

CONGRESO
SINHUMO

XI Jornadas de Residentes de la semFYC

del 10 al 12 de mayo
de 2007

Programa final
Libro de comunicaciones

Con la colaboración de:



Por un mundo más sano™



Alicante 2007

XI Jornadas de Residentes de la semFYC

del 10 al 12 de mayo
de 2007

Programa final

Libro de comunicaciones

CONGRESO
SINHUMO


semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

© 2007 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Portaferrissa, 8, pral.
08002 Barcelona
www.semfy.com

Coordinación y dirección editorial:

semfy  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2a pl., of. 14
08002 Barcelona

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del *copyright*.

ISBN: 978-84-96761-19-3

ÍNDICE

COMITÉS	7
CUADRO HORARIO	8
PROGRAMA	11
MESAS	13
TALLERES	19
COMUNICACIONES LIBRES	23

SESIÓN ORAL 1: JUEVES, 10 DE MAYO, DE 16.00 A 18.00 h

CASOS CLÍNICOS

C-01. Todo tiene su porqué	23
C-02. Dolor abdominal como manifestación de tuberculosis esplénica	23
C-03. ¡Vaya contractura!	24
C-04. Utilidad de la ecografía en Atención Primaria: diagnóstico precoz de masa pancreática	24
C-05. Tumoración en cadera	25
C-06. Infecciones respiratorias de repetición y cardiopatía	25
C-07. A propósito de una púrpura	26
C-08. Dolor cervicofaríngeo en paciente fumadora	26
C-09. Síndrome de intestino irritable. Abordaje psicosocial	27
C-10. Fiebre que no cede	27

SESIÓN ORAL 2: VIERNES, 11 DE MAYO, DE 09.30 A 11.30 H

CASOS CLÍNICOS

C-11. Diagnóstico y tratamiento de sífilis latente en Atención Primaria	29
C-12. El síncope: «Juro que no me he metido nada»	29
C-13. Manejo de la fibrilación aislada en Atención Primaria	30
C-14. ¡No puedo con mis piernas!	30
C-15. Pericarditis recurrente	31
C-16. No se me quita el dolor	31
C-17. El dolor enmascarado	32
C-18. Malaria	32
C-19. Rotura de quiste de Baker como manifestación inicial de un cuadro de poliartritis aguda	33
C-20. Variabilidad de la medición de la presión arterial en función del método utilizado	33

SESIÓN ORAL 3: VIERNES, 11 DE MAYO, DE 12.00 A 14.00 H

CASOS CLÍNICOS

C-21. Poliglobulia en Atención Primaria	35
C-22. ¿Hasta dónde puede llegar una vaginitis?	35
C-23. Hematoma del músculo recto del abdomen: una causa poco frecuente de dolor abdominal agudo	36
C-24. Cefalea como síntoma de alarma	36
C-25. Cefalea y diplopía	37
C-26. Endocarditis séptica embolígena	37
C-27. Trastornos de memoria en paciente joven	38
C-28. Más que un síncope	38
C-29. Manía orgánica secundaria a corticoides	39
C-30. Fiebre de origen desconocido	39

SESIÓN ORAL 4: VIERNES, 11 DE MAYO, DE 16.00 A 18.00 H

EXPERIENCIAS

C-31. Experiencia de residentes de primer año en el pilotaje del portafolio	41
C-32. Culpabilidad de cupo	41

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

C-33. Análisis de las actividades de planificación familiar en un centro de salud	42
C-34. ¿Qué opinan los usuarios de su centro de salud?	42
C-35. El consentimiento informado escrito en Atención Primaria. Una asignatura pendiente	43
C-36. Perfil del paciente que solicita atención domiciliaria urgente	43
C-37. Epidemiología del hábito tabáquico en jóvenes de un instituto de enseñanza secundaria: prevención necesaria	44
C-38. Discúlpeme un momento	44
C-39. Intervención multifactorial de prevención de caídas en mujeres ancianas en Atención Primaria	45
C-40. Control de los factores de riesgo vascular antes y después de sufrir un IAM o un ACV	45

PANELES	47
--------------------------	----

SESIÓN PÓSTER 1: JUEVES, 10 DE MAYO, DE 16.00 A 18.00 H

CASOS CLÍNICOS

P-01. Actuación frente al eritema nodoso en la consulta de Atención Primaria	47
P-02. Deterioro cognitivo: no siempre es Alzheimer	47
P-03. Tos y fiebre desde hace más de un mes	48
P-04. Dolor torácico atípico con elevación brusca del dímero-D en embarazada	48
P-05. Osteonecrosis mandibular inducida por bifosfonatos	49
P-06. Fibrosarcoma de partes blandas en miembro inferior	49
P-07. Parasitosis, ¿una patología emergente? A propósito de un caso	50
P-08. Cefalea secundaria	50
P-09. Enfermedad del Madelung	51
P-10. ¡Es verdad, los dos comimos lo mismo!	51
P-11. Doctor, tengo miedo a dormirme	52
P-12. La inhalación de un cáustico no siempre produce patología orgánica	52
P-13. Parálisis de Todd	53
P-14. To beer or not to beer	54
P-15. Tiflitis aguda en paciente neutropénico. A propósito de un caso	54

SESIÓN PÓSTER 2: VIERNES, 11 DE MAYO, DE 09.30 A 11.30 H

CASOS CLÍNICOS

P-16. Neumotórax catamenial, ¿cata... qué, doctor?	56
P-17. Pérdida brusca de agudeza visual, ¿por qué puede ser?	56
P-18. Doctora, ¿y este bulto?	57
P-19. ¿Será alergia a la garrapata?	57
P-20. ¡Qué mala leche tiene esta vaca! Un caso diferente	58
P-21. Hallazgo de ictus occipital antiguo no descrito, a partir de exploración básica oftalmológica en Atención Primaria	58
P-22. La hidatidosis sigue presente	59
P-23. Manejo del paciente con ptosis palpebral	59
P-24. PAPPs: reivindica lo simple	60
P-25. Síndrome de Parinaud en Atención Primaria	60
P-26. ¿Tumor o bacteria?	61
P-27. Adenopatía laterocervical en varón joven	61
P-28. Cuidado con la depilación	62
P-29. ¿Qué me pasa por las noches, doctor?	63

P-30. Infiltrado alveolar en lóbulo superior derecho en paciente de raza negra	63
P-31. Cuerpo extraño en hipofaringe	64
P-32. Cuándo sospechar hipertensión secundaria	64
P-33. Dificultad para abordar un caso de tuberculosis	65
P-34. A propósito de un bloqueo de rama izquierda	65
P-35. No toda disnea crónica es EPOC	66

SESIÓN PÓSTER 3: VIERNES, 11 DE MAYO, DE 12.00 A 14.00 H

EXPERIENCIAS

P-36. Podemos mejorar el calendario vacunal	67
P-37. «¿Mi medico está en la radio?»	67
P-38. Fatiga crónica en Atención Primaria	68
P-39. <i>Vasco de Gama movement</i> : el grupo europeo Wonca para y por los residentes y jóvenes médicos de familia	68
P-40. Experiencia como R1 en la realización de un trabajo multidisciplinar: aprendiendo y desarrollando nuestra autoestima	69
P-41. El médico y el miedo: los medicamentos más potentes	69
P-42. Doctor, ¿puedo conducir?	70
P-43. Utilización de ECG en el seguimiento del hipertenso	70
P-44. La consulta telefónica en Atención Primaria	71
P-45. Programa de educación sanitaria a través de los medios de comunicación	71
P-46. Si la montaña no va a Mahoma	72
P-47. Sesiones de cine como instrumento para conocer el currículum oculto	72
P-48. Qué mejorar en el estudio de contactos de tuberculosis	73
P-49. Competencia cultural	73
P-50. Viene el helicóptero, ¿qué hacemos?	74

SESIÓN PÓSTER 4: VIERNES, 11 DE MAYO, DE 16.00 A 18.00 H

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

P-51. AASI, nuevo marcador de riesgo cardiovascular	75
P-52. Prevalencia de ancianos frágiles en Atención Primaria	75
P-53. Estudio de la prescripción de antidepresivos en un centro de Atención Primaria	76
P-54. Consideramos a los pacientes afectados de fractura osteoporótica más allá del tratamiento agudo	76
P-55. Análisis de derivación desde los centros de Atención Primaria a salud mental	77
P-56. Enfermedad meningocócica invasiva. Diez años de experiencia en un hospital	77
P-57. Estudio descriptivo de 27 casos de esquistosomiasis en un centro de salud	78
P-58. Prevalencia de depresión no diagnosticada en persona mayor de riesgo	78
P-59. Impacto de una intervención educativa sobre hábitos cardiosaludables en niños escolarizados	79
P-60. Doctor, ¿me da la pastilla?	79
P-61. Los cartones, la cartilla de largo tratamiento, la CLT informatizada y, ahora, la receta electrónica	80
P-62. Características de las anemias en un centro de salud	80
P-63. Diferencias entre un método tradicional y nuevas tecnologías formativas en un curso de RCP	81
P-64. La enfermedad cerebrovascular en la Serranía de Ronda en el año 2005. Aproximación epidemiológica	81
P-65. ¿Qué relación existe entre los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mal controlados y la aparición de nefropatía diabética manifiesta?	82
P-66. ¿Cómo son nuestros pacientes hipotiroideos?	82

ÍNDICE DE AUTORES	85
------------------------------------	----

BLOC DE NOTAS	89
--------------------------------	----

COORDINADORA DEL COMITÉ ORGANIZADOR

Sofía Bauer Izquierdo • *Vocal Residentes Sociedad Valenciana de MFyC*

COORDINADORA DEL COMITÉ CIENTÍFICO

María Pilar Marcos Calvo • *Vocal Residentes Sociedad Aragonesa de MFyC*

ENLACE semFYC

Luis Gálvez Alcaraz • *Vicepresidente semFYC*

COMITÉ ORGANIZADOR

Fernando Camón Iglesias • *Vocal Residentes Sociedad Andaluza de MFyC*

María Solís López • *Vocal Residentes Sociedad Asturiana de MFyC*

Antonio Barceló López • *Vocal de Residentes de la Sociedad Balear de MFyC*

Pilar González Romero • *Vocal Residentes Sociedad Canaria de MFyC*

Alicia Gómez Muñoz • *Vocal Residentes Sociedad Castellana y Leonesa de MFyC*

Alberto Touceda Bravo • *Vocal Residentes Sociedad Gallega de MFyC*

Silvia Fernández García • *Vocal Residentes Sociedad Riojana de MFyC*

COMITÉ CIENTÍFICO

Sociedad Andaluza MFyC

M.^a Fernanda Fernández-Tresguerres García
Salvador Pendón Fernández

Sociedad Aragonesa MFyC

Violant Pujol Aymerich

Sociedad Asturiana MFyC

Paz Quirós Fernández
Elena Fernández Suárez

Sociedad Balear MFyC

Gabriel Moragues Esbert

Sociedad Canaria MFyC

Carmen Rosa Hernández Rodríguez

Sociedad Castellana y Leonesa MFyC

Pablo Royuela Ruiz
Carolina Loriente Lobo

Sociedad Catalana MFyC

Cèlia Cols Sagarra
Manuel Sarmiento Cruz
Susana Valiente Hernández

Sociedad Gallega MFyC

María Teresa Maza Vera
Ángel Piñeiro López

Sociedad Madrileña MFyC

Sara Del Olmo Fernández
Carmen Núñez Barreiro

Sociedad Riojana MFyC

Esther Bajo Argomániz
Beatriz García Mozún

Sociedad Valenciana MFyC

Marta Roig Esteban
Carlos Sacristán González-Mataix
M.^a Carmen Galindo Martí

CUADRO HORARIO

Jueves, 10 de mayo

PALACIO DE CONGRESOS DE ALICANTE - JUEVES, 10 DE MAYO												
HORARIO	PRIMER PISO						SEGUNDO PISO					
	Auditorium	Sala 4	Sala 5	Sala 2	Sala 3	Sala 6	Sala 7	Sala 8	Sala 9	Sala 10	ZONA PÓSTERES	
10.00-10.30 h												
10.30-11.00 h												
11.00-11.30 h												
11.30-12.00 h												
12.00-12.30 h												
12.30-13.00 h												
14.30-16.00 h	ENTREGA DOCUMENTACIÓN											
16.00-16.30 h	MESA 1 Salidas profesionales	SESIÓN ORAL 1	1.º CURSO DE ACTUALIZACIÓN ASMA/EPOC	MESA Revista AMF Paso a paso en técnicas y habilidades	TALLER 4 Salud sexual	SESIÓN PÓSTER 1						
16.30-17.00 h												
17.00-17.30 h												
17.30-18.00 h												
18.00-18.30 h	PAUSA-CAFÉ											
18.30-19.00 h	ASAMBLEA RESIDENTES semFYC											
19.00-20.30 h	MESA INAUGURAL											
21.00 h	Cóctel de bienvenida (Castillo de Sta. Bárbara)											

PROGRAMA

Jueves, 10 de mayo de 2007

14.30-16.00 h ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

16.00-18.00 h MESA 1: Salidas profesionales

Moderador: *Manuel Sarmiento Cruz*

Ponentes: *Joan Guillamont Salvador y José Ángel Montañés Magallón*

1.º CURSO DE ACTUALIZACIÓN: ASMA/EPOC

Moderadora: *María Solís López*

Ponentes: *Javier Pérez Fernández y Juan Enrique Cimas Hernando*

MESA Revista AMF: Paso a paso en técnicas y habilidades

Moderadora: *Judit Pertíñez Mena*

Ponentes: *Ana Riestra Fernández, Rosana Del Amo López, Magda Bundó Vidiella y Pablo Estrada Ortiz*

TALLER 4: Salud sexual

Docente: *Carmen Sanisidro Fontecha*

SESIÓN Comunicaciones Orales 1

Moderadoras: *Carmen Rosa Hernández Rodríguez, Elena Fernández Suárez y Marta Roig Esteban*

SESIÓN Comunicaciones Póster 1

Moderadores: *Salvador Pendón Fernández y M. Fernanda Fernández-Tresguerres García*

18.00-18.30 h Pausa-café

18.30-19.00 h ASAMBLEA DE RESIDENTES semFYC

19.00-20.30 h MESA INAUGURAL

21.00 h Cóctel de bienvenida

Viernes, 11 de mayo de 2007

09.30-11.30 h CINE FÓRUM: Quiero fumar

Moderador: *Fernando Camón Iglesias*

2.º CURSO DE ACTUALIZACIÓN: Abordaje de la violencia doméstica en los servicios de Urgencias

Moderadora: *Alicia Gómez Muñoz*

Ponentes: *M.ª Dolores Rivas Vilas, Susana Sánchez Ramón y Lidia Salvador Sánchez*

SESIÓN Comunicaciones Orales 2

Moderadoras: *Susana Valiente Hernández, Cèlia Cols Sagarra y Carmen Núñez Barreiro*

SESIÓN Comunicaciones Póster 2

Moderadores: *Pablo Royuela Ruiz y Carolina Lorient Lobo*

TALLER 1: La cesta de la compra (9.30 a 12.30 h)

Docentes: *Josefa M. Panisello Royo y Sira Comamala Cela*

TALLER 2A: Recursos alternativos en situaciones de urgencia: McGiver

Docentes: *Daniel Rey Aldana, Guillermo Gil Calvo y Ángel Luis Lado Llerena*

TALLER 3A: ABC en infecciones en urgencias

Docentes: *José Manuel Garzón Hernández y Guillermo García Velasco*

TALLER 5A: Técnicas de infiltración en aparato locomotor. Utilización en Atención Primaria

Docentes: *Alejandro Tejedor Varillas, M.ª Victoria Díaz Puente, José Luis Miraflores Carpio y J. Carlos Hermosa Hernán*

TALLER 6A: Cuidados paliativos: control sintomático

Docentes: *Clavelina Arce García y M. Carmen Valdés Gómez*

TALLER 7A: Cirugía menor urgente

Docentes: *Francisco Beneyto Castelló, Vicente Roselló Bono, Manuel Batalla Sales y Francisco Ortiz Díaz*

11.30-12.00 h Pausa-café

12.00-14.00 h **MESA 2: El médico joven: lo que viene después del período MIR**

Moderador: *Fernando Camón Iglesias*

Ponentes: *Juan Vicente Quintana Cerezal, Begoña Peiteado, Beatriz Pascual De la Pisa y Enrique Gavilán Moral*

SESIÓN Comunicaciones Orales 3

Moderadoras: *Esther Bajo Argomániz, Beatriz García Mozún y M.ª Carmen Galindo Martí*

SESIÓN Comunicaciones Póster 3

Moderadores: *Alberto Touceda Bravo y Sara Del Olmo Fernández*

14.00-16.00 h Almuerzo de trabajo

16.00-18.00 h **MESA 3: Atención al inmigrante**

Moderadora: *Pilar González Romero*

Ponentes: *Inmaculada Mora Peces, Ricardo Redondas Marrero, Beatriz Marrero Pereyra y Santiago Galindo Barragán*

SESIÓN Comunicaciones Orales 4

Moderadores: *Manuel Sarmiento Cruz, M.ª Pilar Marcos Calvo y Violant Pujol Aymerich*

SESIÓN Comunicaciones Póster 4

Moderadores: *M.ª Teresa Maza Vera y Gabriel Moragues Esbert*

TALLER 2B: Recursos alternativos en situaciones de urgencia: McGiver

Docentes: *Daniel Rey Aldana, Guillermo Gil Calvo y Ángel Luis Lado Llerena*

TALLER 3B: ABC en infecciones en urgencias

Docentes: *José Manuel Garzón Hernández y Guillermo García Velasco*

TALLER 5B: Técnicas de infiltración en aparato locomotor. Utilización en Atención Primaria

Docentes: *Alejandro Tejedor Varillas, M.ª Victoria Díaz Puente, José Luis Miraflores Carpio y J. Carlos Hermosa Hernán*

TALLER 6B: Cuidados paliativos: control sintomático

Docentes: *Clavelina Arce García y M.ª Carmen Valdés Gómez*

TALLER 7B: Cirugía menor urgente

Docentes: *Francisco Beneyto Castelló, Manuel Batalla Sales, Vicente Roselló Bono y Francisco Ortiz Díaz*

18.00-18.30 h Pausa-café

18.30-19.30 h **MESA DE CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS**

MESAS

MESA 1

SALIDAS PROFESIONALES

Moderador:

Manuel Sarmiento Cruz

Ponentes:

Joan Guillamont Salvador

Especialista en MFyC.

Facultativo Especialista en el Equipo de Hospitalización a domicilio de L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

José Ángel Montañés Magallón

Médico Adjunto de Urgencias en el Hospital

Arnau de Vilanova. Lleida

Cuando uno habla del médico de familia, lo primero que se le viene a la cabeza es el concepto romántico del médico de cabecera. Por otra parte, la formación de la residencia en Medicina Familiar y Comunitaria, aunque principalmente te forma para realizar el ejercicio profesional en las áreas básicas de salud, es una formación muy amplia y capacita al médico especialista en medicina familiar y comunitaria a desempeñar otras funciones y otras salidas profesionales.

El objetivo de la mesa redonda es reflexionar sobre diferentes salidas profesionales para el médico de familia. Primero de todo, se ha intentado seleccionar las salidas profesionales íntimamente ligadas al médico de familia, ya que existen muchas otras salidas profesionales a las cuales se puede acceder únicamente por ser licenciado en medicina como pueden ser revisiones médicas, médico militar, gestión, docencia, investigación, las ONG, etc.

Una de las salidas profesionales más típicas es la de médico de urgencias, incluyendo todas sus variantes: hospitalaria, urgencias de Atención Primaria, ambulancias, rescate en helicóptero, rescate marítimo, etc. Históricamente, las urgencias se han visto «ocupadas» por médicos de familia y por internos, aunque si bien, los primeros, debido a su versatilidad, suelen ser mayoría ya que pueden ocupar áreas quirúrgicas, de traumatología, pediatría, etc., en las que el interno no se encuentra tan cómodo. Esto es debido a que la formación en Medicina Familiar y Comunitaria da amplios conocimientos en casi todos los campos de la medicina. Por todo esto, muchos residentes eligen la residencia de familia con el objetivo de ser médico de urgencias. Ante la probable especialidad de Medicina de Urgencias, ¿qué papel debemos adoptar los médi-

cos de familia? ¿Será la residencia en urgencias muy diferente a la de médico de familia?

Otra salida profesional es la de hospitalización domiciliaria. Aunque el mero hecho de que en el mismo nombre se haga referencia a la palabra «hospital», no tenemos que dar por entendido que el hospital no es campo del médico de familia. Si bien, es una salida también compartida por internos y, en las áreas quirúrgicas, suele desempeñar su labor profesional el médico de familia. Se trata, por lo tanto, de una salida profesional interesante y con mucho futuro.

La tercera salida profesional seleccionada no es ciertamente una labor profesional diferente, sino la experiencia de ir al extranjero a desempeñar dicha labor como médico de familia. Si bien es una salida que adoptan, y antes principalmente adoptaban, muchos licenciados que rehuían de realizar el MIR, es cierto que algunos médicos de familia deciden, una vez terminado su período formativo, emigrar a otros países, principalmente de Europa, para conocer otros sistemas, otras culturas, otros idiomas y, como no, para sentirse mejor valorados social y económicamente. Aunque parece ser que en los próximos años no va a haber problemas en encontrar trabajo tras la residencia, y existe una tendencia del médico español a la inmovilidad geográfica, es verdad que la administración debería plantearse que es posible que en los próximos años encontremos una mayor movilidad, donde haya médicos españoles en otros países donde el sistema de formación especializada español está muy bien reconocido y estén mejor valorados y cobren más, y médicos foráneos en España, donde no nos podamos beneficiar del nuestro propio sistema de formación.

MESA Revista AMF

PASO A PASO EN TÉCNICAS Y HABILIDADES

Moderadora:

Judit Pertíñez Mena

Especialista en MFyC. EAP Raval Sud. Institut Català de la Salut. Barcelona.

Miembro del comité de redacción de AMF.

Ponentes y contenido:

1. Colocación de una vía subcutánea

Ana Riestra Fernández

2. Uso del nitrógeno líquido en Atención Primaria

Rosana Del Amo López

3. Aplicación del Doppler en Atención Primaria: cálculo del índice tobillo-brazo

Magda Bundó Vidiella

4. Exploración de rodilla

Pablo Estrada Ortiz

Se trata de un repaso a través de imágenes de distintos procedimientos técnicos y habilidades que el médico de familia debe conocer para su práctica cotidiana. Los temas tratados son extraídos de artículos de la sección «Paso a paso» de la revista AMF (Actualización en Medicina de Familia).

MESA 2

EL MÉDICO JOVEN: LO QUE VIENE DESPUÉS DEL PERÍODO MIR

Moderador:

Fernando Camón Iglesias

Vocal de Residentes semFYC.

Ponentes:

Juan Vicente Quintana Cerezal

Vocal de Comunicación y Prensa de la Sociedad Valenciana MFyC. Miembro de la sección Jóvenes Médicos de Familia semFYC.

Begoña Peiteado

Responsable de Prensa de la Asociación Galega de MFyC, Delegada sindical de la Confederación Intersindical Galega (CIG-Saude).

Beatriz Pascual De la Piza

Vocal de Investigación de la Sociedad Andaluza de MFyC.

Enrique Gavilán Moral

Coordinador de la sección Jóvenes Médicos de Familia semFYC.

La experiencia de ser médico de familia joven

J.V. Quintana Cerezal

El primer día que te sientas en el sillón de la consulta como médico de familia, algo extraño te recorre el cuerpo. Si estás en el centro de salud en el que hiciste la residencia, el cambio no es tan brusco: los mismos pacientes, los mismos compañeros, etc. Pero una cosa cambia: estás solo en la consulta. Formas parte de un equipo y de repente sientes reparo a preguntar ciertas cosas. Si empiezas en otro centro de salud, todo, hasta la disposición de la mesa y los papeles, te resulta extraño. Además, y casualmente por supuesto, siempre sustituyes a ese médico al que le tocaba trabajar algún sábado.

Empieza la lucha contra la incertidumbre. Las guías y las evidencias están ahí, pero te falta experiencia para defender tus decisiones con firmeza. Pides pruebas diagnósticas de más o de menos y te encuentras

con la incongruencia de que ayer podías pedir un TAC porque estabas rotando en el hospital y hoy debes justificarlo con 2 folios de historial.

En urgencias sucede algo similar. Como residente sólo has de preocuparte de tus pacientes. Como adjunto, debes controlar que esos mismos pacientes sigan su curso de ingreso hasta la planta, atender a otros residentes, etc. Igualmente, si eres médico de urgencias en el hospital donde hiciste la residencia, pasarán meses hasta que dejes de ser considerado residente. Y eso, a la hora de debatir el ingreso de un paciente en un servicio u otro, determinadas pruebas diagnósticas, etc., tiene su importancia.

En sendos ámbitos, probablemente se acelere exponencialmente la adquisición de conocimientos y práctica. En definitiva, no es lo mismo estar tutelado, que firmar. Cosas de la necesidad y la supervivencia.

Actividad profesional del médico joven: aspectos laborales

B. Peiteado

Ante el residente de familia que acaba su especialidad, se abren hoy en día una serie de posibilidades laborales bastante variadas lo que hace que haya que escoger entre diversas opciones de trabajo.

En la decisión de elegir el ámbito profesional al que nos dedicaremos pueden pesar, además de las preferencias personales, las distintas características del trabajo en distintos ámbitos. Las opciones son varias: un centro de salud, las urgencias de un hospital, las urgencias de Atención Primaria, unidades de hospitalización a domicilio, servicios de emergencia, etc. Como las condiciones de trabajo pueden ser bastante diferentes, es interesante conocerlas.

Otra duda que asalta al nuevo médico de familia es cómo acceder a estas distintas opciones laborales, qué son las listas de contratación, dónde y cuándo tiene que anotarse para poder trabajar, si puede apuntarse en cualquier momento o hay que esperar a una convocatoria, qué distintos méritos son los que proporcionan mayor puntuación, etc.; generalmente, es el trabajo dentro del propio sistema lo que más puntúa, que es justo lo que le falta al joven médico de familia, así que debemos conocer qué otros méritos son interesantes conseguir.

Lo mismo ocurre con las convocatorias de oposición, es interesante conocer los baremos de méritos para centrarse en lo que más puntos aporte.

Las diferentes opciones laborales que se le ofrecen al médico de familia difieren bastante en cuanto a tipos de contrato, jornada a realizar, retribuciones, disfrute de permisos, etc. Conviene conocer los distintos tipos de contratos, sobre todo los temporales, que son los primeros a los que accederemos al iniciar nuestra vida profesional: contrato eventual, interino, de refuerzo, etc. Y por último, es fundamental conocer los distintos conceptos que componen una nómina, que tipos de complementos existen, etc.

En fin, sobre estas cosas no nos enseñan nada durante la residencia, y resultan bastante útiles a la hora de salir de la desorientación que a todos nos invade tras finalizar el período MIR.

Docencia e investigación durante el período después de la residencia

B. Pascual De la Pisa

El proceso de formación del médico de familia tiene una meta indiscutible, la asistencia, con una toma progresiva de responsabilidades mediante la tutorización. La formación en investigación no se ha desarrollado de forma paralela, quedando reservada para aquellos residentes con alta motivación, propia o contagiada de sus tutores. Después del período de formación MIR, la situación se mantiene y se encuentran distintas dificultades para desarrollar la función investigadora:

- El nuevo médico de familia comienza una etapa donde habitualmente su objetivo principal es encontrar su sitio como médico asistencial; para ello, ofrece disponibilidad horaria, geográfica y competencial. En estas circunstancias, la investigación queda totalmente excluida, ya que las sustituciones en distintos centros y por cortos períodos de tiempo imposibilitan realizar cualquier trabajo de campo.
- A esto, hay que añadir la deficiente remuneración económica de la investigación biomédica en nuestro país; las malas condiciones laborales en cuanto a cobertura de seguridad social y sin puntuar en los baremos de bolsas de trabajo u oposiciones; insuficientes estructuras de apoyo que faciliten a los médicos la compatibilidad entre la tarea asistencial y la investigación.

Una vez reconocidas estas importantes limitaciones, son realmente la falta de motivación y de cultura por la investigación, las que generan que el médico tras el MIR ni se plantee ampliar su formación en investigación, ni buscar un sitio como investigador.

El nuevo plan de la especialidad viene a reforzar la motivación del residente hacia la investigación con dos objetivos fundamentales: la capacitación en la generación y en la gestión del conocimiento.

El panorama del médico investigador ha cambiando en los últimos años: el becario ha pasado a ser un profesional más habitual en los centros de salud; el Instituto Carlos III (ISCIII) inicia las ayudas para contratos posformación sanitaria especializada y cambia el concepto tradicional de becario por el de investigador contratado en formación. La realización del doctorado contribuye a la formación en mayor profundidad y a una línea de mejora de relaciones con la Universidad, que se vislumbra como una puerta a la docencia. Estamos presenciando el aumento de estructuras de apoyo: las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, las redes de investigación cooperativa del ISCIII, las unidades de investigación vinculadas a gerencias o distritos de Atención Primaria, las fundaciones y sociedades científicas.

Implicar al médico en la investigación fomentará su espíritu crítico, que le permitirá localizar la incertidumbre y manejarla de forma adecuada, contribuirá a la promoción de la efectividad clínica y, por tanto, a una práctica clínica de excelencia. Éstos elementos son pilares fundamentales de la innovación de la Atención Primaria y, en definitiva, de la mejora de la salud de las personas.

Sección Jóvenes Médicos de Familia de semFYC, el puente entre la residencia y el mercado laboral

E. Gavián Moral

Los jóvenes médicos de familia (JMF) tenemos espacio propio en semFYC, y sentimos la necesidad de hacernos oír. Estamos llenos de ilusión por contribuir a mejorar nuestra profesión y nuestra especialidad. Pero, a la vez, comenzamos un período de incertidumbres, donde tenemos unas necesidades, temores y problemas específicos.

¿Qué expectativas tenemos los JMF?

En primer lugar, necesitamos oportunidades laborales de calidad y con continuidad para desarrollar nuestro potencial y alcanzar estabilidad laboral, familiar y personal. Estar bien asesorados de las posibilidades laborales y de desarrollo profesional. Dar sentido a nuestro trabajo más allá de la asistencia diaria. Sentirnos uno más del equipo de Atención Primaria (AP). Ampliar nuestro currículum con una formación continua acce-

sible y acorde con nuestras peculiaridades. Cultivar nuestras inquietudes docentes e investigadoras. Participar activamente en instituciones, asociaciones y sociedades científicas. Y sentirnos reconocidos personal, laboral, social y profesionalmente.

¿Qué temores tenemos?

Nos preocupa la sobrecarga de trabajo, sentirnos desanimados por no cumplir nuestras expectativas. Que la AP no vea recompensados sus esfuerzos por seguir siendo el pilar de la sanidad. Y que las próximas generaciones de JMF no tengan una apropiada regulación laboral y docente durante la residencia.

¿Qué aportamos los JMF?

Nuestro afán de lucha, el inconformismo y la tenacidad son nuestras armas; nuestra capacidad de descubrir nuevas soluciones a viejos problemas y de apertura a los cambios, nuestro principal baluarte; creemos en la medicina de familia, y eso nos motiva. Somos el puente entre el presente y el futuro.

Sección JMF: qué es y qué quiere conseguir.

Hace un año se creó la sección JMF. Desde entonces trabajamos para tener una presencia permanente en semFYC, canalizando nuestras preocupaciones e inquietudes, defendiendo nuestros intereses como médicos de familia y proponiendo actividades científicas, formativas e informativas que supongan mejoras en nuestra vida laboral y profesional. Para ello necesitamos de tu participación. En marcha está. Es tu sección. Es nuestra sección. (jovenesmedicos@semfyc.es).

MESA 3

ATENCIÓN AL INMIGRANTE

Moderadora:

Pilar González Romero

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.

Vocal de residentes de Santa Cruz de Tenerife de la SocamFYC.

Médico Voluntario del CIE de las Raíces

Ponentes:

Inmaculada Mora Peces

Especialista en MFyC del Hospital Insular Nuestra Señora de los Reyes.

Coordinadora del Grupo de Trabajo de Atención al Inmigrante y Salud Internacional de la SocamFYC.

Miembro del Instituto Universitario de Enfermedades Tropicales y Salud Pública de Canarias (IUETSPC).

Presidenta de la ONG La Casa de África.

Ricardo Redondas Marrero

Especialista en MFyC.

Miembro del Grupo de Trabajo de Atención al Inmigrante de la semFYC.

Beatriz Marrero Pereyra

Presidenta de Médicos del Mundo en Tenerife.

Médico especialista en salud pública.

Santiago Galindo Barragán

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.

Médico Voluntario del CIE de las Raíces.

Después de la masiva llegada de inmigrantes en los últimos años, lo ideal sería que desde Atención Primaria se prestara una atención adecuada al inmigrante. El aumento de la inmigración supone un problema debido a que se nos enfrenta a una situación para la que no estamos formados, carecemos de recursos y, en ocasiones, los tabúes y prejuicios se anteponen al abordaje integral y sistemático.

En esta mesa se intentarán abordar diferentes temas, desde la experiencia de los ponentes, para conocer la situación sanitaria actual de los inmigrantes, patologías asociadas al fenómeno de la inmigración, conflictos socioeconómicos sufridos por los inmigrantes, educación sanitaria y prevención, etc.

Atención a la población inmigrante en Médicos del Mundo

B. Marrero Pereyra

La intervención de Médicos del Mundo con el colectivo de personas inmigrantes se ha ido adaptando según ha evolucionado la respuesta del Estado. Con el proceso de regularización, y la consiguiente posibilidad de acceder al sistema de salud para toda persona que se encuentre en el país, la organización ha ido sustituyendo la asistencia sanitaria por la orientación y la derivación al sistema normalizado.

Las diferentes fases del proceso migratorio llevan consigo factores de riesgo específicos que pueden derivar en un incremento de la vulnerabilidad frente a enfermedades, incluidos problemas de salud mental.

Como consecuencia de su situación de irregularidad, muchas personas inmigrantes se ven forzadas a vivir y a trabajar en condiciones precarias, factores que aumentan su carga morbilidad. Los patrones de morbilidad reflejan los problemas sociales que han de afrontar en su supervivencia cotidiana, que genera problemas de salud mental y trastornos psicósomáticos. Además, hay aspectos que aparecen en todos los

colectivos, y son «la separación del resto de la familia», «la soledad» o «el futuro incierto», como las principales dificultades de adaptación. La depresión y la distimia son los trastornos psiquiátricos más frecuentes, además del trastorno específico conocido como síndrome de Ulises, que se manifiesta con depresión unida a estrés. La aparición de estas patologías se encuentra en las condiciones de trabajo, de higiene y de habitabilidad que deben soportar las personas inmigrantes en España. Sobre esto y los obstáculos en el acceso a la salud, es en lo que Médicos del Mundo orienta sus intervenciones.

