

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Publicación Oficial de SEMERGEN Andalucía

Año 2 • Vol. 2 • Mayo 2013

ISSN: 2254 - 4410



8º Congreso Andaluz de Médicos de Atención Primaria

Sevilla
9-11 Mayo
2013

Sede: Hotel NH Central Convenciones

Web: semergensevilla2013.com

Email: info@semergensevilla2013.com



Secretaría técnica:



Camino de Ronda, 42
18004 Granada
tel - 958 203 511
fax - 958 203 550
info@apcongres.es

SEMERGEN

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

La Revista Andaluza de Atención Primaria se distribuye exclusivamente entre los profesionales de medicina.

Comité editorial:

Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz
Médico de Familia. Centro de Salud de Armilla. Granada.
Presidente de SEMERGEN Andalucía.

Consejo Editorial:

Comité Organizador:

Dr. D. José Ángel Blanco Leira
Médico de Familia. Centro de Salud San Pablo. Sevilla.

Dr. D. José Acevedo Vázquez
Médico de Familia. Centro de Salud Gines. Sevilla.

Dr. D. José Ignacio Peis Redondo
Médico de Familia. Centro de Salud San Felipe. Jaén.

Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz
Presidente de SEMERGEN Andalucía.

Dr. D. Manuel Jiménez de la Cruz
Vicepresidente y Responsable de Relaciones Institucionales de SEMERGEN Andalucía.

Comité Científico

Dr. D. Antonio Ortega Cabezas
Médico de Familia. Centro de Salud Polígono Norte. Sevilla.

Dr. D. Juan Antonio Corrales Cruz
Médico de Familia. Centro de Salud Cisneo Alto- Las Naciones. Sevilla.

Dr. D. Antonio Bizcocho Pérez
Médico de Familia. Centro de Salud de La Algaba. Sevilla.

Dr. D. Juan Gabriel García Ballesteros
Médico de Familia. Centro de Salud de Bailén. Jaén.

Dr. D. Antonio Gutiérrez Martín
Médico de Familia. Zona Básica de Salud "La Luisiana". Presidente del Sindicato Médico de Sevilla. Vicepresidente del Real Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla.

Dr. D. José Luis Martincano Gómez
Médico de Familia. Centro de Salud de Jabugo. Huelva.

Dr. D. Fernando Oltra Hostalet
Médico de Familia. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Dra. D^a. Marisa Redondo Vergé
Médico de Familia. Centro de Salud San Jerónimo. Sevilla.

Dra. D^a. M^a José Rosende Domínguez
Médico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Junta Autonómica SEMERGEN Andalucía

Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz
Presidente

Dr. D. Manuel Jiménez de la Cruz
Vicepresidente de Relaciones Institucionales y Comunicación

Dr. D. José Mancera Romero
Vicepresidente Primero y responsable de investigación y Residentes

Dr. D. Francisco Javier Fonseca del Pozo
Vicepresidente Segundo y Responsable de Grupos de Trabajo

Dr. D. Juan Carlos Aguirre Rodríguez
Secretario

Dr. D. Pablo Panero Hidalgo
Tesorero

Dr. D. Juan Antonio Gil Campoy
Vocal de Almería

Dr. D. Enrique Alcáraz Vera
Vocal de Cádiz

Dr. D. Alfredo Ortiz Arjona
Vocal de Córdoba

Dr. D. Rafael Ángel Carrascal Garrido
Vocal de Granada

Dr. D. José Bueno Vázquez
Vocal de Huelva

Dr. D. José Ignacio Peis
Vocal de Jaén

Dr. D. Antonio Hormigo Pozo
Vocal Málaga

Dr. D. José Ángel Blanco Leira
Vocal Sevilla

Dr. D. Jesús Vergara Martín
Vocal de Formación

Correspondencia Científica:
secretariaandalucia@semergen.es
Tel. 958 204 446

Editor: SEMERGEN Andalucía
Formato: Digital
ISSN: 2254 - 4410



SEMERGEN Andalucía.
Av. de la constitución, 23 – 1º
CP 18014 - Granada

© Copyright 2013 SEMERGEN Andalucía
Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito de los titulares del Copyright.

A los efectos previstos en el artículo 32.1, párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de la Revista Andaluza de Atención Primaria con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier acto de explotación de la totalidad o parte de las páginas de Revista Andaluza de Atención Primaria con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales necesitarán oportuna autorización.

EDITORIAL

Estimados compañeros:

Como presidente de SEMERGEN-Andalucía es para mí una enorme satisfacción presentar en ésta la octava edición de nuestro congreso andaluz de médicos de Atención Primaria que se celebra en Úbeda la revista electrónica de **SEMERGEN-Andalucía: Revista Andaluza de Atención Primaria**” esta revista, cuyo segundo número continúa el camino emprendido en Úbeda el año pasado supone un valor añadido a nuestra sociedad y nuestros congresos, ya que incentiva una parte esencial de nuestra actividad que es la investigación clínica.

Con esta revista digital todas las comunicaciones admitidas por el comité científico serán publicadas en la misma y éstas tendrán además del valor de la comunicación en sí misma, el de una publicación científica.

Las comunicaciones a congresos son la expresión viva de la actividad científica e investigadora de los profesionales que trabajamos en los centros de salud, investigación que en la gran mayoría de las ocasiones debe realizarse fuera del horario laboral ya que la presión asistencial ocupa el cien por cien de nuestra actividad; hándicap éste que añade valor a la misma, lo que hace que sea de justicia premiar todo lo que se pueda ese sobre esfuerzo a la vez que facilita la divulgación del conocimiento científico.

La ciencia avanza cuando transmitimos nuestros progresos, por pequeños que éstos sean, a la comunidad científica, sobre cada avance se sustenta otro posterior y nunca adivinamos a priori la trascendencia de nuestros esfuerzos. Ésta es la grandeza de la ciencia y a esa grandeza pretendemos contribuir con la iniciativa de revista electrónica que hoy iniciamos y presentamos.

Las revistas biomédicas son la fuente de información más utilizada para la actualización de conocimientos.

En un estudio realizado por metroscopia para la fundación Lilly en el contexto de la iniciativa MEDES (medicina en Español) publicado en diciembre del pasado año en Atención Primaria, los médicos de familia consultan preferentemente Jano (cuya edición en papel ya es historia), Atención Primaria y SEMERGEN-Medicina de Familia.

En cuanto al tipo de artículos predominan con diferencia sobre los demás los casos clínicos y los de formación continuada, lo que nos lleva a pensar que en la formación, mayoritariamente el médico busca respuestas a la problemática que se le plantea en el día en las consultas, lo que ya en el lenguaje de los expertos se conoce como “unidades de información de alto valor añadido”.

La forma de lectura predominante sigue siendo el papel, aunque el formato electrónico está muy introducido en los médicos jóvenes. Son estos médicos jóvenes los que mayoritariamente han presentado comunicaciones a este congreso y es a los que esta iniciativa editorial de SEMERGEN-Andalucía viene a dar respuesta en apoyo del reconocimiento del esfuerzo personal.

Desde aquí agradezco a los miembros del Comité Científico esta potente iniciativa a la vez que le deseo larga y provechosa vida a este proyecto editorial de SEMERGEN-Andalucía en beneficio de los médicos de familia andaluces y del resto de España, no olvidemos que recibimos comunicaciones a nuestro congreso de todo el país.

Juan Sergio Fernández Ruiz
SEMERGEN-Andalucía
Presidente

PONENCIAS

CONFERENCIA DE CLAUSURA: “El pie en la Semana Santa de Sevilla. Visto por un Traumatólogo”

Prof. Andrés Carranza Bencano

Los que nos dedicamos a la Cirugía del Pie y Tobillo, por la morfología del pie, hablamos del pie egipcio y del pie griego pero esta conferencia podemos empezarla hablando de la belleza del pie del Gran Poder que es un pie Egipcio.

El pie es el gran sufriente de nuestra Semana Santa descalzo o con diferentes calzados para soportar largas horas de pie y caminando, sin olvidar a belleza de nuestra mujeres vestidas de mantilla con el pie sufriente en zapatos elegantes de alto tacón y punta fina o la imagen de los pies desnudos de nuestros nazarenos.

La Semana Santa Sevillana; no es un rito atávico de fundamentalismo religioso, es el reencuentro anual de un pueblo con sus sentimientos, es una fiesta abierta a la participación de adultos y niños, de creyentes, agnósticos, dudosos o indiferentes. Es la gran fiesta del perdón, la cita de un pueblo con la memoria de sus antepasados

El costalero es un elemento imprescindible en el desarrollo de nuestra Semana Santa. Ellos realizan el trabajo de llevar los pasos. Su esfuerzo se siente ampliamente recompensado por la satisfacción y la pasión que cada uno de ellos pone en la realización de su función. Por ello titulé una conferencia que me solicitaron los costaleros como **El costalero, pasión y esfuerzo visto por un traumatólogo**.

Analizamos la historia y el estudio biomecánico de la función del costalero, las trabajaderas, el costal, el hacerse la ropa, ajustarse la ropa, la igualá, la faja, la levantá, el caminar, la arriá.

Se supone que Jesucristo fue clavado en el suelo y posteriormente levantado y así se concibe en el misterio del Santísimo Cristo de la Exaltación de la Hdad de Santa Catalina atribuido a Pedro Roldan el viejo, pero se discute sobre la existencia o no del “sedile”, y la disposición de un clavo para cada pie o uno para los dos, que se analiza en la Sabana Santa de Turin. Hemos estudiado, en los crucificados, la posición de los pies, el grado de entrecruzamiento de los mismos, la posición de los clavos y el número de clavos

MESAS

Barreras y oportunidades para el control del paciente de alto Riesgo Cardiovascular.

Diabetes Mellitus

Dr. D. Juan Carlos Aguirre Rodríguez

Está ampliamente demostrado que el paciente con diabetes tipo 2 presenta un perfil de riesgo cardiovascular muy elevado, por lo que su abordaje debe de ser multifactorial: no sólo hay que ser “glucemiólogos” y tratar los niveles de glucemia elevados, sino que además hay que ser más exigentes en el control de la tensión arterial, de los lípidos y de mejorar hábitos tan perjudiciales como el sedentarismo, la obesidad o el consumo del tabaco.

Por otra parte, la elevada incidencia de la diabetes hace que el médico de Atención Primaria sea el eje fundamental del seguimiento de estos pacientes, aunque el manejo de la enfermedad debe de ser responsabilidad del diabético, el médico de AP debe de ser su constante compañero de viaje.

En este sentido, desde los Centros de salud nos encontramos con algunas barreras, sobre todo educativas, para intentar hacer que el paciente se implique

y comprenda su enfermedad. Las principales barreras que podemos señalar son: Dificultad para influir en el cambio de hábitos, escaso tiempo para educación diabetológica, el paciente no entiende la importancia no sólo del tratamiento, sino de sus hábitos, etc, etc y por otra parte, algunos compañeros señalan determinados déficit formativos respecto a la asociación y uso de los nuevos medicamentos introducidos en el mercado, sus indicaciones y efectividad a largo plazo, y como siempre el temor al uso de la insulina, que en muchas ocasiones transmitimos a nuestros propios pacientes, retrasando el inicio de su indicación.

Aunque esta patología debe de ser responsabilidad del médico de AP, echamos en falta una estrecha colaboración con los endocrinos de referencia y quizá un rápido y fácil acceso a ellos para determinados casos puntuales, muy concretos y con especial dificultad.

Por último, un número importante de médicos de AP de Andalucía se queja de las dificultades de registro en nuestro sistema informático, que supone una importante pérdida del escaso tiempo que ya de por sí tenemos.

Pasado Presente y Futuro de la Relación laboral entre la Sanidad Pública y el Médico de Familia

Dr. D. Manuel Ángel Seoane Pozo

En este trabajo se analiza, dentro del ordenamiento jurídico español, la creación de la figura del médico de familia y su fundamental incardinación dentro del ámbito del sistema sanitario público estatal.

