaquetas: 427.000, VSG: 93 ml/h, PCR: 129 mg/dl, TSH 74,88 mUI/ml, T4: 0,44 ng/dl, ac. anti-peroxidasa y antitiroglobulina: positivos, cANCA positivos, anti-MPO 100 U/ml (n<5). RX tórax y TAC craneal: normal. Electromiograma compatible con multineuritis. Bajo la alta sospecha de vasculitis, se inician glucocorticoides a dosis altas y ciclofosfamida, con resolución clínica.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Las VAA dan lugar a sintomatología general y manifestaciones orgánicas locales debidas a la vasculitis (neuritis, nefritis,...) Incluyen la granulomatosis de Wegener (c-ANCA +), inflamación granulomatosa del tracto respiratorio superior, glomerulonefritis y grados variables de vasculitis de pequeño vaso. El Sd. Churg Strauss (p-ANCA +), la vasculitis asociada a asma, eosinofilia e infiltrados pulmonares. La Poliangeítis microscópica (p-ANCA +), vasculitis de pequeño vaso asociada a glomerulonefritis necrotizante rápidamente progresiva y capilaritis hemorrágica pulmonar. El tratamiento convencional consiste en el uso conjunto de ciclofosfamida y glucocorticoides.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "Churg-Strauss", "vasculitis", "anti-neutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis". 1.- Keogh KA, Specks U. Churg-Strauss syndrome: clinical presentation, antineutrophil cytoplasmic antibodies, and leukotriene receptor antagonists. Am J Med 2003;115:284-90. 2.- Finsterer J. Neurological manifestations of Churg-Strauss syndrome. Eur J Neurol 2010;17:524-5.

284-O

## ¿Quién se quiere matar?

Lucas Fernández C, Ruiz Rosety JM, Ruiz Rosety AE, Morán Rodríguez A, Pousada Belmonte M, Pérez López J

### OBJETIVOS

La conducta suicida supone un problema de salud pública de primer orden, debido al gran número de personas afectadas. El objetivo de este trabajo es realizar un perfil sociodemográfico del paciente con conducta suicida que es valorado por servicios de urgencias extrahospitalarias.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal, mediante revisión de historias clínicas de pacientes atendidos por un dispositivo móvil de Atención Primaria (Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de la Janda Litoral: DCCU Janda Litoral), en un área rural de la provincia de Cádiz, durante el año 2010. Con una población total de 33.744 habitantes y una extensión de 349 Km2, distribuidos entre dos poblaciones, Vejer de la Frontera y Conil de la Frontera. Se analizan una serie de variables, como son: sexo, edad, lugar y hora de asistencia, existencia de intentos de autolisis previos, existencia de antecedentes psiquiátricos, mecanismo acción, derivación del paciente.

## RESULTADOS

De un total de 1708 asistencias realizadas en el año 2010, 37 corresponden a Actos suicidas (2,1%). La época de mayor incidencia es primavera y verano, con el 62,16% de las asistencias. La franja horaria de mayor demanda es por la tarde (15:00 a 00:00 h) en un 54,05% de los casos. En cuanto a la distribución por sexo, es discretamente mayor en la mujer (51,35%) frente a los hombres (48,64%). El lugar de asistencia es en el domicilio del paciente en el 91,89% de las ocasiones. Analizando los factores de riesgo, un 32,4% de los pacientes presentan intentos previos de intento de autolisis. Un 51,35% presentaba patología psiquiátrica de base y un 8,1% se relaciona con el consumo de tóxicos. En cuanto al mecanismo de acción, la ingesta de fármacos representa el 81,08% de los casos (de estos, el consumo de tranquilizantes es del 73,3%). Derivación hospitalaria, 86,48% de los casos.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Antecedentes personales de intentos autolíticos previos, es uno de los factores de riesgo que más se asocia a la posibilidad de un futuro suicidio. La ingesta de fármacos es uno de los métodos más frecuentes. El diagnóstico a través de la entrevista clínica, depende de una adecuada valoración de todos los factores de riesgo y es una buena medida para prevenirlo. La correcta comunicación entre los distintos profesionales que atienden a estos pacientes, resulta fundamental para la prevención.

286-C

### Eritema fijo pigmentario medicamentoso relacionado con el uso de tetrazepam

Saperas Pérez C, Fornieles Medina M, Fernández Muñoz S, May Málaga LR, De Sans Flores L, Rodríguez Fonseca CG

#### INTRODUCCIÓN

Las enfermedades dermatológicas constituyen uno de los principales motivos de consulta en Atención primaria. Una exhaustiva anamnesis dirigida a posibles factores desencadenantes y la exploración de la lesión suelen ser suficientes para el diagnóstico, sin requerir exploraciones complementarias.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 36 años con antecedentes patológicos de contractura de Músculo Trapecio bilateral y cervicalgia de repetición, que consulta por nuevo episodio de cervicalgia y aparición de una lesión hipercrómica, concéntrica y pruriginosa en el dorso de la mano izquierda. La paciente se había automedicado con AINEs y relajante muscular (Myolastan®) siguiendo las indicaciones de un episodio anterior. Durante la anamnesis la paciente explicó que la lesión había aparecido en anteriores ocasiones, coincidiendo con episodios de cervicalgia, la toma del relajante muscular (Myolastan®) y siempre en la misma localización. Se comentó con el servicio de dermatología, llegando al diagnóstico de eritema fijo pigmentario, por las características de la lesión, su brusca aparición, en la misma localización que en episodios anteriores y su desaparición al suspender el tratamiento farmacológico.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El eritema fijo pigmentario medicamentoso, aunque infrecuente, es una de las reacciones adversas cutáneas producidas por analgésicos, antiinflamatorios, sulfamidas o antibióticos, entre otros fármacos. La historia clínica es la base principal para establecer el diagnóstico de una toxicodermia. Ante lesiones de aparición brusca, periódica, siempre en la misma localización y coincidiendo con algún fármaco, debemos pensar en esta enfermedad. Sobre todo cuando al reintroducir el fármaco la recidiva es en el mismo lugar. El diagnóstico definitivo nos lo daría la biopsia de la lesión, aunque por la benignidad de la mayoría de los casos no suele ser necesaria.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "hyperpigmentation/chemically induced", "drug eruptions", "skin diseases". 1.- Del Rosso JQ. Skin manifestations of drug reactions. *Curr Allergy Asthma Rep* 2002;2:282-7. 2.- Lee AY. Fixed drug eruptions. Incidence, recognition, and avoidance. *Am J Clin Dermatol* 2000;1:277-85. 3.- Nigen S, Knowles SR, Shear NH. Drug eruptions: approaching the diagnosis of drug-induced skin diseases. *J Drugs Dermatol* 2003;2:278-99.

288-O

### Satisfacción de los usuarios del dispositivo de cuidados críticos de La Janda interior

Varo Calvo MC, Cobeña Manzorro M, Martínez Villegas I, Leal Muras B, Bache Mariscal MP, Aboza Lobatón A

#### OBJETIVOS

Analizar el grado de satisfacción de la población de referencia del dispositivo de cuidados críticos y urgencias de la Janda Interior en su primer año como dispositivo móvil de 24h.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo realizado por la UGC dccc Chiclana la Janda sobre una muestra poblacional de 300 usuarios del dispositivo entre los que se encuentran pacientes y familiares con edades comprendidas entre los 17 y los 68 años. Se les realiza encuesta-test autoadministrado diseñada por la Unidad de Atención al Ciudadano del Distrito Bahía de Cádiz en la que se recogen variables, sexo, edad, relación con el paciente, satisfacción por la atención recibida, intimidad, eficacia en la resolución de problemas, se entrega cuestionario de preguntas abiertas sobre las posibles mejoras del servicio.

#### RESULTADOS

Contestaron 100%. 46% el propio paciente, 54% acompañantes. 58% mujeres de edad media 48 años y 42% hombres de 37 años. Por grupos etarios de 15 a 29 años 15%; de 30 a 45 33%, de 46 a 65 años 40%, mayores de 65 años 12%. 100% satisfacción

por la información sanitaria recibida, 93% atención reservada y con intimidad, 91% eficacia en la solución de problemas de salud, 90 % se sienten seguros con la atención recibida, 85% con la rapidez en la atención, el 91% se encuentran satisfechos con la atención global. Entre las sugerencias aportadas por los usuarios se encuentran que se incremente el número de Equipos Móviles en la zona, que se permita la presencia de familiares en los traslados por UVI móvil. Lo que disgusta es el ruido de las sirenas; lo que más valoran la amabilidad, la profesionalidad del equipo, trato humano y eficacia, así como la rapidez en la atención.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios del dispositivo de urgencias del DCCU Janda interior perteneciente al Distrito de atención primaria Bahía de Cádiz La Janda en su primer año como dispositivo de 24h. Destaca la necesidad sentida por la ciudadanía de aumentar el número los equipos móviles en la zona, Se valora positivamente el trato humano y a la rapidez en la atención.

289-0

## Estudio descriptivo de los pacientes que acuden a las Urgencias nocturnas de un centro de salud rural

Castillo Iglesias R, Leal Muras B, Ruiz Rosety JM

### OBJETIVOS

Describir las características demográficas de los pacientes que acudieron en Enero de 2011 de 0.00 a 08.00 horas antes del mediodía (AM) a las consultas de urgencias del Centro de Salud y las patologías que presentaban.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo prospectivo, incluyendo en el estudio aquellos pacientes que acudieron a urgencias en Enero de 2011 de 0.00 a 08.00 A.M. y se encontraban en la base de datos del programa de urgencias del DIRAYA (sistema informático del Servicio Andaluz de Salud). Se excluyeron aquellos que no entraban dentro del horario, fecha o no se encontraban en la base de datos. La muestra fue de 324 pacientes y se estudiaron las variables: Edad, sexo, diagnósticos, dispositivo que le atendió (móvil o fijo) y si necesitaron traslado hospitalario. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS.

### RESULTADOS

La media de edad de los 324 pacientes que se estudiaron fue de 35,88 +/- 22.46 años, siendo el más joven de menos de un año y el más mayor de 91 años. Las frecuencias más altas en cuanto a la edad se objetivaron en jóvenes con 19 años (3,4 %), 20 años (3,7%), 21 años (3,1%) y 34 años (3,1%). Existe un cierto predominio del sexo femenino con respecto al masculino con un 51,2% y 48,8% respectivamente. Un 88% de los pacientes acudieron al Centro de Salud para ser atendidos. El diagnóstico más frecuente

fue el de catarro de vías altas (21,9%) seguido en segundo lugar por otros diagnósticos (15,4%) donde se engloban gran diversidad de patologías (hiperglucemia, taquicardia supraventricular, hipoglucemia, fibrilación auricular,...). El segundo diagnóstico específico más frecuente es la gastroenteritis aguda con un 8,6%.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Las frecuencias más elevadas se detectaron en adultos jóvenes (3,7% tenían 20 años) y las más bajas fueron en mayores de 50 años. No existen grandes diferencias en cuanto al sexo (mujeres 51,2% y hombres 48,8%). El diagnóstico más habitual fue el de catarro de vías altas (21,9%) y el segundo diagnóstico específico más frecuente fue la gastroenteritis aguda (8,6%). La unidad fija atendió un 88% y un 15.1% de los pacientes precisó asistencia hospitalaria.

290-C

## Alteración de la repolarización: no siempre es lo que parece

Lucas Fernández C, Ruiz Rosety JM, Bravo Monge RM, Leal Muras B, Miranda Báez MC, Calvo Franch L

### INTRODUCCIÓN

El dolor torácico agudo es una de las causas más frecuentes de consulta en las urgencias extrahospitalarias. Dentro del diagnóstico diferencial encontramos múltiples posibilidades etiológicas. es fundamental sospechar la etiología, sobre todo en pacientes que precisan medidas terapéuticas inmediatas

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 37 años de edad. Antecedentes personales: exfumador, dislipemia, actualmente faringoamigdalitis en tratamiento con amoxicilina/clavulánico. Motivo de consulta: Refiere episodios de dolor torácico de 3 horas de evolución, opresivo, a nivel precordial, sin irradiación ni cortejo vegetativo, apareciendo en reposo. Exploración física: sin hallazgos significativos. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 57 lpm, ascenso del ST en cara inferior y lateral(V5-V6). Evolución: Sospechando un posible origen isquémico, se inicia tratamiento del mismo, desapareciendo el dolor y disminuyendo el ST, sin llegar a normalizarse. Traslado a hospital en ambulancia medicalizada. Ingresa en UCI con sospecha de IAM (CPK, CPK-MB y Troponinas elevadas). Pruebas complementarias: cateterismo (ausencia de lesiones coronarias). Diagnóstico definitivo: Miopericarditis Aguda.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El dolor torácico agudo representa un desafío diagnóstico, que obliga al médico a realizar un diagnóstico diferencial correcto en un breve espacio de tiempo. En urgencias extrahospitalarias, podemos llegar a un diagnóstico de presunción con los escasos recursos materiales disponibles, confirmándose posteriormente mediante técnicas diagnósticas hospitalarias. En ocasiones, a pesar de las pruebas complementarias, una patología puede presentar dudas a la hora de establecer un diagnóstico.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "pericardins", "protocols" y "primary care". 1.- Wellens HJ, Conover M. La electrocardiografía en la toma de decisiones en urgencias. 2ª Edd. Madrid: Elsevier, 2006. 2.- Winters ME, Katzen SM. Identifying chest pain emergencies in the Primary Care setting. Prim Care 2006;33:645-52. 3.- Hoit BD. Pericardial disease and pericardial tamponade. Crit Care Med 2007;35(8 suppl):S355-64.

292-C

## Tromboembolismo pulmonar como debut de cáncer de páncreas

Castillo Iglesias R, Leal Muras B, Ruiz Rosety JM

### INTRODUCCIÓN

Las causas del tromboembolismo pulmonar (TEP) pueden ser varias, en nuestro caso resultó ser una neoplasia aún no diagnosticada. Muchos estudios hablan que los tumores producen procoagulantes, supresión de agentes anticoagulantes, fibrinólisis y un daño endotelial que lleva a la hipercoagulabilidad.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 54 años, hipertenso en tratamiento con enalapril 20 mg, sin alergias ni hábitos tóxicos. Consulta por dolor en miembro inferior derecho, malestar abdominal y tos, en la exploración: aumento del perímetro del miembro inferior derecho y de temperatura sugestivo de trombosis venosa profunda (TVP), saturación de oxígeno: 91%. Se derivó a urgencias hospitalarias por sospecha de TVP con sospecha de TEP. Allí se descartó con eco-doppler, en analítica: anemia normocítica normocrómica y una hipertransaminasemia, gasometría arterial normal y no determinaron el dímero D. El paciente perdió 7 kg en 15 días por lo que se deriva a urgencias hospitalarias. Al realizarse una radiografía de tórax aparece un derrame pleural bilateral y en el TAC un TEP bilateral. En el ingreso fue diagnosticado de cáncer de páncreas con metástasis hepáticas, TEP bilateral y trombosis en vena esplénica.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El algoritmo diagnóstico de TEP según la Sociedad española de neumología y cirugía torácica es: Si probabilidad clínica baja y dímero D negativo: exclusión de TEP (valor predictivo negativo: 99%); si probabilidad clínica baja y dímero D positivo se realiza TAC torácico helicoidal si negativo se hace ecografía venosa de miembros inferiores; si sospecha moderada y dímero D negativo se individualizará; si sospecha moderada y dímero D positivo se realiza TAC torácico helicoidal si negativo, ecografía venosa de miembros inferiores; si sospecha alta se realiza TAC torácico helicoidal (sin importar el valor del dímero D) si negativo, ecografía venosa de miembros inferiores.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "trombosis", "cáncer", "atención primaria". 1.- Carlavilla Martínez AB, Castelbón Fernández FJ, García

Sánchez JI, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital 12 de Octubre. 6ed. Madrid: MSD; 2007. p 347-63. 2.- Hoyos N, García Pérez J, Sánchez S, Casanova A, Pinedo C, et al. Tromboembolismo pulmonar como presentación clínica de una neoplasia oculta. Revista de Patología Respiratoria 2006;4:181-9.

293-O

## ¿Abordamos adecuadamente las convulsiones en las Urgencias Extrahospitalarias?

Lucas Fernández C, Ruiz Rosety JM, Ruiz Rosety AE, Morán Rodríguez A, Pérez López I, Pousada Belmonte M

### OBJETIVOS

Las convulsiones representan el 2% de las urgencias médicas, y constituye un problema frecuente en los pacientes atendidos en urgencias. Objetivos: realizar un perfil sociodemográfico del paciente que consulta por convulsiones en un servicio de urgencias; analizar las derivaciones realizadas.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas de pacientes atendidos por convulsiones, por un dispositivo móvil de Atención Primaria (Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de la Janda Litoral: DCCU Janda Litoral), en un área rural de la provincia de Cádiz, durante el año 2010. Con una población total de 33.744 habitantes y una extensión de 349 Km<sup>2</sup>, distribuidos entre dos poblaciones, Vejer de la Frontera y Conil de la Frontera. Se analizan una serie de variables, como son: sexo, edad, lugar y hora de asistencia, antecedentes personales, diagnóstico definitivo y derivación del paciente.

### RESULTADOS

De un total de 1708 asistencias realizadas en el año 2010, 67 corresponden a convulsiones (4%). La franja horaria de mayor demanda de asistencia es por la tarde (15 a 00 h) en un 40,2% de los casos, seguido la mañana en el 34,3%. El lugar de asistencia es en el domicilio del paciente en el 85% de las ocasiones. En cuanto a la distribución por sexo, es de predominio femenino (53,7%) frente a los hombres (46,26%). En relación con la edad, la mayor frecuencia ocurre en niños, dentro de estos es más habitual entre los 1 y 6 años (19,40%). Seguido de 18 a 40 años (26,8%) Entre los antecedentes personales, el 56,7% presenta episodios convulsiones conocidas y un 8,9% se relacionan con neoplasias. En cuanto al diagnóstico, un 25,3% de los episodios es el primero, el 62,6% son epilépticos conocidos, Status 2,9% y Convulsiones un atípicas 1,49%. Derivación hospitalaria, 86,48% de los casos.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La epilepsia afecta a un gran número de la población general, siendo la enfermedad neurológica más frecuente. La calidad de vida del paciente con epilepsia, depende del control de sus crisis y de los efectos secundarios de la medicación, suponiendo

para muchos una repercusión en su vida diaria. La mayor parte de los pacientes solo requieren medidas de apoyo, precisando derivación hospitalaria un pequeño porcentaje. Nuestras decisiones deben interferir lo menos posible en su vida diaria.

## 296-C

### Signo de la tecla

Barba Ródenas MI, Buil Tricas B, Garbayo Martínez JL, Martínez Hernández M, Plumed Betes MJ, Larraz Andía P

#### INTRODUCCIÓN

Se denomina signo de la tecla a la deformidad reductible a nivel del tercio externo de la clavícula, que vuelve hacia arriba tras retirar la presión, como la tecla de un piano. Se produce al romperse los ligamentos acromio y coracoclaviculares, desplazándose la clavícula distal superiormente.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 35 años, sin antecedentes e interés, que sufre caída de una bicicleta sobre su hombro derecho. Presenta dolor y limitación funcional glenohumeral derecha, observándose el signo de la tecla a nivel acromioclavicular derecho. La exploración neurovascular distal es normal. Planteamos como diagnóstico diferencial, cuatro posibilidades: luxación acromioclavicular, fractura desplazada de tercio externo de la clavícula, rotura del manguito de los rotadores y luxación glenohumeral. El examen radiológico confirmó el diagnóstico de luxación acromioclavicular. Se indicó tratamiento conservador mediante inmovilización con cabestrillo durante tres semanas y rehabilitación temprana. Se recomendó evitar deportes de contacto o carga durante dos meses.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La exploración física del paciente es fundamental para el diagnóstico. El dolor con limitación funcional del hombro, nos podría hacer pensar en una rotura del manguito de los rotadores, sin embargo esta patología no presenta el signo de la tecla. En la luxación glenohumeral, el signo de la tecla es negativo, palpándose una zona blanda lateral bajo acromion por la ausencia de la cabeza humeral en su posición anatómica (deformidad en charretera). En una fractura de tercio externo de clavícula, puede ser positivo el signo de la tecla si existe rotura de los ligamentos coracoclaviculares, el estudio radiológico permitirá diferenciarlo de una luxación acromioclavicular.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "signo de la tecla", "luxación acromioclavicular", "acromioclavicular separations". 1.- Galpin RD, Hawkins RJ, Grainger RW. A comparative analysis of operative versus nonoperative treatment of grade III acromioclavicular separations. Clin Orthop 193:150-5. 2.- Fernández-Valencia JA, García S. Interpretación de exploraciones complementarias. Radiografía del hombro. Med Integral 2002;40:269-70. 3.- Peidro L. Valoración del dolor en el hombro. Dolor 2003;18:34-8.

## 298-C

### Complicación extradigestiva del reflujo gastroesofágico

Ocaña Padilla A, Calvo Rosa E, De la Rosa Carrillo D, Roca Sánchez C, Maltas Hidalgo Y, Portas Gómez M

#### INTRODUCCIÓN

El Reflujo Gastroesofágico (RGE) puede producir síntomas extraesofágicos, aún sin pirosis. El edema de aritenoides es frecuente en estos casos y puede cursar con inflamación local. Las adenopatías cervicales dolorosas, de aparición brusca, orientan hacia un origen infeccioso o inflamatorio.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 62 años, sin hábitos tóxicos, con antecedentes de dislipemia, gastritis crónica atrófica, RGE con dispepsia y pirosis crónica, sin tratamiento de mantenimiento. Consulta por molestias faríngeas sin fiebre. Refiere empeoramiento de sus síntomas digestivos en los días previos. La exploración física revela adenopatías latero-cervicales bilaterales, dolorosas, móviles. Se pautan AINES y antibiótico, pero la paciente reconsulta por disfagia, voz gangosa y disnea, siendo remitida al hospital. La Rx Tórax y la analítica sanguínea no muestran alteraciones significativas, y la exploración ORL pone de manifiesto Edema de Aritenoides. El Diagnóstico Diferencial incluye faringitis vírica, bacteriana, no infecciosa, adenitis infecciosa, adenopatías tumorales. Finalmente se estableció el Diagnóstico de Edema de Aritenoides por RGE. Fue tratada con Omeprazol y AINES, mejorando en pocos días.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Las lesiones faringo-laríngeas secundarias a RGE pueden presentarse sin síntomas digestivos hasta en un 50% de los pacientes. En este caso, la anamnesis y los antecedentes orientaron hacia el RGE como responsable del edema de aritenoides y las adenopatías reactivas. Los pacientes que presentan problemas laríngeos de posible causa digestiva, sin tener antecedentes de RGE, deben ser estudiados mediante Fibrogastroscoopia, tránsito esófago-gastro-duodenal y pH-metría de 24h (confirma el RGE). El tratamiento se basa en medidas higiénico-dietéticas y en inhibidores de la bomba de protones durante un tiempo variable (2-6 meses), según la evolución y presencia de otras complicaciones del RGE.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "gastroesophageal reflux", "arytenoid cartilage". 1.- Karkos PD, Benton J, Leong SC, Karkanevatos A, Badran K, Srinivasan VR, et al. Trends in laryngopharyngeal reflux: a British ENT survey. Eur Arch Otorhinolaryngol 2007;264:513-7. 2.- Monini S, Di Stadio A, Vestri A, Barbara M. Silent reflux: ex juvantibus criteria for diagnosis and treatment of laryngeal disorders. Acta Otolaryngol. 2006;126:866-71.

301-C

## Hipercalcemia y sospecha de neoplasia en paciente adulta

Calvo Rosa E, Ocaña Padilla A, De la Rosa Carrillo D, Bonich Juan R, Albia Real E, Portas Gómez M

### INTRODUCCIÓN

La litiasis renal cálcica es una forma de presentación frecuente del hiperparatiroidismo primario en menores de 60 años. Las alteraciones de la glándula paratiroides, aunque infrecuentes, tienen que figurar en el diagnóstico diferencial de diferentes síndromes clínicos.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 62 años con antecedentes de HTA y bocio multinodular tratado con anti-tiroideos, que acude a Urgencias con dolor cólico en fosa ilíaca derecha, náuseas y vómitos, sin fiebre, de 24h de evolución. Se orientó como primer episodio de cólico nefrítico, por presentar hematuria. Reinterrogada por su médico, refiere pérdida de fuerza en EELL y astenia generalizada los 2 meses previos. La ecografía renal fue normal; la analítica mostró función tiroidea normal, hipercalcemia (12,2), fósforo normal y PTH 200 (N 12-65). La Ecografía y gammagrafía revelaron hiperplasia de una glándula paratiroides. Tras paratiroidectomía D inferior, se normalizaron calcemia y PTH. Tras un nuevo episodio de cólico nefrítico se vuelve a detectar Calcio y PTH elevados. La Gammagrafía mostró una quinta glándula paratiroides ectópica (AP: adenoma), que fue extirpada, quedando la paciente asintomática.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Es recomendable la determinación de calcio y fósforo para el estudio de diversos síndromes clínicos. El diagnóstico diferencial de la hipercalcemia con litiasis secundaria debe incluir: aumento de absorción intestinal/déficit de eliminación: Sdme de Leche y alcalinos, Hipervitaminosis D, IRC; aumento de reabsorción ósea: Hiperparatiroidismo secundario, Tumores malignos, Hipertiroidismo, Inmovilización; fármacos: Diuréticos tiazídicos, carbonato de litio, teofilina; asociado a neoplasias: metástasis líticas, liberación proteína relacionada con PTH (PTHrP) o de calcitriol; insuficiencia suprarrenal; hipercalcemias familiares (hipercalcemia hipocalciúrica).

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "hyperparathyroidism", "aged". 1.- Conroy S et al. Primary hyperparathyroidism in the older person. Age Ageing 2003;32:571-8. 2.- Tomasella G. Diagnostic imaging in primary hyperparathyroidism. Radiological techniques: US-CAT-MR. Minerva Endocrinol 2001;26:3-12. 3.- Valle Díaz de la Guardia F et al. Renal lithiasis in patients with primary hyperparathyroidism. Evolution and treatment. Arch Esp Urol 2010;63:32-40.