Las líneas de trabajo se centran en:

- Atención social (información sobre recursos públicos y apoyo en la tramitación de la tarjeta sanitaria).
- Atención sanitaria.
- Promoción de la salud, educación para la salud, prevención y mediación sociosanitaria intercultural.
- Derivación a los recursos sociosanitarios normalizados.

Médicos del Mundo ofreció 14.857 atenciones durante el año 2005 en España y, en total, se atendió a 9.558 personas.

Atención al inmigrante

S. Galindo Barragán

Con mi colaboración en esta mesa redonda me gustaría exponer mi experiencia en la atención al inmigrante, como residente y como voluntario en un CIE (Centro de Internamiento para Extranjeros).

Tras la masiva llegada de pateras durante el año 2006, se atendieron multitud de inmigrantes subsaharianos en los servicios de urgencias en el hospital donde trabajo, observándose una asistencia deficiente, debido a múltiples causas, como la barrera que presenta el lenguaje, el hecho de ser indocumentados, el desconocimiento de su cultura, la falta de costumbre de tratar pacientes de raza negra, etc. Esto llevó a la elaboración de un protocolo para dar una mejor asistencia a estos pacientes. Durante mi ponencia explicaré brevemente en qué consiste este protocolo, y hablaré de algunos casos que reflejan la situación descrita anteriormente. Por otra parte, me gustaría hacer ver a los oyentes, la situación en la que llegaban los inmigrantes a los servicios de urgencias en un principio y cómo fue cambiando, así como comentar las patologías más frecuentes que presentaban. También creo que es interesante compartir con los participantes de la mesa la labor que realizamos un grupo de compañeros, como voluntarios de la Cruz Roja en CIE de las Raíces, en Tenerife.

TALLERES

SALUD SEXUAL

Docente:

Carmen Sanisidro Fontecha

Psicóloga clínica de la Unidad de Apoyo psicológico de sexología de SALUD. Zaragoza.

RESUMEN

El taller con contenidos teóricos, y sobre todo contenidos prácticos, facilitará a los asistentes las herramientas necesarias para abordar en su día a día los temas de salud sexual. Cómo introducir en la historia clínica y en la entrevista al paciente los temas de sexualidad como fuente de salud y bienestar, y en el caso de dificultades de sufrimiento. Soluciones prácticas y reales a nuestras carencias como profesionales de la salud en este campo tan fundamental en nuestros días.

OBJETIVOS

1. Recapacitar sobre la importancia de la salud sexual en el equilibrio mental del sujeto, así cómo de su salud física.
2. Tener en cuenta la labor preventiva en el área de la sexualidad humana.
3. Ampliar conocimientos y trabajar las actitudes como profesionales de Atención Primaria de la Salud en un tema poco trabajado en la consulta médica, pero no por ello fundamental para el paciente.
4. Fomentar una capacidad de atención nueva a alteraciones en la vida sexual del paciente mejorando su calidad de vida, física y mental.
5. Aportar habilidades específicas de entrevista clínica para el manejo de las disfunciones sexuales.

LA CESTA DE LA COMPRA

Docentes:

Josefa M.ª Panisello Royo

Directora General de FUFOSA

(Fundación para el fomento de la salud).

Sira Comamala Cela

Adjunta Técnica de Dirección de FUFOSA

RESUMEN

No os ha pasado alguna vez que un paciente os pregunta: «Dr/Dra., son sanas estas galletas», «¿Cuál de estos dos cereales es mejor para el desayuno?», «¿Es cierto

que la leche XXX baja el colesterol o la PA?», «¿Mejor que me rasque el bolsillo y compre leche enriquecida con Calcio "natural"?», «Compro leche enriquecida con Omega-3, ¿hago bien?».

Pues bien, este taller persigue dar los conocimientos básicos no sólo para responder a esas cuestiones y otras por el estilo, sino para saber dar el consejo educacional que permita a nuestros pacientes discernir de entre los alimentos preparados o aquellos que son más cardiosaludables, etc. Además, nos permitirá poder realizar un consejo poblacional que creemos muy necesario dado que la alimentación tiene una gran importancia en la morbimortalidad cardiovascular, primera causa de muerte en nuestro país. No olvidemos que uno de nuestros retos es sin duda formar a la población puesto que: somos lo que comemos, comemos lo que compramos y que, demasiadas veces, compramos lo que "casualmente" encontramos.

RECURSOS ALTERNATIVOS EN SITUACIONES DE URGENCIA: McGIVER

Docentes:

Daniel Rey Aldana

Especialista en MFyC. Área de Santiago de Compostela.

Guillermo Gil Calvo

Especialista en MFyC.

Médico adjunto del servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Ángel Luis Lado Llerena

Especialista en MFyC.

Médico de Atención Primaria en el CAP de Sierra de Outes, La Coruña.

RESUMEN

Hay problemas de salud a los que la doctrina y la literatura de medicina de familia dan escasa respuesta, especialmente, en el campo de las urgencias.

Creemos que éstas tienen poco peso en nuestra literatura y, sin embargo, en buena parte del Estado somos los profesionales de Atención Primaria los primeros respondedores a cualquier urgencia, la leve y la grave. Un objetivo fundamental del taller es contagiar el ansia de búsqueda de respuestas fuera del campo doctrinal propio y, cuando se encuentran, adaptarlas a nuestra realidad. Además, somos de la opinión, que el hecho de exponer un "popurri" de habilidades de esta naturaleza

resultará refrescante en un tiempo en el que la teorización en medicina general, especialmente en el campo de la prevención, puede estar ahogando al médico-sanador que muchos de nosotros llevamos dentro y que pensamos es la esencia de nuestra profesión.

ABC EN INFECCIONES EN URGENCIAS

Docentes:

José Manuel Garzón Hernández

Especialista en MFyC. Área I. Jarrío. Asturias

Guillermo García Velasco

Especialista en MFyC. CS Calzada 2. Gijón

RESUMEN

Atención Primaria es el escenario habitual donde infecciones de muy diferente signo y gravedad hacen acto de presencia en nuestra comunidad. Es, por tanto, un motivo muy frecuente de consulta con importantes repercusiones en la salud pública y en el bienestar de los pacientes, así como una bolsa destacada de ineficiencia en su abordaje y manejo. Pretendemos, a partir de situaciones clínicas, ir desgranando las diferentes preguntas que nos surgen para su manejo y plantear respuestas acordes con las pruebas más consistentes y con el ámbito de actuación.

OBJETIVOS

1. Reevaluar y mejorar las habilidades en el abordaje de los cuadros infecciosos que con mayor frecuencia se presentan como urgencias en Atención Primaria.
2. Mejorar los conocimientos en las posibilidades diagnósticas reales en las urgencias infecciosas.
3. Fomentar el uso razonado de antibióticos en Atención Primaria.
4. Cambiar las preguntas que nos hacemos ante la patología infecciosa de nuestros pacientes.

TÉCNICAS DE INFILTRACIÓN EN APARATO LOCOMOTOR. UTILIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Docentes:

Alejandro Tejedor Varillas

Especialista en MFyC. CS Las Ciudades. Getafe (Madrid)

M.^a Victoria Díaz Puente

Especialista en MFyC. CS. Puente de la Reina. Madrid

José Luis Miraflores Carpio

Especialista en MFyC. CS Getafe Norte. Getafe (Madrid)

Juan Carlos Hermosa Hernán

Especialista en MFyC. CS Las Ciudades. Getafe (Madrid)

RESUMEN

Se dispondrá de reproducciones anatómicas de las articulaciones de hombro, codo, mano, rodilla y pie.

De forma escalonada y eminentemente práctica, se revisarán los fundamentos de aplicación de cada técnica.

Tras la interpretación topográfica de la sintomatología, la sistemática exploratoria y el planteamiento diagnóstico terapéutico, se llevará a cabo por parte del discente la realización de la infiltración sobre las reproducciones anatómicas de aquellas patologías más específicas y frecuentes de cada articulación. Nuestra idea es desarrollar un taller muy participativo para que sea posible incorporar esta técnica en la consulta habitual de un centro de salud.

OBJETIVOS

1. Conocer las indicaciones del tratamiento con la infiltración del aparato locomotor abordables desde la consulta de AP.
2. Diagnosticar las patologías más frecuentes a través de la historia clínica y la exploración funcional.
3. Dotar de conocimientos y habilidades en la técnica de infiltración del aparato locomotor al médico de familia.

CUIDADOS PALIATIVOS: CONTROL SINTOMÁTICO

Docentes:

M.^a Clavelina Arce García

Especialista en MFyC. Unidad de Hospitalización a Domicilio Cabueñes.

Miembro del grupo de paliativos samfyc y semFYC. Gijón (Asturias).

M.^a Carmen Valdés Gómez

Especialista en MFyC. ESAD de Gijón.

Miembro del grupo de paliativos de la samfyc. Gijón (Asturias).

RESUMEN

Un adecuado control de los síntomas es imprescindible para proporcionar una buena calidad de vida a los pacientes con enfermedad avanzada y/o terminal que es el objetivo de los cuidados paliativos. El papel del médico de familia para el logro de este objetivo es fundamental.

OBJETIVOS

Mejorar la formación de los asistentes en el tratamiento de los síntomas que presentan los pacientes con enfermedad avanzada y/o terminal.

CIRUGÍA MENOR URGENTE

Docentes:

Francisco Beneyto Castelló

Especialista en MFyC. CS Manises (Valencia).
Coordinador del GdT de Cirugía Menor de la SVMFiC.
Miembro del GdT de Cirugía Menor de la semFYC.

Vicente Roselló Bono

Especialista en MFyC. CS de Xativa.
Especialista en Cirugía General.
Miembro del GdT de Cirugía Menor de la SVMFiC.

Manuel Batalla Sales

Especialista en MFyC. CS Rafalafena
(Castellón de la Plana).
Miembro del GdT de Cirugía Menor de la SVMFiC.

Francisco Ortiz Díaz

Especialista en MFyC. CS San Vicent del Raspeig
(Alicante).
Coordinador del GdT de Cirugía Menor de la semFYC.
Miembro del GdT de Cirugía Menor de la SVMFiC.

RESUMEN

La necesidad de aplicar tratamientos quirúrgicos (CM) se presenta en múltiples situaciones en la práctica diaria del médico de familia (MF), pero es, sobre todo, en urgencias y atención continuada donde este tipo de actuaciones resultan más habituales. El MF debe estar preparado para valorar y asumir, o derivar esta patología.

Es conveniente que determinadas técnicas quirúrgicas sean conocidas y aplicadas por los MF, por ser motivo de atención frecuente, por poder ser motivo de graves riesgos y porque se trata de técnicas asumibles en urgencias por no requerir, en la mayoría de los casos, de un material sofisticado disponible en casi todos los dispositivos de urgencias.

En la experiencia de nuestro grupo de trabajo es un aspecto muy demandado de la CM tanto por residentes como por MF con experiencia, por tratarse de situaciones urgentes frecuentes y comunes a todos.

OBJETIVOS

Generales:

Formar a los asistentes en el manejo de la patología quirúrgica susceptible de tratamiento por el médico de familia en el ámbito de las urgencias extrahospitalarias.

Específicos:

- Manejo de heridas.
- Manejo de los abscesos cutáneos.
- Manejo de las quemaduras.
- Manejo de otras situaciones patológicas, susceptibles de tratamiento quirúrgico, dentro de la patología atendida en urgencias.

COMUNICACIONES LIBRES

SESIÓN ORAL 1: JUEVES, 10 MAYO, DE 16.00 A 18.00 H

CASOS CLÍNICOS

C-01

TODO TIENE SU PORQUÉ

Castro Arias M, Franco Sánchez-Horneros R, Pascual García Z, Vázquez L, Quirós Navas E, Siles Cangas M.
CS Guayaba, Hospital 12 de octubre. Madrid. Madrid
castroariasloreana@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y atención especializada.

PRESENTACIÓN

La prevalencia de las infecciones respiratorias de vías bajas es muy alta en Atención Primaria, y es frecuente su repetición en determinados pacientes. Pero en ausencia de factores de riesgo, ¿qué esconde la repetición de estos cuadros?, ¿qué hemos de buscar antes de derivar? Se presenta una mujer de 39 años, fumadora de 5 cigarrillos/día hasta hace 5 años, con dos ingresos previos por neumonía hace 1 y 2 años, y el último precisa ingreso en UCI por insuficiencia respiratoria. Acude a consulta por nuevo cuadro de infección respiratoria sin respuesta a antibióticos, esteroides y broncodilatadores. Se solicita radiografía de tórax objetivando patrón intersticial bilateral y bronquiectasias diseminadas similar a radiografías previas. TAC previo: bronquiectasias cilíndricas y en algunos segmentos quísticas. Buscando el porqué de las bronquiectasias solicitamos serología para gérmenes atípicos, VIH, BAAR en esputo y galactomanano que resultaron negativos. Siguiendo el paso: estudio de inmunoglobulinas demostrando déficit de todas ellas (IgG 232, IgA 60, IgM 300). Se consideró diagnóstico de probable hipogammaglobulinemia variable común por lo que se derivó al hospital de día para seguimiento y tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas que tuvo excelente respuesta clínica y analítica (2 meses después: IgG 569, IgA, IgM normal).

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: pasos a seguir en el diagnóstico etiológico de bronquiectasias.

Juicio clínico: hipogammaglobulinemia variable común.

CONCLUSIONES

Se comenta la prevalencia, formas de presentación, complicaciones y opciones terapéuticas de esta rara enfermedad, y se concluye que ante la repetición de procesos cotidianos en la práctica clínica siempre hemos de buscar su porqué.

C-02

DOLOR ABDOMINAL COMO MANIFESTACIÓN DE TUBERCULOSIS ESPLÉNICA

Hernández Ledesma M, Odriozola Grijalba L.
CS Rodríguez Paterna. Logroño. La Rioja
belen.hernandez@banatpartituras.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: el dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente que exige diagnóstico diferencial entre múltiples patologías. El aumento de la incidencia de tuberculosis en España y lo poco común de la presentación esplénica, con clínica de abdominalgia, nos hace valorar este caso como curioso.

Motivo de consulta: mujer de 46 años con dolor abdominal de 2 meses de evolución.

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Enfermedad actual: dolor abdominal de 2 meses de evolución, difuso, predominio en hemiabdomen izquierdo, con náuseas pero sin vómitos ni alteraciones del ritmo intestinal.

Exploración física: abdomen distendido sin masas ni visceromegalias, dolor difuso a palpación profunda en hemiabdomen izquierdo sin signos de peritonismo.

Pruebas complementarias: analítica: normal, marcadores tumorales y serologías negativos. Ecografía abdominal: imagen seudonodular en lóbulo hepático derecho. Radiografía de tórax: normal. ECG: normal. TAC cervicotorácico: atelectasia subsegmentaria paracardíaca derecha. TAC abdominal: lóbulo hepático derecho con imagen quística, sin lesiones ocupantes de espacio. Bazo aumentado de tamaño, contornos lobu-

lados, con múltiples imágenes hipodensas en todo el parénquima. Adenopatías paraórticas. Revisión ginecológica: normal. Esplenectomía diagnóstico-terapéutica: anatomía patológica: bazo con inflamación granulomatosa tipo tuberculoide; biopsia hepática: inflamación focal crónica inespecífica.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: procesos digestivos abdominales inflamatorios, vasculares, obstructivos, y ginecológicos y urológicos.

Juicio clínico: tumoración esplénica de origen tuberculoso.

CONCLUSIONES

Discusión: la afectación esplénica es una forma infrecuente de tuberculosis extrapulmonar. Su diagnóstico suele retardarse y requiere coordinación entre Atención Primaria y especializada con realización de pruebas diagnósticas complejas. La triple terapia tuberculostática produjo remisión completa.

C-03

¡VAYA CONTRACTURA!

Aragón Leal M, Ruiz Castilla F.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Andalucía
ksti13@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto (urgencias y Atención Primaria).

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: varón de 52 años acude a urgencias por cefalea occipital brusca e intensa de 2 horas de evolución y fuerte dolor cervical. Componente ansioso, impresiona de gravedad.

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, no factores cardiovasculares, no consumo de tóxicos ni fármacos. Poliomielitis en la infancia con secuelas neurológicas en miembros inferiores con uso de muletas.

Enfermedad actual: refiere que practicaba deporte en bicicleta mediante pedaleo manual, a los poco metros siente fuerte punzada en la nuca con dolor a la movilidad de cabeza y brazos. Diagnosticado de contractura cervical y se pauta analgesia en su centro de salud.

Exploración física: regular estado general y aletargado. Destaca parálisis flácida y arreflexia en miembros inferiores desde la infancia. Rigidez de nuca dolorosa,

no signos meníngeos, ligera fotofobia, pares craneales normales, afebril y constantes vitales normales.

Pruebas complementarias: analítica normal y TAC craneal revela hemorragia subaracnoidea de predominio occipital. Pendiente de arteriografía para filiar causa, posible aneurisma.

DESARROLLO

Administramos analgesia sin éxito. Se decide descartar cefalea secundaria mediante TAC craneal.

Diagnóstico diferencial: cefalea primaria y cefalea secundaria (hemorragia subaracnoidea, meningitis, tumores, hipertensión arterial y arteritis de la temporal).

Juicio clínico: hemorragia subaracnoidea secundaria a esfuerzo físico.

CONCLUSIONES

La mayoría de las cefaleas son benignas, es decir, tensionales o migrañosas por lo que una buena historia clínica, que nos aclare su inicio y sus desencadenantes, nos ayuda a diferenciar una cefalea secundaria. En caso de paciente con cefalea brusca tras ejercicio, pensar siempre en la hemorragia subaracnoidea como causa secundaria.

C-04

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: DIAGNÓSTICO PRECOZ DE MASA PANCREÁTICA

Medina Recio F, Mejía Castillo M.

CS Laguna de Duero. Laguna de Duero (Valladolid). Castilla y León
fermedre@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y asistencia especializada (cirugía general, digestivo, oncología).

PRESENTACIÓN

Paciente de 75 años, con antecedentes de histerectomía y apendicectomía, depresión, migrañas y accidente cerebrovascular en enero de 2001. Acude a nuestra consulta por presentar desde hace 15 días nicturia y coluria, había estado en urgencias del centro de salud donde le pusieron tratamiento con norfloxacino por tener tira de orina positiva, sin mejoría del cuadro. En la exploración, todo es normal, excepto ligera ictericia de piel y mucosas. Debido a la disponibilidad de ecógrafo y personal entrenado en nuestro centro se realiza

ecografía abdominal donde se aprecia masa a nivel de cabeza de páncreas que produce obstrucción y dilatación de vías biliares. No se ve la vesícula pero sí una imagen ecogénica en su lugar teórico. Ante esta imagen se remite al paciente a urgencias hospitalarias.

DESARROLLO

En el hospital completan el estudio con analítica, TAC y nueva ecografía con diagnóstico de masa hipodensa en cabeza pancreática que dilata vía biliar, en íntimo contacto con la vena mesentérica superior sin poder descartar infiltración, compatible con neoplasia pancreática. Se decide realizar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica para colocar *stent* y hacer esfinterotomía, durante su realización se produce perforación duodenal yatrogénica con extravasación de contraste y gas a retroperitoneo y neumoperitoneo que se resuelve con tratamiento, ante la complicación no se obtiene biopsia y no se llega al diagnóstico anatómopatológico. En la actualidad está asintomática.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra la utilidad y eficacia de disponer de ecografía en Atención Primaria para el diagnóstico precoz de ciertas patologías graves.

C-05

TUMORACIÓN EN CADERA

Soto Martínez M, Sánchez García M, Garrote Díaz E, García Martínez L, Vázquez García M, Lorca Serralta J. CS del Barrio del Peral. Cartagena. Región de Murcia. estergarrote@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

La tuberculosis es una enfermedad crónica producida por el *M. Tuberculosis* y en muy raras ocasiones por el *M. Boris*. El contagio es fundamentalmente por inhalación, en pocas ocasiones por ingestión y en raras ocasiones por inoculación cutánea.

Motivo de consulta: mujer de 88 años visitada en domicilio en septiembre del 2001 por presentar bulto en nalga derecha tras sufrir caída.

Exploración física: dolorosa sin objetivar lesiones. Consulta repetidamente por persistencia del bultoma, tratándose con antibióticos sin resultado. Se extraen muestras del mismo obteniéndose líquido para cultivo,

que es negativo en varias ocasiones. Lowestein positivo 17 meses después. Se habla con la familia para valorar ingreso para estudio del origen, se niegan al ingreso y prefieren un estudio desde Atención Primaria.

Pruebas complementarias: analítica: creatinina 1,5-2,5; VSG 75-100; PCR 12,3; Hb 9,7; ferritina 467, y resto normal. Cultivo Lowestein de orina negativo. Anatomía patológica: células no malignas. Z-N de esputo. Radiografía de tórax y lumbar: normal. ECO abdominal: quiste renal simple riñón izquierdo con adelgazamiento de la cortical. RM abdomen: existencia de una masa de tipo quístico de 4-5 cm, localizada en planos grasos de pared abdominal posterior izquierda, a nivel de nalga izquierda.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: absceso frío en cadera por tuberculosis. Descubrimos que la pte fue contagiada tras inoculación por inyección intramuscular.

Tratamiento: rifater, no ha presentado reactivación del absceso.

CONCLUSIONES

Con este caso clínico podemos ver la importancia del abordaje integral del paciente geriátrico desde Atención Primaria. Hay que resaltar los beneficios que supone para éste una buena coordinación entre los distintos profesionales del equipo de salud y, al mismo tiempo, con los profesionales de especialidades hospitalarias. La confianza y buena relación entre médico/paciente-familia a lo largo del tiempo permitió llevar un caso difícil como éste desde Atención Primaria.

C-06

INFECCIONES RESPIRATORIAS DE REPETICIÓN Y CARDIOPATÍA

Solla Acuña M, Troncoso Recio S, Vilar Pérez M, Leiro Manso A. CS y hospital Meixoeiro. Vigo (Pontevedra). Galicia. stronco@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención primaria y asistencia especializada.

PRESENTACIÓN

Varón de 80 años, ex fumador, con criterios clínicos de broncopatía crónica, infecciones respiratorias frecuentes, sin neumonías, y trabajador en fábrica de ladrillo, consultó en el centro de salud en múltiples ocasiones por infecciones respiratorias de repetición y clínica de

disnea sin criterios de insuficiencia cardíaca. Acude ahora por empeoramiento de su disnea habitual a raíz de cuadro catarral desde hace 2 meses. Presenta buen estado general. Eupneico en reposo, tolera decúbito. Chapetas males, tórax en tonel. No IVY. AC: Rítmico, tonos apagados, soplo sistólico II/VI con desdoblamiento fijo del segundo tono. AP: hipoventilación en bases y campos medios. Miembros inferiores: no edemas, pulsos distales conservados y simétricos. Analítica general: normal. Gasometría: insuficiencia respiratoria tipo I. Radiografía de tórax: cardiomegalia. Signos indirectos de hipertensión pulmonar. Diafragma aplanado y aumento del espacio aéreo retroesternal. ECG: bloqueo aurículo-ventricular completo tipo Mobitz II con ritmo de escape a 50 lpm, que requirió implantación de marcapasos. BRDHH, HBRAI. En el ecocardiograma se pone de manifiesto una comunicación auricular no conocida hasta ese momento.

DESARROLLO

Debemos considerar principalmente patología respiratoria (EPOC y reagudizaciones) y patología cardiológica (insuficiencia cardíaca, comunicación interauricular, etc.).

Juicio clínico: bloqueo bifascicular con bloqueo AV tipo Mobitz II y completo intermitente con ritmo de escape a 50 lpm, y comunicación interauricular.

CONCLUSIONES

Un motivo de consulta frecuente (infecciones respiratorias de repetición, disnea), puede estar causado por cardiopatías congénitas como la CIA que probablemente no se tienen en cuenta en el diagnóstico diferencial y pasan desapercibidas a lo largo de la vida del individuo, así su diagnóstico, como en este caso, es casual.

C-07

A PROPÓSITO DE UNA PÚRPURA

Pérez Sanz B, Pardo Fernández M.
CS Azpilagaña. Pamplona. Navarra
mparfer@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Paciente de 66 años, separado, vive solo y tiene mala relación familiar.

Motivo de consulta: lesiones cutáneas.

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Enfermedad actual: paciente que acude a consulta por lesiones cutáneas de semanas de evolución en extremidades inferiores.

Exploración física: lesiones eritematosas, no palpables, en extremidades y abdomen. No desaparecen a vitropresión. Hematoma caliente, doloroso en tobillo y pie derecho. Hipertrofia gingival con fetidez oral. Resto de la exploración anodina.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax y abdomen. Analítica: hemograma, coagulación, VSG, PCR, bioquímica, lipidograma, proteinograma, ferrocínética, cobalaminas, folatos, tiroideo. Vitamina C. Resultados: Hb: 11,8; VCM: 114,2; cobalamina < 150; folato 1,69. Déficit de Vit C. Resto normal.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial:

– Púrpura no palpable: traumática; anomalías hemostáticas: alteración plaquetaria (SHU, PTI, CID), alteraciones factores coagulación (hemofilia, déficit Vit K, dicumarínicos); alteraciones microvasculares: enfermedades genéticas, yatrogenia, senil, déficit vitamínico.

– Púrpura palpable.

Juicio clínico: escorbuto.

CONCLUSIONES

El escorbuto es una enfermedad por avitaminosis que origina síntesis anormal del colágeno vascular y, en consecuencia, un aumento de la permeabilidad vascular, que ocasiona las lesiones cutáneas. Un aspecto importante de la historia es el conocimiento de los hábitos alimenticios, características de la dieta y el consumo de alcohol, ya que es decisivo para orientar el cuadro clínico hacia un déficit nutricional.

C-08

DOLOR CERVICOFARÍNGEO EN PACIENTE FUMADORA

Guillén Pérez A, Pérez Olano B, Farran Torres N, Sarmiento Cruz M.
ABS Bordeta-Magraners. Lleida. Cataluña
angelguillen@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto (Atención Primaria y atención especializada).

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: mujer de 43 años consulta por sen-

sación de cuerpo extraño faríngeo y dolor en cara lateral del cuello.

Antecedentes personales y familiares: fumadora, sin otros antecedentes de interés.

Enfermedad actual: refiere sensación de cuerpo extraño y molestias faríngeas, dolor en cara lateral del cuello, mareos y cefalea. Inicio subagudo.

Exploración física: la exploración es anodina.

Pruebas complementarias: fibroscopia que objetiva una hipertrofia en la base de la lengua; radiografía cervical donde se objetivan signos de cervicartrosis; TAC mandibular valorado inicialmente como normal; RM cervical donde se aprecian profusiones discales C5-C6 y otros signos degenerativos.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: procesos inflamatorios faríngeos, cuerpo extraño enclavado en faringe, dolor radicular por patología osteomuscular, neoplasia de en región cervical.

Juicio clínico: tras revalorar el TAC mandibular se aprecia una elongación de la apófisis estiloides, llegándose al diagnóstico de síndrome de Eagle. Es tratada con AINE y miorrelajantes por la patología cervical. Dado que la clínica había disminuido mucho de intensidad no se propuso tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

Discusión: el síndrome de Eagle es una entidad clínica caracterizada por dolor cervicofaríngeo secundario a la elongación y/o calcificación del proceso estilohiideo. Está presente entre el 8-40% de la población, pero sólo el 4% de éstos presentan síntomas.

Conclusiones: a la hora de abordar el diagnóstico de dolores cervicales deben tenerse en cuenta otras entidades clínicas no relacionadas con la patología osteomuscular o inflamatoria, aunque éstas sean las más prevalentes.

C-09

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE. ABORDAJE PSICOSOCIAL

Ruiz Castilla F, Aragón Leal M.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Andalucía
ksti13@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y atención especializada (digestivo).

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: dolor abdominal tipo cólico, diarrea, flatulencias y cambios frecuentes en las características de las deposiciones.

Antecedentes personales y familiares: mujer de 38 años sin factor de riesgo cardiovascular en seguimiento por ginecología por cuadro de hipermenorrea y dismenorrea, pendiente de histerectomía, consumo no abusivo de alcohol y no fumadora. Tratamientos previos con laxantes y diazepam. Intervenida de apendicectomía y colecistectomía. Madre fallecida hace 6 meses de cáncer de mama, padre alcohólico y divorciada de marido alcohólico, con un hijo de 10 años. Historia de abuso sexual a los 7 años.

Enfermedad actual: dolor abdominal intenso en región inferior de HCl, mejora al defecar, se presenta cada 2-3 días, con heces duras/líquidas y moco abundante, distensión abdominal, incontinencia fecal en dos ocasiones y cefalea suboccipital.

Exploración física: abdomen blando y doloroso a la palpación en región izquierda con colon izquierdo palpable y doloroso. ACP y extremidades normales, tacto rectal normal y puñopercusión renal negativa.

Pruebas complementarias: analítica completa (hormonas tiroideas, celiacía, VSG), coprocultivo y sangre oculta en heces, test de lactosa, ECO y TAC abdominal, enema opaco y colonoscopia normales.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: cáncer colorrectal, EII, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, dolor pélvico crónico, hipotiroidismo, trastornos depresivos y ansiosos.

Juicio clínico: síndrome del intestino irritable.

CONCLUSIONES

El síndrome del intestino irritable es un trastorno digestivo funcional que asocia dolor abdominal y alteraciones del tránsito intestinal, con curso benigno y crónico, que se caracteriza por ausencia de hallazgos en PC y de síntomas de alarma, siendo el abordaje psicosocial esencial para su control.

C-10

FIEBRE QUE NO CEDE

López Soler E, Gonzalo García C, Alejo Díaz-Zorita C, Polyziadis Voulodimos S, Suárez Marrero A, Corchón Marín M. CS La Milagrosa. Soria. Castilla y León
conc_alejo@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y urgencias hospitalarias.

PRESENTACIÓN

Dos varones de 27 y 47 años viajan a la India en fechas separadas sin profilaxis previa. Al regreso a España presentan cuadro febril que no remite pese al tratamiento antibiótico.

Caso 1: varón de 27 años sin antecedentes, residente en China en el último año. Durante su estancia en la India inició cuadro diarreico que persiste a su regreso a España, comenzando 1 mes después un cuadro febril de 38° C. En la unidad de enfermedades infecciosas se realizan hemocultivos, coprocultivos y parásitos en heces. En dos hemocultivos crece *Salmonella Paratyphi A*. Al no responder al tratamiento con ciprofloxacino + amoxicilina ingresa en unidad de enfermedades infecciosas.

Caso 2: varón de 47 años con antecedentes de prostatitis aguda. Tras días de su regreso presenta episodio de deposiciones blandas autolimitado y cuadro febril de hasta 39° C, por lo que inicia tratamiento con ciprofloxacino. Como no hay mejoría, acude a urgencias e ingresa en unidad de enfermedades infecciosas.

Pruebas complementarias:

Caso 1: destaca GOT: 114,5; GPT: 160,9; resto normal. Hemocultivos: *Salmonella paratyphi A*.

Caso 2: destaca GOT: 930,5; GPT: 1850. Hemocultivos: *Salmonella Typhi*. En ambos casos se realizaron eco abdominal y ecocardiograma que fueron normales y serologías a parásitos, virus y bacterias sospechosas que fueron negativas

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: gripe, infecciones víricas, isquemia intestinal, brucelosis, Rickettsiosis, enfermedad inflamatoria intestinal, tuberculosis miliar, mononucleosis, citomegalovirus, paludismo, neumonía, meningitis, meningoencefalitis, apendicitis, colecistitis, linfoma.

Juicio clínico: fiebre tifoidea.

CONCLUSIONES

La fiebre tifoidea es una enfermedad sistémica que puede presentar complicaciones graves. Como consecuencia del aumento de la población inmigrante y los viajes, ha habido aumento de la incidencia de enfermedades que creíamos lejanas en nuestras consultas de Atención Primaria. Una correcta información, la correcta inmunización y consejos higiénico-dietéticos evitarían muchos contagios.

SESIÓN ORAL 2: VIERNES, 11 MAYO, DE 09.30 A 11.30 H

CASOS CLÍNICOS

C-11

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍFILIS LATENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Hernández Carmona A, López Torres G, Saavedra Ruiz A, López-Pozo Linares M.
CS La Chana. Granada. Andalucía
antoarjo@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Varón 70 años, viudo desde hace 10 años, que desde entonces ha tenido varias parejas esporádicas, pero la pareja actual con la que mantiene contactos sexuales ocasionales le exige serologías. Como antecedentes personales presenta HTA y Ca vesical en 1987. Resultados de serología: HbsAg (Australia) (EIA) (-) HbsAc (EIA) (+) (12.00 UI/L) Ac anticore HepB (EIA) (+) Ac HepC (-) Ac antiVIH (EIA) (-) Lues VDRL POSITIVO PURO Ac totales antitreponema pallidum (EIA) (+) Lues TPHA prueba positiva. Serología de confirmación: mismo resultado. Actualmente asintomático. Nos cuenta que en los 70 trabajó en África (Somalia y Etiopía), donde tuvo varios contactos sexuales. Recuerda que tuvo una lesión en el pene, por lo que le pusieron una inyección de penicilina.

DESARROLLO

La serología se positiviza desde la semana 4-6 del contacto. Pruebas reagínicas: RPR Y VDRL. Muy sensibles, poco específicas. Se usan para monitorización. Con tratamiento correcto deben negativizarse al año. Pruebas treponémicas: Ac específicos frente a sífilis. FTA, y MHA- TPHA, EIA. Se usan para confirmar pruebas reagínicas positivas y en diagnóstico de sífilis tardía. Positivos de por vida a pesar de tratamiento correcto. Asintomático, aunque con serología positiva, es sífilis latente. Dos fases:

- Fase precoz (menos de 1 año desde la infección).
- Fase tardía (a partir del año).

Para sífilis latente tardía: iniciamos tratamiento con penicilina G benzatina 2.400.000 UI/sem durante 3 semanas. Vigilar descenso de VDRL durante 2 años.

CONCLUSIONES

Importancia de la interpretación de resultados serológicos y conocimiento del tratamiento.

C-12

EL SÍNCOPE: «JURO QUE NO ME HE METIDO NADA»

Briongos Figuero L, Díaz Gómez B, González Touya M.
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. Castilla y León
laisadoc@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Varón de 34 años atendido en urgencias tras síncope conduciendo.

Antecedentes personales: fumador de 15 cigarrillos/día. Únicamente refiere migraña.

Antecedentes familiares: no relevantes.

