

Resúmenes de los trabajos presentados al 20.º Congreso de la SVMFiC. Alicante, 19 y 20 de junio de 2009



Societat Valenciana de Medicina
Familiar i Comunitària

Alicante, 19-20 junio 2009
Alacant, 19-20 juny 2009

És l'hora - Es la hora

Comité organizador - comitè organitzador

Cristina Gisbert Sellés (presidenta)
M^a Carmen Gallego García
María Gaubert Tortosa*
Marta Jordà Ballesta
M^a Angeles Medina Martínez
Francisco Ortiz Díaz
Milagros Oyarzábal Arocena
Joan Puig Barberà
Juan V. Quintana Cerezal
Esther Ruescas Escolano*
Concepción Sánchez Botella
Enrique Soler Bahilo

Comité científico - comitè científic

José Javier Blanquer Gregori (presidente - president)
Marta Álvarez Martínez
M^a Carmen Galindo Martí*
Francisca Gil Latorre
Ángel Masoliver Forés
Clara Pérez Ortiz
Pilar Roca Navarro
Federico Segura Marín

* Comité de la Jornada de Residentes
* Comité de la Jornada de Residentes

Trabajos de investigación

Modalidad oral

OPORTUNIDADES PERDIDAS EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA INFECCIÓN VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA

Jover Diaz F.

¿ES ÚTIL LA PRUEBA DE LA MARCHA DURANTE 6 MINUTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Garces Alemany R.

BENEFICIOS EN CALIDAD DE VIDA TRAS PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO EN POBLACIÓN DE PACIENTES MAYORES CON DIABETES TIPO 2

Sanchez Lopez P.

VALIDEZ DE LA EVALUACIÓN DE INDICADORES DE RESULTADO DE DIABETES OBTENIDOS CON DATAMART

Ruiz M, Carratalá M, Sanchez B, Diaz P, Sanz S, Viudes A.

¿RESULTA ÚTIL ENSEÑAR A LOS PACIENTES CON EPOC A UTILIZAR LOS DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN?: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO.

Ballester Salvador FJ.

VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE CRIBADO DE LA EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ballester Salvador FJ.

COMITÉS DE BIOÉTICA ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

Pujades Aparicio A.

VALORACIÓN DEL GRADO DE CORRELACIÓN DE DIFERENTES MÉTODOS ANTROPOMÉTRICOS (ÍNDICE DE MASA CORPORAL, PERÍMETRO DE CINTURA Y % DE GRASA CORPORAL MEDIANTE IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA) CON RESPECTO A FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (TENSIÓN ARTERIAL Y PERFIL LIPÍDICO)

Quiles L.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS.

Asencio Aznar A.

REVISIÓN SOBRE LA PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS MENTALES EN INMIGRANTES

Quiros Bauset C.

Modalidad panel

RETINOPATÍA DIABÉTICA EN AP. VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR

Piquer Franch I, Soler Bahilo E, Puga Rodriguez C, Lacomba Aladren B, Torres Miravet R, Porcar Centelles M.

USO DE UN RETINÓGRAFO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ruano Arraez M.L., Garcia Bevia S, Gomez Moreno N, Lopez Acuna E, Pastor Martinez I, Garcia Santafe R.

ESTUDIO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Barragan Vischi L, Abuomar L, Juan Espert F, Gil Latorre F.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, ÁCIDOS GRASOS SATURADOS, PRODUCTOS CÁRNICOS. FRECUENCIA DE CONSUMO DE CARNE Y PESCADO EN POBLACIÓN DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Sotos-Prieto M, Quiles-Guinau L, Sorli J.V., Olivares L, Guillen M, Corella D.

PREVALENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA EN UNA SUBPOBLACIÓN DE DIABÉTICOS Y OBESOS QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD

Matoses D, Albert G, Peset A, Blanes N, Morales-Olivas FJ, Estañ L.

EFFECTIVIDAD DE LA EZETIMIBA EN EL CONTROL DE LA DISLIPEMIA DIABÉTICA

Sánchez Mollá M, Tarancón Pérez J, Álvarez Mujica S, Candela García I, Ferrández Navarro J, Huertas Ripoll M.

INFLUENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO BASADO EN EL TEST DE LA COTININA EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Morales Suarez Varela M, Quiros Bauset C, Llopis Gonzalez A, Martin Escudero J.C, Vicedo Cabrera A, Gimeno Clemente N.

CONTROL ACO EN EL CENTRO DE SALUD

Porcar Centelles M., Soler Bahilo E., Torres Miravet R., Lacomba Aladren B, Piquer Franch I., Agut Borrás L.

TAMBIEN LOS AUTISTAS TIENEN MÉDICO DE FAMILIA

Martinez Aviles V, Nieto Sanchez J.M., Beltran Riquelme F.J., Tamarit Torres J.N., Lafuente, J.M., Vivanços Albentosa, M.

MEDICIÓN DE LA COMPOSICIÓN GRASA CORPORAL: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS MÉTODOS TRADICIONALES (PLIEGUES CUTÁNEOS Y MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS) Y LA IMPEDANCIA ELÉCTRICA.

Quiles Guinau L, Miquel Feucht M, Estruch Vidal MaC, Cabrera Santacreu A, Aparicio Bellver L, Victoria Fuster A.

ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA DEMANDA SIN CITA DE UN ZONA BÁSICA DE SALUD

Sanchez Molla M, Miralles Gisbert S, Gonzalez Botella A, Mira Castejon L.

GESTIÓN DE CONSULTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿DÓNDE ESTAMOS?

Gomez Moreno N, Garcia Santafe R. Garcia Bevia S.

ERRORES MÉDICOS: COMO LOS PERCIBE EL PACIENTE CON FIBROMIALGIA

Garcia Ruiz-Rozas J, Suberviola Collados, V, Alborch Bataller V, Costa Alcaraz A.M., Pujades Aparicio A.

PREVALENCIA DE USO DE FÁRMACOS INAPROPIADOS EN ANCIANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Peiro Marti E, Vilar Palop M, Navarro Vicente M, Gonzalez Dosset L, Arroyo Jimenez M, Lopez Sepulveda M.A.

¿DEBEMOS PREVENIR LA APARICIÓN DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON CORTICOIDES INHALADOS?

Rosell Dominguez M, Gonzalez Perales J.L.

CARACTERÍSTICAS DE LOS INMIGRANTES CON SÍNDROME DE ULISES EN VALENCIA

Quiros Bauset C, Morales Suarez Varela M, Achotegi Loizte J, Cervera Boada P, Perez Fuster J.V., Gimeno Clemente N.

ENCUESTA SOBRE VACUNACIÓN HPV A ADOLESCENTES EN EL CS CARINYENA (VILA-REAL)

Lacomba Aladren B, Porcar Centelles M, Agut Borrás L, Gras Balaguer S.

IMPORTANCIA DEL CRIBAJE DE LA INFECCIÓN POR VIH (VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA) AL INICIO DE

Resúmenes de los trabajos presentados al 20.º Congreso SVMFiC.

LA GESTACIÓN PARA DISMINUIR LAS TASAS DE TRANSMISIÓN VERTICAL. ESTUDIO EN NUESTRO DEPARTAMENTO DE SALUD.

Ruescas E, Martínez M, Minguez A, Jover F, Talents A, Cuadrado JM.

Proyectos de investigación

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES, ESTRESSORS, RECOLZAMENT SOCIAL I FUNCIO FAMILIAR DE LAS IMMIGRANTS MAGREBIANES GESTANTS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Morera Llorca M, Folch Marin B, Rosell Dominguez M, Giner Esparza M.A.

DEMANDA ASISTENCIAL MÁS FRECUENTE DE PACIENTES INMIGRANTES EN EL ÁREA DE SALUD Nº 7 DE VALENCIA

Martínez Morcillo E, Serrato Villalba A, Paya Serra A, Sebastia Alcacer M.D., Pascual Lopez L.

ESTUDIO DE ARTERIOPATIA PERIFÉRICA EN HIPERTENSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ajenjo Navarro A, Pedregoza Palop F, García Bosch A, Crespo Moya A, Taverner Aparicio A, Sendra Mascarell O.

CONTROL DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN UN CENTRO DE SALUD PRIMARIA (C.S.P.) USANDO LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (M.A.P.A.)

Proteanu D.F., Colombo Gainza E, Medio Cornejo E, Anton F, Gil F.

ESTUDIO DE RETINOPATÍA DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

Arias Cortes A, Moreno Jimenez M.M., Navarro Vicente M, Peiro E, Rus A.

USO CRÓNICO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y DÉFICIT DE VITAMINA B12

Blanquer Gregori JJ.

MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO: ADHESIÓN A LAS GUÍAS DE CONSENSO

Blanquer Gregori JJ.

¿EN QUÉ SITUACIÓN SE ENCUENTRAN LOS PACIENTES QUE DIAGNOSTICAMOS DE VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Gaubert M, Palazon I, Ivars M, Montserrat P, Jover F, Cuadrado JM, Bunuel F, Ortiz de la Tabla V.

ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN EN ÁREA RURAL Y URBANA.

Mifsud Grau L, Gonzalez Aguirre JG, Llopis Cerezo J, Martín Briz A.

Casos clínicos

¿QUÉ SE ESCONDE DETRÁS DE UN DOLOR ÓSEO?

Fillard Moliner S, Mahiques Vidal I, Mora Moya M, Taberner López E, Fillard Moliner S, Pastor Guzmán A.

Mifsud Grau L, De Mingo Alemany C, Martín Briz A, Sanz Martínez O, Noceda Bermejo JJ, Catalá Meri M.

"ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JACOB": A PROPÓSITO DE UN CASO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Mulet Pons MJ, Bucalet G, Estruch Vidal MC, Cabrera Santacreu A, Perelló Roig A, Martínez C.

HEPATITIS C. GLOMERULONEFRITIS. HIPERTENSIÓN ARTERIAL MALIGNA SECUNDARIA. EDEMA AGUDO DE PULMÓN.

Puga Rodríguez C, Vaquerizo Aragón E, Torres Miravet R, Piquer Franch I, Agut Borrás L, Lacomba Aladren B.

AFECCIÓN PULMONAR DE MYCOBACTERIUM AVIUM EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Sánchez López P, González García L, García González P, Guijarro Sánchez MJ, Mániz Andrés A, Navas Cutanda J.

TOS PERSISTENTE EN JOVEN INMIGRANTE

Taberner López E, Fillard Moliner S, Mahiques Vidal I, Mora Moya M.

MUJER DE 88 AÑOS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES QUE ACUDE POR DOLOR ABDOMINAL INTENSO.

Mahiques Vidal I, Mora Moya M, Taberner López E, Fillard Moliner S, Vilar Palop M.

FRACTURAS ESPONTÁNEAS COSTALES EN MUJER JOVEN

Barragán Vischi L, Juan Espert F, Aboumar L, Benítez Granados A, Mengual J, Gil Latorre F.

LO QUE ESCONDÍA UNA LUMBALGIA

Mora Moya M, Taberner López E, Fillard Moliner S, Mahiques Vidal I.

EN LA MUJER NO SIEMPRE LA ANEMIA ES GINECOLÓGICA

Blanquer Gregori JJ.

MUJER JOVEN CON DISNEA, FIEBRE Y TOS

Piquer Franch I, Torres Miravet R, Soler Bahilo E, Puga Rodríguez C, Gras Balaguer S, Lacomba Aladren B.

SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO

Lacomba Aladren B, Piquer Franch I, Agut Borrás L, Gras Balaguer S, Torres Miravet R, Puga Rodríguez C.

LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Mahiques Vidal I, Mora Moya M, Taberner López E, Fillard Moliner S, Vilar Palop M.

QUE HACER CON LOS 7 MINUTOS QUE NOS SOBRAN EN LA CONSULTA POR RECETAS

Blanquer Gregori JJ.

ABORDAJE DE UNA HIPERTENSIÓN REFRACTARIA, NO TODO ES FARMACOLÓGICO.

Blanquer Gregori JJ.

DOLOR TORÁCICO: EL VALOR DE LOS SÍNTOMAS EN MEDICINA.

Pertusa Martínez S, Navarro Palazón AI, López Corbalán JC.

Resúmenes de los trabajos presentados al 20.º Congreso SVMFIC.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. DISNEA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Mifsud Grau L, Donato Ripoll C, Sanz Martínez O, Soler Pons E, Vergara Pardo V, De Mingo Alemany C.

VÓMITOS DE REPETICIÓN EN MUJER DE 85 AÑOS

Martinez de Quintana E, Murcia Herrero MA, Martínez Rocamora MD.

HIPOGLUCEMIA EN PACIENTE DIABÉTICA CON TRATAMIENTO DE ANTIDIABÉTICOS ORALES

Benitez Granados A, Aboumar L, Ortiz Ortiz E, Juan Espert F, Barragán Vishi.

Experiencias

Modalidad oral.

EQUIPO COORDINADOR DE LA ATENCIÓN AL TABAQUISMO (ECAT)

Mataix Sancho J, Lopez Vicente L, Blasco Gallego J, Alvarez Martinez M, Salaj Monfort P.

FORMACIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN FAMILIAR DESDE EL MODELO SISTÉMICO. EXPERIENCIA DE 4 AÑOS

Ortega Ruiz R.Ma, Oyarzabal Arocena M, Perez Ortiz C.I., Anton Pastor C, Compan Poveda E, Garberi Pedros R.

Modalidad panel

LOS MÉDICOS DE FAMILIA LIMITAN AL NORTE CON..., AL SUR CON...,

Moreno Marin J, Sanchez Samper Ma C, Perez Ortiz C.I., Garcia Santafe R, Llobel Bertomeu V, Ramirez Puche J.

REFLEXIONES SOBRE FACTORES QUE DETERMINAN LOS LÍMITES EN LAS RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ortega Ruiz Ma P, Llobel Bertomeu V, Sanchez Samper Ma C, Moreno Marin J, Ortega Ruiz R. Ma, Santoja Granados, A.

LÍMITES DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE:¿TARIFA PLANA O PEAJE?

Ramirez Puche J, Santoja Granados A, Garcia Santafe R, Ortega Ruiz Ma P, Perez Ortiz C.I., Ortega Ruiz RMa.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Trabajos de investigación presentados en modalidad oral.

Premio al mejor trabajo de investigación presentado en modalidad oral. 20º Congreso SVMFiC

OPORTUNIDADES PERDIDAS EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA INFECCIÓN VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA

Jover Díaz F.

Palabras clave: diagnóstico precoz; infección VIH; atención primaria

OBJETIVOS: Evaluar las oportunidades perdidas para el diagnóstico precoz analizando contactos previos con el sistema sanitario, tiempo de retraso diagnóstico desde 1ª analítica, desde un evento posiblemente relacionado y un evento relacionado con el VIH hasta el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisar la información clínica de los pacientes diagnosticados de infección VIH en nuestro Departamento Sanitario en el periodo 2006-2007.

RESULTADOS

Se revisaron 50 historias clínicas de pacientes recientemente diagnosticados. El 85,7% habían tenido al menos un contacto con los servicios sanitarios a cualquier nivel en el año previo al diagnóstico. Un 63% acudió a consultas de AP. En un 38,7% el diagnóstico estaba posiblemente relacionado con VIH (infecciones herpéticas, ETS,...). Un 52% se había realizado al menos una analítica en el año previo al diagnóstico (30% desde AP). En un 90,9% se hubiera podido adelantar el diagnóstico si se hubiera realizado rutinariamente la serología VIH en las primeras analíticas (20,86 ± 20,75 meses).

CONCLUSIONES

1. Una gran mayoría de pacientes diagnosticado habían acudido a consultas de AP el año previo al diagnóstico. 2. En una gran proporción de pacientes atendidos en AP, la patología de consulta estaba posiblemente relacionado con infección VIH, por lo que existen oportunidades perdidas de diagnóstico desde AP. 3. Atendiendo la alta frecuentación de los pacientes a consultas de AP y las actuales recomendaciones de screening universal realizadas por diferentes organismos internacionales, si se hubiera realizado de manera rutinaria la serología VIH se podría haber adelantado el diagnóstico en el 90,9% de los pacientes.

¿ES ÚTIL LA PRUEBA DE LA MARCHA DURANTE 6 MINUTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Garcés Alemany R.

Centro de salud Barranquet. Castellón.

Palabras clave: prueba de la marcha durante 6 minutos (pm6m), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc), valoración funcional.

OBJETIVO

Conocer la capacidad para el ejercicio de nuestros pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y valorar la utilidad y seguridad de la prueba de la marcha durante 6 minutos.

DISEÑO

Estudio de valoración de una prueba funcional.

EMPLAZAMIENTO

Atención primaria, centro de salud.

PARTICIPANTES

94 pacientes (media, 72,34 años; 77,77%, hombres) con EPOC que realizaron la PM6M.

RESULTADOS Y MEDICIONES PRINCIPALES

Nuestros pacientes caminaron una media de 360,39 metros, la distancia correlacionó significativamente con el FEV1 en litros ($r=0,423$), con la probabilidad de supervivencia a los 10 años ($r=0,403$), con la talla ($r=0,236$), con la saturación de O₂ ($r=0,226$) y con FEV1% ($r=0,214$); observado correlaciones inversas significativas con la edad ($r=-0,458$), índice de Charlson ajustado ($r=-0,290$), y con el estadio de su enfermedad ($r=-0,215$). Tanto la frecuencia cardiaca que pasó de 78,26 a 85,70ppm; como la saturación de oxígeno (94,07% a 95,84%), la presión arterial sistólica (146,82mmHg a 158,77), la presión arterial diastólica (80,79mmHg a 83,78) así como la sensación de disnea (de 0,72 a 2,83) y cansancio (0,69 a 2,36) medidas con la escala de Borg aumentaron de forma muy significativa en el transcurso de la prueba ($p<0.05$)

BENEFICIOS EN CALIDAD DE VIDA TRAS PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO EN POBLACIÓN DE PACIENTES MAYORES CON DIABETES TIPO 2

Sánchez López P.

Palabras clave: diabetes, ejercicio

OBJETIVOS

Analizar los beneficios de un programa de ejercicio físico en población mayor con diabetes tipo 2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de intervención prospectivo, de comparación de cohortes paralelas. Se incluyen de forma consecutiva pacientes mayores de 60 años con diabetes tipo 2 controlados con dieta y +/- antidiabéticos orales sin complicaciones crónicas que tras firmar consentimiento informado fueron asignados a participar activamente en un programa de ejercicio físico aeróbico-anaeróbico progresivo o a formar parte de grupo control, informado con medidas convencionales de dieta y ejercicio. Se determinó principalmente calidad de vida mediante test euroquool y secundariamente otras variables físicas (presión arterial, peso, ...) y bioquímicas (HbA1c, lípidos,...). Los pacientes se reclutaron de centros de salud del departamento y se les citaba mensualmente para control durante los 6 meses del estudio.

RESULTADOS

Se incluyeron 70 pacientes, 45 casos y 25 controles, con una HbA1c media de 6.3+/-1.2% y un IMC medio de 31.8+/-6.3, comparables en todas las variables estudiadas. Tras 6 meses de estudio se obtuvieron diferencias significativas en la calidad de vida (76.26+/-16.68 grupo ejercicio y 62.81+/-21.25 grupo control). En el grupo ejercicio se redujo peso -1.7+/-0.6 kg y en el grupo control se ganó peso 0.8+/-0.7 kg con una $p<0.05$. También alcanzó diferencias significativas la glucemia basal (137.6+/-37.8 vs 152.8+/-38.2 mg/dl) y los triglicéridos (135.5+/-39.2 vs 142.5+/-40.0 mg/dl). El resto de variables no alcanzaron resultado significativo.