302-O

## Evaluación de una intervención breve en bebedores de riesgo en su consumo de alcohol y en la evolución de los biomarcadores a largo plazo

Pizarro Romero G, López Marina V, Valle Calvet M, Alcolea García RM, Rama Martínez T, Girona Amores A

### OBJETIVOS

Las intervenciones breves (IB) son efectivas para la reducción del consumo de alcohol (CA) en bebedores de riesgo (BR), pero a largo plazo no se demostró su beneficio. Nuestros objetivos son describir la evolución del CA y los biomarcadores 9 años tras una IB en BR realizada en atención primaria.

### METODOLOGÍA

Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: 5 consultas de un equipo de atención primaria (AP) urbana. Sujetos: 26 pacientes > 17 años, BR que finalizaron en el año 2001 una IB antialcohólica de 1 año con 2 fases de seguimiento (2 y 12 meses). Variables: sociodemográficas, consumo de alcohol en unidades de bebida estándar (UBE), clasificación (abstinencia, consumo moderado o de bajo riesgo, consumo de riesgo), biomarcadores. Análisis estadístico: proporciones, media (X), desviación estándar (DE), IC [95%], t-Student para variables cuantitativas y Chi-Cuadrado para variables cualitativas.

### RESULTADOS

26 BR completaron en 2002 una IB antialcohólica de un año de duración con dos fases de seguimiento (a los 2 y 12 meses), con el objetivo de reducir el CA. A 24 de ellos (91,7%, hombres), se les evaluó en 2010 su CA. 23 (95,8%) consumían habitualmente alcohol (91,3% hombres): 10 pacientes (43,5%) tenían un consumo de bajo riesgo y 13 (56,5%) un consumo de riesgo. El consumo semanal a los 9 años de la IB era de 31,8 +/- 23,12 UBE; la disminución de BR del 42,3%, IC [95%] = 23,3-61,3%; la reducción del consumo total semanal de alcohol del 19,3% (p = 0,13). Biomarcadores (inicial-9 años, expresando el % de pacientes con la variable): VCM > 100, 12,8-13,6%; Glucemia > 110, 12,5-16,6%; Colesterol > 250, 46,1-35,3% (p = 0,04); Triglicéridos > 200, 50-35,3% (p = 0,032); GPT > 45, 29,7-27,2%; GGT > 45, 62,5-57,2%; Uratos > 7,2, 48,4-42,7 (excepto para los especificados, tenemos p > 0,05).

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Después de una IB en BR para reducir su CA realizada en AP, apreciamos una disminución no significativa pero sí clínicamente importante del consumo total semanal de alcohol y del número de BR. Tanto el Colesterol como los Triglicéridos disminuyen significativamente. GPT, GGT y los Uratos tienen una disminución no significativa, pero sí clínicamente importante. Tras la IB, curiosamente, existen más pacientes con VCM y glucemia elevadas, no siendo las diferencias significativas.

### 303-C

## Osteogénesis imperfecta no diagnosticada

Martínez Hernández M, Plumed Betes MJ, Barba Ródenas MI, Buil Tricas B, Garbayo Martínez JL, Larraz Andía P

### INTRODUCCIÓN

La osteogénesis imperfecta, más conocida como enfermedad de los huesos de cristal, es una patología rara de origen genético que se manifiesta a través de una deficiente formación del hueso y de una falta de colágeno, que genera fracturas, malformaciones óseas y problemas de movilidad.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 41 años, procedente de Argelia, que lleva viviendo en España 5 meses, acude a consulta por dolor en hipocondrio derecho desde hace 1 mes, dice que toma 3 litros de coca-cola, y 5 litros de leche al día, con antecedente personal de fractura de humero izquierdo, cadera y fémur derecho, y costillas 7ª-8ª. A la exploración física presenta una hipoacusia bilateral, escleróticas azules y laxitud ligamentosa. Abdomen con dolor en hipocondrio derecho y ligera hepatomegalia. Se sospecha de Osteogénesis Imperfecta, por la clínica con la típica tríada de Van der Hoeve: fragilidad ósea, escleróticas azules y sordera.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El diagnóstico se confirma al medir la producción de procolágena tipo I por fibroblastos dérmicos en cultivo. La coroides es especialmente visible y da a las escleróticas apariencia azulada. Diagnóstico Diferencial: Conectivopatías congénitas, enfermedad de Ehlers Danlos, fracturas, displasia ósea, fragilidad ósea. Las fracturas sanan rápidamente con evidente formación de callo y sin deformidad. La osteoporosis es marcada y la producción de escasa deformidad ósea. La recuperación de una persona depende del tipo de osteogénesis que tenga. En el caso que nos ocupa se trata de una (OI) leve, es la más común y las personas pueden tener una expectativa de vida normal.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "osteogénesis imperfecta", "escleras azules", "sordera", "fractura ósea". 1.- Raisz L. et al. Enfermedad ósea metabólica.- Osteogénesis imperfecta. En: Larsen P et al. Williams - Tratado de Endocrinología. 10ª Edic. Saunders. 2004. Pag. 1507-1509. 2.- Santili C. et al. Clinical, radiographic and laboratory evaluation of patients with osteogenesis imperfecta. Rev Assoc Med Bras 2005;51:214-20.

### 305-O

## Motivos de solicitud de PSA en ámbito de atención primaria

May Málaga LR, De Sans Flores L, Faro Colomé M, Iglesias Rodríguez M, Gutiérrez Jiménez C, Saperas Pérez C

### OBJETIVOS

Analizar los motivos de solicitud de PSA (Prostate-specific Antigen) en Atención Primaria (AP), profesional que realiza dicha solicitud, conocer el porcentaje de PSA patológico y la actitud del médico de atención primaria (MAP) ante PSA patológico.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal, en pacientes adscritos a dos centros de salud urbanos a los que se solicitó PSA durante el periodo entre 1/01/08 y 30/06/08. Se incluyeron a hombres mayores de 15 años con al menos una determinación de PSA durante ese periodo. Se excluyeron a pacientes que vivían en residencias y los controlados por médico privado. Como fuente usamos el OMI-AP y analíticas extraídas del laboratorio de referencia. Variables: edad, sexo, motivo de solicitud PSA, antecedentes familiares (AF) y antecedentes personales (AP) de patología prostática, PSA y rango, seguimiento por parte del MAP. Análisis estadístico con SPSS v.17.

### RESULTADOS

633 pacientes Edad media: 63,9 +/- 11.8. Rango: 72 (20-92) Motivos principales de solicitud: cribaje: 37,9%, AP HBP 14,2%, Prostatismo 11,2% MAP (496) 78.4% (cribaje 29,8%, Sdr.Prostático 13,9%, AP HBP 13,3%, no consta 21,8%). Enfermería (122) 19,3% (cribaje 73,0%, AP HBP 18,0%). Urologo (14) 2,2% (control cáncer de próstata 21,4%, cribaje 21,4%, AP HBP 14,3%, otros 35,7%) PSA media: 2,6 +/- 11,5 ng/dl. Rango: 0,0-279,0 ng/dl Rangos de los PSA: < 4 (556) 87,8%; 4-10 (65) 10,3% ; > 10 (12) 1,9%. PSA > 4 en solicitudes por cribaje: PSA 4-10 (15) 6.3%, PSA > 10 (3) 1.3% Actitud que sigue MAP con PSA patológico: PSA 4-10: Ecografía (13) 39,4%; derivación a urología (15) 45,5%; derivación a Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR)(4) 12,1% y otros (1) 3,0% PSA > 4: derivación a urología (5) 50,0%; derivación a UDR (5) 50,0%

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El MAP es el principal solicitante de PSA, mientras que el segundo productor de solicitudes es enfermería y 7 de cada 10 era por cribaje. Sólo un 12% de los PSA solicitados tenían un valor patológico, que se reduce a un 7.6% cuando es por cribaje. El bajo impacto de la mortalidad por cáncer de próstata precoz, pone en duda el uso del PSA como cribaje y en nuestro caso podemos ver como la gran mayoría de solicitudes son por este motivo.

### 306-O

## ¿He perdido el control de mi vida!

Angulo Fernández de Larrea B, Cordero Guevara J, Millán Ibáñez R, Álvarez Álvarez V, Moreno Fuentes R, García García R

### OBJETIVOS

Comparar la sobrecarga en los cuidadores de enfermos de Alzheimer, cuyo familiar enfermo permanece todo el día en su domicilio, valorando distintos puntos de la Escala de Zarit, en los cuidadores que comparten domicilio, frente a los que se responsabilizan del cuidado desde otro domicilio.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Se estudiaron 57 cuidadores de enfermos con Alzheimer que acudieron a una consulta de Neurología, y que no recibían tratamiento en Centro de Día ni Talleres de Memoria. Se les pasó la Escala de Zarit y una sociofamiliar. Sus cuidadores no tenían relación con otros cuidadores ni con Asociaciones de Familiares de Enfermos. Definimos Alzheimer como la enfermedad degenerativa cerebral, con síntomas a nivel cognitivo, funcional y del comportamiento. Denominamos cuidador al familiar que presta cuidados al enfermo, se reconoce como tal durante la entrevista, y no percibe compensación económica por esta actividad. Análisis estadístico con SPSS.

## RESULTADOS

Participaron 57 cuidadores (35 mujeres y 22 varones) y edades comprendidas entre 39 y 88 años (edad media de 61.49, Desv. 13.7). El GDS de nuestros enfermos de Alzheimer osciló entre un defecto cognitivo leve, hasta uno muy grave con GDS entre 3 y 7 (GDS medio 4,5). La Escala de Zarit consta de 23 ítem que se responde con: Nunca (1) Casi nunca (2) A veces (3) Frecuentemente (4) Casi siempre (5). Estudiados los ítems 17,18 y 20 la media de las puntuaciones de los cuidadores que comparten domicilio con el enfermo frente a los que viven en otro, son las siguientes: ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó? 2.56 – 1.61 ( $p=0.007$ ). ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar paciente a otra persona? 1.56 – 2.38 ( $p= 0.09$ ): ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar? 1.48 – 2.33 ( $p=0.003$ ).

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Estudiados cuidadores sin relación con otros cuidadores ni con Asociaciones de Familiares de Alzheimer descubrimos que aquellos que reconocen que más frecuentemente han perdido el control de su vida y sienten que no deberían hacer más por sus familiares son los que viviendo en el mismo domicilio que el enfermo no desean encargar el cuidado de su familiar a otra persona. Este grupo se beneficiaría de ayudas para mantener los cuidados, prevenir su claudicación y el internamiento del enfermo.

307-C

## ¿Qué hacer con el hiperfrecuentador?

Melgosa Moreno MS, Priede Díaz MI, López Robles E, Rodríguez Saiz C, Gómez Valdés M, Pellico López MA

## INTRODUCCIÓN

El paciente hiperfrecuentador es nuestro, no lo olvidemos ; no sirve derivarle a otros especialistas.Su especialista es el médico de Familia.

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 39 años, hipertenso, obeso y diabético. Desde hace más de seis años, acude a consulta la mayor parte de los

días, y muchos de estos, hasta cuatro veces. Los motivos por los que acude son varios, cefalea, ansiedad, dolor torácico y/o de hombro. Rara vez se le diagnostica patología. El paciente indica al profesional la medicación que se le debe administrar; en caso de no poner el fármaco indicado por él, éste se enfada y se marcha, pero vuelve a las pocas horas insistiendo en que se le ponga determinada medicación. Los profesionales han empleado diferentes estrategias, para disminuir el número de consultas que realiza; han tratado de hacer educación para la salud con el paciente, han concertado diversas citas con él, han empleado diferentes placebos y/o fármacos, y le han derivado a diversos especialistas. A pesar de todo el paciente sigue acudiendo con la misma frecuencia.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Los médicos de Familia, tenemos que saber que somos los especialista de los pacientes hiperfrecuentadores. Debemos aceptar los sentimientos que en nosotros despiertan y mostrarles siempre una actitud basada en el respeto y la amabilidad; hay que evitarles situaciones que puedan violentar su intimidad (largas esperas, interrupciones en la consulta...) .Tampoco medicarles, salvo que sea estrictamente necesario. Tenemos que establecer con este tipo de pacientes objetivos concretos y asumibles, que nos marquen la pauta a seguir. Olvidemos que la relación terapéutica, vaya a ser perfecta. Y por supuesto no les derivaremos a otros colegas porque volverán a nosotros.Somos sus especialistas.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUDA BIBLIOGRÁFICA

Palbras- clave: "hiperfrecuentador", "paciente difícil". 1.- Grau G, Cebrià J, Casas O, Segura J, Corbella S, Castellví E, et al. La hiperfrecuentación: un síndrome que requiere tratamiento (I). Med Integr 1998;31:280-6. 2.- Llorente S, López T, García LJ, Alonso M, Alonso P, Muñoz P. Perfil del hiperfrecuentador en un centro de salud. Aten Primaria 1996;17:100-6.

308-O

## Hay que tomar más el sol

Simón Serrano B, Matia Cubillo AC, Cordero Guevara J, Romero Hernández E, Gómez Merino FJ, García Marina ML

## OBJETIVOS

Principal: Determinar la prevalencia de déficit de vitamina D en personas mayores institucionalizadas. Secundarios: Establecer si existen diferencias por sexo; valorar la presencia de hiperparatiroidismo secundario.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Población de personas >65 años institucionalizadas de un Centro de Salud rural. Recogida de datos mes de Julio del 2010. Variables: sociodemográficas (edad y sexo), nivel de vitamina D3 y Parathormona (PTH)en suero. Análisis estadístico: programa estadístico SPSS. Se obtuvieron los valores medios

y desviaciones estandar de las variables con intervalo de confianza del 95% para las cuantitativas y tabla de frecuencias para las cualitativas; se llevó a cabo un análisis bivariente, la comparación de porcentajes se realizó mediante test de  $X^2$ , y la de medias con la t de Student, correlación de Pearson y ANOVA con un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

34 pacientes. Un 14,7% tomaban suplementos de calcio con vitamina D. Edad media  $84,2 \pm 7,4$  años, con un rango de edades de 67 a 97 años. El 47,1% varones y 52,9% mujeres. Media del nivel de Vitamina D3  $12,6 \pm 4,4$  ng/ml y de PTH  $62,1 \pm 32,3$   $\mu$ mol/ml. El 38,2% de ellos tuvieron niveles bajos de Vitamina D3 y el mismo % niveles altos de PTH, el 14,7% de ellos presentaron un hiperparatiroidismo secundario. En el análisis bivariente no hubo diferencias significativas en los valores de Vitamina D3 y PTH por edad ni sexo. No se encontró asociación significativa entre los niveles bajos de vitamina D3 y elevados de PTH.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La prevalencia del déficit de vitamina D3 en personas mayores institucionalizadas aunque elevada (38.2%), es mas baja que la descrita en otros estudios, y no se justifica por los suplementos de calcio y vitamina D. Sería conveniente valorar la ingesta de lácteos y el grado de exposición solar como factores que pueden influenciarlo. No se han observado diferencias en los niveles de vitamina D y PTH por edad ni por sexo. Del 38,2%, el 14,7% tuvieron un hiperparatiroidismo secundario.

### 309-O

## Puntos clave de la sobrecarga en cuidadores de enfermos de Alzheimer asociados

Angulo Fernández de Larrea B, Cordero Guevara J, Goñi Imizcoz M, De las Heras Balbás V, Sanz Rodríguez C, Cartón López JC

### OBJETIVOS

Analizar la sobrecarga en cuidadores de enfermos de Alzheimer, cuyo familiar recibe tratamiento en Asociación de familiares (Talleres ocupacionales o Centro de Día) utilizando la Escala de Zarit. Comparar la situación de los cuidadores que viven en el mismo domicilio, frente a la de los que se responsabilizan desde otro.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Se estudia cuidadores de enfermos de tres Asociaciones de Familiares de Enfermos con Alzheimer, dentro de un estudio comparativo de la sobrecarga, mediante escalas de Zarit y Sociofamiliar. Los cuidadores tenían relación con las Asociaciones y todos los enfermos acudían a Centros de Día o Talleres específicos, con GDS entre 3 y 7. Definimos Alzheimer como enfermedad degenerativa cerebral, con síntomas a nivel cognitivo, funcional y del comportamiento; cuidador es el familiar que presta los cuidados y se responsabiliza del enfermo y se reconoce

como tal durante la entrevista, no percibiendo compensación económica por esta actividad. Análisis SPSS.

## RESULTADOS

De 116 cuidadores, 37 eran varones y 79 mujeres, con edades comprendidas entre 23 y 85 años (edad media: 59.5, Desv. típ. 13.5). Los enfermos tenían estadios evolutivos entre 3 y 7 (GDS medio: 4.9, Desv. típ 1.19) y vivían en el mismo domicilio 88 frente a 28 en otro. El Zarit consta de 23 enunciados que se puntúan desde: Nunca (1) Casi nunca (2) A veces (3) Frecuentemente (4) y Casi siempre (5). Los cuidadores que comparten domicilio, sienten que su familiar depende de ellos con 4.7 puntos frente a los 4.0 de los que viven en otro ( $p=0.00$ ). Sienten que su salud ha empeorado a causa de su familiar con 2.48 puntos los que viven en el mismo domicilio frente a 1,89 puntos de los que viven en otro ( $p=0.04$ ) Sienten que no van a ser capaces de cuidar a su familiar mucho tiempo más con 2.29 puntos de los que viven en el mismo domicilio frente a 1,82 de los que viven en otro ( $p=0.03$ ).

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los cuidadores de enfermos de Alzheimer (con estadios evolutivos medios-graves), que comparten domicilio, frecuentemente reconocen que su salud ha empeorado, sienten que su familiar depende de ellos y creen que no van a ser capaces de cuidar a su familiar durante mucho tiempo más. El apoyo personalizado a estos cuidadores es una actividad necesaria, que en las Asociaciones de familiares encuentran respuesta.

### BIO-C

## Tendinitis del tendón de Aquiles secundaria a levofloxacino

Merino Muñoz M, Clemos Matamoros S, Sanz Gálvez M, Martínez Hernández M, Pérez Feito D, Sorinas Delgado N

### INTRODUCCIÓN

La tendinitis del tendón de Aquiles secundaria a toma de quinolonas, se considera de mecanismo desconocido. Se ha sugerido un mecanismo de toxicidad directa sobre las fibras de colágeno así como cambios histopatológicos consecuencia de un proceso isquémico. Se presenta un caso de dicho proceso.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 73 años, antecedentes de bronquitis crónica con 2-3 reagudizaciones al año. A tratamiento crónico con Budesonida/Formoterol, Teofilina y Montelukast. Consulta por cuadro de tos no productiva, sin fiebre, de varios días. En la exploración se objetiva normoventilación con roncus aislados. Se diagnostica de Bronquitis Aguda y se instaura tratamiento con Levofloxacino 500 mg, urbasón y omeprazol. A los 12 días de inicio del tratamiento nos consulta por dolor en ambos talones, al caminar, sin recordar traumatismo previo. Se objetiva edema y dolor a la palpación en ambos tendones de Aquiles. Se instaura tratamiento con Ibuprofeno y recomendamos reposo y ver evolución.

El paciente consulta de nuevo por limitación importante para la deambulación secundaria al dolor. Remitimos a servicio de Urgencias de Hospital de referencia para valoración.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Fue evaluado por traumatólogo de guardia quien tras exploración del paciente diagnostica el cuadro como Tendinitis bilateral del Tendón de Aquiles, iniciando tratamiento con diclofenaco 50 mg cada 12 horas y fisioterapia. Persistió dolor importante durante dos semanas, con disminución progresiva de éste y recuperación completa al cabo de 3 semanas.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "Achilles tendonitis". 1.- Saltzman CL, Tearse DS. Achilles tendon injuries. J Am Acad Orthop Surg 1998;6:316-25. 2.- Kvist M. Achilles tendon injuries in athletes. Ann Chir Gynaecol 1991;80:188-201. 3.- Lysholm J, Wiklander J. Injuries in runners. Am J Sports Med 1987;15:168-71.

313-0

## La despensa de un paciente con EPOC o asmático

Blázquez Álvarez J, Andérica Alejo E, Garcés Egea G, Izquierdo Ros MT, Buendía Marín D, Alfaro González JV

### OBJETIVOS

Valorar la necesidad de formación de los médicos de Atención Primaria (AP) motivados en el área de respiratorio en el manejo de Asma, EPOC, Rinitis, Sinusitis. Secundariamente, conocer la necesidad que manifiestan en ser formados en la prescripción y uso correcto de inhaladores

### METODOLOGÍA

-Diseño: estudio epidemiológico prospectivo, con intervención, de 44 médicos motivados en el área de respiratorio de 28 centros de salud de Murcia, Cartagena y Lorca. -Criterios de selección: Se han incluido a todos los que asistieron al curso de educadores en asma y aceptaron realizar la encuesta. -Tipo de intervención: Autoadministración del cuestionario para valorar la necesidad de formación de los profesionales de AP en el manejo de las enfermedades respiratorias. -Parámetros y variables: Evaluar que tipo de dispositivos de inhalación y frecuencia con la que los médicos de AP reevaluamos los dispositivos que posee el paciente así como la correcta técnica inhalatoria

### RESULTADOS

De los ocho tipos disponibles incluidos en la encuesta los dispositivos mas prescritos por los médicos de familia son los dispositivos de polvo seco multidosis turbuhaler en un 52,27 % seguidos de los multidosis accuhaler en un 47,72% , y de los dispositivos aerosoles convencionales un 36,36%. Reseñar que solo se prescribe

cámara de inhalación el 18,18% de los encuestados De nuestro estudio obtenemos que el 40.9% del total de encuestados motivados, rara vez, realiza una reevaluación de la técnica inhalatoria de los inhaladores, que son prescritos tanto por el médico de AP como por los Servicios de Urgencias así como la mayoría de profesionales no supervisa la técnica de inhalación de dichos dispositivos.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La mayoría de profesionales sanitarios no educamos a nuestros pacientes en la correcta técnica inhalatoria, con lo cual, queda en segunda línea el tipo de inhalador escogido por el médico, pues el resultado va a depender en gran medida de un aprendizaje correcto adecuado a cada tipo de paciente Se observa que un 86,4% de los profesionales encuestados casi nunca reevalúa los dispositivos que el paciente almacena tras cierto tiempo de peregrinaje por diversos puntos de Urgencias.

315-0

## ¿Espiro... qué?: una técnica diagnóstica en atención primaria

Andérica Alejo E, Garcés Egea G, Blázquez Álvarez J, Izquierdo Ros MT, Buendía Marín D, Alfaro González JV

### OBJETIVOS

Valorar la necesidad de formación de los médicos de Atención Primaria (AP) motivados en el área de respiratorio en el manejo de Asma, EPOC, Rinitis, Sinusitis. Secundariamente, conocer la necesidad que manifiestan en ser formados en la prescripción y uso correcto de inhaladores.

### METODOLOGÍA

-diseño: estudio epidemiológico prospectivo, con intervención, de 44 médicos motivados en el área de respiratorio de 28 centros de salud de Murcia, Cartagena y Lorca. -criterios de selección: Se han incluido a todos los que asistieron al curso de educadores en asma y aceptaron realizar la encuesta. -tipo de intervención: Autoadministración del cuestionario para valorar la necesidad de formación de los profesionales de AP en el manejo de las enfermedades respiratorias. -parámetros y variables:

Evaluamos qué aspectos del asma/EPOC se sienten más formados: anatomo-fisiológicos, epidemiológicos, espirometría, tratamiento farmacológico/no farmacológico, seguimiento y continuidad de cuidados.

### RESULTADOS

Según nuestro estudio, un 43% de los médicos encuestados sabe bastante o mucho acerca de la espirometría y su interpretación en el paciente EPOC. El resto, un 57%, sabe algo, poco o nada (un 9% no sabe nada). En el caso del ASMA, solo el 32% sabe interpretar una espirometría. Un 66% sabe poco, algo o nada.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Menos de la mitad de los médicos motivados en el área de respiratorio sabe interpretar bien una espirometría. Si nos vamos

al resto de profesionales de AP (la mayoría, no tan interesados) suponemos un resultado menor. Vemos la importancia y la necesidad de mostrar que es interesante e importante realizar espirometrías en AP, que correctamente realizadas y bien interpretadas, nos aportan más autonomía, y nos facilita el diagnóstico y seguimiento de enfermedades tan relevantes como el asma y EPOC

317-0

### Evolución de las intoxicaciones agudas por drogas ilícitas asistidas en Urgencias del Hospital Doce de Octubre de Madrid (1979-2009): Estudio VEIA 2009

Gómez González C, Roldán Gómez M, Aragão Soares Homem AC, Dorado Pombo S, Caballero Vallés PJ

#### OBJETIVOS

Presentar las variaciones epidemiológicas de las IAD en el periodo 1979-2009. Divulgar VEIA y estimular el interés de los médicos generales y de familia por las IAD; patología para la que somos requeridos en primera instancia o seguimiento y cuyos patrones evolutivos se definen en el estudio VEIA

#### METODOLOGÍA

Revisión de las historias clínicas de pacientes asistidos por IAD en los meses de enero y febrero de 2009 registrando edad, sexo, droga y asociaciones, intencionalidad, antecedentes y posterior destino. Los resultados se comparan con los de las mismas fechas de años anteriores del estudio VEIA (1979, 85, 90, 94, 97, 2000 y 2004). Es un estudio transversal en el que se aplican técnicas de estadística descriptiva básicas cuyos resultados se comparan con chi cuadrado.

#### RESULTADOS

Se han estudiado 24.767 urgencias y recogido 38 IAD (0.15%) 32 hombres y 6 mujeres cuyas medias de edad son  $35 \pm 10$  y  $32 \pm 9$  respectivamente. La cocaína afecta a 27 casos, seguida de cannabis con 10; heroína 7, metadona 4, ketamina; 2 y un caso anfetaminas y GHB. Hay 32% de poli-consumo y asociación drogas y alcohol 58 % (90% hombres) y a medicamentos 23% (50% de las mujeres) La vía aérea 71% (fumada 39% esnifada 32%) Fin lúdico 89% suicida 8%. Reincidencia 16% y un caso de agresión.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La incidencia crece 23% El número de mujeres duplica el de 2004. Sube la media de edad 5 años. Los casos en menores de 25 años, que serían la entrada a la serie, corresponden al 34% y los mayores de 35 años el 39%. Cocaína y cannabis aumentan sin significación. Este último se asocia al poli-consumo y son las otras drogas la causa del ingreso. Aparecen drogas nuevas como ketamina y GHB y sorprende el descenso de anfetaminas. Suben los casos de heroína, quizás por la crisis económica.