Enfermedad actual: conduciendo, el paciente sintió mareo (sin sensación de giro de objetivos ni cortejo vegetativo) y pérdida de conocimiento durante 1 minuto (objetivado), y tiene un accidente de tráfico. Cuando se recuperó, no presentaba amnesia ni pérdida del control de esfínteres, podía moverse y sentir las extremidades. Niega consumo de drogas.

Exploración física: Glasgow 15. Constantes vitales normales, sin hallazgos relevantes.

Pruebas complementarias: glucemia capilar, hemograma, bioquímica, coagulación, dímero-D y marcadores de daño miocárdico, normales. Tóxicos en orina: meta-anfetamina positivo (dos determinaciones cualitativas). Determinación de anfetaminas cuantitativas en sangre: negativo. ECG, radiografía de tórax, TAC cerebral, ecocardiograma, Holter, ergometría y prueba de basculación: negativas.

DESARROLLO

Ante síncope en paciente joven es necesario descartar:

- Enfermedad estructural cardiopulmonar o de grandes vasos.
- Arritmias cardíacas.
- Patología cerebral.
- Reflejo neuromediado: síncope vasovagal, neuralgia glossofaríngea, hipersensibilidad del seno carotídeo.
- Otras: ortostatismo, fármacos, alcohol, embarazo, insuficiencia suprarrenal.

Diagnóstico: síncope vasovagal tras estudio negativo. El Servicio de Toxicología informó la determinación cualitativa como falso positivo dada la negatividad de

la cuantitativa y sabiendo que la metaanfetamina es un metabolito de la adrenalina y noradrenalina liberadas en casos de estrés intenso, como es el caso.

CONCLUSIONES

El síncope es una pérdida brusca y transitoria de conciencia con pérdida de tono postural y rápida recuperación. Ante estos cuadros en jóvenes se precisa una batería de pruebas exhaustiva para dar con el diagnóstico adecuado, especialmente ante casos con tinte médico-legal, como éste.

C-13

MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AISLADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Palezuela Martín S, Herrero González Y, de Dios Ruiz A.
CS Huerta de la Reia. Córdoba. Andalucía
sonia_ade@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto (Atención Primaria y atención especializada).

PRESENTACIÓN

Paciente de 53 años, fumador de 15 cigarrillos/día y bebedor de 2 cervezas diarias, sin otros antecedentes familiares ni personales de interés. Acude a consulta de Atención Primaria por toma casual de PA elevada (145/85 mmHg). En la exploración destaca normotensión, tonos arrítmicos sin soplos a buena frecuencia y eupneico en reposo. Realizamos ECG que confirma FA a 80-85 lpm sin otras alteraciones. En resumen, paciente joven, sin cardiopatía conocida, asintomático, con FA de inicio desconocido, y hemodinámicamente estable. Pedimos radiografía de tórax y analítica completa (incluyendo hormonas tiroideas), iniciamos antiagregación y citamos en 2 días. A los 2 días, comprobamos la persistencia de FA, derivamos a cardiólogo, el cual tras comprobar normalidad de ecocardiograma, inicia ACO y tratamiento con flecainida, y cita en 4 semanas. Si persiste la arritmia, optará por cardioversión eléctrica.

DESARROLLO

En paciente joven sin cardiopatía estructural, primero hay que descartar reversión espontánea en las primeras 48 horas. Tras ello, descartar causas no cardiovasculares (tirotoxicosis, ingesta excesiva de alcohol, asma, neumonía, EPOC, etc.), seguidas de cardiopatías estructurales (ecocardiograma normal). Por último, si se confirma episodio de FA aislada, se debe clasifi-

car según rango de edad y FR, optando por antiagregación o coagulación.

CONCLUSIONES

El manejo de la FA debe apoyarse en una guía clínica, pero siempre de manera individualizada según contexto clínico, cultural y personal de cada paciente. Ante el diagnóstico de una FA no conocida, insistir en la anamnesis (alcohol, clínica de hipertiroidismo, focalidad respiratoria, etc.). ¡Cuidado! El diagnóstico de exclusión de cardiopatía es siempre ecocardiográfico. Personalizar la indicación de ACO valorando en cada caso el riesgo/beneficio que conlleva.

C-14

¡NO PUEDO CON MIS PIERNAS!

Briongos Figuero L, González Touya M, Díaz Gómez B.
CS Parquesol, CS Casa del Barco, Hospital Universitario
Río Hortega. Valladolid. Castilla y León
laisadoc@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: varón de 52 años que consulta por mialgias.

Antecedentes personales: fumador de 30 cigarrillos al día, miocardiopatía isquémica y enfermedad severa de dos vasos con revascularización completa con ACTP-stent. Tratamiento habitual: ácido acetilsalicílico, omeprazol, bisoprolol, enalapril y simvastatina.

Antecedentes familiares: no relevantes.

Enfermedad actual: tras 15 días de tratamiento con simvastatina, comienza con mialgias intensas. Acude a su médico de Atención Primaria, desde donde es derivado a urgencias, objetivándose elevación de CPK. Se sustituye simvastatina por ezetimiba con poca mejoría.

Exploración física: aspecto álgico, resto normal.

Pruebas complementarias: hemograma, glucosa, iones, función renal y marcadores de daño miocárdico normales. CPK (pico) 139 UI/L. Radiografía de tórax: cardiomegalia con hilios engrosados sin signos de hipertensión pulmonar. ECG: normal.

DESARROLLO

El paciente continúa con mialgias refractarias a tratamiento con AINE y opioides débiles. Presentó episodio de intenso dolor en hipocondrio derecho. En explora-

ción ecográfica se detectaron lesiones nodulares (¿metástasis?). Dados los antecedentes de tabaquismo se determinaron marcadores tumorales: alfafetoproteína: 1,5; CEA: 153; CA12.5: 95; CA19.9: 206; CYFRA21: 30; ENS: 554. En broncoscopia se aprecia mucosa infiltrada en LSI. La anatomía patológica dio el diagnóstico de carcinoma microcítico de pulmón. Se inició quimioterapia y analgesia con morfínicos con respuesta casi completa en pulmón y menor en hígado.

CONCLUSIONES

La clínica inicial de los carcinomas de pulmón es larvada y de larga evolución, por ello es necesario evaluar los factores de riesgo como el tabaquismo. En nuestro paciente, la mialgia secundaria a estatinas se solapó con el debut metastático del tumor, lo cual indica que debe valorarse al paciente de modo integral teniendo en cuenta toda su sintomatología.

C-15

PERICARDITIS RECURRENTE

Monge Barrio M, Yanguas Amat L, Sainz de Baranda B, Rojí Buqueras R, Busto Crespo O.
CS Echavacoiz, CS Iturrama, CS Rochapea. Pamplona. Navarra
rrojib@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: la pericarditis es un síndrome clínico por inflamación del pericardio. Entre un 15-32% recurren en el período de 10 años.

Motivo de consulta: dolor torácico.

Antecedentes personales: pericarditis de repetición tratadas de forma incompleta con buena evolución.

Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: mujer 26 años, desde hace 5 días dolor centrotorácico, empeora con el decúbito y la respiración profunda; disnea, náuseas y fiebre. No hay otros síntomas de infección concomitante.

Exploración física: BEG. PA: 90/60 mmHg; temperatura 38,3° C; FC: 137 lpm; SatO₂: 96%. No ingurgitación yugular. AP: MVC. AC: taquicárdica, tercer tono en foco tricuspídeo, no roce pericárdico. Abdomen normal. No edemas.

Pruebas complementarias: en el centro de salud, ECG: taquicardia sinusal de 135 lpm; ST ascendente en I y aVL, T negativa en cara inferior y V3-V6; PR descen-

dente en I, aVL y II. En urgencias, analítica: leucocitosis con desviación izquierda, trombocitosis, resto normal. Radiografía de tórax: cardiomegalia sin datos de congestión; rectificación de los bordes de la silueta cardíaca. Ecocardiograma: derrame pericárdico circunferencial, moderado, que provoca colapso parcial de AD y variación no significativa de flujos trasmitral, aórtico y tricuspídeo.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: dolor torácico y foco infeccioso.

Juicio clínico: pericarditis recurrente.

CONCLUSIONES

La pericarditis es diagnosticable y tratable desde Atención Primaria pero debemos tener en cuenta sus posibles complicaciones y los criterios de derivación especializada. En este caso, fue necesario derivar a urgencias hospitalarias por fiebre y curso subclínico. La radiografía y el ecocardiograma confirmaron la sospecha diagnóstica, fue necesario su ingreso hospitalario. Debería haber sido derivada anteriormente para estudio al servicio de cardiología por presentar episodios repetidos en los últimos años.

C-16

NO SE ME QUITA EL DOLOR

Alejo Díaz-Zorita C, Gonzalo García C, López Soler E, Suárez Marrero A, Polyziadis Voulodimos S, Molinero Rupérez A.
CS La Milagrosa. Soria. Castilla y León
conc_alejo@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y servicio de urgencias hospitalario.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: paciente de 39 años acude dos veces a su médico de Atención Primaria por presentar dolor abdominal en epigastrio y hemiabdomen inferior, sin fiebre ni otra sintomatología. Ante la falta de respuesta al tratamiento tras 5 días de dolor, la paciente acude a urgencias refiriendo un dolor continuo con picos de dolor muy agudo impidiéndole dormir algunos días. Deposiciones normales.

Antecedentes personales: apendicectomía, tres cesáreas, ligadura de trompas, en tratamiento con ACO, fumadora de 1 paquete/día.

Exploración física: ACP N, abdomen anodino. Se realiza analítica sanguínea normal. Análisis de orina:

hematíes +, leucocitos + y bacteriuria. Radiografía toracoabdominal sin hallazgos reseñables. ECG normal. Se administran analgésicos y se deja en observación del servicio de urgencias para valorar su evolución. Tras permanecer horas asintomática se reagudiza el dolor por lo que se realiza ecografía abdominal que es inespecífica; dada la intensidad del dolor se solicita TAC abdominal diagnosticándose trombosis mesentérica con oclusión, prácticamente completa, de la mesentérica superior.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: pancreatitis aguda, colelitiasis. Perforación de una víscera hueca. Obstrucción intestinal. Procesos isquémicos intestinales. Aneurisma de aorta abdominal. Dolor abdominal de origen torácico. Anexitis aguda.

Juicio clínico: trombosis venosa de la mesentérica superior.

CONCLUSIONES

La trombosis venosa mesentérica se caracteriza por la ausencia de signos o síntomas específicos, lo que conlleva un diagnóstico tardío en la mayoría de las ocasiones. Esto, a su vez, condiciona una mortalidad muy elevada (60-85%). Ante cualquier dolor abdominal es fundamental la historia y la exploración física; lo más importante en el manejo de esta patología es la sospecha clínica de la misma y la consideración de los factores de riesgo.

C-17

EL DOLOR ENMASCARADO

Olmedo Galindo J, Viguera Ester P, Saldaña Alonso I, Mateo S.
CS General Ricardos. Madrid. Madrid
olmedillofr@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

La analgesia de un cuadro doloroso sin un diagnóstico certero puede llevar a confusión, entorpeciendo el mismo, sobre todo cuando la presentación del cuadro es relativamente atípica. Varón de 42 años con DM tipo 2 sin tratamiento y apendicectomizado, atendido en su centro de salud por dolor en hemitórax izquierdo irradiado a escápula, flanco e hipocondrio izquierdos, tipo mecánico, sin traumatismo previo y progresivo hasta

hacerse «enormemente intenso». Seguidamente inicia cuadro de sudoración profusa, náuseas, palidez cutánea y pérdida de conocimiento de minutos de duración, con incontinencia de esfínteres, recuperando la conciencia espontáneamente, con buena orientación espacio-temporal. La exploración física fue normal, excepto dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo, con PA y glucemia adecuadas, y examen neurológico normal. Tras administración de meperidina IM, el paciente quedó asintomático, remitiéndose a urgencias por dolor abdominal cólico y síncope. En urgencias se enfoca el caso como dolor abdominal practicándose analítica con amilasa y radiografía de abdomen que resultan normales.

DESARROLLO

Dolor toracoabdominal: cólico renoureteral. Neumotórax espontáneo. Tromboembolismo pulmonar. Síndrome coronario agudo. Síndrome aórtico agudo (disección de aorta). Patología osteomuscular (fractura costal espontánea). Pérdida de conocimiento. Síncope vasovagal y cardiogénico. Crisis epiléptica. Se revalora al paciente que localiza el dolor, además, a nivel torácico, se solicita radiografía de tórax que objetiva un neumotórax de pequeño tamaño (3 cm) en ápex de pulmón izquierdo.

CONCLUSIONES

La clínica de dolor torácico y síncope es típica del neumotórax, aunque la administración de analgesia puede variar la misma y su orientación diagnóstica, con la consiguiente pérdida de tiempo y la realización de pruebas innecesarias.

C-18

MALARIA

Viña Segura A, Fernández de Córdoba Alonso I, Lorente Fernández B, Gutiérrez Toribio A, Meana Fernández B, Castro Aller S.
Hospital de Cabueñes, Hospital de Jove. Gijón. Principado de Asturias
ana.vina@campus.uab.es

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Introducción: hemos seleccionado el caso de un paciente inmigrante ya que es un colectivo cada vez más presente en nuestra sociedad, por lo que debemos

aprender a introducir nuevas patologías en nuestros diagnósticos diferenciales.

Motivo de consulta: varón de raza negra de 25 años que acude por fiebre, vómitos y diarrea de 24 horas de evolución.

Antecedentes personales: natural de Senegal, asma, dispepsia.

Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: fiebre (40° C) de 48 horas de evolución acompañada de deposiciones líquidas (5 l/día) sin productos patológicos y dos vómitos alimenticios.

Exploración física: temperatura 40° C, FC: 100 lpm; PA: 110/60 mmHg; ictericia esclerótica; ACP: normal; abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, no visceromegalias.

Pruebas complementarias: analítica: Hb 10'8 g/dl, Htc 32%, PCR 140 mg/l; orina: urobilinogeno +++++; radiografía de tórax y abdomen: sin alteraciones; ECO abdominal: esplenomegalia leve (14 cm); gota gruesa: *Plasmodium*.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: gastroenteritis aguda, enfermedad hepatobiliar, malaria.

Juicio clínico: malaria.

CONCLUSIONES

La procedencia del paciente y su clínica (fiebre, diarrea y anemia) nos hicieron pensar en la malaria, por lo que hicimos una gota gruesa pudiendo observar *Plasmodium*. Tratamos al paciente con mefloquina, sulfadoxina y primetamina, obteniendo una rápida recuperación en pocos días. Este caso pretende llamar la atención sobre este grupo de pacientes en aumento, los inmigrantes, colectivo con unas peculiaridades que debemos conocer para poder ofrecer una correcta atención.

C-19

ROTURA DE QUISTE DE BAKER COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UN CUADRO DE POLIARTRITIS AGUDA

Cruz Alcaide A, Castilla Lázpita T, Márquez García-Salazar A, García Ramírez A, Giménez Ruiz J, Paniagua Urbano D. CS Occidente. Córdoba. Andalucía
becral80@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: en nuestra consulta diaria es frecuente el cuadro de dolor en miembros inferiores, haciendo diagnóstico diferencial con trombosis venosa profunda (TVP); sin embargo, hay que tener presente otras patologías integrantes del síndrome seudoflebitico.

Motivo de consulta: mujer de 43 años, consulta por dolor en gemelo derecho, acompañado de impotencia funcional a la de ambulación y flexoextensión de la rodilla. No hay fiebre ni otra sintomatología asociada.

Antecedentes personales: ama de casa con síndrome varicoso. No consumo de tóxicos.

Enfermedad actual: desde hace 1 mes, dolor localizado en porción superior de gemelo derecho que atribuye a contractura del mismo por sobreesfuerzo físico. En los últimos días, ha incrementado su intensidad, acompañándose de gran impotencia funcional.

Exploración física: PA: 110/70 mmHg. ACR: normal. Abdomen normal. Miembros inferiores: signos de insuficiencia venosa bilateral, pulsos conservados. Asimetría en porción superior de gemelo derecho, con tumefacción dolorosa a ese nivel, sin diferencia de coloración ni temperatura. No palpación de cordón flebitico.

Pruebas complementarias: hematimetría, bioquímica con ANA, FR, VSG, PCR, y hormonas tiroideas: anemia de patrón inflamatorio. Eco gemelar, eco-Doppler: quiste de Baker roto.

DESARROLLO

A los 3 días del diagnóstico, comienza con dolor osteoarticular bilateral y simétrico, predominio grandes articulaciones, fiebre.

Diagnóstico diferencial: TVP, tromboflebitis, celulitis, quiste de Baker.

Juicio clínico: rotura de quiste de Baker en poliartritis aguda.

CONCLUSIONES:

El quiste de Baker es una patología frecuentemente relacionada con procesos degenerativos, pero su rotura es más rara; ésta es más frecuente en pacientes que sufren artropatía inflamatoria.

C-20

VARIABILIDAD DE LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN FUNCIÓN DEL MÉTODO UTILIZADO

Leiro Manso A, Vilar Pérez M, Troncoso Recio S, Solla Acuña M. UAP Sárdoma, Hospital Meixoeiro. Vigo (Pontevedra). Madrid
almuleiro@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: varón de 71 años que acude a consulta por traumatismo en pie derecho.

Antecedentes personales: glucemia basal alterada. HTA esencial a tratamiento higiénico-dietético.

Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: una vez allí y resuelto su motivo de consulta, se realizan los controles rutinarios de sus factores de riesgo dado que el paciente no acudía a las revisiones programadas. La media de las tres mediciones de PA en consulta es de 156/92 mmHg. Se solicita analítica y electrocardiograma.

Exploración física: peso: 80,300 kg; talla: 172 cm; IMC: 27; cuello: no soplos carotídeos. AC: rítmica, no soplos. AP: MVC. Abdomen: sin soplos ni masas ni megalias. Perímetro abdominal: 103 cm. Miembros inferiores: no edemas. Pies: pulsos periféricos bilaterales simétricos.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma normal. Glucemia: 118 mg/dl. Urea: 26 mg/dl. Creatinina: 0,79 mg/dl. Ácido úrico: 5,7 mg/dl. Colesterol: 215 mg/dl. cHDL: 72 mg/dl. cLDL: 128 mg/dl. Triglicéridos: 76 mg/dl. Sedimento orina: sin alteraciones. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm. Sin HVI ni otras alteraciones.

DESARROLLO

Dados los valores de PA en consulta y siguiendo el algoritmo modificado de Pickering para el diagnóstico de la PA, se sugiere la realización de AMPA (se obtienen las cifras de PA en domicilio durante 3 días sucesivos por la mañana y por la noche, y se halla el promedio). Se obtiene 163/85 mmHg de media matutina, 143/78 mmHg de media nocturna, y 153/82 mmHg de media total. Se instaura tratamiento con fosinopril 20 mg en 1-0-0. A los 2 meses se solicita otro AMPA para valoración de control: media total de 147/84 mmHg y PA en consulta de 170/87 mmHg. Se aumenta el fosinopril 20 mg en 1-0-1. Pasados otros 2 meses, nuevo AMPA: media de 140/80 mmHg, que indica mal control a pesar del tratamiento, y PA en consulta de 130/69 mmHg. Ante esta situación se nos plantea la duda de qué conducta seguir: mantener la misma medicación por el adecuado control en consulta o aumentar la medicación por el pésimo control por AMPA.

La PA se controlaba hasta hace una década mediante la toma aislada en consulta. Actualmente, sabemos

que la PA no es estática sino que varía a lo largo del día con un ritmo nictameral, elevándose durante la actividad y descendiendo en el período de reposo. Según la relación entre estas dos fases se han incorporado nuevos conceptos tales como dipper, dipper-extremo, riser y no dipper, objetivándose éstos por la MAPA. No se puede tener la certeza de que un paciente está bien controlado si no se realiza una medición de la PA durante un mínimo de 24 horas. La MAPA ha sido avalada por múltiples estudios desde que salió a la luz el estudio PIUMA, encontrándose un mayor riesgo relativo para morbilidad cardiovascular en hipertensos dippers y, sobre todo, no dippers en comparación con normotensos e hipertensos de bata blanca. Kario en 2001 relacionó la incidencia de ACV en pacientes con HTA sostenida evaluada mediante MAPA, siendo ésta más elevada en risers (22%) y dippers-extremos (12%). Posteriormente, este mismo autor relacionó el aumento matutino de PA como predictor de enfermedad cardiovascular silente y clínica en ancianos. Además de su utilidad diagnóstica, permite la optimización del seguimiento en el paciente hipertenso, ya que pacientes tratados farmacológicamente pueden tener tomas de PA aisladas en la clínica que reflejen en teoría un buen control cuando en realidad esto no es así, si observamos su perfil a lo largo de 24 horas o viceversa, como ocurre en este caso. En este caso, al paciente antes comentado con mal control por AMPA y adecuado por PA en consulta, se le realizó una MAPA de 48 horas observándose lo siguiente: media de 24 horas 127/74 mmHg, media diurna: 133/78 mmHg, media nocturna: 118/68 mmHg, profundidad 11% demostrándose así un óptimo control de su HTA y con un perfil dipper. Ante estos datos se mantiene el mismo tratamiento y se cita para revisión en 3 meses con AMPA.

CONCLUSIONES

Es necesario conocer las limitaciones de todos los métodos de medida de la PA para no caer en errores en esta patología tan prevalente y con tanta morbilidad asociada. Actualmente, la PA no se limita a un límite numérico sino que es necesario conocer el ritmo circadiano de cada paciente para tomar las medidas adecuadas en función al perfil demostrado. El MAPA es la única herramienta diagnóstica que puede suministrar información fiable de la PA a lo largo de 24 horas y la medida que mejor se correlaciona con las lesiones en los órganos diana y el desarrollo de eventos cardiovasculares.

SESIÓN ORAL 3: VIERNES, 11 MAYO, DE 12.00 A 14.00 H

CASOS CLÍNICOS

C-21

POLIGLOBULIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Alfonso Camús J, Chao Escuer P, Ruiz-Huerta García de Viedma C, Domínguez Moreno E, Cáceres Cortés C, Navas Hergueta M. CS Pintores. Parla. Madrid
camulus08940@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

La policitemia vera es un trastorno mieloproliferativo crónico perteneciente a las panmielopatías clonales, caracterizado por un incremento automantenido de la masa eritrocitaria circulante independiente de la eritropoyetina. El diagnóstico suele realizarse a partir del hallazgo casual de poliglobulia en una analítica rutinaria, pues su clínica suele ser muy insidiosa.

DESARROLLO

Presentamos el caso de un varón de 44 años, ecuatoriano, sin antecedentes de interés, que consulta por la aparición en una analítica de empresa de un hematocrito del 60,4% y una hemoglobina de 20,4 g/dl. Lleva 8 años viviendo en España aunque procede de una región de Ecuador a 2.600 m de altitud. Nunca ha fumado, ni ha presentado clínica respiratoria u otra sintomatología, exceptuando epistaxis ocasional. Confirmamos las cifras con nueva analítica y solicitamos ECG, gasometría arterial basal, radiografía de tórax y ecografía abdominal para descartar algunas de las causas más frecuentes de policitemia secundaria: enfermedades renales (hidronefrosis, quistes), tumores productores de EPO (feocromocitoma, carcinoma ovárico), EPOC, carboxihemoglobinemia (eritrocitosis del fumador) o comunicación cardiovascular derecha-izquierda. Las tres primeras pruebas resultaron normales pero en la ecografía se observó esplenomegalia, por lo que fue derivado a hematología sospechando policitemia vera que se confirmó posteriormente. Actualmente sigue tratamiento con ácido acetilsalicílico y flebotomías periódicas, manteniendo hematocrito inferior al 45%.

CONCLUSIONES

Aunque este caso trate de una enfermedad no seguida por el médico de familia, debemos prestar atención a

las poliglobulias, realizando un diagnóstico diferencial adecuado y detectando aquellas que se beneficiarían de un tratamiento desde Atención Primaria para evitar eventos graves, como accidentes cerebrovasculares e infartos miocárdicos.

C-22

¿HASTA DÓNDE PUEDE LLEGAR UNA VAGINITIS?

Barberà Viala J, Pérez García S, Monclús Arasa C, Barquero Bardón E, Ortiz Gil E, Giménez Jordán L. CAP Castelldefels (El Castell). Barcelona. Cataluña
viala_julia@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y urgencias.

PRESENTACIÓN

Introducción: avisan de una mujer con alteración de la conciencia en domicilio.

Motivo de consulta: disminución brusca del nivel de conciencia, cefalea y fiebre.

Antecedentes patológicos: obesidad mórbida, psoriasis. Prurito vaginal de 1 mes de evolución sin otra clínica asociada, sin mejoría tras tratamiento con antifúngicos orales.

Enfermedad actual: mujer de 50 años que inicia cuadro de cefalea brusca occipital de 3 horas de evolución, fiebre y vómitos, junto a disminución del nivel de conciencia, por lo que requiere derivación hospitalaria.

Exploración física: destaca leve rigidez de nuca sin otros signos meníngeos, nistagmus a la mirada vertical superior, diplopía y febrícula.

Pruebas complementarias: hemocultivos: positivos a *S. agalactiae*. LCR: moderada cantidad de *S. agalactiae*. Frotis vaginal: presencia de *S. agalactiae*.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: meningitis bacteriana, vaginitis bacteriana y bacteriemia por *S. agalactiae*.

Juicio clínico y evolución: la paciente presenta una meningitis bacteriana con foco distante y bacteriemia con el mismo microorganismo causante. Al alta hospitalaria se detecta hipoacusia bilateral severa.

CONCLUSIONES

Discusión: la meningitis bacteriana tiene una incidencia anual de 4-6 casos/100.000 adultos. El *S. aga-*

lactiae forma parte de la flora vaginal, orofaríngea y rectal. Es la primera causa de meningitis en neonatos. Las infecciones más comunes que causa en adultos son: sepsis urinaria, endometritis, infecciones en la piel, partes blandas y osteomielitis. Las menos comunes son meningitis y endocarditis. La presencia de un foco a distancia ha sido descrita en un 40% de los pacientes con meningitis por *S. agalactiae*. En el 30% de los casos quedan secuelas como la hipoacusia severa.

C-23

HEMATOMA DEL MÚSCULO RECTO DEL ABDOMEN: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

García Plaza C, Casado Álvaro C, García García A, Moreno Planelles M. CS Doctor Castroviejo. Madrid. Madrid
karmengplaza@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto (Atención Primaria y urgencias).

PRESENTACIÓN

Se trata de una paciente de 76 años con valvulopatía mitral y tricúspide, así como fibrilación auricular crónica, por lo que requería tratamiento anticoagulante (acenocumarol). Consulta por dolor abdominal agudo tras un cuadro de infección respiratoria con importantes accesos de tos. En la exploración física destaca la palpación de una masa de aproximadamente 3 x 5 cm en flanco derecho abdominal; superficial, muy dolorosa a la palpación y no reducible. Se deriva a urgencias para realizar exploraciones complementarias. En la ecografía abdominal se objetiva hematoma de pared abdominal de unos 11 cm de diámetro, que provocó anemia e insuficiencia cardíaca, por lo que ingresa.

DESARROLLO

El hematoma de la vaina del recto anterior del abdomen puede simular cualquier patología abdominal, por lo que habrá que realizar diagnóstico diferencial con: colecistitis, apendicitis, diverticulitis, tumores y/o torsiones ováricas, perforación de víscera hueca, rotura esplénica y hernias. Es importante sospecharlo en los pacientes anticoagulados. Su tratamiento es conservador en la mayoría de los casos, siempre que se diagnostique de forma precoz, de ahí la importancia del diagnóstico y derivación urgente por parte del médico de Atención Primaria.

CONCLUSIONES

El hematoma de la vaina de los rectos es una patología poco frecuente pero que supone una urgencia médica y/o quirúrgica. Se debe sospechar ante un paciente anticoagulado con dolor abdominal agudo, asociado o no a masa palpable. Puede simular otras causas de abdomen agudo, de ahí el reto que supone su diagnóstico diferencial.

C-24

CEFALEA COMO SÍNTOMA DE ALARMA

Pérez Ortiz E, Amezcua Fernández A.

CS Salvador Caballero, SUE Hospital San Cecilio.

Granada. Andalucía

eperezortiz@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto, puesto que comenzó en Atención Primaria y concluyó con diagnóstico en urgencias.

PRESENTACIÓN

Varón de 59 años, fumador desde la infancia (10 cigarrillos/día), que acude a consulta por cefalea occipital de 1 mes de evolución, que no le deja descansar por la noche. La exploración fue normal, incluyendo la neurológica, salvo leve desviación de úvula a la derecha. Se pauta tratamiento convencional para cefalea tensional.

DESARROLLO

Tras 10 días, no cede el dolor, sino que va a más, acompañado de vómitos ocasionales. Acude a urgencias, donde en la exploración neurológica presenta desviación de úvula a la derecha, asimetría del velo del paladar, Romberg positivo a la derecha y desviación de la marcha a la derecha. Hemograma y bioquímica normales. Radiografía de tórax: nódulo en lóbulo medio derecho. TAC torácico: imagen nodular en lóbulo medio pulmón derecho. TAC craneal: imagen hipodensa, heterogénea, de contornos mal definidos, sin edema periférico y de localización cerebelosa, que tras la inyección de contraste muestra un patrón de captación en anillo. La AP de la lesión torácica era compatible con cáncer epidermoide pobremente diferenciado. Metástasis cerebelosa única.

CONCLUSIONES

Consideramos interesante este caso porque el paciente consultó por síntomas provocados por la metástasis

y no por el tumor primario. Asimismo prestar atención a la cefalea, un síntoma muy frecuente que puede traducir patología grave.

C-25

CEFALEA Y DIPLOPÍA

Marcos Sánchez I, Prieto Granado C, De la Fuente De la Fuente G, Hidalgo García A, Velando Cabañas L, Álvarez González M. CS Segovia 1. Segovia. Castilla y León
imarcos26@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto (Atención Primaria y urgencias).

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: varón de 63 años acude con su mujer a urgencias por cefalea brusca y desorientación espacial. Ésta refiere que él se ha perdido en su calle. El paciente está orientado y no recuerda haberse perdido. Refiere cefalea similar a previas.

Antecedentes personales: asma intrínseco, temblor esencial desde 2001, cefalea ocasional.

Antecedentes familiares: padre fallecido por neumonía con 41 años, madre fallecida por IAM con 56 años y hermano fallecido por aneurisma aórtico con 32 años.

Exploración física: diplopía bilateral en todas las posiciones de la mirada. Se remite de nuevo a urgencias. Se objetiva TAC: lesión hipodensa parieto-occipital derecha a nivel de la encrucijada. Exploración neurológica y TAC craneal: normal. Dado de alta al ceder con analgesia. Al día siguiente acude a su médico de familia porque continúa con cefalea, y además presenta visión doble.

DESARROLLO

En el centro de salud realizamos diagnóstico diferencial de diplopía binocular, puesto que desaparecía la diplopía al ocluir cualquiera de los ojos, como era el caso. Las causas pueden ser múltiples, las más frecuentes son tumor y traumatismo. En este caso, al acompañarse de cefalea y TAC craneal alterado, y descartado el traumatismo, nos hace pensar en tumor cerebral. Se confirma con RM craneal, concretamente glioblastoma.

CONCLUSIONES

Intervenido quirúrgicamente con posterior recidiva. Actualmente, está en tratamiento paliativo con forte-

cortin (4 comp/día) más depakine, ya que en el transcurso de la enfermedad presentó crisis comiciales.

C-26

ENDOCARDITIS SÉPTICA EMBOLÍGENA

Jiménez Lozano M, Arévalo López P, Revelles Medina I, Restoy Bernabé A, Morales Sánchez S, Díez Vigil J. CPE Bola Azul. Almería. Andalucía
irenuca_rm@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto (urgencias y atención especializada).

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: mujer de 57 años que presenta vómitos y fiebre.

Antecedentes personales: HTA, valvulopatía, colecistectomizada.

Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: vómitos, fiebre de días de evolución, no cede tras tratamiento sintomático de GEA (dos visitas previas a urgencias).

Exploración física: temperatura 38,8° C; ACR: rítmica, soplo diastólico, MVC. Abdomen: blando, depresible, doloroso en epigastrio. Miembros inferiores: normal.

Pruebas complementarias: en urgencias, bioquímica: GOT 177, GPT 190, GGT 194, FA 172, LDH 506, amilasa 41, PCR 14. Hemograma: normal. Ecografía abdominal: imágenes de colestasis y esteatosis hepática. Ingresa en la unidad de digestivo con diagnóstico de colestasis y se le realiza colangiografía: quistes hepáticos, y TAC abdominal: microquistes hepáticos. Derrame pleural bilateral. EDA: normal. Tras resolver la colestasis continúa con vómitos y fiebre, por lo que se le pasa a medicina interna con diagnóstico de fiebre de origen desconocido. Se continúa con estudio, con ecocardiografía: insuficiencia mitral moderada. No aprecian vegetaciones. Eco transesofágica: vegetaciones válvula mitral. Hemocultivos: *St. Aureus*. TAC craneal: anillos de captación en fosa posterior, frontoparietal izquierda, derecha compatibles con abscesos o metástasis. RM: LOES compatibles con múltiples abscesos cerebrales. SPECT: lesiones neoplásicas de probable origen metastático.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: microabscesos cerebrales estafilocócicos, metástasis cerebrales, metástasis abscesificadas. Tras pruebas complementarias se descartó tumor primario.

Juicio clínico: endocarditis infecciosa por *St. Aureus*, abscesos cerebrales, colestasis por microabsceso, derrame pleural bilateral, insuficiencia mitral moderada.

Evolución: resolución de abscesos cerebrales con antibióticos. Asintomática y pendiente de intervención valvular.

CONCLUSIONES

Ante paciente con antecedentes de valvulopatía y fiebre sin mejoría con tratamiento sintomático, sospechar infección valvular y, según síntomas, complicaciones de la misma.

C-27

TRASTORNOS DE MEMORIA EN PACIENTE JOVEN

Merino Robles I, Romero Blanco M, Guerrero Carmona A, González Romero M, Cruz Alcaide A, Guerrero González M. CS Azahara. Córdoba. Andalucía
merinma@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Introducción: la pérdida breve de memoria u olvidos frecuentes constituye un motivo de consulta habitual en Atención Primaria que salvo signos de alarma asociados, en personas jóvenes, puede ser considerado un problema banal asociándolo generalmente a trastornos de ánimo. Es fundamental una anamnesis detallada puesto que, en ocasiones, puede existir patología neurológica asociada como la epilepsia.

Motivo de consulta: hombre de 37 años que consulta por presentar desde hace meses olvidos frecuentes.

Antecedentes personales: fumador de 40 cigarrillos/día. Dependencia alcohólica hasta el año 2000 con consumo de 40 unidades/semana. Albañil.