Se efectúa un estudio histórico de los predecesores de la figura del Médico de Familia, desde sus orígenes hasta la actualidad, comentando los hitos mas importantes del acervo normativo que han regulado, tanto la figura de los Médicos Titulares, funcionarios estatales de la asistencia sanitaria, como la figura de los Médicos de la Seguridad Social, haciendo hincapié en el carácter funcional del personal estatutario de este ente gestor, a la luz de los cuerpos legales que los regulan y de las interpretaciones judiciales de las mismas.

Respecto al presente de la relación laboral entre la Sanidad Pública y el Médico de Familia, se efectúa una somera exégesis del marco jurídico en el que se desarrolla esta relación laboral: tipos de nombramientos;

la adquisición y la pérdida de la condición de personal estatutario fijo, así como los posibles supuestos de la recuperación de la misma; los mecanismos de provisión de plazas, los sistemas de selección de personal fijo, la movilidad del personal estatutario; la carrera profesional; las retribuciones del personal estatutario; las jornadas de trabajo, los permisos y las licencias; para concluir con la negociación colectiva.

Por último, se efectúa una rápida exposición sobre las posibilidades de futuro de estas relaciones en función del mantenimiento o cambio de los modelos actuales de gestión de las prestaciones sanitarias del sistema público.

Dr. D. Andrés Jiménez Marín

La relación laboral entre el Médico de Familia y la Sanidad Pública viene influida por tres aspectos a destacar: la Bolsa Única de contratación, la

Acreditación de Competencias Profesionales y la Carrera Profesional.

La Bolsa Única es la vía de entrada a los contratos del Servicio Andaluz de Salud (SAS) para el personal eventual. Es una aplicación disponible en entorno web, de ámbito autonómico, con actualizaciones anuales de los méritos acreditados y la posibilidad de elegir las zonas de trabajo que el profesional desee.

El baremo se divide en tres grandes apartados: experiencia profesional (con un máximo de 55 puntos), formación (un máximo de 55 puntos) y otros (que incluye publicaciones en revistas, congresos, etc. y un máximo de 20 puntos).

El principal problema que plantea son los errores que se cometen en el registro, lo que puede suponer quedarse sin opción de contratación.

La Acreditación de Competencias se establece como requisito indispensable para acceder al primer nivel retributivo de la Carrera Profesional. El Organismo encargado es la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, a la cual se accede desde un portal web, y en el que el profesional debe aportar una serie de pruebas y evidencias para verificar las buenas prácticas, entre las que se incluyen autoauditorías de procesos y cursos de formación. Se pueden optar a tres niveles de acreditación en función de los méritos: avanzado, experto y excelente.

La Carrera Profesional se obtiene a partir de la acreditación de las competencias profesionales y supone un reconocimiento profesional a los méritos, lo cual se traduce en una compensación económica. Es requisito indispensable ser propietario de una plaza en el SAS.

Desde hace un año está paralizado el reconocimiento de los distintos niveles conseguidos para profesionales debido a una sentencia del TSJA en la que se indica que el nivel obtenido se consolida sin necesidad de reacreditarse, junto con la necesidad de eliminar aspectos como el compromiso con la organización y las comisiones de valoración, que deben redactarse de nuevo.

Se divide en 5 niveles: el nivel I al cual se accede directamente al sacar la plaza de propietario, no necesita acreditarse pero tampoco conlleva prestación económica. El primer nivel retributivo es el II, para el que se exige estar acreditado en el nivel avanzado. Para el nivel III se precisa estar acreditado en el nivel experto de competencias y para los niveles IV y V estar acreditado como excelente.

Nueva alternativa terapéutica para un abordaje integral de la Diabetes Mellitus Tipo 2

Dr. D. Juan Diego Mediavilla García

Evidencia clínica de los inhibidores de SGLT-2. Dapagliflozina, Canagliflozina y Empagliflozina

Los nuevos inhibidores del co-transportador sodio-glucosa renal (SGLT-2) que incluye, dapagliflozina, canagliflozina, empagliflozina etc, se muestran en fase clínica muy avanzada especialmente para dapagliflozina. Los estudios realizados en fase III muestran resultados consistentes en reducción de la hemoglobina glicada (HbA1c) tanto en monoterapia comparativa a placebo como en ensayos randomizados en tratamiento de combinación con metformina, glimepirida, pioglitazona o en pacientes tratados con

insulina. También presenta mejora en los parámetros de glucosa post-prandial. La eficacia se mantiene a 24-52 semanas e incluso en los estudios de extensión a 102 semanas. Se acompaña de una significativa reducción de peso, y de la presión arterial. Además son muy escasa la incidencia de hipoglucemias. Son bien tolerados y seguros, aunque con un significativo incremento de las infecciones urinarias leves, que en la mayoría de los casos no impiden suprimir el tratamiento. En conclusión parece que es una nueva opción terapéutica con mecanismo de acción diferente de los fármacos empleados para la diabetes en el momento actual.

SIMPOSIOS

Importancia de la Farmacología en la elección del tratamiento de la depresión

Nuevas alternativas para el tratamiento de la depresión

Dr. D. Rafael Navarro Pichardo

Importancia de la Farmacología en la elección del tratamiento de la depresión. Nuevas alternativas para el tratamiento de la depresión

La prevalencia-año global del Trastorno Depresivo Mayor en España, es de 3,9% y la prevalencia-vida de 10,7% lo que demuestra la gran incidencia de la depresión. En Atención Primaria los datos varían entre un 10 – 15 %.

Las repercusiones del Trastorno en la calidad de vida pueden ser tan importantes como enfermedades físicas crónicas como la Diabetes.

De hecho se asocia a otros trastornos físicos como físicos y también está detrás de no menos numerosas enfermedades.

Las repercusiones económicas van mas allá de los costes directos vinculados con el uso de los servicios sanitarios.

Los antidepresivos, desde 1950 y hasta la fecha han aportado buenas soluciones y aun es una batalla que se sigue librando.

Dado que los antidepresivos presentan una eficacia similar, la selección debe apoyarse en los efectos secundarios previsibles, la seguridad y la tolerabilidad.

La adherencia al tratamiento es fundamental para el éxito del mismo y puede reducir los costes derivados del trastorno.

Ya es sabido que el 50%-60% de los pacientes con depresión no alcanzan una respuesta/remisión completa por lo que debemos cambiar o potenciar el tratamiento por lo que pueden aumentar secundarismos, mayor riesgos de interacciones y acción sobre CYP 2D6.

La Desvenlafaxina es el principal metabolito activo de Venlafaxina y por su perfil metabólico presenta un menor riesgo de interacciones, es un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN).

Indicado en Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en adultos, a dosis de 50 mg/día y dosis máxima de 200 mg/día.

Ha demostrado su eficacia, tolerabilidad y seguridad en el tratamiento del TDM.

Disfunción eréctil en paciente con síntomas urinarios por HBP

Dr. D. Antonio Ortega Cabezas

Durante años tres entidades como la hiperplasia benigna de próstata (HBP), la incontinencia de orina (IU) y la disfunción eréctil (D.E.) han sido abordadas, y tratadas como enfermedades totalmente independientes. Pero desde hace unos años se ha comprobado que entre ellas existe no solo una interrelación clínica sino que su fisiopatología guarda muchos puntos en común , por lo que hoy día se habla de síntomas del tracto urinario inferior (STUI)

En el Simposio se abordan estas tres enfermedades de forma conjunta, viendo su fisiopatología, en la que el daño endotelial, la hiperestimulación del sistema nervioso simpático y la hipoperfusión sanguínea tienen una importancia capital.

Se hace un repaso a la clínica distinguiéndose entre los síntomas de llenado, vaciado y postnacionales deteniéndose un poco más en el abordaje de la D.E, por ser una patología muy prevalente asociada a las dos anteriores, y poco conocida en cuanto a su manejo por

el médico de atención primaria. Dentro de ella se repasarán, dentro de la etiología, los efectos secundarios de los fármacos utilizados para otras enfermedades ,causantes en muchos casos de STUI y fundamentalmente DE ,la importancia del déficit de testosterona y su íntima relación con las enfermedades cardiovasculares, osteoporosis , síndrome metabólico etc.

Se analizará el abordaje terapéutico de estas tres entidades tanto de forma individual como conjunta para finalmente explicar una de las últimas novedades terapéuticas en el tratamiento de la HBP, como es la utilización de tadalafilo, fármaco que tenemos encasillado únicamente para la DE, para el tratamiento de la HBP, mostrándose los estudios que lo avalan, la comparación con Tamdulosina en la mejora del IPSS y sus beneficios en cuanto a efectos secundarios, fundamentalmente en el área sexual, con respecto a los tratamientos más habituales

Aspectos no abordados actualmente en la EPOC

Aclidinio: un nuevo LAMA en el tratamiento de la EPOC.

Dr. D. Francisco Casas Maldonado

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad compleja y heterogénea, en la que diferentes aspectos, como la variabilidad en la sintomatología, la presencia de comorbilidades, los politratamientos y el incumplimiento por parte de los pacientes, hacen que su manejo sea complejo y difícil (1). Hasta no hace mucho, la estadificación de la gravedad de nuestros pacientes se basaba en las alteraciones de la función pulmonar medida por el FEV1. A finales de 2011 la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) establece cambios en el diagnóstico de la EPOC y en su tratamiento. A principios de este año 2013 ha sido presentada su actualización (2). A mediados de 2012 fue presentada la Guía Española para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con EPOC (GesEPOC) (3). GesEPOC es una guía basada en un diagnóstico en fenotipos del cual deriva un tratamiento personalizado del paciente. Ambas Guías contemplan entre otros objetivos, la optimización de los tratamientos para obtener los mejores beneficios, así como minimizar en lo posible los efectos adversos no deseados.

Los fármacos broncodilatadores son el eje del tratamiento del paciente con EPOC (2,3). Los broncodilatadores de larga duración deben utilizarse como primer escalón en el tratamiento de todos los pacientes con EPOC y síntomas persistentes (2,3). Los broncodilatadores de acción prolongada mejoran los síntomas de los pacientes, su estado de salud, reducen las exacerbaciones, así como las hospitalizaciones (2,3). En la actualidad disponemos de broncodilatadores de larga duración que ejercen su acción a través de la estimulación de los receptores B2-adrenérgicos (LABA) y otros con acción antagonista sobre receptores muscarínicos, los llamados anticolinérgicos o antimuscarínicos (LAMA). La combinación de broncodilatadores de diferente acción terapéutica (doble broncodilatación) puede mejorar la eficacia y disminuir el riesgo de los efectos colaterales comparado con el incremento de dosis de un solo broncodilatador. En la actualización de 2013 de la GOLD ya aparecen, junto a tiotropio, glicopirronio y bromuro de aclidinio.

Bromuro de aclidinio es un nuevo anticolinérgico de acción prolongada que se administra dos veces al día y está indicado en el tratamiento de la EPOC estable. Es un potente antagonista muscarínico del receptor M3 que tiene una duración prolongada de la acción (3). Aclidinio se hidroliza rápidamente en el plasma humano ($t_{1/2} = 2,4$ minutos) por lo que existe una exposición sistémica baja lo que reduce el riesgo de efectos secundarios (4,5). Ninguno de los metabolitos del aclidinio tiene afinidad por los receptores muscarínicos (5).

Se han realizado tres estudios clínicos de fase III (ACCORD COPD I y II y ATTAIN) para investigar la dosis de aclidinio 200 µg y 400 µg dos veces al día mediante el inhalador Genuair® en pacientes con EPOC de moderada a grave (6, 7). Los estudios en fase III sobre eficacia y seguridad del bromuro de aclidinio inhalado (ACCORD I y ATTAIN) (6,7) ponen de manifiesto que éste produce mejoría estadísticamente significativa de la función pulmonar en comparación con placebo. Estos estudios también demostraban mejorías significativas de los síntomas (también nocturnos y primeras horas de la mañana), del estado de salud (medido mediante el SGRQ) y reduce las exacerbaciones. Los ensayos en fase III también han demostrado que la dosis recomendada es segura y bien tolerada en pacientes con EPOC moderada a grave (6,7).

Bromuro de aclidinio es un novedoso LAMA de acción prolongada que está indicado como tratamiento broncodilatador de mantenimiento para el alivio de los síntomas en pacientes adultos con (EPOC) que es administrado mediante GENUAIR®, un inhalador fiable, eficaz y de fácil uso (8).