320-0

### Control de las cifras tensionales de los pacientes hipertensos de un centro de salud

Campillos Páez MT, Santamaría Calvo YC, Garrote Peñuelas MJ, Jiménez Díaz R, Sánchez de la Nieta Martín JM, Campillos Páez MA

#### OBJETIVOS

Incuestionable Hipertensión Arterial (HTA) como factor de riesgo y su coste en salud. Queremos analizar el grado cumplimiento de las cifras tensionales en la población hipertensa de un centro de salud, de acuerdo con las recomendaciones de la cartera de servicios del servicio sanitario.

#### METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Descriptivo transversal. Localización: Atención Primaria. Sujetos: Pacientes diagnosticados de HTA incluidos en la cartera de servicios del centro de salud de estudio. Intervención: se analizarán las historias clínicas informatizadas de 150 hipertensos (muestreo aleatorio simple, una historia de cada 20 hipertensos). Analizaremos edad, sexo, otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV), medidas de la tensión arterial (TA) en el año 2010, grado de control de TA y el tratamiento farmacológico que sigue el paciente. Análisis estadístico SPSS 15.0.

#### RESULTADOS

80 varones (53.3%) 70 mujeres (46,7%). Edad media 66 años (desviación estándar 12) Factores riesgo cardiovascular (FRCV) asociados: HTA como único FRCV: 22 (14,8%); HTA + obesidad: 17 (11.3%); HTA + dislipemia: 24 (16%); HTA + diabetes mellitus: 35 (23.3%); 3 o más FRCV: 52 (34,6%). Enfermedad cardiovascular establecida: Sí 54 (36%) No 96 (64%). Número tomas de tensión arterial (TA) en 2010: Ninguna 29 (19,3%); 1: 25 (16,6%); 2: 64 (42,8%); 3: 18 (12%); 4 o más: 14 (9,3%). Grado control de TA: TA  $< 0 = a$  140/90 (objetivo en no diabéticos y/o sin enfermedad cardiovascular conocida, total 71 pacientes): SI 36 (50,7%) NO 35 (49,3%); TA  $< 0 = a$  130/80 (objetivo en diabéticos y/o enfermedad cardiovascular establecida, total 79 pacientes): SI 35 (44.3%) NO 44 (55.7%). Tratamiento farmacológico: Sí 142 (94.6%) No 8 (5.4%).

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Detectamos un campo de mejora al constatar un mal control de las cifras TA en los pacientes hipertensos de nuestro centro de salud. Debemos recordar a los sanitarios la necesidad de un control óptimo de este FRCV y para ello tenemos varias posibilidades de actuación: sesiones informativas para sanitarios y pacientes; carteles, folletos; flash en historia clínica; potenciar hábitos de vida saludables; reevaluación del tratamiento (cumplimiento, indicación de prescripción...).

## 321-0

### ¿Vacunamos a nuestros pacientes portadores de hepatitis C?

Herrero Alonso C, Herranz Fernández M, Pablos Herrero E, Perallón Solans N, Tomás Lachos M, Carmona Segado JM

#### OBJETIVOS

Determinar el porcentaje de pacientes portadores del virus de la hepatitis C (VHC) que han sido vacunados contra el virus de la hepatitis B (VHB) durante un periodo de un año (desde octubre del 2008 hasta octubre del 2009) y el porcentaje de vacunaciones completas en el mismo periodo de tiempo.

#### METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio transversal retrospectivo en la población de un Área Básica de Salud de una población semiurbana durante un periodo de tiempo comprendido entre octubre del año 2008 hasta octubre del año 2009. Se han estudiado las siguientes variables: total pacientes diagnosticados del VHC vacunados contra el VHB, pacientes diagnosticados del VHC con vacunación contra el VHB completa y pacientes diagnosticados del VHC con vacunación contra el VHB incompleta.

#### RESULTADOS

La prevalencia de vacunación contra el VHB en pacientes diagnosticados del VHC fue del 37%; de ellos el 65% fueron vacunados de forma completa y el 35% de forma incompleta. Por tanto, la prevalencia media de vacunación completa contra el VHB fue del 24% de vacunación incompleta del 13%.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos, progresivamente nos acercamos al objetivo de conseguir el máximo porcentaje de vacunación contra el VHB en pacientes diagnosticados del VHC dada la elevada incidencia de hepatitis fulminante y mortalidad por hepatitis en aquellos pacientes que presentan una enfermedad hepática crónica, como son los pacientes portadores del VHC. Por ello debemos realizar la vacunación sistemática contra el VHB en todos aquellos pacientes portadores del VHC.

## 322-0

### Índice tobillo-brazo y función score: calculando el riesgo cardiovascular

Medina Abellán MD, Pereñíguez Barranco JE, Muñoz Arranz C, Gómez Liarte AB, González Albert A, Guillamón Torrano J

#### OBJETIVOS

El índice tobillo-brazo (ITB) presenta alta sensibilidad y especificidad para detectar enfermedad arterial periférica, si es patológico

asocia un mayor riesgo de arterioesclerosis. El SCORE estima el riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares. Valoramos si ITB y SCORE son comparables.

#### METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal. Siguiendo una metodología de calidad, se obtiene una muestra de 70 pacientes con edades comprendidas entre 30 -80 años. Quedan excluidos aquellos pacientes con diagnóstico previo de enfermedad arterial periférica. Recogemos datos de tensión arterial, colesterol en analítica de una antigüedad menor de 6 meses, tabaquismo activo. Se realiza índice tobillo-brazo mediante eco-doppler y cálculo de riesgo cardiovascular mediante la tabla SCORE.

#### RESULTADOS

El 54,29% de los sujetos son hombres, con edad media 68,31 años. El 51,43% son diabéticos, el 78,57% son hipertensos, el 72,86% son dislipémicos. El 72,86%, según su IMC, son obesos. El 17,14% es fumador activo. El 5,71% de los sujetos es diabético, hipertenso, dislipémico, obeso y fumador activo. El 12% de los sujetos presenta un índice tobillo-brazo patológico (menor de 0,9) y el 35% presenta un riesgo cardiovascular alto según la tabla SCORE (mayor del 5%). El 58% de los sujetos presenta índice tobillo-brazo normal y no presenta un riesgo cardiovascular alto según SCORE. El 4,2% presenta ITB menor de 0,9 y un riesgo de muerte cardiovascular en los próximos 10 años superior al 5%.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La diferencia en la clasificación de los sujetos según el índice tobillo-brazo y SCORE se debe a que ambos están basados en distintos objetivos finales y por tanto no son equivalentes. La estimación del riesgo cardiovascular es un paso fundamental a la hora de decidir la necesidad de instaurar medidas de prevención y de establecer su intensidad.

## 324-0

### Correlación del test CHADS2 y el tratamiento de fibrilación auricular en atención primaria

Muñoz Arranz C, Guillamón Torrano J, Medina Abellán MD, Gómez Liarte AB, González Albert A, Pereñíguez Barranco JE

#### OBJETIVOS

Conocer si los pacientes con fibrilación auricular están antiagregados o anticoagulados de acuerdo al índice de CHADS2.

#### METODOLOGÍA

El CHADS2 es un método de estratificación del riesgo de ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Insuficiencia cardíaca, edad superior 75 e hipertensión cada uno de ellos sumaría un punto y 2 si se trata de ictus o AIT. Una puntuación de 0 es un riesgo bajo por lo que estaría indicado antiagregar, si obtenemos 1 punto el riesgo es de bajo a moderado y habría que valorar; si suman 2 o más,

el riesgo es moderado, alto o muy alto siendo necesario, salvo contraindicaciones, la anticoagulación. Es un estudio descriptivo, observacional y transversal. Con metodología de garantía de calidad, seleccionamos 90 pacientes, registrando: puntuación de CHADS2 y el tratamiento prescrito.

## RESULTADOS

La muestra está formada por un 70% de varones; el 46,6% de los pacientes eran mayores de 75 años. Habían presentado un episodio de ictus previo en los últimos seis meses el 10%. El 16,6% habían sido diagnosticados un algún tipo de cardiopatía (no valvular). En cuanto al tratamiento en el momento de la revisión, el 43,3% están anticoagulados con warfarina y antiagregados en un 3,3% con clopidogrel y en un 30% con ácido acetilsalicílico, sin tratamiento el resto de los pacientes revisados. Según los datos del índice de CHADS2 el 66,6% debería haber estado anticoagulado, el 16,6% antiagregado y el resto (16,8%), indistintamente. Observamos que en el 53,4% de los casos, existe discordancia entre el tratamiento actual y los criterios del índice de CHADS2.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

En más de la mitad de los casos revisados en nuestro centro de salud no hay concordancia entre los criterios del índice CHADS2 y el tratamiento prescrito. Así pues, consideramos fundamental conocer el riesgo cardioembólico para poder adecuar el tratamiento anticoagulante o antiagregante en nuestros pacientes diagnosticados de fibrilación auricular.

### 325-C

## Anomalías parciales de las venas pulmonares

Lovatón Villena G, Saperas Pérez C, Griñó Guimerá A

### INTRODUCCIÓN

Las anomalías de las venas pulmonares (AVP) se deben a una alteración precoz del desarrollo embrionario de las venas pulmonares, pueden ser totales o parciales. Las AVP parciales son generalmente asintomáticas aunque ocasionalmente debutan en el adulto.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 39 años sin antecedentes patológicos que consultó por dolor torácico atípico de 24 horas de evolución y disnea de grandes esfuerzos de un año de evolución. A la exploración presentaba hipofonesis del pulmón derecho y dolor a la palpación de epigastrio. Exploraciones complementarias: Radiografía: elevación de hemidiafragma derecho. TAC torácica con contraste: shunt entre la vena pulmonar superior izquierda y el tronco venoso braquiocefálico izquierdo, dilatación de la vena cava superior. Toracoscopia: parálisis diafragmática. Ecocardiograma: hiperflujo pulmonar por shunt arterio-venoso pulmonar, dilatación de cavidades derechas sin hipertensión pulmonar. Fibrobroncoscopia: estenosis de bronquio lobar inferior derecho, aspecto de compresión extrínseca. Con el resultado de las pruebas y el diagnóstico de shunt por AVP fue valorado por cardiología, desestimando la cirugía.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Debido a su baja frecuencia y síntomas sutiles, la correcta valoración de las pruebas complementarias es esencial para el diagnóstico. La RM es la prueba ideal para la evaluación de las AVP. En la ecocardiografía puede verse dilatación de las venas sistémicas distales que conectan con las venas pulmonares. El tratamiento puede ser médico, si existen signos de fallo cardíaco, o quirúrgico en caso de evidencia de sobrecarga de volumen del ventrículo derecho o alteraciones del parénquima pulmonar asociadas. La mortalidad quirúrgica para la reparación de la mayoría de las AVP parciales es casi nula. El resultado funcional es excelente con desaparición de los síntomas en casi todos los casos.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "congenital abnormalities", "pulmonary veins", "embriology". 1.- Castañeda, J, Mayer H. Anomalies of Pulmonary Veins. "Cardiac Surgery of Neonates and Infant". WB Saunders ed, Philadelphia 1994. 2.- El Bardissi AW, Dearani JA, Suri RM, Danielson GK. Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, USA. Left-sided partial anomalous pulmonary venous connections. Ann Thorac Surg 2008;85:1007-14.

### 327-O

## Test de las fotos: tras la pista de la demencia

Guillamón Torrano J, González Albert A, Gómez Liarte AB, Muñoz Arranz C, Medina Abellán MD, Pereñíguez Barranco JE

### OBJETIVOS

Conocer los posibles casos sin diagnosticar de deterioro cognitivo o demencia, existentes en nuestras consultas.

### METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo, transversal y observacional. Se seleccionan 68 pacientes mediante metodología de calidad. El test evalúa la capacidad de recordar 6 elementos que previamente se le han mostrado al sujeto y se le ha pedido que nombre; entre denominación y recuerdo se inserta una tarea de fluidez verbal en la que el sujeto debe evocar nombres de personas agrupadas por sexo. El punto de corte para deterioro cognitivo una puntuación entre 27 y 29, y para demencia < 26. El test presenta una sensibilidad del 93% y una especificidad del 80% para el deterioro cognitivo.

### RESULTADOS

El 55,9% de los sujetos son mujeres, el 42,6% de los encuestados tenían una edad comprendida entre los 60 y los 70 años. De los 68 pacientes que realizaron el test de las fotos, 11 de ellos obtuvieron una puntuación entre 27 y 29 (16%) y otros 15 obtuvieron una puntuación <26 (22%), sugerente de demencia.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El Fototest es un test muy breve, fácil, aplicable a analfabetos y no influenciado por variables educativas que tiene una adecuada utilidad diagnóstica y validez para la identificación de demencia y deterioro cognitivo en condiciones de práctica clínica habitual.

### 328-C

## Duda diagnóstica en un posible caso de síndrome de Gianotti-Crosti

Alás Brun RM, Linares Fano MA, Gurbindo Arana CJ, Esquisabel Anso S, Azcárate San Miguel MJ, Rodríguez Nieto MT

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Gianotti-Crosti o dermatitis acropapulosa infantil es una dermatosis infradiagnosticada considerada una reacción cutánea a distintos virus, bacterias o a algunas vacunas. Sus manifestaciones clínicas (cutáneas, hepáticas, etc.) varían en función de las características del paciente.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Niño de 2 años y 8 meses valorado días antes por infección respiratoria de vías superiores que acude por presentar, desde hace 3 días, erupción papulo-vesiculosa no pruriginosa en muslos, nalgas y costado izquierdo. El exantema es simétrico y confluyente en cara interna de muslos. Interpretada como infección bacteriana cutánea se administra mupirocina. Sin mejoría a los 10 días, es derivado al dermatólogo con sospecha de Síndrome de Gianotti-Crosti, quien lo descarta por la afectación del tronco, diagnosticándolo de eczema generalizado y pautando cefadroxilo, dexclorfenilamina y deflazacort, con mejoría clara en la revisión de los 15 días. No obstante, persisten algunas lesiones maculares y pápulas mínimas, por lo que es diagnosticado de dermatitis atópica. La analítica general es normal y la serología de hepatitis B negativa. La piel recupera su aspecto habitual al cabo de 5 semanas.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Dado el carácter autolimitado del Gianotti-Crosti, debe tenerse en cuenta ante una consulta por erupción exantemática simétrica en niños entre 3 meses y 12 años, especialmente en aquellos con antecedentes de atopia e infección viral respiratoria o digestiva reciente, lo que permitiría no iniciar tratamientos innecesarios. El diagnóstico es clínico: exantema característico monomorfo pápulo-vesicular de color entre rosado y rojizo oscuro que afecta de forma simétrica a la superficie extensora de las extremidades, nalgas y cara, con o sin afectación hepática. Aunque el dermatólogo descartó el diagnóstico por la afectación troncal, la bibliografía confirma que su existencia no es excluyente.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "Gianotti-Crosti", "diagnóstico". 1.- Chuh AA. Truncal lesions do not exclude a diagnosis of Gianotti-Crosti syndrome.

Australas J Dermatol 2003;44:215-6. 2.- Guerrero-Fernández J. Casos pediátricos on-line. <http://www.webpediatrica.com> Julio 2007. 3.- Conejo-Mir J, Moreno JC, Camacho FM. Manual de Dermatología. Aula Médica S. L. Madrid 2010. 4.- Avellaneda A, Izquierdo M. <http://es.scribd.com/doc/6641299/Sindrome-de-Gianotti-Crosti>. Instituto de Salud Carlos III. Diciembre 2003.

### 329-C

## Dificultad idiomática y dolor abdominal: una mezcla explosiva

Quesada Almacellas A, Molló Iniesta MA, Calderó Solé M, Llovet Font R, Falguera Vilamajó M, Llardén García M

### INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es una de las patologías con mayor diagnóstico diferencial en la consulta médica. Nuestra dificultad es detectar signos de alarma, porque no siempre resulta fácil discernir patología banal de otra más importante. No tiene lagunas de conocimiento, su principal problema es otro.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 34 años, con dificultad idiomática importante, que acude por dolor abdominal. Refiere estar con la menstruación desde ayer. Afebril. Niega posibilidad embarazo. Antecedentes personales: TPAL 2002, resto sin interés. Antecedentes familiares sin interés. A la exploración física presenta: abdomen blando y depresible, se palpa masa abdominal en zona hipogastrio, dolorosa a la palpación en la misma zona, sin signos de irritación peritoneal, no megalias. El estudio de orina detecta hematuria. Como diagnóstico diferencial se nos abre vano diagnóstico amplio ginecológico, urinario y digestivo, principalmente. Se reinterroga a la paciente y muestra el tratamiento que, según ella, está tomando para la "menstruación": misoprostol. Dada la dificultad comunicativa e imposibilidad de realizar test de embarazo se derivó a urgencias hospitalarias bajo sospecha de aborto.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Cuando un paciente entra en nuestra consulta nuestra arma principal es la anamnesis y la exploración. Pero no siempre es posible realizarlas completa y correctamente. En nuestro caso, la historia clínica inicial fue muy difícil pero simple a la vez y, si no llega a ser porqué en la exploración había algún signo de alarma, esta paciente hubiese podido parecer un dolor menstrual sin más. Suponemos que la principal importancia del caso fue que, un principio el caso que parecía banal pero acabó transformándose en nuestra cabeza en otro completamente diferente. Es decir, las apariencias engañan.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "dysmenorrhea", "abdominal pain", "abortifacient agents", "nonsteroidal". 1.- Graber MA, Jones JL, Wilbur JK. The Family Medicine Handbook. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier,

2006. 2.- Fisterra: Atención Primaria De Salud En La Red. Web. 20 Mar. 2011. <<http://www.fisterra.com/>>. 3.- E. Braunwald, A. S. Fauci & D. L. Kasper Harrison. Manual de Medicina. 5th ed. Madrid: McGraw Hill - Interamericana de España; 2002.

### 331-C

#### De los libros a la consulta: un caso de eritema nodoso

Molló Iniesta MA, Quesada Almacellas A, Díaz Lozano J, Pla Moro A, Soler Carné T, Falguera Vilamajó M

#### INTRODUCCIÓN

El eritema nodoso es una entidad muy característica en los tratados de medicina y un caso clínico típico en muchas pruebas de evaluación. En nuestras consultas es más infrecuente pero su diagnóstico y tratamiento adecuados puede evitar las complicaciones y mejorar su evolución clínica.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 23 años sin antecedentes de interés que consulta por primera vez por odinofagia y fiebre diagnosticándose amigdalitis pultácea. Se recomienda Azitromicina 500mg cada 24h, 3 días. Ante la ausencia de mejoría reconsulta en urgencias hospitalarias donde se prescribe Levofloxacino 500mg cada 24h, 7 días. Finalmente, llega a nuestra consulta refiriendo persistencia de la odinofagia, febrícula, malestar general, astenia y nódulos dolorosos en extremidades inferiores (EELI) con edema acompañante. Constantes normales. Exploración cardíaca, respiratoria y abdominal: normal. Otoscopia: sin hallazgos. Amígdalas hiperémicas, hipertróficas con exudado amigdalinar en placas. EELI: nódulos eritematovioláceos palpables, dolorosos con edema sin fovea. Análisis sangre: elevación transaminasas, PCR elevada, ASLO elevados, leucocitosis. PPD y Radiología de tórax: normal.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Después de la anamnesis y la exploración clínica se diagnosticó a la paciente de eritema nodoso, siendo la amigdalitis la etiología más probable en nuestro caso. Después de la administración de penicilina vía intramuscular, la paciente presentó mejoría clínica con desaparición de la odinofagia y la fiebre. Respecto a los nódulos de las EELI la mejoría fue más lentamente progresiva, haciéndose cada día menos dolorosos hasta desaparecer completamente. El diagnóstico diferencial más importante a realizar en nuestro caso es referente a la etiología del eritema nodoso.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "erythema nodosum", "tonsillitis", "fever". 1.- Graber, MA, Jones JL, Wilbur JK. The Family Medicine Handbook. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier, 2006. 2.- Fisterra: Atención Primaria De Salud En La Red. Web. 20 Mar. 2011. <<http://www.fisterra.com/>>.

### 332-O

#### Evaluación del consumo de alcohol en trabajadores del mar mediante el Cuestionario AUDIT

Alcolea García RM, Estopá Pujol H, López Marina V, Herrera Carro MJ, Pizarro Romero G, Valle Calvet M

#### OBJETIVOS

Identificar los trastornos por consumo de alcohol en trabajadores del mar del litoral catalán, mediante el cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

#### METODOLOGÍA

Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: 1 consulta de medicina del Instituto Social de la Marina de Barcelona. Sujetos: trabajadores  $\geq 18$  años, seleccionados a medida que acudían al reconocimiento médico previo al embarque (diciembre/2010-marzo/2011). Variables: edad, sexo, cargo, nacionalidad, consumo de alcohol en unidades de bebida estándar [UBE], cuantificación del consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial. Mediciones: test AUDIT y su versión reducida AUDIT-C para el diagnóstico de consumo de riesgo y sospecha de consumo perjudicial y dependencia. Análisis estadístico: proporciones, medias, IC [95%], Chi2 para las variables cualitativas.

#### RESULTADOS

Responden el cuestionario AUDIT 232 trabajadores (93,1% hombres, 6,2% extranjeros). El 68,1%, IC [95%]=60,2-75,1%, son hombres de 18-50 años. El 15,2% son patrones de embarcación, 4,4% buzos, 39,1% marineros, 10,8% capitanes/oficiales, 8,9% trabajadores en máquinas, 13,1% alumnos y 8,5% otros cargos. El 80,6% consumen alcohol (91,4% hombres), y de éstos el 42,8% realiza "atracones" ( $\geq 6$  UBE hombres o  $\geq 5$  UBE mujeres por ocasión de consumo). El 18,5%, IC [95%]=15,7-22,3%, son bebedores de riesgo (90,7% hombres) según AUDIT-C. Existen indicios de problemas relacionados con el alcohol en el 25%, IC [95%]=18,7-32,3%, de los trabajadores (96,6% hombres) y alta sospecha de consumo perjudicial y/o dependencia en el 8,2%, IC [95%]=6,1-10,5% (94,7% hombres).  $p > 0,05$  para la asociación de consumo excesivo y cargo, edad y nacionalidad.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los trabajadores del mar constituyen un colectivo de riesgo de presentar problemas relacionados con el alcohol. El cuestionario AUDIT es un instrumento adecuado para identificar el consumo de riesgo y sus consecuencias. Los resultados sugieren la necesidad de incorporar el cuestionario AUDIT sistemáticamente a este colectivo y realizar medidas preventivas para reducir los riesgos relacionados con el consumo excesivo de alcohol.

334-O

## Educación para la salud: intervención educativa sobre píldora postcoital en alumnos de Educación Secundaria

Hispan Calles R, Muñoz Menor AJ, Muñoz Cabañero G, Leal Tejada F, Arias Menchén A, Pérez de Prado M

### OBJETIVOS

En el ámbito de una zona básica de salud se llevan a cabo charlas informativas sobre píldora poscoital dirigidas a mayores de 16 años en dos institutos de la localidad, valorando los conocimientos adquiridos. El objetivo es describir la adquisición de la información ofertada a lo largo del tiempo.

### METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cualitativo en base a encuesta anónima con 10 preguntas cerradas multirrespuesta. La población de estudio son alumnos de secundaria durante los cursos 09/10 y 10/11. A través de una charla desarrollada sobre un power point de 40 minutos de duración con posterior turno de preguntas y respuestas, se valoran los conocimientos pre-test y post-test, a los 3 y a los 12 meses. Las variables son: edad y sexo de los encuestados, ¿Qué es la píldora? (2 preguntas), ¿Cómo actúa? (2 preguntas), ¿Efectos secundarios? (3 preguntas), ¿Cómo usarla? (2 preguntas) y frecuencia de uso en mujeres (1 pregunta). El tratamiento estadístico se ha realizado en Excel 2007.

### RESULTADOS

El porcentaje de mujeres en el grupo inicial es del 37,5% y la edad media de 16,4 años. Las respuestas correctas han sido con respecto a ¿qué es la píldora?; 8,3% antes de la intervención, 76,1% después, a los 3 meses 32,6% y a los 12 meses 34,8%. ¿Cómo actúa?; 33,3% antes de la intervención, 95,7% después, a los 3 meses 57,2% y a los 12 meses 51,1%. ¿Efectos secundarios?; 55,6% Antes de las intervención, 95,7% después, a los 3 meses 57,6% y a los 12 meses 68,1%. ¿Cómo usarla?; 44,8% antes de la intervención 92,3% después, a los 3 meses 60,6% y a los 12 meses 64,1% y la habían usado el 11,1% el día de la intervención, el 6,8% a los 3 meses y el 85,7% a los 12 meses. Desde el inicio de la intervención educativa hasta el final de la misma ha habido una pérdida de población de estudio del 33,4%.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

A muy corto plazo los conocimientos adquiridos mejoran ostensiblemente, manteniéndose en niveles aceptables a corto plazo (3 meses) y medio plazo (12 meses), por lo que parece eficaz la intervención educativa. Nos llama la atención el espectacular aumento en la frecuencia de uso de la píldora a pesar de mantener un nivel de conocimientos aceptables. Pudiendo esto verse influenciado por la mayor edad de la población y por la mejora en la accesibilidad a la misma desde el pasado año.

335-C

## Espondilodiscitis lumbar aguda en niña de dos años

Cordero Soriano JJ, Carrión Domínguez M

### INTRODUCCIÓN

La espondilodiscitis es una entidad relativamente infrecuente en la infancia. Suele cursar con una clínica típica, aunque poco específica, por lo que requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico. Exponemos un caso clínico valorado en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Niña de 2 años. Alergia al huevo. Ectasia renal leve detectada prenatalmente. Bronquitis. Correctamente inmunizada. Patología reumática no especificada en abuelo y tíos maternos. Acude al servicio de urgencias por alteración de la marcha de 2 semanas de evolución. Dolor en zona lumbar, se niega a subir escaleras y pide que se le coja en brazos. Cuadro catarral en días previos con febrícula. Irritable y comiendo menos. Estreñida y oligúrica. Niega traumatismo en días previos. Dolor a la sedestación, signo del trípode positivo. Deambula con rectificación de la lordosis lumbar. La analítica mostró una velocidad de 41, Orosomucoide de 158 y una proteína C de 1. La RNM de columna lumbar mostró un aumento de la señal de los cuerpos vertebrales L4-L5. Se trató con Cloxacilina y Cefotaxima parenteral durante 2 semanas y Cefuroxima oral durante 4 semanas más, con evolución favorable del cuadro.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La espondilodiscitis es la colonización de los cuerpos vertebrales y del espacio vertebral por microorganismo. El principal agente causal es el *Staphylococo Aureus*, siendo los cultivos positivos en el 37% de los casos. La clínica cursa de forma larvada con rechazo a la bipedestación y/o sedestación, dolor abdominal inespecífico o lumbar, pérdida de la lordosis y limitación de la movilidad lumbar. La velocidad de sedimentación y la proteína C suelen estar elevadas. La resonancia es la prueba radiológica de elección con una sensibilidad 96% y especificidad del 93%. El tratamiento consta de antibióticos vía parenteral durante 2 semanas, seguido de 4-6 semanas de terapia oral y reposo relativo.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "spondylodiscitis", "child", "discitis". 1.- Tapia Moreno R y col. Espondilodiscitis: diagnóstico y seguimiento a medio-largo plazo de 18 casos. *An Pediatr* 2009;71:391-99. 2.- Rubio Gribble B y col. Espondilodiscitis en la Comunidad de Madrid. *An Pediatr* 2005;62:147-52. 3.- Avanzi O, Yu Chin L, Meves R, Mattos C. Tratamento da discite na criança. *Rev Assoc Med Bras* 2005;51:113-6.