CONCLUSIONES

La participación en programa de ejercicio mejoró peso, glucemia, triglicéridos y calidad de vida, con aceptable tasa de abandono, haciendo recomendable incluir este tipo de programas en esta población.

VALIDEZ DE LA EVALUACIÓN DE INDICADORES DE RESULTADO DE DIABETES OBTENIDOS CON DATAMART

Ruiz M, Carratalá M, Sanchez B, Diaz P, Sanz S, Viudes A.

Centro de salud Agost(CSA). Alicante

Palabras clave: indicadores de calidad, sistemas de información

OBJETIVO

Validar los datos utilizados en Abucasis para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de control de diabetes incluidos en el contrato programa.

EMPLAZAMIENTO

Centro de Salud de Agost (CSA). 3 Médicos de familia, 4 enfermeros, 1 pediatra, 1 matrona.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se obtiene el listado de todos los diabéticos del CSA a 31-12-2008. Se analizan los Indicadores de Resultado de Diabetes: Registro de Hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) en la hoja de seguimiento en los últimos seis meses (01-07-2008 a 31-12-2008) con $HbA1c \leq 7\%$.

Se comparan dos métodos:

- Revisión manual de historia electrónica (RVM)
- Petición a través de la base DATAMART (DTM) de Abucasis a Diciembre-2008.

Se calculan diferencias estadísticas mediante comparación de medias y proporciones.

Resultados: Número de registros de $HbA1c < 7\%$: 140 (RVM) vs 87 (DTM), lo que supone un infrare resultado de buen control del 37,8%. Al analizar por médico se obtiene una gran variabilidad siendo del 68,8% para el médico 1 (M1), 35,7% para el M2 y -0,12 para el M3 ($p < 0.05$). Proporción de pacientes con $HbA1c < 7\%$: 34,9% (RVM) vs 21,4% (DTM) y gran variabilidad entre médicos siendo 32,08% vs 9,86% (M1), 53,85% vs 33,09% (M2) y -21,37 vs 22,76 (M3) ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES

La evaluación de Indicadores de Resultado de Diabetes a través de DATAMART A FECHA Diciembre de 2008, presenta problemas de validez. En la mayoría de los casos infravalora el resultado real.

¿RESULTA ÚTIL ENSEÑAR A LOS PACIENTES CON EPOC A UTILIZAR LOS DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN?: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO.

Ballester Salvador FJ.

Palabras clave: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc), dispositivos inhalados, índice de BODE.

OBJETIVO

Valorar si una intervención educativa sobre la utilización de dispositivos inhalatorios mejora el estado funcional de los pacientes con EPOC

DISEÑO

Ensayo clínico aleatorio controlado con diseño en paralelo y simple ciego.

EMPLAZAMIENTO

Atención primaria, centro de salud.

PARTICIPANTES

94 pacientes con EPOC y que usaban dispositivos.

INTERVENCIÓN

Participantes asignados aleatoriamente en 2 grupos: grupo de intervención al que se realizó una sesión de adiestramiento sobre el uso de inhaladores al inicio del estudio y otra de refuerzo al mes y el grupo control con seguimiento habitual.

PRINCIPALES MEDIDAS DE RESULTADOS

Variación en el índice sintético de BODE (índice de masa corporal, sensación subjetiva de disnea MMRC, prueba de la marcha de 6 minutos y volumen espiratorio forzado e 1 segundo FEV1%)

RESULTADOS Y MEDICIONES PRINCIPALES

Los pacientes del grupo intervención experimentaron una mejoría en la sensación de disnea disminuyendo 0.85 puntos (IC 95% -1.14 a -0.56) en la escala de disnea MMRC; mientras el grupo control no experimentó ningún cambio $p < 0.0001$. En cuanto a la prueba de la marcha los del grupo de intervención caminaron 6.19 metros más (IC95% -4.02 a 16.40) mientras que el grupo control caminó 20.54 metros

menos (IC 95% -37.80 a -3.28), diferencias significativas con $p < 0.009$. El índice de BODE disminuyó (mejoró) -0.81 puntos en grupo de intervención (IC 95% -1.16 a -0.46) y aumentó (empeoró) 0.20 en grupo control (IC 95% -0,16 a 0.56) $p < 0.0001$.

CONCLUSIONES

Los pacientes con EPOC que reciben un adiestramiento específico sobre el uso de inhaladores comparados con aquellos con seguimiento habitual experimentan una mejoría de su estado funcional.

VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE CRIBADO DE LA EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ballester Salvador FJ.

Palabras clave: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cribado, cuestionario, espirometría, validación de estudios.

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de EPOC en pacientes que acuden a la consulta a demanda de un centro de salud. Validar un cuestionario de cribado de la enfermedad.

DISEÑO

Estudio de observación transversal y de validación de una prueba diagnóstica

EMPLAZAMIENTO

Atención Primaria

PARTICIPANTES

182 pacientes de 40 años o más, fumadores o exfumadores que durante el mes de Junio de 2008 acudieron a la consulta médica a demanda.

MEDICIONES PRINCIPALES

A los pacientes que aceptaron participar se les realizó una espirometría con test broncodilatador y se cumplimentó el cuestionario de cribado.

RESULTADOS PRINCIPALES

169 pacientes completaron el estudio, 35 de ellos cumplían los criterios espirométricos de EPOC (GOLD). Tras análisis bivariable de los resultados del cuestionario obtuvimos un modelo de regresión logística en el que vimos que los pacientes de 50-59 años presentaban OR para EPOC de 3,36 (IC 95% 1,15-9,84) y los de 60-69 años OR 6,26 (1,61-24,42), los pacientes que fumaban más de 15 paquetes/año OR 3,61 (0,95-13,76), aquellos que reconocían que los cambios climáticos afectaban la tos OR 3,66 (1,45-9,25) y la expectoración sin infección respiratoria OR 2,36 (1,03-5,34). Tras asignar puntuaciones a las respuestas al cuestionario definitivo realizamos curva ROC obteniendo un área de 0,780 (0,689-0,872) y situando punto de corte en 10 puntos obtuvimos una sensibilidad del cuestionario del 84,3% y una especificidad del 51,85%.

CONCLUSIONES

El uso de sencillos cuestionarios de cribado puede resultar útil para priorizar la realización de espirometrías en pacientes susceptibles de presentar EPOC.

COMITÉS DE BIOÉTICA ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

Pujades Aparicio A.

Palabras clave: atención primaria. comité de bioética asistencial

OBJETIVO

Describir la ubicación y componentes de los Comités de Bioética Asistencial (CBAs) en la Comunidad Valenciana y la participación de Atención Primaria (AP) en los mismos.

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Comunidad Valenciana. Sujetos: Definimos como sujetos los CBAs.

MEDICIONES

Revisamos en fuentes documentales de Conselleria de Sanitat y correos dirigidos a cada CBA.

RESULTADOS

En la Comunidad Valenciana hay 23 CBAs: 1. Ubicación: 17 en Hospitales de Agudos con ámbito Departamental, 3 en Hospitales de Crónicos y 1 en Instituto Valenciano de Oncología. 2. Componentes: De un total de 319 miembros: 116 médicos (101 departamentales), 84 enfermeros (66 departamentales), 124 otros (109 departamentales). 3. Participación de AP: De un total de 276 miembros departamentales 32 son de AP (12%): 16 médicos (16%), 6 enfermeros (9%).

CONCLUSIONES

1. Los CBAs se ubican principalmente en Hospitales de Agudos cuyo ámbito de influencia es el Departamento de Salud e integran todas las instituciones asistenciales. 2. Disponemos de un Mapa Departamental de CBAs incompleto en la Comunidad Valenciana, de los 23 Departamentos de Salud 7 carecen de CBAs -el 1,8, 11,12, 13 y 22 - y recurren a otros de referencia. 3. La composición de los CBAs se basa en la normativa vigente (acreditación). 4. Hay participación de AP en todos los CBAs Departamentales que respondieron al correo, la participación general no es despreciable pero si desigual, es fundamental conocerlos desde AP para participar.

VALORACIÓN DEL GRADO DE CORRELACIÓN DE DIFERENTES MÉTODOS ANTROPOMÉTRICOS (ÍNDICE DE MASA CORPORAL, PERÍMETRO DE CINTURA Y % DE GRASA CORPORAL MEDIANTE IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA) CON RESPECTO A FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (TENSIÓN ARTERIAL Y PERFIL LIPÍDICO)

Quiles L.

Palabras clave: enfermedad cardiovascular, antropometría, impedancia bioeléctrica

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular que puede ser prevenido y tratado desde Atención Primaria. Para valorarlo disponemos de diferentes métodos: índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura, -ambos basados en antropometría-, y % de grasa corporal mediante impedancia bioeléctrica.

OBJETIVOS

Analizar cuál de los 3 métodos se correlaciona en mayor medida con niveles de tensión arterial sistólica (TAS), tensión arterial diastólica (TAD), colesterol total, colesterol HDL (c-HDL), colesterol LDL (c-LDL) y triglicéridos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal. Se estudiaron 36 hombres y 69 mujeres usuarios de Atención Primaria, con una edad media de 47 años (intervalo 18-70) sin tratamiento antihipertensivo, ni hipolipemiente. Se midió su IMC, perímetro de cintura y % de grasa corporal mediante medidor de impedancia bioeléctrica tetrapolar mano-mano, TAS y TAD, colesterol total, c-LDL, c-HDL y triglicéridos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tanto en hombres como mujeres el mejor valor correlacionado con las de cifras de TAS y TAD, colesterol total y triglicéridos es el perímetro de cintura ($p < 0.01$). En hombres se correlaciona más el perímetro de cintura con el c-HDL ($p < 0.05$), seguido del IMC. Por tanto puede recomendarse como mejor método para valorar el riesgo cardiovascular el perímetro de cintura, seguido del IMC. Cabría valorar la validez de otros sistemas de impedancia bioeléctrica.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS.

Asencio Aznar A.

Centro de salud Mutxamel. Alicante.

Palabras clave: anticoagulación oral, control, interacciones

INTRODUCCIÓN

El INR de los pacientes tratados con anticoagulantes orales está influido por factores que pueden provocar cambios en su control. A los pacientes que se encuentran fuera de rango les realizamos una encuesta para conocer aquellas circunstancias que puedan influir en su mal control y permitir un mejor ajuste de la nueva dosificación.

OBJETIVOS

Conocer las diferencias en las variables estudiadas entre los pacientes en rango y los fuera de rango y su posible influencia en el grado de control.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de casos y controles. Criterio de inclusión pacientes anticoagulados controlados en Atención Primaria. Criterio de asignación: grupo casos, pacientes fuera de rango ampliado, grupo controles, pacientes en rango ampliado. Muestreo aleatorio simple. Variables de estudio: Sexo, edad, grado de control, olvido de dosis, exceso de dosis, cambios en el tratamiento concomitante, cambios dietéticos, cambios ponderales, fiebre, vómitos o diarrea, ingesta de alcohol. Determinación de Odds Ratio y significación estadística.

RESULTADOS

Se ha recogido una muestra de 61 pacientes en cada grupo. 26 pacientes en el grupo de casos modificaron su tratamiento concomitante y 6 en el grupo control. 6 pacientes modificaron su dieta en el grupo casos y 1 en de controles. 7 presentaron fiebre en el grupo casos y 1 en el de controles.

CONCLUSIONES

La presencia de fiebre, los cambios en el tratamiento y los cambios dietéticos mostraron diferencias significativas entre los pacientes en rango y los pacientes fuera de rango de la muestra estudiada y pueden condicionar su control.

REVISIÓN SOBRE LA PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS MENTALES EN INMIGRANTES

Quirós Bauset C.

Palabras clave: inmigrantes, depresión, ansiedad

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales se manifiestan como la segunda causa de consulta sanitaria entre la población inmigrante en nuestro país. Su prevalencia es significativamente más elevada en inmigrantes que en la población autóctona ya que este colectivo se ve forzado en ocasiones a sobrevivir en condiciones precarias que pueden repercutir negativamente en su estado de salud psíquica. De entre todas las patologías mentales las más comunes en la población inmigrante son las relacionadas con trastornos de ansiedad y depresivos debido a los procesos de adaptación y a las dificultades ambientales ligadas a la emigración.

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo fue analizar los estudios realizados en España desde el año 2000 hasta el 2008 dirigidos a determinar la prevalencia de patologías mentales en los inmigrantes afincados en este país.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con esta finalidad se efectuó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: MEDLINE, MEDLINE In-process, EMBASE, CINAHL y pascal Database (OVID). Se seleccionaron los estudios observacionales transversales realizados sobre Inmigrantes de cualquier procedencia, sexo y edad, legales e ilegales, afincados en España, dirigidos a determinar la prevalencia de trastornos mentales. Se evaluó

su calidad metodológica y se analizaron sus resultados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La búsqueda produjo 5 artículos que cumplieran los criterios de inclusión, los cuales muestran prevalencias muy diversas de distintas patologías mentales (ansiedad y depresión) en inmigrantes. De este estudio se concluye que el número de estudios realizados en España para determinar la prevalencia de patologías mentales en inmigrantes es muy escaso y afirma la necesidad de realizar nuevas investigaciones al respecto.

Trabajos de investigación presentados en modalidad panel.

Premio al mejor trabajo de investigación presentado en modalidad panel. 20º Congreso SVMFiC

RETINOPATÍA DIABÉTICA EN AP. VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR

Piquer Franch I, Soler Bahilo E, Puga Rodríguez C, Lacomba Aladren B, Torres Miravet R, Porcar Centelles M.
Centro de salud Carinyena. Castellón.

Palabras clave: retinopatía diabética, atención primaria, variabilidad interobservador

OBJETIVO

Conocer la variabilidad interobservador entre un grupo de médicos familia y un oftalmólogo, en la lectura de una serie de retinografías de pacientes diabéticos, antes y después de recibir una sesión formativa. Comprobar la validez de la retinografía para el cribaje de la retinopatía diabética en atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo transversal. Se presentaron las retinografías de 40 pacientes DM2 a un grupo de 11 médicos de familia, debían clasificarlos en patológicos y no patológicos, antes y después de recibir una sesión formativa. Patrón estándar, el oftalmólogo. Se calcularon índices Kappa, y los indicadores de validez, sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN).

RESULTADOS

El 65% de las imágenes presentadas eran patológicas, el 35% no patológicas. (10% retinopatía diabética (RDNP) leve, 35% moderada-severa, 15% proliferativa (RDP) y 5% sólo edema macular). Resultados previos a la sesión formativa: Kappa 0.48 (IC 95% 0.4-0.56) moderada, S 71.3%, E 80%, VPP 87% y VPN 60.2% Tras la sesión formativa: Kappa 0.57 (IC 95% 0.48-0.66) moderada, S 95.1%, E 58%, VPP 81% y VPN 86.5%. Comparación índices Kappa 0.525 (IC 95%) 0.47-0.59 χ^2 2.41 (p=0.12).

CONCLUSIÓN

El retinógrafo es un método válido para el cribado de la retinopatía diabética en atención primaria. El grado de variabilidad interobservador se mantuvo moderado, no siendo estadísticamente significativo. Pero se observó un aumento de la sensibilidad, aumentando el número de pacientes enfermos correctamente diagnosticados, con una reducción de la especificidad, incrementándose los falsos positivos; aunque el 58% de pacientes sanos no fuesen derivados a las consultas de oftalmología.

USO DE UN RETINÓGRAFO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ruano Arráez M.L., García Beviá S, Gómez Moreno N, López Acuña E, Pastor Martínez I, García Santafé R.
Centro de salud Hospital Provincial-El Pla. Alicante
Palabras clave: fondo de ojo. atención primaria. accesibilidad a los servicios de salud.

OBJETIVO

Valoración del uso del retinógrafo en un centro de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyeron pacientes del centro de salud a los que se realizó fotografía digital del fondo de ojo a petición de su médico en un período de 22 meses. El equipo de enfermería formado obtuvo las imágenes con una cámara no midriática (CNM) modelo TRC-NW200. Las fotografías fueron valoradas por un oftalmólogo del hospital de referencia que indicaba la actitud a seguir. El tiempo medio transcurrido entre la solicitud de dicha prueba y la recepción del resultado fue de aproximadamente 1 mes.

RESULTADOS

De 214 registros, se desestimaron 11 pacientes (5%) por mala calidad de la imagen obtenida. Del total de fotografías valorables (203), un 76% fueron normales y en un 24% se detectó patología (maculopatía 54.5%, retinopatía no proliferativa 41.5%, retinopatía proliferativa 4%). La retinopatía y maculopatía coexistían en ciertos pacientes. En 30 casos (15%) se recomendó derivación a consultas de oftalmología para estudio y a 3 pacientes (1.5%) se remitió urgente al hospital. En el resto se aconsejaba seguimiento en primaria (170 pacientes, 83.5%).

CONCLUSIONES

1. Es necesaria la sensibilización de los profesionales de atención primaria para potenciar el uso del retinógrafo, conocida la importancia del diagnóstico precoz de la retinopatía diabética. 2. Se ha conseguido mejorar la accesibilidad a esta prueba, en comparación con los 7 meses aproximadamente de demora que existe en el servicio de oftalmología.

ESTUDIO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Barragán Vischi L, Abuomar L, Juan Espert F, Gil Latorre F.
Centro de salud Alacuàs. Valencia

Palabras clave: diabetes tipo2, riesgo cardiovascular; atención primaria

OBJETIVOS

Determinar la frecuencia, factores de riesgo cardiovascular y el grado de control de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), según consenso de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), en 2007-9

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal. a realizar en CS urbano con una población de 31.000 habitantes.

TIPO DE MUESTREO

Muestreo aleatorio sistemático consecutivo revisión de historias clínicas electrónicas en mayores de 30 años

TAMAÑO MUESTRAL Para frecuencia esperada de DM2 del 7%, intervalo de confianza 95% y precisión 5% n= 100.

MEDICIONES E INTERVENCIONES PRINCIPALES

Edad, sexo, hemoglobina glicosilada (HbA1c), tabaquismo, tensión arterial. (TA), lípidos, tratamiento antidiabéticos orales (ADO) y/o insulina, autocontroles glucemia.

RESULTADOS PRINCIPALES

Frecuencia de DM2 es 7.86 %, Las medias de HbA1c, TA, Colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos son respectivamente: 7.07mg/dl, 140/77mmHg, 191mg/dl; 118mg/dl, 53mg/dl y 144mg/dl. Sexo 51% hombres, 49% mujeres. 54 % no fuman, 13% fuman, no consta 33% 67 % tratados con ADO, 26 % insulina 59 % realiza autocontrol de glucemia

CONCLUSIONES

La frecuencia de diabetes en nuestro estudio es similar al esperado, por lo cual la captación es buena. El grado de control en el estudio es aceptable para HbA1c, colesterol total y HDL. La TA, LDL y triglicéridos están por encima de lo esperado, por lo que debemos hacer hincapié en el control de estos parámetros. Mejorar el registro de fumadores e incentivar el abandono del tabaco.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, ÁCIDOS GRASOS SATURADOS, PRODUCTOS CÁRNICOS. FRECUENCIA DE CONSUMO DE CARNE Y PESCADO EN POBLACIÓN DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Sotos-Prieto M, Quiles-Guiñau L, Sorlí J.V., Olivares L, Guillén M, Corella D.