Antecedentes familiares: padres fallecidos por enfermedad pulmonar crónica. Cuatro hermanos vivos sin antecedentes.

Enfermedad actual: desde hace 6 meses, episodios de pérdida de memoria diariamente de unos minutos de duración precedidos de epigastralgia que interfieren en sus actividades habituales: «Cuando mantengo una conversación, sin saber por qué, cambio de tema»; «Ocasionalmente me pierdo por lugares conocidos». Ánimo irritable. Niega tóxicos.

Exploración física: exploración por órganos y aparatos normal.

Pruebas complementarias: valoración cognitiva: test de Pfeiffer: 0 errores. MEC de Lobo: 31 puntos. Analítica: hormonas tiroideas, ácido fólico, Vit B12 y serología HIV, LUES. Derivación a atención especializada (neurología): se le solicitó RM craneal y EEG sin resultados patológicos.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: demencia de causa orgánica, amnesia global transitoria por consumo de tóxicos o por trastorno de ánimo. Crisis generalizadas (ausencias).

Juicio clínico: epilepsia con crisis parciales simples.

CONCLUSIONES

Es fundamental la realización de una buena anamnesis para conseguir un diagnóstico acertado.

C-28

MÁS QUE UN SÍNCOPE

Hakami Hakami O, Salgado Romero C, Rubio de Santos M, Martínez Valentín-Gamazo A, Díaz Paniagua L, Montes Bravo A. CS San Blas. Parla (Madrid). Madrid
omidhakami@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Varón de 26 años que acude al centro de salud por un episodio de síncope inespecífico de minutos de duración mientras caminaba. Asociado al episodio, refiere mareo, palpitaciones y disnea previa de varias horas de evolución. Los acompañantes no refieren focalidad neurológica, período postcrítico ni relajación de esfínteres. Refiere episodios de presíncope previos por los que no consultó. No presenta antecedentes médicos de interés, salvo un episodio de parálisis facial que requirió ingreso hospitalario en 2003, sin alteraciones en las pruebas de imagen. Antecedente familiar de muerte súbita precoz en tío paterno. Exploración física normal incluyendo la neurológica. Analítica normal. En ECG se evidencia un ritmo sinusal con imagen de hemibloqueo de rama derecha y elevación del segmento ST en precordiales derechas, lo que hace sospechar de un ECG típico de Brugada, que, junto a la clínica previa, es compatible con un síndrome de Brugada, por lo que se deriva al cardiólogo de zona. La ergometría y el ecocardiograma fueron normales.

DESARROLLO

En la unidad de arritmias se confirma el patrón típico de síndrome de Brugada y se ingresa de forma programada para implantación de desfibrilador automático.

CONCLUSIONES

El síndrome de Brugada se caracteriza por síncope y/o muerte súbita inesperada en paciente sin cardiopatía estructural de base y con un patrón ECG característico. Es más frecuente en varones de raza asiática, por lo que, teniendo en cuenta la alta tasa de inmigrantes, es un síndrome en auge que es necesario conocer como diagnóstico diferencial de síncope.

C-29**MANÍA ORGÁNICA SECUNDARIA A CORTICOIDES**

Grande Aguerri M, De la Casa Resino C, García Rossi A, Pascual Bielsa A.

CS Monóvar, Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Madrid
mgaguerri@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias del Hospital Ramón y Cajal, Área 4 de Salud.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: alteración de la conducta.

Antecedentes personales: enfermedad de Behçet. Fibromialgia. Migraña. Síndrome ansioso-depresivo. Cirugías: amigdalectomizada, hemorroidectomizada. No ramc. Tratamiento actual: omeprazol, prednisona, calcio, amitriptilina, dexketoprofeno y paroxetina.

Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: mujer de 37 años que acude al servicio de urgencias por alteración del comportamiento y del ciclo sueño-vigilia desde hace 15 días con intensa labilidad emocional y fuga de ideas. No focalidad infecciosa. Hace 2 semanas tratamiento corticoideo intravenoso durante 3 días por brote de enfermedad de Behçet.

Exploración física: normotensa, afebril. C y O. Cabeza y cuello, AC, AP. Abdomen: normal. Neurológico: sin focalidad. Locomotor: sin artritis.

Exploración psicopatológica: hipoatenta, hiperalerta, disfórica, agitada con agresividad verbal contenible con medicación antipsicótica. Abordable. Discurso atropellado, sin ideación delirante ni autolítica. Insomnio de despertar precoz.

Pruebas complementarias: bioquímica con perfil hepático, TSH, ácido fólico, Vit B12, ferritina, hemograma, frotis, orina y TAC craneal sin hallazgos.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: causas de manía orgánica: tóxicos, fármacos, endocrina, neurológica, neoplasia, metabólica, infecciosa, autoinmune y, en mujer, puerperio y menopausia.

Juicio clínico: manía orgánica secundaria a tratamiento corticoideo. Tras medicación antipsicótica, la paciente recuperó su estado basal y se mantuvo afebril en todo momento.

CONCLUSIONES

Al realizar el diagnóstico diferencial de enfermedad psicopatológica, valorar la implicación de los diferentes medicamentos del paciente y las posibles interacciones entre ellos.

C-30**FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO**

Sanmarful Schwarz A, Fernández Saa Z

Hospital Meixoeiro. Vigo (Pontevedra). Galicia
neftalina18@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Asistencia especializada.

PRESENTACIÓN

Introducción: los posibles diagnósticos diferenciales de fiebre de origen desconocido y lo inespecífico de los resultados de algunas pruebas hacen de esta paciente un caso atractivo.

Motivo de consulta: mujer de 86 años acude a urgencias por fiebre de aproximadamente 1 mes de evolución, que con varios ciclos antibióticos no ha remitido. Sudoración profusa. Astenia intensa, debilidad muscular, pérdida de peso e hiporexia importante. Inicialmente presentó odinofagia.

Antecedentes personales: vive en ambiente urbano y va frecuentemente a la aldea. Poliartrosis tomando analgésicos esporádicamente.

Exploración física: temperatura 38° C, FC: 88 lpm y PA: 100/60 mmHg. Palidez cutánea. Resto sin alteraciones.

Pruebas complementarias: analítica de sangre: recuento leucocitario 8.080/mmc (77 % neutrófilos; 8 % linfocitos; 0,2 % eosinófilos). Hemoglobina 10,2 g/dl, VCM de 84,2 fL, 38.7000 plaquetas/mmc. Hierro 18, IST 9 %, ferritina 655, ácido fólico normal, Vit B12 1289. VSG 121; LDH 469; PCR 225. Factor reumatoide < 20; ASLO < 25. ANA, ANCA, Anti DNA y ECA

negativos. Sedimento urinario normal. PPD negativa. La radiografía de tórax normal. Ecocardiograma transtorácico y ETE: sugestivo de vegetación en velo no coronario aórtico e insuficiencia aórtica leve no conocida. TAC toracicoabdominal: adenopatías retroperitoneales, conglomerado pélvico derecho de 7 cm. Marcadores normales. Biopsia adenopatías y médula ósea sin datos significativos. Hemocultivos negativos. Serologías: *Coxiella Burnetti* fase II IgG positivo (1/640) e IgM negativo, pendiente de fase I.

DESARROLLO

Cumple criterios para fiebre de origen desconocido.

Diagnóstico diferencial: infección, enfermedad inflamatoria, linfoma.

Juicio clínico: fiebre Q crónica (endocarditis).

CONCLUSIONES

La fiebre de origen desconocido plantea un diagnóstico diferencial amplio. La fiebre Q es una zoonosis causada por *Coxiella Burnetti*. El diagnóstico suele ser serológico. Fiebre Q crónica IgG fase I $\geq 1/800$. Un título bajo de IgG de fase I iría en contra del diagnóstico; sin embargo, una mejoría clínica tras 2 semanas de tratamiento debería ser suficiente (así ocurrió en nuestro caso).

SESIÓN ORAL 4: VIERNES, 11 MAYO, DE 16.00 A 18.00 H

EXPERIENCIAS

C-31

EXPERIENCIA DE RESIDENTES DE PRIMER AÑO EN EL PILOTAJE DEL PORTAFOLIO

Revelles Medina I, Díez Vigil J, Jiménez Lozano M, Villanueva Díaz E, Arévalo López P, Baena López M. CPE Bola Azul. Almería. Andalucía irenuca_rm@hotmail.com

OBJETIVOS

Pilotaje de una nueva herramienta de evaluación formativa.

DESCRIPCIÓN

Nuestra experiencia de tipo docente-formativa con el portafolio ha sido durante la rotación en Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN

El portafolio es una recopilación de información y documentación en la que es posible encontrar pruebas a través de la realización de una serie de tareas sugeridas. La Comisión Asesora de la Unidad Docente de MFyC creó un grupo de trabajo para el pilotaje del portafolio.

DESARROLLO

Se utilizaron un grupo de residentes de primer año y sus tutores, y se les asignaron cinco tareas y cuatro competencias para el pilotaje.

Las tareas propuestas fueron:

- Videograbación de al menos dos entrevistas completas de la consulta.
- Análisis de casos de pacientes atendidos en urgencias, incidentes críticos.
- Evaluación con el tutor de 5 entrevistas.
- Videograbación de la sesión clínica en la unidad docente.
- Una sesión en el centro de salud con *feed-back*.

Las competencias pilotadas fueron:

- Comunicación asistencial. Relación médico-paciente.
- Razonamiento clínico.
- Atención al individuo.
- Formación y docencia.

CONCLUSIONES

El portafolio ha permitido a los residentes de familia: desarrollar nuevas aptitudes tales como la mejora en la

relación médico-paciente, un razonamiento clínico más adecuado y la adquisición de habilidades para la realización y presentación de sesiones clínicas; establecer una relación más estrecha con el tutor desde el primer momento; fomentar nuestra autocrítica y autorreflexión; creación de un ambiente docente óptimo para nuestra formación.

C-32

CULPABILIDAD DE CUPO

Soler Elcacho C, Villuendas Tirado A, Sarmiento Cruz M, Gudelis M, Morcillo Gallego M, Quesada Almacellas A. ABS La Bordeta-Magraners. Lleida. Cataluña msarmiento1979@hotmail.com

OBJETIVOS

Reflexionar sobre la responsabilidad del residente. Valorar su presencia en triaje.

DESCRIPCIÓN

Ámbito de estudio: Atención Primaria y urgencias.

Tipo de estudio: clínico.

INTRODUCCIÓN

Un R2 está de guardia de «puertas» (traje) de su hospital. Es el residente mayor y supervisa a los R1. Acude a urgencias una paciente con disnea que reconoce como de su cupo.

DESARROLLO

Un R1 pregunta qué paciente coge para valorar. El R2, ocupado con otra visita, duda si es mejor que la paciente de su cupo sea valorada primero por la disnea o que, debido a ser de su cupo, debería valorarla él. Recuerda que es una paciente con sociopatía y continuas somatizaciones, y de un difícil manejo. Finalmente, decide que sea valorada por el R1. El R2 no tuvo más conocimiento de dicha paciente. Pasados dos días la paciente tenía cita para su médico pero no acude a visita. Esa misma tarde llaman para hacer domicilio urgente para certificar una defunción. La policía había encontrado muerta a la paciente en su domicilio. Revisando el informe de urgencias, había sido dada de alta con SatO₂ 91 % y tratamiento antibiótico y paracetamol. Se desconoce si el R1 consultó con algún adjunto. El R2 se sintió culpable por no haber atendido a la paciente.

CONCLUSIONES

El sentimiento de culpabilidad del R2 deriva del motivo por el cual no fue atendida. El R2 eludió parte de la supervisión del R1, pero éste eludió consultar. Puede que los residentes no sean los mejores profesionales para hacer guardias en «puertas» o triaje. Los pacientes «sociopatas» no son siempre bien atendidos.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

C-33

ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN UN CENTRO DE SALUD

Rodríguez Avellaneda R, Osorio Martos C, López Torres G, García Iglesias Y, Cabrera Cazorla R, Hernández Carmona A. CS Cartuja. Granada. Andalucía
ginelop@latinmail.com

OBJETIVOS

Realizar un estudio sobre la utilización del programa de planificación familiar (PPF) en un centro de salud para evaluar la actividad e identificar posibles áreas de mejora.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal en Atención Primaria. Se han tomado datos de los registros del PPF del centro de salud con una muestra aleatoria de 658 mujeres que se han dividido en dos grupos de edad (menores de 25 años y mayores de 25 años) con análisis de proporciones independientes. Se recoge el método anticonceptivo actual, visitas realizadas dentro del PPF, existencia de abandonos y la inclusión en el programa de diagnóstico precoz del cáncer genital (DPCG). Se contabilizan el número de abortos (IVEs) realizadas en ambos grupos de edad, así como la dispensación de píldora postcoital (DPP). Son datos referidos al año 2006.

RESULTADOS

En la muestra seleccionada 128 mujeres (19,45%) tenían menos de 25 años y 530 (80,55%), más de 25 años. Por métodos usados, en menores de 25 años tienen mayor uso de métodos de barrera (preservativo) ($P=0,003$; IC: 5,6-8,4) e implante hormonal subcutáneo ($P=0,003$; IC: 2,3-18,8), su tasa de abandonos (26%) es más alta ($P=0,049$; IC: 0,7-19,7). En el grupo de mayores de 25 años, el 63% han realizado dos visitas ($P=0,0035$; IC: 4,5-24,7) y se han realizado más citologías ($P=0,001$; IC: 5,4-25,3). La DPP y la

realización de IVEs han sido de 43,6% y 45,5% para las menores de 25 años, y de 56% y 54% para las mayores de 25 años, respectivamente.

CONCLUSIONES

Las mujeres menores de 25 años frecuentan menos los PPF y DPCG que las mayores de 25 años, utilizando en mayor proporción la DPP e IVE. Es necesario captar esta población en los PPF disminuyendo el uso de anti-concepción urgente.

C-34

¿QUÉ OPINAN LOS USUARIOS DE SU CENTRO DE SALUD?

Ballester A, Gomis A, Solana M, Far A, Salamanca M. CS Trencadors. Arenal de Lluçmajor (Mallorca). Balears
guidass2001@yahoo.es

OBJETIVOS

Conocer la opinión de los usuarios de nuestro centro de salud.

DISEÑO

Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal realizado en junio de 2005.

Ámbito de estudio: un centro de salud con una población de 15.549 habitantes.

Sujetos: usuarios visitados en más de 1 ocasión desde su apertura, mayores de 14 años.

Mediciones e intervenciones: recogida de información mediante cuestionarios y entrevista personal.

Variables: accesibilidad, valoración profesionales, espacios físicos, atención urgencias y valoración global del centro.

RESULTADOS

De 375 personas, el 44% siempre utilizan el teléfono para solicitar cita; el 25% lo hace en admisión o por teléfono. El 4,5% opina que no se tienen en cuenta sus preferencias al darle cita y el 5,4% que no resulta fácil obtenerla. El 32,8% han esperado poco para entrar en consulta. El 98,5% consideran eficaces a los enfermeros/as y el 80,5% a los administrativos. La satisfacción por la atención médica es de más del 97% en amabilidad, eficacia, problemas de salud, tiempo de dedicación, dejar hablar, escuchar, información, exploración y explicación del tratamiento. Visita domiciliaria: más del 93% opina que han ido si era necesario y le atendieron bien. Del 88% que acudieron a urgencias consideran

que la atención fue rápida (87,9%) y correcta (94,9%). Frecuentación manifestada: el 32,4% hicieron menos de 4 visitas/año; el 18,6% entre 4-8 visitas/año y el 45,5% más de 8 visitas/año.

CONCLUSIONES

Elevado grado de satisfacción con médicos, enfermería y administrativos. Aspectos peor valorados: accesibilidad y tiempo de espera. Elevado número de pacientes hiperfrecuentadores.

C-35

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO EN ATENCIÓN PRIMARIA. UNA ASIGNATURA PENDIENTE

Aguilar Navas L, De Prado Hidalgo M, Esteva Rosado M, Novo Martín J, Osorio Martos C, Iglesias García Y. CS Almanjajar, CS Cartuja. Granada. Andalucía laguilar1979@hotmail.com

OBJETIVOS

1. Evaluar el procedimiento de consentimiento informado escrito (CIE).
2. Valorar la calidad de los formularios de CIE.

DISEÑO

Ámbito de estudio: Atención Primaria.

Sujetos: los procedimientos de CIE y los formularios de consentimiento de los 15 centros de salud del distrito.

Material y métodos: visita al centro; comprobación de procedimiento y recogida de formularios.

Mediciones, intervenciones y análisis:

- A) Verificar el procedimiento de CIE.
- B) Evaluar los formularios de CIE por la «Lista de Comprobación de Calidad de los Formularios de Consentimiento Informado» validada por Pablo Simón. Chequeo de 37 ítems y valoración de 4 dimensiones (título, contenido de la información, calidad de la información y consentimiento).

RESULTADOS

A) 15 centros de salud: 7 disponen del modelo general de formulario de CIE; sólo 4 tienen un archivo de registro; 5 disponen al menos de 3 formularios diferenciados; y 2 no tienen ningún formulario.

B) 16 formularios diferentes. Según las dimensiones, los resultados más relevantes son:

Título: 14 tienen título con denominación técnica poco comprensible.

Contenido: 6 no explican el procedimiento/intervención a realizar. 10 no se dan alternativas ni contraindicaciones al procedimiento. 8 no contemplan la revocación del consentimiento.

Calidad: ninguno utiliza imágenes explicativas. Sólo 8 sustituyen términos técnicos por palabras sencillas.

Consentimiento: sólo 10 contemplan la posibilidad de representante por incapacidad.

Ninguno incluye el rechazo del procedimiento.

CONCLUSIONES

Escasa implantación del CIE y procedimientos poco rigurosos. Los formularios, en su diseño actual, son inadecuados y ni garantizan derechos ciudadanos ni protegen la actividad de los profesionales.

C-36

PERFIL DEL PACIENTE QUE SOLICITA ATENCIÓN DOMICILIARIA URGENTE

Mangrané Ferrando M, Senosiain Yerno C, Rivero Gómez G, Irayoz Monera B, Grecu G, Arenos Sangrón R. ABS Reus IV. Reus (Tarragona). Cataluña yortega.tarte.ics@gencat.net

OBJETIVOS

Analizar el perfil del paciente que más frecuentemente solicita atención médica urgente en su domicilio y comprobar si la gravedad diagnóstica descrita antes coincide después de la visita.

DISEÑO

Tipo de estudio: observacional descriptivo prospectivo.

Ámbito de estudio: servicio de atención continuada urbana (90.000 usuarios).

Sujetos: llamadas al centro de atención continuada solicitando atención domiciliaria entre noviembre de 2005 y junio de 2006.

Mediciones: edad, sexo, antecedentes patológicos, tratamiento habitual, motivo del aviso, motivo de solicitar atención domiciliaria, profesional que recoge el aviso, valoración subjetiva de la gravedad por parte del profesional que responde y después de la visita, tiempo que se puede demorar la visita y tratamiento indicado una vez visitado el paciente.

Variables resultado: polimedicación, antecedentes patológicos y medicación más frecuente.

RESULTADOS

n=79. Mujeres 59,5%. Edad media de 65,26 años. Antecedentes patológicos más frecuentes: HTA

(47%), DM (21,7%), EPOC (12%), ACV (12%), cardiopatía (8,4%). Medicación más frecuente: hipotensores (38,6%), antidiabéticos (15,7%), hipolipemiantes (7,2%). Las solicitudes más frecuentes son por MEG o necesitar ayuda. Motivo de visita más frecuente: vómitos, diarrea y fiebre. El 74,7% reciben tratamiento en domicilio y 15,7% se derivan a urgencias hospitalarias. La correlación entre valoración gravedad pre-visita-post-visita es significativa (Rho de Spearman > 0,01).

CONCLUSIONES

Predominan mujeres mayores de 55 años, patología más frecuente HTA, DM, EPOC, en tratamiento con 3 o más fármacos. En general, vemos que la valoración diagnóstica realizada a partir de la entrevista clínica coincide con la obtenida después de la visita, pero la gravedad es menor que la valorada al principio.

C-37

EPIDEMIOLOGÍA DEL HÁBITO TABÁQUICO EN JÓVENES DE UN INSTITUTO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA: PREVENCIÓN NECESARIA

Solana Moreno M, Raya Collado D, García Caballos M.
CS La Chana. Granada. Andalucía
issomo@hotmail.com

OBJETIVOS

El tabaquismo es un problema de salud para los adolescentes; la intervención en éstos necesita de un análisis epidemiológico de la población a intervenir. Mediante este estudio, se describe el hábito tabáquico en alumnos de un instituto de educación secundaria, así como la posible influencia del entorno familiar en dicho hábito.

DISEÑO

Se analizan 131 encuestas de un instituto de educación secundaria, donde se pregunta por dicho hábito. Las edades estaban entre 11-19 años, 72 alumnas y 59 alumnos.

RESULTADOS

De forma global, un 15% de todos los encuestados fuman, y lo hacen de forma creciente en los diferentes tramos de edad (0% en grupo de 11-12 años, 9,8% entre 13-14 años, 14,2% entre 15-16 años, 23,07% en 17-18 años, un 55,5% en mayores de 18 años).

Este ascenso es mayor en mujeres (0%, 12%, 30%, 33,3% y 62,5%, respectivamente). Respecto a la intensidad del tabaquismo, ésta aumenta en todos los jóvenes con la edad; así, un 81,8% de los fumadores entre 17-18 años fuman diariamente. En relación con el entorno familiar, existen más fumadores entre aquellos jóvenes que tienen algún padre fumador.

CONCLUSIONES

En intervención en jóvenes escasean los análisis de resultados, son difícilmente medibles. Supone un reto de futuro y es un área en que la prevención de hábitos insalubres podría estar justificada puesto que estaríamos interviniendo en el inicio. La formación de agentes mediadores de salud es una estrategia para afrontar tareas de prevención y promoción de salud en jóvenes.

C-38

DISCÚLPEME UN MOMENTO

Llompert Cerdá A, Salamanca Seguí M, Bestard Reus F.
allompart@hsl.es
CS Son Gotleu. Palma de Mallorca. Baleares

OBJETIVOS

1. Estimar la frecuencia de interrupciones en la consulta y tipos.
2. Conocer la opinión de los usuarios sobre las interrupciones.

DISEÑO

Tipo de estudio: descriptivo. Primer objetivo: observación y registro de interrupciones en la consulta. Segundo objetivo: entrevistas a usuarios en sala de espera.

Ámbito de estudio: centro docente, urbano, barrio obrero, 23.000 adscritos.

Población y muestra: 1. Consulta: pase de visita en un día; muestra de 48 consultas (4 días, 12 médicos de familia, 1.900 visitas aproximadamente). 2. Usuarios mayores de 18 años; muestra estimada en 289 según porcentaje esperado (25%) que refiera interrupciones, incrementando un 10% por pérdidas, precisión = 5% y error alfa = 5%.

Mediciones: 1. Hoja recogida de interrupciones: número, motivo y clasificación en evitable/inevitable. 2. Cuestionario 13 ítems previa a consulta, repartidos en días, horarios. Valora experiencia y opinión en interrupciones.

RESULTADOS

Media de 8 interrupciones por consulta (10 de media). Los médicos, a la mitad, las consideraron evitables. Teléfono fijo fue la más frecuente (sólo el 37 % sin ninguna llamada inevitable, 56 % sin evitables). Ocurren más por las mañanas. 2. 306 entrevistas válidas. 49 % (intervalo de confianza 95%=43-55 %) no recuerda haber sido interrumpido nunca; entre los 157 que sí: al 76 % no les molesta, al 64 % no cree que le atiendan peor si hay interrupciones, al 52 % le parecen inevitables, el 53 % opina que apenas hay, pero la más molesta es la irrupción de otro paciente.

CONCLUSIONES

Las interrupciones son muy frecuentes y en buena parte los médicos las consideran evitables, pero sorprende que no creen más disconfort al usuario.

C-39

INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN MUJERES ANCIANAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Molina Guasch C, Sastre Martín M, Jiménez Pascua T, Roca Brasó I, Girauo A, Ramírez Y.

ABS Mataró 7. Mataró (Barcelona). Cataluña
cristi_mguasch@yahoo.es

OBJETIVOS

Reducir la incidencia de caídas al año de seguimiento en mujeres de 65 o más años de edad atendidas en Atención Primaria, mediante intervención en la consulta.

DISEÑO

Tipo de estudio: estudio de intervención antes y después en Atención Primaria.

Sujetos: mujeres de más de 65 años reclutadas durante 2005.

Exclusiones: ATDOM y institucionalizadas. Se recogieron datos sociodemográficos y factores de riesgo para caídas.

Intervención: reducir polifarmacia, eliminar ansiolíticos y/o antidepresivos, detectar hipotensión postural, corregir déficits visuales, ejercicio e información de riesgos del hogar. Seguimiento telefónico cada 4 meses y visita de seguimiento al año. Comparación de incidencia de caídas respecto al mismo grupo en 2004.

RESULTADOS

De las 84 mujeres que iniciaron el estudio lo finalizaron 77 (92 %). Edad media: 75,8 años (DE±5,83). Presentaban algún factor de riesgo 88,3 % en 2006 y 96,2 % en 2007. El 43,8 % de las mujeres han presentado alguna caída al año de seguimiento, respecto al 26,2 % del período anterior. La polifarmacia ha pasado de ser del 75 % en 2006 al 71,4 % en 2007 y el tratamiento psicotropo no ha variado de forma significativa. El test de Tinetti ha empeorado en el 13,1 % de las mujeres, mientras que el Timed Up&Go lo ha hecho en el 25,9 % de ellas. Se intervino a 4 personas de cataratas.

CONCLUSIONES

Parece que tenemos poca capacidad para reducir el riesgo de caídas de nuestros ancianos, o el peso de la edad es superior a nuestro esfuerzo. No hemos conseguido reducir el consumo de psicofármacos ni mejorar la agudeza visual. Los estudios de intervención multifactoriales y multidisciplinares parecen ser los únicos posibles para reducir claramente el riesgo de sufrir caídas.

C-40

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR ANTES Y DESPUÉS DE SUFRIR UN IAM O UN AVC

Pérez Olano B, Farran Torres N, Sarmiento Cruz M, Moreno Castellón C, Torra Solé N.

ABS La Bordeta - Magraners. Lleida. Cataluña
msarmiento1979@hotmail.com

OBJETIVOS

Observar si existe una mejoría en el control de los factores de riesgo vascular tras sufrir IAM o AVC.

DISEÑO

Tipo de estudio: estudio de cohortes retrospectivo.

Ámbito de estudio: centro de Atención Primaria de área urbana.

Sujetos: adultos que habían sufrido IAM o AVC, entre enero de 1997 y enero de 2005. Debían, también, tener registrados como mínimo tres factores de riesgo, tanto antes como después del evento.

Material y métodos: se seleccionó el evento y los factores de riesgo según su registro en la historia clínica informatizada.

Mediciones: se estudiaron edad, sexo, tipo de evento, hábito tabáquico, HTA, diabetes mellitus, hipercoles-

terolemia, sobrepeso/obesidad, obesidad abdominal y consumo de alcohol, hasta 1 año antes de sufrir el evento, y entre 1 y 2 años después del mismo.

Análisis: se analizaron las variables de factores de riesgo según la evolución de su control: buen control, mal control, no procede o desconocido.

RESULTADOS

De 77 pacientes, 33,8% sufrieron IAM, y 66,2% AVC. Un 57,1% eran hombres. La media de edad fue de

66,11 años. Un 3,9% de hipertensos controlaron sus cifras tensionales, un 18,2% controlaron su HbA1c y un 22,1% presentó buen control de cLDL tras el evento.

CONCLUSIONES

Existe un pobre control de los factores de riesgo tras sufrir un AVC o IAM. El tabaquismo y la hipercolesterolemia son los mejor controlados y la HTA el peor. Debe mejorar el control de los factores de riesgo por parte del profesional sanitario.

PANELES

SESIÓN PÓSTER 1: JUEVES, 10 MAYO, DE 16.00 A 18.00 H

CASOS CLÍNICOS

P-01

ACTUACIÓN FRENTE AL ERITEMA NODOSO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Guillén Sánchez I, García Fernández S.

Hospital de Móstoles. Móstoles (Madrid). Madrid
gs_irene78@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Mujer de 27 años que acude a consulta de Atención Primaria por lesiones cutáneas en miembros inferiores de 1 mes de evolución, junto con artralgias en rodillas y tobillos bilaterales, de reciente comienzo, sin signos de artritis, fiebre u otra sintomatología relevante.

Antecedentes personales: enfermedad de Hashimoto. Tratamiento con tiroxina 100 µg/día.

Exploración física: nódulos eritematosos, dolorosos sobre elevados, de unos 2 cm, en región pretibial de ambos miembros inferiores, sin otro signo relevante.

Pruebas complementarias: se inicia estudio realizando hemograma, coagulación, autoanalizador y orina, que resultan normales, salvo una VSG de 40. Así mismo, se solicitó ASLO (< 200), serología de hepatitis B y C, Brucella, toxoplasma y Mantoux que resultaron negativos. Posteriormente, se realiza radiografía de tórax y se objetiva adenopatías mediastínicas, por lo que se decide solicitar TAC torácico, donde se describen adenopatías hiliares bilaterales. Se deriva a atención especializada para proseguir estudio, pautando tratamiento con AINE ante la sospecha clínica de eritema nodoso de etiología no filiada.

DESARROLLO

Nuestro diagnóstico diferencial engloba las enfermedades donde el eritema nodoso aparece acompañado de adenopatías hiliares: sarcoidosis; tuberculosis y otras infecciones bacterianas; infecciones por hongos y enfermedad de Hodgkin. Finalmente, se realiza fibrobroncoscopia con biopsia, con el diagnóstico definitivo de sarcoidosis.

CONCLUSIONES

Aunque la incidencia del eritema nodoso es baja, los síntomas por los que acude la paciente resultan habituales en Atención Primaria. El diagnóstico diferencial del cuadro cutáneo, basado en datos clínicos, y el de la etiología del mismo, al que se llega mediante pruebas complementarias de fácil acceso en Atención Primaria, permiten el estudio en nuestras consultas.

P-02

DETERIORO COGNITIVO: NO SIEMPRE ES ALZHEIMER

Tejero Manso A, San José Gallegos A, Vian del Val M, Varela Pelarda O, Gil López M, López Frías R.
CS Valladolid. Valladolid. Castilla y León
angelicatejero@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

El deterioro cognitivo es una causa frecuente de consulta en Atención Primaria, y aunque lo más frecuente es que sea debido a una enfermedad degenerativa (Alzheimer), no siempre es así. En este caso los familiares de la paciente, mujer de 72 años, refieren que desde hace pocas semanas presenta fallos de memoria impropios en ella.

Antecedentes personales: HTA, ITU de repetición y obesidad. Así mismo, la paciente refiere «no ser la misma de siempre», estar muy despistada, sin presentar otros signos o síntomas asociados.

Antecedentes familiares: sin interés.

Exploración física: completa por aparatos sin alteraciones.

Exploración neuropsicológica: TIN breve: 66 puntos (> 57 sugiere deterioro). MEC LOBO: 25 puntos (24-29 Borderline). Test del reloj: alterado.

Pruebas complementarias básicas: VSG 48. Sistemático de sangre, glucosa, perfil renal, hepático, lipídico, calcio, fósforo, iones, PCR, FR, ANA, TSH, T4 libre, ácido fólico, Vit B12, proteinograma sin alteraciones. Sistemático y sedimento de orina: ITU. Serología LUES y VIH negativas. ECG y radiografía de tórax sin alteraciones.

Pruebas complementarias especializadas: TAC cerebral: masa frontal derecha. RM/angiografía cerebral: meningioma frontal derecho.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: diferentes causas de deterioro cognitivo: degenerativas, demencias vasculares, infecciosas, hidrocefalias, neoplasias cerebrales, metabólicas, carenciales, tóxicas, traumáticas, enfermedades desmielinizantes, mitocondriales y psiquiátricas.

Juicio clínico: meningioma frontal derecho.

CONCLUSIONES

Ante la sospecha de deterioro cognitivo es importante llevar a cabo, en Atención Primaria, anamnesis y exploración física completas así como exploraciones complementarias y neuropsicológicas básicas con el fin de realizar un diagnóstico precoz de las demencias potencialmente tratables y potencialmente reversibles.

P-03

TOS Y FIEBRE DESDE HACE MÁS DE UN MES

Cedeño Benavides T, Agrela Cardona M, Sánchez-Praena Sánchez P. CS La Chana. Granada. Andalucía
t_091@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y urgencias.

PRESENTACIÓN

Paciente de 10 años con cuadro febril y síntomas respiratorios de mes y medio de evolución, tratado con salbutamol, montelukast y claritromicina, y por mal control de síntomas, se deriva a urgencias.

Motivo de consulta: tos irritativa y cuadro febril con dificultad respiratoria, anorexia, pérdida de peso y vómitos ocasionales.

Antecedentes personales y familiares: adenoidectomía y amigdalectomía.

Enfermedad actual: neumonía y derrame pleural derecho.

Exploración física: taquipneico en reposo, ACR: disminución de m.v. en base derecha. Fiebre de 39° C. Resto de la exploración normal.

Pruebas complementarias: radiografía y ecografía de tórax con imagen de condensación parenquimatosa en LMD, «hepatización» del LID, sugerente de condensación/atelectasia y derrame pleural derecho. Hemograma: 25.490 leucocitos con 89,1 % de PMN; PCR

16,9 mg/d. Cultivo de esputo: desarrollo de flora orofaríngea. Resto de pruebas negativas.

DESARROLLO

Ante la escasa respuesta a antibioterapia IV y aerosoles, tras anamnesis dirigida se obtiene antecedente de episodio de atragantamiento, ocurrido los días previos al primer episodio febril. Se confirma cuerpo extraño y se realiza broncoscopia rígida localizándose una pieza de plástico en bronquio segmentario derecho medio.

Diagnóstico diferencial: asma, traqueobronquitis, neumonía, broncomalacia, tumores, enfermedad granulomatosa y tos psicógena.

Juicio clínico: aspiración de cuerpo extraño. Neumonía y derrame pleural secundario.

CONCLUSIONES

Ante cuadros de sibilancias en niños no asmáticos, neumonías de difícil control, tos crónica o atelectasias, que no mejoran con tratamiento adecuado. Debe investigarse posible cuerpo extraño ya que es muy frecuente en menores de 2 años y en mayores cuando no da síntomas respiratorios precoces.