339-C

## Parálisis facial infantil y la dificultad en su diagnóstico

Buil Tricas B, Garbayo Martínez JL, Larraz Andía P, Martínez Hernández M, Plumed Betes MJ, Barba Ródenas MI

### INTRODUCCIÓN

La parálisis facial en el adulto no presenta dificultad en su diagnóstico, siendo una entidad frecuente, de etiología diversa y curso generalmente benigno. En el niño puede plantear un reto diagnóstico. En ocasiones es el médico de familia quien atiende las urgencias pediátricas.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Niño de 16 meses que acude al servicio de urgencias del centro de salud por una mueca extraña en la cara en las últimas horas, sobre todo desviación de la comisura bucal. En los antecedentes recientes destaca una amigdalitis tratada con cefuroxima en los días previos. En la exploración física llama la atención la desviación de la comisura bucal hacia el lado derecho, y la parálisis del párpado superior izquierdo cuando el niño llora. Presenta un exantema macular puntiforme en tronco y la membrana timpánica izquierda hiperémica. Es derivado al hospital de referencia para valoración por el pediatra y el otorrinolaringólogo. El paciente es ingresado con el diagnóstico de otitis media y parálisis facial periférica. Durante el ingreso el tratamiento con corticoides y cefuroxima (que se mantiene a pesar de la sospecha de etiología vírica) mejora la clínica del paciente.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En primer lugar debe diferenciarse una parálisis facial periférica de una central; en ésta última sólo existe afección motora del territorio facial superior (frente y párpados) y no del inferior (comisura labial). Entre las causas de parálisis facial periférica, la más frecuente (casi en 85%) es la idiopática (llamada parálisis de Bell) que se relaciona con una infección por herpes virus. En los niños la parálisis más frecuente es la de Bell o de etiología infecciosa. Realizar una exploración minuciosa buscando las causas nos ayudará a identificar el tipo de parálisis. La de Bell puede tratarse con corticoides desde atención primaria, el resto deben ser valoradas por otorrinolaringología.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabra-clave: "parálisis facial". 1.- Penarrocha Terés J. Parálisis facial infantil. *Pediatr Integral* 2009;13:483-492. 2.- López Amado M, Plaza Mayor G, Sanabria Brossart J. Paciente con parálisis facial periférica. *Form Med Contin Aten Prim* 2002;9:17-9. 3.- García Fernández ML, del Burgo Delgado EM, Olalla Linares J. Parálisis facial periférica. *Form Med Contin Aten Prim* 1999;6:436.

341-O

## Anticoncepción postcoital: estudio de la demanda en una población semiurbana

Perallón Solans N, Herrero Alonso C, Gómez Iparraquirre P, Herranz Fernández M, Martí Martínez MC, Tomás Lachos M

### OBJETIVOS

Describir el perfil de las usuarias que solicitan la píldora del día después, así como las características de la demanda.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal realizado en el ámbito de urgencias de atención primaria. La población a estudio fueron pacientes que acudieron durante el último trimestre del año 2010 a la consulta del servicio de urgencias de atención primaria de un Área Básica de Salud de 40.000 habitantes del área metropolitana de Barcelona. Se estudiaron las siguientes variables: edad media, hora de consulta, día de la semana que se demanda la consulta, número de veces que solicita anti-concepción post-coital, y tiempo transcurrido desde la última vez.

### RESULTADOS

Se estudiaron 52 pacientes con una edad media de 22,32 años (rango 15-39 años). El 94,23% consultaron antes de las 12 horas de la noche mientras el 5,77% lo hicieron de madrugada. Un 38,46% de las pacientes consultan de lunes a jueves mientras que el 61,54%, lo hacen viernes, sábado, domingo, festivos o vísperas de los mismos. Un 34,61% la solicitan por primera vez y el 65,39% lo han hecho en más de una ocasión siendo el tiempo medio transcurrido desde la última vez de 70,40 semanas (rango 4-416 semanas).

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La anticoncepción post-coital se define como una serie de métodos usados dentro de un período máximo de tiempo tras un coito sin protección para evitar un embarazo no deseado. El perfil de las usuarias se ajusta a lo descrito en otros estudios, existiendo así un uso abusivo o mal uso de la píldora post-coital. Se observa una falta de información sobre métodos anticonceptivos y, además, falta de reconsulta con ginecología y/o el equipo de atención primaria.

342-C

## Derrame pleural como debut de la artritis reumatoidea

Rodríguez Fonseca CG, Griñó Gimerá A, Saperas Pérez C, Pérez Bisbal P, García Soto T

### INTRODUCCIÓN

La Artritis Reumatoide (AR) afecta al 0.5% de la población española. Es más frecuente en mujeres. Sin embargo la afectación

pleural es más frecuente en varones. Menos del 2% de mujeres afectadas con AR tendrán derrame pleural por AR en contraposición a más del 10% de hombres que lo presentará.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer 45 años con antecedentes patológicos de hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril que consultó por dolor poliarticular de 3 semanas de evolución, migratorio, inflamatorio, con rigidez matutina ocasional y poca mejoría con AINES al cual en los últimos días se le añade dolor en base tórax derecho sin otra clínica acompañante. En urgencias se realizó radiografía de tórax que mostró derrame pleural derecho. Análisis de líquido pleural: exudado con Factor Reumatoide elevado, PCR sérica elevada y resto de inmunoestudios negativos. Se consultó con el Servicio de reumatología que lo consideró como AR de debut con afectación poliarticular y pleuritis. Se inició tratamiento con prednisona, bifosfonatos, calcio, vitamina D y metotrexate. Con evolución lenta pero favorable del dolor y mejoría discreta del derrame. Actualmente estable, sigue controles con reumatología.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Ante un derrame pleural se debe realizar buena anamnesis, exploración física completa y fundamentalmente para filiar su etiología realizar toracocentesis diagnóstica y/o terapéutica. Estudiar el líquido pleural es el paso inicial para realizar el diagnóstico diferencial y posteriormente realizar las exploraciones complementarias necesarias para finalizar de hallar la etiología del derrame. En el caso expuesto fue exudado de características inflamatorias y FR positivo en líquido pleural que sirvió para identificar la AR como causa del derrame, siendo en este caso la forma de debut de la enfermedad. Con el diagnóstico etiológico se logró iniciar tratamiento de la causa subyacente del derrame

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "pleural effusion", "reumathoid arthritis". 1.- Harrison Principios de Medicina Interna Online 2006. En: The McGraw Hill Companies. Parte XIII. Trastornos del sistema inmunitario, tejido conectivo y las articulaciones. Capítulo 301. Artritis Reumatoide p. 226-263. 2.- J. Hinojosa. Protocolo de estudio ante el derrame pleural. En: P.Conthe, Editores. Temas Básicos en medicina interna-Sociedad Española de Medicina Interna. 2010 p. 411-416.

343-C

### ¿Qué hacemos con una posible arteritis de células gigantes?

Fabra Noguera A, Pablos Herrero E, Gemar Ruiz S, Herranz Fernández M, Hernández Ribera M, Ureta Alarcón L

#### INTRODUCCIÓN

Enfermedad de etiología desconocida. Se infiltran de células gigantes en la media e íntima de las arterias. Inicio gradual con

cefalea, problemas visuales (amaurosis fugaces o escotomas), claudicación a la masticación (33%), temporales sensibles, astenia, anorexia, pérdida de peso y anemia

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón, 86 años consultó por cefalea, cansancio, tristeza, ahnondonia hace 6-7 semanas y le prescribimos: citalopram, al no mejorar vuelve y explica mayor cansancio, astenia, anorexia, pérdida de peso, cefalea frontotemporal y dificultad para masticar. Palpación arterias temporales con pulso, no duras, analítica: VSG (velocidad de sedimentación globular): 58, hemoglobina 11,6, resto normal. ¿En qué pensamos: polimialgia reumática, fibromialgia, mieloma múltiple, mialgias por tratamiento con estatinas, polimiositis, artritis reumatoide, o ACG? Criterios del American College of Rheumatology: 1. Inicio por encima de los 50 años. 2. Cefalea de inicio o cambio de características de la habitual. 3. Arterias temporales sensibles o con pulso disminuido. 4. VSG de >50mm. 5. Biopsia de temporal con infiltración de células gigantes. Se considera diagnóstico de ACG la presencia de tres o más criterios.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se consulta reumatólogo de referencia, quien solicita ecografía que confirma la sospecha de ACG. Se inicia tratamiento con corticoides. El tratamiento debe empezarse lo antes posible, altas dosis de prednisona (40-60 mg al día) con disminución gradual. La ceguera es la principal complicación y la razón por la que urge un diagnóstico precoz. Afecta al 50-60% de los pacientes no tratados y en un 75% de los que presentan alteración en un ojo se afectará el contralateral en de 3 semanas. Inicialmente nos confundió el estado de ánimo, pero al persistir la clínica y añadir el síntoma de la claudicación mandibular, nos orientó hacia la arteritis. El paciente mejoró con el tratamiento.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: arteritis de Horton, arteritis de células gigantes. 1.- Yazici Y. Vasculitis Update, 2007. Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases 2007;65:212-4. <http://www.uv.es/derma/CLindex/CLvasculitis/Clvasculitis.html> 2.- Unwin B, Williams CM, Gilliland W. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. Am Fam Physician 2006;74:1547-54.

344-C

### Mujer de 35 años con dolor torácico

Rama Martínez T, Beato Fernández P, Alcolea García RM, López Marina V, Pizarro Romero G, López Martí E

#### INTRODUCCIÓN

El diagnóstico diferencial del dolor torácico de inicio agudo es muy amplio y por ello difícil. Hay que tener en cuenta todas las causas posibles, atendiendo a la edad y los antecedentes del paciente.

En caso de intervención quirúrgica reciente se incluirán posibles complicaciones de ésta.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 35 años que acude por dolor opresivo precordial irradiado hacia mandíbula desde hace 12 horas. Antecedentes: alergia a tietfiperazina y metoclopramida, rinitis alérgica, episodios de hiperreactividad bronquial, trombosis hemorroidal hace varios años. Hemorroidectomía (anopexia circular) hace 2 días. Atribuye el cuadro a efecto indeseable de los analgésicos-antiinflamatorios que le prescribieron al alta. Exploración física y ECG: sin anomalías. Se orienta como reacción alérgica administrándole corticoides IM, y se deja en observación. Finalmente se deriva a urgencias hospitalarias por no mejoría. En hospital en la analítica destaca 14.100 leucos (N:91,5%). Rx tórax: compatible con neumomediastino. TC tóraco-abdominal: neumomediastino, neumoperitoneo, neumoretroperitoneo. Fibrobroncoscopia normal. Tratamiento: antibióticoterapia de amplio espectro. A los 3 días: TC de control: mejoría.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El neumomediastino presenta una incidencia baja: El 25-30% son espontáneos. Es más frecuente en varones, entre los 20-30 años de edad. Su diagnóstico se basa en la sospecha clínica, la exploración física y pruebas de imagen. Se presenta como dolor torácico brusco irradiado al hombro, cuello y espalda, que aumenta con la inspiración profunda, la tos y los movimientos que se suele asociar a disnea, enfisema subcutáneo cervical, odinofagia, o alteraciones de la voz. Se debe diferenciar de cualquier otra causa de dolor torácico agudo: tromboembolismo venoso, infarto, pericarditis, ansiedad, etc. Tratamiento sintomático basado en reposo y analgesia. Evolución generalmente benigna y autolimitada.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "stapled hemorrhoidectomy", "pneumomediastinum", "pneumoperitoneum". 1.- Ciroco WC. Life threatening sepsis and mortality following stapled hemorrhoidectomy. *Surgery* 2008;143:824-9. 2.- Pescatori M, Gagliardi G. Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids and stapled rectal resection procedures. *Tech Coloproctol* 2008;12:7-19.

345-0

### Problemática en relación con el ictus

Ruiz Rosety JM, Lucas Fernández C, Ruiz Rosety AE, Rosety Rodríguez JM, Rosety Rodríguez M

#### OBJETIVOS

Con este estudio se pretende: analizar si se cumplen los criterios de código ictus (CI), y sus cronas; valorar si el ciudadano está preparado para beneficiarse de las avanzadas opciones terapéuticas a su alcance; estudiar la demanda sanitaria en relación con el ictus.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo en un grupo de pacientes que demandan asistencia de urgencia en relación al ictus, en el que se analizan distintas variables, a partir de las atenciones realizadas por la unidad móvil del dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU). Se observan variables como la edad, el sexo, la catalogación de prioridad de urgencia, tiempo de retraso en solicitar ayuda, y de asistencia, destino del paciente, motivo de consulta, diagnóstico final, y pruebas complementarias realizadas.

### RESULTADOS

Atendidos 34 pacientes den 35 asistencias de 907 demandas. La edad media es 75 años. El 71% tiene más de 70 años, entre 51 y 70 años el 23% y el 6% entre 20 y 50. Prevalece el hombre (54.2%). El 73.5% de las demandas nos las indican como urgencias no demorables y el 26.4% como emergencias, La familia avisa en los primeros 60, desde el inicio del episodio, en el 29.4% de los casos, un 26,4% tardan hasta 4.5 h, de 12 h. a 24 h, el 8,8% y más de 24 h el 8,8%. Un 26,4% no especifica. Tardamos 5,52,, de media en iniciar la asistencia. Prácticamente igual Diagnósticos igualados ALT, 44.1% y ACVA, 52.9%. Un único caso de código ictus. El 74.2% se trasladan a hospital. El 22.8% medicalizadamente, lo que indica que se cumplen los criterios de derivación del proceso. Solo el 25.7%, reflejan los parámetros exigidos en el proceso asistencial, el resto tienen menor cumplimentación.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Es prioritario reflejar todas las pruebas complementarias que están protocolizadas, para el adecuado manejo de estos pacientes? ¿Por qué tanto retraso familia en avisar? ¿Es desconocimiento sobre la enfermedad, o por no ver la gravedad y no saber de la posibilidad de beneficiarse de los tratamientos modernos? Si hay entidades que se catalogan por el centro coordinador como emergencias, y se benefician de fibrinólisis, ¿por qué el ictus se cataloga de urgencia no demorable y no de emergencia?

349-0

### Partes de lesiones realizados en un centro de salud de Madrid en los años 2009 y 2010: perfil del paciente atendido en nuestras consultas

Del Olmo Zamora R, García Lerín A, García Vallejo O, Martín Herruzo A, Martín Herruzo S, Núñez Bermejo A

#### OBJETIVOS

Determinar la frecuencia y las características de los partes de lesiones realizados en el un CS de Madrid en los años 2009 y 2010.

#### METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo. Se revisaron los partes de lesiones realizados en un Centro de Salud de Madrid con una población

total de 23920 pacientes durante los años 2009 y 2010 analizando en cada uno de ellos las variables: edad, sexo, nacionalidad, turno en que fueron atendidos los pacientes, causa de las lesiones y necesidad de derivación hospitalaria. Posteriormente se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS.

## RESULTADOS

En el periodo revisado se contabilizaron 70 partes de lesiones (46 en 2009 y 24 en 2010), siendo la edad media del paciente atendido 41.44 +-18.1 años ;correspondiendo a mujeres el 65.7% ;con nacionalidad española el 57.1% ; se observó un mayor número de pacientes en turno de tarde (65.7%), precisando derivación a hospital el 14.3% ; el 85.8% se produjeron por agresiones, suponiendo las causadas por la pareja el 12.9% del total , el 14.2 % restante fueron accidentes de tráfico y atracos en el mismo porcentaje.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

En nuestro estudio confirmamos el carácter leve de las lesiones atendidas en Atención Primaria (sólo un 14.3% de los pacientes atendidos precisaron derivación ,suponiendo los accidentes de tráfico el 7.1% frente al 40% de estudios similares en ámbito hospitalario) siendo éstas principalmente debidas a agresiones sufridas por mujeres, de edad media, y proporcionalmente un mayor porcentaje observado en extranjeros (representan el 42.9% de los partes de lesiones suponiendo el 16.3% de la población.

## 351-C

### Síndrome de fatiga crónica-encefalomielitis miálgica

Muñoz Cabañero G, Villaseñor González M, Contreras Claramonte R, Moya de Maya R, Romero Torrijos MJ, Assi Mousolli S

## INTRODUCCIÓN

Es la presencia de fatiga persistente o intermitente, inexplicada e invalidante, que no es producto de un esfuerzo excesivo y no mejora con el descanso, con una duración de más de 6 meses. Su definición requiere del cumplimiento de criterios universales de Fukuda. Puede afectar hasta al 10% de la población.

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 28 años, separada, con antecedentes personales de mononucleosis hace 5 años, colon irritable, púrpura trombocitopénica. Antecedentes Familiares: madre con fibromialgia. Cuadro clínico: fatiga crónica invalidante de más de 6 meses de evolución que limita su actividad diaria en más del 50%. Febrícula, dolor de garganta, artralgias migratorias, mialgias, debilidad muscular, severos trastornos de concentración, memoria y sueño. Análítica de sangre: trombocitopenia leve, leve proteinuria y hematuria y ANA+ en una ocasión. Serología: EPSTEIN BARR VCA IgG+, E.B. EBNA IgG+. Ha sido estudiada en diferentes servicios de hospitales: Unidad de Salud Mental, Reumatología, Otorrinolaringología, Nefrología.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Las exploraciones complementarias aportan poco al diagnóstico de Síndrome de Fatiga Crónica, no existiendo ningún marcador analítico o morfológico. En ocasiones viene asociada a fibromialgia. Se hará diagnóstico diferencial con otras posibles causas de fatiga: trastornos somatomorfos, enfermedades reumatológicas, trastornos inmunes, enfermedades neurológicas, endocrinas e infecciosas. Ante la sospecha, el médico de atención primaria debe de aplicar una escala de valoración: los criterios universales Canadienses o los de Fukuda, ya que podemos demorar el diagnóstico entre 6 y 20 años, dependiendo del número y tipo de facultativos que la valoren. En nuestro caso se demoró 2 años.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "fatigue", "chronic fatigue", "chronic fatigue syndrome". 1.- Fukuda K, Strauss SE, Hickie I, Sharp CM, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med* 1994;121:953-9 2.- Alijotas J, Alegre J, Fernández-Solà J, Cots JM, Panisello J, Peri JM, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome de fatiga crónica en Cataluña. *Med Clin (Bar)* 2002;118:73-6.

## 352-C

### Síncope con traumatismo craneoencefálico

Bienvenido Rodríguez A, Martínez Villegas I, Bienvenido Rodríguez ML, Aboza Lobatón A, Borrego Osuna M, Bonassi Roldán JA

## INTRODUCCIÓN

Los síncope pueden dar lugar a traumatismos graves, especialmente craneoencefálicos. La complicación aguda más importante de un traumatismo craneoencefálico (TCE) es la hemorragia intracraneal (HI). Siempre hay que descartarla cuando las características del trauma nos haga sospechar su presencia.

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 60 años con deterioro de nivel de conciencia. Unas horas antes ya había sido atendido por síncope y TCE con herida sangrante occipital por el mismo equipo de urgencias.y trasladado al hospital de referencia donde fue dado de alta con diagnóstico de síncope de repetición, a pesar de presentar cefalea y vómitos. No alergias medicamentosas. Antecedentes personales: fibrilación auricular, síncope de origen desconocido, hipertensión arterial y prostatismo. Tratamiento habitual: dicumarínico, hidroclorotiazida, enalapril,carvedilol. Exploración: Glasgow 9/15, anisocoria con midriasis arreactiva izquierda, hemiplejía derecha con babinsky extensor derecho. Auscultación: tonos arrítmicos sin soplos. Buena ventilación bilateral. Se estabiliza y se traslada de nuevo al hospital.En la Tomografía axial computarizada (TAC) presenta contusiones hemorrágicas intraparenquimatosas.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En el primer ingreso, el caso se trató como un cuadro sinco-  
pal de repetición, y se le dió de alta hospitalaria, a pesar de la  
presencia de una herida sangrante en región occipital, del uso de  
dicumarínicos, de la cefalea y vómitos, que hacían indispensable  
la realización de una TAC, obligatoria en todo TCE grave o mode-  
rado. El medico de familia debe ser diestro en el manejo de los  
TCE y reconocer los signos de alarma de posibles complicacio-  
nes, como la HI. El manejo prehospitalario del TCE incluye el con-  
trol de vía aérea y heridas, canalizar vía venosa periférica, per-  
fundir suero fisiológico, tratar, si existen, la hipotensión arterial, la  
hipertensión intracraneal y las crisis convulsivas.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "traumatic brain injury". 1.- American College  
of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support  
for doctors. ATLS Student course manual. 8º ed. Chicago.  
American College of Surgeons, 2008. 2.- Brain Trauma  
Foundation. Guidelines for prehospital management of traumatic  
brain injury. 2º ed. Prehospital emergency care. 2007; 12(suppl  
1). Disponible en: [http://www.brain-trauma.org/site/PageServer?  
pagename=Guidelines](http://www.brain-trauma.org/site/PageServer?pagename=Guidelines).

### 354-C

## Espondilodiscitis, absceso epidural espinal anterior secundario a ulceración de orofaringe posterior

Alonso Martínez S, Sánchez Hernández B, Clemos Matamoros S,  
Pérez Feito D, Martín Cuartero J, Sandúa Sada M

### INTRODUCCIÓN

La espondilodiscitis y los abscesos epidurales espinales sue-  
len ser secundarios a: osteomielitis concomitante, traumatismo  
espinal, yatrogénico (cirugía, inserción de catéteres epidurales) y  
diseminación hematógena.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 74 años con antecedentes de cancer de laringe,  
laringectomizado total con radioterapia coadyuvante, hace 12  
años. Hace 1 mes se le realizó biopsia de orofaringe de segui-  
miento por su patología previa. Tras la intervención presentó  
empeoramiento del dolor cervical con torticolis y, progresiva-  
mente, pérdida de fuerza en extremidades (principalmente dere-  
cha), precedidos de hormigueos en las manos e inestabilidad  
con dificultad para la marcha. Pulso 91 lpm, Saturación O2:  
92%, 36.2°. En la exploración neurológica: biceps 2/5 bilateral  
y tríceps 2-3/5 bilateral. Analítica: creatin-kinasa 213. TAC  
columna cervical: espondilodiscitis C3-C4 con absceso epidural  
que comprime el cordón medular y estenosa de forma bilateral  
los forámenes C2-C3-C4-C5. Cavidad prevertebral abierta a  
orofaringe como probable origen del proceso.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En este caso se inició tratamiento corticoideo y antibioterapia  
empírica (imipenem y vancomicina), con buena evolución clínica y  
mejoría de los déficits neurológicos, sin realizar intervención quirúr-  
gica. El hemocultivo fue negativo. En exudado de úlcera de pared  
posterior derecha de orofaringe, se aisló *Candida albicans*. Al alta  
con tratamiento rehabilitador de extremidades.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "cervical spondylodiscitis". 1.- Karadimas EJ,  
Bunger C, Lindblad BE, Hansen ES, Høy K, Helmig P, Kannerup AS,  
Niedermann B. A retrospective study of 163 patients. Acta Orthop  
2008;79:650-9. 2.- Moon HH, Kim JH, Moon BG, Kim JS. Cervical  
spondylodiscitis caused by *Candida albicans* in non-immunocom-  
promised patient. J Korean Neurosurg Soc 2008;43:45-7.

### 355-C

## Paciente anciana con escara sacra dolorosa

Rivas del Valle PA, García López P, García Tirado MC, Saavedra Ruiz AM

### INTRODUCCIÓN

La úlcera por decúbito (escara) es un área localizada de  
necrosis tisular que provoca una solución de continuidad de la  
piel y necrosis subyacente. Ambos factores favorecen la infección  
y con ello mayor daño local y riesgo de sepsis. La inmovilización  
prolongada es más común en personas ancianas.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 85 años con antecedentes de histerectomía, insufi-  
ciencia renal, anticoagulada por tromboembolismo pulmonar y  
divertículos en colon. Acude por dolor en escara sacra y hematoma  
abdominal espontáneo sin otra sintomatología. En la exploración,  
escara en buen estado sin signos de complicación, y hematoma en  
hipogastrio. Se realiza INR con cifra >8, y se deriva a urgencias  
donde se realiza analítica destacando: 24.000 leucocitos, neutrofi-  
lia, PCR 30 e INR 16. Dado el cuadro infeccioso, se realiza TAC abdo-  
minopélvico, donde se aprecia infección de partes blandas con gas  
libre en pelvis por comunicación con la escara, y en pared abdomi-  
nal lateral derecha, con gran cantidad de gas intramuscular. Ante el  
diagnóstico de absceso pelvicoorrectal y de pared abdominal con fis-  
tula vesicorrectal se realiza drenaje de las colecciones en quirófano,  
con evolución favorable de la paciente.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Las úlceras por presión pueden comprometer gravemente la vida  
del paciente, según la magnitud y profundidad de la afectación tisular.  
El diagnóstico de infección es fundamentalmente clínico ante sig-  
nos de inflamación, dolor o exudación purulenta o maloliente. El  
diagnóstico temprano y el tratamiento precoz, determinan la progre-  
sión y pronóstico de las infecciones de tejidos blandos. Las pruebas  
de imagen pueden ayudarnos al diagnóstico. El TAC es una técnica

de elección, donde se puede objetivar el aumento de partes blandas, edema y gas, determinando con exactitud la profundidad de la infección. El tratamiento se basa en curas locales, desbridamiento de tejidos necróticos y antibioterapia.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "úlceras por presión", "infección cutánea", "tratamiento". 1.- Farreras P, Rozman C. Medicina Interna, 16ª edición Madrid 2009. 2.- Moore ZE, Cowman S. Wound cleansing for pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev 2005;(4):CD004983. 3.- Findlay D. Practical management of pressure ulcers. Am Fam Physician 1996;54:1519-28, 1533-6.