1. Agusti A, Caverley P, Celli S, et al. Characterisation of COPD heterogeneity in the ECLIPSE cohort. *Respir Res* 2010;11:122. doi: 10.1186/1465-9921-11-122.
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Updated 2013. <http://www.goldcopd.org/guidelines-global-strategy-for-diagnosis-management.html>
3. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Guía Española de la EPOC (GesEPOC). *Arch Bronconeumol* 2012; 48(Supl.1):2-58.

4. Gavalda A, Miralpeix M, Ramos I, et al. Characterization of aclidinium bromide, a novel inhaled muscarinic antagonist, with long duration of action and favorable pharmacological profile. *J Pharmacol Exp Ther* 2009; 331:740-51.
5. Sentellas S, Ramos I, Albertí J et al. Aclidinium bromide, a new, long-acting, inhaled muscarinic antagonist: in vitro plasma inactivation and pharmacological activity of its main metabolites. *Eur J Pharm Sci* 2010; 39: 283–90.
6. Kerwin EM, D-Urzo A, Gelb AF et al. Efficacy and safety of a 12-week treatment with twice-daily aclidinium bromide in COPD patients (ACCORD COPD I). *COPD* 2012; 9: 90-101.
7. Jones PW, Singh D, Bateman E et al. Efficacy and safety of twice-daily aclidinium bromide in COPD patients: The ATTAIN study. *Eur Respir J* 2012, 40: 830-6.
8. Magnussen H, Watz H, Zimmermann I et al. Peak inspiratory flow through the Genuair® inhaler in patients with moderate or severe COPD. *Respir Med* 2009; 103: 1832–7.

Aspectos no cubiertos en la EPOC.

Dr. D. José Antonio Quintano Jiménez

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) a pesar de su importancia sociosanitaria tiene muchos aspectos aun por abordar como son el infradiagnóstico, la clasificación a utilizar para la gravedad, la caracterización según fenotipos y el tratamiento personalizado.

La EPOC en España tiene un infradiagnóstico del 73% y para su solución es fundamental la detección de la limitación crónica al flujo aéreo principalmente en fumadores mediante la espirometría. La Guía Española para la EPOC (GesEPOC) recomienda el realizarla en aquellas persona mayores de 35 años fumadoras de mas de 10 paquetes /año y con algún síntoma respiratorios. Ante la dificultad para realizar espirometría se pueden utilizar métodos de cribado y detectar los pacientes con alto riesgo de padecer la enfermedad como son cuestionarios COPD-PS o espirómetros portátiles (PIKO-6 y Vitalograph –COPD-6) y que tiene una alta sensibilidad y especificidad.

Hoy día la EPOC se entiende como una enfermedad compleja y heterogénea y por ello no es posible categorizarla como hasta ahora utilizando sólo el volumen espiratorio forzado en el primer segundo

(FEV1) de la espirometría, sino por su fenotipo, término que se utiliza para referirse a formas clínicas de los pacientes con EPOC y que va a permitir clasificar a los pacientes en subgrupos con distinta repercusión clínica, pronóstica y terapéutica.

La GesEPOC es la única guía clínica que marca un nuevo camino a seguir en el manejo de la EPOC basándose en fenotipos. Propone cuatro fenotipos, que tienen una aplicación práctica para lograr mejores resultados clínicos. Fenotipo A: EPOC no agudizador con enfisema o bronquitis crónica. Fenotipo B: EPOC mixto con asma, tenga o no agudizaciones frecuentes Fenotipo C: EPOC agudizador con enfisema y Fenotipo D: EPOC agudizador con bronquitis crónica.

Una vez diagnosticada la EPOC y conocido el fenotipo clínico, el siguiente paso es conocer su gravedad. Hasta ahora la clasificación de la gravedad en la EPOC se hacía exclusivamente según los valores del FEV1. En la actualidad GesEPOC propone una valoración multidimensional determinada por el índice BODE o BODEx en 5 niveles: I (leve); II (moderada); III (grave); IV (muy grave) y V (final de vida). Cuando no se pueda realizar la prueba de los 6 minutos marcha algunos autores y GesEPOC sugieren sustituir el BODE por el BODEx, pero únicamente para los estadios I y II, leve o moderado. Ambos índices muestran un elevado grado de correlación y similar capacidad pronóstica de mortalidad.

La Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) en su última normativa del año 2011, también recomienda realizar una valoración multidimensional de la gravedad de la EPOC en la que además del FEV₁, utiliza la frecuencia de agudizaciones, el grado de disnea y la puntuación del COPD Assessment Test (CAT).

La EPOC es una enfermedad infratratada debido al propio retraso diagnóstico, la inercia terapéutica y la falta de cumplimentación del tratamiento.

En la actualidad el tratamiento farmacológico de la EPOC se recomienda que sea personalizado según las características clínicas, es decir según el fenotipo. y la intensidad del mismo se determinará por el nivel de gravedad. Otros parámetros a considerar son la gravedad de los síntomas, la frecuencia e severidad de las agudizaciones o el deterioro de la CVRS medida mediante el CAT.

En todos los fenotipos y todos los estadios de gravedad de la EPOC el tratamiento es un broncodilatador de larga duración (BDLD), que pueden ser un beta-2 adrenérgicos (LABA) o un anticolinérgico (LAMA) y, que deben usarse ante la presencia de

síntomas permanentes. Los BDLD reducen el número de agudizaciones, mejoran la calidad de vida y la función pulmonar. A los BDLD se añadirán otros fármacos según el fenotipo y su gravedad

El tratamiento del fenotipo no agudizador, o fenotipo A, el tratamiento se basa en el uso de BDLD en monoterapia o combinación según gravedad

El tratamiento del fenotipo mixto, fenotipo B, el tratamiento en cualquier nivel de gravedad se basa en la combinación de BDLD y corticoides inhalados

En los pacientes agudizadores del fenotipo C o D el principal objetivo será la prevención de las agudizaciones. Los BDLD al ser eficaces en la prevención de agudizaciones son el primer paso solos o combinados para el tratamiento de éstos a los que se añade corticoides inhalados o roflumilast según fenotipo y nivel gravedad.

Entre los nuevos broncodilatadores de reciente aparición en la farmacopea española está el bromuro de aclidinio que aparece en la actualización e la GOLD de 2013 como un nuevo LAMA, medicamento broncodilatador inhalado, que se administra dos veces al día, para el tratamiento de la EPOC estable.

Los inhibidores de la fosfodiesterasa 4 (IPE4) (roflumilast) son antiinflamatorios orales que han demostrado, asociados a BDLD, mejorar la función pulmonar y prevenir las reagudizaciones en pacientes en estadios graves de la enfermedad con tos y expectoración crónica con agudizaciones frecuentes.

BIBLIOGRAFIA

- Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Taulería E, Sánchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: Impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*. 2009;64:863-8.
- Guía Española de la EPOC (GesEPOC) Arch Bronconeumol. 2012;48(Supl 1):2-58.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. GOLD 2011. Disponible en: www.goldcopd.org.
- Miravittles M, Llor C, Calvo E, Díaz S, Díaz-Cuervo H, González-Rojas N. Validación de la versión traducida del chronic obstructive pulmonary disease-population screener (COPD-PS). Su utilidad y la del FEV1/FEV6 para el diagnóstico de EPOC. *Med Clin*. 2012 Nov 17;139(12):522-30.
- Soriano JB, Zielinski J, Price D. Screening for and early detection of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2009;374:721-32.
- Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009
- Miravittles M, Calle M, Soler-Cataluña JJ. Fenotipos clínicos de la EPOC. Identificación, definición e implicaciones para las guías de tratamiento. *Arch Bronconeumol* 2012;48:86-98.
- Grupo de trabajo GESEPOC. Hacia un nuevo enfoque en el tratamiento de la EPOC. La Guía Española de la EPOC (GESEPOC). *Arch Bronconeumol*. 2011;47:379-81.
- Soler-Cataluña JJ, Martínez-García MA, Sánchez LS, Tordera MP, Sánchez PR. Severe exacerbations and BODE index: two independent risk factors for death in male COPD patients. *Respir Med* 2009; 103(5): 692-9.
- Miravittles M. Tratamiento individualizado de la EPOC: una propuesta de cambio. *Arch Bronconeumol*. 2009;45(Supl 5):27-34.
- Tashkin DP, Celli B, Senn S, Burkhardt D, Kesten S, Menjoge S, et al. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2008;359:1543-54.
- Appleton S, Jones T, Poole P, Pilotto L, Adams R, Lasserson TJ, et al. Ipratropium bromide versus short acting beta-2 agonists for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 06;2:CD001387.
- Beier J, Beeh KM. Long-acting β -adrenoceptor agonists in the management of COPD: focus on indacaterol. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2011;6:237-43.
- Eficacia y Seguridad del Bromuro de aclidinio administrado dos veces al día en pacientes con EPOC: estudio ATTAIN. Jones, PW., Singh, D., Bateman, ED., Agustí, A., Lamarca, R., De Miquel, G., Segarra, R., Caracta, C., García Gil, E. *Eur Respir J* 2012
- Maltais, F., Milot, J. Utilidad del bromuro de aclidinio, un nuevo anticolinérgico, en el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Ther Adv Respir Dis* 2012
- Rennard SI, Calverley PMA, Goehring UM, Brendenbröcker D, Martinez FJ. Reduction of exacerbations by the PDE4 inhibitor roflumilast — the importance of defining different subsets of patients with COPD. *Respir Res*. 2011;12:18

TALLERES

¿Estamos tratando bien la osteoporosis? Herramientas útiles en Diraya. U.R.M.

Dr. D. Antonio Ortega Cabezas

La osteoporosis es una de las enfermedades más prevalentes del siglo XXI, declarada por la OMS como una de las epidemias del siglo, siendo su coste en vidas, invalideces y económico debido a las fracturas que produce, fundamentalmente de cadera, tremendamente importantes.

Por todo lo anterior, y puesto que el médico de familia es la pieza fundamental para su prevención y seguimiento, es importante la constante actualización de este en dicha patología tanto en sus factores de riesgo, métodos diagnósticos y conocimiento del arsenal terapéutico disponible con especial atención a los efectos secundarios de los fármacos, tiempo de utilización e interacciones farmacológicas.

En el taller se repasarán los principales factores de riesgo, la herramienta FRAX patrocinada por la OMS y su utilidad en atención primaria, sobre todo ahora que ya esta incorporada al sistema informático del SAS (DIRAYA), lo que lo hace muy útil a pesar de las lógicas críticas suscitadas.

Es igualmente interesante conocer el papel de la DEXA y la radiología, esta última técnica mucho más

accesible para el médico de familia, como ayuda para el diagnóstico y a la hora de tomar decisiones terapéuticas, no siendo siempre necesarias para el abordaje de la enfermedad, siendo conveniente establecer y tener claros los criterios para la utilización de dichos recursos.

Se repasará igualmente la utilidad de las pruebas de laboratorio y que objetivos concretos se persiguen en su petición, valorándose en su justa medida la necesidad de pruebas muy específicas como los marcadores de remodelado óseo o los niveles de PTH y VitD.

En el apartado terapéutica se marcan unos conceptos generales, claros y sencillos a la hora de valorar la necesidad o no de instaurar un tratamiento así como la evolución de los fármacos que hemos tenido, tenemos y tendremos para el control de esta patología, haciéndose hincapié en la tendencia actual a utilizar una terapia secuencial y las bases que apoyan a esta. Un detallado examen de los distintos fármacos con sus mecanismos de actuación, evidencias, y grado de recomendación, así como la experiencia en su utilización y posibles efectos adversos darán paso a un turno de preguntas con los asistentes a fin de aclarar dudas.

LUTS (Síntomas del Tracto Urinario Inferior) Abordaje en Atención Primaria

Dr. D. Francisco José Brenes Bermúdez.

Dr. D. Antonio Alcántara Montero.

Los LUTS son una causa frecuente de consulta en atención primaria (AP), sobre todo aparecen en los varones de 50 o más años de edad.