Centro de salud de Jávea. Alicante.

Servicio de Medicina Preventiva, Universidad de Valencia.

CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. Valencia.

OBJETIVO

El consumo elevado de grasas saturadas procedentes, en gran parte, de la ingesta de carnes rojas y embutidos se asocia con mayor riesgo cardiovascular (ECV), inversamente al consumo de pescado. Nuestro objetivo fue conocer la frecuencia de consumo de carne y pescado en pacientes de edad avanzada y alto riesgo cardiovascular (RCV) y evaluar diferencias según edad, sexo y factores de RCV.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal. Se estudiaron 908 participantes (324 hombres y 584 mujeres) de alto RCV (media edad: 67+/-6 años) bien diabéticos o con tres o más factores de RCV reclutados en centro de salud. Se obtuvieron datos clínicos, bioquímicos y de dieta a través de cuestionarios validados. Se analizó la frecuencia de consumo de los alimentos más representativos del grupo de carnes y pescado.

RESULTADOS

El consumo de carnes y embutidos fue significativamente superior en hombres que en mujeres (6,0±2,9 vs 5,5±3,0 v/sem P=0,039; 5,2±3,7 vs 4,4±3,4 v/sem, P=0,001; respectivamente). La frecuencia de consumo de pescado fue 3,1±1,6 v/sem sin diferencias entre sexo. Aquellos con una edad inferior a 67,3 años presentaron un consumo superior de ternera, cerdo y cordero que los de edades superiores.

PREVALENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA EN UNA SUBPOBLACIÓN DE DIABÉTICOS Y OBESOS QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD

Matoses D, Albert G, Peset A, Blanes N, Morales-Olivas FJ, Estañ L.

Centro Salud Almàssera. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia

La esteatosis hepática es la acumulación de lípidos en el citoplasma de los hepatocitos. Por su etiología puede clasificarse en alcohólica y no alcohólica (EHNA).

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de EHNA en las subpoblaciones con diabetes tipo2 (DM-2) y Obesos de un Centro de Salud durante un año y las diferencias en los datos antropométricos y glucémicos

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y transversal en mayores de 18 años con obesidad y/o diabetes diagnosticados de EHNA por ecografía. Recogemos datos antropométricos y parámetros glucémicos.

RESULTADOS

Presentamos los datos de 80 pacientes con obesidad y/o DM-2 (33 mujeres) presentan una media de edad de 59,6±13,3 años. El Índice de Masa Corporal (IMC) es de 33,3±5,4 y el perímetro abdominal de 109±13 cm. De éstos, 28 presentan signos ecográficos negativos y de los restantes, 52 presentan EHNA. Se observan diferencias estadísticamente significativas en la talla, el peso y el perímetro abdominal que presentan valores mas altos en los pacientes con EHNA (p<0.05). No se observan diferencias significativas en el IMC. Al analizar los valores de glucemia, hemoglobina glicosilada, insulínemia y HOMA, no observamos diferencias significativas entre los diagnosticados de EHNA y los que no lo están.

CONCLUSIONES

La prevalencia de EHNA en nuestra subpoblación es muy elevada (65%), algo mas baja que la descrita en otros trabajos. El hecho de no observar diferencias en los parámetros glucídicos habla a favor de que la resistencia a la insulina se asocia a la obesidad pero no todos los obesos desarrollan EHNA diagnosticada ecográficamente.

EFFECTIVIDAD DE LA EZETIMIBA EN EL CONTROL DE LA DISLIPEMIA DIABÉTICA

Sánchez Mollá M, Tarancón Pérez J, Álvarez Mujica S, Candelaria García I, Ferrández Navarro J, Huertas Ripoll M.

CAP Raval Elx. Alicante

OBJETIVO

Describir la efectividad de la adición de ezetimiba al tratamiento con estatinas en el control de la dislipemia diabética.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO: Estudio no controlado antes-después. Consultorio periférico ambito rural. SUJETOS Y MEDICIONES: Seleccionamos 30 pacientes de 85 diabéticos registrados en el cupo con colesterol fuera de objetivos según guías ATP III Y del ADA pese a tratamiento con estatinas (35% de los diabéticos no cumplían objetivos). Medimos todo el perfil lipídico antes y después de añadir 10 miligramos de ezetimiba a su tratamiento. La nueva medición se realizó a las 4 semanas. Los pacientes estaba en tratamiento con atorvastatina 10 ó con simvastatina 20 mgs. Los pacientes fueron reclutados por la enfermera de la unidad básica asistencial (UBA) cuando acudían al programa de control de su diabetes. Si no acudían se les llamaba por teléfono. Se les pidió consentimiento informado y ninguno rechazó la invitación a participar. Las determinaciones se realizaron utilizando el analizador calibrado Cardiocheck.

RESULTADOS

Observamos una reducción de colesterol total (p<0.0001), LDL total(p<0.0001) , y triglicéridos (p=0.003). El 72 % (IC95 50,4-87,1) de los pacientes alcanzó un nivel de LDL-colesterol menor de 100 mgs/100ml. El descenso del LDL-colesterol fue del 37%.

CONCLUSIONES

La adición de ezetimiba fue efectiva a la hora de alcanzar un objetivo de control de colesterol LDL en pacientes diabéticos. El descenso medio del colesterol fue mayor al esperado.

Conflicto interés: Tiras reactivas y analizador bajo patrocinio del laboratorio MSD. No financiación adicional.

INFLUENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO BASADO EN EL TEST DE LA COTININA EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

Morales Suárez_Varela M, Quirós Bauset C, Llopis González A, Martín Escudero J.C, Vicedo Cabrera A, Gimeno Clemente N.

Fundación de la Comunidad Valenciana para la Investigación.
Hospital Universitario Dr Peset. Valencia.

Palabras clave: tabaco, hipertensión, cotinina

OBJETIVO

Evaluar el hábito tabáquico en el control de la hipertensión arterial (HTA) mediante entrevista y determinación de los niveles de cotinina urinaria (CU).

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio epidemiológico transversal (1997-2002) en una muestra de población general (15-89 años) de la provincia de Valladolid (n=1514). Se utilizaron los criterios de la OMS para diagnosticar HTA, diferenciando entre controlada y no controlada. Se determinó el hábito tabáquico en no fumadores, fumadores y exfumadores mediante entrevista (cigarrillos/día) y obtención de niveles de CU. Se estratificó por sexo y se calcularon frecuencias absolutas y relativas (Chi2 para variables cualitativas, ANOVA para cuantitativas, 95% de nivel de significación).

RESULTADOS

La prevalencia de la HTA es del 20,54% (n=311), de los cuales el 32,4% la presentan controlada. En el grupo de HTA controlada hay un mayor porcentaje de no fumadores (51,4%), presentando los valores de CU más altos las mujeres fumadoras (1784,67±1337,30 ng/ml)

CONTROL ACO EN EL CENTRO DE SALUD

Porcar Centelles M. ,Soler Bahilo E. ,Torres Miravet R. ,Lacomba aladren B, Piquer Franch I., Agut Borrás L.

Centro de salud Carinyena. Castellón.

Palabras clave: Sintrom, anticoagulación oral, Atención Primaria

OBJETIVO

Principal: Conocer el grado de satisfacción de los paciente anticoagulados con sintrom controlados en nuestro centro de salud, Secundario: Valorar la existencia de buen control de INR de forma ambulatoria de los pacientes anticoagulados a nivel de atención primaria

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional realizado en nuestro centro de salud a todos los pacientes que toman Sintrom con control de INR de forma ambulatoria, a partir de una encuesta validada de satisfacción donde se incluyen un total de 9 de ítems. Mediante el sistema Intralab se realizó la búsqueda de los últimos 5 registros de INR de los pacientes incluidos en el estudio.

RESULTADOS

Tras el análisis de los resultados obtenidos en la encuesta se objetiva que el 99% de las respuestas a lo ítems son "muy de acuerdo" o "de acuerdo", siendo inferior al 1% las respuestas no satisfactorias. Entre los ítems más valorados se encuentra el de satisfacción respecto al trato del personal sanitario con un total de 82% de paciente muy de acuerdo y 18% de acuerdo y el ítem relacionado con el tiempo de espera de los resultados con 67% de "muy de acuerdo" y 33% "de acuerdo". En el ítem de satisfacción en general del control ambulatorio se obtiene un alto grado de satisfacción, con muy alta en el 63% y el alta en el 37% restante, frente al control hospitalario dado que el 85,2% no estaría dispuesto a volver a realizarse el control de forma hospitalaria. Se calculó un promedio de valores de INR 2.462 +/- 0.4 (IC95% 0.1). Un 47% son mujeres y un 53% son varones. Un 89%, llevan tratamiento con anticoagulantes orales por FA, un 0.08% por valvulopatía, 0.015% por TVP y 0.015% por ACV.

CONCLUSIÓN

Los pacientes que son controlados en nuestro centro de salud por la toma de ACO (Sintrom) presentan alto grado de satisfacción. Valorando sobretodo el trato y la accesibilidad de personal y del centro y el menor tiempo requerido para la

realización del control y la obtención de resultados respecto al hospital. Se logra un buen control del paciente en el lugar terapeutico mas cercano al paciente . Permite que el medico de familia asuma la globalidad del paciente anticoagulado.

TAMBIEN LOS AUTISTAS TIENEN MÉDICO DE FAMILIA

Martínez Avilés V, Nieto Sánchez J.M., Beltrán Riquelme F.J., Tamarit Torres J.N., Lafuente, J.M., Vivancos Albentosa, M. Centro de salud San Blas. Alicante

Palabras clave: autistas

OBJETIVO

Describir las características, enfermedades asociadas y medicación que reciben los residentes de un colegio de autistas adultos. método: estudio descriptivo transversal. Se analizan 47 residentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) según DSM IV. MÉTODO

Variables: edad, sexo, enfermedades asociadas, número y tipo de medicaciones que reciben de forma crónica.

RESULTADOS

36 (76%) son varones y 11 (24%) mujeres, con una edad media de 25,8±5,3 años. Todos los pacientes sufren algún tipo de TEA, incluyendo 1 con síndrome de Asperger, 1 con Esclerosis Tuberosa y 1 con Síndrome X Frágil. Enfermedades asociadas: retraso mental profundo (34%), epilepsia (12,8%), ceguera (6,4%), incontinencia de esfínteres (14%). La media de fármacos que reciben es 3±1,6 (r:0-8), 42 (89,5%) precisan tratamiento con neurolépticos sobre todo risperidona y olanzapina, precisando combinación de 2 neurolépticos 12(26%) y de 3:9 (19%). Como medicaciones asociadas: ansiolíticos (alprazolam y clonazepam); 14(30%) fármacos con acción antiepiléptica; 25(53%) (topiramato:23,4%; ácido valproico 10,6%; carbamacepina 10,6%); antidepresivos (fluoxetina o fluvoxamina) 8 (17%).

CONCLUSIONES

Los adultos con TEA son de difícil control, reciben polimedica- ción especialmente neurolépticos y padecen enfermedades graves asociadas. Por la dificultad de control fuera de su ámbito, el médico de familia debe conocer y asumir el control y seguimiento e estos pacientes.

MEDICIÓN DE LA COMPOSICIÓN GRASA CORPORAL: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS MÉTODOS TRADICIONALES (PLIEGUES CUTÁNEOS Y MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS) Y LA IMPEDANCIA ELÉCTRICA.

Quiles Guiñau L, Miquel Feucht M, Estruch Vidal M^ªC, Cabrera Santacreu A, Aparicio Bellver L, Victoria Fuster A.

Centro de salud Jávea. Alicante.

Dpto. Anatomía Humana U.Valencia

Palabras clave: composición corporal, tejido adiposo, impedancia eléctrica

INTRODUCCIÓN

La proporción de grasa corporal constituye un dato de interés como factor predictivo de riesgo cardiovascular y en la valoración nutricional. Actualmente su determinación puede realizarse con diferentes métodos.

OBJETIVO

Realizar un análisis comparativo de cuantificación del tejido adiposo en la composición corporal, entre la impedancia bioeléctrica y los pliegues cutáneos y las medidas antropométricas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal. Participaron 50 personas (18 hombres y 32 mujeres). Diferentes IMC y con edades entre los 23 y 56 años. Cuantificación de la grasa mediante impedancia de dos

formas: bipolar (mano-mano) y tetrapolar (mano-pie). Se determinaron la estatura, peso, diámetros de cintura, cadera y pliegues cutáneos (bicipital, tricipital, subescapular, suprailíaco y abdominal). Se aplicaron las fórmulas de Brozeck, Siri, Lean, Deurenberg y Faulkner por ser las más aceptadas. RESULTADOS

Tomando la impedancia eléctrica tetrapolar como dato de referencia, el resto de métodos proporcionan valores de grasa corporal muy dispares, de media muy inferiores y con rangos +/- muy elevados, los cuales son acentuados en el sexo femenino.

CONCLUSIONES

La impedancia bioeléctrica tetrapolar constituye el mejor método para cuantificar la grasa corporal. La impedancia bipolar sólo mide la grasa a nivel de cintura torácica, obviando la grasa en miembros inferiores y región abdominal. Las ecuaciones no se pueden considerar métodos válidos por los amplios márgenes en sus resultados, debidos en parte a la obtención de los datos en la medición de los pliegues.

ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA DEMANDA SIN CITA DE UN ZONA BÁSICA DE SALUD

Sánchez Molla M, Miralles Gisbert S, González Botella A, Mira Castejón L.

CAP El Raval. Elx. Alicante.

Palabras clave: sin cita, demanda

OBJETIVOS

1. realizar un estudio para: cuantificar estas visitas midiendo su frecuencia. Análisis cuantitativo.
2. valorar inicialmente cuales son los motivos de acudir sin cita más incidentes en medicina familiar. Análisis cualitativo de la demanda.
3. desarrollar protocolos conjuntos médico-enfermería para los problemas leves que generan mayor asistencia, catarros sin fiebre, diarreas, heridas, contusiones, infecciones orina, etc.

MATERIAL Y METODOS

El estudio lo realizamos en una zona básica salud urbana. Medimos utilizando la herramienta informática DATAMART de ABUCASIS todos los pacientes sin cita en todo el año 2008, cuantificando frecuencia de pacientes sin cita en medicina familia y en pediatría. Realizamos un registro de los pacientes sin cita desde 1 de noviembre 2008 hasta 15 diciembre 2008 y muestreo aleatorio (números aleatorios EPIINFO) seleccionando 120 contactos sin cita previa donde analizamos los motivos de consulta (análisis cualitativo).

RESULTADOS

Encontramos una frecuencia de 4,8% de pacientes sin cita en medicina familia y de un 10% en pediatría. Los motivos mas frecuentes de acudir sin cita fueron vías respiratorias altas 22%, osteomuscular 21%, gastrointestinales 15%, infecciones bajas tracto urinario 7%, mareo 5%, ojo rojo 5%, cefalea 3%, odontalgias 3% y heridas 3%.

CONCLUSIONES

Supone en nuestra zona una carga adicional del 5 % y los motivos mas frecuentes suelen ser problemas que se puede abordar en la consulta a demanda de enfermería tras realizar una protocolización de estas patologías. Iniciamos la fase de desarrollar e implementar estos protocolos. Realizaremos nuevo estudio para valorar el efecto del filtro de enfermería utilizando estos protocolos conjuntos sobre la atención al paciente sin cita.

GESTION DE CONSULTAS EN ATENCION PRIMARIA: ¿DÓNDE ESTAMOS?

Gómez Moreno N, García Santafé R. García Beviá S.

OBJETIVO

Analizar las características de las consultas médicas en atención primaria. Emplazamiento: 8 Centros de salud (CS) del Departamento de San Juan de Alicante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis del tipo de consulta y los tiempos de espera y de consulta mediante observador externo en tiempo real. Registro en plantilla validada por estudios previos. Periodo: Año 2008, previo a la implantación del Plan Antiburocrático. Tamaño muestral: para un proporción esperada de 0.08 y precisión 0,02. Se analizan 1216 consultas distribuidas de forma proporcional en los diferentes centros y selección aleatoria de médicos en cada centro.

RESULTADOS

Pacientes: Edad: 56,0 años (54,8-57,1); 60a (47,1%); 38,8% hombres (n=473). Tipo de consulta: Motivo sólo burocrático (B) 38,8%; Clínico+Burocrático (C+B) 24,3%; Sólo clínico (C) 20,2%; Clínico+Burocrático + Resultados (C+B+R) 4,4%; Sólo dar resultados (R) 4,1%; Clínico + Dar resultados (C+R) 3,6%; Burocrático+Resultados (B+R) 3,5%. Los motivos burocráticos aumentan con la edad (44% grupo 70-79 años vs 26,3% en 20-29ª; p=0.001). Sin diferencias por género. Diferencias de consulta sólo burocrática entre los 8 CS de 27,6% a 54,1% (p=0.001). Tiempo de consulta/paciente 6,37 minutos (IC95% 6,03-6,70). Sin diferencias por género ni edad.

CONCLUSIONES

La burocracia en 2008 era el primer motivo de consulta (40%) con diferencias importantes entre centros de salud (27% a 54%). El tiempo medio es inferior al deseable (diez minutos). Son necesarias medidas dirigidas a aumentar el contenido clínico y disminuir el administrativo.

ERRORES MÉDICOS: COMO LOS PERCIBE EL PACIENTE CON FIBROMIALGIA

García Ruiz-Rozas J, Suberviola Collados, V, Alborch Bataller V, Costa Alcaraz A.M., Pujades Aparicio A.

Grupo de trabajo de bioética de la SVMFIC

Palabras clave: errores médicos, fibromialgia

OBJETIVOS

Describir como perciben los errores médicos mediante un cuestionario, los pacientes con fibromialgia que acudieron a la jornada para pacientes del congreso de la SVMFIC del año 2007

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio descriptivo transversal Población de estudio: Pacientes con fibromialgia seguidos en Atención primaria, que acudieron a unas jornadas sobre su enfermedad. Tamaño muestral: 45 Instrumento de medida: Cuestionario semi-estructurado con 4 preguntas abiertas y 3 cerradas.

RESULTADOS

75 pacientes acudieron a la jornada y 45 contestaron el cuestionario, de los cuales el 51.1% opina que los médicos cometen errores "a veces", el 32.14% principalmente por falta de preparación y el 17.86% por falta de tiempo. El 86.66% desearían ser informados siempre del error cometido. Su reacción ante el error: el 24.49% "dependería de la gravedad" y lo "aceptaría". Tan solo un 4.44% reaccionaría con enfado. Sobre el 64.44% de los encuestados se había cometido algún error médico y de ellos el 35,49% principalmente en el diagnóstico.

CONCLUSIONES

El número de respuestas fue elevado. Un poco más de la mitad de los pacientes había sufrido algún error médico des-

tacándose en el diagnóstico. La mitad de los pacientes percibirían que los médicos a veces se equivocan y la mayoría desearía ser informado. Destaca el bajo porcentaje de pacientes que reaccionarían con enfado ante el error médico.