### 356-C

#### Delirium tremens

Alonso Martínez S, Clemos Matamoros S, Sánchez Hernández B, Pérez Feito D, Sánchez Martínez AC, Sandúa Sada M

#### INTRODUCCIÓN

El delirium tremens es un cuadro confusional agudo secundario a la privación alcohólica. Aparece a las 24-48 horas de la última ingesta etílica en bebedores crónicos. Se produce: hiperactividad del sistema noradrenérgico y dopaminérgico, e hipoactivación GABA.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 58 años con ingesta enólica diaria desde hace más de 20 años. Hace 2 días que sufrió tras una caída, fractura sin desplazamiento de maleolo externo. Se le colocó una férula de yeso que le dificulta la deambulación. Acudimos a su domicilio tras aviso telefónico porque se encuentra muy nerviosa y dice ver bichos. Al llegar encontramos a la paciente con FC: 120 lpm y 28 resp/min, muy agitada, temblorosa, refiere insomnio y visión de microzoopias vividas con mucha angustia. Ante la sospecha que esté realizando un cuadro de delirium tremens, se le administra 20 mg oral de diazepam y se le deriva al hospital.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Las benzodiazepinas son el tratamiento de elección. Se prefiere el uso de diazepam o clorazepato dipotásico (acción intermedia-larga). Si hay hepatopatía se usará Lorazepam. A nuestra paciente se le siguió administrando diazepam a dosis 20 mg/6 horas (con disminución de dosis de manera progresiva), tiamina 100 mg/día, ácido fólico, ácido nicotínico y sueroterapia. Las complicaciones médicas son muy graves: hipertermia, neumonía, hemorragia digestiva, crisis comiciales. Cuadro potencialmente letal: 20% sin tratamiento y 5% con tratamiento.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "delirium tremens". 1.- Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal.

Cochrane Database Syst Rev. 2010;(3):CD005063. 2.- Lonergan E, Luxenberg J, Areosa Sastre A. Benzodiazepines for delirium. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(4):CD006379. 3.- Samuel E, Williams RB, Ferrell RB. Excited delirium: consideration of selected medical and psychiatric issues. Neuropsychiatr Dis Treat 2009;5:61-6.

### 357-C

#### Adenopatía asintomática en mujer de 34 años

Saavedra Ruiz AM, Rivas del Valle PA, Castillo Roldán P, García Sanz E, García Tirado MC, Arboledas Márquez A

#### INTRODUCCIÓN

Las adenopatías son un aumento de tamaño de los ganglios linfáticos. Una adenopatía puede ser la primera manifestación de numerosas enfermedades, pudiendo modificarse su evolución clínica de manera sustancial si se diagnostican de forma precoz.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 34 años que consulta por adenopatía cervical de 1 semana de evolución. Refiere viaje a África hace 2 meses y estudio hace 2 semanas por fiebre de 1 semana de duración con pruebas complementarias normales, excepto velocidad de sedimentación (VSG) elevada. El cuadro pseudogripal remitió espontáneamente. En la exploración, presenta adenopatía submandibular derecha de 3 cm, indolora y otras 2 menores contralaterales similares, sin otros hallazgos. Se solicita analítica, proteinograma y serologías VIH, CMV, VEB, LUES, toxoplasma, rubeola y brucelosis. Se pauta tratamiento antiinflamatorio. Se plantea diagnóstico diferencial entre infecciones locales, sistémicas y enfermedad tumoral. En las pruebas destaca serología positiva para toxoplasmosis: IgG 414 e IgM 21,8. Se establece el diagnóstico de toxoplasmosis aguda. Las linfadenopatías desaparecieron sin tratamiento específico.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La toxoplasmosis es una zoonosis, de transmisión oral, vertical u otras. El 80-90% de las infecciones en inmunocompetentes son asintomáticas, y la manifestación más frecuente es la linfadenopatía cervical. En el 10-20% de casos hay un síndrome pseudogripal, con fiebre, mialgias, astenia, odinofagia, rash cutáneo y hepatoesplenomegalia. Por lo general, los síntomas remiten en meses y rara vez persisten más de un año. El diagnóstico se basa en la serología (por seroconversión de IgG o detección de IgM anti-toxoplasma). En el adulto inmunocompetente habitualmente no se trata, excepto si hay manifestaciones severas, progresivas o persistentes, compromiso ocular o afectación visceral.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "adenopatía", "toxoplasmosis", "tratamiento". 1.- Fausi G, Braunwald G. Infección por toxoplasma. Harrison. Principios de Medicina Interna, 16ª edición 2005. 2.- Farreras P,

Rozman C. Medicina Interna, 13ª edición Madrid 1995: 2472-4. 3.- Georgiev VS. Management of toxoplasmosis. Drugs 1994;48:179-88. 3.- Puente Sánchez MC, Gutiérrez Sánchez I, Vallés Ugarte ML. Manejo clínico de la adenopatía cervical. Medicina General 2001;30:60-4.

### 359-C

## ¿Hacemos un uso adecuado del paracetamol?

Aguilera Linares F, Rivas del Valle PA, Saavedra Ruiz AM, García López P, García Tirado MC

### INTRODUCCIÓN

Los errores de medicación son una fuente de eventos adversos, causados muchos de ellos por una mala comunicación. El paracetamol es un analgésico eficaz y seguro, aunque la intoxicación por este es una causa considerable de mortalidad. Su pronóstico depende del reconocimiento e inicio del tratamiento.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 45 años que consulta por astenia, distermia e ictericia. Refiere cervicalgia de 10 días en tratamiento con Algidol® (4 gr/día) prescrito en urgencias y desde hace 72 horas toma paracetamol genérico (4 gr/día) por cuadro gripal. En exploración: Ictericia conjuntival. Se solicita analítica y serologías hepáticas. En los resultados destacan: plaquetopenia, hiperbilirrubinemia, GOT 4350 y GPT 3680. Actividad de protrombina 31%, serologías negativas. Diagnóstico diferencial de insuficiencia hepática aguda con fármacos, virus hepatotropos, Enfermedad de Wilson, hepatitis autoinmune e infiltración maligna. Se deriva por sospecha de hepatitis tóxica por paracetamol. La ecografía realizada muestra aumento difuso de ecogenicidad del parénquima hepático. Se retira el paracetamol, y la evolución del paciente durante su ingreso es favorable, con normalización de parámetros analíticos.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La hepatitis tóxica es una reacción adversa a fármacos, que supone el 3-5% de los casos de ictericia ingresados, siendo los fármacos más frecuentes antimicrobianos, AINEs y analgésicos. El cuadro sintomático es inespecífico y muy variable, y puede no existir ningún signo físico. El diagnóstico es de exclusión, debe sospecharse causa tóxica en cualquier proceso hepático agudo y crónico, y hacerse correcta anamnesis farmacológica. La biopsia hepática no debe indicarse para confirmarlo, ya que no existen datos histológicos patognomónicos. El tratamiento es sintomático y de soporte, la utilización de antidotos se limita a la administración de N-Acetilcisteína tras la intoxicación por paracetamol.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras- clave: "hepatitis tóxica", "ictericia", "paracetamol". 1.- Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS, 2005. Ministerio

de Sanidad y Consumo. 2.- Farreras P, Rozman C. Medicina Interna, 16ª edición Madrid 2009. 3.- Gisbert Calabuig JA. Intoxicaciones por medicamentos: analgésicos y antitérmicos. En: Medicina Legal y Toxicología. 5ª ed. 1998, Editorial Saber. Valencia, p. 796.

### 360-O

## Estudio descriptivo de la evolución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en Venezuela entre 1970 y 2000

Rodríguez Nieto MT, Alás Brun RM, Trelles Fachín TK, Lezáun San Martín J, Rodríguez Arragayo R, Ullate Andrés MPO

### OBJETIVOS

Estudiar la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV) y cerebrovasculares (ECVS) en Venezuela (1ª y 2ª causa de mortalidad), aportando datos de gran interés tanto por motivos de epidemiología descriptiva como para definición de prioridades en educación y salud pública.

### METODOLOGÍA

Los datos de mortalidad oficial y la base poblacional son extraídos de las respectivas fuentes de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud. Se seleccionaron 30 años para el estudio (de 1970 al 2000), siendo utilizadas tres revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades, reagrupándose de acuerdo a la 9ª revisión. De la matriz de datos se obtuvieron quinquenios de edad y, posteriormente, fueron estimadas tasas específicas por quinquenio de análisis tanto para hombres como para mujeres. Se calcularon tasas por 100.000 habitantes (105 hab.) de todas las edades, y tasas de 35-64 años de edad. Los resultados se presentan mediante gráficos.

### RESULTADOS

En 1970 la mortalidad por 105 hab. debida a ECV en hombres es de 119,7. Al final de los 70 baja a 99,8 para subir al final de los 80 a 117,5 y terminar en el 2000 con una tasa de 136,4/105 hab. Para las mujeres los valores de mortalidad por 105 hab. son de 75,2 en 1970; 62,1 al final de los 70; 70,3 a finales de los 80 y situarse en 78,5 al final del estudio. La mortalidad por 105 hab. debida a ECVS en hombres a inicios de los 70 es de 60,2. A finales de los 70 baja a 59,5 y a finales de los 80 a 54,1 para subir y terminar al final del período 1998-2000 con una tasa de 58,9/105 hab. Para las mujeres las tasas de mortalidad por 105 hab. son de 56,6 en 1970; 59,7 al final de los 70; 48,3 al final de los 80 y 49,8 al final del estudio. La tendencia de la mortalidad por ECV y ECVS es muy similar en el grupo de hombres y mujeres en edades de 35-64 años con respecto al grupo del mismo sexo.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Durante los 30 años del estudio, las tasas de mortalidad por ECV y por ECVS presentan pequeñas variaciones sin significación

estadística, aunque en ambos casos se puede observar una tendencia a la disminución de los años 70 a los 85-90 para sufrir un repunte a partir de dichos años hasta el final del estudio. Estos cambios podrían explicarse por la difícil situación socioeconómica en Venezuela en ese momento. No hay diferencias en la tendencia entre los dos sexos ni entre los grupos de edad.

### 361-C

## Esclerosis lateral amiotrófica

Alonso Martínez S, Sánchez Hernández B, Sánchez Martínez AC, Pérez Feito D, Clemos Matamoros S, Almenar Bases A

### INTRODUCCIÓN

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es de etiología desconocida. Se presenta en adultos. De inicio insidioso, siendo el curso clínico rápidamente progresivo con afectación de la musculatura bulbar hasta la muerte del paciente.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 48 años. Consulta por presentar en los últimos 4 meses debilidad y calambres en mano derecha. Exploración neurológica: pérdida de fuerza, atrofia y fasciculaciones en varios grupos musculares del miembro superior derecho. Se solicita hemograma, bioquímica, sedimento de orina, TSH, vitamina B12, ácido fólico y serología luética con resultados normales. Se remite a Neurología donde le solicitan: electromiograma con alteración difusa de las neuronas motoras del asta anterior (actividad espontánea, fibrilaciones, fasciculaciones, ondas positivas) y el estudio de conducciones motoras mostró latencia distal.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

No se dispone de ningún tratamiento eficaz porque se desconoce la causa. El único fármaco que retrasa el curso clínico es Riluzole en dosis 50 mg/12 horas. La difenilhidantoina 300 mg/día es útil para los calambres. El baclofeno 75-100 mg/día para tratar la espasticidad. El tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario con colaboración de médicos, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "amyotrophic lateral sclerosis". 1.- Chiaia MA, Oliveira AS, Silva HC, Gabbai AA. Amyotrophic lateral sclerosis: considerations on diagnostic criteria. *Arq Neuropsiquiatr* 2010;68:837-42. 2.- Traub R, Mitsumoto H, Rowland LP. Research advances in amyotrophic lateral sclerosis, 2009 to 2010. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2011;11:67-77.

### 363-C

## ¿Cefalea occipital igual a cervicalgia? La importancia de una buena exploración

Rivas del Valle PA, Saavedra Ruiz AM, Iglesias Rodríguez IM, García López P, Fernández González R, Manso del Caño X

### INTRODUCCIÓN

Existen numerosas pruebas de imagen que pueden ayudar al diagnóstico de las enfermedades neurológicas. La anamnesis y la exploración continúan siendo la base del diagnóstico, y sin ellas no se podrían interpretar las pruebas complementarias. Estas dos son herramientas básicas en nuestra consulta.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 42 años que consulta por cefalea occipital de 6 días de evolución, con náuseas y vómitos, que no mejora tras ser atendida en varias ocasiones en urgencias extrahospitalarias con diagnóstico de contractura cervical. Exploración física: Romberg con mínima lateralización izquierda sin otra focalidad. Diagnóstico diferencial entre cefaleas primarias (migraña, tensional) y secundarias: trastornos vasculares, infecciones, postraumáticas, cefalea referida con origen en estructuras craneofaciales o atribuida a sustancias. Se deriva a hospital para completar estudio. Se realiza TAC craneal con hallazgos de malformación arteriovenosa aneurismática cerebelosa izquierda con nódulo hemorrágico en el seno de la misma. Se ingresa en neurocirugía con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea, pendiente de angiografía y tratamiento quirúrgico con endoprótesis. La evolución de la paciente fue favorable.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La cefalea es el motivo más frecuente de consulta en atención primaria. Afortunadamente, más de un 90% son cefaleas primarias, y solo un 1-2% de las cefaleas se deben a una enfermedad intracranial. La hemorragia subaracnoidea es el cuadro más grave de cefalea aguda de reciente comienzo. La causa más frecuente es la rotura de un aneurisma sacular y el traumatismo craneoencefálico; otra menos frecuente es la malformación arteriovenosa. La exploración neurológica sigue siendo la técnica fundamental de despistaje de signos de alarma que puedan orientarnos hacia una patología grave o urgente. A todo paciente se le debe realizar, ante una cefalea, una correcta anamnesis y exploración.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "cefalea", "hemorragia subaracnoidea", "exploración neurológica". 1.- Farreras P, Rozman C. *Medicina Interna*, 16ª edición Madrid 2009. 2.- Perry JJ et al. High risk clinical characteristics for subarachnoid haemorrhage in patients with acute headache: prospective cohort study. *BMJ* 2010 28;341:c5204. 3.- Bø SH et al. Acute headache: a prospective diagnostic work up of patients admitted to a general hospital. *Eur J Neurol* 2008;15:1293-9.

### 367-O

## Aspectos más relevantes de los síncope atendidos en Urgencias de atención primaria

Ruiz Rosety JM, Leal Muras B, Lucas Fernández C, Pérez López I, Pousada Belmonte M, Morán Rodríguez A

## OBJETIVOS

Con este estudio se pretende: analizar el perfil del paciente que demanda asistencia urgente por síncope; evaluar la actuación de los profesionales ante este tipo de pacientes; establecer un diagnóstico de presunción y analizar las derivaciones de estos pacientes.

## METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo, mediante análisis de las historias clínicas en formato papel de un grupo de pacientes que solicitan asistencia urgente por presentar episodios sincopales, atendidas por la unidad móvil del dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU). El estudio tiene un período de estudio de 12 meses, durante el año 2010. Realizándose en un área rural del sur de España (Conil y Vejer de la Frontera), con una superficie de 349 Km<sup>2</sup> y con un censo de 33.744 habitantes. Se analizan las siguientes variables: edad, sexo, lugar de asistencia, motivo consulta, realización de pruebas complementarias, diagnóstico y derivación del paciente.

## RESULTADOS

De 1708 asistencias realizadas en el período de estudio, 108 corresponden a síncope (6,3%). Con una distribución homogénea todos los meses del año. En cuanto a la distribución por sexo, es discretamente mayor en la mujer (56,4%). Por grupos de edad, existe una mayor demanda en pacientes entre los 60 y 80 años (37,9%) y los mayores de 80 años (23,1%). Los motivos de consulta más frecuentes son: síncope (47,2%), inconscientes (21,2%), desvanecimiento (12%) y mareos (4,6%). En la actuación médica, la mayoría realizan las pruebas establecidas en los protocolos, a excepción del electrocardiograma, que no realizan el 14,8% de los profesionales. En el diagnóstico, destacan: Síncopes sin especificar (32,4%), síncope vasovagal (18,5%), síncope de origen cardiológico el 18,5% (destacando las bradicardias 45% y angor 25%) y ansiedad (5,5%). Se derivan al hospital un 40% de los pacientes.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El síncope es una situación clínica muy frecuente en la población general. Existe dos picos de edad: de los 15 a los 30 años, con escasa repercusión clínica: un segundo pico a partir de los 60 años, en los que existe un incremento de síncope de causa cardiogénica. De los pacientes derivados al hospital, la mayoría corresponden a bradicardias y síndromes coronarios agudo; otro porcentaje elevado, son derivados por presentar traumatismos secundarios al síncope.

369-0

### Enfermedad mental: nuestro día a día en atención primaria. Estrategias para mejorar nuestro trabajo

Ribatallada Díez A, Ayala Mitjavila R, Guiu Viaplana A, Font Palou C, Senabre Casán A, Prieto Villalba C

## OBJETIVOS

Evaluar el Programa de Soporte a la Atención Primaria de Salud Mental (PSP), instaurado en nuestra zona. Incluir sesiones

mensuales, formación y consultoría una vez por semana. Plantear, usar y evaluar la historia clínica electrónica compartida.

## METODOLOGÍA

De los 15 equipos (médico-enfermera) del Centro de Salud participaron en la evaluación 8 equipos. Se escogió una semana al azar y se evaluó el número de visitas del centro durante aquella semana. Se hicieron un total de 2173 visitas. Los 8 equipos que dieron autorización y participaron en el estudio registraron 736 visitas. 1.-Estudio Observacional. Se recogieron durante toda la semana todas las visitas relacionadas con trastorno mental, en especial ansiedad y depresión. Para esto se revisó el historial, tratamientos, sexo y la edad. También se revisó las visitas con el Programa de Soporte (PSP). 2.-Estudio Cualitativo. Se organizaron grupos de trabajo para el seguimiento del Programa de Soporte.

## RESULTADOS

1.- Se estudio 736 visitas (53,3% del total de las 2173 visitas) de los 8 equipos participantes. 135 visitas (18,34%) eran trastornos del estado de ánimo. 95 mujeres (70%), 40 hombres (30%), media de edad 51 años, no siendo estadísticamente significativo. La depresión y la ansiedad 74 visitas (56,25%). Los trastornos obsesivos crónicos 61 visitas (43,75%). Los pacientes que fueron visitados en otros servicios de salud mental: Centro de Salud Mental de referencia 31 visitas, Programa de Soporte de Salud Mental (PSP) 20 visitas, ambos 6 visitas, Centro de Asistencia a la Drogodependencia (CASD) 4 visitas. 2.- Reunión para discutir mejoras en el Programa de Soporte de Salud Mental y crear Algoritmos y guías de práctica clínica.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Salud Mental desempeña una parte importante de nuestro trabajo y absorbe un gran número de visitas. Se detectaron duplicación de visitas cuando se utilizan servicios específicos de salud mental. Utilizando la historia electrónica compartida debemos vigilar la prescripción en estos pacientes compartidos mediante alertas electrónicas. Utilizar e implicar más el Programa de Soporte de Salud Mental para disminuir nuestro trabajo.

370-0

### ¿De verdad pensamos en la fibromialgia? Encuesta sobre el conocimiento de la fibromialgia en profesionales sanitarios de atención primaria en Cataluña

Badenes Mezquita M, Esteso Hontoria O, Solà Gonfaus M, Fuentes Bautista B, Estévez Fernández N, Jou Torallas N

## OBJETIVOS

Valorar el conocimiento que sobre la fibromialgia tenemos los profesionales de la salud de AP (Atención Primaria) en Cataluña. Recoger información para mejorar la formación ofertada desde el GdT (Grupo de Trabajo) de nuestra sociedad (camfic: societat catalana de medicina familiar i comunitària).

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo multicéntrico transversal. Se elaboró una encuesta en una página web, para ser respondida anónima y telemáticamente, con acceso a resultados restringido al emisor. Criterios de inclusión: ser profesional de AP en Cataluña. Se envió por correo electrónico la dirección web a miembros de GdT de la camfic, a tutores y residentes de las unidades docentes y a profesionales de nuestra empresa. Variables estudiadas: profesión, ámbito laboral, años de experiencia, diagnosticar la fibromialgia; aspectos sobre epidemiología, criterios diagnósticos, clínica y tratamiento. Técnica: Cuestionario de respuesta múltiple. Análisis estadístico en SPSS-15, usando descriptivos y chi cuadrado.

## RESULTADOS

Han participado 67 profesionales. Un 94% trabajan en Centros de AP. El 74,6% son médicos, de ellos un 2,5% residentes. La experiencia no sobrepasa los 15 años en un 55,3% de los encuestados. Un 66% de los médicos indica diagnosticar personalmente la fibromialgia, de los que un 79,4% refiere hacerlo según los criterios aceptados, aunque sólo un 23,9% de éstos responden bien los criterios diagnósticos. Contestaron correctamente a la epidemiología (respuesta sobre prevalencia) un 49,3%, mientras un 34,4% consideró que es una enfermedad de países industrializados. A los criterios diagnósticos un 19,4% contestó todos los necesarios y un 10,4% ninguno. Un 86,6% señaló los puntos dolorosos correctos, un 37,9% como criterio único. Un 94% contestó la sintomatología real. Como tratamiento un 37,3% proponía sólo ejercicio y un 23,9% ejercicio más antidepresivos, siendo ambos tratamientos aceptado.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Llama la atención el bajo índice de respuesta a una encuesta online que preserva el anonimato. Sorprende que un 34% de los facultativos siga sin diagnosticar la patología y que sólo el 23,9% de quien dice diagnosticarla según criterios los conozca. Un alto porcentaje de profesionales todavía considera la fibromialgia como una situación ligada al modo de vida occidental. Los datos serán útiles en la elaboración de la formación que prepara el GdT para divulgar los nuevos criterios diagnósticos.

### 371-O

## Consumo de psicofármacos en dos poblaciones: una rural y otra urbana

Álvarez Acedo A, Faro Colomé M, Velasco Gemio J

## OBJETIVOS

Existe una elevada prevalencia de consumo de psicofármacos en Atención Primaria (AP). Objetivo: Comparación de la prescripción de antidepresivos (AD) y benzodiazepinas (BZD) entre una población rural (PR) y una población urbana (PU).

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Población: pacientes (ptes) mayores de 15 años en tratamiento (tto) con AD y/o BZP de dos unidades básicas de salud (UBA), una rural y otra urbana. Periodo del estudio: abril-mayo de 2009. Criterios de exclusión: Deterioro cognitivo, retraso mental, ttos empleados como relajantes musculares, preventivos de cefalea o dolor neuropático. Variables: Sexo, edad, tipo de AD, tipo de BZD, especialidad farmacéutica genérica (EFG) o marca comercial.

## RESULTADOS

PR: 1141 individuos, edad media  $59,7 \pm 15,5$  años (50,6% mujeres). 10,8% (123) toman AD y/o BZD. 81,3% mujeres y 16,6% >65 años. 79 ptes utilizan AD (64,2%) y 96 BZD (78%). PU: 1393 individuos, edad media de  $53,3 \pm 17$  años (48,3% mujeres). 8,4% (118) toman AD y/o BZD. 78,8% mujeres y 21,7% > 65 años. 81 ptes utilizan AD (68,6%) y 87 BZD (73,7%). AD más utilizados: en PR Escitalopram (30,5%), Sertralina (16,4%) y Duloxetina (15,4%) y en PU Fluoxetina (33,3%), Paroxetina (24%) y Citalopram (20%). BZD más utilizadas: en PR Alprazolam (37,5%), Lorazepam (29,1%), Clorazepato (9,3%), Diazepam (9,3%) y en PU Lorazepam (34,4%), Diazepam (20,7%) y Alprazolam (17,2%). En >65 años las BZD de vida media corta-intermedia son un 65% del total en PR y un 70% en PU. Las BZD EFG prescritas son un 18,7% de las totales en PR y un 45,9% en PU ( $p < 0,005$ ). Los AD EFG son un 10,1% en PR y un 73,9% en PU ( $p < 0,005$ ).

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El consumo de psicofármacos es similar en la población rural y urbana en lo que respecta a la edad y sexo de los pacientes y porcentaje de AD y BZD. También en ambas poblaciones los AD más utilizados son los ISRS aunque difiere del principio activo. En ambos grupos las BZD de vida media corta-intermedia son las más prescritas en mayores de 65 años, tal y como recomiendan las guías de práctica clínica. Se prescriben más especialidades genéricas en la población urbana que en la rural.

### 372-C

## La consulta por dolor abdominal en el paciente anciano: un reto diagnóstico para el médico

Plumed Betes MJ, Barba Ródenas MI, Buil Tricas B, Garbayo Martínez JL, Martínez Hernández M, Larraz Andía P

## INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal en el anciano supone un reto por su clínica insidiosa y los datos inespecíficos que aportan las pruebas básicas urgentes. A través de este caso clínico revisaremos qué es lo que hace distinto el dolor abdominal en ancianos y la dificultad para llegar al diagnóstico correcto.

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 76 años. Antecedentes: hipertensión, diabetes, dislipemia. Mastectomía derecha y ooforectomía bilateral hace 30 años. Refiere dolor en hemiabdomen inferior y distensión de semanas de evolución. Nos avisa porque desde hace 2 días se añaden vómitos alimenticios-biliosos. Ritmo deposicional sin cambios. Exploración: buen estado general, normocoloreada, normohidratada. Constantes estables. Afebril. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación de forma difusa, sin signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni visceromegalias. Oleada ascítica. Remitimos a urgencias: analítica normal. Ecografía y TAC: ascitis. Se remitió a Medicina Interna para continuar estudio, pero a los 5 días vuelve a urgencias por empeoramiento y ausencia de deposición de 3 días. En laparotomía exploradora: carcinomatosis difusa y oclusión intestinal.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La etiología del dolor abdominal en el anciano es diferente respecto a los jóvenes, aumentando la frecuencia de oclusión intestinal, patología vascular y tumoral, en muchos casos con síntomas inespecíficos y escasez de signos a la exploración. No suele haber alteraciones en los signos vitales ni en la analítica y la radiografía abdominal solo es anormal en el 10% de los casos. La ecografía suele ser bastante resolutive y la TAC puede ayudar en la toma de decisiones (ingreso, cirugía...). En ocasiones, a pesar de todas las pruebas complementarias disponibles, no se llega a un diagnóstico definitivo, siendo necesario realizar una laparotomía exploradora como en el caso de nuestra paciente.

## BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "dolor abdominal", "anciano", "etiología", "manifestaciones". 1.- Gómez M, Zaera A, Viña V, Pascual T, Marco A. Dolor abdominal en el anciano. *An Med Interna* 2001;18 (3). 2.- Espinoza R, Balbontín P, Feuerhake S, Piñera C. Abdomen agudo en adulto mayor. *Rev Méd Chile* 2004;132:1505-12. 3.- Montoro M, Bruguera M, Gomollón F, Santolaria S, Vilardell F. Principios básicos de gastroenterología para Médicos de Familia. 2ª ed. Jarpyo editores. Madrid 2002;751-782.

373-0

## Dispositivos de inhalación: ¿explicamos correctamente su uso a los pacientes?

Martín Herruzo A, Del Olmo Zamora R, García Lerín A, García Vallejo O, Martín Herruzo S, Núñez Bermejo A

### OBJETIVOS

Evaluar el grado en que los profesionales sanitarios de un centro de salud informan a los pacientes que reciben tratamiento con inhaladores sobre la utilización del dispositivo inhalador.

Identificar las causas de la posible falta de información ofrecida a dichos pacientes.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional transversal. Se diseñó una encuesta individual a los profesionales del centro en relación a la explicación de la utilización del dispositivo inhalador por el paciente. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, categoría profesional, explicación del dispositivo, utilización de material de apoyo en la explicación (folletos explicativos, placebos), causa de la falta de explicación, recomendación del uso de enjuagues posteriormente a la utilización, frecuencia de la supervisión posterior de la utilización del dispositivo, estimación de la adecuada utilización del dispositivo por los pacientes, estimación de la correcta explicación por el paciente.

### RESULTADOS

El 68,4% explican siempre los dispositivos (63.6% de médicos, 75% enfermeros), de éstos 7,2% se apoyaban de folletos y placebos, 43.2% sólo en placebo, 7,2% sólo folletos y 42,4% sin material de apoyo. En profesionales que reconocían no informar correctamente el 83,3% lo atribuían a falta de material de apoyo, 42% a falta de tiempo y 32% a falta de formación. Un 47,3% recomiendan enjuagarse después de utilizar el inhalador, 26,3% sólo con inhaladores de corticoides, 26% no recomiendan enjuague. Un 73% no realiza supervisión sobre utilización del dispositivo pese a que 68,4% cree que sus pacientes no lo usa correctamente.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

En nuestro estudio el 68,4% de profesionales afirmaban explicar la utilización del dispositivo. Los profesionales que no explican la utilización del dispositivo apuntan a la falta de material de apoyo y de tiempo como principales causas. Sólo un 26% no recomienda los enjuagues post utilización del dispositivo. Un 73% no supervisa la correcta utilización del dispositivo, y sólo un 33% lo hace de forma regular, pese que el 68,4% estima que sus pacientes no lo usan correctamente.

374-C

## Neoplasia de mama ulcerada

Fabra Noguera A, Gemar Ruiz S, Hernández Ribera M, Pablos Herrera E, Santos Murillo J, García Font M

### INTRODUCCIÓN

Mujer de 86 años que consulta a enfermería por herida. Observamos lesión ulcerada y extensa en cara anterior del tórax que ha destruido la mama izquierda y empieza a invadir la mama derecha, sin signos de necrosis, es exudativa e indolora.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Se consulta con médico de familia quien deriva al servicio de oncología de referencia al sospechar que estamos ante una

neoplasia de mama. Nos confirman el diagnóstico de carcinoma de mama, siendo un carcinoma lobular infiltrante sin metástasis. Se inicia tratamiento con Letrozol oral 2,5 miligramos al día y curas cada 48 horas con suero fisiológico, lidocaína viscosa al 2 por ciento, hidrocortisona al 0,01 por ciento, apósito hidrocoloide y vendaje de contención. El aspecto de la lesión y su evolución ha sido muy favorable. Sabemos actualmente que el cáncer de mama es el más frecuente en la mujer (31,7 por ciento), la detección precoz ha disminuido la mortalidad pero todavía podemos encontrar casos evolucionados como éste que nos ocupa.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Siguiendo el tratamiento oral y las curas, se evidencia una mejora del aspecto de la lesión. Evidenciamos mayor confort psicológico en la paciente y el entorno familiar dado el apoyo multidisciplinar por parte del equipo. Actualmente la forma habitual de diagnóstico de cáncer de mama es por mamografía en mujeres asintomáticas, aún así podemos encontrarnos un caso como el descrito con lesiones cutáneas ya avanzadas, que nos pueden hacer dudar del diagnóstico. En primaria debemos estar alerta, pues el cáncer de mama no siempre debuta como un bultoma y en este caso al realizar una cura comfortable y adecuada de la lesión, logramos una supervivencia más digna.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "cáncer de mama", "cura", "úlceras cutáneas". 1.- Fitzpatrick TB et al. Atlas color y sinopsis de dermatología clínica. Madrid: McGraw Hill Interamericana 2001;494-5. 2.- Bailón Muñoz E, et al. Actividades preventivas en la mujer. Atención primaria 2001;28:181-218. 3.- Marzo M. Prevención del cáncer de mama. ¿Nuevos datos? Atención Primaria 2007;68:1075-82. 4.- Iwata H. Future treatment strategies for metastatic breast cancer: curable or incurable? Breast Cancer 2011 Apr 14.

375-0

## ¿En nuestro centro de salud existe infrautilización de betabloqueantes en insuficiencia cardiaca?

Sánchez Martínez L, Saburido Castrillón P, Manzano Cano NJ, Fábrega Valverde ML, Lorca Serralta JR, Molina Martínez ML

### OBJETIVOS

Conocer el uso de betabloqueantes en la población con insuficiencia cardiaca de nuestro centro de salud. Conocer factores asociados al uso de betabloqueantes en pacientes con insuficiencia cardiaca en nuestro centro de salud: edad, inmovilización, polimedicación ...

### METODOLOGÍA

VARIABLES SELECCIONADAS: edad, inmovilización, polimedicación, consumo de betabloqueantes, contraindicaciones absolutas para

consumo de betabloqueantes (hipotensión arterial, bradicardia, disfunción sexual, trastornos de la conducción auriculo-ventricular, arteriopatía periférica, asma y/o EPOC severo, diabetes de difícil control), tipo de betabloqueante (carvedilol, metoprolol, bisoprolol, atenolol, otros), enfermedades asociadas susceptibles de tratamiento con betabloqueantes (HTA, cardiopatía isquémica, arritmias supraventriculares y jaqueca común). Criterios de exclusión: codificación incorrecta del episodio, fallecimiento. Manejo de datos con variables estadísticas más comunes.

### RESULTADOS

Se analizaron 74 pacientes diagnosticados de Insuficiencia cardiaca, de ellos 31 (41,89%) tomaban tratamiento con Betabloqueantes; mientras que 43 (58,11%) no lo tomaban. De los 31 pacientes que tomaban betabloqueantes 28 (90,32%) de ellos eran hipertensos y solo 3 no lo eran (9,68%). 43 (58,11%) pacientes diagnosticado de Insuficiencia cardiaca no tomaban Betabloqueantes, de ellos solo 9 (20,93%) presentaban algún tipo de contraindicación para el uso de Betabloqueantes mientras 34 (79,07%), no presentaban contraindicación ninguna. Los betabloqueantes más utilizados fueron Bisoprolol en 19 (61,29%) casos, carvedilol 4 (12,90%) casos, Propanolol 3 (9,67%) casos y 5 (16,12%) casos otros betabloqueantes. Del total de pacientes 63 (85,13%), estaban tomando Polimedicación con el criterio expuesto en material y métodos y solo 11 (14,87%) no eran polimedificados.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Tanto en guías clínicas como en la bibliografía consultada, existe grado de evidencia máxima de que el uso de betabloqueantes aumenta la supervivencia y reduce los ingresos en pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca, por lo que si no existen contraindicaciones absolutas deberían utilizarse en el 100% de los pacientes con este diagnóstico. Tras analizar los datos en nuestro Centro de Salud todavía quedan más de la mitad de pacientes con Insuficiencia cardiaca sin tomar Betabloqueantes.

376-0

## Valoración del pie de riesgo en atención primaria

Muñoz Cabañero G, Delgado Moreno-Arrones A, García Abadillo García Catalán G, Domat Ibrahim A, Martos Lópezzosa F, Muñoz Rivera G

### OBJETIVOS

Valorar a los diabéticos tipo 2 mayores de 65 años que presenten factores de riesgo para la prevención del pie diabético, utilizando los medios que tenemos al alcance en atención primaria.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2 ( CIAP-2=T90):. Exploración física: búsqueda de alteraciones

biomecánicas del pie, síntomas neuropáticos y vasculares periféricos, palpación de pulsos pedios y tibial posterior. Valorar factores de riesgos cardiovasculares Realizar cribaje con el cuestionario NDS (Neuropathy Disability, Store Sensibilidad táctil superficial, S.vibratoria, Sensibilidad dolorosa, Sensibilidad propioceptiva, Sensibilidad térmica, Reflejo Osteotendinosa Aquilea) sensibilidad a la presión. Exploración de sensibilidad táctil periférica a través del monofilamento. Semmes-Weinstein 5.07 10 gr. y determinación del índice tobillo/brazo en reposo.

## RESULTADOS

Número total de pacientes diabéticos tipo 2 estudiados: 57. 52.6% varones. Tiempo de evolución de diabetes:  $10 \pm 7.35$  años. Edad:  $72.8 \pm 6.62$  años. Fumadores y consumidores de alcohol: 21.1%. 59.1% obesos. Con callosidades en pies: 70.2%. Tienen síntomas de vasculopatía periférica 47.36%, síntomas neuropáticos 31.50%. Tienen afectación de los pulsos 29.8%. HbA1c  $\leq 7$ , el 34%. Según el cuestionario NDS presenta riesgo medio el 31.3% y riesgo alto el 13.7%. ITB  $\leq 0.9$  el 31.5%. Presentan hipertensión arterial 78.9%, controlados 73.3%. Buen control de: LDL colesterol  $\leq 100$  y triglicéridos  $\leq 150$  el 80%

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Las dos terceras partes presentan alteraciones biomecánicas del pie y las cifras de HbA1c y LDL colesterol no se encuentran en rango deseado. Realizando el cribaje de cuestionario NDS la mitad de los pacientes presentan pie de riesgo medio-alto. La cuarta parte presentan enfermedad obstructiva periférica.

### 378-C

## Dolor torácico en Servicio Normal de Urgencias

Garbayo Martínez JL, Martínez Hernández M, Plumed Betes MJ, Barba Ródenas MI, Buil Tricas B, Larraz Andía P

### INTRODUCCIÓN

El dolor torácico (DT) es una de las causas más frecuentes de atención a pacientes en los servicios de urgencias. Muchos pacientes con (DT) son ingresados debido al desconocimiento de la causa del dolor. Esta actitud defensiva de los médicos obedece a la difícil tarea de hacer diagnóstico correcto.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Hombre de 38 años, no fumador, no otros hábitos tóxicos, sin antecedentes familiares de interés. Apendicectomizado a los 28 años. Acude al servicio normal de urgencias refiriendo pinchazos en torax desde hace 24 horas, no los identifica como dolor, aunque sí refiere palpitations. No disnea, no fiebre, no otra clínica acompañante. Hace 1 mes padeció proceso gripal. Buen estado general, normohidratado, normocoloreado. No ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar normal sin roce pericárdico. Presión arterial 120/80, 55 latidos por minuto (lpm), pulsioximetría 98%.

Abdomen normal. Extremidades inferiores sin edemas, pulsos presentes. Electrocardiograma: Ritmo sinusal, 55 (lpm), repolarización precoz en derivación II y precordiales izquierdas. Ante la sospecha de dolor torácico compatible con pericarditis aguda se envía a hospital de referencia.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En hospital se realiza: radiografía de torax, no encontrando alteraciones patológicas significativas, análisis de sangre, dentro de límites normales, electrocardiograma: ritmo sinusal, 56 latidos por minuto, elevación difusa de ST en precordiales izquierdas. Con diagnóstico de pericarditis aguda y tratamiento con IBUPROFENO 600 miligramos cada 8 horas es dado de alta a su domicilio con recomendación de reposo y control por su médico de atención primaria.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "pericarditis", "dolor torácico", "palpitations".  
1.- Bassan R, Brian Gibler W. Unidades de dolor torácico: estado actual del manejo de pacientes con dolor torácico en los servicios de urgencias. Revista Española Cardiología 2001;54:1103-9. 2.- Lurueña Lobo P, Navas Lobato MA. Pericarditis aguda. Guías clínicas 2006; 6 (10).

### 379-C

## Trombosis venosa profunda

Rodríguez Sáez C, Priede Díaz MI, Melgosa Moreno MS, López Robles E, Real Revuelta M, Fernández Sánchez E

### INTRODUCCIÓN

La Trombosis Venosa Profunda (TVP) es un proceso frecuente. Cursa con complicaciones como el síndrome postflebitico y el embolismo pulmonar que puede ser mortal. Un algoritmo que combina la probabilidad clínica, el dímero D y la ecografía venosa permite una estimación adecuada y no invasiva de la TVP.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 56 años, como antecedentes personales es hipertenso en tratamiento con enalapril de 20mg un comprimido al día con buenos controles, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina un comprimido cada 8h, sobrepeso grado 2, exfumador desde hace 10 años sin otros antecedentes personales de interés. Consulta porque después de estar 15 días hospitalizado por una Neumonía Bilateral, dos días después de ser dado de alta acude a la consulta de primaria por dolor y aumento del perímetro en pantorrilla derecha, no signos de infección, no disnea. A la exploración dolor en trayecto venoso profundo, tumefacción de pantorrilla, pulsioxímetro 98%. Bajo la sospecha clínica de TVP se deriva al hospital y se confirma el diagnóstico con Dímero D elevado y eco-doppler venoso. Se pauta tratamiento con anticoagulantes 3 meses y la primera semana con heparina de bajo peso molecular.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La clínica de la TVP es de escasa utilidad en el diagnóstico. En este paciente el periodo de inmovilización hospitalaria, la tumefacción de la pantorrilla, dolor sobre el trayecto venoso profundo son factores de riesgo de TVP. Con dos o más factores de riesgo entraría dentro de TVP probable y dentro del algoritmo clínico se le realiza Dímero D que en este caso fue alto, y posteriormente eco-doppler venoso dando el diagnóstico de TVP. La base del tratamiento es la anticoagulación. La duración del tratamiento es de 3 meses para pacientes con un primer episodio de TVP secundario a un factor de riesgo reversible y de por lo menos de 12 meses para TVP de causa desconocida o de origen neoplásico.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabra-clave: "venous deep thrombosis". 1.- FMC Protocolo 2001. Patología arterial y venosa. TVP 14-22. 2.- Rev Med Univ Navarra/Vol 51 n°1,2007 13-17. 3.- Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y Protocolos de actuación. 4º Edición. Luis Jiménez Murillo, F. Javier Montero Pérez. Trombosis venosa profunda 248-250.

380-C

## Dolor abdominal y asa centinela en la radiología de Urgencias

Cervantes Munilla MA, Tomás Herrero MN, Rodríguez Bernal MC, Alonso Martínez S, Landeo Fonseca A

### INTRODUCCIÓN

La práctica médica obliga a diferenciar si un dolor abdominal agudo requiere estudios complementarios y cuáles precisan técnicas de imagen especializada, para valorar si es un proceso quirúrgico o médico. Revisamos conceptos básicos de semiología radiológica a propósito este caso clínico.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 67 años con dolor cólico de 15 días de evolución en epigastrio irradiado a ambos hipocondrios con aumento de ruidos hidroaéreos, hiporexia y distensión abdominal. Hace unas 6 horas que ha aumentado el dolor, sin relación con los movimientos ni el ejercicio. Comienza con náuseas sin vómitos. Emisión de heces y gases. Afebril. Sin antecedentes de cirugía abdominal. En la palpación superficial y profunda hoy dolor en epigastrio, hipocondrio y flanco derecho sin rebote. Peristaltismo conservado. 24 horas después, la descompresión en hemiabdomen derecho se hace dolorosa. Radiología abdominal: asa centinela evoluciona a de asas intestinales generalizadas. Análisis general sin alteraciones. Diagnóstico de confirmación ecográfico: colecistitis aguda. Tratamiento quirúrgico. La causa más frecuente de asa centinela es un proceso inflamatorio localizado (1) (2).

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El objetivo principal de un dolor abdominal agudo es valorar si se trata de un proceso quirúrgico o médico. Hemos visto la evolución clínica y radiológica de una colecistitis aguda.

Observamos un asa centinela que evoluciona a íleo adinámico funcional. Es la evolución natural de un proceso inflamatorio localizado no resuelto.

La primera asistencia tanto ambulatoria como hospitalaria de un dolor abdominal agudo debe ser sistematizada (3). La radiología simple es una herramienta a nuestro alcance que puede ser definitiva en la valoración de un dolor abdominal.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "asa centinela", "dilatación de asas intestinales". 1.- Max JA, editores. Rosen: Medicina de Urgencias. Conceptos y práctica clínica. 5º ed. Madrid, Elsevier; 2004;87:1283-87. 2.- Pedrosa CS, Casanova R, editores. Pedrosa Diagnóstico por Imagen: Tratado de radiología clínica. 2a. Ed. 2a Reimp. Madrid, Mc Graw Hill Interamericana. 2002;Vol II. 3.- Jiménez L, Montero FJ, Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 3ª Ed. Madrid, Elsevier.2007;10;41.

382-O

## Análisis de los pacientes con ictus en un Servicio de Urgencias extrahospitalarias en el sur de España

Lucas Fernández C, Ruiz Rosety JM, Ruiz Rosety AE, Pérez López I, Morán Rodríguez A, Pousada Belmonte M

### OBJETIVOS

Identificar los factores de riesgo que presentan los pacientes con ictus. Valorar la demanda de los distintos recursos sanitarios disponibles. Analizar el perfil sociodemográfico del paciente que consulta por ictus y comparar los resultados con los datos epidemiológicos existentes.

### METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo en un grupo de pacientes que son atendidos por el dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU), por presentar un episodio de ictus. En este se analizan una serie de variables obtenidas a partir de la revisión de las historias clínicas realizadas por la unidad móvil del DCCU. El estudio se desarrolla durante el año 2010, en un área rural del sur de España (en las localidades de Conil de la Frontera y Vejer de la Frontera). Con una superficie de 349 Km<sup>2</sup> y cuentan con un censo de 33.744 habitantes. Se analizan las siguientes variables: edad, sexo, hora en que demanda asistencia, lugar de asistencia y factores de riesgo del paciente.

### RESULTADOS

El ictus representa el 3,2% de las demandas que se realizan de urgencias, de un total de 1708 asistencias realizadas en el 2010.

Los factores de riesgo registrados en las historias son: Diabetes Mellitus: 45,8%, Hipertensión: 52%, Dislipemia: 12,5%, Cardiopatías embolígenas: 10,4%, Ictus previos: 4,1%, Fumador 4,1%. La mayoría de los pacientes presenta varios factores de riesgo simultáneamente. Un 8,3% no presentaba ningún factor de riesgo. De los distintos recursos solicitados por el paciente, el 10,9% acudía al Centro de Salud. Mientras que el 89% solicitaba asistencia a través del Centro Coordinador de Urgencias. La prevalencia es mayor en el hombre (54,5%) Aunque ajustando la prevalencia por edad, en las edades más avanzadas, la proporción aumenta en las mujeres. En mayores de 85 años la incidencia en la mujer es 16% (7% en hombres). Demanda más frecuente es matutina (47,2%).

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Son numerosos los factores de riesgo asociados al Ictus, muchos de ellos se potencian entre sí y se presentan frecuentemente asociados. La función del médico de Atención Primaria es la prevención primaria y secundaria de los mismos, para así prevenir la aparición del Ictus. Al igual que en datos epidemiológicos consultados, en nuestro estudio se aprecia una mayor prevalencia en el hombre hasta los 75-80 años de edad, cuando se invierte la prevalencia en la mujer respecto al hombre.

### 384-0

#### Profesionales sanitarios a examen ante pacientes con ictus

Lucas Fernández C, Ruiz Rosety JM, Bravo Monge RM, Miranda Báez MC, Calvo Franch L, Ruiz Rosety AE

#### OBJETIVOS

Analizar si se cumplimentan los datos básicos de la historia clínica del paciente con ictus. Constatar si se realizan las pruebas complementarias que indican los protocolos ante un paciente con ictus. Valorar si las derivaciones que realizan los profesionales se ajustan a los protocolos.

#### METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de pacientes atendidos por un dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU), por presentar un ictus. Se analizan una serie de variables obtenidas de la revisión de las historias clínicas realizadas por la unidad móvil del DCCU. El estudio se desarrolla durante el año 2010 a un total de 55 pacientes, en un área rural de la provincia de Cádiz (en las localidades de Conil de la Frontera y Vejer de la Frontera). Con una superficie de 349 Km<sup>2</sup> y cuentan con un censo de 33.744 habitantes. Se analizan las siguientes variables: Registro del tiempo de evolución, de la prioridad, realización de pruebas complementarias, activación de Código Ictus y derivación.

#### RESULTADOS

Del total de asistencias realizadas en el año 2010, el Ictus representa el 3,2% de las demandas que se realizan de urgencias. En cuanto a la actuación por parte de los profesionales, al analizar las

historias clínicas, no consta una serie de datos fundamentales para determinar si estamos ante un Código Ictus, como el tiempo de evolución de los síntomas (no aparece en un 70,9% de las historias). De los datos registrados, solo en 27% de los pacientes avisan dentro de las primeras 4,5 horas de evolución del Ictus. En la realización pruebas complementarias establecidas en los protocolos, no se realizan las siguientes: Electrocardiograma (21,8% de las ocasiones), temperatura (38,1%), Glucemia capilar (5,4%), tensión arterial (1,8%), saturación O<sub>2</sub> (5,4%). Los ictus son derivados al hospital en el 82,7% de los casos (ambulancia convencional 32,7% y 60% UVI móvil).

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La historia clínica del paciente con ictus es fundamental para poder catalogarlo como Prioridad I del Código Ictus o no. Por ello, resulta fundamental registrar una serie de datos, así como la realización de determinadas pruebas, que permitan detectar alteraciones de las constantes. Hecho que resulta fundamental para poder iniciar el tratamiento precoz y así minimizar las complicaciones que estas generan. Los profesionales debemos esforzarnos por realizar un registro completo de los datos.

### 385-0

#### Los adolescentes ante su índice de masa corporal: ¿cómo perciben su imagen?

Muñoz Rivera G, Muñoz Menor A, Moreno Briones M, Martos Lopezosa F, Hispán Calles R, Muñoz Cabañero G

#### OBJETIVOS

Valorar a través de la consulta joven el Índice de Masa Corporal (IMC) en alumnos de educación secundaria. Valorar si hay relación entre: índice de masa corporal, auto-percepción, e imagen deseada.

#### METODOLOGÍA

Encuesta anónima sobre: edad, sexo, actitudes hacia la imagen corporal y la deseada, realización de dietas y antecedentes familiares de problemas de alimentación. Los alumnos facilitan los datos de su peso y talla. Se clasifica a los jóvenes en cinco categorías según su IMC ajustada a edad y sexo.

#### RESULTADOS

En una muestra de 240 jóvenes entre 12-16 años: el 12% tiene algún familiar con problemas de alimentación, el 16,6% de varones y el 23% de mujeres realizaron dietas en alguna ocasión, el 8% no facilita información sobre peso y talla (el 59% son mujeres). Todos los estratos de la población presentan sobrepeso en un 25%, aumentando a 36% en la población de 12 años y a 35% en la de 15. Un 68,4% se auto-percibe con imagen normal pero el 62,5% desea estar más delgado, excepto el 42% de los jóvenes de 15 años. El 16% de la población presenta delgadez (excepto a los 12 años: 9%) y se auto-perciben como normales. Quieren seguir igual e incluso más delgados el 9% de los de 14 años y el 17% de los de

16. Los varones presentan mayor sobrepeso con respecto a las mujeres, excepto a la edad de 15 años.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La tercera parte de la población padece sobrepeso, sobre todo a las edades de 12 y 15 años. Más de la mitad de la población, aunque se auto perciben como normales, desean estar más delgados (excepto a los 15 años). Existe una ligera relación entre edad y delgadez, a mayor edad, mayor proporción de población con problemas de delgadez: su auto-percepción es normal y están contentos con su cuerpo (con la excepción del grupo de 14 años). Esta tendencia se cumple en todos los grupos analizados.

**386-O**

### Estudio de los Códigos Ictus activados en un área rural del sur de España por una Unidad Móvil de un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias

Ruiz Rosety JM, Ruiz Rosety AE, Lucas Fernández C

#### OBJETIVOS

Examinar el perfil del paciente por el que se activa el Código Ictus. Analizar la actuación de los profesionales que atienden al paciente con Código Ictus. Evaluar el resultado de la activación del Código Ictus a nivel hospitalario.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo en un grupo de pacientes que presentan ictus y cumplen los criterios de activación del Código Ictus, atendidos por el dispositivo de cuidados críticos y urgencias. El estudio se desarrolla durante el año 2010, en un área rural del sur de España (en Conil de la Frontera y Vejer de la Frontera). Se analizan una serie de variables obtenidas a partir de la revisión de las historias clínicas realizadas por la unidad móvil del DCCU, como son: sexo, edad, factores de riesgo, tipo de prioridad, hora de activación, tiempo de evolución, lugar de activación, escala de NIHSS, precisa medidas terapéuticas, forma de derivación, realización de trombolisis.