El término LUTS, fue propuesto en el año 1994 por Abrams, para clasificar unos síntomas frecuentes en el varón que se relacionaban con distintas patologías sobre todo del tracto urinario inferior. LUTS proviene de las siglas en inglés “lower urinary tract symptoms”. En español “LUTS”, podemos traducirlo como síntomas del tracto urinario inferior (STUI).

El panel de expertos de la 5ª International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia, en el año 2001, desaconseja la utilización del término **prostatismo** y recomendó la utilización del término **LUTS**.

Los LUTS no son indicativos de ninguna patología concreta. Es un término global, pero no específico de causa.

La hiperplasia benigna de próstata (HBP), es la patología del varón que más se asocia a los LUTS, aunque no siempre la causa de los LUTS en los varones es la HBP. Existen otras patologías del tracto urinario e incluso cardiaco y metabólico, que pueden manifestarse con síntomas parecidos.

El concepto de LUTS ha ido cambiando en los últimos años, considerándose al tracto urinario inferior como una unidad funcional que incluye la vejiga.

Un 40-60% de los pacientes afectos de LUTS/HBP presentan clínica sugestiva de vejiga hiperactiva (VH). Por lo que se puede deducir que ambas patologías pueden compartir síntomas.

La evidencia disponible sugiere que los síntomas de VH pueden aparecer en los varones secundarios o de forma independiente de la HBP. Las guías más recientes de LUTS, contemplan la utilización de antimuscarínicos asociados a los tratamientos farmacológicos habituales de la HBP (alfabloqueantes, inhibidores 5-alfa-reductasa) en pacientes con clínica de llenado (nocturia, urgencia, aumento frecuencia miccional).

Los LUTS no aparecen exclusivamente en los varones, así estudios como el EPIC y EPILUTS, nos

muestran que no existen diferencias en la prevalencia de los LUTS según el sexo.

Los LUTS tienen un importante impacto negativo en términos de molestias, interferencia con la vida diaria, preocupación, malestar y alteración en la percepción del estado de salud. Existe en general una excelente correlación entre la afectación de la calidad de vida percibida por el paciente y la gravedad de los LUTS.

Por lo que es muy importante que los médicos de AP conozcamos y sepamos distinguir las distintas causas de LUTS. La utilización de herramientas diagnósticas accesibles a la actividad de los médicos de AP nos va a permitir su verdadero diagnóstico en una elevada proporción de pacientes.

Herramientas para la seguridad del paciente. U.R.M.

Dr. D. Francisco Atienza Martín

Dra. D^a. E. Eva Moreno Campoy

La seguridad del paciente constituye una dimensión crítica en la atención del paciente. La atención sanitaria debe ser efectiva, pero también segura.

En el análisis de los incidentes de seguridad del paciente se pone de manifiesto, por un lado, que los riesgos que se presentan en la atención sanitaria las causas son diversas y pueden estar vinculadas tanto al procedimiento, tipo de trabajo, recursos utilizados como con la persona que desempeña el trabajo. Y, por otro lado, que en un alto porcentaje pueden ser evitables por lo que la anulación o aminoración del riesgo es una tarea fundamental de los servicios y profesionales de la salud.

Entre las diferentes causas cabe destacar la medicación. Según los estudios nacionales de análisis de eventos adversos en Atención Primaria (APEAs) y Atención Hospitalaria (ENEAs) es la principal causa (48,2% y 37,4% respectivamente). Actualmente la definición de “error de medicación” engloba todos los problemas que puedan estar relacionados con la práctica profesional, usuarios y procedimientos durante todo el proceso farmacoterapéutico, desde la selección y prescripción hasta su administración y monitorización, incluyendo fallos de comunicación.

La construcción de una cultura de seguridad del paciente implica establecer una sistemática continua de evaluación y mejora de procesos, identificando puntos débiles, implementando estrategias efectivas y evaluando resultados. Así el marco de la seguridad del paciente está constituido por:

- Poner los riesgos de manifiesto
- Prevenir los eventos adversos

- Minimizar sus efectos

Por ello los principales elementos de seguridad estarán formados por:

- Estrategias encaminadas a notificar los fallos, incidentes y eventos adversos.
- Herramientas para el análisis de riesgos, factores contribuyentes y acontecimientos adversos,
- Acciones de mejora de los sistemas y procedimientos, entre las que destaca la adopción de prácticas seguras

Las principales herramientas para la seguridad del paciente son:

- Mapas de riesgo que permite conocer los factores de riesgo y los probables o comprobados daños en un ambiente de trabajo. Se trataría de definir el conjunto de pacientes, procedimientos y prácticas, o hábitos de alto riesgo, identificados en el ámbito asistencial de una Unidad Clínica
- Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE): es un método de ANÁLISIS para evaluar diseños, procesos o servicios de forma estructurada y sistemática, con el propósito de identificar y prevenir los posibles fallos, evaluando su probabilidad de aparición, posibilidad de detección, los posibles efectos y su gravedad, así como sus causas
- Análisis de causas-raíz: proceso para identificar los factores causales básicos de un evento adverso o los factores que producen variabilidad en la práctica profesional, incluyendo la aparición de un SUCESO CENTINELA

En definitiva, asegurar la seguridad de los pacientes es el proceso por el cual se proporcionan **cuidados seguros a los pacientes, estableciendo sistemas operativos, elementos estructurales y procesos que reduzcan el riesgo de daño** innecesario

asociado a la atención sanitaria y aumenten la probabilidad de detectarlos cuando ocurren. Para ello es necesario tener una actitud más proactiva y vigilante, basada en la comunicación y transparencia como una oportunidad para aprender.

La Rx de tórax en la decisión terapéutica U.R.M.

Dr. D. Juan Sabaté Díaz

En este taller se analizará la forma de poder interpretar las radiologías anteroposterior y lateral del torax.

Explicaremos la mejor manera de poder hacer una lectura sistemática de forma que en la misma se incluyan todas las estructuras anatómicas visibles en estos estudios.

Así centraremos nuestra atención en las estructuras óseas, silueta carido-mediastínicas, parénquima pulmonar, espacio pleural y estructuras vasculares incluyendo los hilios.

Revisar la semiología radiológica básica del torax con especial atención a: lesiones alveolares, módulo y/o masas, atelectasias, lesiones intersticiales, alteraciones pleurales y/o mediastínicas.

Se hará especial incapié en la diferenciación de las lesiones que puedan tener significación clínica. En especial aquellas que puedan corresponder a procesos neoformativos.

Ayudaremos a correlacionar los hallazgos clínicos con los radiológicos resaltando la importancia de la historia clínica en la interpretación de las imágenes radiológicas, ya que lesiones de la misma apariencia radiológica pueden corresponder a diferentes procesos patológicos.

Asimismo dejaremos claro aquellos casos que por su especial complejidad clínica ó radiológica deben ser evaluados por técnicas complejas como broncoscopia, tomografía axial computerizada, medicina nuclear y/o resonancia magnética.

El Cáncer Cutáneo en la consulta del médico de Atención Primaria. Queratosis Actínica y Carcinoma Espinocelular.

Dr. D. Manuel Galán Gutiérrez

La incidencia del cáncer de piel está en continuo aumento y alcanza ya la consideración de epidemia a escala mundial. Bajo la denominación de cáncer de piel se incluye un conjunto de neoplasias malignas con características muy diferentes, tanto por su origen como por sus factores de riesgo y por su pronóstico. Cabe distinguir 2 grandes grupos: el grupo de melanoma cutáneo y el de los que, por exclusión, reciben la denominación de cáncer cutáneo no melanoma (CCNM); este último grupo incluye, fundamentalmente, el carcinoma espinocelular y el carcinoma basocelular. El CCNM es el grupo de neoplasias malignas de diagnóstico más frecuente en la raza blanca.

Se considera a la radiación ultravioleta (UV) como el principal factor ambiental causante del desarrollo del cáncer de piel. El patrón de exposición solar causante es diferente, dependiendo del tipo histológico. La exposición solar crónica es la principal causa del carcinoma espinocelular. En el caso del carcinoma

basocelular y el melanoma cutáneo lo será la exposición solar intermitente y una historia de quemaduras, especialmente en la infancia y la adolescencia.

El riesgo de desarrollar cáncer de piel aumenta si a la exposición a la radiación UV se le une la presencia de otros factores o marcadores de riesgo, como fototipo cutáneo bajo, predisposición genética, presencia de nevos displásicos para el melanoma, queratosis actínicas para el carcinoma espinocelular y estados de inmunosupresión.

El melanoma cutáneo constituye actualmente una epidemia en los países desarrollados. Aunque la incidencia del melanoma es muy inferior a la del CCNM, es el causante de más del 90% de las muertes por cáncer de piel. Además, el melanoma es una de las neoplasias que provocan una mayor cantidad de años de vida potencialmente perdidos y suele diagnosticarse principalmente en gente joven. Se trata del cáncer más frecuente en adultos de raza blanca entre 25 y 30 años de edad.

Por el contrario, el CCNM aparece generalmente en personas de edad más avanzada y su pronóstico es bueno en la mayoría de los casos. Sin embargo, son cánceres que debido al gran número de casos consumen un importante volumen de recursos intrahospitalarios y extrahospitalarios. Por otro lado, son cánceres curables cuando se tratan adecuadamente, e igualmente son susceptibles de prevención primaria.

Todo ello hace que se trate de un tema de especial interés en atención primaria, no sólo porque su reconocimiento precoz determina un tratamiento más adecuado, sino porque, hoy día, existen determinadas armas terapéuticas que pueden ser utilizadas con una gran rendimiento por parte del médico de atención primaria.

Bibliografía

1. Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol* 2002;146:1-6.
2. Sáenz S, Conejo-Mir J, Cayuela A. Epidemiología del melanoma en España. *Actas Dermosifiliogr* 2005;96:411-8.
3. Buendía A, Rodríguez M, Sánchez MJ, Ortega R, Serrano S, Martínez C. El cáncer de piel en la provincia de Granada. *Actas Dermosifiliograf* 2000;91:435-41.
4. De Vries E, Coebergh JW. Cutaneous malignant melanoma in Europe. *Eur J Cancer* 2004;40:2355-66.

Posibilidades del medicamento homeopático en el tratamiento de ansiedad

Dr. D. José Ignacio Torres Jiménez

La homeopatía es un método terapéutico holístico que aplica el principio de similitud y que utiliza los medicamentos siguiendo la farmacología de las altas diluciones.

En España su empleo es creciente de modo que el 33% de la población ha utilizado homeopatía alguna vez y la mayoría (82%) se sienten satisfechos de su uso.

Los médicos, especialmente los de Atención Primaria muestran cada vez mayor interés en conocer los medicamentos homeopáticos por la demanda de sus pacientes y la búsqueda de alternativas terapéuticas.

Los trastornos de ansiedad son un frecuente motivo de consulta para el Médico de Familia, heterogéneos en su presentación clínica y con dificultades de abordaje en muchos casos.

La homeopatía ofrece una interesante alternativa al considerar al paciente como un todo, permitiendo al médico valorar la causalidad del problema, su modo de enfermar y sus necesidades, con el fin de plantear un tratamiento personalizado.

El uso de estos medicamentos de modo seguro y eficaz en motivos de consulta frecuentes como el temor de anticipación, el estrés circunstancial, los procesos de duelo, la retirada de psicofármacos, etc. les confiere a priori un hueco en el vademécum del médico de familia.

Importancia de las Hipoglucemias en el manejo de la diabetes

Dr. D. José Mancera Romero.

La hipoglucemia es el principal factor que limita el control de la glucemia en la DM1 y en la DM2 tratada con insulina, y representa un importante factor de riesgo cardiovascular^{1,2}.

Se caracteriza por la tríada de Whipple: glucemia inferior a 50 mg/dl, síntomas de hipoglucemia y mejoría tras administrar glucosa. La ADA (*American Diabetes Association*) define la hipoglucemia como “*todos los episodios de una concentración de glucosa en plasma anormalmente baja que puede exponer al*

individuo a posibles daños y a la presencia de glucosa en sangre menor a 70 mg/dl.” y la clasifica según se refleja en la tabla 2³.

Las causas más frecuentes (90% de los casos) son exógenas. La sobredosificación de fármacos (insulina o ADOs) es la causa que precisa de asistencia urgente más frecuente. La falta de ingesta y el ejercicio físico excesivo también son causas de hipoglucemias.