PREVALENCIA DE USO DE FÁRMACOS INAPROPIADOS EN ANCIANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Peiró Martí E, Vilar Palop M, Navarro Vicente M, González Dosset L, Arroyo Jimenez M, López Sepulveda M.A.
Cs PAterna, CS Llíria
Centro de salud de Paterna. Centro de salud de Llíria. Valencia.

Palabras clave: fármacos, inapropiados, ancianos, Beers
OBJETIVO

Determinar y describir la prevalencia del uso de fármacos potencialmente inapropiados en ancianos en la atención primaria del departamento de salud 6 de Valencia, así como la prevalencia de ancianos polimedificados.

MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional y transversal a partir de datos recogidos en Abucasis. Se llevó a cabo en el Centro de Salud de Paterna (Valencia). Se recogieron variables como la edad, el sexo, la presencia de polimedicación y así como cada uno de los fármacos incluidos en la lista de fármacos inapropiados en ancianos independientemente de su patología según los criterios de Beers (actualizados en 2002).

RESULTADOS

Obtuvimos una muestra con 155 pacientes de los cuales el 63'8% fueron mujeres y el 36'1% fueron hombres. La edad media fue de 74'22 años. La prevalencia de pacientes de polimedificados fue del 31'6%. De los pacientes polimedificados el 71'4% eran mujeres y el 28'5% eran hombres. La prevalencia de uso de fármacos no apropiados incluidos en el listado independientemente de patología previa de Beers (2002) fue del 18'1%. Siendo los fármacos más utilizados el Diazepam (25%), la Doxazosina (21'4%), la Fluoxetina (10'7%) y el Cloracepto (10'7%). De los pacientes que recibían algún medicamento incluido en los criterios de Beers el 64'2% eran mujeres y el 35'7% hombres.

CONCLUSIONES

La prescripción ha de ser un proceso dinámico y ajustado a cada paciente, en el caso de los ancianos tenemos herramientas para evitar el uso de fármacos inapropiados que deberíamos de conocer y aplicar.

¿DEBEMOS PREVENIR LA APARICIÓN DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON CORTICOIDES INHALADOS?

Rosell Domínguez M, González Perales J.L.
Centro de salud Algemés-Plaza de la Ribera. Valencia.
Palabras clave: osteoporosis, tratamiento corticoides inhalados

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Los corticoides inhalados (CI) se emplean como tratamiento prolongado en pacientes con enfermedades crónicas muy prevalentes como el asma y la bronquitis crónica. El uso a largo plazo de este fármaco nos plantea la duda respecto a si deberíamos prevenir la posible aparición de una osteoporosis inducida por corticoides.

MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda y lectura crítica de las publicaciones de los últimos 10 años. Fuentes utilizadas: Pubmed y la Cochrane Library Plus. Combinación de términos en texto libre (corticosteroid, inhaled, bone density, fracture, chronic obstructive pulmona-

ry disease, asthma, osteoporosis) con los operadores booleanos AND y OR.

RESULTADOS

De los estudios que se han realizado a más largo plazo, destacamos: EUROSCOP: no se evidenció aumento de riesgo de fracturas ni de cambios en la densidad de masa ósea (DMO). ISOLDE: no se demostró aumento de la tasa de fracturas. Lung Health Study II: no hubo diferencias en el número de fracturas, pérdida de altura ni nuevo diagnóstico de osteoporosis.

CONCLUSIONES

1. No hay evidencia que avale la necesidad de prevenir la osteoporosis en pacientes en tratamiento crónico con CI. 2. Los principales estudios no demuestran mayor incidencia de fractura ni cambios en la DMO en pacientes tratados con CI a largo plazo a las dosis recomendadas. 3. Es necesaria la realización de estudios adicionales a más largo plazo para evaluar los posibles efectos adversos del uso prolongado de CI sobre el metabolismo óseo.

CARACTERÍSTICAS DE LOS INMIGRANTES CON SÍNDROME DE ULISES EN VALENCIA

Quirós Bauset C, Morales Suárez_Varela M, Achotegi Loizte J, Cervera Boada P, Pérez Fuster J.V., Gimeno Clemente N. GdT Atención a la Población Inmigrante de la SVMFYC. Fundación de la Comunidad Valenciana para la Investigación. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia.

Palabras clave: inmigrantes, depresión, ansiedad

INTRODUCCIÓN

Uno de los cuadros psiquiátricos más frecuentes entre los inmigrantes extracomunitarios no regularizados es el llamado Síndrome de Estrés Crónico del Inmigrante o Síndrome de Ulises. Se generalizó a partir del año 2000 cuando las condiciones de los inmigrantes se complicaron y consiste en una gran sintomatología ansioso-depresiva, a caballo entre el estrés agudo y los trastornos adaptativos, que engloba cuatro áreas sintomatológicas: depresiva, ansiosa, somatomorfa y disociativa.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de este Síndrome en los inmigrantes demandantes de asistencia sanitaria y describir sus características sociodemográficas, de trasfondo cultural y familiares.

METODOLOGÍA

Para ello se reclutó a una muestra de los inmigrantes mayores de 14 años que demandaron asistencia sanitaria en el Departamento Sanitario 10 de la Comunidad Valenciana. Se les realizó una entrevista relativa a sus características personales y a la presencia de los síntomas que definen el cuadro. El diagnóstico fue confirmado por un especialista en psiquiatría, en total 111 encuestas.

RESULTADOS

Se obtuvo una prevalencia de Síndrome de Ulises del 17.02% (17.65% en hombres y 15.38% en mujeres). La principal procedencia de todos ellos fue subsahariana en hombres y sudamericana en mujeres. Los inmigrantes con Síndrome de Ulises resultaron ser mayoritariamente casados, recientemente llegados a España en patera y muchos de ellos sin vivienda. Los que no lo presentaban eran principalmente solteros, con larga residencia en España y con vivienda de alquiler.

CONCLUSIONES

Estos resultados nos indican la existencia de tres focos de tensión esenciales para el desarrollo del cuadro: familiares, de posición social y de riesgo para la integridad física.

ENCUESTA SOBRE VACUNACIÓN HPV A ADOLESCENTES EN EL CS CARINYENA (VILA-REAL)

Lacomba Aladren B, Porcar Centelles M, Agut Borrás L, Gras Balaguer S.

Centro de salud Carinyena(Vila-Real). Castellón

Palabras clave: papiloma, vacuna

OBJETIVO

Valorar el conocimiento sobre el virus del papiloma humano y la vacuna frente a éste en la población adolescente del Centro de Salud Carinyena (Vilareal), tras la campaña informativa realizada.

METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta basada en los diferentes ítems recogidos en el tríptico enviado al domicilio de todas las alumnas nacidas en 1994. • Realizamos la vacunación en centros escolares asignados a nuestro centro. • Aprovechando la primera dosis de vacunación se pasó la encuesta a todas las adolescentes que fueron vacunadas. • Los resultados fueron comentados a las alumnas en la segunda dosis, resolviendo las dudas generadas.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos a las preguntas son los siguientes: 1.¿Qué es el papiloma? a) Una bacteria 24%,b) Un virus 67% ,c) Un hongo 2% ,d) Una hormona 6% .2.¿Cómo puedes coger esta enfermedad? a) Beso 4% b) Relación sexual 95% c) Utensilios de aseo personal 0% d) Sentarse en WC 1% 3.¿Cómo se manifiesta (nota) esta enfermedad? a) Picor genital 39% b) Nauseas y vómitos 14% c) No da síntomas 27% d) Episodio febril 12% 4.¿Cómo se puede, a parte de la vacuna, prevenir esta enfermedad? a) Vigilando higiene en inodoros 11% b) Tomando anticonceptivos 8% c) Cuidados de higiene personal 14% d) Usando preservativo 65% 5.¿Para que sirve la vacuna? a) Prevenir cáncer de útero 41% b) Prevenir cáncer de cuello de útero 48% c) Curar cáncer de cuello de útero 8% d) a y c correctas 0% 6.¿Cuántas dosis hay que ponerse? a) Una 6% b) Dos 1% c) Tres 91% d) Cuatro 2% 7. Señala la afirmación correcta a) La vacuna previene todos los cánceres de útero 32% b) La vacuna no es efectiva si ya has tenido relaciones previas 25% c) La vacuna me protege de cualquier enfermedad de transmisión sexual 5% d) A pesar de la vacuna es necesario realizar revisiones ginecológicas 36%

CONCLUSIONES

Pese al esfuerzo de campañas publicitarias realizadas se objetiva una falta de conocimientos en algunos temas (pregunta 1,3, 4 y 7) que se realizan. Valorar charlas específicas a la población diana, folletos de consentimiento con información específica... así como, abordaje del tema en educación sexual impartida en los centros.

IMPORTANCIA DEL CRIBAJE DE LA INFECCIÓN POR VIH (VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA) AL INICIO DE LA GESTACIÓN PARA DISMINUIR LAS TASAS DE TRANSMISIÓN VERTICAL. ESTUDIO EN NUESTRO DEPARTAMENTO DE SALUD.

Ruescas E, Martínez M, Mínguez A, Jover F, Talents A, Cuadrado JM.

H. San Juan. Alicante

Palabras clave: gestación, VIH, transmisión vertical

OBJETIVOS

1) Describir las características de las gestantes infectadas por VIH. 2) Analizar la tasa de transmisión vertical.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes VIH con gestaciones a término desde 2002-2009 pertenecientes a nuestro departamento de salud.

RESULTADOS

Se registraron 20 gestantes VIH+ (23 gestaciones). Edad media: 31 años. Procedencia: Española (60,9%), África (21,7%) y Sudamérica (13%). El diagnóstico de VIH fue entre 1991-2004 (52,2%) y entre 2005-2008 (47,8%). Motivo de solicitud VIH: embarazo (47,8%), prácticas de riesgo (13%). Todas las gestantes previamente VIH negativas fueron detectadas en el primer trimestre. Un 26,1% eran ex ADVP y un 30,4% tenían pareja VIH+. Un 8,7% presentaba estadio de SIDA y el 17,4% coinfección por VHC. El 65,2% de las gestaciones fue entre 2005-2008. El 95,7% recibió TARGA (tratamiento antirretroviral de gran actividad) durante el embarazo. Se produjo parto a término (70,6%) y pretérmino (29,4%), siendo eutócico (70,6%), cesárea programada (23,5%) y aborto (5,9%). Se cumplió el protocolo TARGA intraparto en un 86,7%. Peso medio: 2.736 grs (26,7% bajo peso). La tasa de transmisión vertical en nuestra serie fue del 0%.

CONCLUSIONES

1. En los últimos años ha aumentado el número de embarazos en pacientes VIH. 2. En un elevado porcentaje de mujeres la solicitud del VIH fue el embarazo, de ahí la importancia de screening a todas las gestantes en el primer trimestre. 3. El cribado precoz permitió el inicio del TARGA y que la tasa de transmisión vertical fuera del 0% también en el grupo de reciente diagnóstico.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Premio al mejor proyecto de investigación. 20º Congreso SVMFiC

CARACTERÍSTIQUES FAMILIARS, ESTRESSORS, RECOLZAMENT SOCIAL I FUNCIO FAMILIAR DE LAS IMMIGRANTS MAGREBIANES GESTANTS EN ATENCION PRIMARIA

Morera Llorca M, Folch Marín B, Rosell Domínguez M, Giner Esparza M.A.

Centre de salut Algemesí. València.

Palabras clave: inmigrantes, gestación, familia

OBJECTIU

Descriure tipologia familiar, recolzament social, estressors i funció familiar en pacients gestants d'origen magrebià, captades a la consulta maternal d'una ZBS durant un any.

JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI

L'atenció a la família preten: a) estudiar amb rigor com influeixen els factors familiars en la gènesi, manteniment i resolució dels problemes de salut dels seus membres, a fi d'extraure conclusions aplicables a la pràctica clínica, i b) recíprocament, comprendre la influència de la malaltia sobre la dinàmica familiar. Segons un ampli consens, la família és considerada com la cèl.lula social bàsica, i la seua dinàmica està fortament condicionada per la cultura en què s'inserix, éssent la dels immigrants procedents del Magreb mal coneguda al nostre entorn. Les transicions entre etapes del cicle vital familiar son períodes d'especial vulnerabilitat per a la malaltia, especialment per als problemes de salut mental, puix l'adaptació als canvis pot veure's dificultada per diferents circumstàncies. Per altra banda, al món àrab, les dones exercixen el seu paper en condicions més desfavorables a les d'occident, fet accentuat per l'emigració. Concretament, sospitem que les immigrants magrebianes viuen amb particular dificultat la gestació, és a dir, la transició entre les fases de formació i expansió de la família. Però és un fenomen poc

estudiat, motiu pel qual ens proposem aprofundir en ell.
DISSENY

Estudi descriptiu transversal. Àmbit: Atenció Primària. Sub-jectes d'estudi: gestants immigrants magrebians. Criteris d'inclusió: gestants magrebians captades a la consulta maternal que accepten respondre a l'enquesta. Mostreig: consecutiu, del total de pacients ateses a la consulta maternal en un any. Determinacions: variables sociodemogràfiques, edat, tipologia familiar, nombre de fills, nombre de convivents no familiars, esdeveniments vitals estressants, recolzament social i funció familiar, temps de residència a Espanya. Instruments: enquesta sociodemogràfica, genograma, escala de reajust social (SRRS), recolzament social (Duke) i funció familiar (APGAR familiar).

PLÀ D'ANÀLISI

Variables qualitatives expresades com percentatges; variables quantitatives, mitja i desviació estandar; relació entre variables qualitatives de més de dues categories amb una variable quantitativa, anàlisi de la varianza; entre qualitatives de dues categories i quantitativa, t de Student; entre quantitatives, correlació lineal i regressió.

DIFICULTATS

A) Barrera idiomàtica entre investigadors i dones estudiades. B) Falta de validació dels qüestionaris per a l'entorn estudiat. No obstant, comptem amb una mediadora cultural nativa experimentada, que permetrà vorejar problemes semàntics.

LIMITACIONS

Desconeixement de la situació de partida; incertitud sobre l'aplicabilitat dels instruments de mesura. L'estudi preten ser una primera aproximació descriptiva. El tamany mostral no permetrà extrapolar conclusions a l'univers d'estudi, però pot aportar informació útil per al disseny de posteriors estudis.

DEMANDA ASISTENCIAL MÉS FRECUENTE DE PACIENTES INMIGRANTES EN EL ÀREA DE SALUD Nº 7 DE VALENCIA

Martínez Morcillo E, Serrato Villalba A, Paya Serra A, Sebastià Alcacer M.D., Pascual López L.

Centro de salud de Manises y centro de salud Salvador Allende. Valencia

OBJETIVO

Objetivos generales: Describir las características sociodemográficas de la población inmigrante del área de salud nº 7 de la comunidad valenciana, así como la frecuencia de uso de los recursos sanitarios y la causa más frecuente de demanda asistencial de dichos pacientes.

Objetivos específicos: Describir las características sociodemográficas de la población inmigrante mayor de 14 años, regularizada o no, que vive en el área de salud nº 7 de la Comunidad Valenciana en 2008. Describir la frecuencia de uso de servicios sanitarios de la población inmigrante mayor de 14 años, regularizada o no, que vive en el área de salud nº 7 de la Comunidad Valenciana en 2008. Describir el motivo de consulta más frecuente por el que acude la población inmigrante mayor de 14 años, regularizada o no, que vive en el área de salud nº 7 de la Comunidad Valenciana en 2008.

TIPO DE ESTUDIO

Transversal

SUJETOS

Población inmigrante mayor de 14 años regularizada o no que reside en el área de salud a estudio y que haga uso de los servicios sanitarios disponibles en la Atención Primaria durante el período de estudio.

CRITERIOS DE INCLUSION

Inmigrantes que acudan a consulta de atención primaria, mayores de 14 años.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Negativa de los pacientes a formar parte del estudio Idiomas de los pacientes distintos a los dominados por los intérpretes
TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestreo consecutivo hasta 1200 pacientes.

MEDICIONES E INTERVENCIONES PRINCIPALES

Encuestas dirigidas Uso de intérpretes

PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

Análisis descriptivo Cualitativas en porcentajes. Cuantitativas: se obtendrán las medias y desviaciones estándar. Análisis bivariantes: Variables cualitativas dicotómicas y cuantitativas normales: T de student. Variables cualitativas nominales entre sí: X2. Variables ordinales y cuantitativas: T de student o análisis de la varianza para más de dos categorías
LIMITACIONES DEL ESTUDIO

-Falta de recogida de datos, puesto que en ocasiones los registros de pacientes se realizan a mano por problemas técnicos de los programas informáticos. -Falta de recogida de datos por fallo del profesional que dirige la encuesta. -Falta de recogida de datos por limitaciones de idioma de los pacientes. -Gran cantidad de información, entre la que habré que elegir para realizar el estudio. -Error o pérdida de información obtenida de los pacientes. -Error en diagnósticos. -Registros de abucasis incompatibles con motivo de consulta o diagnóstico de los pacientes.

SOLUCIONES A LAS LIMITACIONES

-Falta de recogida de datos: procederemos a revisar la historia clínica del paciente y si fuese necesario citaríamos al paciente a una nueva consulta para revisión de los datos. -Limitaciones de idioma: procederemos a la búsqueda de intérpretes para mejorar la comunicación. -Registros de abucasis incompatibles con diagnósticos realizados: usaremos el codificado más similar de forma genérica.

APLICABILIDAD CLINICA

Conocer las características demográficas, la frecuencia y motivo de consulta y las patologías más frecuentes en pacientes inmigrantes para adaptar las consultas y los tratamientos necesarios para este tipo de pacientes.

ESTUDIO DE ARTERIOPATIA PERIFÉRICA EN HIPERTENSOS EN ATENCION PRIMARIA

Ajenjo Navarro A, Pedregosa Palop F, García Bosch A, Crespo Moya A, Taverner Aparicio A, Sendra Mascarell O.
Centro de salud de Paterna. Valencia

Palabras clave: arteriopatía periférica, hipertensión arterial, riesgo cardiovascular

OBJETIVO

a) Determinar la prevalencia de arteriopatía periférica (APP) en la población hipertensa de un centro de salud mediante el cálculo de índice tobillo-brazo determinado mediante doppler. b) Calcular el riesgo cardiovascular con Regicor y Score en la población de estudio.

c) Calcular la frecuencia de otros factores de riesgo y su coincidencia con la afectación arterial en la población a estudio.

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal

SUJETOS

Pacientes hipertensos registrados en el fichero de hipertensos del centro de salud entre el año 2006 y el 2009.

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes de 15 o más años de edad con hipertensión arterial (HTA)

CRITERIOS DE EXCLUSION

Amputación de algún miembro inferior; portador de prótesis de rodilla; vasculopatía venosa aguda (tromboflebitis) o crónica avanzada que dificulta la realización de la técnica (doppler); incapacidad para desplazarse al centro; falta de

colaboración (demencia, etc); enfermedad terminal.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para una proporción esperada del 30% un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 5% para un total de diabéticos del centro de 3.107, la muestra necesaria es de 300 hipertensos.

TIPO DE MUESTREO

Aleatorio sistemático, del listado de pacientes con diagnóstico de HTA se elige el primero de forma aleatoria y luego uno de cada diez.