P-04

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO CON ELEVACIÓN BRUSCA DEL DÍMERO-D EN EMBARAZADA

Abadía Gallego V, Ferreras Amez J, Vicente Molinero A. Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. Aragón
vicabadia@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

En el embarazo existe una hipercoagulabilidad fisiológica, principalmente por el aumento de los factores de coagulación y el fibrinógeno, y la disminución de la fibrinolisis. Mujer de 22 años, primípara de 19 semanas de gestación. Fumadora ocasional. Con antecedentes de síndrome de ansiedad. Presenta cuadro de dolor torácico opresivo continuo, de características no mecánicas y sin modificación postural, localizado en región centrotorácica e irradiado a hemitórax derecho de predominio vespertino-nocturno, en reposo que cede de forma espontánea. No sensación distérmica ni tos.

Exploración física: consciente y orientada. Normohidratada. Palidez eupneica. Buen estado general. AC: rítmica, sin soplos ni roce pericárdico. AP: normoventila-

ción. No dolor a la palpación en región torácica. Abdomen: anodino. Miembros inferiores: no edemas. Pulsos pedios presentes. No signos de TVP.

Pruebas complementarias: hemograma: leucocitosis leve con neutrofilia. Bioquímica: normal. Pruebas de coagulación (seriadas): 1) Dímero-D 2110 TTPA 20.3; 2) Dímero-D 4730 TTPA 20.6. Gasometría arterial: sin alteraciones. Troponina I: 0.01. ECG: ritmo sinusal compatible con la normalidad. Gammagrafía ventilación/perfusión: no sugestivo de tromboembolismo pulmonar (TEP). Eco-Doppler: extremidades inferiores sin evidencias de trombosis.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: hipercoagulabilidad fisiológica del embarazo, TEP baja probabilidad, trombofilia y ansiedad.

CONCLUSIONES

Determinados signos o síntomas como taquicardia, taquipnea o dolor torácico son habituales en el embarazo, por lo que no pueden ser utilizadas para las escalas de Wells y Ginebra. El dímero-D aumenta de manera fisiológica en el embarazo y su valor predictivo negativo no ha sido validado en embarazadas. El algoritmo diagnóstico clásico de TEP no podría ser seguido en el embarazo.

P-05

OSTEONECROSIS MANDIBULAR INDUCIDA POR BIFOSFONATOS

Sada Ruiz M, Villalón de Hernández M, Zamarreño Aramendia E, Zapateria M, Palacios H, Sanz de Galdeano F. CS Estella. Estella. Navarra
msadaruiz@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Mujer de 59 años, fumadora de 6-5 cigarrillos/día, con antecedentes personales de fractura de radio tras traumatismo banal y osteoporosis generalizada debida a menopausia precoz a los 42 años. Sin antecedentes familiares de interés. Inicio tratamiento con THS durante 6 años, que posteriormente se sustituyó por alendronato (Fosamax). A los 4 años de iniciado el tratamiento con bifosfonatos, acude a nuestra consulta de Atención Primaria porque, tras realizarse en su

odontólogo extracciones dentales, se produce ruptura de las piezas y comienza con problemas del maxilar, sin densidad interna para realizar implantes. Refería dolor y molestias periodontales, con exposición ósea, que se trató con antibioterapia y antiinflamatorios, pensando en proceso infeccioso. Ante la ausencia de mejoría, se derivó a maxilofacial, donde realizaron pruebas complementarias (TAC, radiografía) y se objetivan lesiones líticas mandibulares por necrosis avascular secundaria a tratamiento con bifosfonatos

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: proceso infeccioso, tumoral.

Juicio clínico: osteonecrosis mandibular inducida por bifosfonatos. Se suspendió el tratamiento y se realizó desbridamiento del hueso junto con antibióticos tópicos y sistémicos. La evolución fue favorable y, actualmente, la paciente se encuentra asintomática, pero dada la lesión del hueso mandibular, no se le pueden realizar implantes dentales ni otras medidas invasivas.

CONCLUSIONES

La mayoría de los casos de osteonecrosis se han asociado principalmente al tratamiento intravenoso de pamidronato y zoledronato en pacientes oncológicos. Pero han sido reportados nuevos casos en mujeres con osteoporosis, a quienes se les extrajo piezas dentales mientras estaban en tratamiento con alendronato oral. Dicho efecto podría tener gran relevancia clínica. El principal desencadenante son las extracciones dentales.

La patología de difícil tratamiento, encaminada a la prevención y minimización de medidas invasivas (tratamiento conservador).

P-06

FIBROSARCOMA DE PARTES BLANDAS EN MIEMBRO INFERIOR

Sánchez Serrano E, Viguera Ester P, Calero Barón D, Pascual García Z. CS Guayaba. Madrid. Madrid
ssakire@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto (Atención Primaria, urgencias y oncología médica).

PRESENTACIÓN

Mujer de 39 años sin antecedentes personales de interés ni tratamientos farmacológicos habituales que acu-

de a consulta de Atención Primaria por la aparición desde hace 2 meses de una tumoración en región lateral externa de muslo izquierdo que no molesta ni ha aumentado de tamaño y que relaciona tras la aparición de un hematoma por una contusión a ese nivel. En la exploración física se objetiva una tumoración de 3 x 4 cm en tercio proximal externo de miembro inferior izquierdo, indolora, de consistencia elástica y móvil. Se solicita analítica y radiografía de fémur que resultan normales. Antes de acudir a por los resultados de las pruebas, la paciente acude a urgencias de una sociedad privada porque la tumoración comienza a aumentar de tamaño hasta alcanzar los 7 cm. Le realizan TAC del miembro inferior izquierdo y extirpación compartimental de la lesión con anatomía patológica intraoperatoria de fibrosarcoma. Solicitan estudio de extensión con TAC body, TAC craneal, RM de miembro inferior izquierdo y gammagrafía ósea que fueron normales.

DESARROLLO

Ante una tumoración de partes blandas nos planteamos diagnóstico diferencial con lesiones benignas de partes blandas (lipoma, mixoma, neurinoma, etc.), lesiones benignas no tumorales (hematomas, abscesos, quistes sinoviales, etc.), lesiones malignas (liposarcoma, sarcoma sinovial, etc.) o metástasis de partes blandas de carcinomas o sarcomas óseos.

CONCLUSIONES

Aunque la incidencia de estos tumores malignos es baja (2 casos por 100.000 habitantes) debemos permanecer alertos ante una masa de más de 5 cm, de rápido crecimiento y localizada en miembros inferiores para evitar errores diagnósticos de relevancia para la vida del paciente.

P-07

PARASITOSIS, ¿UNA PATOLOGÍA EMERGENTE? A PROPÓSITO DE UN CASO

Conejero Torres M, González-Moro Azorín L, Pérez Fernández A. Santa Faz Ayuntamiento. Alicante. Ciudad Autónoma de Melilla maisacone@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Todos los protozoos intestinales patógenos tienen una distribución mundial, aunque por las deficientes con-

diciones higiénico-sanitarias se han asociado siempre a países tropicales o en vías de desarrollo. Dado que en los últimos años se ha multiplicado el volumen de inmigrantes procedentes de estos países y el número de viajes intercontinentales, este tipo de patologías están cada día más presentes en nuestro medio. Varón de 50 años, natural de Turquía, residente en España desde hace 6 años y sin antecedentes de interés. Consulta por síntomas de polifagia, molestia abdominal y observación de parásitos en heces que no se objetivaron tras estudio de heces y coprocultivo. Analítica básica y exploración negativa.

DESARROLLO

Dos meses después acude tras eliminar parásito de 120 cm, con resultado de *Taenia sp.* Fue tratado con pirantel y 6 meses más tarde presenta nueva expulsión de restos de cestodos. Ante persistencia de parasitosis se prescribe praziquantel que junto con la niclosamida son el tratamiento de elección aunque fue preciso visado para medicamentos extranjeros al no estar disponible en España. El diagnóstico diferencial es amplio ante la inespecificidad y levedad de los síntomas pero la observación del parásito fue concluyente.

CONCLUSIONES

Las parasitosis están cobrando cada vez más auge en los países desarrollados debido al importante aumento de la inmigración. Es necesario tenerlas presentes en nuestro diagnósticos diferenciales y actualizar terapias en muchos casos olvidadas.

P-08

CEFALEA SECUNDARIA

Moreno Castillón C, Torra Solé N
ABS Balàfia-Pardinyes. Lleida. Cataluña
karolmc23@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y neurocirugía.

PRESENTACIÓN

Paciente de 57 años que presenta cefalea de 24 horas de evolución. Se inicia tratamiento con analgesia sin respuesta. Pasados 6 días presenta persistencia de la cefalea, acompañada de desviación de la comisura labial y marcha inestable. No antecedentes familiares ni personales de interés. No medicación. Exploración cardiorespiratoria: anodina. Exploración neurológica:

Vigil y orientado. Memoria remota y reciente conservada. No praxias. No afasia ni disartria. Desviación de la comisura labial. Resto de pruebas complementarias conservadas. No pérdida de fuerza. No atrofia. No dismetrías. No déficit sensitivo. ROTs presentes y simétricos. Marcha inestable. Romberg positivo. Babinski negativo. PICNR. Nistagmus negativo. TAC: proceso expansivo necrótico-quístico temporoparietal derecho de 7 cm de diámetro, sugestivo de glioma de alto grado.

DESARROLLO

Debemos hacer un diagnóstico diferencial entre las causas de cefalea secundaria, ya que tenemos un paciente que cumple factores de riesgo: inicio reciente en mayores de 50 años, intensidad progresiva aura atípica asociada a fiebre, alteraciones neurológicas unilateral. No respuesta a tratamientos habituales. En estos pacientes debemos realizar una TAC o RM para descartar patología orgánica como hemorragia subaracnoidea, meningitis, ruptura de un aneurisma o tumores cerebrales.

CONCLUSIONES

La cefalea en los tumores cerebrales es el síntoma más frecuente y es secundario a la hipertensión craneal. Sin embargo, es un síntoma muy inespecífico y sólo el 10% de los tumores cerebrales presentan la cefalea como clínica única. Generalmente, ésta se asocia a otros síntomas de la hipertensión craneal y a la clínica neurológica que varía en función de la localización del tumor.

P-09

ENFERMEDAD DEL MADELUNG

Escobar Sánchez E, Carreño Freire P.
CS General Fanjul. Madrid. Madrid
lalena_1978@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

La lipomatosis simétrica múltiple (enfermedad de Madelung) es una entidad infrecuente caracterizada por el desarrollo de depósitos grasos subcutáneos en cuello, hombros y tronco. Habitualmente está asociada a alcoholismo y trastornos metabólicos, que puede cursar con afectación mediastínica, neuropatía y tumores de vía aérea superior.

Motivo de consulta: aumento del diámetro cervical.

Antecedentes personales: ex bebedor de más de 100 g alcohol/día durante más de 15 años. Hipertensión de larga evolución, hiperuricemia asintomática, hepatopatía crónica no filiada y en estudio por posible poli-mialgia reumática.

Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: paciente varón de 80 años que consulta por aumento progresivo del diámetro del cuello de años de evolución, no doloroso.

Exploración física: aumento de grasa subcutánea, simétrica, indolora y sin alteraciones cutáneas, de predominio cervical y mamario. Debilidad en miembros inferiores 4/5, hiporreflexia aquilea bilateral, disestesias en pies, sin atrofia ni afectación autonómica.

Pruebas complementarias: analítica: VMC 110 ul, GOT 77, GGT 69, ácido úrico 8,2. Anticuerpos antinucleares, antimitocondriales y antimúsculo liso: negativos. Serología hepática negativa. Ecografía cuello: imágenes compatibles con infiltración grasa. Electromiograma: polineuropatía mixta de predominio axonal en miembros inferiores.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: patología tiroidea, quistes cervicales, linfomas, síndrome de Cushing y enfermedad de Von Recklinghausen.

Juicio clínico: lipomatosis simétrica múltiple.

CONCLUSIONES

Diagnóstico de dicha enfermedad fundamentalmente clínico, apoyado por imágenes obtenidas por ecografía, TAC o RM, confirmando el diagnóstico y demostrando la distribución grasa. Asociación casi permanente con el alcoholismo crónico. Frecuentemente, la enfermedad se asocia a polineuropatía desmielinizante y alteraciones metabólicas. Etiología desconocida. Se recomienda tratamiento quirúrgico, ya sea por compromiso aéreo o razones estéticas.

P-10

¡ES VERDAD, LOS DOS COMIMOS LO MISMO!

Alejo Díaz-Zorita C, López Soler E, Gonzalo García C, Suárez Marrero A, Polyziadis Voulodimos S, Corchón Marín M.
CS La Milagrosa. Soria. Castilla y León
conc_alejo@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Varón de 33 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, acude a consulta de Atención Primaria por presentar un cuadro clínico de 1 semana de evolución de diarrea, fiebre de 39° C, tos y astenia. Durante las primeras 48-72 horas presentó un *rash* cutáneo que cedió. En la anamnesis, destaca la ingesta de pescado hacía 48 horas. En la exploración no hubo hallazgos. Radiografía de tórax normal. Analítica: leucocitosis, hipereosinofilia leve, aumento de transaminasas y de triglicéridos. Coprocultivo normal. Ecografía abdominal: hígado en el límite alto de la normalidad y una discreta esplenomegalia. Dada la permanencia del cuadro sin hallarse foco, se considera la posibilidad de realizar un estudio de fiebre de origen desconocido no sin antes realizar una segunda anamnesis más detallada en la que el paciente refirió haber comido carne de jabalí junto con su novia que empezaba con la misma sintomatología.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: síndrome de eosinofilia-mialgia, dermatomiositis, poliarteritis nodosa, polimialgia reumática, fascitis eosinofílica, *Influenza*, gastroenteritis vírica, fibromialgia.

Juicio clínico: triquinosis.

CONCLUSIONES

Lo que estaba a punto de etiquetarse como fiebre de origen desconocido y ser enviado a medicina interna, pudo diagnosticarse en Atención Primaria gracias a la reevaluación del paciente tanto en la exploración como en la anamnesis, lo que permitió un seguimiento cercano, un diagnóstico y la posibilidad de evitar distintas complicaciones.

P-11

DOCTOR, TENGO MIEDO A DORMIRME

Fuertes Lietor G.

CS Torrent 1. Torrent. Valencia

cap@ono.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Introducción: existen patologías que por presentar síntomas abigarrados y poco conocidos son mal diagnosticadas; no sólo por el facultativo que por ignorancia

malinterpreta los síntomas, sino también porque los pacientes muchas veces no consultan concretamente por ellos.

Motivo de consulta: la paciente solicita ayuda porque le da miedo quedarse dormida.

Antecedentes personales: trastorno adaptativo con ánimo depresivo hace 2 años. No hábitos tóxicos.

Enfermedad actual: mujer de 43 años manifiesta desde hace semanas miedo a quedarse dormida porque últimamente cuando está acostada, ha sentido incapacidad para moverse o hablar, sensación de opresión en cuerpo y la presencia de alguien en la habitación. También tiene sensación de muerte inminente acompañada de taquicardia, hiperventilación y sudoración intensa; esto le genera tal angustia y desasosiego que llega a retrasar la hora de acostarse.

Exploración física: buen estado general. No hay pérdida de peso. PA: 120/60 mmHg.

Pruebas complementarias: examen psicopatológico normal.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: está entre la narcolepsia, trastorno somatomorfo, crisis de angustia, trastorno psicótico y parálisis del sueño aislada. Por la forma de presentación, la ausencia de crisis de cataplejía, la exploración psicopatológica normal se trata de una parálisis de sueño aislada con alucinaciones hipnagónicas.

CONCLUSIONES

La parálisis del sueño es un fenómeno muy común que le ocurre al 40-50% de la población con una intensidad variable. Los trastornos del sueño son un área de gran importancia sanitaria y socioeconómica, pues afecta a la calidad de vida. Así, el papel del médico es vital a la hora de reconocer los síntomas y no confundirlo con un trastorno psiquiátrico.

P-12

LA INHALACIÓN DE UN CÁUSTICO NO SIEMPRE PRODUCE PATOLOGÍA ORGÁNICA

Caballero del Pozo M, Jurado Ortiz S, Rodríguez Pascual M,

Ruipérez Guijarro L, Lista Arias E, Hernández Stegman M.

CS Viladecans 2. Viladecans (Barcelona). Cataluña

montserrat_caballero@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto (Atención Primaria, urgencias en Atención Pri-

maria, otorrinolaringología (ORL), digestivo, psiquiatría).

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: mujer de 36 años, consulta por odinofagia y disfagia progresiva tras inhalación accidental de producto cáustico de limpieza.

Antecedentes personales y familiares: no alergias medicamentosas conocidas, fumadora de 2 cigarrillos/día. Antecedentes familiares de neoplasia de esófago en hermano a los 35 años.

Enfermedad actual: acude por odinofagia y tos irritativa tras inhalación de producto desengrasante alcalino de forma accidental. Progresivamente aparece disfagia a sólidos y ocasionalmente a líquidos, junto con anorexia, pérdida de 10 kg de peso en 3 meses, náuseas y vómitos ante la comida, tristeza vital, anhedonia parcial, miedo a atragantarse, astenia, llanto frecuente, irritabilidad, conducta regresiva y dificultad para tareas habituales con repercusión directa sobre terceros.

Exploración física: se evidencia eritema a nivel mucosa orofaríngea, resto anodino.

Pruebas complementarias: se deriva a ORL donde se demuestra una faringitis crónica. Fibrogastroscoopia: se observa cambios de mucosa metaplásica en esófago distal sin esofagitis activa con biopsia negativa. Análítica general completa normal. Se realiza derivación a psiquiatría para valoración.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: estenosis inflamatoria y postinflamatoria por inhalación cáustica; lesión ocupante de espacio esofágica; trastorno depresivo.

Juicio clínico: se orientó el diagnóstico diferencial inicial como posible patología orgánica a nivel faringo-esofágico tras inhalación del cáustico, por lo que se realizaron fibrogastroscoopia y derivación a ORL que únicamente mostró una faringitis crónica (cuya causa podría ser el tabaquismo). Tras aparición progresiva de sintomatología depresiva y ante la negatividad de las pruebas complementarias, se reorienta el caso como trastorno depresivo, y se inicia tratamiento antidepressivo y consulta con psiquiatría. Tras 4 meses de evolución, se evidencia ligera mejoría clínica.

CONCLUSIONES

Es importante mantener una visión biopsicosocial en medicina de familia, ya que en este caso la edad de la muerte del hermano por neoplasia esofágica

fue la clave para poder reorientar el cuadro de la paciente.

P-13

PARÁLISIS DE TODD

Pérez García S, Barberà Vialà J, Monclús Arasa C, Barquero Bardón E, Giménez Jordán L, Ortiz Gil E. ABS El Castell. Castelldefels (Barcelona). Cataluña 38731spg@comb.es

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: mujer de 78 años consulta por episodio de movimientos clónicos y disminución de fuerza en hemicuerpo izquierdo.

Antecedentes personales: tuberculosis, HTA, DM tipo 2, dislipemia, cardiopatía isquémica, ictus ACM derecha (hemianopsia izquierda residual, poliartrosis).

Enfermedad actual: movimientos clónicos en hemicuerpo izquierdo con posterior pérdida de fuerza en dicho territorio.

Exploración física: consciente, afebril, PA: 161/63 mmHg, auscultación cardiorespiratoria crepitante bibasal, movimientos clónicos hemifaciales y braquiocrurales izquierdos, hemiparesia braquiocrural izquierda 1/5. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: analítica: ligera leucocitosis e hiperglicemia. Radiografía de tórax: pinzamiento seno costofrénico derecho. ECG: RS a 78 ppm; eje 30°; rectificación ST en cara lateral; amputación R en precordiales; ondas Q en cara inferior. TAC craneal: infarto antiguo en territorio de arteria cerebral media derecha. No alteraciones sugestivas de infarto reciente.

DESARROLLO

Tratamiento y evolución: se administra 1 g de fenitoína intravenosa con evolución favorable del cuadro y recuperación total de la hemiparesia.

Diagnóstico diferencial: accidente cerebrovascular. Crisis comicial.

Juicio clínico: alta con diagnóstico de crisis comicial parcial motora secundaria a lesión antigua y parálisis de Todd secundaria a la crisis.

CONCLUSIONES

Discusión y conclusiones: en un paciente no epiléptico conocido, la duda que planteamos es de si la hemipa-

resia es debida al agotamiento de las reservas de energía en la porción del cerebro afectada por la crisis comicial o a un evento isquémico que en las primeras horas no se visualiza en TAC. Sólo la evolución, y en ocasiones un TAC de control, nos pueden dar el diagnóstico.

P-14

TO BEER OR NOT TO BEER

Alfonseda Rojas J, Castillo Guzmán G, González Fuentes A, Carrillo Gilabert A.
CS Cartagena Casco. Cartagena. Región de Murcia
icoaco@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Varón de 64 años de nacionalidad noruega con antecedentes de HTA, hipercolesterolemia, DM, HPB, glaucoma y hábito enólico importante, consulta por astenia y cefalea de 1 mes de evolución. La exploración física no revela datos de interés y en la analítica realizada se evidencia una hiponatremia moderada (Na: 125) con leve aumento de transaminasas.

DESARROLLO

Nos planteamos el diagnóstico diferencial de la hiponatremia del paciente centrándonos finalmente, tras nueva anamnesis, en dos posibilidades: por una parte, el uso de diuréticos para el tratamiento de su HTA, y por otra, la ingesta excesiva de cerveza (4-5 l/día). Se recomienda al paciente suspender tratamiento con diuréticos y restringir la ingesta de cerveza, y así encontrar en una nueva analítica posterior cifras de Na cercanas a la normalidad. Teniendo en cuenta que el paciente decidió por su cuenta no abandonar el tratamiento nos encontramos, pues, ante un caso de hiponatremia secundaria a potomanía por cerveza.

CONCLUSIONES

Se trata de un caso de importante relevancia en Atención Primaria ya que en él se ponen de manifiesto algunos aspectos muy frecuentes en nuestra práctica clínica diaria como son: el creciente número de pacientes extranjeros que acude a consulta con el consecuente problema de comunicación médico-paciente, la alta prevalencia del abuso del alcohol en dicha población y el riesgo de efectos secundarios e interac-

ciones entre fármacos por el elevado número de pacientes polimedicados.

P-15

TIFLITIS AGUDA EN PACIENTE NEUTROPÉNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Tercero Macià C, Arenas Blanca JA, Zaragoza Muñoz A, Gisbert Segura J, González-Moro Azorín L, Carrascosa Gonzalvo S.
CS El Campello. El Campello (Alicante). Valencia
criterma@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y urgencias.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: dolor abdominal y fiebre.

Antecedentes personales: no RAM, ex fumadora. FM: G2P2A0. Diagnóstico previo de carcinomatosis peritoneal por adenocarcinoma endometroide de ovario con metástasis peritoneales y ganglionares.

Enfermedad actual: mujer de 60 años que consulta por cuadro de dolor abdominal de localización en FID asociado a defensa local voluntaria y fiebre de hasta 39° C, que se inicia 48 horas después del último ciclo de quimioterapia.

Exploración física: temperatura de 39° C. ACP: normal. Abdomen: doloroso a la palpación de forma difusa, con dolor selectivo a nivel de FID, así como defensa voluntaria a ese nivel. Puño-percusión renal derecha positiva. **Pruebas complementarias:** analítica sanguínea donde destaca neutropenia y PCR 23. Se toman muestras para hemocultivos, urocultivos y coprocultivo. Ante los hallazgos clínicos, se decide realizar TAC abdominopélvico donde se evidencia importante engrosamiento de la fascia laterocecal, y pararenal derechas, así como una importante colección hidroaérea en el ángulo parietocólico derecho, compatible con una microperforación de colon.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: apendicitis aguda, tiflitis aguda (enterocolitis neutropénica), absceso abdominal.

Juicio clínico: enterocolitis neutropénica en paciente en tratamiento con quimioterapia.

CONCLUSIONES

La tiflitis es una infección aguda bacteriana de la mucosa del ciego, generalmente causada por *Clostridium*. La patogenia es multifactorial, generalmente se

asocia a pacientes inmunodeprimidos con diagnósticos de leucemia, sida o pacientes que reciben quimioterapia, pero también puede darse en aquellos con un sistema inmunitario aparentemente normal. Aunque

es poco frecuente, es aconsejable pensar en ella como causa potencial de sepsis aguda y de dolor abdominal similar al de la apendicitis aguda, especialmente en pacientes neutropénicos.

SESIÓN PÓSTER 2: VIERNES, 11 MAYO, DE 09.30 A 11.30 H

CASOS CLÍNICOS

P-16

NEUMOTÓRAX CATAMENIAL, ¿CATA... QUÉ, DOCTOR?

Romero Otero B, Santiago Fierro M.

CS Son Gotleu, CS Camp Redó, Hospital Fundación de Manacor. Palma de Mallorca. Baleares
marina74gades@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias en hospital.

PRESENTACIÓN

Mujer de 25 años con cuadro de neumotórax espontáneo de repetición, diagnosticada de neumotórax catamenial. Esta patología representa menos del 1% del total de neumotórax (la bibliografía recoge menos de 100 casos), el 95% se presenta en neumotórax derecho, con mayor incidencia entre 25-30 años. En el 30% hay signos clínicos y/o lesiones de endometriosis. Menstruación 24-72 horas antes. Con tendencia a recaer (15 veces en una mujer). Sin alergias conocidas. Fumadora de 20 cigarrillos/día. I.Q.: amigdalectomía. Apendicetomía + peritonitis. Endometriosis quística de ovario. Tratamiento con ansiolíticos. Acude en tres ocasiones en el período de 1 año al servicio de urgencias por neumotórax recurrente. Acude con clínica de disnea y dolor en hemitórax derecho, hipofonesis en campo pulmonar derecho en la auscultación. Se evidenció neumotórax en las radiografías. En dos ocasiones, precisó drenaje pleural y, en otra ocasión, el cuadro cedió con tratamiento médico.

DESARROLLO

Se trasladó al hospital de referencia para completar el estudio, presentando nuevo episodio concomitante con la menstruación. Se tomaron muestras mediante videotoracoscopia para anatomía patológica. Finalmente, se llegó al diagnóstico de neumotórax catamenial descartándose otras causas de neumotórax espontáneo. Como tratamiento, se realizó pleurodesis mecánica que solucionó el cuadro.

CONCLUSIONES

Pese a su baja prevalencia, éste es un caso muy interesante y, sin que la anatomía patológica fuera concluyente, se llegó al diagnóstico a través de los hallazgos

radiográficos de neumotórax de forma reiterada, en cuatro ocasiones, junto con la clínica ginecológica que presentaba la paciente.

P-17

PÉRDIDA BRUSCA DE AGUDEZA VISUAL, ¿POR QUÉ PUEDE SER?

Barberà Viala J, Pérez García S, Monclús Arasa C,

Giménez Jordán L, Costa Bugallo G, Ortiz Gil E.

CAP Castelldefels. Castelldefels (Barcelona). Cataluña

viala_julia@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias en Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Introducción: pérdida de visión como primera manifestación de mixoma cardíaco.

Motivo de consulta: disminución de la agudeza visual brusca.

Antecedentes personales: ex fumador de 3-5 cigarrillos/día. No hay otros antecedentes de interés.

Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: paciente varón de 48 años que presenta cuadro de diplopía y disminución brusca de la agudeza visual sin pérdida de conciencia.

Exploración física: normotenso, afebril, NRL: limitación de la mirada vertical superior e inferior sin nistagmus, disartria, no déficits motores ni sensitivos, resto sin alteraciones.

Pruebas complementarias: ECG: RS a 66x', sin alteraciones en repolarización. TAC craneal: sin alteraciones significativas. Ecocardiograma transtorácico: mixoma auricular en auricular izquierda de 2,5 cm sin afectación FE. Se deriva a hospital activándose código ictus.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: ictus isquémico frente al hemorrágico vertebrobasilar. Tromboembolismo cardioembólico frente al aterotrombótico.

Juicio clínico: se trata de un ictus isquémico con tromboembolismo cardioembólico causado por un mixoma auricular izquierdo.

CONCLUSIONES

Los tumores cardíacos son extremadamente raros, con incidencia del 0,0017%. Los mixomas son los más

frecuentes, y aparecen entre los 30 y 60 años. Se localizan en un 75% en aurícula izquierda. Pueden presentar una sintomatología variable desde síntomas constitucionales (fiebre, mialgias, pérdida de peso, etc.), cardíacos obstructivos y embólicos que pueden afectar a todo el árbol vascular. El tratamiento es la resección quirúrgica precoz por su alto riesgo embólico. Por lo tanto, en aquellos pacientes con eventos embólicos sin factores de riesgo, se ha de buscar intencionadamente una causa cardíaca.

P-18

DOCTORA, ¿Y ESTE BULTO?

Barberà Viala J, Pérez García S, Monclús Arasa C, Ortiz Gil E, Costa Bugallo G, Giménez Jordán L.
CAP Castelldefels. Castelldefels (Barcelona). Cataluña
viala_julia@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Introducción: crecimiento lento de una zona ósea de larga evolución.

Motivo de consulta: bultoma frontal doloroso con crecimiento progresivo.

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Enfermedad actual: mujer de 38 años que presenta una prominencia a nivel del hueso frontal dolorosa, de 1 año de evolución, con crecimiento lento pero progresivo.

Exploración física: se palpa masa sobreelevada de 2 cm aproximadamente, de consistencia dura, no dolorosa al tacto, en zona frontal derecha. Resto normal.

Pruebas complementarias: radiografía craneal: única lesión frontal osteolítica, resto normal. TAC craneal: área en zona frontal de menos densidad ósea que afecta a hueso esponjoso, con un diámetro de 2,5 cm, sin reacción perióstica, ni hiperostosis reactiva. Gammaografía ósea: única lesión ósea osteogénica frontal derecha sin otras lesiones en el rastreo corporal.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: quiste óseo, osteomielitis, granuloma eosinófilo, metástasis ósea.

Juicio clínico: se trata de una paciente que presenta una única lesión ósea osteolítica, sin afectación de partes blandas ni extensión intracraneal. Dado su tiempo de evolución, su comportamiento benigno y por imagen, se hace el diagnóstico de granuloma eosinófilo.

CONCLUSIONES

El granuloma eosinófilo es la forma de tumor óseo más benigno del grupo de las histiocitosis de Langerhans. Se presenta más frecuentemente a nivel craneal, pero puede afectar otras zonas. Se caracteriza por presencia de eosinófilos y células de Langerhans. Es de etiología desconocida y su tratamiento va desde conducta expectante hasta curetaje y corticoides intralesionales.

P-19

¿SERÁ ALERGIA A LA GARRAPATA?

Martínez Gil V, Albarracín Castillo M, Manzanos González A, Martínez Tascón A.
CS José Barros, CS Cazoña. Santander. Cantabria
valvanuz_mg@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: mujer de 28 años consulta por lesión cutánea de 2 meses de evolución.

Hace 2 meses, pasados 2 días de una excursión al campo, observa la presencia de una garrapata en FID que extrae por completo mediante alcohol e incisión cutánea. Una semana después aparece una pequeña lesión habonosa con pústula central en la zona de la picadura. El habón desaparece a las 2 semanas, pero persiste eritema que comienza a extenderse por los bordes y desaparecer por el centro. Concomitantemente refiere dolores intermitentes en rodillas, de carácter inflamatorio. No otros síntomas.

Antecedentes personales: sin interés.

Exploración física: lesión eritematosa en FID de 10 x 5 cm, con pequeña lesión pustulosa central. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: analítica básica: normal. Serología: *Rickettsia Conori*, negativa; *Borrelia Burgdorferi*, IgM positivo.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: enfermedad de Lyme, fiebre botonosa mediterránea.

Juicio clínico: eritema crónico migrans (enfermedad de Lyme, fase aguda).

Tratamiento: doxiciclina 100 mg/12 horas durante 15 días, negativizándose la serología a las 6 semanas de la primera extracción. Resolución del eritema a los 5 días de tratamiento.

CONCLUSIONES

Los sistemas tradicionalmente empleados (alcohol, etc.) para la extracción de la garrapata no son métodos seguros al propiciar la entrada de los agentes infecciosos que contuviera. La enfermedad de Lyme es una enfermedad multisistémica producida por la *Borrelia Burgdorferi* transmitida por la garrapata. La infección comienza en el sitio de la picadura con propagación local y posterior diseminación cutánea y sistémica, por lo que es importante pensar en ella ante excursiones a zonas de riesgo.

P-20

¡QUÉ MALA LECHE TIENE ESTA VACA! UN CASO DIFERENTE

Albarracín Castillo M, Martínez Gil V, Martínez Tascón A, Manzanos González A.

CS Cazoña, CS José Barros. Santander. Cantabria
valvanuz_mg@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Introducción: la ruptura del árbol traqueo-bronquial es una lesión grave presente entre el 1,5 y el 3% de los pacientes con trauma cerrado de tórax. El impacto anterior del cuello puede traumatizar laringe o tráquea, particularmente el anillo cricoideo, comprimiendo el esófago contra la columna vertebral. La presencia o la ausencia de síntomas puede ser engañosa, siendo un pobre predictor del daño subyacente.

Motivo de consulta: edema progresivo en cuello y región superior de tórax.

Antecedentes personales: HTA, hepatopatía crónica alcohólica.

Estado actual: varón de 76 años que acude a urgencias por edema progresivo en cuello y región superior de tórax tras pisada de vaca en región anterior del cuello.

Exploración física: hemodinámicamente estable. Disfónico, eupneico; hematoma de 4 x 3 cm en región submentoniana; enfisema subcutáneo en región anterior y lateral izquierda de cuello, y tercio superior de hemitórax izquierdo. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: radiografía columna cervical 2P: amputación de columna de aire a nivel de hioides, enfisema subcutáneo. Radiografía de tórax y parrilla costal: normal. TAC de cuello: fractura de hioides y cartílago tiroideos, hematoma de partes blandas con estenosis de vía aérea.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: rotura del árbol respiratorio, perforación esofágica, cuerpo extraño, infecciones por gérmenes productores de gas, perforación de víscera hueca abdominal.

Juicio clínico: fractura laríngea.

CONCLUSIONES

Debido a la elevada mortalidad de estos pacientes es preciso establecer un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, y evitar así las posibles complicaciones que se pueden presentar. Es importante evaluar correctamente el mecanismo traumático para poder sospechar lesiones que muchas veces pasan desapercibidas.

P-21

HALLAZGO DE ICTUS OCCIPITAL ANTIGUO NO DESCRITO, A PARTIR DE EXPLORACIÓN BÁSICA OFTALMOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ruiz Perera J, Perera Sanz D, Perera Carrillo C, Rufino Delgado M, Solbes Caro A, Marco García T,

CS Avenida Trinidad. La Laguna (Tenerife). Canarias
jerupe79@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto (Atención Primaria y asistencia especializada -oftalmología y neurología-).

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: mujer de 61 años que acude a consulta por alteración de la visión de 1 año y medio de evolución.