Las medidas preventivas son la mejor manera de evitar su aparición (tabla 3)⁴.

La presentación clínica varía desde la nula sintomatología hasta el coma hipoglucémico. En general se distinguen dos grupos de síntomas relacionados con la fisiopatología de la hipoglucemia que se presentan de modo secuencial:

1. Primera fase o fase adrenérgica: palidez, sudoración, palpitaciones, temblores, frialdad, náuseas. Se produce en torno a 65 mg/dl de glucosa. Esta fase puede pasar desapercibida en pacientes en tratamiento con betabloqueantes.

2. Segunda fase o fase de neuroglucopenia: cefalea, confusión, dificultad para hablar, irritabilidad, alteración del comportamiento, visión doble, pérdida de fuerza de los miembros, nerviosismo y alteraciones del nivel de conciencia (puede evolucionar hacia el coma). Se produce con glucemias inferiores a 50 mg/dl.

Los fármacos utilizados en el tratamiento de la diabetes con bajo riesgo de hipoglucemia son: metformina, tiazolidonas, inhibidores de las alfa-glucosidasas, inhibidores de la DPP-4 y los análogos de GLP1.

Enfermedades de transmisión sexual. Manejo y tratamiento. U.R.M.

Dra. D^a. Isabel Pueyo Rodríguez

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son en la actualidad un problema importante de salud pública. En España, aunque no disponemos de datos exactos ya que existe una infradeclaración, apreciamos un aumento progresivo de estas en los últimos años, si bien las producidas por virus son las más numerosas, las ITS clásicas como sífilis e infección gonocócica que a finales de los años 90 y principio de este siglo disminuyeron notablemente su incidencia y prevalencia están de nuevo resurgiendo.

Todas las ITS se pueden prevenir, la mayoría, una vez diagnosticadas, se pueden tratar y muchas se curan fácilmente con el tratamiento adecuado. Un gran número de estas infecciones cursan de forma asintomática o con clínica poco demostrativa, por lo que si no se realiza un diagnóstico correcto ocasiona graves complicaciones y secuelas como son: la enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, abortos, cáncer anogenital o trastornos psicológicos y sexuales, sin olvidarnos del alto coste económico y social que conllevan teniendo en cuenta que la mayoría de las personas afectadas son jóvenes en edad reproductiva y en plena actividad laboral.

El control de las ITS se hará mediante la interrupción de la transmisión, reduciendo la duración de la infección y previniendo sus complicaciones y secuelas. Para esto es fundamental, hacer un diagnóstico

precoz, realizar un tratamiento efectivo, investigar a las parejas sexuales, hacer una búsqueda activa de casos y educando y asesorando sobre prácticas sexuales seguras.

Para el abordaje correcto de estas infecciones se requiere personal con experiencia que pueda realizar una anamnesis correcta, identificar los signos y síntomas, realizar pruebas diagnósticas y exploración adecuada. También es preciso reducir el estigma y la discriminación que aún persiste asociadas a las ITS que hace que muchas personas no acudan a su médico por vergüenza.

Es necesario además mejorar y contribuir a los sistemas de vigilancia epidemiológica para que nos permitan conocer la realidad en nuestro medio y así se podrán desarrollar campañas y protocolos de actuación para disminuirlas. Está demostrado que los programas de prevención basados en estudios epidemiológicos, a la larga se traduce en un ahorro del gasto importante y en mejorar la salud sexual de la población.

Las personas tienen derecho a la información que les permita protegerse de las infecciones, saber si la tienen dónde acudir y recibir tratamiento eficaz.

Individualización del tratamiento en la Diabetes Tipo 2

Dr. D. Juan Carlos Aguirre Rodríguez

Si hacemos un breve resumen de los conocimientos clínicos que a día de hoy tenemos de la diabetes, podría ser algo así: Su incidencia va en aumento; en el momento del diagnóstico 1, de cada 2 diabéticos ya presentan afectación de órganos diana; pequeñas reducciones de la HbA1c producen grandes beneficios; no todos los diabéticos se benefician de un control intensivo y, tras 10 años, la Metformina, aunque no controle por sí sola la glucemia, sí que disminuye la mortalidad cardiovascular asociada a la diabetes.

El pasado año, la ADA (Asociación Americana de Diabetes) y la EASD (Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes), hicieron un documento conjunto que titulaban: “Manejo de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2: enfoque centrado en el paciente”. Aunque ya se intuía, este documento vino a reafirmar la necesidad de *individualizar el tratamiento de la diabetes tipo 2*. En este sentido, también hay que señalar que el arsenal terapéutico para esta enfermedad se ha ampliado en los últimos años, por lo

que la elección de uno u otro fármaco en un paciente determinado debe basarse no sólo en criterios economicistas, sino que debemos de tener en cuenta los siguientes criterios: edad del paciente, peso, tiempo de evolución de la diabetes y presencia de complicaciones y, en especial de insuficiencia renal.

Por tanto la elección del fármaco que tiene que seguir a la indicación de Metformina no es igual para todos los diabéticos, ya que según cada caso en particular diferentes fármacos pueden ser una buena opción. Pero estas recomendaciones de hace unos meses, están en continua revisión, y hace sólo unos días la AACE (Asociación Americana de Endocrinología Clínica) ha posicionado mejor a fármacos que en las anteriores guías estaban en un segundo lugar, muy condicionado a determinadas peculiaridades del paciente (riesgo de hipoglucemias y sobrepeso), como es el caso de los análogos de la GLP-1 y los Inhibidores de la DPP-4.

Ecografía

Dra. D^a. Margarita Algaba Montes
Dr. D. Alberto Ángel Oviedo García

La ecografía se ha convertido en los últimos años en una herramienta indispensable para el Médico de Familia (MFYC). Desde sus inicios, hace ya décadas, su uso en los Centros de Salud se ha ido incrementando y extendiendo, de tal manera que hoy es un arma más en manos del MFYC a la hora de abordar y optimizar el manejo de nuestros pacientes, mejorando así la atención que reciben. Sin embargo, sigue existiendo mucha reticencia por parte de algunos colectivos médicos, a que nos introduzcamos en este mundo, a pesar la amplia bibliografía existente que apoya, recomienda de forma contundente y nos exige a los MFYC el uso de los ultrasonidos, en beneficio de nuestros pacientes: disminuyendo los errores diagnósticos, mejorando los tiempos de espera de los usuarios, ahorrando tiempo en el diagnóstico y tratamiento, reduciendo las radiaciones ionizantes que reciben nuestros pacientes, siendo más eficientes en

nuestro trabajo e incrementando la satisfacción, y sobre todo la seguridad de los pacientes.

Los ultrasonidos son una herramienta segura y han demostrado tener gran capacidad diagnóstica durante años. El gran desarrollo tecnológico que ha sufrido desde sus inicios la ha llevado a tener una alta resolución y una alta capacidad de procesamiento de imágenes, incrementando su utilidad para el diagnóstico. Nosotros creemos que la ecografía realizada por los propios MFYC, puede complementar en gran medida la exploración física y mejorar sobremanera la eficacia del clínico. La ecografía se convierte así en el nexo de unión entre la exploración física manual y la era digital, permitiendo al examinador una mirada inmediata a la anatomía y fisiología de determinadas estructuras. Es más, estas imágenes se pueden almacenar y utilizar para formar, publicar, investigar... favoreciendo la triple vertiente que debe

guiar el desarrollo profesional de todos los médicos de familia: asistencial, docente e investigadora.

El uso de la ecografía no es infalible, incluso puede resultar perjudicial si damos importancia a hallazgos intrascendentes o erróneos. Como cualquier técnica, gran parte de estos problemas vienen derivados de un entrenamiento inadecuado y falta de experiencia. El gran beneficio para el paciente se produce cuando se realiza una meditada y conjunta evaluación de la historia clínica, exploración y pruebas complementarias, teniendo en cuenta que la ecografía no deja de ser una prueba más. A nuestro entender la principal limitación de la ecografía es que es muy operador dependiente, pero este problema se soluciona con entrenamiento y experiencia. Por tanto, desde el **Grupo de Trabajo de Ecografía de**

SEMERGEN creemos que la realización de la técnica y su interpretación por médicos no expertos, debe ir supervisada y orientada por otros con más experiencia, evitándose errores diagnósticos. Así pues, es fundamental establecer y protocolizar programas de formación, y posteriormente de perfeccionamiento, con distintos niveles de capacitación, que siguiendo criterios de calidad, garanticen la seguridad y eficacia de la ecografía en manos de los MFYC. La acreditación garantiza el nivel de formación y las técnicas que el médico puede proporcionar a sus pacientes. Implementar un sistema de acreditación transparente, de alta calidad y eficiente es también un componente esencial para el desarrollo de programa de formación de ecografía de urgencias.

Sensibilización y manejo de la anemia en Atención Primaria.

Dr. D. José López Chozas

En nuestra intervención en el Taller, intentaremos la participación entre ponentes y asistentes, de cualquier forma, en mi parte intervendré específicamente en la gestión de la Ferroterapia intravenosa (FEiv) desde al Hospital de día Médico. Analizaremos las características e inconveniente del tratamiento oral y las causas del fracaso terapéutico.

Veremos las alternativas de la FEiv con sus características diferenciales entre esas.

La ferroterapia iv ocupa la cuarta parte de la actividad total del Hospital de Día y la mitad de todos los procedimientos farmacológicos y suponen más del 40% de los terapéuticos por lo que debemos tener herramientas sólidas para el cálculo de las dosis basadas en dos modelos fundamentalmente y al mismo tiempo saber diferenciar en base a las características

del paciente, su situación clínica, la necesidad de corrección en mayor o menor tiempo, que rentabilidad coste/efectividad nos proporcionan las diferentes alternativas terapéuticas.

Estos distintos escenarios clínicos y de características propias de cada paciente serán los que nos permitan con las herramientas adecuadas decidir la dosis a corregir y la elección del fármaco.

La incorporación de la Carboximaltosa de hierro al arsenal terapéutico iv supuso tener que analizar su coste/efectividad frente al Hierro Sacarosa y para realmente adecuarnos a la optimización terapéutica y al uso racional de los medicamentos establecer una serie de criterios de uso y de compromisos de seguimiento del mismo. Así su rentabilidad es espectacular en determinadas situaciones clínicas que expondremos.

Habilidades comunicativas en el paciente diabético

Dr. D. Jesus Vergara Martín

Inhibidores de la DPP-4 ¿café para todos?

La dipeptidil-peptidasa 4 (DPP-4) es una serina-proteasa de membrana perteneciente a la familia enzimática de las prolil-oligopeptidasas. La DPP-4 existe en dos formas. En su forma soluble circulante, la DPP-4 se encuentra en la sangre, la saliva, la orina y

el líquido sinovial. La DPP-4 modula la actividad biológica de varias hormonas peptídicas, quimiocinas y neuropéptidos separando concretamente el extremo N-terminal después de una prolina o una alanina. También está implicada en muchas funciones fisiológicas: degradación enzimática de incretinas, actividad inmune y adhesión celular. La actividad enzimática y las funciones de unión a proteínas son independientes.

Farmacológicamente aunque son compuestos químicos distintos a dosis terapéuticas todos se comportan como inhibidores reversibles competitivos.

Vildagliptina y saxagliptina, a diferencia de sitagliptina, se unen de forma covalente a la enzima DPP-4 conduciendo a una lenta unión y una lenta disociación del complejo enzima-inhibidor. Esto conduce a que la inhibición de la enzima se pueda producir incluso después de aclarado el fármaco de la circulación, explicando la actividad inhibitoria más prolongada respecto a sus vidas medias cortas.

En el caso de sitagliptina, la unión no covalente proporciona un estado de continua unión y disociación (en presencia de fármaco), pero como su vida media es más elevada, la presencia de fármaco durante más tiempo permite una inhibición óptima a lo largo de las 24 horas con una sola dosis. El nuevo inhibidor pendiente de comercialización (alogliptina) también presenta una unión no covalente con la enzima.