MEDICIONES E INTERVENCIONES PRINCIPALES

Edad; sexo; tabaquismo; diabetes mellitus; hipercolesterolemia; toma de hipotensores: IECA/ARA2, antagonistas de calcio, B-Bloq, a-Bloq, diuréticos; antiagregantes/ anticoagulantes; hipolipemiantes; hipoglucemiantes; vasculopatía arterial: Determinación del índice tobillo/brazo (ITB) considerándose: a) bajo cuando su cifra < 0,9; b) elevado (> 1,4); y c) normal : 0,9 – 1,4; tensión arterial sistólica y diastólica; colesterol total y HDL; peso; talla; IMC; perímetro abdominal ; medición del riesgo cardiovascular SCORE y REGICOR 9.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de las variables cualitativas se expresarán en porcentajes y las cuantitativas en medias con su desviación estándar. La prevalencia de APP se describe en porcentaje con su intervalo de confianza. La relación entre la APP y los diferentes factores de riesgo determinados se efectuara mediante el método de Chi cuadrado en las variables cualitativas y mediante la T-Student en las cualitativas.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una es el posible desfase de los datos del fichero de hipertensos. Otra es la posibilidad de infra o supradiagnosticar la APP, ya que el instrumento de medición utilizado , el doppler arterial simple, tiene cierto margen de error ,que se podría haber reducido caso de poder disponer de un doppler con esfigmomanómetro incorporado o de un doppler bidireccional que realiza dos determinaciones consecutivas .

APLICABILIDAD PRÁCTICA

Nos planteamos detectar la prevalencia de la arteriopatía periférica en población hipertensa y relacionarla con el riesgo cardiovascular, con la finalidad de determinar la utilidad de incluir el ITB como exploración rutinaria en la HTA y así detectar precozmente la presencia de una complicación cardiovascular, como lo es la APP, pasando a ser clasificados como enfermos de alto riesgo.

CONTROL DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN UN CENTRO DE SALUD PRIMARIA (C.S.P.) USANDO LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (M.A.P.A.)

Proteanu D.F., Colombo Gainza E, Medio Cornejo E, Antón F, Gil F.

Centro de salud Virgen de la Fuensanta. Valencia.

Palabras clave: hipertensión, mapa

OBJETIVO

Determinar el grado de control de la tensión arterial por medio de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en pacientes hipertensos con mal control en un Centro de Salud (CS).

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal

SUJETOS

Pacientes hipertensos con mal control a pesar de tratamiento estable en los últimos tres meses.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes del CS con las siguientes indicaciones de MAPA: sospecha hipertensión de bata blanca, hipertensión arterial

resistente al tratamiento instaurado estable en los últimos tres meses. Edad: mayores de 30 años

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Trabajadores de noche; Hipertensión secundaria; Dependencia a tóxicos; Incapacidad para cumplir el protocolo; Pacientes terminales.

Criterios de validez de una MAPA: el registro de una MAPA es válido cuando obtengamos una medida válida en una hora y un porcentaje superior de medidas válidas superiores al 65%.

TIPO DE MUESTREO

consecutivo.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Con una proporción esperada de hipertensos del 35%, un Intervalo de confianza: 95% y una precisión del 0,05. N= 339

MEDICIONES E INTERVENCIONES PRINCIPALES

Cualitativas: Sexo, motivo (Episódica, resistente al tratamiento, hipotensión, Bata blanca), Índice masa corporal (normal, sobrepeso; obesidad leve, moderada y mórbida), Dippers, Diabetes mellitus, Control HTA Según la Sociedad Europea de la HTA y Cardiología 2007, (óptimo, normal, normal alta, HTA) Cuantitativas: Número de Fármacos, Presión de pulso (PP); Tensiones Medias: tomas en los tres meses previos y tomas del día de la MAPA. Tensiones: primera y última toma de la MAPA, globales, diurnas y nocturnas (sistólicas y diastólicas).

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Descriptivo: Las variables cualitativas se describen en porcentajes y las cuantitativas en medias y desviación estándar. Bivariante: La relación de dos variables cuantitativas se aplicara la correlación. La relación una variable cualitativa dicotómica con una cuantitativa la t- student; y dos variables cualitativas o más la chi cuadrado

APLICABILIDAD PRÁCTICA

La hipertensión arterial determinada por la MAPA predice mejor la morbimortalidad cardiovascular y ayuda a tomar decisiones mejorando la calidad de atención al paciente hipertenso.

ESTUDIO DE RETINOPATÍA DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

Arias Cortés A, Moreno Jiménez M.M., Navarro Vicente M, Peiró E, Rus A.

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Palabras clave: retinopatía, diabetes mellitus, hipertensión, dislipemia

OBJETIVO

Determinar la frecuencia de retinopatía en pacientes diabéticos mediante el retinógrafo utilizado en consulta de atención primaria y su relación con factores de riesgo cardiovascular.

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal.

SUJETOS

Pacientes diabéticos de un centro de salud

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Diabéticos, sin diagnóstico previo de retinopatía.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Diabéticos con retinopatía ya establecida o que presentan alguna patología oftalmológica que dificulte la precisión del diagnóstico de retinopatía.

TAMAÑO MUESTRAL y TIPO DE MUESTREO

Proporción esperada: 45%; Precisión 0.05; Intervalo de confianza 95%; n= 380. Muestreo consecutivo. 9. VARIABLES:

Edad, sexo, tiempo de evolución, HTA, Dislipemia.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis descriptivo: se determina la variable cualitativa en % y la variable cuantitativa en medias y desviación estándar.

Análisis bivariable: para relacionar variables cualitativas entre sí se utilizará Chi-cuadrado; para relacionar variables cualitativas con cuantitativas se utilizará T-Student.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

No aparecerán los pacientes vistos por Oftalmología. Existe una dependencia de los datos de la historia clínica recogidos a través de Abucasis.

APLICABILIDAD PRÁCTICA

Promover la utilización del retinógrafo en Atención Primaria y realizar un screening de retinopatía diabética sin masificar la consulta de oftalmología.

USO CRÓNICO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y DÉFICIT DE VITAMINA B12

Blanquer Gregori JJ.

Centro de salud San Blas. Alicante

Palabras clave: inhibidores de la bomba de protones. déficit vitamínico. atención primaria

OBJETIVO

Evaluar la magnitud de la asociación entre la el uso crónico de Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) y el déficit de Vitamina B12

TIPO DE ESTUDIO

Estudio de casos y controles no emparejados (1:3)

SUJETOS

Pacientes del centro de salud mayores de 60 años con uso crónico de inhibidores de la bomba de protones o sin ella.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Grupo Casos: Pacientes con edad igual o superior a 60 años con uso continuado superior a 12 meses con inhibidores de la bomba de protones según registro de prescripciones en la Historia de Salud (HS) Abucasis II. Grupo Control: Pacientes con edad igual o superior a 60 años que no han utilizado inhibidores de la bomba de protones en los últimos 12 meses, y/o su uso ha sido por un periodos inferiores a un mes y con tres meses libres de indicación antes de la fecha de inicio del estudio, según registro de prescripciones en la Historia de Salud (HS) Abucasis II.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

a) pacientes con déficit conocido y registrado en la HC de vitamina B12; b) pacientes con patología relacionada con un posible déficit de vitamina B12 (gastrectomía, anemia megaloblástica, dietas insuficientes documentadas, enfermedades intestinales asociadas a malabsorción de cobalamina, alteraciones enzimáticas de su metabolismo o infección por Helicobacter Pilory); c) pacientes que no se realicen la segunda analítica de control para confirmación diagnóstica del déficit de Vitamina B12. Tipo de muestreo y tamaño muestral: Muestreo no probabilístico consecutivo.

MEDICIONES E INTERVENCIONES PRINCIPALES

Déficit de vitamina B12 documentado por dos tomas analíticas separadas como mínimo de un mes Plan de análisis estadístico: Análisis de casos y controles mediante la odds ratio (OR) y el test de la 2. Las variables cuantitativas se analizaron con el test de la t de Student.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Derivados de la comparabilidad de los grupos control y caso, y existencia de factores de confusión no controlados en la selección.

APLICABILIDAD PRÁCTICA

Las pruebas del uso inapropiado de estos fármacos en atención primaria y secundaria son abundantes, con estudios en los que se observa entre un 33% a un 67% de pacientes que no cumplen los criterios de indicación para este grupo terapéutico, si a esto le añadimos un aumento de la prevalencia de déficit de vitamina B12, junto con otros riesgos ya documentados (prevalencia neumonías, enteritis por Campylobac-

ter, infección por Clostridium Difficile, nefritis intestinal y osteoporosis). El problema real es el efecto adverso de la prescripción excesiva de estos fármacos.

MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO: ADHESIÓN A LAS GUÍAS DE CONSENSO

Blanquer Gregori JJ.

Centro de salud San Blas. Alicante

Palabras clave: osteoporosis. atención primaria. tratamiento

OBJETIVO

1. Evaluar el seguimiento de las recomendaciones de las guías de manejo de la osteoporosis semFyC 2008, analizando las exploraciones realizadas y tratamientos pautados a los pacientes con diagnóstico de osteoporosis en un centro de salud urbano, en función de la clínica, factores de riesgo de fractura y de caídas. 2. Conocer cómo se ha realizado el diagnóstico y tratamiento de la Osteoporosis.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal descriptivo de carácter retrospectivo.

SUJETOS

Todos los pacientes con diagnóstico de osteoporosis en una consulta de medicina familiar.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con diagnóstico de osteoporosis registrado en la Historia de Salud de Atención Primaria (HS) Abucasis, previo abril 2009.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

a) las historias que tengan una mala codificación del diagnóstico y en las que, a pesar de estar codificado como osteoporosis, no se tratara de esta enfermedad; b) los pacientes en los que el seguimiento de la enfermedad no se realizara en el centro o bien que el curso clínico fuera sólo el seguimiento por el especialista; c) aquellas en las que en el curso clínico sólo hubiera una prescripción sin valoración ni seguimiento de la enfermedad por atención primaria.

TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO MUESTRAL

De todos los pacientes asignados al Centro de Salud, se han seleccionado aquellos con diagnóstico de Osteoporosis (CIE-9). Obteniendo un total de 71 HS que cumplen este requisito. De éstas se han excluido: 2. El número final de HS es de 69. La recogida de datos se ha establecido mediante auditoría externa de la HS y entrevista con el paciente según protocolo de evaluación establecido.

MEDICIONES E INTERVENCIONES PRINCIPALES

Datos de filiación de los pacientes, características clínicas de la Osteoporosis (antecedentes fracturas; valoración clínica y factores de riesgo para osteoporosis, fractura y caídas), datos semiológicos, solicitud de pruebas complementarias, tratamientos prescritos, seguimiento desde atención primaria y derivación a especialistas.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se introducirán en una base de datos ACCESS y para el análisis estadístico se utilizará el programa SPSS versión 12.0, utilizando la prueba de la χ^2 para la comparación de proporciones y el test de la t de Student o la U de Mann-Whitney cuando se traten de variables cuantitativas, con dos categorías y dependiendo de que sigan una distribución normal o no.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los derivados del sesgo de información y de memoria por deficiencias en el registro de la HC

APLICABILIDAD PRÁCTICA

La osteoporosis es una patología crónica muy prevalente y costosa que afecta a más del 25 % de mujeres y al 12 % de hombres mayores de 50 años, por lo que su abordaje adecuado siguiendo las recomendaciones de práctica clínica junto con la valoración del riesgo de caída puede ser una medida sanitaria coste efectiva.

¿EN QUÉ SITUACIÓN SE ENCUENTRAN LOS PACIENTES QUE DIAGNOSTICAMOS DE VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Gaubert M, Palazón I, Ivars M, Montserrat P, Jover F, Cuadrado JM, Buñuel F, Ortiz de la Tabla V.

Unidad Enfermedades Infecciosas. Sección de Microbiología.

Hospital Clínico Universitario San Juan. Alicante

Palabras clave: VIH, Atención Primaria

OBJETIVO

Determinar las características de los pacientes VIH detectados en Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional analítico basado en los datos de historias clínicas de pacientes diagnosticados de VIH en el período comprendido entre Enero 2006 y Diciembre 2008, excluyendo los casos de primoinfección.

RESULTADOS

Se revisaron 50 historias clínicas de las cuales 9 pertenecían a pacientes que fueron diagnosticados en su Centro de Salud. Tenían 37,2 años de edad media y realizaron una media de 7 visitas a su Centro el año previo al diagnóstico. A todos se les realizaron analíticas previamente (media de 2,5) y todas presentaban alteraciones significativas (anemia, eosinofilia, hipoproteinemia, disminución HDLc). Las cifras de CD4 son de 518,2/ml frente a los 335,2/ml de los pacientes diagnosticados en otros niveles asistenciales, aunque sin diferencia significativa. El estadio SIDA era fundamentalmente dentro de las categorías VIH/SIDA A1 y B1, aunque el 30% de pacientes que tenían cifras de CD4 por debajo de 200. Su mortalidad que significativamente menor que el resto de pacientes ($p < 0.05$)

ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN EN AREA RURAL Y URBANA.

Mifsud Grau L, González Aguirre JG, Llopis Cerezo J, Martín Briz A.

Centro de salud Sagunt. Valencia.

Palabras Clave: nutrition, elderly, non-resident

OBJETIVO

Evaluar la situación nutricional, mediante el Mini Nutricional Assesment (MNA) de la población mayor de 65 años de un área que agrupa tanto un pequeño sector de predominio rural así como un medio netamente urbano durante el año 2008. Determinar la prevalencia, tipo y grado de malnutrición de esta población. Valorar la correlación del MNA con parámetros nutricionales bioquímicos y antropométricos.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un Estudio Descriptivo de Prevalencia, de corte Transversal.

SUJETOS Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

La Población Diana sería todas las personas de 65 años o más, residentes en las poblaciones donde se desarrolla nuestra labor profesional, siendo las una de predominio rural y la otra urbano. Siendo estos los criterios de selección.

TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para una proporción esperada del 5%, una confianza del 95% y una precisión del 0,05 El número de sujetos será de 73 usuarios de cada población. Serán elegidos mediante Muestreo Aleatorio sistemático, según mes de nacimiento.

MEDICIONES E INTERVENCIONES PRINCIPALES

No se realizaran intervenciones. Se medirá: Edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, lugar de residencia, nivel estudios, grado de autonomía, dentición, talla, peso, circunferencia abdominal y cadera, pliegue tricípital, imc, hemoglobina leucocitos, colesterol, albúmina, proteínas totales, transferrina, Mini Nutricional Assesment (MNA).

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizaron distribuciones de frecuencia de cada una de las variables cualitativas y las medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. Para la búsqueda de asociación entre los diversos parámetros y los resultados del MNA se utilizó el coeficiente de Spearman. Se consideraron significativos estadísticamente valores de $p < 0.05$

CASOS CLÍNICOS

Premio al mejor caso clínico. 20º Congreso SVMFiC

¿QUÉ SE ESCONDE DETRÁS DE UN DOLOR ÓSEO?

Fillard Moliner S, Mahiques Vidal I, Mora Moya M, Taberner López E, Fillard Moliner S, Pastor Guzmán A.

H. Arnau de Vilanova. Valencia.

Palabras clave: dolor.fractura.mieloma

INTRODUCCIÓN

Mujer de 56 años con antecedentes personales de artritis reumatoide y síndrome depresivo, en tratamiento con metotrexate, alendronato/vitD, calcio, prisdal, alprazolam e ibuprofeno, que consulta por dolor óseo de tres meses de evolución acompañado de pérdida de peso y prurito. Destacar la importancia de la exploración física y con dos pruebas complementarias accesibles en primaria se puede orientar el diagnóstico. Recordar que no todos los dolores óseos son artritis.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Llama la atención la palidez mucocutánea, la subictericia conjuntival, la hepatomegalia, el dolor y la deformidad en hemitórax izquierdo (posible tumoración) y los dedos en cuello de cisne.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Metástasis óseas, TBC y amiloidosis.

EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA

Rx tórax: fractura en el séptimo arco costal izquierdo y fisura en el octavo. Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia, riñones compatibles con nefropatía médica. Analítica: anemia normocítica y normocrómica, insuficiencia renal, hipercalcemia. Proteinograma: cadenas ligeras Kappa. Proteinuria de Bence-Jones en orina. Aspirado de médula ósea: infiltración tumoral de células plasmáticas atípicas.

DIAGNÓSTICO FINAL

Mieloma múltiple tipo Bence-Jones

TRATAMIENTO

Tratamiento sintomático: retirar metotrexate y AINEs, rehidratar, transfundir concentrados de hematies, administrar zometaxiv y dializar. Tratamiento específico: esquema VAD (vincristina, adriamicina y dexametasona).

ILEO POST- CONTUSIÓN ABDOMINAL

Mifsud Grau L, De Mingo Alemany C, Martín Briz A, Sanz

Martínez O, Noceda Bermejo JJ, Catalá Meri M.

Centro de salud Sagunt. Valencia

Palabras clave: abdominal injury. paralytic ileus. acute abdomen

OBJETIVO

Describir un caso real de íleo postraumático, con objeto de valorar su planteamiento dentro del diagnóstico diferencial del dolor abdominal tras un traumatismo. Refrescar el dia-

gnóstico diferencial ante un traumatismo abdominal.

DESCRIPCIÓN

Paciente de 41 años, sin antecedentes personales de interés, que acude al servicio de urgencias hospitalarias por cuadro de dolor abdominal difuso, constante y progresivo con exacerbaciones, tras traumatismo casual al caerle encima persona de 30 kilogramos. El paciente se encuentra estable hemodinámicamente pero inquieto en la consulta llevándose la mano a mesogastrio de forma continua. La exploración abdominal muestra un abdomen blando y depresible, con ruidos hidroaéreos conservados, y doloroso a la palpación difusa profunda. Dentro de las pruebas complementarias solicitadas destacan la radiografía de abdomen, que en bipedestación muestra la presencia de niveles hidroaéreos, y la ecografía abdominal, con dilatación de asa de intestino delgado con líquido en su interior e hiperperistaltismo moderado hasta porción terminal, sugestivo de cuadro suboclusivo de intestino delgado. Tras tratamiento instaurado el paciente a las 2 horas queda asintomático, objetivándose mejora radiográfica por lo que se decide alta hospitalaria con el diagnóstico de íleo tras contusión abdominal.

CONCLUSIONES

El dolor abdominal supone el 10-15% de las consultas urgentes. En muchas ocasiones la etiología es banal. Ante un traumatismo abdominal el diagnóstico diferencial debe comprender la rotura de bazo, la perforación de víscera hueca y el hematoma intraparenquimatoso. En 1-10% de los casos se presenta un íleo, no siempre de relevancia clínica.

"ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JACOB": A PROPÓSITO DE UN CASO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Mulet Pons MJ, Bucalet G, Estruch Vidal MC, Cabrera Santacreu A, Perelló Roig A, Martínez C.

Cento de salud de Jávea. Alicante

Palabras clave: demencia, información, impacto vital

INTRODUCCIÓN

El médico de Atención Primaria dispone de pocos minutos por paciente para solucionar los problemas. La demencia es una de las consultas que precisa tiempo para un buen enfoque del problema.