Antecedentes personales: destacaba la intervención de un mixoma auricular izquierdo que coincide con el inicio de la sintomatología. Otros son: flúter auricular atípico en tratamiento con sintrom, HTA en tratamiento, obesidad, DM tipo 2 con ADO.

Antecedentes familiares: sin interés.

Exploración básica oftalmológica: destaca una hemianopsia homónima izquierda tras practicar un campo visual por confrontación. Tras estos hallazgos, se solicita una interconsulta a oftalmología de forma preferente, donde objetivan tras campimetría una cuadrantanopsia homónima inferior izquierda. Con la sospecha de un infarto parieto-occipital derecho no descrito previamente, y tras los antecedentes personales de mixoma auricular intervenido y flúter atípico, se solicita una interconsulta al servicio de neurología, que le practica una

RM, en la que se pone de manifiesto la sospecha diagnóstica.

DESARROLLO

Ante los antecedentes personales de la paciente y la exploración practicada, se sospecha un infarto antiguo de origen embólico a partir de la lesión cardíaca o como consecuencia del flúter auricular que presenta, explicando así los defectos en el campo visual encontrados. La sospecha diagnóstica se confirma con el estudio oftalmológico (campimetría) y neurológico (RM craneal).

CONCLUSIONES

Resaltamos la importancia de una correcta anamnesis del paciente que permita orientar el diagnóstico, así como una adecuada exploración física que incluya exámenes no habituales dirigidos a la sintomatología del paciente.

P-22

LA HIDATIDOSIS SIGUE PRESENTE

Franco Sánchez-Horneros R, Castro Arias M, Quirós Navas E, Herrero Martínez M, Siles Cangas M, Peña y Lillo Echeverría G. Hospital 12 de Octubre. Madrid. Madrid
rebecayvelasco@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Las causas de dolor abdominal son múltiples y constituyen un reto diagnóstico en Atención Primaria, fundamentalmente cuando se trata de patología poco frecuente en nuestro medio, lo que se ve favorecido por el aumento de la emigración. Presentamos un varón de 23 años, peruano, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho de 1 mes de evolución, tratado con omeprazol sin mejoría. La exploración física muestra dolor a la palpación profunda en hipocondrio, flanco y fosa ilíaca derechos (FID), sin irritación peritoneal, con efecto masa en FID. Hemograma y bioquímica normales. Ecografía abdominal urgente: se detectan múltiples quistes, uno intrahepático y el resto ocupa toda la línea media abdominal. Se deriva al hospital donde el TAC abdominopélvico confirma la presencia de incontables quistes intraperitoneales localizados, sobre todo en hemiabdomen derecho.

DESARROLLO

Juicio clínico: hidatidosis hepática con diseminación peritoneal. Se instaura tratamiento conservador con albendazol durante 6 meses con buena evolución del paciente.

CONCLUSIONES

La hidatidosis es una zoonosis bastante prevalente a nivel mundial aunque cada vez menos frecuente en nuestro país, por lo que se tiene poco en cuenta al orientar un diagnóstico. Su período de latencia, desde su inicio hasta su diagnóstico, es de varios años, con clínica muy silente e inespecífica, siendo a menudo un hallazgo casual. La diseminación peritoneal es una complicación poco habitual de la hidatidosis hepática y constituye una causa de dolor abdominal en un paciente procedente de un área endémica.

P-23

MANEJO DEL PACIENTE CON PTOSIS PALPEBRAL

García Ureña E, Rodríguez Avellaneda R, Agrela Cardona M, Jiménez Mejías E, Hernández Carmona A, Moreno Suárez S. CS De La Chana. Granada. Andalucía
esthure@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria, atención especializada y urgencias.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: paciente de 75 años acude por caída del párpado derecho, hipoacusia y prurito de oído derecho.

Antecedentes personales: DM tipo 2, HTA, dislipemia, hiperuricemia, obesidad, HBP, prótesis rodilla izquierda.

Antecedentes familiares: no conocidos.

Enfermedad actual: refiere caída del párpado derecho de inicio agudo. No diplopía, trastorno del lenguaje o cambios en la voz, dificultad deglutoria ni respiratoria, ni debilidad o fatiga en extremidades.

Exploración física: consciente y orientado, sin alteración del lenguaje ni funciones superiores. Campimetría por confrontación normal. FO: sin edema de pápila. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Ptosis derecha con clara fatigabilidad. No oftalmoparesia ni diplopía. Resto de pares craneales normales. No déficit sensitivo ni motor. Hiporreflexia en miembros inferiores. No disimetrías ni adiadococinesia. Estación y

marcha normales. Otoscopia: secreción blanquecina en CAE.

Pruebas complementarias: analítica: HbA1c 8%, Hb 11,4 g/dl; VSG 61/91. Proteinograma y EEG normales. Coagulación normal. RM cerebral: gliosis isquémica y otomastoiditis derecha. Anticuerpos antirreceptor ACh 3,63 mmol/L. TAC torácico: ateromatosis arco aórtico, sin imágenes sugerentes de tumoración mediastínica ni pulmonar. ANA y ENA negativos.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: ptosis palpebral: miastenia por fármacos, mononeuritis diabética, miastenia grave, síndrome miasténico Lambert-Eaton, neurastenia, hipertiroidismo, botulismo, tumor intracraneal, oftalmoplejía externa progresiva.

Juicio clínico: miastenia grave clínicamente ocular.

CONCLUSIONES

Se trata de un caso raro de miastenia grave, ya que el inicio fue súbito, sin otras alteraciones, y se da la coincidencia de una otomastoiditis que pudiera confundir el diagnóstico principal.

P-24

PAPPS: REIVINDICA LO SIMPLE

Sáiz Pérez C, Fernández Díaz F, Hernández De Francisco L, García Quevedo E, Fernández Herrera E, García Quintana S. CS Zapaton-La Vega. Torrelavega (Santander). Cantabria coiledbody@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: varón de 70 años que acude programado para realización de las actividades preventivas contempladas en el programa de HTA.

Antecedentes personales y familiares: ex fumador de 15 cigarrillos/día desde hace 2 años. HTA desde 2004 en tratamiento con enalapril + hidroclorotiazida. Dislipemia desde 2006 en tratamiento con atorvastatina. ACxFA crónica desde 2004 en tratamiento con acenocumarol. En ecocardiografía de 2004 presentó dilatación auricular izquierda (49 mm) con IM mínima y FE conservada. Gota en tratamiento con alopurinol.

Enfermedad actual: asintomático en el ámbito cardiovascular.

Exploración física: se le realiza la exploración recomendada en el protocolo de evaluación de HTA y dislipemias aplicado en nuestro centro de salud, donde destaca: IMC, 25,7; PAS: 142 mmHg; PAD: 90mmHg. Auscultación carotídea: soplo carotídeo izquierdo. Auscultación cardíaca: arritmica. Soplo sistólico I-II/VI no irradiado en foco mitral. Resto normal.

Pruebas complementarias: ECG: ACxFA a 86 lpm sin crecimiento ventricular. Analítica normal.

DESARROLLO

Interconsulta preferente a cirugía cardiovascular tras hallazgo casual de soplo carotídeo izquierdo no conocido y que no había producido clínica hasta el momento. En arteriografía se objetiva obstrucción del 80% en arteria carótida izquierda que se considera no susceptible de tratamiento quirúrgico por el momento. Se realizará seguimiento en atención especializada.

CONCLUSIONES

El caso expuesto es un pequeño ejemplo de la importancia del trabajo minucioso y rutinario que realizamos a diario en nuestras consultas. Los médicos de familia, con una simple anamnesis, exploración física y un mínimo de pruebas complementarias a nuestra disposición aplicados a unos programas de seguimiento de eficacia científicamente probada (PAPPS), podemos evitar graves enfermedades a nuestros pacientes o ayudar a controlarlas.

P-25

SÍNDROME DE PARINAUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Yupanqui Sandoval M, Sadakov K. CS Orihuela. Valencia entra@mail.ru

ÁMBITO DEL CASO

Paciente vista en la consulta de Atención Primaria y remitida al servicio de urgencias de hospital para completar estudios.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: mujer de 87 años que acude por disminución de la agudeza visual y cefalea.

Antecedentes personales: no RAM. HTA no controlada. Demencia senil leve. H.E.A. Refiere disminución de agudeza visual mal definida, acompañada de cefalea

holocraneal y somnolencia, de inicio brusco de 2 horas de evolución.

Exploración física: afebril. PA: 155/80 mmHg. Normocoloreada. Normohidratada. Normonutrida. No hay soplos carotídeos. AC: 82 ppm, tonos rítmicos sin soplos. AP: MVC simétrico sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores: no edemas ni signos de insuficiencia venosa.

Exploración neurológica: consciente, orientada en tiempo y espacio, alerta. Pupilas isocóricas. Areflexia pupilar con nistagmus de la mirada vertical. Oftalmoplegia: no hay movimientos voluntarios en plano vertical. Reflejos de acomodación y corneal conservados y simétricos. No hay diplopía. Resto sin hallazgos significativos.

Pruebas complementarias: TAC: pequeñas lesiones hipodensas múltiples con infartos lacunares crónicos en tálamo y cápsula interna bilateral. RM cerebral: alteraciones de la sustancia blanca de la fosa posterior. Infarto en mesencefalo dorsal.

DESARROLLO

La paciente estuvo ingresada en el servicio de neurología de hospital donde ha sido diagnosticada de ACV isquémico, infarto en mesencéfalo dorsal, síndrome de Parinaud. Evolucionó favorablemente sin complicaciones.

CONCLUSIONES

La HTA es una enfermedad con mayor prevalencia en el ámbito de Atención Primaria y un factor de riesgo importante de provocar un accidente cerebrovascular isquémico, que en nuestro caso clínico se manifestó con alteración de movilidad ocular vertical (síndrome de Parinaud) debido a un infarto en el mesencéfalo dorsal.

P-26

¿TUMOR O BACTERIA?

Hernández Stegman M, Ruipérez Guijarro L, Rodríguez Pascual M, Caballero del Pozo M, Jurado Ortiz S.
ABS Viladecans 2 (María Bernades). Viladecans (Barcelona).
Cataluña
36407mhs@comb.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto (Atención Primaria y hospital).

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: dolor abdominal y estreñimiento.

Antecedentes personales: no AMC. Fumadora de 20 cigarrillos/día. Apendicitis. IQ prolapso vaginal. Portadora del DIU.

Antecedentes familiares: hermana cáncer de ovario.

Enfermedad actual: mujer de 48 años que acude a ambulatorio con dolor abdominal tipo cólico y estreñimiento de 15 días de evolución. Síndrome tóxico con pérdida de 10 kg de peso en 2-3 meses.

Exploración física: hemodinámicamente estable. Febrícula. Abdomen: masa dura dolorosa en flanco izquierdo. Resto normal. TR: a 8-9 cm tumoración dura que ocupa toda la pelvis. TV: pelvis fijada. Masa que llega a mitad del ombligo.

Exploraciones complementarias: analítica: leucocitosis 15.500 con DI. VSG elevada. Marcadores tumorales: negativos. ECO y TAC abdominal: masa pelvis menor junto uréter y estenosis concéntrica sigma. Colonoscopia: estenosis extrínseca colon descendente.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: tumor origen ginecológico. Cáncer colorrectal. EIP. Actinomicosis pélvica. OD: neoplasia abdominal. Se realiza hemicolectomía izquierda con resección anterior baja y colostomía terminal. Se informa como sarcoma pélvico infiltrante. AP pieza quirúrgica: infección por actinomicosis.

Juicio clínico: actinomicosis pélvica.

CONCLUSIONES

Discusión y conclusiones: la actinomicosis es una infección bacteriana de curso crónico. Evoluciona lentamente sin respetar barreras anatómicas. La actinomicosis abdominal suele localizarse en región ileocecal y rectosigmoide. Puerta de entrada: disrupción de la mucosa del tracto gastrointestinal, aspiración de secreciones de orofaringe o tracto gastrointestinal, presencia de DIU. Clínica: fiebre, dolor abdominal, pérdida de peso y desarrollo de masa dura y sensible que fácilmente se confunde con un carcinoma. Diagnóstico de certeza: anatomopatológico. Tratamiento de elección: uso prolongado de penicilina (mínimo 6 meses).

P-27

ADENOPATÍA LATERO-CERVICAL EN VARÓN JOVEN

Montes Bravo A, Díaz Paniagua L, Martínez Valentin-Gamazo A, Rubio de Santos M, Salgado Romero C, Hakami Hakami O.
CS San Blas. Parla (Madrid). Madrid
anacmbravo@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria, urgencias y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Varón de 34 años sin hábitos tóxicos ni tratamiento habitual, que como único antecedente presenta cirugía de ginecomastia bilateral hace 1 mes y medio, acude a consulta en su centro de salud por aparición brusca de adenopatía en hemitórax superior izquierdo sin otros síntomas acompañantes. En la exploración, presenta adenopatía supraclavicular izquierda de consistencia elástica de 5 cm de diámetro, no dolorosa ni reductible a la palpación.

DESARROLLO

Se solicita analítica y radiografía de tórax urgentes, obteniendo como resultados hemograma, coagulación y bioquímica básica normales excepto un valor de LDH elevado (1.661). En la radiografía de tórax se observan metástasis en «suelta de globos». Ante los siguientes hallazgos se decide ampliar el estudio en busca del tumor primario. Los valores hormonales en sangre (BhcG: 5.028 y FP: 11.130) confirman el diagnóstico de seminoma. Posteriormente, el paciente es ingresado en planta para estudio y tratamiento. Se realiza orquiectomía derecha, con diagnóstico anatomopatológico de tumor germinal mixto: seminoma 25% y no seminomatoso 75%. Ha recibido 3 ciclos de poliquimioterapia, con buena respuesta biológica (última determinación BhcG: 3.1 y FP: 5.8). Actualmente sigue revisiones en consulta de oncología pendiente de evaluar respuesta definitiva.

CONCLUSIONES

Las adenopatías supraclaviculares se relacionan frecuentemente con procesos malignos (90% en mayores de 40 años y 25% en menores de 40 años), debido a que recogen el drenaje linfático de conductos toracoabdominales y mediastínicos, por lo que se debe descartar un tumor primario. Ante toda ginecomastia en varón es aconsejable realizar un estudio hormonal para descartar un tumor germinal.

P-28

CUIDADO CON LA DEPILACIÓN

Díaz Paniagua L, Martínez Valentín-Gamazo A, Rubio de Santos M, Montes Bravo A, Salgado Romero C, Hakami Hakami O. CS San Blas. Parla (Madrid). Madrid
laladp@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Varón de 16 años sin antecedentes personales de interés que acude a consulta con lesiones cutáneas impetiginizadas en piernas tras depilación. Se pautó tratamiento con ácido fusídico tópico sin mejoría a las 48 horas por lo que se indica tratamiento antibiótico oral con amoxicilina-clavulánico 875 mg. A los 2 meses acude de nuevo por cuadro de faringoamigdalitis purtácea que se trató con amoxicilina-clavulánico a dosis de 500-125 mg/8 h. A la semana vuelve a consultar por malestar general, vómitos, debilidad muscular generalizada y aumento de peso (5 kg en 1 semana). En la exploración, presenta edemas en miembros inferiores, manos y cara. Se solicita analítica urgente en la que destaca elevación de creatinina (3,5 mg/dl), proteinuria (500 mg/dl) y hematuria (50-100 por campo). Ante la sospecha de fracaso renal agudo se deriva al hospital donde permanece ingresado con diagnóstico de síndrome nefrítico, ya que durante dicho ingreso desarrolló además HTA. Las pruebas complementarias realizadas fueron normales (incluían factor reumatoide, ANA, antiDNA, antiLO, antiRO, ANCAS, antimembrana basal, ASLO), el exudado faríngeo fue negativo.

DESARROLLO

Nuestro caso es un fracaso renal agudo de origen parenquimatoso con características de síndrome nefrítico (HTA que comenzó durante el ingreso, FRA, hematuria y proteinuria) se pueden valorar distintas posibilidades:

- Glomerulonefritis postestreptocócica.
- Otras glomerulonefritis: membranoproliferativas, vasculitis, IgA con proliferación extracapilar...
- Rabdomiolisis
- Síndrome hemolítico-urémico.

CONCLUSIONES

Dicha evolución es compatible con el diagnóstico de glomerulonefritis postestreptocócica secundaria a impétigo. La recuperación clínica y analítica fue progresiva hasta la normalización de la función renal.

P-29

¿QUÉ ME PASA POR LAS NOCHES, DOCTOR?

Fernández Díaz F, Saiz Pérez C, García Prieto L, Hernández De Francisco L, Quintana Cabieces S, García Quevedo E.
CS Dobra, Hospital Sierrallana. Torrelavega (Santander).
Cantabria
nandonandez@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Mujer de 49 años con fiebre vespertina superior a 39° C de 10 días, asociado a poliartalgias (muñeca izquierda y metacarpofalángica (MCF) del segundo dedo de la mano derecha) y lesiones cutáneas eritematosas, habonosas, no dolorosas ni pruriginosas. Esto aparece diariamente, empeorando por la tarde-noche y mejorando por el día. Acude a su centro de salud, donde se realiza una analítica, en la que se observa elevación de VSG y PCR; se decide derivar a reumatología para estudio. Ante la persistencia de síntomas acude a urgencias donde se trata con corticoides IM remitiendo la clínica temporalmente, con rebote posterior a los 2 días. Ingresa en reumatología ante el empeoramiento de los síntomas.

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Exploración física: PA: 110/70 mmHg; temperatura 37,7° C. Buen estado general. Soplo sistólico aórtico. En piel, lesiones eritematosas, habonosas que desaparecen a la vitropresión en tórax y extremidades. Dolor a la palpación en muñeca derecha y segundo dedo de mano izquierda sin signos inflamatorios.

Pruebas complementarias: analítica: leucocitos 14.700, VSG 157, PCR 184; ferritina 593. Hemocultivos y radiografía de tórax: normales. Punch de lesiones dermatológicas: leve infiltrado linfocítico perivascular sin vasculitis.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: infecciones, enfermedades hematológicas, vasculitis, neoplasias, enfermedades del tejido conjuntivo.

Juicio clínico: enfermedad de Still del adulto.

Evolución: la paciente evoluciona favorablemente en 24-48 horas con AINE a dosis plenas (indometacina). Posteriormente, presenta un empeoramiento sintomático, que se controla con dosis bajas de corticoides orales.

CONCLUSIONES

Se trata de una enfermedad que por su característica, presentación clínica y elevación de reactantes de fase aguda, debe hacernos pensar en la presencia de una patología de carácter reumatológico. Es importante obtener diagnóstico debido a que evoluciona en brotes y a su buen control con corticoides orales.

P-30

INFILTRADO ALVEOLAR EN LÓBULO SUPERIOR DERECHO EN PACIENTE DE RAZA NEGRA

Esteban López M, Moreno Ferrer O, Calvo Oliver S, García Masegosa J, Medina Simón J, Alyala Jiménez L.
CS Cuevas de Almanzora, Hospital La Inmaculada en Huerca Overa. Huerca-Overa (Almería). Andalucía
soniacalvooliveer@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Paciente de 35 años, raza negra, acude al centro de salud por disnea a mínimos esfuerzos, tos con expectoración hemoptoica, dolor torácico pleurítico, afebril, de 48 h de evolución; hipertenso, fumador de 4-5 cigarrillos/día, proveniente de Ghana. Llegó a España hace 7 años, no realiza viajes al extranjero, pareja estable. Presenta regular estado general, taquipnea, subcrepitantes bilaterales. Radiografía de tórax: infiltrado lóbulo superior derecho. Derivamos a urgencias y queda ingresado en neumología. En 2 días se da de alta por neumonía extrahospitalaria grave en LSD, germen no filiado y de perfil atípico. Acude nuevamente a Atención Primaria por empeoramiento del estado general, disnea de reposo, expectoración hemoptoica, taquicardia, taquipnea y crepitantes en hemitórax derecho, se deriva de nuevo a urgencias. En el hospital se realiza una radiografía de tórax: cardiomegalia grado II, HVP e infiltrado en LSD; ECG: taquicardia sinusal, HVI, trastornos de repolarización. Baciloscopias negativas, Mantoux negativo. Ecocardiograma; dilatación VI, hipertrófico, hipoquinesia global, FE 55%, IM ligera, IP moderada, crecimiento ligero de AI. Cateterismo cardíaco y coronariografía: arterias coronarias normales, VI muy dilatado, severa disfunción diastólica y sistólica, FE 25%.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: neumonía extrahospitalaria, TBC pulmonar, ICC secundaria a isquemia, miocardio-

patía hipertensiva. Ante las pruebas complementarias y respuesta al tratamiento (vasodilatadores y diuréticos), se diagnosticó de insuficiencia cardíaca secundaria a miocardiopatía dilatada hipertensiva.

CONCLUSIONES

La insuficiencia cardíaca es un diagnóstico a considerar en un paciente con sospecha de neumonía de tórax evolutiva.

P-31

CUERPO EXTRAÑO EN HIPOFARINGE

Abadía Gallego V, Ferreras Amez J, Vicente Molinero A.
CS Oliver, Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. Aragón
vicabadia@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Paciente de 74 años con antecedentes de HTA y laringectomía completa con laringostomía por neoplasia maligna de laringe, que refiere dolor faríngeo desde hace 5 días que aumenta con la deglución, sin sialorrea ni disfagia, habiendo recibido tratamiento con paracetamol sin mejoría clínica. Como desencadenante, comenta la toma de arroz con almejas señalando la posibilidad de ingestión accidental de una valva del citado molusco.

Exploración física: consciente y orientado. Normohidratado. Eupneico. Buen estado general. La exploración de orofaringe con depresor lingual así como la laringoscopia indirecta con espejo laríngeo y lidocaína tópica no evidenciaron ningún cuerpo extraño.

Pruebas complementarias: radiografía cuello de partes blandas donde se aprecia un objeto en cara anterior de hipofaringe compatible con concha calcárea de molusco. Gastroscopia bajo sedación realizándose extracción de cuerpo extraño sin complicaciones.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: laceración pared faríngea. Impresión diagnóstica de cuerpo extraño en hipofaringe.

CONCLUSIONES

Los cuerpos extraños localizados en faringe son más habituales en adultos que en niños. Dentro de la variedad, los más frecuentes son espinas de pescado clava-

das en la base de la lengua y amígdalas. La clínica es muy sugerente, consistiendo en dolor faríngeo y en caso de obstrucción aguda de la vía digestiva, sialorrea y disfagia completa para sólidos y líquidos. Entre las pruebas complementarias que disponemos, se encuentran la exploración exhaustiva de orofaringe, laringoscopia indirecta, radiografía lateral de cuello de partes blandas, tránsito esofágico y endoscopia, siendo esta última el método diagnóstico y terapéutico más seguro para el manejo de esta entidad.

P-32

CUÁNDO SOSPECHAR HIPERTENSIÓN SECUNDARIA

Quesada Almacellas A, Calderó Solé M, Villanueva Navarro M, Villalba Tost L, Muixí Mora A, Molló Iniesta M.
ABS Pla Urgell. Mollerussa (Lleida). Cataluña
quesada.alba@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto (Atención Primaria y asistencia especializada).

PRESENTACIÓN

Introducción: paciente de 60 años que acude para revisión de bronquitis aguda. Se encuentran cifras de presión arterial (PA) elevadas.

Motivo de consulta: hipertensión arterial (HTA) grado 3.

Antecedentes personales: hace 15 años, hipertriglicéridemia en tratamiento con fibratos.

Antecedentes familiares: madre y hermana diabéticas. No antecedentes de cardiopatía precoz ni HTA.

Enfermedad actual: acude a nuestra consulta de Atención Primaria y nos encontramos, casualmente, una PA de 247/113 mmHg que se confirma en registros posteriores, por ello, se inicia doble terapia antihipertensiva y se deriva de forma urgente a asistencia hospitalaria especializada.

Exploración física: auscultación pulmonar anodina; auscultación cardíaca rítmica con soplo sistólico aórtico. Abdomen: soplo a nivel de vacío derecho. Neurológico sin focalidad aguda. No soplos carotídeos. Pulsos periféricos presentes y simétricos.

Pruebas complementarias: analítica de sangre, análisis de orina, radiografía de tórax, electrocardiograma, ecografía abdominal, fondo de ojo, eco-Doppler.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: HTA de bata blanca, HTA secundaria farmacológica, HTA secundaria no farma-

cológica, HTA enmascarada, HTA con insuficiencia renal, HTA malignizada.

Juicio clínico: HTA grave de probable origen secundario.

CONCLUSIONES

El paciente acude a nuestra consulta donde se descubren cifras de PA alarmantes, que nos hacen pensar en HTA secundaria. Después de realizar ecografía renal (signos de estenosis de arteria renal derecha) se pide DIVAS renal junto con angioplastia de arteria renal derecha. El paciente en espera de intervención sigue tratamiento con tres fármacos (betabloqueante + inhibidor enzima conversor angiotensina + diurético) manteniendo AMPA (automesura ambulatoria de la tensión) 150/70.

P-33

DIFICULTAD PARA ABORDAR UN CASO DE TUBERCULOSIS

Fernández Gómez A, Cabrera Morente L, Evangelista Sánchez E, Sánchez Torices M, Beltrán Gallego A.
CS Federico del Castillo. Jaén. Andalucía
ampfernandez@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Introducción: diagnóstico de un caso de tuberculosis en varón joven con dificultad para aceptación de la enfermedad y estudio epidemiológico de convivientes.

Motivo de consulta: control radiológico de neumonía.

Antecedentes personales: neumotórax espontáneo de repetición, trabajó en un matadero durante 2 años, hábitos tóxicos: fumador de 1 paquete/día.

Enfermedad actual: varón de 37 años que acude a consulta de Atención Primaria para control radiológico y clínico de neumonía apical derecha, diagnosticada hace 1 mes en servicio de urgencias hospitalarias. Refiere tos matutina de unos meses de evolución, que no ha mejorado tras tratamiento médico, afebril, astenia.

Exploración física: sin hallazgos.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax: condensación apical derecha sin modificación con respecto a primera radiografía. Mantoux: no realizado por negación del paciente. Baciloscopia de esputos seriados:

BAAR positivo. Hemograma y bioquímica sin hallazgos. VIH: negación del paciente.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: neumonía, ERGE, asma, fármacos.

Juicio clínico: tuberculosis pulmonar. Se pauta tratamiento médico y se indica como iniciar medidas de aislamiento y estudio de convivientes. No hay aceptación por parte del paciente de la enfermedad, se niega a seguir medidas de aislamiento, sólo está dispuesto a realizar tratamiento, no quiere comunicar a los familiares que conviven con él la necesidad de estudio de éstos, ni el diagnóstico de su enfermedad.

CONCLUSIONES

Gran dificultad para realizar estudio epidemiológico, para la aceptación de la enfermedad y en aspectos comunicativos de la entrevista. Ante paciente con tos crónica la tuberculosis debe entrar dentro del diagnóstico diferencial.

P-34

A PROPÓSITO DE UN BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA

Collada De la Fuente E, Pacheco Puig R, Vicente Santos M, Viguera Ester P, Calvo García I, Torres Orgaz A.
CS Las Calesas. Madrid. Madrid
elenacollada@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Acude a nuestra consulta una mujer de 36 años por episodios de caídas de repetición sin otros datos acompañantes. Entre sus antecedentes personales y familiares destaca cirugía de cataratas reciente y madre fallecida joven por miocardiopatía, respectivamente. En la exploración física se objetiva un tercer tono a la auscultación cardíaca. La radiografía de tórax muestra un índice cardiorácico en el límite alto de la normalidad y el electrocardiograma revela un bloqueo completo de rama izquierda intermitente, motivo por el cual, y ante la ausencia de factores de riesgo cardiovascular, se deriva al cardiólogo para completar estudio con la sospecha de cardiopatía estructural subyacente, demostrándose posteriormente la existencia de una miocardiopatía dilatada, con coronarias normales en cateterismo ulterior.

DESARROLLO

¿Podría tratarse de un cuadro sindrómico caracterizado por historia de debilidad muscular progresiva, miocardiopatía dilatada, trastornos de la conducción cardíaca, cataratas precoces y antecedentes familiares de miocardiopatía? Sin perder la visión de conjunto se intentó hacer un diagnóstico diferencial de la existencia de un bloqueo de rama izquierda en paciente joven, se llegó a la conclusión que junto con el resto de síntomas podría ser debida a una enfermedad neuromuscular degenerativa con manifestaciones sistémicas compatible con enfermedad de Steinert que en estudio genético posterior fue confirmada.

CONCLUSIONES

De este caso resaltamos la importancia del estudio del bloqueo de rama izquierda en paciente joven sin antecedentes de riesgo cardiovascular, ya que el hallazgo de cardiopatía estructural subyacente hace necesario un correcto diagnóstico y tratamiento.

P-35**NO TODA DISNEA CRÓNICA ES EPOC**

Astals Bota M, Muixí Mora A, Sarmiento Cruz M, Sukhlyak A, Del Olmo De la Iglesia O, Perelló García I.
Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. Cataluña
mastals@comll.cat

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Paciente de 82 años, diagnosticada de EPOC en el servicio de urgencias por episodios similares al actual que han precisado BY-PAP en dos ocasiones, acude a consulta con disnea y agitación.

Antecedentes familiares: sin interés

Exploración física: alteración en la mecánica ventilatoria y roncus difusos. Descoordinación toracoabdominal en la respiración. Tendencia a la somnolencia. MOE con imposibilidad de elevación de la mirada. Paresia del velo del paladar. Debilidad de la musculatura cervical y cinturas escapular y pelviana. Estridor inspiratorio. Cianosis central. Resto normal.

Pruebas complementarias: analítica de sangre normal, gasometría arterial con acidosis respiratoria e hiper-capnia intensa, radiografía normal. Fibrolaringoscopia: parálisis de cuerdas vocales.

DESARROLLO

Se debería contemplar el diagnóstico diferencial de todas las causas de insuficiencia respiratoria: enfermedades neurológicas centrales y periféricas, neuromusculares, alteraciones de las estructuras torácicas, obstrucción de la vía aérea superior y alteraciones a nivel de las vías respiratorias bajas y del parénquima pulmonar.

CONCLUSIONES

La paciente ingresa varias veces por insuficiencia respiratoria con el propósito de reagudización de EPOC pero con mala respuesta al tratamiento habitual. Destaca la presencia de estridor inspiratorio con poca semiología de vías respiratorias bajas. Esta discordancia entre los hallazgos clínicos y el diagnóstico previo nos obligan a replantear el diagnóstico. La anamnesis más detallada del cuadro y la exploración física ampliada al sistema neurológico y otorrinolaringológico, nos descubren la mecánica ventilatoria ineficaz y la importante obstrucción de la vía aérea superior por la parálisis de cuerdas vocales en adducción. La traqueostomía se convierte en el abordaje terapéutico más eficaz.

SESIÓN PÓSTER 3: VIERNES, 11 MAYO, DE 12.00 A 14.00 H

EXPERIENCIAS

P-36

PODEMOS MEJORAR EL CALENDARIO VACUNAL

Pichel Loureiro A, Cabal Sepúlveda C, Chillón Arce R, Palacio R, Pérez N.

Unidad docente de la Gerencia de Atención Primaria de Vigo
Vigo (Pontevedra). Galicia
Angelpichelloureiro@yahoo.es

OBJETIVOS

Mejorar la vacunación antitetánica en un grupo de menor cobertura (pacientes mayores de 65 años), mejorando el conocimiento del protocolo de vacunación en los profesionales y el registro de vacunación en la historia clínica.

DESCRIPCIÓN

Es un estudio de tipo preventivo realizado en el ámbito de Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN

El calendario vacunal es una herramienta de la que disponemos, para tener a la población cubierta contra agentes externos contra los que podemos tener defensas. El tétanos es una enfermedad con una incidencia baja pero con una alta mortalidad, presentándose la mayoría de los casos en pacientes mayores de 65 años. Es una enfermedad prevenible ya que existe una vacuna altamente eficaz y duradera.

DESARROLLO

Tras analizar el problema se intentaron buscar soluciones mediante una tormenta de ideas. De las soluciones presentadas se decidió que podrían ser de utilidad las siguientes: encuesta a mayores de 65 años sobre el conocimiento de su estado vacunal, intervención aprovechando la campaña vacunal antigripal para completar el calendario vacunal, formación a los profesionales sobre vacunación antitetánica. Las medidas a tener en cuenta en la evaluación fueron: número de envases de vacunas utilizados, auditoría de historias clínicas sobre registro vacunal antitetánico antes y después de la intervención. En las auditorías se encontraron los siguientes porcentajes: registro previo a la intervención: 43,2 % en Pontearreas; 21,4 % en Chapela;

37,5 % global; tras la intervención: 60,6 %; 33,3 % y 47,4 % respectivamente.

CONCLUSIONES

La campaña vacunal antigripal es una buena oportunidad para aumentar tanto el registro como la cobertura vacunal antitetánica en personas mayores de 65 años.

P-37

«¿MI MÉDICO ESTÁ EN LA RADIO?»

Martínez Rivero I, Ferrer Serrano D, Ortiz Molina A, Morales Ocaña C.

CS de Huétor-Tájar. Huétor-Tájar (Granada). Andalucía
lofesar@hotmail.com

OBJETIVOS

Informar al usuario sobre problemas actuales de salud y otros que les inquietan a través de medios de comunicación al alcance de todos (radio y periódico).

DESCRIPCIÓN

Atención Primaria. Clínica, Informativa.

INTRODUCCIÓN

«Un amigo tiene meningitis, ¿qué debo hacer?», «Orino mucho. ¿Será la próstata?», «Debo tomar antibiótico cuando me resfrío?», «Tengo alergia antes que otros años. ¿Es por el calor?».

Con frecuencia surgen este tipo de cuestiones entre los usuarios, les preocupa su salud y precisan información clara. ¿Cómo hacer que llegue a todos y no saturar las consultas?

DESARROLLO

Solicitamos un espacio a la radio (semanal) y al periódico local (mensual) para tratar cuestiones de salud según temas de actualidad y sugerencias de nuestros pacientes: meningitis, correcto uso de antibióticos, trastornos de conducta alimentaria, tabaquismo, riesgos en el embarazo, etc.

Cada martes, en la emisora local, un programa de 30 minutos trata de llevar a la población la consulta de Atención Primaria, y en el periódico local, la actualidad política, social o cultural dejan paso en una página a la información de salud.

CONCLUSIONES

Radio y periódico constituyen un sistema informativo de fácil acceso. A los médicos nos ayuda a actualizarlos en temas de salud. Disminuye la ansiedad creada por las dudas de nuestros pacientes. Realizamos una función del médico de familia a veces olvidada, las actividades comunitarias. Es un excelente medio para potenciar los aspectos preventivos innatos a nuestra profesión.