En lo que respecta al metabolismo y eliminación existen sustanciales diferencias. Estas diferencias van a condicionar su aplicabilidad en poblaciones especiales con ERC o insuficiencia hepática. En este sentido saxagliptina al metabolizarse vía el citocromo P450 muestra mayor posibilidad de interacción farmacológica.

En lo que respecta a la seguridad decir que son fármacos muy seguros, no aumentan el riesgo de hipoglucemia, tienen un efecto neutro sobre el peso y los últimos metaanálisis no han confirmado la sospecha inicial de aumento del riesgo de infecciones de vías respiratorias superiores.

El riesgo de pancreatitis con sitagliptina en pacientes con diabetes tipo II se evaluó usando los datos de los pacientes de los 19 ensayos clínicos aleatorizados y doble ciego incluidos en el análisis agrupado de seguridad actualizado. Los resultados no indican que exista un mayor riesgo de pancreatitis en pacientes con diabetes tipo 2 en tratamiento con sitagliptina.

Análisis conjunto de la seguridad de sitagliptina, no hay diferencias en incidencia de acontecimientos cardiovasculares mayores (ACVM) entre el grupo con sitagliptina y el grupo no expuesto.

El 11% de los pacientes presentaban antecedentes de enfermedades cardiovasculares (CV). Además, el 82% de los pacientes tenían antecedentes de factores adicionales de riesgo CV (sin contar la diabetes tipo 2 ni las enfermedades CV). En un análisis preespecificado, el índice de riesgo relativo de pacientes con sitagliptina frente a pacientes no expuestos fue de 0,68 [IC 95%: 0,41, 1,12].

En definitiva, en términos de descenso de HbA1c no hay diferencias significativas entre los diferentes inhibidores de la DPP-4, aquí si hay café para todos.

En lo que respecta a las indicaciones, es decir los escenarios clínicos en los que podemos utilizar los diferentes tipos de DPP-4, también existen diferencias.

Sitagliptina esta aprobada para su uso en todos los escenarios posibles desde la monoterapia, pasando por doble y triple terapia hasta su uso con insulina. Estas diferencias farmacológicas tienen su principal repercusión en las indicaciones en poblaciones especiales.

Ninguna precisa de ajuste en población anciana, si requieren de ajuste en pacientes con insuficiencia renal y/o insuficiencia hepática.

Dr. D. Francisco Sánchez Villarroya

1. **El Proceso de Comunicación y sus barreras :** *el proceso de comunicación es un complejo sistema codificador/decodificador que utiliza diferentes vías de comunicación como son la verbal, no verbal (lenguaje corporal) y para verbal (modo en el que se manifiesta nuestra voz). Las barreras que dificultan una buena comunicación mayoritariamente están generadas por el emisor.*
2. **La Comunicación Asertiva** *cómo habilidad efectiva. La escucha en la comunicación asertiva nos permite entender el comportamiento del otro sin necesidad de estar de acuerdo con él. La respuesta asertiva se basa en ser eficaces al disentir o al expresar nuestras emociones sin agredir verbalmente a nuestro interlocutor.*
3. **La Comunicación no verbal** *nos ayuda a identificar las congruencias e incongruencias con el lenguaje verbal. Podemos identificar por ejemplo, las señales de evaluación y engaño y como interactuar con ellas para conseguir una actitud más receptiva del paciente. Nos permite además conseguir sintonía de una manera efectiva.*
4. **Escucha Activa y Empatía.** *Estas habilidades son básicas para entender mejor las preocupaciones y motivaciones del paciente e identificar con precisión la verdadera causa de su consulta. En la escucha intervienen el lenguaje corporal, la autoconciencia, el lenguaje verbal adecuado y el control de las emociones.*
5. **La Persuasión** *es el sistema que facilita modificar la conducta y los hábitos de un paciente a través del uso adecuado del mensaje y de las expresiones.*
6. **Los Estilos de Comunicación:** *podemos identificar cual es el estilo de comunicación dominante*

en cada uno de los pacientes a través de la observación de su comportamiento y forma de expresarse, esto nos permitirá orientar la comunicación en cada uno de ellos de forma individualizada con el objetivo de persuadir e influenciar de una forma

más eficaz a cada tipo de paciente y que esto nos permita conseguir una mayor concienciación y compromiso por parte de los mismos en el control de su enfermedad.

Deprescribir, una habilidad necesaria. U.R.M.

Dr. D. Francisco Atienza Martín

La polimedicación, especialmente en pacientes de edad avanzada y con pluripatología, constituye una amenaza para la seguridad de los pacientes. Diversas estrategias pueden utilizarse para realizar la adecuación del tratamiento y, habitualmente, será necesaria la retirada de parte de la medicación por ser inadecuada teniendo en cuenta las circunstancias del paciente.

Deprescribir se convierte así en una habilidad que deben tener los médicos de familia para el manejo de estas situaciones de polimedicación.

Deprescribir se define como el desmontaje de la prescripción por medio de su análisis, mostrando sus contradicciones y ambigüedades. Consiste pues en un proceso de retirada de fármacos o de reducción de dosis, adaptando la medicación a las necesidades reales del paciente.

Las fases de la deprescripción son:

- Replantear el plan terapéutico
- Acordar con el paciente y/o el cuidador
- Quitar, reducir dosis o sustituir fármacos
- Seguimiento
- Y siempre revisar, revisar y volver a revisar

Es muy importante la adecuación del tratamiento considerando algunos criterios como los de Beers o de Start-Stopp para la adecuación del tratamiento, evitando medicamentos contrapuestos y “cascadas viciosas” en el tratamiento.

El acuerdo con el paciente/cuidador se basa en la información, la exploración de creencias y expectativas y la adaptación del ritmo de deprescripción a las posibilidades reales del paciente.

Los fundamentos de la deprescripción están en la polimedicación como problema, la falta de evidencia científica en algunos fármacos, los criterios éticos de no maleficencia y beneficencia y las preferencias de los pacientes (toma compartida de decisiones).

La deprescripción tiene una técnica basada en un algoritmo estructurado y tiene como diana fundamental los pacientes terminales y los frágiles, aunque es extensible a todos los pacientes.

En la deprescripción hay que considerar beneficios y riesgos así como las barreras para su realización.

Por último de manera general debemos tener en cuenta los principios de una prescripción prudente.

Taller: ¿Manejamos el acné en Atención Primaria?

Dr. D. José Ángel Blanco Leira

Los pacientes con enfermedades de la piel tienen habitualmente su puerta de entrada al Sistema Sanitario Público a través del Médico de Atención Primaria. Dentro de esta patología, destaca el acné juvenil y de adultos jóvenes por su elevada prevalencia, cifrada en el 85% con algún grado de afectación.

La importancia de tener en cuenta siempre los factores biopsicosociales en Atención Primaria, cobra aquí un valor mayúsculo dada la, por una parte, elevadísima tasa de autoprescripción, la frivolidad

de un padecimiento del que todo el mundo sabe y opina, la enorme cantidad de mitos sobre esta patología incluso entre el personal sanitario, y por otra, la ingente cantidad de frustraciones, sentimientos, emociones alteradas que se producen en los adolescentes, entre otras por las futuras cicatrizaciones.

Aunque la patología dermatológica que se consulta en una consulta de Medicina de Familia, se estima en un 15%, en este caso se trata de un grupo de población escasamente consultante y por ello

adquiere mayor valor esa primera toma de contacto, a veces incluso oportunística, con el médico de Atención Primaria para, desde el principio, responder a esa confianza y a esas expectativas creadas por ese paciente joven. Y así, nuestro papel no debería consistir únicamente en la prescripción sino en aconsejar, educar, hacer seguimiento, desmitificar, racionalizar las derivaciones....

Este tipo de actividad formativa, y aceptando este formato, debe tener estos objetivos generales, porque el médico de AP, puede y debe asumir al menos, el acné leve y moderado, respondiendo una vez más a ese concepto de Médico de Familia, que hoy más que nunca debe ser valorado, con un costo/eficacia envidiable y convertirse de esta forma en la referencia para este tipo de paciente.

Seguridad Vial y uso de Antihistamínico

Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza

Los medicamentos son a veces causa de accidentes de tráfico.

Los principales efectos secundarios de los medicamentos que pueden afectar negativamente en la capacidad de conducir son el efecto sedante (somnolencia, disminución de la alerta), las alteraciones oculares (visión borrosa, trastornos de acomodación), las alteraciones auditivas (zumbidos, acúfenos), los vértigos y los temblores, entre otros.

Según determinadas investigaciones entre un 4 y 8% de los accidentes de tráfico se deben a maniobras incorrectas del conductor cuyo origen se relaciona con reacciones directas a determinados medicamentos.

Los antihistamínicos son fármacos muy utilizados en la práctica clínica diaria del médico de familia y presentan, por lo general, serias contraindicaciones para conducir como la somnolencia, depresión, disminución del estado de alerta y retraso en el tiempo de reacción. Debemos tener también en cuenta la edad

del paciente y el tipo de antihistamínico. Los antihistamínicos de primera generación como la dexclorfeniramina, pueden causar mareos, efecto sedante e hipotensión en mayores de 60 años. No se recomienda realizar actividades que requieran máxima atención como conducir. Además, pequeñas cantidades de alcohol pueden aumentar el efecto sedante.

Los nuevos antihistamínicos como Bilastina minimizan estos efectos secundarios y se consideran seguros para prescribir a personas que tienen que conducir.

En muchas ocasiones, se nos olvida preguntar sobre la conducción de vehículos a pacientes a los que le hemos prescrito antihistamínicos. Estos fármacos pueden alterar la capacidad de conducción en diferente medida según el principio activo empleado y la dosis utilizada. El médico de familia debe conocer el uso adecuado de estos fármacos, y sus diferentes niveles de afectación a la hora de conducir un vehículo.

Dolor Torácico. U.R.M.

Dr. D. Román Calvo Jambrina

El dolor torácico es motivo de consulta muy frecuente en todos los servicios de urgencias tanto en atención primaria como en hospitalización. Existe una gran variedad de causas que lo pueden ocasionar y es importante discernir entre causas banales y aquellas que puedan poner en riesgo la vida del paciente. Existen distintos perfiles de presentación clínica que orientan a un origen u otro. La asistencia del paciente con dolor torácico puede acarrear problemas de infradiagnóstico de patologías potencialmente mortales, ingresos innecesarios de pacientes con muy bajo riesgo y la demora diagnóstica de patologías potencialmente graves. Por estos motivos la organización

en la atención a estos pacientes se debe abordar de forma metódica y protocolizada.

La fase inicial de la atención al paciente debe centrarse en la presentación clínica y la interpretación de una herramienta diagnóstica básica como es el electrocardiograma.

Cuando el dolor torácico se presenta acompañado de síntomas de gravedad extrema como son la hipotensión, signos de mala perfusión periférica, o insuficiencia respiratoria acompañante, la atención del paciente y su derivación debe realizarse de forma inmediata, asegurando la mejor atención posible y la posibilidad de reanimación vital urgente.

Dada la gravedad y alta prevalencia del origen isquémico como motivo de dolor torácico potencialmente grave, se hace mención especial a este origen en el desarrollo del taller.

Cuando la forma de presentación del dolor torácico orienta a un origen isquémico, la realización del electrocardiograma de forma rápida, en los primeros minutos de atención, así como una correcta interpretación del mismo permite detectar la presencia de un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (signo electrocardiográfico de lesión Subepicárdica), posibilitando la atención inmediata del paciente con vistas a tratamiento de revascularización urgente. Otros hallazgos en el electrocardiograma del paciente que consulta por dolor torácico, pueden orientarnos a un origen isquémico (presencia de ondas T negativas, infradesnivelación del segmento ST como marcador de lesión Subendocárdica, presencia de ondas Q de necrosis miocárdica antigua) u otro origen cardíaco (criterios de hipertrofia, repolarización alterada de forma difusa como en la pericarditis,...), de modo que la correcta interpretación del

ECG en un paciente con dolor torácico debe ser un objetivo básico en la asistencia del paciente.

El estudio protocolizado en los servicios de urgencias de estos pacientes se ha organizado en unidades de dolor torácico (UDT) con vistas a garantizar el diagnóstico de patologías potencialmente graves. La determinación de enzimas de daño miocárdico, la evaluación radiológica con radiología convencional o con angio TAC, así como la realización e interpretación de pruebas de detección de isquemia miocárdica se incluyen en los protocolos diagnósticos de la UDT.