CASO CLÍNICO

Mujer de 68 años, que acude con los familiares por cuadro de 5-6 meses de evolución de olvidos frecuentes de cosas importantes, deterioro de habilidades y empobrecimiento del lenguaje. Antecedentes personales :hipertensión arterial (tratamiento:torasemida y doxazosina). Viuda. Vive sola. Sale poco de casa, por miedo a no saber volver, no tiene hambre y ha perdido 20 kilos en los últimos 2 meses (refieren los hijos), no astenia pero sí estreñimiento crónico. No signos de depresión mayor. Dejó de comer, no recordaba si lo había hecho, y de ocuparse de las tareas de la casa. Desde hace un mes empeoramiento en la realización de actividades básicas de la vida diaria y alteración severa de la memoria reciente, no recordando hechos importantes como la próxima boda de un familiar. Exploración física y neurológica: normal. Exploración complementarias: Minimental test: apraxia visuoespacial. Compresión escrita 1/1. Analítica: hemograma. Bioquímica, CEA. Ca 19.9 alfafoproteína normal, VSG, fólculo, TSH: normal. Proteinograma: patrón de inflamación aguda inespecífico. Antitiroideos negativos, FR negativo. Serología de Lues, HIV, brucela negativo. Punción lumbar: normal Eco abdominal normal. TAC craneal normal. RM cerebral: signos de atrofia cortico-subcortical difusa con atrofia subcortical predominante. EEG: trazado anormal. Actividad de fondo lentificada global, con ondas theta y delta en todas las áreas. La lentificación es más acusada en áreas anteriores y hemisferio izquierdo, adquiriendo en ocasiones

características de ondas trifásicas. TAC torazo-abdomino-pelvíco: utero miomatoso. Colonoscopia: normal. Anticuerpos onconeuronales: negativos. Proteína 14.3.3: positiva

CONCLUSIONES

Es necesario estar informados de la enfermedad de C.J y sus peculiares manifestaciones para poder reconocer o sospechar un posible caso y derivarlo rápidamente a neurología, para un diagnóstico de confirmación y un buen abordaje terapéutico familiar.

HEPATITIS C. GLOMERULONEFRITIS. HIPERTENSIÓN ARTERIAL MALIGNA SECUNDARIA. EDEMA AGUDO DE PULMÓN.

Puga Rodriguez C, Vaquerizo Aragón E, Torres Miravet R, Piquer Franch I, Agut Borrás L, Lacomba Aladren B.

H. La Plana. Castellón

Palabras clave: hipertransaminemia, hepatitis c, glomerulonefritis

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Paciente de 42 años remitida desde la mutua por ligera elevación de la GPT (73). Se asocia a epigastralgia con consumo de alcohol. Fumadora de 2 cigarrillos diarios desde 2005. No otros datos de interés. Pasados 6 meses acude a consulta por persistencia de epigastralgia a lo que se suma presencia de lesiones petequiales que no desaparecen a la vitropresión.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Abdomen blando y depresible. Lesiones petequiales que no desaparecen a la vitropresión. Sin otros hallazgos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

(hipertransaminemia): hipertransaminemia asintomática, hepatitis, coledocolitiasis, tumores de la región hepato-bilio-pancreática, toxicidad (farmacológica...).

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS

Se confirma la serología VHC (genotipo 3, Carga viral VHC 662000 UI/ml). VHB, VIH negativos. Quick 69%. Factor reumatoide positivo e hipocomplementemia. Hemoglobina 8,8 g/dl, Hto 26%, leucocitos 27300. Creatinina 2,4 mg/dl. Urea 142 mg/dl. TAC: líquido libre intraperitoneal difuso. Biopsia hepática: Hepatitis crónica compatible con virus C. Biopsia cutánea: Vasculitis leucocitosclástica. Interconsulta Oftalmología: Retinopatía esclerohipertensiva grado II/IV.

DIAGNÓSTICO FINAL Y TRATAMIENTO

Estando en espera de determinación de anemia, carga viral, serotipo y ecografía hepática evoluciona hacia una hipertensión arterial maligna secundaria a glomerulonefritis membranoproliferativa tipo I secundaria a VHC, síndrome nefrótico-nefrítico y edema agudo de pulmón. La paciente precisa diálisis a través de catéter temporal en vena yugular derecha y tratamiento con coirtoicoides, diurético, cuatro concentrados de hematíes, darbepoetina, Interferón y Ribavirina. Actualmente presenta carga viral negativa, persistiendo la hipertensión portal en tratamiento con interferón pegilado y Rebetol. La importancia de realizar un diagnóstico diferencial para considerar la posibilidad de hepatopatía vírica en pacientes con hipertransaminemia. Para ello, es fundamental la realización de serología vírica y ecografía hepática.

AFECCION PULMONAR DE MYCOBACTERIUM AVIUM EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Sánchez López P, González García L, García González P, Guijarro Sánchez MJ, Máñez Andrés A, Navas Cutanda J.

CAP Barrio de la Luz. Valencia.

Palabras clave: mycobacterium avium, hemoptisis

ÁMBITO

Atención primaria

Presentación

Mujer de 68 años que presenta clínica de tos y expectoración sanguinolenta. Ante cuadros similares previos por bronquiectasias conocidas se inicia tratamiento con antitusígeno. Se produce empeoramiento por el que vuelve a consultar. Se solicita rx tórax donde se visualizan imágenes de bronquiectasias ya conocidas. Se pauta azitromicina. A los dos días presenta cuadro de hemoptisis (75 ml). Acude a urgencias donde se ingresa para estudio. No asociaba disnea, ni fiebre ni dolor torácico. Al ingreso se encuentra estable hemodinámicamente, Sp 94%, apirética, eupneica con auscultación normal. Rx tórax sin cambios. Analítica normal. TAC tórax con bronquiectasias en lóbulos superiores, medios y región superior de lóbulos inferiores con infiltrados micronodulares y alveolares difusos. Fibrobroncoscopia: friabilidad mucosa bronquial con edema. BAAR negativo y GRAM con coco + en cadena.

DESARROLLO

Ante diagnóstico diferencial con otros cocos +, mycobacterias, bacterias atípicas, hongos,... se solicita cultivo. Al alta se pauta amoxicilina-clavulánico 875/125 mg. El resultado definitivo del cultivo informa de crecimiento de BAAR + y evidencia existencia de mycobacterium avium resistente a quinolonas.

CONCLUSIONES

El mycobacterium avium tiene una presentación principalmente pulmonar en pacientes adultos inmunocompetentes. En mujeres suele existir una inhibición voluntaria de la tos previa, delgadez y edad mayor de 50 años. En el varón consumo previo de alcohol. Produce afección de lóbulos superiores y medios con bronquios alterados anatómicamente que dificultan la expectoración. No tiene porqué haber enfermedad pulmonar previa pero sí suele haberla junto con imágenes previas de bronquiectasias y de infiltrados en campos superiores-medios. El diagnóstico e inicio del tratamiento lo marca el empeoramiento clínico y radiológico, lo cual es muy inespecífico y suele retrasar el diagnóstico hasta el resultado del cultivo. El tratamiento de elección durante un año es macrólidos+rifamicina+etambutol. Como alternativa fluorquinolona. El pronóstico lo marca la evolución de la enfermedad de base.

TOS PERSISTENTE EN JOVEN INMIGRANTE

Taberner López E, Fillard Moliner S, Mahiques Vidal I, Mora Moya M.

Palabras clave: dolor pleurítico, tuberculosis, hidroneumotorax

DESCRIPCIÓN

Paciente de 23 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, fumador de un paquete cigarrillos/día. Trabaja en la construcción. Procede de África, reside en nuestro país desde hace un año. Acude a consulta por dolor en hemitórax derecho de características pleuríticas, de un mes de evolución, con tos sin expectoración, no fiebre, no síndrome constitucional. Visto en otras ocasiones diagnosticándose como IVRS, acude de nuevo al no mejorar la sintomatología.

EXPLORACIÓN

A la exploración física presenta buen estado general, saturación O₂ 98%, temperatura 36,6º, TA 130/82mmHg. Auscultación pulmonar: hipoventilación hemitórax derecho con crepitantes en la base. Resto de exploración por aparatos y sistemas normal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Tras plantear diagnóstico diferencial entre neumotórax, TBC, neumonía atípica y síndrome pseudogripal solicitamos Rx

torax urgente :se observan dos cavidades de paredes gruesas en lóbulo inferior derecho. Se deriva a hospital para completar estudio con exploraciones complementarias destacando el hemograma con leucocitosis y neutrofilia y cultivo de esputo ,tinción auramina con abundantes BAAR (M tuberculosis Complex).

EVOLUCIÓN

Tras inicio de tratamiento presenta fiebre e intolerancia a ATB administrados comprobándose hidroneumotorax derecho en TAC por lo que se coloca tubo endopleural con administración de fibrinólíticos. Tras evolución favorable se procede al alta hospitalaria con tratamiento: Rimstar y medidas de aislamiento respiratorio.

APLICACIÓN PRÁCTICA

La justificación de este caso es recordar que la asistencia en atención primaria constituye el primer nivel con el que entran en contacto los pacientes tuberculosos. Debemos prestar una atención especial a los síntomas y signos sospechosos, que en ocasiones pueden hacer dudar con otras patologías, así como ser responsables del cumplimiento terapéutico, mediante controles, de acuerdo con los criterios del Programa de Tuberculosis de cada Comunidad ya que el tratamiento está asociado a un elevado grado de incumplimiento, debido a que precisa varios fármacos, durante un período prolongado de tiempo.

MUJER DE 88 AÑOS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES QUE ACUDE POR DOLOR ABDOMINAL INTENSO.

Mahiques Vidal I, Mora Moya M, Taberner López E, Fillard Moliner S, Vilar Palop M.

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Palabras clave: dolor abdominal, isquemia intestinal, neumatosi.

CASO CLÍNICO

Mujer de 88 años con antecedentes de HTA, FA, ACV, dilatación AI y estenosis mesentérica. En tratamiento con sintrom, digoxina, sutril y cozaar. Dependiente para todas las actividades de la vida diaria. Acude por presentar deterioro del estado general de unos 4 días de evolución, dolor abdominal y distensión, estreñimiento, astenia y anorexia. No fiebre ni otra clínica asociada.

EXPLORACIÓN

A la exploración física se encuentra consciente y desorientada, con palidez cutánea, deshidratada, mal estado general, impresionando de gravedad. Constantes: TA: 95/76, 108lpm, Sat O₂ 90-91%, Temp 35,8ºC Auscultación Cardio-Pulmonar: tonos arrítmicos con hipoventilación global. Abdomen globuloso con gran eventración infraumbilical que se reduce, doloroso de forma difusa con peritonismo dudoso. Ruidos muy débiles. Tacto rectal: heces bien formadas en ampolla rectal, impregnadas de sangre.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS.

Se le realiza radiografía simple de abdomen donde se observa neumatosi intestinal, asas de intestino dilatadas y con pared engrosada, signos sugestivos de isquemia intestinal. Con dicha impresión diagnóstica, la remitimos al hospital de referencia para valoración por cirugía. Se le realiza analítica urgente donde se objetiva leucocitosis de 15.300 con neutrofilia (12.700), Hb 13.9, Hto 44.1, pH 7.36, TTPA 73.1seg, Dímero D 853.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Isquemia intestinal, obstrucción intestinal, pancreatitis aguda, perforación de víscera hueca.

DIAGNÓSTICO FINAL Y TRATAMIENTO

Isquemia mesentérica. Los cirujanos, tras valorar los antecedentes personales, calidad de vida, cuadro clínico, explora-

ción física y los resultados de las exploraciones complementarias, explican a los familiares la extrema gravedad de la paciente, desestimando el abordaje quirúrgico, ingresando a la paciente para realizar tratamiento paliativo.

FRACTURAS ESPONTÁNEAS COSTALES EN MUJER JOVEN

Barragán Vischi L, Juan Espert F, Aboumar L, Benítez Grados A, Mengual J, Gil Latorre F.

Centro de Salud Alaquàs. Valencia.

INTRODUCCIÓN

Mujer 38 años, sin factores de riesgo para osteoporosis. No antecedentes traumáticos ni fracturas patológicas. No osteoporosis familiar.

ANAMNESIS

Enero 2007 dolor costal izquierdo, inicio brusco, irradia a brazo, no cede con analgésicos. Pruebas complementarias (radiografía tórax y parrilla costal, ECG, analítica) normales. Tres meses después, persiste dolor se solicita TAC torácico, alteraciones 5ª y 6ª costillas izquierda compatible con callo de consolidación por fracturas. En noviembre, repite clínica en lado contra lateral. Solicitándose radiografía parrilla costal con fractura arco costal derecho.

Marzo 2008 presenta nueva fractura costal derecha.

Ante múltiples fracturas patológicas solicitamos:

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Analítica: hemograma, bioquímica, pruebas reumáticas, Ca, P en sangre y orina de 24 horas, TSH, T4, parathormona, fosfatasas alcalinas, PCR y VSG, proteinograma, anticuerpos antinucleares, siendo normales.

DMO lumbar +2.0 y cadera 0.0

RMN tórax: callo consolidación en costilla 5 y 6 izquierda.

Gammagrafía ósea: varios focos de aumento de reacción osteogénica en arcos laterales de la 6ª, 9ª y 10ª costillas derechas, por fracturas costales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Metástasis óseas, mieloma múltiple, osteoporosis, enfermedad Paget, violencia de género, trastorno de metabolismo fosfo-cálcico

Se solicitan nuevas pruebas complementarias, observándose:

Alteración en Osteocalcina: 12 y (25)OH Vit D3=17.55

(mayo 2008),

DIAGNÓSTICO

Fracturas costales secundarias a hipovitaminosis D.

Tras este diagnóstico iniciamos tratamiento con hormona paratiroidea observándose mejoría en (25) OH VIT D3 en julio y diciembre.

TRATAMIENTO

Iniciamos tratamiento con hormona paratiroidea, útil para reducir el riesgo de fracturas vertebrales. Se usa como alternativa a bifosfonatos en mujeres con alto riesgo de fracturas. A la fecha de hoy la paciente no ha presentado nuevas fracturas y (25) OH VIT D3 se ha normalizado con este tratamiento.

LO QUE ESCONDIA UNA LUMBALGIA

Mora Moya M, Taberner López E, Fillard Moliner S, Mahiques Vidal I.

H. Arnau de Vilanova. Valencia

Palabras clave: lumbalgia, pulsos periféricos, arteriopatía

DESCRIPCIÓN

Paciente varón de 48 años, fumador y bebedor moderado sin otros antecedentes destacables que acude a consulta por dolor lumbar no irradiado sin otra sintomatología acompa-

ñante.

EXPLORACIÓN

Exploración física: destacar la disminución del diámetro del gemelo izquierdo respecto al derecho y en la palpación de pulsos la disminución de los mismos en ambos miembros inferiores, sobretodo en el derecho. Lasegue bilateral negativo, movilidad conservada y no existen alteraciones de la fuerza ni sensibilidad. Reflejos conservados. Resto de exploración por aparatos y sistemas sin alteraciones

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Lumbalgia, lumbociatalgia, hernia discal

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS

-analítica de sangre: normal -pruebas funcionales respiratorias y Radiografía de Tórax: normales -Radiografía raquis

lumbar: pinzamiento espacio L5-S1 y ateromatosis calcificada en aorta y ambas iliacas. -RMN lumbar: hernia discal L4-L5, pinzamiento L5-S1 y protusiones discales con osteofitos

anteriores D12-L3 -EMG: afectación proximal raíz L5 derecha

-Angioresonancia: obliteración completa aortoiliaca bilateral

DIAGNOSTICO

Arteriopatía crónica de ambos miembros inferiores de predominio izquierdo con recanalización del sector aortoiliaco bilateral, tras lo cual el paciente recupero pulsos.

TRATAMIENTO

Se pautó tratamiento con AAS 200 cada 24 horas y clopidogrel 75 mg cada 24 horas. Abstención tabáquica. Pendiente de intervención de hernia discal.

APLICACIÓN PRÁCTICA

La justificación del caso es para ver lo importante que puede llegar a ser una buena exploración física en la consulta de primaria (aunque se trate de un problema frecuente o a priori banal como en este caso) y como puede llegar a cambiar el diagnóstico. En este caso además se trataría de conseguir un buen cumplimiento terapéutico e insistir en la abstención del tabaco, dos problemas frecuentes con los que a menudo nos enfrentamos en las consultas.

EN LA MUJER NO SIEMPRE LA ANEMIA ES GINECOLÓGICA

Blanquer Gregori JJ.

Centro de salud San Blas. Alicante

Palabras clave: anemia perniciosa; enfermedades deficitaria, malnutrición

INTRODUCCIÓN

Mujer de 50 años, diagnosticada en el 2006 de anemia de origen ginecológico con tratamiento crónico con hierro oral.

Como antecedentes personales refiere hemorragia digestiva alta en 1980 con diagnóstico de Hernia de Hiato (estudio

endoscópico 1998); y diagnóstico de xerosis ocular y anemia de larga evolución. No antecedentes de hipertensión

arterial, Ni diabetes, no alteraciones tiroideas ni vitiligo. Como antecedentes familiares refiere cáncer gástrico por parte

de madre y que en su familia han padecido mucho de úlceras. Refiere sintomatología inespecífica de cansancio

"crónico" con episodios de mareos leves y disestesias ocasionales de extremidades que relaciona con la persistencia de la

anemia. En noviembre 2008 ante un resultado analítico de déficit de vitamina B12 se asocia suplementos orales de esta

vitamina. Exploración física: Buen estado piel y mucosas, Exploración cardiopulmonar, abdominal orofaringe normal,

revisión ginecológica 2007 sin hallazgos significativos. Fórmula Menstrual actual 28/6, sangrados abundantes (6 compresas) sin spotting intermenstrual ni pérdidas gastrointestinales.

Exploración neurológica destaca disminución sensibilidad vibratoria (IMC:23,9; PA: 120/80)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastornos de absorción -maldigestión/malabsorción-; Dieta

insuficiente; alteraciones enzimáticas metabolismo cabalaminiano; enfermedad de Biermer. Exploraciones complementarias y resultados: Calcio 7,8 mg/dl; hierro 11,0 µg/l; Transferina 278 mg/dl; Hemoglobina 12,30 g/dl; VCM 83,7 fl; Folato > 20 ng/ml; Vitamina B12 99 pg/ml; gastrina 128 pg/ml; AC cel. Parietales 1/160.

DIAGNÓSTICO FINAL

Anemia perniciosa asociada a Anemia ferropénica.

TRATAMIENTO

Cianocobalamina 1mg/IM/semanal 6 semanas y posteriormente 1 mg/IM/mes 6 meses y pauta c/2-3 meses toda la vida, asociada al tratamiento suplemento de hierro. Plan: a) se solicita estudio endoscópico; b) se explora aporte de calcio dietético y tratamiento suplemento oral; c) se solicita estudio Densitometría ósea; d) control sintomático a los 15 días de iniciado el tratamiento y analítico a los 45 días de inicio de la pauta intramuscular.

MUJER JOVEN CON DISNEA, FIEBRE Y TOS

Piquer Franch I, Torres Miravet R, Soler Bahilo E, Puga Rodríguez C, Gras Balaguer S, Lacomba Aladren B. Centro de salud Carinyena. Castellón.