P-38

FATIGA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Paino Arteaga C, Herraiz Cristobal R, Balsalobre Arenas L, Martín Tomas R, Fernández Nuero E, Cornejo Martín F. CS Mendiguchia Carriche. Leganés (Madrid). Madrid merufin@hotmail.com

OBJETIVOS

Estudiar los factores que se asocian con la cronificación de la astenia. Objetivos secundarios: describir el perfil de los pacientes consultantes por astenia y las principales causas de astenia de la población estudiada.

DISEÑO

Tipo de estudio: estudio observacional prospectivo de cohorte.

Ámbito de estudio: área sanitaria urbana.

Sujetos: pacientes mayores de 14 años que consulten en Atención Primaria por astenia.

Tamaño muestral: $n = 41$. Muestreo consecutivo no probabilístico.

Mediciones: variables sociodemográficas, anamnesis, exploración física y pruebas complementarias. Causas de astenia y cronificación.

RESULTADOS

Edad media 49 años (IC95%: 43,8-54,11). El 73,2% son mujeres. El 84,8% había presentado algún acontecimiento vital estresante (AVE) y el 26,8% estaban en fase de final de extensión del ciclo vital familiar. El 19,4% de las astenias tenían base orgánica, y el 46,4% se debían a trastornos del estado de ánimo y un 9,8% estacional. El 7,3% presentaba fatiga crónica idiopática a los 6 meses. Se ha encontrado asociación estadísticamente significativa entre cronificar la astenia y ser de mayor edad ($p=0,02$), haber consumido un número mayor de fár-

macos en el último mes ($p=0,03$) y tener antecedentes de trastornos de la salud mental ($p=0,04$).

CONCLUSIONES

Los factores que se asocian con cronificar los síntomas son la edad, un bajo nivel de estudios y el número de fármacos consumidos en el último mes. Las causas más frecuentes de astenia en población consultante en Atención Primaria son trastornos ansiosodepresivos y adaptativos. El perfil del paciente asténico es una mujer de edad media con jornada laboral extensa y algún AVE en el último año.

P-39

VASCO DE GAMA MOVEMENT: EL GRUPO EUROPEO WONCA PARA Y POR LOS RESIDENTES Y JÓVENES MÉDICOS DE FAMILIA

Solís López M.

CS Natahoyo. Gijón. Principado de Asturias merisolis@hotmail.com

OBJETIVOS

Participar en la preconferencia Wonca 2006 Florencia del grupo Vasco de Gama para conocer y acercar a los residentes y jóvenes médicos españoles este movimiento.

DESCRIPCIÓN

Es un trabajo de tipo mixto y formativo.

INTRODUCCIÓN

El Movimiento Vasco de Gama es un grupo de Wonca Europe por y para los residentes y jóvenes médicos europeos con el fin de promover la asistencia a los congresos Wonca, establecer una comunicación directa entre los residentes de los distintos países europeos para poder identificar los problemas, dudas y necesidades de éstos y, así mismo, mejorar los programas de formación en los diferentes países.

DESARROLLO

En Florencia 2006 tuvo lugar la tercera preconferencia del grupo, a la cual asistimos 35 residentes (2 españoles) de 19 países europeos. Nos dividieron en 4 grupos de trabajo presididos cada uno de ellos por un tutor miembro del EURAC y un tutor italiano. Durante un día y medio en cada grupo se trataron diferentes temas (definición europea del médico de familia, programas

de formación, apoyo y reconocimiento de la especialidad, por qué ser médico de familia, etc.), después de largas exposiciones y discusiones se recogieron las conclusiones para una puesta en común entre los grupos. Después de esto, se decidió cuáles eran los puntos claves a tratar en el congreso.

CONCLUSIONES

A pesar de las grandes diferencias culturales, los distintos sistemas sanitarios y los variados programas de formación, todos tenemos las mismas inquietudes y problemas, reivindicamos las mismas cosas, y simplemente pretendemos hacer un buen trabajo. Gracias a la ilusión y fuerza de las nuevas generaciones surgen iniciativas como el Movimiento Vasco de Gama.

P-40

EXPERIENCIA COMO R1 EN LA REALIZACIÓN DE UN TRABAJO MULTIDISCIPLINAR: APRENDIENDO Y DESARROLLANDO NUESTRA AUTOESTIMA

Muñoz Araujo F, Paniagua Díaz I.
CS Otxarkoaga. Bilbao. País Vasco
maitanepaniagua@gmail.com

OBJETIVOS

1. Integrarnos en el centro de salud.
2. Desarrollar habilidades de trabajo en equipo y en investigación.
3. Ampliar nuestros conocimientos sobre antibiología.
4. Sacar el máximo rendimiento posible a nuestra rotación de R1.

DESCRIPCIÓN

Es un trabajo del ámbito de Atención Primaria, de tipo clínico y docente-formativo.

INTRODUCCIÓN

Partimos del documento *Recomendaciones en el uso de Antibióticos en Atención Primaria*; se trataba de realizar su actualización para difundir un correcto uso de los antibióticos en Atención Primaria en nuestra área.

DESARROLLO

Nuestro centro de salud fue elegido por el Servicio de Farmacia para el diseño del trabajo. La responsable de farmacia y su residente realizaban una distribución

y planificación individual del trabajo a cada uno de nosotros (residentes y tutores). Posteriormente, nosotros y cada miembro del equipo, recogíamos evidencia científica internacional (artículos, bases de datos, etc). Después realizábamos reuniones semanales para analizar y elaborar conclusiones, donde nosotros como residentes asumíamos el protagonismo de nuestro propio bloque temático.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que aportamos son:

- La publicación de un documento titulado: *Recomendaciones para el uso de Antibioterapia en Atención Primaria*.
- Conocer el funcionamiento del equipo de nuestro ambulatorio y de equipos multidisciplinares en tareas no estrictamente asistenciales.
- Ampliar conocimientos sobre temas relevantes en Atención Primaria e interiorizar la importancia de la lectura crítica.
- La satisfacción personal por participar como R1 en el desarrollo y publicación de un documento útil y publicado por un organismo público.

P-41

EL MÉDICO Y EL MIEDO: LOS MEDICAMENTOS MÁS POTENTES

García Ureña E, Agrela Cardona M, Rodríguez Avellaneda R, Moreno Suárez S, Hernández Carmona A, Jiménez Mejías E.
CS La Chana. Granada. Andalucía
esthure@yahoo.es

OBJETIVOS

Observación del cambio en los estilos de vida de un paciente diabético.

DESCRIPCIÓN

Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN

Hombre de 44 años con antecedentes de DM tipo 2 desde 1999 y mal control permanente, con última HbA1c del 10% en mayo de 2006, en tratamiento con metformina y glibenclamida a dosis máximas. SAOS con CPAP, obesidad, hepatopatía alcohólica, hiperlipemia, hiperuricemia, nefropatía diabética, TVP en miembros inferiores repetida en tratamiento con sintrom. Fumador y bebedor activo. No se ajusta a normas dietéticas ni recomendaciones.

DESARROLLO

Acudió en noviembre de 2006 para control de la diabetes y se observó HbA1c del 14 %, a pesar del tratamiento combinado con ADO. Reconocía no realizar correctamente dieta de diabetes y continuaba fumando 20 cigarrillos/día. Señalamos el pésimo control, advertimos del elevado riesgo cardiovascular y la necesidad inexcusable de insulinización. Acepta asustado y la enfermera le instruye en el uso de insulina y autocontroles precisos. A la mañana siguiente nos espera llorando en la puerta del centro expresando su «incapacidad para inyectarse la insulina» y manifiesta un propósito muy serio de cambios, esta vez sí, en sus estilos de vida. Pactamos con él la modificación de sus hábitos: dieta, ejercicio y abandono del tabaco y alcohol. Programamos cita en 3 meses para nuevo control. El cambio nos impactó: HbA1c de 7,7 %, ha dejado de beber, participa activamente en programa de abandono del tabaquismo, y pérdida de 9 kg de peso. ¿Qué le hizo cambiar?

CONCLUSIONES

Los cambios en el estilo de vida son difíciles pero posibles, y cuando se producen, pueden superar espectacularmente los efectos de los fármacos más potentes.

P-42

DOCTOR, ¿PUEDO CONDUCIR?

Romero Gómez A, López Ocaña F, Fernández-Tresguerres García F, Paniego Fernández M, Ortiz Domínguez F, Camón Iglesias F. CS Nerja. Zona básica Axarquía. Málaga. Andalucía gorkita23@hotmail.com

OBJETIVOS

Saber si los médicos de mi centro de salud tienen las nociones básicas sobre los aspectos médico-legales sobre la conducción de vehículos.

DESCRIPCIÓN

Ámbito: Atención Primaria. Se trata de una actividad docente debido a que muchos médicos no sabemos aconsejar a nuestros pacientes sobre los aspectos legales relacionados con la conducción de vehículos.

INTRODUCCIÓN

En el último congreso al que asistí, cogí un libro en relación a este tema y mi sorpresa fue que al empezar

a leerlo me di cuenta de que desconocía, por ejemplo, cuánto tiempo debería pasar desde que un paciente sufre un SCA hasta que puede conducir.

DESARROLLO

Me pareció interesante y me leí el libro e hice un resumen de lo más relevante. Realicé un cuestionario sobre diversos aspectos como el tiempo que debe pasar hasta que el paciente puede conducir. Se trata de una encuesta compuesta por 15 preguntas de tipo unírrpuesta. En ellas se cuestiona, según las leyes existentes y el reglamento de conducción, el tiempo que un paciente tiene que estar sin conducir tras un SCA, implantación de un marcapasos o de un DAI, intervención de cataratas, miopía o astigmatismo, si pierde la visión de un ojo, tras una crisis epiléptica, trasplante renal, *by-pass*, valvuloplastia, tratamiento quimioterápico, AIT o ACVA, trastorno convulsivo postquirúrgico.

CONCLUSIONES:

Desconocemos, en general, lo que la ley aconseja tras estos eventos. Es importante tener en cuenta estos aspectos porque su incumplimiento plantea una infracción de las leyes vigentes y conlleva una sanción tanto económica como de posible retirada de la licencia de conducción a nuestros pacientes.

P-43

UTILIZACIÓN DE ECG EN EL SEGUIMIENTO DEL HIPERTENSO

Arrugaeta Rebaque A, Gregorio Echevarría E, Fernández Fernández A, Lavin Hernández A, Tricio Angulo C. CS Lutxana, CS Kueto. Barakaldo y Sestao. País Vasco cyberhada@yahoo.es

OBJETIVOS

Mejorar la realización del ECG en hipertensión arterial (HTA).

DESCRIPCIÓN

Trabajo de gestión clínica en Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN

Cinco R3 de medicina familiar y comunitaria en dos centros de salud, realizamos un trabajo de calidad a partir de los defectos de la cadencia de ECG utilizando recomendaciones de Guías de Práctica Clínica del País Vasco y Fisterra.

DESARROLLO

El estudio se realizó con 8 médicos de familia, 8 enfermeros y 5 R3. Se les pidió su opinión sobre la utilización del ECG en HTA. Ante las discrepancias, hicimos muestreo estratificado no proporcional, con 2.216 pacientes hipertensos, obtuvimos que un 36,65% se realizaba adecuadamente. Se realizó el estudio de causas con un diagrama causa-efecto. Las causas mayoritariamente no cuantificadas se convirtieron en criterios para su medición, con los siguientes resultados:

- A ningún paciente hipertenso domiciliario se le realizaba ECG y ninguna de las peticiones realizadas por pacientes era necesaria.
- El 7,2% de los pacientes y el 50% de los profesionales conocían las recomendaciones.
- El 67% de los profesionales conocían la existencia del electrocardiograma portátil y el 75% sabía quién era el encargado de la realización.
- El 68% de los pacientes sabían que la HTA tiene complicaciones.

Se propusieron como medidas de mejora:

- Sesión formativa para profundizar en las Guías de Práctica Clínica, y necesidad de realización de ECG en domiciliarios.
- Explicar a los pacientes la importancia de su seguimiento y la no realización de pruebas innecesarias.

CONCLUSIONES

Es posible mejorar la utilización del ECG en la HTA según las recomendaciones.

P-44

LA CONSULTA TELEFÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Moragues Sbert G, Rigo Rullán M, Servera Gornals M.
CS Coll d'en Rebassa. Palma de Mallorca. Baleares
bmoragues@yahoo.es

OBJETIVOS

Analizar las consultas telefónicas (CT) recibidas en una consulta médica de Atención Primaria para conocer sus motivos y utilidad.

DESCRIPCIÓN

Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes pertenecientes a la UBS Ca'n Pastilla disponen desde hace varios años de la posibilidad de

solicitar CT para atender sus demandas sin necesidad de desplazarse a la unidad.

DESARROLLO

Estudio transversal y descriptivo de las CT recibidas durante 3 meses, de octubre a diciembre de 2006, en una consulta perteneciente a la UBS de Ca'n Pastilla (CS Coll de'n Rebassa). Las variables analizadas para cada llamada telefónica fueron: edad, sexo, día de la semana y motivo de la llamada. Se recibieron un total de 152 CT, con un media diaria de 3,16+1,2 DS llamadas. La edad media de los pacientes fue de 52,5 años. La frecuencia de las llamadas por sexo fue del 36,8% de hombres y del 63,1% de mujeres. El día de la semana en que más llamadas se recibieron fue el jueves (28,1%). Los motivos de llamada más frecuentes fueron: recetas (36,1%), motivos burocráticos (35,5%) y consulta médica (28,2%).

CONCLUSIONES

En esta experiencia, la CT resuelve satisfactoriamente la mayoría de las cuestiones planteadas, así es un recurso ágil y útil para facilitar asuntos administrativos y clínicos pendientes de consultas previas.

P-45

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA A TRAVÉS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Gaviño Ferrera M, Capote Yanes E, Ferrera Noda N, Hernández Méndez N.
CS Barrio de la Salud. Santa Cruz de Tenerife. Canarias
sintraking@hotmail.com

OBJETIVOS

1. Acercar y extender la educación sanitaria a la población, utilizando los medios de comunicación.
2. Difundir información sobre hábitos saludables, enfermedades prevalentes, autocuidado y promoción de la salud.
3. Dotar de recursos en comunicación a los residentes.

DESCRIPCIÓN

Es una experiencia docente-formativa y de educación sanitaria comunitaria en el ámbito de Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud es una asignatura pendiente, con actividades puntuales, erráticas y escasa cobertura. Los medios de comunicación son un recurso de la

comunidad a nuestro alcance para la difusión de información a importantes sectores de la población, accediendo a un amplio sector de la misma, de forma organizada y continuada en el tiempo.

DESARROLLO

La Alpizpa es un programa radiofónico con audiencia media de 25-30.000 oyentes y una media de 10.000 visitas mensuales a su página web, que incluye un espacio de salud semanal presentado y dirigido por profesionales sanitarios. Se elaboró un temario adaptado a los intereses de los oyentes. Se difundió información a los usuarios de la zona acerca del programa y su interés sanitario. Se realiza una intervención abordando temas como ejercicio físico y patologías crónicas, gripe y catarros, gastroenteritis, cuidado a confinados y cuidadores, insomnio, alcohol, obesidad, duelo, cistitis, lumbalgias, hipertensión, dieta saludable, alergias, etc. Existe una dirección de correo electrónico para las aportaciones de los oyentes.

CONCLUSIONES

La participación en un programa de radio permite a los residentes adquirir habilidades en relaciones comunitarias y mejorar sus capacidades de comunicación, cumpliendo parte de sus objetivos en docencia.

P-46

SI LA MONTAÑA NO VA A MAHOMA

Sáiz Pérez C, Fernández Díaz F, Hernández de Francisco L, García Prieto L, Marlasca Amigo J, Rojo Pérez E
CS Zapatón-La Vega. Torrelavega. Cantabria
coiledbody@hotmail.com

OBJETIVOS

1. Acercar la educación para la salud al ámbito escolar para mejorar el acceso a los estudiantes adolescentes.
2. Servir de prototipo para la implantación de la experiencia en otros centros de estudio.

DESCRIPCIÓN

Ámbito: Atención Primaria.

Tipo: clínico y educativo-docente.

INTRODUCCIÓN

Durante años se lleva realizando en nuestro centro de salud el desarrollo de la llamada Consulta Joven. Una consulta a la que los adolescentes acuden sin necesi-

dad de pedir cita (de manera confidencial y con horarios de atención adaptados a los horarios escolares) para resolver sus dudas sobre problemas de salud e inquietudes propias de la edad. Un equipo de profesionales pertenecientes tanto al ámbito de la pediatría como de la medicina de familia están implicados en este proyecto. Tras el éxito de la iniciativa se decide llevar la consulta a los propios institutos para un mejor acceso de los jóvenes.

DESARROLLO

Desde enero de 2006 hasta el fin de curso el mismo grupo de profesionales que llevaban a cabo la Consulta Joven en el centro de salud se desplazan 2 días a la semana coincidiendo con los horarios de recreo en un instituto cercano.

CONCLUSIONES

Los alumnos, predominantemente chicas, acudieron con normalidad a consultar sus dudas y problemas: 60% problemas relacionados con la sexualidad, 20% sobre el consumo de drogas y un 10% sobre problemas familiares. La experiencia se consideró un éxito y está en proyecto su continuidad e implantación en otros centros.

P-47

SESIONES DE CINE COMO INSTRUMENTO PARA CONOCER EL CURRÍCULUM OCULTO

Orellana Maldonado C, Tinoco Gallegos J, Fuertes Liétor G.
CS Nazaret, CS Torrent. Valencia. Valencia
carloszarg@yahoo.com

OBJETIVOS

General: reflexionar sobre el currículum oculto.

Específicos: identificar valores profesionales y estilos de comunicación en la relación profesional.

DESCRIPCIÓN

Ámbito: mixto.

Tipo: docente-formativo.

INTRODUCCIÓN

El currículum oculto se refiere a las actitudes profesionales que se adquieren de forma implícita, es decir, por imitación inconsciente del modelo de relación predominante en los centros de trabajo. El conocimiento de los valores profesionales es fundamental para orientar la práctica hacia un correcto ejercicio.

La identificación del estilo de comunicación mantenido, tanto con el paciente como con los demás componentes del equipo, es un primer paso necesario para adoptar medidas de mejora que, a largo plazo, redundarán en una mayor satisfacción del paciente y/o los compañeros de trabajo así como en un menor riesgo de *burnout* profesional.

DESARROLLO

Existe abundante filmografía que, de forma central o marginal, aborda cuestiones relacionadas con la profesión médica y/o la atención sanitaria. La proyección de secuencias seleccionadas, con posterior debate estructurado, resulta un buen instrumento para reflexionar sobre valores y actitudes profesionales.

CONCLUSIONES

Las sesiones de vídeo-forum permiten, a partir de la observación de situaciones, identificar los aspectos del currículum oculto que habría que cambiar. El análisis de las situaciones observadas en pantalla, mediante una posterior dinámica de grupo, sirve para reforzar los valores y cohesionar el equipo profesional.

P-48

QUÉ MEJORAR EN EL ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS

Hernández Carmona A, Hidalgo Cabrera C, López Torres G, García Ureña E.
CS La Chana. Granada. Andalucía
antoarjo@yahoo.es

OBJETIVOS

Reflejar la problemática en el estudio de contactos de tuberculosis (TBC).

DESCRIPCIÓN

Ámbito: Atención Primaria.
Tipo: experiencia clínica.

INTRODUCCIÓN

Tenemos una paciente nueva. En la primera cita aporta informe de alta hospitalaria, con diagnóstico de TBC pulmonar, y recomiendan realizar estudio de convivientes en Atención Primaria. Interrogamos a la paciente, siguiendo el sistema de círculos concéntricos. Lleva 3 meses en nuestro país, ha trabajado como canguro en un domicilio, pero cuando la familia tuvo conocimiento del diagnóstico, la despidieron.

Convive con dos personas y no ha tenido contacto con nadie más. Sus dos convivientes están en situación irregular. Hacemos recetas de tratamiento y damos cita con la trabajadora social para poder contactar con convivientes, y ayudamos a resolver su situación económica.

DESARROLLO

Días más tarde recibimos carta de preventiva que indica la nacionalidad, ocupación y número de convivientes. La epidemióloga hospitalaria nos avisa telefónicamente que la familia para la cual trabajaba está siendo estudiada. Desde este momento, no es posible contactar con ella, el domicilio permanece cerrado (visitas reiteradas de la trabajadora social). Cuando la paciente acudió al centro para renovación de tratamiento, insistimos en la importancia y confidencialidad de estas pruebas. Días más tarde se realizó PPD a los convivientes.

CONCLUSIONES

Necesidad de adaptación del servicio sanitario a las necesidades y peculiaridades de la población inmigrante para mejorar la accesibilidad y efectividad. Obviar datos como nacionalidad, por resultar peyorativos, que pueden ser sustituidos por datos de prevalencia epidemiológica sin mencionar el país. Fomentar intervención conjunta entre Atención Primaria y hospital.

P-49

COMPETENCIA CULTURAL

Calvo Reyes M, Tejero Manso A, Varela Pelarda O, Martínez Rubio A.
CS \. Valladolid. Castilla y León
angelicatejero@hotmail.com

OBJETIVOS

Adquirir las habilidades necesarias para el correcto abordaje del paciente inmigrante.

DESCRIPCIÓN

Ámbito: mixto.
Tipo: docente-formativo.

INTRODUCCIÓN

El ritmo de crecimiento de la población inmigrante en España es intenso pero, desde nuestra profesión, ¿estamos preparados para atender a este «nuevo tipo» de pacientes?, ¿somos culturalmente competentes?

DESARROLLO

Las diferencias étnicas no deben constituirse en generadoras de desigualdades en la asistencia sanitaria. Por ello, es necesario adquirir, desarrollar y afianzar una serie de conocimientos, habilidades y técnicas para intentar procurar una asistencia sanitaria similar a la población inmigrante y a la población mayoritaria.

Medicina transcultural: «Conocimientos médicos y de comunicación aplicados entre un sanitario de un determinado grupo étnico y un paciente de otro».

Competencia cultural: «El proceso en que el profesional de la salud se esfuerza por lograr la habilidad de trabajar eficazmente dentro del contexto cultural de individuo, familia o comunidad».

El desarrollo de la competencia cultural según el modelo de Milton-Bennett se explica como un viaje del etnocentrismo al etnorelativismo pasando por 6 fases: rechazo, defensa, minimización, aceptación, adaptación e integración. Una diferencia cultural básica es que vivimos de forma diferente los binomios salud-enfermedad y relación médico-paciente. Si no aceptamos estas diferencias, no seremos capaces de llegar a un diagnóstico y un tratamiento correctos.

CONCLUSIONES

Formación adecuada de los profesionales sanitarios en aspectos relacionados con la inmigración (comunicación intercultural, enfermedades importadas, respeto a los valores de otras culturas, etc.). Favorecer la formación de asociaciones de inmigrantes. Potenciar la figura del mediador cultural. Elaboración de guías y protocolos de atención al paciente inmigrante. Reorganización interna de los equipos de Atención Primaria.

P-50

VIENE EL HELICÓPTERO, ¿QUÉ HACEMOS?

Canchaya Iglesias L, Ramos Álvarez E, Morales Gómez I,

García Ruano A, Quiroga I, Silva N.

CS Portillo, GAP Valladolid Este. Valladolid. Castilla y León

ludwigcanchaya@wanadoo.es

OBJETIVOS

Dar a conocer las normas básicas de seguridad para la aproximación al helicóptero sanitario, para evitar en lo posible un accidente secundario.

DESCRIPCIÓN

En el ámbito de la Atención Primaria rural tanto consultorio como PAC en cualquier momento nos podemos ver ante una situación de emergencia que precisa la activación del helicóptero sanitario ya sea por gravedad, difícil acceso o gran distancia al centro hospitalario útil.

INTRODUCCIÓN

En el momento actual, los servicios médicos de emergencias extrahospitalaria cuentan entre sus recursos de helicópteros sanitarios, los cuales realizan casi todos sus servicios en el ámbito rural ya sea en accidentes de todo tipo como para ir a recoger pacientes a los consultorios y PAC.

DESARROLLO

Las actuaciones del helicóptero en el medio rural no siempre se realizan en las mejores condiciones posibles por lo que muchas veces los facultativos en tierra debemos ayudarles, tanto en la localización del lugar más óptimo para el aterrizaje como indicarles la dirección del viento, y una vez en tierra debemos conocer las normas de aproximación al helicóptero para evitar algún accidente tanto para el personal de tierra como para el del helicóptero.

CONCLUSIONES

Conocer las normas básicas de aproximación al helicóptero sanitario para evitar accidentes evitables es importante para todo el personal sanitario que en cualquier momento necesita activar este recurso. Las normas de seguridad son sencillas y de sentido común.

SESIÓN PÓSTER 4: VIERNES, 11 MAYO, DE 16.00 A 18.00 H

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

P-51

AASI, NUEVO MARCADOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Pichel Loureiro A, Nasser Eddine S, Chillón Arce R, Cabal Sepúlveda C, Fernández Bernárdez J, Domínguez Sardíña M. CS Sardoma. Vigo (Pontevedra). Galicia
Angelpichelloureiro@yahoo.es

OBJETIVOS

Determinar el valor de AASI (índice de rigidez arterial ambulatorio), nuevo marcador de riesgo cardiovascular que se calcula con datos de MAPA, en una población de nuestra área de salud y comparar los valores con el estudio Dublín.

DISEÑO

Ámbito de estudio: Atención Primaria.

Sujetos: pacientes normotensos e hipertensos que no tomaron el tratamiento farmacológico en las 2 semanas previas, de nuestra área de salud.

Mediciones: realización de un MAPA de 48 horas a cada uno de los sujetos con mediciones cada 20 min (7:00-23:00), y cada 30 min por la noche. Registro de edad, peso, talla y sexo de los sujetos. Cálculo de la curva de regresión de presión diastólica frente a la sistólica medida con MAPA. AASI es definido como uno menos pendiente de curva de esta regresión.

RESULTADOS

Se reclutaron 196 pacientes con una MAPA correcta, con edad media $50,70 \pm 16,77$ años. 116 hombres y 79 mujeres. Usando los valores de referencia de la sociedad europea de hipertensión para MAPA se registraron 70 normotensos y 126 hipertensos. AASI calculado fue $0,40 \pm 0,16$ U y el percentil 95: 0,652. AASI en hipertensos fue mayor que en normotensos, 0,42 frente a 0,34.

CONCLUSIONES

Comparando nuestros resultados con el estudio Dublín ($n = 11291$, AASI = 0,41, percentil 95 = 0,68) hemos visto que son muy similares. Este índice es mayor en hipertensos que en normotensos, tal y como se describe en otros estudios.

P-52

PREVALENCIA DE ANCIANOS FRÁGILES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Martín Mesa M, Pérez León M, Alonso Suárez J, Ballesteros Martín J, Rufino Delgado M, Marco García M.
CS Barranco Grande, CS Taco. Santa Cruz de Tenerife. Canarias
montsemesa@hotmail.com

OBJETIVOS

Estimar la prevalencia de persona mayor de riesgo (PMR) y valorar los criterios más frecuentemente asociados a fragilidad.

DISEÑO

Tipo de estudio: descriptivo transversal.

Ámbito de estudio: Atención Primaria.

Sujetos: se realizó una detección de PMR según criterios de la OMS a todos los sujetos mayores de 65 años de dos cupos médicos, que acudieron a consulta por cualquier motivo entre abril y junio de 2006, mediante muestreo sistemático. Se calculó un tamaño muestral para una prevalencia estimada de 20%, precisión de 7%, nivel de confianza de 95%, siendo necesarios 125 sujetos.

Mediciones: se recogió factores de PMR, edad y sexo.

Análisis estadístico: para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión y, para aquellas categóricas, frecuencias. Se estimó la magnitud de la asociación mediante la *odds ratio* (OR) y sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%). Programas utilizados: SPSS y Epidat.

RESULTADOS

Participaron 141 sujetos. Edad media: 72,89 (DT: 5,97), rango 65-89. Fueron mujeres, 58,2%. Cumplieron criterios de PMR, 101 mayores (71,63%). La distribución por sexo fue: 59 mujeres (58,4%) y 42 hombres (41,6%). La edad media fue de 73,46 (DT: 6,42). Los criterios más frecuentemente asociados a fragilidad en el anciano fueron, entre otros: la polimedición (más de 4 fármacos) 92,1% (OR: 15,7; IC95%: 6,04-40,9; $p < 0,0001$), enfermedad osteoarticular 63,4% (OR: 32,8; IC95%: 7,49-144,1; $p < 0,0001$), vivir solo 21,8% (OR: 5,29; IC95%: 1,18-23,6; $p = 0,016$) y mayores de 80 años 18,8% (OR: 9,2; IC95%: 1,19-71,7; $p = 0,022$).

CONCLUSIONES

La prevalencia de ancianos frágiles en nuestras consultas es muy elevada, con respecto a publicaciones nacionales. Es importante tener en cuenta que nueve de cada diez PMR están polimedicadas, por lo que los profesionales debemos sensibilizarnos para prescribir únicamente los fármacos necesarios, y así poder disminuir esta fragilidad.

P-53

ESTUDIO DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Aznárez García A, Ibáñez García F, Marco Gayarre E, Sebastián Villán P, Vieira Lista E.
CS Actur Sur. Zaragoza. Aragón
antonioaznarezgarcia@yahoo.es

OBJETIVOS

1. Describir el perfil de uso de fármacos antidepresivos en nuestro centro de salud a partir de los datos extraídos de la historia clínica informatizada.
2. Describir características de los pacientes, diagnósticos, fármacos utilizados y origen de la prescripción.

DISEÑO

Tipo de estudio: estudio descriptivo.

Ámbito de estudio: equipo de atención primaria urbano (habitantes y médicos de familia).

Sujetos: pacientes que inician tratamiento antidepresivo en el año 2006 con diagnóstico de depresión y/o trastorno de ansiedad generalizada.

Material y métodos: estudio descriptivo de las prescripciones de antidepresivos iniciadas durante 2006 en el centro de Atención Primaria.

Fuente de información: historia clínica informatizada (OMI-AP).

Mediciones e intervenciones: se obtienen de la historia clínica los siguientes datos: código historia clínica o CIP, edad, sexo, fármaco antidepresivo, diagnóstico, origen de la prescripción, derivaciones a psiquiatría.

RESULTADOS

299 pacientes: 24,7% varones y 74,9% mujeres. Edad: menores de 65 años, 70,2%, y mayores de 65 años, 19,7%. Diagnósticos: depresión, 31,1%; trastorno de ansiedad generalizada, 68,2%; derivaciones a especialista, 21,7%. Fármacos utilizados: ISRS de

elección (fluoxetina, paroxetina y citalopram), 60%. Origen de prescripción: 87,29% de Atención Primaria y 12,7% de segundo nivel (especializada).

CONCLUSIONES

En el estudio se ha observado un mayor uso de fármacos antidepresivos en mujeres, preferentemente menores de 65 años diagnosticadas de trastorno de ansiedad generalizada. La prescripción proviene principalmente del médico de Atención Primaria, donde se consideran los ISRS de elección según las recomendaciones actuales de las guías los fármacos más utilizados.

P-54

CONSIDERAMOS A LOS PACIENTES AFECTADOS DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA MÁS ALLÁ DEL TRATAMIENTO AGUDO

Alba Herrero M, Gallardo López R, Rodríguez Jiménez J, Delgado Zafra S, Casas Nicot B.

CS de Cabra, Servicio Medicina Interna Hospital Infanta Margarita. Distrito Córdoba Sur. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Córdoba-Campiña. Cabra (Córdoba). Andalucía
jcromed@yahoo.es

OBJETIVOS

Conocer la práctica clínica habitual en nuestra área de salud en pacientes atendidos por fractura de Colles secundaria a traumatismo de baja intensidad.

DISEÑO

Estudio descriptivo mediante encuesta personal a mayores de 50 años, o mujeres posmenopáusicas de cualquier edad, diagnosticados de fractura de Colles en nuestro hospital en los últimos 30 días. Se les preguntó por la información recibida acerca de la posible implicación etiológica de su fractura, indicación de estudios diagnósticos y la aplicación de medidas preventivas secundarias o tratamiento antifracturario. Se les determinó la densidad mineral ósea en la falange media del tercer dedo de la mano no afectada mediante accu-DEXA®.

RESULTADOS

Un 80% fueron mujeres. La edad media fue mayor para mujeres (68,9 años) que para hombres (62 años). Dos pacientes (15%) fueron informados por el mismo traumatólogo de la posible implicación osteoporótica en su fractura. En ningún caso se indicaron estudios

para determinar la densidad ósea. La determinación de la falange media de la mano no afectada demostró la existencia de osteopenia severa-osteoporosis en un 40% y osteopenia leve en otro 40%. Sólo dos pacientes (15%) recibieron tratamiento con bifosfonatos y ninguno recibió información antifracturaria ni sobre osteoporosis.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes presentaron una disminución en la densidad mineral ósea medida mediante accu-DEXA®. El acto médico se limitó al tratamiento agudo y seguimiento evolutivo de la fractura, sin realizar detección de osteoporosis, establecer medidas de prevención secundaria ni evaluación del riesgo de fractura. En nuestra área de salud, es necesaria una mayor sensibilización médica sobre la osteoporosis para poder implementar medidas de prevención primaria y secundaria, y reducir el riesgo de complicaciones de una enfermedad tan prevalente como la osteoporosis.

P-55

ANÁLISIS DE DERIVACIÓN DESDE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA A SALUD MENTAL

García Rossi A, Grande Aguerri M, De la Casa Resino C, Lanzara Novielli L, Pascual Bielsa A.
CS Monóvar, Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Madrid
mgaguerri@hotmail.com

OBJETIVOS

Evaluar la concordancia entre Atención Primaria y salud mental de distrito respecto a las siguientes variables: motivo de consulta, prioridad de la demanda y tratamiento instaurado.

DISEÑO

Ámbito de estudio: servicio de salud mental de distrito (SSMD).

Material y métodos: incluimos a todos los pacientes (n: 254) derivados desde Atención Primaria a SSMD desde el 5 de octubre de 2005 hasta el 25 de octubre de 2006, cuyos datos obtuvimos a través de un protocolo estructurado del centro.

RESULTADOS

El 79,1% eran trastorno ansioso-depresivo, de los cuales un 58,7% fueron revisados (alta, distinto diagnóstico, etc.). En un 41,3% existía concordancia entre Atención Primaria y SSMD.

Demanda: un 73,5% se remitió con carácter normal, el 95,2% de los mismos eran correctos, sólo un 2,7% debían ser preferentes. Un 22,1% fueron remitidos de forma preferente, de los cuales el 75% no lo eran.

Tratamiento instaurado: un 69,7% lo tenían pautado, en un 46,5% era correcto y el 53,5% precisaron revisión. Un 29,1% no tenían tratamiento.