Los protocolos diagnósticos ambulatorios de paciente con dolor torácico, los tratamientos y abordajes, invasivos o no, actualmente aceptados para el tratamiento del síndrome coronario agudo deben ser conocidos por todos los médicos que participan en la atención a estos pacientes, debiendo familiarizarse con conceptos como SCASEST, SCACEST, tratamiento antitrombótico, fibrinolítico, así como conceptos de abordaje invasivo como angioplastia primaria, angioplastia de rescate, tipos de stents, etc.

Habilidades en Anticoncepción

Parte I: Comunicación Médico-Paciente; Entrevista Consejo Contraceptivo

Dra. D^a. Mercedes Martínez Benavides

Dra. D^a. Elena Rodríguez Ortiz

La importancia de la salud reproductiva ha generado gran cantidad de textos legales en el Derecho Internacional. Nuestro país como otros muchos, ha asumido estos compromisos, así en la actualidad *“Consideramos el derecho a la información y prestación en métodos anticonceptivos como uno más de los derechos humanos, dentro de los derechos sexuales y reproductivos.”*

“NO EXISTE EL ANTICONCEPTIVO IDEAL”

La ELECCIÓN ES INDIVIDUALIZADA y el objetivo principal del consejo anticonceptivo es que la mujer obtenga los **conocimientos suficientes** (ventajas e inconvenientes) para elegir el método más adecuado a sus características y las de su pareja, teniendo en cuenta su deseo de evitar embarazos y prevenir enfermedades de transmisión sexual.

1. En el Consejo Anticonceptivo hay que tener en cuenta 3 factores:

- CARACTERÍSTICAS DE LAS USUARIAS: Edad, Factores de riesgo personales, Antecedentes familiares, Hábitos sexuales, Motivación y aceptación del Método, Experiencia anterior en anticoncepción, Perfil Psicosocial.

- ACTITUD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS: Trato respetuoso y distendido, evitando actitudes paternalistas y Prejuicios, Escucha activa, Información equilibrada y objetiva de los anticonceptivos (normas de uso, efectos adversos y efectos beneficiosos) y resolver dudas
- CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: Eficacia (Teórica y Práctica, Índice de Pearl), Seguridad, Reversibilidad, Tolerabilidad, Facilidad de Uso y Relación con el Coito.

2. Sistemática del Consejo Anticonceptivo

- Anamnesis con Listado de Verificación para anticoncepción: Antecedentes personales y Familiares.
- Criterios Médicos de elegibilidad para Anticonceptivos de la OMS.
- Información de los Métodos Anticonceptivos.

3. Manejo Clínico

- Herramientas bibliográficas para el manejo de la Anticoncepción
- Manejo Clínico:
 - Requisitos previos al uso de AHC y AHSG y DIU
 - Cómo usar los Métodos Anticonceptivos elegidos.
 - Controles necesarios antes de usar AH y DIU
 - Situaciones especiales como “Obesidad y AH” o “Adolescencia y DIU”

4. Actuación ante eventualidades

- Efectos adversos comunes en AH.
 - Olvidos
 - Vómitos o Diarreas
 - Control del Ciclo
 - Interacciones medicamentosas
- Eventualidades con DIU
 - Durante la inserción
 - Durante la permanencia del DIU
 - Conclusión:

Los nuevos preparados y los nuevos métodos proporcionan importantes efectos beneficiosos para la salud. Las menores dosis de los preparados hormonales actuales han disminuido los efectos secundarios.

Las nuevas vías y pautas de administración mejoran el cumplimiento.

Siempre hay que informar de los beneficios no contraceptivos en la anticoncepción hormonal, pues va a permitir aprovechar estos efectos positivos para la salud.

Parte II: Anticoncepción Largo Plazo. Inserción/Extracción Implanon NXT.

Dr. D. José Ruiz Reyna

Dra. D^a. Mercedes Martínez Benavides

Son Anticonceptivos compuestos por Gestágenos, sin Estrógenos, como indica su nombre.

Los ASG, constituyen un grupo de métodos, que como otros, tienen la finalidad de mejorar la seguridad de los anticonceptivos hormonales (AH) y su cumplimiento y cuyo mecanismo de acción es:

- Inhibición de la ovulación
- Espesamiento del moco cervical
- Atrofia endometrial
- Inhibición de la capacitación de espermatozoides
- Disminución de la movilidad tubárica

CLASIFICACIÓN. Vías de administración.

1. Oral:

- a. Píldora solo gestágeno:
 - 75 µg de desogestrel
- b. Anticoncepción de urgencia: Levonorgestrel

2. Parenteral:

- a. Inyectable:
 - 150 mg de acetato de medroxiprogesterona

b. Implante Subdérmico de Etonorgestrel

c. Sistema liberador de LNG (Levonorgestrel)

Todos tienen una alta eficacia con un Índice de Pearl inferior a la unidad.

Indicaciones

- Lactancia.

- No criterios para el uso de Estrógenos.
- Anticoncepción eficaz prolongada.
- Alternativa a la Esterilización.
- Menorragias. Endometriosis.
- Anticoncepción de Urgencia.
- “Cualquier usuaria”.

Implante de ENG

Posee un núcleo de acetato de vinilo de 40 × 2 mm que contiene 68 mg de etonogestrel (Implanon®).

- Libera 60 µg/día los primeros meses para estabilizarse en 30 µg/día los siguientes dos años
- Tiene una duración de 3 años

Asesoramiento

Explicación de los beneficios, riesgos y posibles efectos secundarios:

- Eficaz durante 3 años
- Rápida recuperación de la fertilidad tras la retirada
- Si se inserta correctamente, puede extraerse fácilmente en cualquier momento
- No debe usarse más de 3 años
- Prestar especial atención en la explicación del patrón de sangrado
- No protege de las ETS ni del VIH

El patrón de sangrado en los tres primeros meses predice el patrón definitivo del método.

Requisitos previos: Hay que realizar una historia clínica cuidadosa, proporcionar información específica sobre el método e insistir sobre las alteraciones del patrón del sangrado

Efectos beneficiosos

- Tratamiento de la menorragia
- Aumento de la hemoglobina y la ferritina
- Tratamiento de anemia drepanocítica
- Patologías que afectan a la hemostasia primaria (Trombopenias, E. de Von Willebrand, Trombopatías).
- Mejoría de la dismenorrea
- Mejoría de la endometriosis
- Disminución de la enfermedad pélvica inflamatoria
- Disminución del número y tamaño de los miomas
- Efecto protector frente al cáncer de endometrio
- Efecto protector frente al cáncer de ovario

Acontecimientos adversos más frecuentes relacionados con Implanon®: cefalea, aumento peso, acné, dolor mamario y abdominal.

Interacciones farmacológicas

Pueden producirse interacciones con medicamentos inductores de las enzimas microsomales del citocromo P450, que aumentan la eliminación de hormonas sexuales.

Lactancia materna

La OMS recomienda no iniciar el uso de un método sólo gestágeno hasta pasadas 6 semanas del parto, aunque no hay evidencia. En algunos casos, y a pesar de la baja probabilidad de embarazo en este periodo, se podría iniciar un MSG antes de las 6 semanas.

Técnicas de inserción y extracción:

Son fáciles de realizar pero requieren un aprendizaje previo, de ahí la importancia de realizar talleres prácticos. Debe colocarse subcutáneo. La nueva presentación del implante tiene la finalidad de evitar inserciones profundas y al ser radiopaco poder ser localizado.

Medicina 2.0. U.R.M.

Dr. D. Alfredo Ortiz Arjona

El objetivo del taller es introducir al Médico de Familia, en las Tecnologías de la información y la comunicación, con su especial repercusión en la Atención Primaria. (TIC-AP), siendo éstas herramientas especialmente útiles para la autoformación, actualización y comunicación con otros profesionales, así como con los pacientes. Despertando en el alumno las expectativas y oportunidades que éstas generan en su desarrollo profesional.

La forma en que el Médico de hoy se enfrenta a la actualización permanente de sus conocimientos y destrezas, ha sufrido un cambio radical con la introducción de las Tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y especialmente con la conocida como Web 2.0, de modo que el Médico actual interactúa con la información, (especialmente pertinente para el Médico de Atención Primaria más aislado habitualmente que el Médico Hospitalario), pudiendo acceder a ella de forma inmediata, independientemente del lugar de residencia o trabajo y puede hacer que ésta “le llegue”, clasificada y ordenada, aprovechando las herramientas de la Medicina 2.0, pudiendo interactuar con la formación generada por otros profesionales o por el mismo, participando en lo que se denomina inteligencia colectiva, y trabajando con otros colegas de forma colaborativa, utilizando como medio la Web.

Para ello a lo largo del taller el médico participante, conocerá y practicará sobre las aplicaciones generales y específicas que se engloban en el concepto de Medicina 2.0, explorará cada una de ellas, por lo que:

- conocerá y practicará sobre los diversos Navegadores Web que existen en el mercado (FireFox, Google Chrome, Explorer)

- conocerá y practicará sobre los principales Blogs sanitarios, de mayor impacto en Atención Primaria pudiendo acceder a su información y contenidos.
- conocerá los distintos agregadores de RSS, practicando con los principales, como Google Reader, Feedly ó Netvibes, para poder syndicar la información generada en los blogs sanitarios de mayor repercusión, revistas de la especialidad ó bibliotecas virtuales.
- conocerá y practicará con especial énfasis, dado que el ámbito del Congreso es Andalucía, en las “Paginas blancas del SSPA”, así como con la Biblioteca Virtual del SSPA.
- conocerá y practicará con aplicaciones para la clasificación y gestión de referencias bibliográficas, como Zotero ó Connnotes.
- conocerá y practicará con herramientas que permiten el trabajo colaborativo entre varios profesionales, como Google Docs, Google Calendar, Second Life.
- conocerá y practicará con herramientas que permiten el almacenaje de la información en “la nube” (Cloud Computing), facilitando así el acceso desde cualquier punto a los distintos tipos de ficheros que alojamos, como Dropbox, Box, Google Drive, manteniendo de este modo siempre accesible la información generada.
- conocerá y practicará con herramientas para comunicar información o compartir con otros profesionales, como las Redes Sociales: Twitter, Facebook, Slideshare, Youtube, Prezi; así como con los pacientes.

No se pretende un conocimiento exhaustivo de cada aplicación por los alumnos, sino que las conozcan, despertar su inquietud ante las posibilidades que generan, y que conozcan donde y como pueden descargarlas, y aplicarlas para sus necesidades individuales.

Infiltraciones en Atención Primaria.

*Dra. D^a. María José Rosende Domínguez
Dr. D. Juan Piedra Priego*

Las consultas de pacientes con patología osteoarticular son muy frecuentes en atención primaria. Esta patología generalmente produce una importante incapacitación en el paciente, originando dolor y limitando su actividad básica. La infiltración puede ser muy útil cuando diagnosticamos tendinitis, artritis, bursitis, o artrosis ya que disminuye la necesidad de analgésicos y antiinflamatorios durante largos periodos de tiempo. Sin embargo, al no tratarse de una técnica inocua, garantizar la seguridad del paciente es fundamental. Conocer las contraindicaciones, técnicas y realizar un uso racional de esta opción terapéutica es esencial para poder ofertar esta opción en las carteras de servicios de nuestro centro de salud.

Tras realizar este taller el alumno habrá adquirido las habilidades y conocimientos necesarios para realizar una infiltración de las patologías más frecuentes que encontramos en nuestras consultas de atención primaria, conociendo también sus limitaciones y contraindicaciones. Pero no solo aprenderemos los aspectos técnicos, antes de realizar una infiltración hay que hacer una correcta exploración y un buen diagnóstico diferencial. El alumno aprenderá a explorar y a diagnosticar correctamente las principales tendinitis, bursitis y patología articular en hombros, manos, cadera, rodilla y pies.

Para este fin, realizaremos prácticas y maniobras de exploración entre los asistentes y con los modelos anatómicos destinados para adquirir las competencias necesarias para realizar una infiltración.