#### RESULTADOS

El número de Códigos Ictus activados en el período de estudio, fue del 14,54% de los pacientes valorados por ictus. El perfil del paciente es un varón (100%) con una edad media de 69 años. El 75% de los pacientes presentaba algún factor de riesgo asociado. Los pacientes son atendidos en el domicilio en un 75% de las ocasiones, y en el Centro de Salud en el 25%. El tiempo de evolución del Ictus a la hora de demandar asistencia el paciente, era menor a 1 hora en todos los casos. La hora de activación del Código Ictus es por la tarde en el 75% de las ocasiones. Los profesionales que valoran a estos pacientes cumplimentan todos los datos de la historia clínica, incluyendo la escala de NIHSS. Precisan tratamiento neuroprotector el 62,5 % de los

pacientes. Todos son derivados por unidades medicalizada en el tiempo establecido. A nivel hospitalario, se realiza trombolisis en un 12,5%.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

El número de Código Ictus activados en la actualidad alcanza valores muy bajos. Deberíamos hacer un esfuerzo para informar a la población de la importancia de avisar precozmente en cuanto detectan los primeros síntomas. La labor del médico de urgencias extrahospitalarias es fundamental para que llegue en las mejores condiciones posibles al hospital de referencia y en el menor tiempo posible, para así poder beneficiarse de tratamientos más especializados a nivel hospitalario.

**387-C**

### Enfermedad de Charcot Marie Tooth

Rodríguez Sáez C, Priede Díaz MI, Melgosa Moreno MS, López Robles E, Fernández Sánchez E, Real Revuelta M

#### INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Charcot Marie Tooth es la neuropatía hereditaria más frecuente. Se trata de un síndrome polineuropático sensitivo-motor, desmielinizante o axonal, que puede transmitirse con herencia autosómica dominante, autosómica recesiva, o ligada al cromosoma X.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Niño de diez años sin antecedentes de interés excepto la presencia de múltiples caídas sin trascendencia. Consulta porque tras un cuadro viral los días previos, presenta dolor en ambos gemelos y pie derecho caído sin posibilidad de ponerlo horizontal. A la exploración se aprecia imposibilidad de realizar flexión dorsal en pie derecho, arreflexia plantar derecha, pies cavos y atrofia de los músculos peroneos. Se deriva al hospital donde se le realiza analítica en la cual aparece la creatinfosfoquinasa (CPK) muy elevada. En la electromiografía, se detecta una polineuropatía sensitiva motora axonal desmielinizante, que afecta a miembros inferiores. Finalmente se realiza biopsia del nervio safeno exterior, llegándose con ello a la confirmación de enfermedad de Charcot Marie Tooth.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

La enfermedad Charcot Marie Tooth es uno de los trastornos neurológicos hereditarios más comunes. Se caracteriza por debilidad y atrofia principalmente de los músculos distales de la piana. Se presenta con déficit preferentemente motor y en menor grado sensitivo, con distribución distal. Esta enfermedad progresa lentamente a lo largo de toda la vida. El diagnóstico temprano y la aplicación de los cuidados necesarios, nos permitirá mejorar la calidad de vida del paciente. La mayoría de ellos podrán caminar con ayuda ortopédica (para estabilizar los tobillos). También, precisaran de diversos tratamientos de rehabilitación.

**BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO  
PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

Palabras-clave: "enfermedad de Charcot Marie Tooth2, "pie cavo", "neuropatía genética". 1.- Nelson, tratado de pediatría. Berhrman Kliegman Jenson. Decimosexta edición. 2055-2056. 2.- Berciano J, Gallardo E, García A, Pelayo-Negro AL, Infante J, Combarros O. Charcot-Marie-Tooth disease: a review with emphasis on the pathophysiology of pes cavus. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2011;55:140-50.

**391-O**

**Valoración de la ingesta y su relación con la densidad mineral ósea en un grupo de mujeres peri y menopáusicas**

Castillo Bueno H, Jiménez Alonso E, Gregorio Arenas EM, Moratalla Cecilia N, Calle Romero J, Fernández Martínez MM

**OBJETIVOS**

Evaluación nutricional de un colectivo de mujeres peri y menopáusicas. - Educación personalizada, incidiendo en los fallos nutricionales encontrados en cada mujer, tras su evaluación. Determinar si la dieta de estas mujeres tiene influencia sobre su densidad mineral ósea.

**METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo transversal. La población objeto de estudio está constituida por 114 mujeres con edades comprendidas entre 45 y 65 años, ambos inclusive, residentes en Granada y su provincia. Los métodos de valoración: - Análisis de la ingesta de alimentos y nutrientes (Entrevista personalizada, recordatorio de 48 horas). - Densitometría ósea de calcáneo.

**RESULTADOS**

En la población estudiada: el porcentaje de Hidratos de Carbono (46.58%) está disminuido con respecto a las recomendaciones (50-75%).- El porcentaje de proteínas (19.01%) está aumentado respecto a las recomendaciones (10-15%).- Las grasas (36.64%) se encuentran ligeramente elevados con respecto a las recomendaciones (30-35%).- La fracción (AGP+AGM)/AGS debe ser superior o igual a 2 y nosotros encontramos valores adecuados.- La ingesta de colesterol y de fibra se encuentra en valores recomendados.- La ingesta de cinc (Zn) y de vitamina D resultan por debajo de las recomendaciones con unas medias de 48.49 y de 83.63 respectivamente.- El resto de vitaminas cubre las necesidades de la población estudiada.- Obtenemos un T-score medio de 1.31 +/-1.02 DE por debajo de 0, población en los límites bajos de osteopenia (-1 a -2,5 DE). La ingesta de nutrientes no influye en densidad mineral ósea.

**COMENTARIO Y CONCLUSIONES**

Elevado y variado consumo de alimentos que lleva a una ingesta calórica suficiente para cubrir sus recomendaciones según el tipo de actividad que desarrollan.Ingesta de proteínas mayor y de hidratos

de carbono menor a las recomendadas.Consumo de colesterol y fibra adecuado.Recomendada ingesta y calidad de los lípidos.El aporte de Zn por la dieta no cubre las recomendaciones.Déficit en la ingesta de vitamina D.Valores de densitometría de osteopenia sin correlación con la ingesta de nutrientes.

**392-C**

**Intoxicación por puré de verduras: síndrome del niño azul (metahemoglobinemia)**

Alás Brun RM, Rodríguez Arrayago R, Barinagarrementeria Zabaleta L, Barrio Goñi MC, San Martín Zabaleta MR, Rodríguez Nieto MT

**INTRODUCCIÓN**

El síndrome del niño azul es una situación grave producida por la oxidación, en presencia de nitratos, de la hemoglobina a metahemoglobina (MHb), con clínica de cianosis y acidosis metabólica, no respondiendo a la oxigenoterapia, por lo que es vital su sospecha para aplicar el antídoto específico.

**DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO**

Lactante de 8 meses sin antecedentes previos. Acude a urgencias rurales por cianosis labial y palidez de extremidades de aparición brusca tras la siesta. Ha comido puré de acelga, zanahoria y ternera hecho hace 48 horas. Pulsioximetría: 86% (no mejora con oxigenoterapia). Se deriva a Hospital donde en analítica objetivan MHb de 38% con discreta acidosis láctica. Lactante de 8 meses sin antecedentes previos. Tras comer puré de acelga y zanahoria hecho hace 28 horas comienza con irritabilidad y cianosis leve. A las dos horas acuden a urgencias rurales por cianosis intensa generalizada, vómitos y mal estado general con saturaciones de oxígeno de 70-80%. No mejora con salbutamol nebulizado y oxigenoterapia trasladándose en ambulancia medicalizada al hospital donde se detecta MHb de 42,3%. En ambos casos se administra azul de metileno intravenoso normalizándose coloración y cifras de MHb.

**ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN**

Sospecharemos metahemoglobinemia ante una cianosis de instauración brusca que no mejora con oxigenoterapia en ausencia de patología respiratoria o cardíaca. El diagnóstico es por medición del porcentaje de MHb (cooximetría). La clínica empeora al aumentar la concentración de MHb: cianosis, irritabilidad, taquipnea, acidosis metabólica, arritmias, convulsiones y coma. Si aparecen síntomas o la MHb supera el 30% debe administrarse azul de metileno intravenoso 1-2 mg/kg. En nuestro medio la principal causa es la ingesta de nitratos en puré de verdura (espinacas, acelgas, etc.) mal conservados. Los lactantes son más sensibles a la oxidación de la hemoglobina debiéndose retrasar su introducción.

**BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO  
PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

Palabras-clave: "metahemoglobinemia", "intoxicaciones en pediatría". 1.- Herranz M, Clerigüé N. Intoxicación en niños.

Metahemoglobinemia. An Sis San Navarra 2003;26 (Supl.1):209-223. 2.- Laporta Baéz Y, Goñi Zabalzo M, Pérez Ferrer A, Palomero Rodríguez M.A. Metahemoglobinemia asociada a la ingesta de acelgas. An Pediatr (Barc) 2008;69:181-96. 3.- Gómez Lumbreras A, Solaz Moreno L, Del Villar Rubín S. Intoxicación por puré de acelgas. Anales de Pediatría Vol.69 Núm 03.ISSN:1695-4003.

### 393-C

## Isquemia distal en manos en paciente oncológico

Magaña Orta S, Lagarón Cabello B, Gil Serrano J, Zamora Carrillo E, Magaña Orta A, Guardia Urtubia J

### INTRODUCCIÓN

La vasculitis paraneoplásica se define como aquella vasculitis asociada al cáncer, que ocurre a distancia de la neoplasia primaria. El 10% de las vasculitis paraneoplásicas se asocian a tumores sólidos como en este caso a una neoplasia pulmonar.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Antecedentes personales: fibrilación auricular, derrame pleural derecho crónico por insuficiencia cardíaca. Paciente de 82 años, que presenta dolor en dedos de manos con lesiones necróticas en 2º, 3º y 4º dedos de mano derecha y cianosis en 2º, 3º y 4º dedos de mano izquierda. Pulso radial y cubital positivo bilateral. Angio-TAC para valorar eje axiloclavario normal. TAC toracoabdominal: lesión hiliar izquierda con estenosis de bronquio intermediario y atelectasia del parénquima pulmonar distal. El estudio reumatológico impresiona de vasculitis paraneoplásica. En el servicio de Neumología se diagnosticó al paciente de un tumor pulmonar con vasculitis paraneoplásica de pequeño vaso con isquemia distal en dedos de la mano. Dada la edad situación y características del paciente se decidió no realizar otras exploraciones ni tratamientos agresivos, solo tratamiento sintomático.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Este es el caso de un paciente que cuando se decidió el manejo desde atención primaria nos centramos en el control del dolor producido por la isquemia de manos que se trató con analgesia de 1º y 2º escalón con control adecuado de la clínica. Las lesiones de manos se trataron con betatide y clorhexidina en zonas de necrosis. El resto del control fue el que se le da a todo paciente de cuidados paliativos.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "vasculitis", "cuidados paliativos domiciliarios". 1.- Alonso I, Regidor E, Rodríguez C, Gutiérrez-Fisac JL. Principales causas de muerte en España, 1992. Med Clin (Barc) 1996;107:441-5. 2.- Patel AM, Davila DG, Peters SG. Paraneoplastic syndromes associated with lung cancer. Mayo Clin Proc 1993;68:278-87. 3.- Abeloff MD. Paraneoplastic syndromes. A window on the biology of cancer. N Engl J Med 1987;317:1589-600.

### 394-O

## Diabetes y enfermedad arterial periférica

Magaña Orta S, Lagarón Cabello B, Gil Serrano J, Zamora Carrillo E, Magaña Orta A, Tobajas Calvo J

### OBJETIVOS

La enfermedad arterial periférica es un factor de riesgo para las úlceras crónicas en los pies, que pueden ser causa de amputación de extremidades inferiores en pacientes diabéticos. Ver la prevalencia de arteriopatía periférica en pacientes con diabetes tipo 2.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de 70 pacientes de una consulta de atención primaria con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 a los que se les ha hecho una medición del índice tobillo- brazo.

### RESULTADOS

En resultado fue de normalidad en el 50% de los casos en pie derecho y en el 72,22% en pie izquierdo. Arteriopatía leve-moderada en el 33% de los casos en pie derecho y en 27,7% en pie izquierdo. Calcificación en el 11% de los casos en pie derecho y en 0% en pie izquierdo. Arteriopatía grave en el 5,55% de los casos en pie derecho y en 0% en pie izquierdo.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Como sabemos, en el desarrollo de la lesión de las arterias intervienen factores de riesgo modificables tales como la diabetes. Nuestro trabajo en la consulta de atención primaria debe ir encaminado a prevenir este tipo de lesiones, siendo por ello necesario un buen control, seguimiento y todo ello acompañado de una educación sanitaria adecuada del paciente diabético.

### 395-C

## Alteración de la marcha

Martínez Ibáñez P, Del Gállego Molías A, Calderó Santiago L, Hernández Gil R, Navarro Tausiet P, Galán Alayeto B

### INTRODUCCIÓN

Con este caso se pretende prestar atención a patologías neurológicas poco frecuentes en la consulta de atención primaria, como el Síndrome de Guillain Barré. Patologías que debemos sospechar ante síntomas inespecíficos, ya que una rápida actuación puede evitar un desenlace fatal.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón, 38 años. Debilidad progresiva en extremidades inferiores de 3 días de evolución. No dolor ni alteración esfínteres. Antecedentes personales: Síndrome ansioso-depresivo, hábito enólico. Tratamiento: Topamax, Xeristar, Zyprexa, Antabus. Exploración:

Tensión: 121/78, Saturación Oxígeno: 99%. Halitosis cetósica. Auscultación: sin alteraciones. Glasgow 15, pupilas y pares craneales normales. Extremidades: disminución de fuerza en extremidades inferiores y abolición del reflejo plantar. Analítica: Glucosa 380, pH 7.24, pCO<sub>2</sub> 26.6, Bicarbonato 11. Glucosuria y cetonuria. Serologías negativas. Punción Lumbar: Proteínas 0.44, células 0, hemafíes 8, Glucosa 2.25. Radiografía tórax y lumbosacra: normales. Diagnóstico diferencial: Mielitis aguda, Miastenia Gravis, Trastornos psicógenos. Diagnóstico: Guillain Barré. Cetoacidosis diabética. Tratamiento: Inminoglobulina iv, Insulina iv.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El síndrome de Guillain Barré es una polineuropatía ascendente, que produce arreflexia, parálisis motora y aumento de proteínas en LCR sin pleocitosis al final de la 2ª semana. Incidencia: 1-3 casos por 100.000 habitantes. Ante un paciente como éste, con antecedentes psiquiátricos, existe el riesgo de achacar la dificultad para la deambulaci3n a un trastorno psic3geno, e incluso restarle importancia si no es muy evidente. Sin embargo, debemos estar alerta, y ante la sospecha, derivar al paciente a un servicio de urgencias para instaurar tratamiento precoz con Ig iv, ya que progresa r3pidamente. 1/3 llegan a necesitar soporte ventilatorio. El 85% se recupera por completo con tratamiento.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "Guillain Barré" "síndrome", "myelopathies". 1.- Burns TM. Guillain Barré syndrome. Seminars in Neurology 2008;28:152-67. 2.- Díaz-Manera J, Rojas-García R, Illa I. Crisis Miasténica. Neurología 2006;2(Suppl 2):55-60. 3.- Van Doorn PA, Ruts L, Jacobs BC. Clinical features, pathogenesis and treatment of guillain barré syndrome. Lancet Neurology 2008;7:939-50. 4.- Kaplin AI, Krishnan C, Deshpande DM, Pardo CA, Kerr DA. Diagnosis and management of acute myelopathies. The Neurologist 2005;11:2-18.

397-C

## Reflejos sistémicos cutáneos: lesiones cutáneas simples como signo de enfermedades sistémicas

Cabrera Alonso Y, Tobajas Calvo J, Guardia Urtubia J, Morlanes Lancis R, Martínez Cámara Y, Forcada Huguet I

### INTRODUCCIÓN

En ocasiones las lesiones cutáneas simples como son la presencia de lentigos, debemos barajar diagn3sticos m3s complejos. son signos de enfermedad sistémica, como el síndrome de Peutz-Jeghers se objetivan m3ltiples p3lipos hamartomatosos y lesiones hiperpigmetadas mucocutaneas.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 66 años de edad, antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo, que consulta por manchas en mucosa

labial y yugal y en zona genital de años de evoluci3n. Como antecedentes familiares destaca la presencia de lesiones de característcas similares en su madre y en su hijo. En la exploraci3n física se observan máculas hiperpigmentadas sin signos de atipia en mucosa yugal, mucosa labial y encías, máculas hiperpigmentadas tambi3n sin signos de atipia en mucosa genital y líneas hiperpigmentadas en uñas de pies. Sospecha de Síndrome de Peutz-Jeghers, se indica la realizaci3n de colonoscopia y gastroscopia para descartar la presencia de p3lipos intestinales. El diagn3stico definitivo fue de Síndrome de Laugier-Hunziker, que se caracteriza por la presencia de lentigos de mucosas e hiperpigmentaci3n en uñas, sin p3lipos gastrointestinales.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El diagn3stico: hallazgos clínicos, antecedentes familiares y la detecci3n de p3lipos. La no presencia de estos últimos constituye una entidad aparte, nuestro caso: Síndrome de Laugier-Hunziker. Clínica: dolor abdominal y sangrado digestivo. El tratamiento de los lentigos: láser o crioterapia. El tratamiento de las poliposis en casos sintomáticos (polipectomía). Controles periódicos: contrastes baritados y técnicas endoscópicas. Con este caso nos gustaría matizar el hecho de que ante lesiones cutáneas simples como son la presencia de lentigos, debemos barajar diagn3sticos m3s complejos, ya que las lesiones cutáneas simples pueden ser signos clínicos de enfermedades sistémicas.

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "síndrome de Peutz-Jeghers", "poliposis gastrointestinal", hiperpigmentaci3n". 1.- Gutiérrez Benjumea A, Rojo García J, Aguilera Llovet MA, García Arqueza C, Casanovas Lax J, Aguayo Maldonado J. Peutz-Jegher's síndrome. An Esp Pediatr. 2001;55:161-4. 2.- Pérez Rodríguez MJ, Anaya Barea FM, Galiano Fernández E, de Diego Sierra D, Condado Sánchez Rojas I. Peutz-Jeghers syndrome. An Pediatr (Barc) 2008;68:369-72.

399-C

## Tos y fiebre en var3n joven

Wangüemert Madán MT, Madán Pérez MT, De Ahumada Peña S, Madán Pérez JA, Fandiño Cobo ME, Guerra Hernández I

### INTRODUCCIÓN

El cáncer (Ca) pulm3n es de las primeras causas de muerte por Ca. Se espera que la incidencia aumente en los próximos años. Etiología m3s frecuente: tabaco y factores genéticos. En jóvenes es atípico. Síntomas: tos y p3rdida de peso. Clasificaci3n: AdenoCa, microcítico, epidermoide y anaplásico

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Var3n, 33 años no hábitos t3xicos, ni antecedentes personales de inter3s, acude a primaria por tos, odinofagia, dolor torácico izquierdo(l) irradiado a espalda, fiebre de 3 días y astenia. padre fallecido con 40años por Ca.laríngeo. Exploraci3n física: anodina,

salvo temperatura de 39°C, faringe hiperémica y dolor torácico pleuromecánico I. Pruebas complementarias: Radiografía(Rx) tórax: masa heterogénea en lóbulo superior I (LSI) 96x66mm, que contacta con pleura. Imagen de dudosa invasión de pared torácica a través del 4º espacio intercostal ipsilateral. Derivamos al hospital, ingresando para estudio, solicitándole: analítica, Tomografía(T) Axial Computarizada tórax, broncoscopia, T por Emisión de Positrones, Resonancia Magnética Nuclear de cráneo y anatomía patológica. Diagnóstico: AdenoCa pulmonar en LSI (cT3cN2cM0). Tratamiento: quimio-radioterapia neoadyuvante

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El Ca pulmón es de los de mayor incidencia actualmente, en jóvenes no es muy común, tiene características distintas a las de las personas de edad avanzada y su evolución clínica es más agresiva. La causa más frecuente es la exposición al humo del tabaco. Por eso en nuestro caso destacamos la edad y la no presencia de hábitos tóxicos. Desde atención primaria llegaremos a una presunción diagnóstica a través de los síntomas y la Rx de tórax. No hay duda de que un diagnóstico precoz y un abordaje multidisciplinar contribuyen notablemente a un pronto tratamiento y es en el primer punto donde el médico de primaria tiene un papel esencial

### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "cáncer de pulmón", "adulto joven". 1.- García Montán, Rivo, Repaz, Obeso, Cañizares. Bronchogenic carcinoma, patients under 50years old. Clin Transl Oncol 2009;(5):322-5. 2.- Gemignani F, Landi S, Szeszenia-Dabrowska N, Zaridze D, Lissowska J, y otros. Development of lung cancer before the age of 50: the role of xenobiotic metabolizing genes. Carcinogenesis 2007;28:1287-93. 3.- Principios Harrison Medicina Interna. McGraw-Colina 506-516.

## 400-0

### Si te ocurre una parada cardiorrespiratoria, mejor en el campo: comparando conocimientos sobre parada cardiorrespiratoria entre medio urbano y rural

Blázquez Álvarez J, Torrecilla Sequi JA, Martínez Nieto RM

#### OBJETIVOS

Analizar si existen diferencias significativas entre profesionales de Centros de Salud (CS) urbano o rural respecto al conocimiento de un protocolo de actuación ante una parada cardiorrespiratoria y la ubicación y contenido de su Equipo de Asistencia a la PCR (si existe)

#### METODOLOGÍA

Material y Métodos: Estudio transversal mediante encuesta, tipo ad hoc realizada en el personal sanitario, en activo, de los centros

de atención primaria del área VI de la Región de Murcia Criterios de selección: todos los médicos y enfermeras, en activo durante el periodo de estudio, de Enero-febrero 2011. El total entrevistados fue de 302 profesionales entrevistados, 278 responden, 24 no responden. Variables analizadas: conoce la ubicación del Equipo de Asistencia a la PCR; conoce el contenido del Equipo de asistencia a la PCR.

### RESULTADOS

En los CS rurales el 85,5% (112 del total de profesionales) conocían la ubicación, mientras que un 14,5% (19 profesionales) no. En los CS urbanos un 77,6% (114) contestaron afirmativamente mientras un 22,4% (33) no sabían donde estaba el equipo. El contenido del carro de parada era conocido por un 69,8% (90 profesionales) en los CS rurales, mientras que no era conocido por un 30,2% (39). Comparado con un 54,8% (80) en los CS Urbanos que si eran conocedores, mientras que el 45,2% (66) no lo conocían.

### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Tras el análisis se evidencia una diferencia significativa que permite objetivar que existe un mejor conocimiento por parte de los profesionales (médicos y enfermeros) en los CS Rurales tanto de la ubicación como del contenido, esto probablemente esté justificado por la relativa lejanía a un hospital de referencia u otros puntos de Soporte Vital (SUAP o UME), lo cual obliga a éstos profesionales, a tener que actuar de una forma más activa a la hora de atender una parada cardiorrespiratoria.

## 401-0

### ¿Cómo enfermamos con la crisis?

Marcos Martín A, Saiz Careaga MT, Martínez Nieto RM

#### OBJETIVOS

Analizar la posible influencia de la situación actual de crisis sobre los procesos de Incapacidad Laboral Temporal (ILT) en un Centro de Salud urbano.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional. Población y periodo de estudio: pacientes de un Centro de Salud en situación de ILT durante dos años no consecutivos; 2008, año anterior a la crisis (A1) y 2010, año de crisis (A2). Variables: edad, sexo, duración expresado en días, patología, motivo y empresa (autónomo, cuenta ajena). Se utilizó en programa informático OMI-AP(6.9/00E-18SP:70). Motivo de exclusión: pacientes que tenían abierto el proceso al inicio de cada periodo y aquellos que continuaban en ITL al finalizar los mismos.

### RESULTADOS

Había 3870 personas en situación de ITL. A1: 57,02%; A2: 42,97%. Por sexos: 50,06% mujeres; 49,93% hombres A1 y 51,65% mujeres; 48,34% hombres A2. Los grupos de edad más frecuentes

fueron [30-41]:35,38% A1; 38,18% A2 y [42-53]: 27,59% A1; 26,45% A2. En ambos periodos el trabajador era por cuenta ajena y la causa que motivó ILT fue una enfermedad común. La duración es [<10]: 57,3% A1 y 63,68% A2; [11-20]: 15,76% A1 y 6,31% A2; [21-30]: 6,20% A1 y 5,95% A2; [31-60]: 9,51% A1 y 10,34% A2 y [>60]: 11,19% A1 y 13,71% A2. Las patologías más frecuentes que ocasionaron ILT en ambos periodos fueron: traumatológicas: 22,11% A1 y 31,14% A2; respiratorias: 22,33% A1 y 19,29% A2 siendo los procesos respiratorios de vías altas los más frecuentes con 19,03% y 15,51% respectivamente; digestivos: 17,77% A1 y 19,06% A2 y psiquiatría: 6,25% A1 y 5,59% A2. La gripe representa el 7,24% A1 y 0,96% A2.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

En periodo de crisis nos ponemos enfermos un 14% menos con una duración de menos de 10 días en su mayor parte, seguido de procesos de larga duración. Así mismo hay menos ILT por procesos respiratorios banales. Llama la atención los escasos procesos por gripe en el último periodo, pudiendo ser debido a la crisis y/o retraso en el inicio de dicho proceso. No se observan diferencias ni en el sexo ni en la edad de los pacientes.

#### 402-0

### Consultas de pacientes pediátricos desplazados en periodo estival: ¿hay diferencias en función de la franja horaria?

Martínez Nieto RM, Saiz Careaga MT, Marcos Martín A, Andrés Lacalle C

#### OBJETIVOS

Analizar las características asistenciales de los pacientes pediátricos desplazados, según la franja horaria: consulta (CS), servicio de urgencias (URG). Diferencias y similitudes.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal de la población pediátrica desplazada que acude a un Centro de Salud rural solicitando asistencia en horario de consulta y urgencias. Periodo de estudio: 15 de Julio a 15 de Septiembre de 2010, durante el cual se establece una consulta para pacientes desplazados con un horario de 10:00 a 17:00 horas. Desde las 17:00 hasta 09:00 horas entra en funcionamiento el servicio de Urgencias. Variables: sexo, edad y patologías consultadas según la clínica.