Palabras clave: disnea, infarto agudo de miocardio, mujer joven

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

HTA sin tratamiento desde hace 3 años, dos abortos hace 12 y 9 años. No DM, no DLP, no fumadora. Mujer 39 años, acude a urgencias, por tos, expectoración, disnea y fiebre de 2 días de evolución, cede parcialmente con ibuprofeno. No dolor torácico, ni cortejo vegetativo, ni otra sintomatología acompañante. Se remite a hospital de referencia con sospecha de sobreinfección e insuficiencia respiratoria.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Sat O₂ 86%, TA 193/106, T_a 37.2. Taquipneica, palidez mucocutánea. Auscultación respiratoria: crepitantes y roncus dispersos en ambos campos. Resto normal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (DISNEA)

Obstrucción vía aérea, pulmonar, torácica, cardíaca, vascular, otras.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

No se realizan en centro de Salud

DIAGNÓSTICO FINAL Y TRATAMIENTO

A su llegada a urgencias hospitalarias, se inició tratamiento con broncodilatadores, corticoides y antibiótico. Pruebas complementarias: - Analítica: Leucocitos 14.07 (N 83%), Hb 7.9, Ht 27, Hematíes 4.01, VCM 63, HCM 18, glucosa 129, urea 38, creatinina 1, GOT 223, PCR 4.8, CK 2437, CK-MB 261, TnT 2.25, IQ 92%, INR 1.06 - Rx tórax: Infiltrado alveolar intersticial. - ECG: RS 115 lpm, Q en DIII y aVF, elevación ST V1-V4 Con orientación diagnóstica de insuficiencia cardíaca aguda con EAP y crisis HTA, secundarias a cardiopatía isquémica, es trasladada a UCI, donde se añade perfusión de solinitrina y seguril intravenoso, captopril sublingual, tratamiento anticoagulante, antiagregante. y transfusión de 2 concentrados de hematíes. Durante su ingreso, dolor precordial, con reascenso del ST V2-V4 en ECG, iniciando tratamiento con tirofiban. Coronariografía: enfermedad de 2 vasos, DA media 90% con colocación de stent y circunfleja media 50%. IAM con elevación del ST (IAM anterior Killip III) con ICC secundaria HTA ANEMIA MICROCÍTICA HIPOCROMA 2ª A METORRAGIAS La paciente está pendiente de estudio de coagulación.

CONCLUSIÓN

La paciente está pendiente de estudio de coagulación. La importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial. Importancia de anamnesis no dirigida y la sospecha clínica. No siempre en medicina la primera impresión es la certera

SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO

Lacomba Aladren B, Piquer Franch I, Agut Borrás L, Gras Balaguer S, Torres Miravet R, Puga Rodríguez C. Centro de salud Carinyena. Castellón.

CASO CLÍNICO

AP: Exfumador, hidrocele pendiente cirugía, nefrectomía derecha (1989). Varón de 45 años, consulta por fiebre de 3 días de evolución (38°C), con malestar general y artralgias, que ceden parcialmente con ibuprofeno y paracetamol. Durante el siguiente mes, presenta picos febriles aislados, con mejoría clínica. Derivado a urgencias, se solicita analítica general, sedimento, Rx tórax y cervical, serología, cultivos y Mantoux con resultados negativos. Se remite a Consulta de Alta Resolución donde es diagnosticado de viriasis. Tras 5 meses asintomático, el paciente presenta fiebre de hasta 39°C durante 5 días y congestión nasal, pautándose amoxicilina-clavulánico sin mejoría. Por persistencia de la fiebre durante 3 semanas, ingresa en Medicina Interna para estudio.

EXPLORACIÓN FÍSICA EXHAUSTIVA

Sin hallazgos significativos

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FIEBRE PROLONGADA

INFECCIONES, NEOPLASIAS, COLAGENOSIS/VASCULITIS, OTRAS.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Analítica: Leuc 13.37 (N 82.5%), GOT 68, GPT 103, GGT 188, PCR 13.5, resto normal Hemocultivos, Urinocultivos, cultivo micobacterias, Mantoux, Ziehl-Nilsen esputo, serología (VHC, VHB, VHI, Salmonella, Brucela, Mononucleosis), Complemento C3-C4, Inmunoglobulinas, ANA, ANCA, marcadores tumorales, Beta2 Microglobulina, TSH, Ac antitiroglobulina y Ac antimicrosomales normales. CMV IgG +. Proteinograma: Patrón inflamatorio. Eco HBP y urológica, TAC y RMN toraco-abdominal, eco-Doppler venoso de EEII, PET-TAC y rastreo con galio-67 sin hallazgos patológicos

DIAGNÓSTICO FINAL Y TRATAMIENTO

Tras revisión de la historia, se recupera la anatomía patológica de la nefrectomía realizada hacía 20 años: Riñón de 10 cm de diámetro máximo, retracciones difusas con áreas rojizas en superficie externa; al corte de parénquima, adelgazado en áreas; hidronefrosis. Con la sospecha de antecedente de TBC renal, y la evolución clínica, se decide realizar pauta terapéutica empírica con antituberculostáticos ante la sospecha de TBC críptica. El paciente ha permanecido asintomático, completando el tratamiento y afebril.

CONCLUSIÓN

Importancia los antecedentes personales. Importancia de tener buenos registros de la actividad realizada

LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Mahiques Vidal I, Mora Moya M, Taberner López E, Fillard Moliner S, Vilar Palop M. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Palabras clave: hemorragia digestiva, melenas, disnea de esfuerzo

DESCRIPCIÓN

Varón de 62 años con antecedentes de HTA, DL, exfumador e ingesta enólica ocasional. En tratamiento con losartan y simvastatina. Acude a su médico de cabecera por presentar episodios de disnea a moderados esfuerzos, molestias retroesternales, mareo y palpitaciones, de 48 horas de evolución. Se le realiza ECG (que es normal) y se le administran dos cafinitinas sublinguales, sin mejoría clínica, por lo que es remitido al hospital para descartar síndrome coronario agudo. A su llegada al hospital el médico, tras leer el informe de derivación y realizar una anamnesis breve, prescribe triple terapia con AAS, clopidogrel y enoxaparina, pasando el paciente a

observación monitorizada. En la sala de observación es rehistoriado; reconoce deposiciones negruzcas, pegajosas, pastosas y malolientes, de tres días de evolución, e ingesta de meloxicam en las últimas dos semanas, por gonalgia.

EXPLORACION

Exploración física: TA:160/66mmHg, 120lpm, Sat97%, Temp36.3°C. Palidez cutánea. No estigmas de hepatopatía. E.Cardio-Vascular: rítmica sin soplos. No edemas en MMII. E.Respiratoria: mvc sin ruidos patológicos. Eupneico en reposo. Abdomen: blando y depresible. No masas ni megalias. No doloroso. Tacto rectal: dedil manchado de heces melénicas.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

El ECG es normal. La analítica muestra Hb 5.2, Hto 15.8, ADE 13.5, Leucocitos 11.800, Plaquetas 239.000, CK 77, Troponina I 0.04, INR 0.9. La radiografía de tórax es normal. Se ingresa al paciente en el servicio de Digestivo, donde le realizan una gastroscopia que objetiva ulcus duodenal no activo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Síndrome coronario agudo. Hemorragia digestiva alta, Hemorragia digestiva baja,

DIAGNÓSTICO FINAL

Hemorragia digestiva alta por ulcus duodenal secundaria a tratamiento por AINEs.

TRATAMIENTO

Durante su estancia en urgencias se administra omeprazol endovenoso de carga y se le transfunden dos concentrados de hemáties. Tras tres días de ingreso, se logra la estabilidad clínica, analítica y hemodinámica, por lo que se procede al alta, añadiendo omeprazol 40mg 1/24h.

QUE HACER CON LOS 7 MINUTOS QUE NOS SOBRAN EN LA CONSULTA POR RECETAS

Blanquer Gregori JJ.

Centro de salud San Blas. Alicante

Palabras clave: prevención; entrevista clínica; consumo alcohol

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Varón de 39 años, de origen Ucrainiano, trabajador de la construcción inmigrado a España hace 6 años, que pide consulta en marzo 2009 por precisar recetas de Ibuprofeno 600 mg, para tratar su cefalea episódica simple. En historia clínica constan varias consultas por el mismo problema (marzo 2007; noviembre 2008) en las que se ha prescrito este fármaco por cefalea simple sin otra sintomatología asociada con exploración física normal en 2008 y episodios aislados autolimitados. Exploración física: (2008) Exploración cardiopulmonar, abdominal otorrinolaringológica normal. Pupilas isocóricas normoreactivas, cámara anterior normal. Exploración neurológica pares craneales conservados, no signos de focalidad neurológica, coordinación conservada, no nistagmus, romberg negativo, sin alteraciones motoras y sensitivas no ataxia ni alteraciones a la coordinación FO normal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

a) Realizo la prescripción de ibuprofeno aprovechando los 7 minutos sobrantes en recuperar el tiempo de retraso en consulta; b) exploro de nuevo al paciente y evaluo la indicación de este fármaco en una cefalea de probable origen tensional; c) realizo una intervención preventiva con actualización de la historia clínica.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS

Intervención preventiva: Exfumador de 12 años paquete (2004); IMC:27,4; PA: 140/80; bebedor de riesgo (620); correcta situación vacunal; diagnóstico previo de Hernia discal L4-L5 con compresión saco tejal y raíz L5 derecha (RNM 2005); diagnóstico en control analítico de empresa (enero 2009) de hipertransaminasemia con glucemia basal elevada.

Reconociendo el paciente su relación de la cefalea con los abusos de alcohol de fin de semana, seguimiento en consultas no presenciales).

DIAGNÓSTICO FINAL

Abuso de Alcohol con cefalea secundaria.

TRATAMIENTO

Intervención preventiva, consejo asistido motivacional, cambios hábitos saludables: alcohol, ejercicio, dieta; mantenimiento abandono tabaco y recomendaciones posturales, Con control clínico y analítico posterior satisfactorio -asintomático -.

ABORDAJE DE UNA HIPERTENSIÓN REFRACTARIA, NO TODO ES FARMACOLÓGICO.

Blanquer Gregori JJ.

Centro de salud San Blas. Alicante

Palabras clave: hipertensión arterial; abuso drogas; hipertensión refractaria

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Varón de 53 años con antecedentes de Tabaquismo activo, Hernia discal cervical y lumbar, meniscopatía de rodilla derecha; tenosinovitis-bursitis hombros; insomnio de primera fase; ronquidos sin apnea ni hipersomnia diurna; tinnitus bilaterales persistentes; con diagnóstico de Hiperlipemia mixta e Hipertensión arterial de 6 años evolución en tratamiento con simvastatina (20 mg), enalapril (40 mg), e hidroclorotiazida (12,5mg). Acude a cita programada para control clínico y analítico objetivándose cifras de mal control tensional y control lipídico. Exploración física: Coloración normal de piel y mucosas, AC: tonos rítmicos sin soplos; AP murmullo vesicular conservado; carótidas laten simétricas sin soplos, bocio 0; AB: blando depresible sin soplos; pulsos periféricos conservados sin edemas de extremidades, neurológico normal, FO: normal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

a) asociar un tercer fármaco al plan terapéutico; b) evaluar causas de hipertensión refractaria: primarias (adherencia terapéutica; dosificación insuficiente); secundarias (sustancias que interfieren con el tratamiento; apneas del sueño; fenómeno de bata blanca); c) hipertensión secundaria.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS

Hipertensión grado 2 con riesgo añadido alto; Analítica: Colesterol T 303 mg/dl; HDL-c 37 mg/dl; LDL-c 161 mg/dl; Triglicéridos 566 mg/dl, con resto función renal bioquímica y hemograma normal; ECG: RS 80 lpm, EE 60º; sin signos de HVI. Larga historia de dependencia alcohol, cocaína y cannabis, aislamiento social solo relacionado con consumidores.

DIAGNÓSTICO FINAL

Hipertensión refractaria secundaria al consumo de cocaína.

TRATAMIENTO

Se realiza intervención preventiva con recomendación consejo motivacional, remitiendo al paciente a unidad de Conductas adictivas, se realizan controles clínicos y analíticos para el ajuste del plan terapéutico con cumplimiento objetivos de control en 3 y 6 meses.

DOLOR TORÁCICO: EL VALOR DE LOS SÍNTOMAS EN MEDICINA.

Pertusa Martínez S, Navarro Palazón AI, López Corbalán JC. Centro de salud Cabo Huertas. Alicante

Palabras clave: dolor torácico, angina de esfuerzo, síntomas

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El dolor torácico es un síntoma muy común en las consultas

de Atención Primaria. Sus causas son múltiples, desde banales hasta potencialmente graves. Presentamos el caso de un varón de 68 años sin antecedentes patológicos de interés que consultó a su médico de familia (MF) aquejado de dolor torácico de 2 años de evolución. La justificación de este caso clínico es mostrar la enseñanza de 3 importantes lecciones: 1.- El insustituible valor de la anamnesis en Medicina. 2.- La necesidad de establecer una vía de comunicación directa entre las distintas especialidades para resolver casos concretos. 3.- El compromiso del MF con sus pacientes y su actitud crítica, inconformista, ante casos con diagnóstico incierto, no resueltos.

EXPLORACIÓN

La exploración física resultó normal. Su presión arterial fue de 135/80 mm Hg. Un ECG basal mostró un ritmo sinusal a 70 latidos por minuto con criterios de hipertrofia ventricular izquierda (SV2 + RV5 = 48 mm).

EVOLUCIÓN

Fue remitido a Cardiología para evaluación de su dolor torácico e hipertrofia ventricular izquierda (HVI). El paciente volvió a la consulta de su MF con informe del cardiólogo en el que señalaba que el examen físico y las exploraciones complementarias realizadas eran compatibles con la normalidad y recomendaba controles por su MF. El paciente seguía sintomático. Insatisfechos paciente y MF por la valoración cardiológica realizada, el médico decidió contactar por teléfono con otro cardiólogo del hospital solicitando que realizara una nueva evaluación clínica. Ésta mostró una ergometría clínica y eléctricamente positiva y una ecocardiografía que confirmó la HVI.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Los diagnósticos al alta hospitalaria fueron: Angina de esfuerzo de alto riesgo, enfermedad de 1 vaso y angioplastia con implante de 3 stents. Actualmente se encuentra en tratamiento con Ácido acetilsalicílico, Clopidogrel, Esomeprazol, Atorvastatina y Nebivolol y asintomático.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. DISNEA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Mifsud Grau L, Donato Ripoll C, Sanz Martínez O, Soler Pons E, Vergara Pardo V, De Mingo Alemany C.

Centro de salud Sagunt. Valencia.

Palabras clave: differential diagnosis of dyspnea. amyotrophic lateral sclerosis, pulmonary thromboembolisms

OBJETIVO

Describir un caso real de esclerosis lateral amiotrófica, dentro del contexto de diagnóstico diferencial de disnea crónica.

DESCRIPCIÓN

Paciente varón de 83 años con antecedente de HBP y hernia de hiato. Inicia el cuadro en enero con disnea al subir pendientes, en contexto catarral y lumbalgia. Se inicia tratamiento con mucolíticos siendo la exploración física normal. Acude durante ese mes en varias ocasiones a la consulta por persistir sintomatología, asociando flojedad y dolores osteomusculares, sobretudo en ejercicios moderados.

EXPLORACIÓN

La exploración física normal, se inicia exploraciones complementarias en febrero con analítica Hb 12.9, radiografía tórax y electrocardiograma normales, sangre oculta en heces normal por dudosa pérdida de peso y estreñimiento.

EVOLUCIÓN

Se inicia tratamiento con hierro y complejo vitamínico, por insistencia del paciente. En marzo refiere pérdida de 3-4kg y disnea al caminar en llano, es remitido a urgencias donde se inicia tratamiento con torasemida ante sospecha de ICC. En días posteriores aparece temblor postural en manos y disfonía, resto exploración normal, se remite a urgencias, donde

tras eco-cardio normal, se diagnostica de disnea respiratoria, iniciando tratamiento con broncodilatadores. En abril es remitido de nuevo a urgencias donde ingresa tras nuestra sospecha de TEP crónico confirmado mediante TAC.

DIAGNÓSTICO

Se inicia tratamiento con anticoagulantes, no mejora, se realiza electromiografía donde se observa denervación neurógena difusa sugestiva de enfermedad de motoneurona inferior, esclerosis lateral amiotrófica.

VÓMITOS DE REPETICIÓN EN MUJER DE 85 AÑOS

Martinez de Quintana E, Murcia Herrero MA, Martínez Roca-mora MD.

Centro de salud Orihuela II. Alicante

Palabras clave: ileus ; vomiting ; biliary / bile

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La patología del anciano está infradiagnosticada y a menudo, condicionada por la propia edad y su comorbilidad. En este caso, la paciente es diabética y presenta una anemia normocítica ligera a su ingreso. Refiere una pérdida progresiva de peso y vómitos que han ido en aumento durante los últimos meses, sin acompañarse de distensión abdominal ni otra clínica. Durante un ingreso unos meses antes al ingreso actual, es diagnosticada de ITU y neumonía con derrame pleural. Acude meses después por intensificación de los vómitos, que durante su estancia llegan a presentarse incluso estando en dieta absoluta.

EXPLORACIÓN FÍSICA

caquexia, afebril, eupneica, normotensa. Sin otros hallazgos en la exploración.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

• CAUSAS OBSTRUCTIVAS : tumores, hernia inguino-crural con atrapamiento de asas intestinales, hernias internas, bezoares. • ÍLEO PARALÍTICO

COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS

• ANALÍTICA : ligera anemia (Hb 11.5) • RX TÓRAX : infiltrado basal izquierdo • RX ABDOMEN : artrosis. Sin otros hallazgos de interés. • GASTROSCOPIA : duodenitis, estómago de retención • TAC ABDOMINAL : cuadro obstructivo de intestino delgado con dilatación yeyunal por imagen redondeada de 3 cm en flanco derecho, junto a neumbilia.

DIAGNÓSTICO FINAL

Ileo biliar. Signos patognomónicos de Rigler : debe cumplir 2 de los 3 primeros. 1. Distensión de asas intestinales con niveles hidroaéreos. 2. Neumbilia 3. Visión directa de un cálculo 4. Cambio en la topografía del cálculo, respecto a previas (NO PATOGNOMÓNICO)

TRATAMIENTO

Enterotomía y extracción del cálculo

HIPOGLUCEMIA EN PACIENTE DIABÉTICA CON TRATAMIENTO DE ANTI-DIABÉTICOS ORALES

Benitez Granados A, Aboumar L, Ortiz Ortiz E, Juan Espert F, Barragán Vishi.

H. General. Valencia.

Palabras clave: diabetes, hipoglucemia, anti-diabético oral.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus afecta aproximadamente al 7% de la población española. La hipoglucemia es una complicación aguda de la DM las causas más frecuentes son: a) farmacológicas. B) enfermedades sistémicas. C) déficit endocrinológico. D) sobreproducción endógena de insulina o sustancias insulin-like. Insulinoma. Etc. Según la situación se las pueden dividir en postpandriales, ayuno o inducida.

Los síntomas que deben hacer sospechar al facultativo esta complicación son variables según las características de cada paciente, pudiendo ser difícil la distinción de síntomas de ansiedad o psicológicos de los propios de la hipoglucemia

CASO CLÍNICO

Mujer 77 años. Sin alergias conocidas, hipertensa, DM-2, dislipémica. Antecedente de trastorno psicótico, estable desde hace más de 20 años. Tratamiento durante años con glimepirida, acarbose y metformina, irbesartan-hidroclorotiazida, clorpromazina, gemfibrozilo. Ante mal control metabólico se cambia el tratamiento con ADO: se pasa a combinación glimepirida/rosiglitazona, con metformina, resto igual.