CONCLUSIONES

Constatamos que muchas derivaciones desde Atención Primaria a SSMD fueron innecesarias, y en muchos de estos casos se procedió al alta inmediata. Por tanto, es precisa una intervención rápida y eficaz y una coordinación entre Atención Primaria y especializada para lograr mejorar en la asistencia multidisciplinaria a los pacientes.

P-56

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

De Santiago González C, Fernández E, Armiñanzas Castillo C, Peralta Fernández G, Pía Roiz M.
CS Sierrallana. Torrelavega (Santander). Cantabria
sumrak80@hotmail.com

OBJETIVOS

La meningitis meningocócica y la meningococemia son infecciones graves con perfil epidémico. El conocimiento de ellas es clave para un tratamiento precoz y el establecimiento de medidas preventivas adecuadas.

DISEÑO

Tipo de estudio: estudio retrospectivo para conocer las características de los pacientes con enfermedad meningocócica invasiva (EMI) invasiva atendidos en nuestro hospital.

Métodos: identificamos a los pacientes con EMI atendidos entre enero de 1996 y diciembre de 2006, a través de los registros de hemocultivos y cultivo del LCR del laboratorio de microbiología. Se revisaron las historias mediante cuestionario predefinido que incluía más de 40 variables. Los datos se recogieron en una hoja de cálculo excel y se exportaron a SPSS (v 14.0) para su análisis. Para la comparación de las variables categóricas se utilizó el test de la chi cuadrado.

RESULTADOS

Durante el período del estudio se identificaron 29 pacientes con EMI, 16 con meningitis (55,2%), 11 con

bacteriemia aislada (37,9%) y 2 con neumonía (6,9%). Sólo 2 pacientes fallecieron, los dos con meningitis meningocócica. Nueve casos (30%) tuvieron lugar en los años 1996 y 1997, pasando la incidencia media de 2,7 casos/105 hab/año a 1,3 casos/105 hab/año. 14 casos (48,3%) se dieron en los meses de enero y febrero. Cuando comparamos la presentación clínica de los pacientes con y sin meningitis encontramos diferencias significativas en la proporción de pacientes con vómitos, 81,3% frente al 30,8% ($p=0,008$); clínica neurológica 66% frente al 18% ($p=0,02$). Ninguno de los parámetros analíticos estudiados fue diferente en pacientes con meningitis y sin ella.

CONCLUSIONES

EMI tiene un patrón estacional invernal. Su incidencia ha disminuido desde 1997. Existen datos clínicos que diferencian a los pacientes con o sin meningitis.

P-57

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 27 CASOS DE ESQUISTOSOMIASIS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

Ball Dibarbora P, Chacártegui Quetglas B, Oliver Barber M. CS Son Pizá. Palma de Mallorca. Baleares
begochumail@yahoo.es

OBJETIVOS

Descripción de las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de esquistosomiasis en el centro de salud.

DISEÑO

Estudio descriptivo retrospectivo en un centro de salud urbano, que atiende a una población de 23.500 personas.

RESULTADOS

Se han diagnosticado 27 casos de esquistosomiasis, 23 (85%) por *Schistosoma Haematobium*, 1 por *Schistosoma Mansoni*. El motivo de consulta en el 66% de los casos fue hematuria. Todos son hombres, procedentes de Mali, con una edad media de 26 años. El tiempo entre la llegada de Mali y el diagnóstico de esquistosomiasis es en 8 casos (30%) entre 6 meses y 1 año, y en 10 casos (37%) entre 1 y 2 años. El 95% de los pacientes a los que se les realizó una analítica (19 pacientes) presentaron eosinofilia, y se detectó aumento de IgE en 8 casos. El diagnóstico microbiológico

fue positivo en orina en 22 casos, en heces en 1 caso, y en heces y orina en 1 caso. 8 pacientes estaban afectados por otra parasitosis (*Blastocystis Hominis* en 3, *Dientamoeba Fragilis* en 2). Se prescribió un correcto tratamiento (praziquantel) en 20 casos (74%). La prevalencia detectada en los inmigrantes de Mali es de un 4,5%.

CONCLUSIONES

Ante una hematuria y/o eosinofilia en pacientes procedentes de áreas endémicas se debe descartar una esquistosomiasis. Debido a las posibles consecuencias de la esquistosomiasis, este estudio plantea la conveniencia de realizar una búsqueda activa de todos los pacientes precedentes de áreas afectas.

P-58

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN NO DIAGNOSTICADA EN PERSONA MAYOR DE RIESGO

Pérez León M, Martín Mesa M, Rufino Delgado M, Marco García M, Alonso Suárez J, Ballesteros Martín J. CS de Barranco Grande. Unidad Docente de MFyC de Santa Cruz de Tenerife, zona 1. Santa Cruz de Tenerife. Canarias
dachil30jun@yahoo.es

OBJETIVOS

Estimar la prevalencia de depresión no diagnosticada en ancianos frágiles y analizar los factores asociados a la misma.

DISEÑO

Tipo de estudio: descriptivo transversal.

Ámbito de estudio: Atención Primaria.

Sujetos: pacientes con edad igual o mayor de 65 años que acudieron a la consulta entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2006, con criterios de persona mayor de riesgo (PMR).

Criterios de exclusión: deterioro cognitivo o depresión diagnosticada y enfermedad terminal. Se calculó un tamaño muestral para una prevalencia estimada de 19%, precisión 8%, nivel de confianza 95%, siendo necesarios 92 sujetos.

Mediciones: además de los factores de PMR, se recogieron sexo, test de Pfeiffer y de Yesavage. Análisis estadístico: analizamos porcentajes, medias y desviaciones típicas, fuerza de asociación mediante *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Programas: SPSS y Epidat.

RESULTADOS

De 141 sujetos, 101 cumplieron criterios de PMR (71,63%). Se excluyeron 10 sujetos (9,90%), uno por demencia y 9 por depresión diagnosticada. Mujeres: 54,9%, edad media 73,48 (DT: 6,42). La prevalencia de depresión global fue del 28,6% (11% depresión establecida y 17,6% depresión probable). Los factores que se asociaron a padecer depresión fueron: ser mujer (OR: 2,97; IC 95%: 1,10-8,04; $p=0,02$), tener 3 o más factores de riesgo de PMR (OR: 2,92; IC 95%: 1,14-7,47; $p=0,02$).

CONCLUSIONES

Uno de cada cuatro ancianos frágiles que acuden a nuestras consultas presentan depresión oculta. Es importante que hagamos una búsqueda activa de casos en aquellos ancianos frágiles, especialmente mujeres con elevado número de factores de riesgo de fragilidad, utilizando una herramienta sencilla como el test de Yesavage.

P-59

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE HÁBITOS CARDIOSALUDABLES EN NIÑOS ESCOLARIZADOS

Guardaño Ropero D, Illanes Leiva R, Rodríguez Jiménez J, Merino Del Amo E, Zorrilla Moreno M.

Distrito Córdoba Sur. Unidad de Cardiología del Hospital Infanta Margarita. Unidad Docente de MFyC Córdoba-Campiña.

Cabra/Lucena. Andalucía

jcromed@yahoo.es

OBJETIVOS

Comprobar la eficacia de una intervención educativa en la adquisición de hábitos cardiosaludables en escolares y su persistencia en el tiempo.

DISEÑO

Estudio cuasi-experimental. Muestra de alumnos de 3º Primaria área Córdoba-Sur. Realizamos actividades educativas para fomentar hábitos cardiosaludables (dieta mediterránea, higiene bucodental, ejercicio físico, etc.). Cuestionarios autoadministrados durante tres visitas (0,3 y 6 meses). Apoyo con material informativo a los padres. Análisis con SPSS 13. Duración prevista: 12 meses.

RESULTADOS

164 cuestionarios basales. El 88,4% desayuna antes de clase, un 90,2% toma algún alimento en el recreo.

El 26,3% no sabe enumerar 3 alimentos saludables y un 37,8% distingue 6 alimentos saludables de entre 12, el 97% considera seguir una dieta saludable. De la dieta diaria, el 48% están constituidas por alimentos no saludables. En un 49% de las casas se fuma, afirmando un 11,6% de los niños haber probado el tabaco; el 98% no lo considera hábito saludable. Un 15,2% ha probado bebidas alcohólicas. Entre un 52 y 72% conocen los efectos perjudiciales derivados del consumo de estos tóxicos. El 22% no ha acudido al dentista en el último año. El 75% practica deporte extraescolar, de los que un 80% prefiere jugar al aire libre, en lugar de ver televisión o jugar a las videoconsolas.

CONCLUSIONES

La mayoría suele desayunar en casa tomando también algún alimento durante el recreo. Sólo una tercera parte reconocen alimentos que deberían incluirse en la dieta diaria, sin embargo casi todos tienen la falsa percepción de que siguen una dieta saludable. Casi la mitad no identifican los efectos perjudiciales del consumo de alcohol y tabaco. Más de una décima parte ya han consumido en alguna ocasión estos tóxicos. Como dato positivo, la gran mayoría practica deporte extraescolar y prefieren jugar al aire libre que ver la televisión.

P-60

DOCTOR, ¿ME DA LA PASTILLA?

Mariscal Cerrato M, López Pérez L, Aguilar Cruz I, Morales C, Usagre F, Garrote A.

CS Salvador Caballero. Granada. Andalucía

luligranada@hotmail.com

OBJETIVOS

Analizar las características sociodemográficas de las mujeres que solicitan «la píldora del día después» en un centro de salud, tanto en horario de consulta como en urgencias de Atención Primaria.

DISEÑO

Cada paciente responde a una ficha individual, que contiene un cuestionario con las variables que queremos analizar: edad, sexo, horas transcurridas desde el coito, uso anterior de anticoncepción poscoital, motivo de solicitud (no uso de método anticonceptivo, rotura de preservativo, olvido de anticoncepción hormonal, otros). Además, añadimos en la ficha si van acompañadas de su pareja.

RESULTADOS

Acudieron 40 pacientes que demandaron la «pastilla del día después». La edad media era de 21 años, la paciente más joven 14 años y la más adulta 38 años. La media de horas transcurridas era de 16 horas desde el coito, uso previo de anticoncepción de emergencia 12 de las pacientes, de éstas más del 50% la había utilizado en más de tres ocasiones. El 75% utilizaban el preservativo como método anticonceptivo. En más del 90%, la causa principal fue la rotura de preservativo, la segunda causa más frecuente fue el no uso de ningún método anticonceptivo. Y menos del 4% fue por olvido de anticoncepción hormonal.

CONCLUSIONES

La poca información, la improvisación de las relaciones sexuales y los fines de semana a edad temprana son los peores enemigos para aquellas mujeres que solicitan este método. Se debería facilitar información breve y concisa sobre sexualidad, fomentando así la prevención primaria.

P-61

LOS CARTONES, LA CARTILLA DE LARGO TRATAMIENTO, LA CLT INFORMATIZADA Y, AHORA, LA RECETA ELECTRÓNICA

Diez Lasheras E, Iriondo Etxeberría A, Ostolaza García I, Urbina Aguirrebengoa O.

CS Alza. San Sebastián. País Vasco
olasagas@apge.osakidetza.net

OBJETIVOS

Descripción de la cartilla de largo tratamiento (CLT) y análisis de su funcionamiento.

DISEÑO

Ámbito de estudio: 8 cupos en el centro de salud urbano.

Sujetos: 2.881 CLT vigentes en julio del 2006, un total 10.729 medicaciones dispensadas por CLT y una muestra de 891 CLT obtenida por muestreo aleatorio estratificado.

Material y método: estudio descriptivo transversal de las características de los usuarios de CLT, fármacos dispensados y análisis mediante estudio exhaustivo de la historia, del funcionamiento de una muestra de 891 CLT, se realiza seguimiento durante 1 año.

Mediciones: edad, sexo, prestación, fármacos, dispensación, patología, recetas emitidas. Seguimiento del funcionamiento de la CLT analizando pertinencia de

codificación, fallos, incorporación y cese de las CLT, fármacos y frecuencia.

Análisis: los registros proceden de historias informatizadas en OSABIDE, de pacientes que utilizan CLT, recogidos en una base de ACCESS, el tratamiento estadístico con el SYSTAT 10.

RESULTADOS

Una media de 360 CLT que gestionan unas 1.216 prescripciones por cupo, se generan 11.680 recetas por mes, el 81% son pensionistas. Un 31,5% son CLT con cinco o más fármacos. El grupo farmacológico más frecuente son tranquilizantes, un 35% de las CLT (IC95%: 32-38,2) se modifica en 1 año y falla el circuito en el 52% de las prescripciones (IC95%: 53,9-50,1) y la codificación es adecuada en el 56,4%. (IC95%: 58,3-54,5).

CONCLUSIONES

La CLT es un proceso complejo y dinámico. La implantación de la receta electrónica debe incluir sistemas de supervisión y modificación que sean ágiles.

P-62

CARACTERÍSTICAS DE LAS ANEMIAS EN UN CENTRO DE SALUD

Parreño Rodríguez E, Del Olmo Zamora R, Tejedor Alonso S, López Martí M, Ojeda Galdón F, Alfaro Perea P.

CS Fuente de San Luis. Valencia. Valencia
eparo@comv.es

OBJETIVOS

Estudio descriptivo observacional de las anemias diagnosticadas en tres consultas de nuestro centro de salud.

DISEÑO

Se analizan 95 pacientes diagnosticados de anemia en tres consultas de Atención Primaria durante 1 año (2006). Se clasifican utilizando los códigos de la CIE-9, se analiza la frecuencia de cada diagnóstico, y se recoge la edad (media, mediana, moda, desviación estándar) y la distribución según sexo.

RESULTADOS

De los 95 pacientes, 77 eran mujeres (81,05%) y 18 hombres (18,95%). La media de edad fue de 48,76 años, con una desviación estándar de 20,31. Se calculó una mediana de 48,76 y una distribución

bimodal de 38 y 79. De los 95 pacientes, un 76,84 % fueron diagnosticados de CIE-9-280 anemia por carencia de hierro, edad media de 48,76 años, con una distribución bimodal de 38 y 79. Se diagnosticó de CIE-9-281, anemia por otras carencias, a 13 pacientes (13,69%), edad media de 66,33 años, de los cuales 8 presentaban déficit de Vit B12 (CIE-9-281.0) y 2 déficit de folatos (CIE-9-281.2) y 1 carencia de ambas. Clasificados bajo anemias hemolíticas hereditarias hubo 3,16 %, edad media de 48,85 años, que se diagnosticaron de talasemia (CIE-9-282.4). Sólo hubo 1 paciente diagnosticado de CIE-9-283, anemias hemolíticas adquiridas, que se trataba de una persona autoinmune (CIE-9-283.0). Bajo el concepto de CIE-9-285, otras anemias y anemias no especificadas, se clasificó a un 4,21 % de los pacientes, edad media de 57,57 años, que todos eran CIE-9-285.1, anemia posthemorrágica aguda.

CONCLUSIONES

El estudio inicial de la anemia corresponde al médico de Atención Primaria, que debe conocer las diferentes etiologías. El diagnóstico más frecuente fue CIE-9-280, anemias por carencia de hierro.

P-63

DIFERENCIAS ENTRE UN MÉTODO TRADICIONAL Y NUEVAS TECNOLOGÍAS FORMATIVAS EN UN CURSO DE RCP

Gómez Rodríguez T, Restoy Bernabé A, Morales Sánchez S, Revelles Medina I, Díez Vigil J, Villanueva Díaz E. Unidad Docente MFyC. Almería. Andalucía. negromans@hotmail.com

OBJETIVOS

1. Evaluar las diferencias entre un método de enseñanza tradicional (presencial) y otro con metodología *e-learning* (semipresencial). Ambos con los mismos contenidos y organizados por la misma institución.
2. Conocer la valoración global y la preferencia en la elección del método.

DISEÑO

Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio: formación MIR.

Sujetos: residentes de primer año. Se realiza una encuesta de satisfacción a todos los asistentes a dichos cursos (n=27). Los participantes contestaron la encuesta de forma anónima, y puntuaron todas las

variables en una escala del 1 al 10 (de poco satisfecho a muy satisfecho). Las variables del estudio fueron: accesibilidad, disponibilidad horaria, material didáctico aportado, adquisición de conocimientos y habilidades, tutorización, evaluación de conocimientos adquiridos, evaluación global y preferencia por un método u otro. Se realiza un análisis descriptivo de las variables; frecuencias para variables cualitativas, y para variables cuantitativas, medias y desviaciones. Para el análisis bivariable se utilizó T de Student.

RESULTADOS

Tasa respuesta: 74 % (20 alumnos). Las medias de puntuación en ambos grupos (presencial y semipresencial) son diferentes, siendo esta diferencia significativa a favor del presencial para todas las variables, excepto disponibilidad de horario ($p=0,56$). El 95 % de encuestados prefiere curso presencial.

CONCLUSIONES

La mayoría de residentes eligen el curso con metodología tradicional (presencial) para el aprendizaje de RCP. Todos los aspectos analizados son mejor valorados en el curso presencial, excepto la disponibilidad de horario que sería a favor del curso semipresencial, aunque esta diferencia no es significativa.

P-64

LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN LA SERRANÍA DE RONDA EN EL AÑO 2005. APROXIMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Vallejo Rodríguez F, Acevedo Martel E. CS Santa Bárbara. Ronda. Andalucía. fjvallejo@hotmail.com

OBJETIVOS

Hacer una aproximación al conocimiento de la incidencia de ictus, y de sus distintos tipos, así como características sociodemográficas y factores de riesgo cardiovascular de los pacientes que sufren estos eventos y son atendidos e ingresados en el Hospital General Básico de la Serranía de Ronda, así como las secuelas y mortalidad a corto plazo originadas por los mismos.

DISEÑO

Tipo de estudio: estudio observacional, descriptivo de 1 año de duración.

Ámbito de estudio: área sanitaria Serranía de Ronda y parte de la Serranía de Cádiz.

Sujetos: 100.000 habitantes. Pacientes atendidos e ingresados por sufrir un ictus (143). Se estudian datos sociodemográficos, factores de riesgo cerebrovascular, presencia de cardiopatía, tipo de ACV, mortalidad a corto plazo y secuelas. Se utilizan informes médicos. Paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

62 mujeres y 81 hombres. Edad media: 73,7 años (mujeres: 76,03; hombres: 72,02). HTA, 79,9%. DM, 42,1%. Tabaquismo, 15,6%. Dislipemia, 34,4%. HVI, 33,1%. SAOS: 14, anticoagulados 11,1%. Cardiopatía, 68,6%. Tipo de ictus: isquémicos 93 (95%), hemorrágicos 27 (18,9%), y AIT 23 (16,1%). Mortalidad a corto plazo: 25 casos (17,5%). Duración media del ingreso: 8,59. Estudio neuroimagen en el 95,8% de los casos. Secuelas en 95 pacientes (66,4%).

CONCLUSIONES

La incidencia aproximada concuerda con datos de otros estudios en poblaciones de 100.000 habitantes (143). La edad de presentación es mayor en mujeres que hombres. La HTA se muestra asociada con la persistencia de secuelas. Las cardiopatías se asocian con el ictus isquémico. Éstos son más frecuentes que los hemorrágicos.

P-65

¿QUÉ RELACIÓN EXISTE ENTRE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 MAL CONTROLADOS Y LA APARICIÓN DE NEFROPATÍA DIABÉTICA MANIFIESTA?

Salguero Bodes I, Martín Rodrigo J, Fresno Alba S.
CS Badajoz. Badajoz. Extremadura
idsbodes@hotmail.com

OBJETIVOS

Analizar el control que se está haciendo actualmente en los centros de salud de la diabetes mellitus y de la nefropatía diabética como complicación de la misma. Además, analizar algunos de los factores más importantes que puedan influir en su evolución: hemoglobina glicosilada, microalbuminuria, presión arterial, niveles de colesterol y obesidad. Como objetivos secundarios, determinar la prevalencia de nefropatía diabética en el medio en el que se desarrolla el estudio.

DISEÑO

Es un estudio descriptivo, de corte o transversal, que utiliza los datos recogidos en la historia clínica de 34 pacientes. Como criterios de inclusión son pacientes escogidos aleatoriamente de los diabéticos establecidos del cupo con hemoglobina glicosilada, microalbuminuria, valores antropométricos y de PA recientes del último año.

RESULTADOS

Se observó que la prevalencia de nefropatía diabética manifiesta en el cupo era del 12,12%, y todos los pacientes incluidos en el estudio con nefropatía diabética manifiesta presentan HTA establecida, el 25% de los pacientes presentan niveles elevados de triglicéridos, y el 90% presentan niveles normales de cHDL y cLDL. El 75% también presentan obesidad concomitante y el control de los pacientes con nefropatía manifiesta no era bueno, obteniendo un promedio de cifra de hemoglobina glicosilada de 6,9%.

CONCLUSIONES

Existe una relación estadísticamente significativa entre los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mal controlados, es decir, con Hb A1c alta y la aparición de nefropatía manifiesta con microalbuminuria mayor de 30 mg/l en 24 horas.

P-66

¿CÓMO SON NUESTROS PACIENTES HIPOTIROIDEOS?

Irayoz Monera B, Mangrané Ferrando M, Senosiain Yerno C, Rivero Gómez G, El Ajjaj A, Besso Carreras E.
ABS Reus IV. Reus (Tarragona). Cataluña
yortega.tarte.ics@gencat.net

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de hipotiroidismo subclínico en nuestra ABS y cuál es el perfil de estos pacientes.

DISEÑO

Tipo de estudio: observacional de una cohorte retrospectiva de pacientes diagnosticados de hipotiroidismo subclínico en SIAPWIN (entre 1998 y 2005) y de los nuevos casos aparecidos el año 2006 en el nuevo sistema informático E-CAP.

Ámbito de estudio: ABS urbana que atiende 23.000 usuarios.

Mediciones: edad, sexo, antecedentes patológicos y valores analíticos de TSH y T4 (en el momento del diagnóstico y seguimiento a 5 años).

RESULTADOS

La prevalencia observada es 0,4% (según la bibliografía, la prevalencia en España sin diferenciar sexos es de 0,9%). El 88% de los pacientes son mujeres, de una media de edad de 54+16 años. Un 37% son hipertensos, un 38% dislipémicos y un 20% sufren depresión. La TSH al diagnóstico es de 13,4+19,8 y la T4 de 9,9+22,1. La clínica, mal registrada, que pre-

sentaban al diagnóstico era de astenia, 7% de los casos y de aumento de peso, 5%.

CONCLUSIONES

La prevalencia observada es inferior a la esperada. Esto nos hace pensar que no se hace un buen cribado o registro de la enfermedad. El paciente hipotiroideo es una mujer mayor de 50 años, con antecedentes de dislipemia o depresión en una tercera parte. Halladas estas alteraciones, en personas, que por otro lado son asintomáticas, estaría justificada la determinación del perfil

ÍNDICE DE AUTORES

A

Abadía Gallego V, 48, 64
Acevedo Martel E, 81
Agrela Cardona M, 48, 59, 69
Aguilar Cruz I, 79
Aguilar Navas L, 43
Alba Herrero M, 76
Albarracín Castillo M, 57, 58
Alejo Díaz-Zorita C, 27, 31, 51
Alfaro Perea P, 80
Alfonseda Rojas J, 54
Alfonso Camús J, 35
Alonso Suárez J, 75, 78
Álvarez González M, 37
Alyala Jiménez L, 63
Amezcuca Fernández A, 36
Aragón Leal M, 24, 27
Arenas Blanca JA, 54
Arenos Sangrón R, 43
Arévalo López P, 37, 41
Armiñanzas Castillo C, 77
Arrugaeta Rebaque A, 70
Astals Bota S, 66
Aznárez García A, 76

B

Baena López M, 41
Ball Dibarbora P, 78
Ballester A, 42
Ballesteros Martín J, 75, 78
Balsalobre Arenas L, 68
Barberá Viala J, 35, 53, 56, 57
Barquero Bardón E, 35, 53
Beltrán Gallego A, 65
Besso Carreras E, 82
Bestard Reus F, 44
Briongos Figuero L, 29, 30
Busto Crespo O, 31

C

Cabal Sepúlveda C, 67, 75
Caballero del Pozo M, 52, 61
Cabrera Cazorla R, 42
Cabrera Morente L, 65
Cáceres Cortés C, 35
Calderó Solé M, 64

Calero Barón D, 49
Calvo García I, 65
Calvo Oliver S, 63
Calvo Reyes M, 73
Camón Iglesias F, 70
Canchaya Iglesias L, 74
Capote Yanes E, 71
Carrascosa Gonzalvo S, 54
Carreño Freire P, 51
Carrillo Gilabert A, 54
Casado Álvaro C, 36
Casas Nicot B, 76
Castilla Lázpita T, 33
Castillo Guzmán G, 54
Castro Aller S, 32
Castro Arias M, 23, 59
Cedeño Benavides T, 48
Chacártegui Quetglas B, 78
Chao Escuer P, 35
Chillón Arce R, 67, 75
Collada de la Fuente E, 65
Conejero Torres M, 50
Costa Bugallo G, 56, 57
Corchón Marín M, 27, 51
Cornejo Martín F, 68
Cruz Alcaide A, 33, 38

D

De Diós Ruiz A, 30
De la Casa Resino C, 39, 77
De la Fuente De la Fuente G, 37
De Prado Hidalgo M, 43
Del Olmo De la Iglesia O, 66
Del Olmo Zamora R, 80
Delgado Zafra S, 76
De Santiago González C, 77
Díaz Gómez B, 29, 30
Díaz Paniagua L, 38, 61, 62
Díez Vigil J, 37, 41, 81
Díez Lasheras E, 80
Domínguez Moreno E, 35
Domínguez Sardiña M, 75

E

El Ajjaj A, 82
Escobar Sánchez E, 51

Esteban López M, 63
Esteva Rosado M, 43
Evangelista Sánchez E, 65

F

Far A, 42
Farran Torres N, 26, 45
Fernández E, 77
Fernández de Córdoba Alonso I, 32
Fernández Bernárdez J, 75
Fernández Díaz F, 60, 63, 72
Fernández Fernández A, 70
Fernández Gómez A, 65
Fernández Herrera E, 60
Fernández Nuero E, 68
Fernández Saa Z, 39
Fernández-Tresguerres García F, 70
Ferrer Serrano D, 67
Ferrera Noda N, 71
Ferrerías Amez J, 48, 64
Franco Sánchez-Horneros R, 23, 59
Fresno Alba S, 82
Fuertes Lietor G, 52, 72

G

Gallardo López R, 76
García Caballos M, 44
García Fernández S, 47
García García A, 36
García Iglesias Y, 42
García Martínez L, 25
García Masegosa J, 63
García Plaza C, 36
García Prieto L, 63, 72
García Quevedo E, 60, 63
García Quintana S, 60
García Ramírez A, 33
García Rossi A, 39, 77
García Ruano A, 74
García Ureña E, 59, 69, 73
Garrote A, 79
Garrote Díaz E, 25
Gaviño Ferrera M, 71
Gil López M, 47
Giménez Ruiz J, 33
Giménez Jordán L, 35, 53, 56, 57

Girauda A, 45
Gisbert Segura J, 54
Gómez Rodríguez T, 81
Gomis A, 42
González-Moro Azorín L, 50, 54
González Fuentes A, 54
González Romero M, 38
González Touya M, 29, 30
Gonzalo García C, 27, 31, 51
Grande Aguerri M, 39, 77
Greco G, 43
Gregorio Echevarria E, 70
Guardaño Roperio D, 79
Gudelis M, 41
Guerrero Carmona A, 38
Guerrero González M, 38
Guillén Pérez A, 26
Guillén Sánchez I, 47
Gutiérrez Toribio A, 32

H

Hakami Hakami O, 38, 61, 62
Hernández Carmona A, 29, 42, 59, 69, 73
Hernández De Francisco L, 60, 63, 72
Hernández Ledesma M, 23
Hernández Méndez N, 71
Hernández Stegman M, 52, 61
Herraiz Cristóbal R, 68
Herrero González Y, 30
Herrero Martínez M, 59
Hidalgo García A, 37
Hidalgo Cabrera C, 73

I

Ibáñez García F, 76
Iglesias García Y, 43
Illanes Leiva R, 79
Irayzoz Monera B, 43, 82
Iriondo Etxeberría A, 80

J

Jiménez Lozano M, 37, 41
Jiménez Mejías E, 59, 69
Jiménez Pascua T, 45
Jurado Ortiz S, 52, 61

L

Lanzara Novielli L, 77
Lavin Hernández A, 70

Leiro Manso A, 25, 33
Lista Arias E, 52
Llompert Cerdá A, 44
López Frías R, 47
López Martí M, 80
López Ocaña F, 70
López Pérez L, 79
López-Pozo Linares M, 29
López Soler E, 27, 31, 51
López Torres G, 29, 42, 73
Lorca Serralta J, 25
Lorente Fernández B, 32

M

Mangrané Ferrando M, 43, 82
Manzanas González A, 57, 58
Marco García M, 75, 78
Marco García T, 58
Marco Gayarre E, 76
Marcos Sánchez I, 37
Mariscal Cerrato M, 79
Marlasca Amigó J, 72
Márquez García-Salazar A, 33
Martín Mesa M, 75, 78
Martín Rodrigo J, 82
Martín Tomas R, 68
Martínez Gil V, 57, 58
Martínez Rivero I, 67
Martínez Rubio A, 73
Martínez Tascón A, 57, 58
Martínez Valentín-Gamazo A, 61, 62
Mateo S, 32
Meana Fernández B, 32
Medina Recio F, 24
Medina Simón J, 63
Mejía Castillo M, 24
Merino Del Amo E, 79
Merino Robles I, 38
Molina Guash C, 45
Molinero Rupérez A, 31
Molló Iniesta M, 64
Monclús Arasa C, 35, 53, 56, 57
Monge Barrio M, 31
Montes Bravo A, 38, 61, 62
Moragues Sbert G, 71
Morales Gómez I, 74
Morales Ocaña C, 67, 79
Morales Sánchez S, 37, 81
Morcillo Gallego M, 41
Moreno Castillón C, 45, 50

Moreno Ferrer O, 63
Moreno Planelles M, 36
Moreno Suárez S, 59, 69
Muixí Mora A, 64, 66
Muñoz Araujo F, 69

N

Nasser Eddine S, 75
Navas Hergueta M, 35
Novo Martín J, 43

O

Odriozola Grijalba L, 23
Ojeda Galdón F, 80
Olmedo Galindo J, 32
Oliver Barber M, 78
Orellana Maldonado C, 72
Ortiz Domínguez F, 70
Ortiz Gil E, 35, 53, 56, 57
Ortiz Molina A, 67
Osorio Martos C, 42, 43
Ostolaza García I, 80

P

Pacheco Puig R, 65
Paino Arteaga C, 68
Palacio R, 67
Palacios H, 49
Palezuela Martín S, 30
Paniagua Urbano D, 33
Paniagua Díaz I, 69
Paniego Fernández M, 70
Pardo Fernández M, 26
Parreño Rodríguez E, 80
Pascual Bielsa A, 39, 77
Pascual García Z, 23, 49
Peña y Lillo Echeverría G, 59
Peralta Fernández G, 77
Perelló García I, 66
Perera Carrillo C, 58
Perera Sanz D, 58
Pérez N, 67
Pérez García S, 35, 53, 56, 57
Pérez Fernández A, 50
Pérez León M, 75, 78
Pérez Olano B, 26, 45
Pérez Ortiz E, 36
Pérez Sanz B, 26
Pia Roiz P, 77
Pichel Loureiro A, 67, 75

Polyziadis Voulodimos S, 27, 31, 51
Prieto Granado C, 37

Q

Quesada Almacellas A, 41, 64
Quintana Cabieces S, 63
Quiroga I, 74
Quirós Navas E, 23, 59

R

Ramírez Y, 45
Ramos Álvarez E, 74
Raya Collado D, 44
Restoy Bernabé A, 37, 81
Revelles Medina I, 37, 41, 81
Rigo Rullán M, 71
Rivero Gómez G, 43, 82
Roca Brasó I, 45
Rodríguez Avellaneda R, 42, 59, 69
Rodríguez Jiménez J, 76, 79
Rodríguez Pascual M, 52, 61
Rojo Pérez E, 72
Rojí Buqueras R, 31
Romero Blanco M, 38
Romero Gómez A, 70
Romero Otero B, 56
Rubio de Santos M, 38, 61, 62
Rufino Delgado M, 58, 75, 78
Ruipérez Guijarro L, 52, 61
Ruiz Castilla F, 24, 27
Ruiz-Huerta García de Viedma C, 35
Ruiz Perera J, 58

S

Saavedra Ruiz A, 29
Sada Ruiz M, 49
Sadakov K, 60

Sainz de Baranda B, 31
Saiz Pérez C, 60, 63, 72
Salamanca M, 42
Salamanca Seguí M, 44
Saldaña Alonso I, 32
Salgado Romero C, 38, 61, 62
Salguero Bodes I, 82
San José Gallegos A, 47
Sánchez-Praena Sánchez P, 48
Sánchez García M, 25
Sánchez Serrano E, 49
Sánchez Torices M, 65
Santiago Fierro M, 56
Sanz de Galdeano F, 49
Sanmarful Schwarz A, 39
Sarmiento Cruz M, 26, 41, 45, 66
Sastre Martín M, 45
Sebastián Villán P, 76
Senosiain Yerno C, 43, 82
Servera Gornals M, 71
Siles Cangas M, 23, 59
Silva N, 74
Solana M, 42
Solana Moreno M, 44
Solbes Caro A, 58
Soler Elcacho C, 41
Solís López M, 68
Solla Acuña M, 25, 33
Soto Martínez M, 25
Suárez Marrero A, 27, 31, 51
Sukhlyak A, 66

T

Tejedor Alonso S, 80
Tejero Manso A, 47, 73
Tercero Macià C, 54
Tinoco Gallegos J, 72

Torra Solé N, 45, 50
Torres Orgaz A, 65
Tricio Angulo C, 70
Troncoso Recio S, 25, 33

U

Urbina Aguirrebengoa O, 80
Usagre F, 79

V

Vallejo Rodríguez F, 81
Varela Pelarda O, 47, 73
Vázquez L, 23
Vázquez García M, 25
Velandó Cabañas L, 37
Vian del Val M, 47
Vicente Molinero A, 48, 64
Vicente Santos M, 65
Vieira Lista E, 76
Viguera Ester P, 32, 49, 65
Vilar Pérez M, 25, 33
Villalba Tost L, 64
Villalón de Hernández M, 49
Villanueva Díaz E, 41, 81
Villanueva Navarro M, 64
Villuendas Tirado A, 41
Viña Segura A, 32

Y

Yanguas Amat L, 31
Yupanqui Sandoval M, 60

Z

Zamarreño Aramendia E, 49
Zapateria M, 49
Zaragoza Muñoz A, 54
Zorrilla Moreno M, 79