#### RESULTADOS

Solicitan asistencia 143 pacientes de los cuales acuden 70,62% a CS y 29,37% a URG, con una edad media de 10,54 años y 5,8 años respectivamente. Por sexos en CS: mujeres 51,48%; hombres 48,5% y URG: mujeres 61,90%; hombres 38,09%. Patologías en CS: respiratoria de vías altas: 20,79%; dermatológicas: 19,08%, de los cuales el 40% fueron picaduras; traumatológicas: 19,80%; digestivas: 12,87% con un 30,76% de gastroenteritis; otitis: 5,94% y controles radiológicos: 5,94%. En URG: respiratoria de vías altas: 21,42%; digestivas: 19,04%, de las cuales un 40% fueron vómitos;

traumatológicas: 14,28%; dermatológicas: 9,52%, con un 75% de picaduras; infección urinaria: 9,52% y asma: 9,52%.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Los pacientes pediátricos desplazados acuden más a CS que a URG (2,4:1), con una edad media superior con respecto a los pacientes que acuden a URG. Las principales patologías consultadas fueron las mismas. En CS acuden a revisiones por control radiológico casi un 6% y a URG por asma un 9,5%, no habiendo ninguna asistencia en CS por esta patología.

#### 403-C

### Un caso de tumor de células Hurthler

Saiz Careaga MT, Marcos Martín A, Martínez Nieto RM, Andrés Lacalle C, Rodríguez Porres M

#### INTRODUCCIÓN

El tumor de células de Hurthler se define como una lesión encapsulada de tiroides, cuya característica citológica es la presencia de células Hurthler en más de 75%. Es poco frecuente, con una edad media de presentación de 55 años. La diferencia entre carcinoma y adenoma es anatomopatológica.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 35 años. Antecedentes de hepatitis A en la infancia, bocio diagnosticado hace 15 años asintomático, neumonía atípica (posible Legionella) el año anterior. Actualmente en tratamiento hormonal por estudio de fertilidad, motivo por el que se realiza un nuevo estudio tiroideo. Exploración física: se palpa nódulo tiroideo izquierdo de 3-4 centímetros con superficie irregular, desplazable con la deglución, no doloroso, no se palpan adenopatías. No refiere disfagia, disnea ni disfonía, no intolerancia al frío ni calor, no aumento de sudoración y duerme bien. Analítica: hormonas tiroideas normales, anticuerpos negativos y tiroglobulina alta. Radiografía: desplazamiento del tercio medio de la columna aérea traqueal. Ecografía: nódulo único y sólido. Citología: fondo hemorrágico, células con transformación oncogénica: tumor de células Hurthler folicular. Se deriva al servicio de Cirugía.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El tratamiento del tumor de células Hurthler es quirúrgico con biopsia intraoperatoria. Según el resultado de la misma diferenciamos entre carcinoma y adenoma, según haya invasión o no de la cápsula y vasos sanguíneos. En el caso de carcinoma se realiza tiroidectomía total y posterior tratamiento con Yodo radiactivo y en el de adenoma, hemitiroidectomía. Nuestro caso resultó ser un adenoma por lo que se realizó hemitiroidectomía izquierda con posterior gammagrafía normal. Actualmente sigue controles analíticos en Atención Primaria. La paciente se encuentra asintomática.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSCUDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "células de Hurthler", "cáncer de tiroides", "tratamiento de cáncer tiroides". 1.- Jameson JL, Weetman AP.

Trastornos de la glándula tiroidea. En: Fauci A, Kasper D, Longo D. Harrison principios de medicina interna. 15ª ed. 2004; vol 3, cap 330: 2432-36. 2.- Aure A, Cruz Y. Carcinoma células Hurthler: consideraciones básicas y experiencia durante 16 años. Rev Venez Oncol 2006;18:110-14.

#### 404-C

### Conjuntivitis fúngica

Larraz Andía P, Martínez Hernández M, Plumed Betes MJ, Barba Ródenas MI, Buil Tricas B, Barbayo Martínez JL

#### INTRODUCCIÓN

La conjuntivitis es una patología frecuente, pero alguno de sus agentes etiológicos puede pasarnos desapercibido. Las infecciones conjuntivales causadas por hongos no son excepcionales, pero con frecuencia resultan infradiagnosticadas y no llegan a recibir un tratamiento específico.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 36 años, agricultor, que acude a consulta por referir en los últimos cinco días molestias oculares en el ojo izquierdo, ligera sensación de cuerpo extraño, prurito, dolor leve y secreción blanquecina espesa. Recuerda haber sufrido hace aproximadamente una semana, mientras trabajaba, una contusión ocular en el ojo afecto por una rama de arbusto, a la que no dio más importancia. En los últimos tres días, por su cuenta, se ha aplicado un colirio de gentamicina al 3% sin notar mejoría alguna. A la exploración, se aprecia una leve inyección conjuntival y secreción blanquecina filante en el fondo de saco palpebral, con cornea, cámara anterior e iris normales (FOTO 1).

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Ante la sospecha etiológica de una posible conjuntivitis micótica, se realiza frotis y cultivo de la secreción conjuntival, resultando positivo para *Cándida Albicans*. Tras pautar tratamiento tópico con colirio de Anfotericina B los síntomas remitieron en 48 horas.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "conjuntivitis fúngica", "fungal conjunctivitis". 1.- Tanure MAG, Cohen EJ. Spectrum of fungal keratitis at Wills Eye Hospital, Philadelphia, Pennsylvania. *Cornea* 2000;19:307-12. 2.- Zloty P. Diagnosis and management of fungal keratitis. *American Academy of Ophthalmology. Focal Points*, 2002;20:1-13. 3.- O'Day DM, Burd EM, Forster RK. Fungal keratitis and conjunctivitis. In: Smoling G, Thoft RA, eds. *The cornea*. Little, Brown and Co, 1994:229-52.

#### 405-O

### Estudio comparativo de atención continuada en domicilio durante los fines de semana y festivos en relación con los días laborables

Sánchez Rodríguez de la Paz A, Pérez de Prado M, Ortega Rodríguez MP, López Villar MP, Asensio Ruiz A, Muñoz Cabañero G

#### OBJETIVOS

En el ámbito de una zona básica de salud (ZBS) compuesta por tres poblaciones, de 16.000, 1200 y 800 habitantes, tratamos de comparar la incidencia de avisos a domicilio de atención continuada, en días festivos y fines de semana en relación a los realizados en días laborables.

#### METODOLOGÍA

Se trata de un estudio prospectivo de 4 meses de duración (octubre a enero), sobre la población de la ZBS (18.000 habitantes) que demanda atención continuada. Del programa informático Turriano, se recogen las siguientes variables: sexo, edad, desplazado o residente, aviso de repetición, derivación al hospital, y resolución del aviso (acudiendo al domicilio, por teléfono).

#### RESULTADOS

De un total de 290 avisos domiciliarios registrados: el 38,38 % se realiza entre semana. El 92 % son de la población principal, La edad media de las personas atendidas es de 52,5 años, El 90% de los avisos realizados son residentes permanente. El 36 % de los avisos son de repetición. El 30% de los avisos domiciliarios son derivados al hospital. Los avisos que se solucionan por teléfono no son registrados.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Aumenta la demanda al servicio de atención continuada cuando no disponen de su médico de familia. El mayor número de avisos tienen lugar en la localidad de referencia, pero en proporción existe mayor demanda en la población más alejada y de menor número de habitantes. Son personas mayores de 65 años debido a su situación de dependencia. Más de la tercera parte requieren la derivación al hospital al carecer de menos recursos en domicilio.

#### 406-O

### Estado de salud de pacientes mayores institucionalizados en la provincia de Albacete

Tárraga López PJ, Arjona Laborda E, Palomino Medina MA, Solera Albero J, Celada Rodríguez A, Gálvez Casas A

#### OBJETIVOS

Determinar el estado de salud desde el punto de vista físico, psíquico, social y funcional de estos ancianos. Conocer el grado de aceptación de la institucionalización y la satisfacción con la atención recibida.

#### METODOLOGÍA

El grupo investigador diseñó una encuesta una vez consultadas las fuentes bibliográficas y expertos en el tema. Mediante muestreo

sistemático simple se seleccionaron 8 Residencias geriátricas de la provincia de Albacete y del censo de éstas, se seleccionaron mediante el mismo muestreo 246 personas institucionalizadas para encuestar. Mediante el paquete informático SPSS 11.5 se ha hecho un análisis estadístico.

## RESULTADOS

Participan en la encuesta 246 personas institucionalizadas en Residencias de la provincia de Albacete, 56,1% eran mujeres. La edad media fue de 78,58 años. Beben 8,7% vino o cerveza de forma casi ocasional; 44,7% lo dejó por prescripción facultativa y un 25,2% por su propia voluntad. El 39% ha fumado al menos un paquete al día, de los cuales sólo fuma el 5% y la mayoría lo dejaron por su propia voluntad. El 61,8% refiere hacer algún tipo de ejercicio y el 37,8% no hace ningún ejercicio. El 3% toma al menos 5 fármacos distintos; 12% toma 4 fármacos, 29% toma 3, 33,6% toma 2 y 25,1% toma 1. El 2% padece 5 enfermedades a la vez, 10,5% 4; 36% 3; 42% 2 y sólo el 8,6% una. En el aparato genitourinario se localiza el 24% de las enfermedades, sistema endocrino-metabólico el 3%, osteoarticular el 27%, sistema nervioso el 16%, circulatorio el 23%, respiratorio el 18% y digestivo el 24%.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Si bien la institucionalización la aceptan con resignación, adaptándose, en unos 2-3 meses aproximadamente, existe un alto porcentaje de tristeza y desánimo. El estado psíquico, social y funcional es aceptable en los ancianos institucionalizados de Albacete, si bien tienen un gran déficit de apoyo social. Existe un alto porcentaje de pluriopatología en esta población y el consecuente consumo de fármacos.

### 407-O

## Salud bucodental de los ancianos institucionalizados y su influencia sobre la calidad de vida

Arjona Laborda E, Tárraga López PJ, Palomino Medina MA, Hidalgo Olivares G, Solera Albero J, López Cara MA

### OBJETIVOS

Valorar el estado de salud bucodental en población anciana de Albacete.

### METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo de carácter transversal mediante entrevista personal. Se selecciona a través del censo de personas mayores de 65 años en Albacete, mediante muestreo sistemático, nivel de confianza 95% y precisión 5%, resultando 246 sujetos a estudiar, a los que incrementamos un 10% por las posibles perdidas. El único criterio de exclusión utilizado es la incapacidad psíquica para completar el cuestionario. Las variables valoradas son: Sexo, estado civil, edad, clase social, patología dental, portador de prótesis dental total o parcial, si dentadura natural índice de CAOD (dientes careados, ausentes, obturados), limpieza bucodental, importancia salud bucodental.

## RESULTADOS

Han participado 246 sujetos, 56,1% mujeres con edad media 78,6 años. Estado civil más frecuente viudo (52%), casado 31% y soltero 13%. La mayoría presentan patología bucodental 73%. Un 48% son portadores de prótesis completas, 14% prótesis parciales, 13% edéntulos y solo 11% dentadura natural. Los que tienen dientes propios presentan alto índice de CAOD, dentadura dañada. En ancianos independientes una gran mayoría llevan prótesis dentales parciales removibles, mientras los dependientes las llevan completa removible. Un 18% son constantes en la limpieza bucodental, un 11% se cepilla los dientes al menos una vez al día, normalmente en edad más joven. Daban importancia a su salud dental en la juventud un 4%, actualmente lo hacen un 38%.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Existen una salud bucodental muy deteriorada en la población anciana de Albacete, con un gran deterioro de las prótesis dentales.

### 409-O

## Perfil del usuario del Servicio de Anticoagulación en atención primaria y factores asociados al buen o mal control del Sintrom

González Corredoira JA, Gallego Rivas S, Fuentes Castiñeira MJ, Rivas Fernández I

### OBJETIVOS

Describir las características de los pacientes que acuden a control de Sintrom en atención primaria y analizar los factores socio-sanitarios relacionados con el grado de control del Sintrom.

### METODOLOGÍA

Se diseña un estudio observacional, descriptivo, longitudinal de cohorte única, en el centro de salud de Abadín (Lugo), reclutándose todos los pacientes que desde el 01/06/10 hasta el 31/01/11 acuden a realizar sus controles a este centro. Se recogen variables sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular (FR CV), patologías asociadas, tratamientos recibidos, controles de Sintrom realizados, grado de cumplimiento y complicaciones asociadas al tratamiento, y nº de fármacos prescritos. Se realiza un análisis descriptivo seguido de un análisis de las relaciones observadas (chi cuadrado o ANOVA en función del tipo de variables consideradas) mediante el programa SPSS v. 18.0.

## RESULTADOS

N=86 pacientes, edad media de 75.5 a, 51% mujeres, 43% casados, 50.7% sin cuidadores, 41.3% con cuidador no formal (familiar), 58.1% el responsable de su dieta otra persona, 67.4% prepara la medicación él mismo, 48.8% sedentario, 12.8% fumador, 22.1% hipertenso, 14% diabético, 83.7% tenían FA, 5.8% portaban prótesis valvular, 10.5% tuvieron ACVA, 2.3% IAM previo,

2.3% insuficiencia cardiaca, 3.5% insuficiencia renal, 30.2% pluri-patológicos, 81.1% recibían 3 o más fármacos. Controles en rango: 0% con el 100%, 2.3% con máximo nivel de control (89%), 11.6% en más del 80%, 26.7% en menos del 50%. El 98.8% manifiesta buen cumplimiento del tratamiento y 2.4% complicaciones leves por Sintrom. Factores asociados a mejor control: No ser portador de prótesis valvular ( $p=0.011$ ), tener un cuidador formal (no familia) ( $p=0.016$ ) y toma de medicación a cargo de su cónyuge ( $p=0.006$ ).

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Perfil del paciente a control de Sintrom en su centro de salud: 75.5 años, casado, sin cuidador o con cuidador no formal (familiar), le prepara la comida otra persona, se responsabiliza él mismo de la medicación, hipertenso, con FA, toma 3 o más fármacos, expresa buen nivel de cumplimiento pero deficiente grado de control, aunque no suele presentar complicaciones. Sólo parece relacionarse con el nivel de control obtenido el tener cuidador formal y que le administre la medicación su pareja.

#### 410-C

### Una torcedura con consecuencias

Riera Carmona S, Sanz González Y, Pallarés Sanz E, Bandrés Minguez M

#### INTRODUCCIÓN

La distonía es una enfermedad poco frecuente de causa idiopática o secundaria que puede tener una afectación focal o generalizada. Las distonías primarias son las más frecuentes, suponiendo el 80 % de la totalidad. Clínicamente puede presentarse como temblor, atetosis, posturas anormales y dolor.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Hombre de 41 años que consulta por dolor y deformidad en el tobillo izquierdo desde hace unos 4 meses que se ha agravado en las últimas 24h después de una entorsis. Antecedentes personales y familiares: Fumador de 20 cigarrillos/día y enolismo de 100 g/día. Padre con enfermedad de Alzheimer. A la exploración física destaca deformidad del pie izquierdo en equino-supino-varo y dolor a la movilización, sin signos inflamatorios. La radiología es normal. Se deriva a urgencias del hospital. En el hospital, destaca a la exploración neurológica, una posición distónica de la extremidad superior e inferior izquierda, disminución de la destreza digital en mano izquierda, pie en equino-supino-varo y marcha en posición distónica de la extremidad inferior izquierda con disminución del braceo del mismo lado. La exploración neurológica da el diagnóstico de distonía de hemicuerpo izquierdo.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Una exploración neurológica compatible con el diagnóstico de distonía, será seguida del estudio de imagen para discernir el origen primario o secundario de esta patología. También se realizarán analíticas con serologías de VIH, CMV, lúes, E. Barr y hepatitis. En el tratamiento, diferenciaremos entre la distonía focal y generalizada. En la distonía focal, el tratamiento de elección es la inyección de

toxina botulínica en los músculos afectados. La duración de la mejoría es limitada y se debe administrar cada 3-4 meses. En la distonía generalizada, los fármacos constituyen el pilar básico de la terapéutica. Entre los más usados están: anticolinérgicos, baclofén, clonacepán y haloperidol.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "distonía primaria", "distonía idiopática", "idiopathic torsion dystonia". 1.- Izquierdo M, Avellaneda A. Enfermedades Raras: un enfoque práctico. Madrid: Instituto de Investigación en Enfermedades Raras. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/34064524/ENFERMEDADES-RARAS-ISCIII>. 2.- Kamm CH. Idiopathic torsion dystonia. Orphanet Encyclopedia. Mayo 2004. <http://www.orpha.net/data/patho/GB/uk-IdiopathicTorsionDystonia.pdf>

#### 411-C

### Y tras la fractura, ¿qué me pasa en la mano, doctor? La distrofia simpático-refleja o atrofia de Sudeck

Buil Tricas B, Plumed Betes MJ, Pérez Pejenaute F, Gil Casado A, Larraz Andía P

#### INTRODUCCIÓN

La distrofia simpático refleja es una enfermedad compleja y cuyas causas se desconocen. Su diagnóstico tardío puede conllevar graves consecuencias. Ante la sospecha clínica, debemos derivar lo antes posible a traumatología, reumatología o rehabilitación para confirmar el diagnóstico.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 59 años, sin alergias conocidas y sin antecedentes de interés. No consume medicación. Hace 35 días fue tratada por una fractura de base de quinto metacarpiano con inmovilización con yeso. Durante la misma, consultó en dos ocasiones en urgencias por molestias en cuarto y quinto dedo. Le fue retirada la escayola y colocada férula de inmovilización de quinto dedo. Acude a la consulta en el centro de salud por presentar desde el día anterior la mano derecha inflamada, en cuarto y quinto dedo, en la zona del carpo y zona distal de cúbito y radio. El vendaje de inmovilización se le retiró dos días antes, y los síntomas de dolor, inflamación y entumecimiento han ido empeorando. Se deriva a traumatología de forma urgente para valoración de síndrome incipiente de Sudeck. En traumatología comparten presunción diagnóstica, por lo que la derivan a rehabilitación para tratamiento.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Las pruebas complementarias que pueden aportar información son la radiología (osteopenia en fases tardías), densitometría con disminución de la densidad ósea, gammagrafía con aumento

de captación del isótopo en áreas afectadas y electromiografía que permite diferenciar la lesión nerviosa. Pero son los criterios clínicos los que nos permiten llegar al diagnóstico. Los más aceptados son los de Kozin y de la Asociación Internacional para Estudio del Dolor; entre ellos se encuentran el dolor, el edema y los síntomas vasomotores. El tratamiento se basa en rehabilitación con movilización activa del miembro, alivio del dolor, bloqueo simpático y terapia psicológica en casos de larga duración.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "distrofia simpático-refleja". 1.- Albarrán Juan ME, Martín Muñoz C, Valles Ugarte ML, Ortiz Septién JJ. Distrofia simpático-refleja. *Medicina General* 2002;40:35-7. 2.- Robaina FJ, Miranda G. Avances en el diagnóstico y tratamiento del dolor simpático. *Rev Soc Esp Dolor* 2000;7:390-402. 3.- Holgado Catalán S, González Sicilia C. Distrofia simpático-refleja. *FMC* 2007;14:458-64.

412-C

### Astenia postparto en primíparas: ¿es siempre un episodio depresivo?

Perallón Solans N, Herrero Alonso C, Gómez Iparraguirre P, Tomás Lachos M, Herranz Fernández M, Martí Martínez MC

#### INTRODUCCIÓN

La prevalencia del hipotiroidismo oscila entre 3 y 5/1.000 habitantes/año. Algunos autores describen una prevalencia del 40% de clínica depresiva en pacientes hipotiroideos y en ocasiones psicosis con alucinaciones y síntomas paranoides. Entre un 8-25% de las mujeres presentan depresión postparto.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 31 años que acudió a la consulta de atención primaria por presentar astenia, aumento de peso, mialgias, fragilidad capilar, ansiedad e irritabilidad con distorsiones perceptivas de inicio tras el parto de su primer hijo hacía 8 semanas. Lactancia materna en el momento de la consulta. Se realizó estudio analítico con hemograma y bioquímica con tirotrópina (TSH), T4 (tiroxina libre), Hierro, Ferritina, estudio reumatológico y radiografía simple de ambos pies y manos para descartar orgánica como causa de la astenia y mialgias sin hallar alteraciones significativas. Con el diagnóstico de Depresión postparto se derivó a la consulta de psicología, tras dos meses de tratamiento sin mejoría del cuadro depresivo-psicótico y tras retirar lactancia materna, presentó empeoramiento brusco de la astenia, edemas en extremidades inferiores son fovea, aumento de peso y letargia.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Se inició tratamiento antipsicótico con Paliperidona 9mg/24 horas, Lorazepam 2mg/24 horas y derivación a endocrinología para pérdida de peso. La analítica mostraba TSH 140µUI/L, T4 3,5pmol/L con el diagnóstico de Hipotiroidismo se inició tratamiento con

Levotiroxina hasta 100 mcg/24 horas. Tras 12 semanas de tratamiento presenta disminución de cifras de TSH y mejoría de la clínica. En 1949 Asher creó el concepto de Locura Mixedematosa con la presencia de síntomas Psicóticos y mixedema. El tratamiento de elección es la terapia hormonal sustitutiva y la psicosis suele desaparecer tras la primera semana. Es preciso estudiar la función tiroidea como causa de un trastorno psicótico.

#### BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: "hipotiroidismo", "psicosis", "locura mixedematosa". 1.- Morant C, Criado JJ, García R, et al. Estimación de la prevalencia de hipotiroidismo en España según el uso de hormonas tiroideas (1996-1999). *Rev Esp Salud Pública* 2001;75:337-44. 2.- Sanjuán J, Balanza V. Trastornos del humor secundarios a daño cerebral, enfermedades médicas o fármacos. En: Roca Bannasar M. *Trastornos del humor*. Madrid: Panamericana, 1999; p. 587-628. 3.- Asher R. Myxoedematous madness. *Br Med J* 1949;2:555-62.

414-C

### Toxicidad por amiodarona: no siempre tiroidea

Pérez Feito D, Clemos Matamoros S, Gonzalez Izal MV, Martínez Cancio L, Alonso Martínez S, Tomás Herrero MN

#### INTRODUCCIÓN

La amiodarona es un antiarrítmico muy eficaz en el control de arritmias ventriculares y supraventriculares. Su metabolito (desetilamiodarona), se acumula en tejidos periféricos que se comportan como reservorios. El daño pulmonar (DPXA) más conocido es el que se produce tras largas exposiciones a ella.

#### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Mujer de 73 años con antecedentes de HTA, Dislipemia y Fibrilación auricular en los últimos 4 años. No hábitos tóxicos. Acude por cuadro febril de 3 días de evolución. Examen físico: crepitantes finos en base izquierda, Tórax: Infiltrado en base izquierda y en campo medio derecho. Se instaura tratamiento antibiótico. Dos semanas después persisten los síntomas y aparece dolor en costado derecho, sensación de dificultad respiratoria y tos seca. Tórax: aumento de densidad en ambas bases en relación con neumonía bilateral. En el control post-tratamiento persisten las imágenes y se sospecha toxicidad pulmonar por el fármaco (Probable bronquiolitis obliterante con neumonía organizada). Se realiza TAC que confirma la sospecha. Se suspende Amiodarona y se instaura tratamiento con Corticoides. Controles posteriores con mejoría clínica y radiológica.

#### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Para el diagnóstico clínico del DPXA se requieren dos o más de los siguientes criterios: -síntomas pulmonares de reciente comienzo como disnea, tos, o dolor pleurítico; -aparición de anomalías en la radiografía de tórax como infiltrado intersticial o alveolar; -captación pulmonar anormal con el radioisótopo

galio-67; y -cambios histológicos característicos del tejido pulmonar obtenido por broncoscopia o biopsia pulmonar abierta (1,2). Así como la exclusión de etiologías alternativas como insuficiencia cardiaca congestiva, infección, o malignidades.

#### **BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

Palabras-clave: "toxicidad", "amiodarona y efectos secundarios", "neumonitis". 1.- Neumonitis por amiodarona. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005;40:323-4. 2.- Alonso-Fernández A, Álvarez-Sala R, Mediano O, Torres I, Moreno I. Toxicidad pulmonar por amiodaroma en el post-operatorio tardío. An Med Interna (Madrid) 2003;20:419-420.

### **415-C**

#### **Síndrome de Wallenberg**

Pérez Feito D, Clemos Matamoros S, González Izal MV, Martínez Cancio L, Alonso Martínez S, Santamaría Torroba A

#### **INTRODUCCIÓN**

El síndrome de Wallenberg es una de las entidades clínicas más frecuentemente reconocidas como parte de la patología vascular del tallo cerebral. Es un complejo de signos y síntomas ocasionados por la oclusión de la arteria cerebelosa inferior posterior o una de las ramas.

#### **DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO**

Varón de 49 años que súbitamente comienza con cefalea occipital intensa, parestesias en hemicara derecha, mareos, vómitos y

giros de objetos, dificultad para la marcha y tos. Antecedentes de HTA controlada con Enalapril 20 mg. Antecedentes de miopatía vacuolar por acúmulo de glucógeno y necrosis avascular de ambas caderas. Fumador de menos de 10 cigarillos/día. Examen físico: TA:189/112, FC 76, Dtx:94. Nistagmus vertical en todas las direcciones de la mirada, síndrome de Horner. Desviación velopalatina hacia la derecha. No déficit motor en extremidades. Hipoestesia facial derecha. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos. Analítica, ECG, Rx tórax, doppler tras craneal y TAC craneal normales. Angiograma de TSA: probable disección de arteria vertebral derecha. Evoluciona con mejoría de la disfagia y desaparición del nistagmo, lo que mejora la marcha. Actualmente en seguimiento por Neurología.

#### **ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN**

Tras la valoración inicial el cuadro se procede a activar el CODIGO ICTUS con un inmediato traslado del paciente al Hospital de referencia correspondiente. Se instaura tratamiento sintomático e ingresa en la Unidad de Ictus. Se realizan estudios complementarios analíticos y de imagen confirmando la sospecha diagnóstica inicial. Se mantiene 1 semana en la unidad y se realizan interconsultas con el servicio de Dietética y Nutrición para la reeducación alimentaria por la presencia de la parálisis velopalatina y con el Servicio de Rehabilitación para la reeducación de la marcha una vez mejorado el nistagmus.

#### **BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

Palabras-clave: "ictus", "Wallemborg". 1.- Love B, Biller J. Neurovascular system. In: Goetz, textbook of clinical neurology. Saunders 2003:203. 2.- Síndrome de Wallenberg: hallazgos en resonancia magnética con correlación clínica. Gac Méd Méx 2007;143:429-32.