La paciente acude a control presentando importante aumento de peso, probablemente secundario a rosiglitazona, y se confirma confusión en la toma de la medicación, habiendo doblado la propia paciente las dosis de ADO.

MOTIVO DE CONSULTA: Los familiares consultan por notar en las últimas dos semanas un comportamiento extraño, desconfianza a todo, no queriendo salir de casa, incluso alucinaciones auditivas. Ante la sospecha de recidiva de su patología psiquiátrica, la paciente es remitida a Salud Mental. Finalmente acude a Urgencias Hospitalarias al sufrir episodio de mareo sin pérdida de conciencia, con desorientación y dificultad del habla.

EXPLORACIONES Y RESULTADOS

TA: 125/80, Tª: 36.5º, glucemia: 36mg/dl. Consciente y orientada. AC: rítmica con soplo sistólico II/VI. AP: mínimo crepitante basal izquierdo. MMII: edema bimalear. Analítica Hb: 10mg/dl, Hto: 32.6. glucemia 27mg/dl, troponina I: 0.00, CPK: 65, función renal: normal. Gasometría 1ª) pH: 7.27, pCO2: 54.2, HCO3: 24.1; 2ª) pH: 7.35, pCO2: 53.6, HCO3: 29.1 RX tórax: Cardiomegalia. Pruebas tiroideas: rango normal. HbA1c: 7.6%

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Brote psicótico. Accidente isquémico transitorio, insuficiencia cardiaca, hipoglucemia.

DIAGNÓSTICO FINAL

Hipoglucemia por antidiabéticos orales, Insuficiencia Cardíaca de probable causa medicamentosa.

TRATAMIENTO

Control de glicemia y suero glucosado 10% IV hasta control adecuado. Al ALTA: Dieta diabética, metformina, furosemida, suspender glimepirida/ rosiglitazona. Control glucémico por médico de cabecera y enfermera para ajuste de tratamiento. derivar a oftalmología y control glucémico por médico de cabecera para ajuste de tratamiento. Evolución: Paciente actualmente buen control glucémico con metformina 850mg 1-0-1.

necesitan priorizar actividades para su control.

OBJETIVOS

a) Poner en marcha y coordinar la atención integral al tabaquismo en atención primaria en un departamento de salud de la comunidad b) Conseguir que cada fumador sea atendido en el lugar y en el momento más adecuado c) Crear el programa de tabaquismo en los centros de salud.

MÉTODOS

Constitución del ECAT, formado por un médico de familia, un psicólogo clínico, un enfermera (todos ellos con formación específica en tabaquismo) y una auxiliar administrativa. Todos ellos con dedicación a tiempo total. Funciones: - diseño de materiales (protocolo de atención al tabaquismo con la integración de los tres niveles de intervención (breve, intensiva y especializada) en los elementos de actividad de la atención sanitaria, publicación de: "Guía de Intervención Intensiva en Tabaquismo" - docencia y sensibilización de los profesionales sanitarios para la implantación del protocolo de atención al tabaquismo y el conocimiento del contenido de los diferentes tipos de intervención. - asistencial: dirigida a profesionales del departamento y a pacientes con algún criterio de hospitalización (ej. programa de rehabilitación cardíaca). Los métodos de evaluación se realizan a través de la explotación de datos de la historia clínica de abucasis.

RESULTADOS

Se han realizado 42 sesiones clínicas y 25 talleres. Han recibido formación el 75% de médicos y el 79,8% de enfermería. La valoración de la formación de 0 a 5 ha sido de 4,41. Se ha incrementado el número de diagnósticos médicos de tabaquismo (305.1 Abuso de Tabaco) desde enero de 2006 a marzo de 2009 en 13430. A lo largo del año 2008, se han hecho se han realizado 1085 contactos de enfermería relacionados con el procedimiento NIC 4490 "Ayuda para dejar de fumar". En el 100% de los centros de salud del departamento se ha puesto en marcha el programa de tabaquismo.

CONCLUSIONES

- dada las características del tabaquismo se necesitan experiencias de este tipo para poner en marcha la atención al tabaquismo - el programa de tabaquismo está teniendo una buena aceptación por los profesionales sanitarios, especialmente por los de enfermería - como nivel asistencial deberíamos poder ofertar la ayuda, que más se adapte a sus características, a cualquier paciente que quiera dejar de fumar, es decir, intervenciones motivacionales a los que no quieran dejar de fumar de forma inmediata, con el objetivo de aumentar la importancia y confianza para dejarlo, y ayudar a dejar de fumar a los fumadores preparados para hacerlo pudiéndoles ofertar a todos ellos una intervención intensiva y si esta no la acepta el paciente, una intervención breve - experiencias de este tipo las creemos necesarias para poder controlar las consecuencias del tabaquismo y pensamos que deberían ser exportables a otros departamentos

EXPERIENCIAS

Experiencias presentadas en modalidad oral.

EQUIPO COORDINADOR DE LA ATENCIÓN AL TABAQUISMO (ECAT)

Mataix Sancho J, López Vicente L, Blasco Gallego J, Álvarez Martínez M, Salaj Monfort P.

Dpto de Valencia-Hospital General

Palabras clave: tabaquismo, organización, intervención

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una enfermedad crónica causada por un trastorno adictivo y es la principal causa de morbi-mortalidad evitable en nuestro medio. Tiene una elevada prevalencia y existen tratamientos con efectividad probada. Por ello se

FORMACIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN FAMILIAR DESDE EL MODELO SISTÉMICO. EXPERIENCIA DE 4 AÑOS

Ortega Ruiz R.ª, Oyarzabal Arocena M, Pérez Ortiz C.I., Antón Pastor C, Compañ Poveda E, Garberí Pedrós R.

Instituto para la familia y unidad docente MFyC. Alicante
Palabras clave: atención familiar, modelo sistémico. programa MFyC

INTRODUCCIÓN

El Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) contempla los contenidos formativos del área docente de competencias en relación a la familia, desde la aceptación del modelo biopsicosocial y la incorporación del pensamiento sistémico.

OBJETIVO

Exponer la colaboración del Instituto para la Familia de la Diputación de Alicante con la Unidad Docente de MFyC, al impartir sus Terapeutas Familiares un curso a los R3 de MFyC, con objeto de ofrecerles formación desde el enfoque del Modelo Sistémico, sobre la dinámica del funcionamiento familiar y sus disfunciones. Valorar la aportación de la experiencia a la formación del residente de MFyC.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo un Programa específico de capacitación profesional durante el período 2005-2009 en el área de atención a la familia para R3 de MFyC, mediante un curso presencial de 15 horas/ curso anual, impartido por el Equipo de Terapeutas Familiares del Instituto para la Familia. EL curso incluye contenidos sobre Modelo sistémico. La familia como sistema. Del Diagnóstico médico al familiar. Comunicación. Ciclo vital familiar y nuevas formas de familia: monoparental y reconstituída. Genograma y mapa relacional. Principales disfunciones familiares. Se realizan exposiciones teórico-prácticas; visionado de filmografía, práctica de role-playing y observación directa mediante espejo unidireccional de entrevistas familiares (con autorización docente).

EVALUACIÓN

Al finalizar cada curso, se realizaba una encuesta de opinión que recoge la valoración de siete parámetros relativos a las actividades desarrolladas, grado de aprendizaje, valoración de conocimientos adquiridos, y de la metodología empleada

RESULTADOS

Se obtuvieron 154 cuestionarios válidos de 191 asistentes (80%) durante los 4 años. Los 7 parámetros evaluados (4-5 puntos sobre 5) son: . El curso ha cumplido las expectativas <--- > 35% . Reconoce el interés de la experiencia <--- > 35% . Valora positiva la Metodología y solicita más prácticas <--- > 33% . El grado de aprendizaje (autoevaluación) es elevado <--- > 34% . Utilidad de la experiencia en su formación MIR <--- > 37% . Recomendaría esta actividad a sus compañeros <--- > 37% . Valoración global de la actividad <--- > 39%

CONCLUSIONES

Más de la tercera parte de los residentes valoran positivamente la experiencia, y su aprendizaje, ampliarían sus prácticas y la recomendarían. Se cumplen los objetivos planteados en el Programa de la Especialidad, orientando la actitud del residente para valorar el síntoma o demanda individual, tomando como referencia el contexto familiar del individuo. La experiencia de colaboración profesional y docente entre Terapeutas Familiares y la Unidad Docente de MFyC ha resaltado aspectos de abordaje comunes de la enfermedad, lo que genera expectativas de más amplia colaboración y trabajo. Asimismo, es opinión común que resulta necesario hacer extensiva la formación en esta disciplina a los Tutores de MFyC, como apoyo en su formación de formadores y ampliación de la experiencia.

Experiencias presentadas en modalidad panel.

LOS MEDICOS DE FAMILIA LIMITAN AL NORTE CON..., AL SUR CON...,

Moreno Marín J, Sánchez Samper M^a C, Pérez Ortiz C.I., García Santafé R, Llobel Bertomeu V, Ramírez Puche J.
Palabras clave: límites, modelo sistémico, medicina de familia

INTRODUCCIÓN

Inmersos en un sistema de salud, poco definido en muchas ocasiones, y llevados por un quehacer cotidiano, el detenerse, a analizar los límites de lo que nos rodea y reflexionar sobre ello, podría ser una premisa importante para posicio-

narnos de manera más adecuada en nuestro trabajo y establecer unas relaciones más saludables con todo ello.

OBJETIVO

Conocer la percepción de los médicos de familia acerca de los límites que existen en su trabajo cotidiano y la vaporación que hacen de ellos.

METODOLOGÍA

Cualitativa para la definición de los componentes a estudiar: Grupo de tutores que con metodologías de trabajo de grupo definen los puntos que quieren ser valorados, su importancia y la manera de intentar medirlos en un cuestionario.

2. Test piloto: se confecciona un primer modelo de test con 18 ítems. Se realiza un pilotaje a una muestra seleccionada de médicos de familia (n=12). El análisis de las respuestas conduce al cuestionario definitivo con 15 ítems valorados mediante una escala de Likert ordinal. La coherencia interna fue $\alpha=0,76$.

3. En este trabajo se analizan 61 resultados del test aplicados a una muestra de médicos de familia de la provincia de Alicante.

4. El análisis de los mismos se realiza a partir de sus tablas de frecuencia, matriz de correlaciones, análisis factorial de componentes principales con rotación varimax y fiabilidad/coherencia con el α de Cronbach.

RESULTADOS

La variable relacionada con la consulta asistencia fue la más correlacionada con el resto de variables: sólo al 4,9% de los médicos de familia les gustaría dejar la consulta. Del resto, a la mitad (41,5% del total) les gustaría compaginarla con otras actividades y el 22%, sólo consulta.

El 52,4% de encuestados se identifican con el rol de "medico de segunda categoría", el más seleccionado, seguido del 46,2% con problemas informáticos ("ciberbobo")

Solo el 14,3% dan en ocasiones su número de móvil a un paciente y menos, el 7,1%, afirman prescribir por indicación del paciente. El 69% estiman que pese a todo curan a menudo a sus pacientes.

Tras el análisis factorial se extraen cuatro componentes principales que explicaron el 88,01% de la varianza. El primero de ellos, que llamaremos 'asistencial', agrupa variables que representan límites en el trabajo clínico habitual: la propia consulta, los problemas informáticos, la prescripción. Incluye la relación con el residente cuando lo hay. El segundo componente, 'de sobrecarga' incluye el rol de ser capaz de hacerlo todo, llevarse trabajo a casa, ser abordado en cualquier sitio por pacientes y la idea de buen paciente. El tercero, del "medico bueno" incluye la identificación con 'salvar' a los pacientes, junto con la de 'curarlos' y la del rol de medico de segunda categoría. El cuarto componente, mas "personal", incluye lo cerca (ilimites!) que se vive al paciente, facilitar el número del móvil y la percepción de ser regalado por ellos.

CONCLUSIONES

1. Los factores relacionados con la consulta asistencial explican una parte importante de las percepciones de los límites de los médicos de familia, aunque la inmensa mayoría los asumen como parte de su rol: solo se añade la necesidad de compartirla con otras actividades. Llama la atención la aparición entre ellos de los problemas informáticos como limite a tener en cuenta.

2. Componentes de sobrecarga de trabajo y emocional/personal explican casi la mitad de los otros problemas de limites percibidos.

3. Sería muy interesante abordar el límite que supone la identificación como medico de segunda categoría unido a las percepciones, siempre muy positivas en los encuestados, de ayudar y curar a sus pacientes.

4. Trabajar en delimitar = poner límites adecuados y saludables, a estos factores identificados podría mejorar la adecuación de los médicos de familia y su relación con el sistema de salud y, sobre todo, con los pacientes.

REFLEXIONES SOBRE FACTORES QUE DETERMINAN LOS LÍMITES EN LAS RELACIONES MÉDICO-PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ortega Ruiz M^a P, Llobel Bertomeu V, Sánchez Samper M^a C, Moreno Marín J, Ortega Ruiz R. M^a, Santoja Granados, A.

Palabras clave: relación médico-paciente, límites, atención primaria

INTRODUCCIÓN

Existen situaciones de etiología muy diversa, en las que el médico se siente desbordado o confundido. A priori podría parecer que el paciente sea el centro del problema.

El sistema sanitario y su organización intervienen pero no son los únicos agentes implicados.

El médico, también forma parte, y por tanto participa de esta red de relaciones. Desde un enfoque sistémico, se hace necesario un análisis de todos los agentes implicados en la relación asistencial.

Entender a cada una de las partes, implica hablar de LÍMITES. Definición de límite: deriva etimológicamente del vocablo romano "limes". Convencionalmente se emplea para referirse a separación de territorios. Aquellas regiones que separan un sistema de otro y cuya función consiste en filtrar las informaciones (entradas y salidas)

HIPOTESIS / OBJETIVO DEL ESTUDIO

En base a este concepto nos hacemos las siguientes preguntas: ¿Qué límites debemos manejar adecuadamente?, ¿Quién marca esos límites?, ¿Estamos preparados para delimitarlos y definirlos cuando corresponde?, ¿Disponemos de medios para utilizarlos en beneficio de la relación médico-paciente?

MÉTODO

Metodología cualitativa mediante trabajo de grupo: autorreflexión y cuestionamiento sobre el manejo de los límites en A.P, elaborando un listado de aspectos que definen los límites de nuestra relación profesional, y criterios de adecuación e inadecuación de ellos.

RESULTADOS

Se obtiene una enumeración de límites en la relación que es estructurada y agrupada en tres bloques:

1. Límites marcados por el Sistema Sanitario: Adecuados equivale a eficiencia (calidad al menor coste posible), inadecuados por diversos motivos: saturación de la consulta, interferencias, de interrupción de la consulta por otros motivos, condiciones de la consulta, relación de equipo, creencias del sistema sanitario, sistema farmacéutico, distribución de funciones, relaciones con especializada.

2. Límites marcados por el Paciente: Adecuados equivale a adecuación a sus demandas, se enumeran los inadecuados como saturación de la consulta, respetar la cita, urgencias que no lo son, tarifa plana ó riesgo moral, sensación de gratuidad, dependencia del sistema sanitario en aspectos laborales, cambio de expectativas en la relación médico-paciente, cambio de funciones del paciente (gestión de su salud, usuario centro del sistema, nuevas vías de información no contrastadas), nuevas expectativas ante el médico.

3. Límites marcados por el Médico: Adecuados equivale a calidad científico-técnica, inadecuados por saturación de la consulta por mala gestión de citas (médico y/o gestor), no respetar el plan de trabajo, no respetar los espacios del paciente y del médico, roles inadecuados como médico permeable ó "el médico bueno", no saber decir "no", sobreimplicación, no educar al paciente, médico colega, medicina defensiva, inadecuación en la relación con los M.I.R. o problemas de comunicación con otros subsistemas (especializada).

CONCLUSIONES

Hay elementos que nos pueden ayudar a concienciarnos de que el manejo de límites condiciona las relaciones con nuestros pacientes. Identificar aspectos concretos del quehacer médico en los que es necesario establecer límites saludables nos puede ayudar a establecer una adecuada relación médico

-paciente. Es importante hacer una autorreflexión que nos permita posicionarnos dentro del mapa relacional

LÍMITES DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: ¿TARIFA PLANA O PEAJE?

Ramírez Puche J, Santoja Granados A, García Santafé R, Ortega Ruiz M^a P, Pérez Ortiz C.I., Ortega Ruiz RM^a.

Palabras clave: relación médico-paciente, límites, modelo sistémico

INTRODUCCIÓN

La relación con nuestros pacientes, crea en nosotros un complejo mundo de emociones, que van desde sentirnos superman/woman a verdaderos "cubos de basura", desde la amistad hasta la enemistad manifiesta según establezcamos los límites de esa relación.

MATERIAL Y MÉTODO

Reunidos un grupo de médicos de A. P. (GRUPO VALOR), describimos las sensaciones en consulta desde todos los niveles de esa relación. En una sesión de lluvia de ideas, analizamos todos los aspectos que intervienen en esa relación y los condicionamientos que nos producen, intentando identificar cuáles son los LÍMITES que marcan nuestra relación y comunicación con los pacientes. Definición de límites. La relación humana y más cuando tiene una finalidad profesional, precisa marcar muy claramente dónde está cada uno de los actores de esta relación. La función de los límites es proteger los elementos propios y diferenciales. Cuando los límites están imprecisos, la información llega desordenada y abundante, ocasionando desintegración del sistema y falta de comunicación. Cuando los límites son muy rígidos, no se transmite la información y se interrumpe la comunicación. Cuando los límites son los adecuados la información y la comunicación se transmite de forma precisa y suficiente.

RESULTADOS

Se obtiene un listado de límites o barreras en la relación médico paciente, que es agrupado en tres tipos: 1.- Barreras burocráticas: Creencias del sistema sanitario, industria farmacéutica, relación con otros niveles asistenciales, condiciones de la consulta, sistema informático, abundante burocracia y listas de espera. 2.-Relacionadas con el paciente: tarifa plana (las consultas no le cuestan dinero), situación económica y laboral y situación social. 3. - Relacionadas con médico: respetar el plan de trabajo, asunción de derechos y deberes, no distribución de las obligaciones, educar al paciente, no saber decir "no", médico "permeable" y médico "refractario".

CONCLUSIONES

Muchos médicos identifican ser un médico buena-persona con una relación totalmente sin límites en la que el médico es más amigo que profesional. Con el tiempo albergan sensaciones de médico-cubo de basura, de pérdida de integridad y de invasión psicológica. Bastantes médicos identifican los límites con una muralla natural que los defiende de las "necesidades" de relación de los pacientes, identificando buen médico con médico-hermético, perdiendo en el camino la adecuada comunicación. La relación médico-paciente está condicionada por múltiples factores que hacen de esta relación una de las tareas más difíciles en la práctica de la Atención Primaria. En el punto medio de la relación, amistosa pero profesional, sin querer abarcar todos los aspectos del sufrimiento humano estaría la relación ideal. Hay tantas formas de relación como médicos y pacientes existen.