Manejo Hiperplasia Benigna de Próstata, Taller Teórico práctico Tacto Rectal.

Dr. D. Francisco Serrano Galán

Los pacientes que atendemos por su edad y pluriopatología tienen alta prevalencia de esta patología que afecta de manera grave a su calidad de vida y a la incidencia de complicaciones que determinan aumento de morbilidad y de ingresos hospitalarios, que son fácilmente evitables si el médico de familia y enfermeros conocen el manejo de las mismas.

Las técnicas de manejo, exploración y tratamiento son accesibles para el médico de familia sin apenas necesidades de derivación o consulta con especialistas, si se dominan las mismas, aumentando por tanto el poder de resolución del mismo y mejorando el uso racional del medicamento y de material paliativo.

El objetivo de este taller es por tanto actualizar y mejorar habilidades en el manejo de esta patología urológica tan prevalente. Mediante una anamnesis adecuada, técnica de exploración con tacto rectal (simuladores con maniquies), pruebas complementarias mínimas llegaremos a un diagnóstico y clasificación de la hiperplasia benigna de próstata, un tratamiento farmacológico o no, basado en las evidencias y unos criterios de derivación a especializada que mejorarán la morbilidad y calidad de vida de nuestros pacientes.

Nuevos Anticoagulantes Orales para los Pacientes con Fibrilación Auricular.

Dr. D. Djordje Pavlovic Djurovic

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca sostenida más frecuente en la práctica clínica del adulto. Entre 720.000 y 840.000 personas la padecen en España. La prevalencia aumenta claramente con la edad. Debido al envejecimiento global de la población,

se prevé que la prevalencia de la FA se incrementará 2,5 veces hasta el año 2050. Esto significa que casi 20 millones de europeos la padecerán en el año 2050. La FA es una de las principales causas de morbimortalidad, aumentando el riesgo de muerte, insuficiencia

cardíaca congestiva y fenómenos embólicos, sobre todo, el accidente cerebro-vascular. Supone una gran carga socioeconómica y es un problema de salud pública extremadamente costoso.

El tratamiento anticoagulante con los fármacos anti vitamina K (AVK) reduce el riesgo del ictus en un 67% y de la muerte en un 26% de los pacientes. No obstante, el manejo de estos fármacos sigue siendo muy complejo por sus importantes limitaciones, tales como una ventana terapéutica muy estrecha, una respuesta individual imprevisible, la necesidad de monitorización periódica de la coagulación, el lento comienzo y desaparición del efecto, las numerosas interacciones con los alimentos y otros fármacos, así como las resistencias. Todo esto conlleva a que hasta el 50% de los pacientes con FA no reciban tratamiento anticoagulante adecuado.

La reciente incorporación de los nuevos fármacos anticoagulantes al nuestro arsenal terapéutico resuelve muchos de estos problemas (efecto predecible sin

necesidad de monitorización frecuente, una mejora en la relación eficacia/seguridad, muy pocas interacciones con otros fármacos y alimentos) y permite una importante mejora en el cumplimiento del tratamiento anticoagulante de los pacientes con FA. Se trata de los inhibidores de los distintos factores en la cascada de la coagulación: dabigatran, inhibidor directo de la trombina, y rivaroxaban y apixaban, que inhiben de forma directa el factor activado Xa.

Este taller pretende ayudar a los participantes en la identificación de los pacientes susceptibles de recibir estos tratamientos, en base a la evaluación del riesgo de sufrir un ictus así como el riesgo de sangrado y presentarles las nuevas alternativas farmacológicas a los AVK y comentar los grandes estudios que apoyaron la inclusión de estos fármacos en la guías actuales de la especialidad para el manejo anticoagulante de la FA.

Finalmente se presentarán unos casos clínicos y se comentarán las opciones terapéuticas en un contexto de nuestra práctica diaria.

Bases científicas del amor y los sentimientos

Dr. D. Antonio Ortega Cabezas

Desde hace unos años, el perfeccionamiento en las técnicas del estudio del cerebro fundamentalmente en las de neuroimagen, están permitiendo, junto al trabajo de neurofisiologías, bioquímicos y otros investigadores, disponer de un conocimiento cada vez más preciso de las bases estructurales, neurofisiología así como de las hormonas, neurotransmisores y otras sustancias químicas que se activan, intervienen y modulan los sentimientos, las relaciones de pareja y el amor.

Se está tratando de cambiar la idea del amor, en cuanto a que es una noción prácticamente celestial, a una que en realidad tiene una base biológica en la que sea posible determinar verdaderamente cuáles son los fundamentos neurológicos de esta emoción positiva.

Hoy ya conocemos las hormonas que regulan cada fase de las relaciones amorosas, y las causas del desamor, la importancia de los besos en las relaciones de pareja, las posibles bases estructurales de la homosexualidad, los celos, el papel de las feromonas en el hombre etc etc. Cabe decir que el organismo libera más de 250 sustancias al estar ante una persona que le resulta atractiva, y sólo bastan cuatro segundos para formar una opinión respecto a ella, siendo fundamentales los antígenos

de histocompatibilidad en la elección de pareja. Dentro de estas sustancias cabe destacar a la feniletilamina, la oxitocina, la vasopresina, serotonina, dopamina, no siendo menos importante la testosterona y su ritmo circadiano. Todas estas sustancias se analizarán en el taller, de forma detallada, se manera que quede claro su papel en las relaciones sentimentales y el amor.

La antropología está también íntimamente relacionada en cuanto a la evolución de nuestro cerebro, así como el Impacto del modelo de sociedad en el comportamiento sexual, por lo que se abordará de forma puntual.

Es también sumamente interesante el debate sobre si el hombre es polígamo y la monogamia no es más que una imposición social y religiosa lo que nos conduce a las infidelidades que aparecen en todas las culturas y a las frustraciones que pueden aparecer tras años de matrimonio. La comparación con otras culturas ancestrales y actuales que viven en poligamia es apasionante. Ya decía Platón: "como es sabido, el matrimonio es una fuente de desdichas, pero no por ello hay que dejar de casarse: es un deber cívico"

Se finalizará, lógicamente con un turno de preguntas a fin de aclarar dudas por parte de los asistentes.

COMUNICACIONES

Comunicaciones MF

93/1. Utilidad de la ecografía realizada por el médico de familia en un paciente con cólico nefrítico

Autores: (1) Oviedo García, Alberto Ángel; (2) Algaba Montes, Margarita; (3) Navarro Suárez., Elia Cristina; (4) Sarmiento Jiménez, Francisco; (5) Rodríguez Lorenzo, Ángel; (6) Díaz Rodríguez, Nabor.

Centro de Trabajo: (1) Médico de Familia. Hospital de Valme. Sevilla; (2) Médico de Familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Servicio de Urgencias Hospital de Valme. Sevilla.; (3) Médico Residente de tercer año Medicina de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla.; (4) Médico de Familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Centro de Salud Velez Norte. Málaga.; (5) Médico de Urgencias. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Clínica N.S. Perpetuo Socorro. Vigo.; (6) Médico de Familia. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Centro de Salud A Valenza. Barbadás. Ourense.

Resumen:

Introducción y Objetivos: Entrenamiento en Ecografía Abdominal en Atención Primaria (AP).

Material y Métodos: presentamos el diagnóstico de un cólico nefrítico complicado (CN) con Urinoma mediante una evaluación ecográfica en AP. Disponemos de un ecógrafo Sonosite M-Turbo, con sonda Convex C60 de 2-5 MHzl.

Resultados: el CN es una urgencia urológica frecuente, muy dolorosa, que requiere de un rápido diagnóstico y tratamiento. Más del 12% de la población sufrirá un CN durante su vida, siendo la tasa de recurrencia alrededor de un 50%. Es causado por una obstrucción ureteral aguda, que en la gran mayoría de casos suele ser debida a un cálculo, provocando una distensión aguda del sistema colector. La Ecografía abdominal es un método incruento, rápido, portátil, repetible, y barato que nos aporta información sobre el grado de ectasia pielocalicial del riñón afecto pudiendo diagnosticar además complicaciones como el Urinoma. Un urinoma es una extravasación encapsulada de orina, secundaria a pequeñas pérdidas por traumatismos o que puede producirse espontáneamente, favorecido por la presencia de una obstrucción, siempre que se mantenga la función renal. Las causas más frecuentes de urinoma son: uropatía obstructiva, traumatismo abdominal con afectación

de la vía urinaria, procesos inflamatorios/malignos retroperitoneales, litotricia, nefrostomía no funcionando o biopsia renal. Uno de los problemas del urinoma es la posibilidad de infección, lo que complicaría la evolución y podría requerir intervención quirúrgica.

Conclusiones: Incorporar la ecografía en los Centros de Salud podría facilitar el diagnóstico precoz de las complicaciones de los CN, evitando graves consecuencias, aportando mayor seguridad clínica al paciente.

93/3. Doctor, me he roto jugando al padel

Autores: (1) Algaba Montes, Margarita; (2) Oviedo García, Alberto Ángel; (3) Areta Higuera, Juan Diego; (4) Sarmiento Jiménez, Francisco; (5) Rodríguez Lorenzo, Ángel; (6) Díaz Rodríguez, Nabor.

Centro de Trabajo: (1) Médico de Familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN. Hospital de Valme. Sevilla; (2) Médico de Familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Servicio de Urgencias Hospital de Valme. Sevilla.; (3) Médico Residente de 3 año. CS Nuestra Señora de las Nieves. Los Palacios.; (4) Médico de familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Centro de Salud Velez Norte. Málaga.; (5) Médico de Urgencias. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Clínica N.S. Perpetuo Socorro. Vigo.; (6) Médico de Familia. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Centro de Salud A Valenza. Barbadás. Ourense.

Resumen:

Introducción y Objetivos: Entrenamiento en Ecografía-Muscular en Atención Primaria. El Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN (GTE) proponemos extender el entrenamiento en Ecografía a todos los Médicos de Familia (MFYC).

Material y Métodos: presentamos el diagnóstico de una rotura fibrilar gemelar realizada por el MFYC con ecografía. Disponemos de un ecógrafo Sonosite M-Turbo, con sonda lineal.

Resultados: “tennis-leg” es una rotura por avulsión de la cabeza medial del músculo gastrocnémico en su región distal, la unión musculotendinosa. Suele ser una persona de mediana edad que refiere un dolor agudo relacionado con el deporte en la parte media de la pantorrilla, junto con una sensación de chasquido, que aparece con la extensión de la rodilla

y flexión dorsal simultánea del tobillo; es típico de deportistas “de fin de semana”. El diagnóstico diferencial hay que establecerlo con: trombosis venosa profunda, desgarro del tendón de Aquiles, quiste de Baker roto, fracturas por sobrecarga, tromboflebitis... La ecografía es rápida, indolora y fiable en el diagnóstico de este tipo de patologías. El GTE creemos que el médico de familia debe adquirir nuevas destrezas, como la ecografía, que asocie la información clínica y ecográfica en las mismas manos, con el aumento de la eficacia diagnóstica que de ello deriva.

Conclusiones: la ecografía hecha MFYC podría facilitar el diagnóstico de patologías musculoesqueléticas en atención primaria, evitando consecuencias y aportando mayor seguridad clínica.

93/4. Diagnóstico ecográfico de la Colecistitis Aguda en Atención Primaria.

Autores: (1) Oviedo García, Alberto Ángel; (1) Algaba Montes, Margarita; (2) Luque Escalante, María Luisa; (3) Sarmiento Jiménez, Francisco; (4) Rodríguez Lorenzo, Ángel; (5) Díaz Rodríguez, Nabor.

Centro de Trabajo: (1) Médico de Familia. Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Servicio de Urgencias Hospital de Valme. Sevilla; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina de Familia. Centro de Salud Virgen de Consolación. Unidad de Gestión Utrera Sur. Utrera.; (3) Médico de familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN. Centro de Salud Velez Norte. Málaga.; (4) Médico de Urgencias. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Clínica Nuestra Señora Perpetuo Socorro. Vigo.; (5) Médico de Familia. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Centro de Salud A Valenza. Barbadás. Ourense.

Resumen:

Introducción y Objetivos: Entrenamiento en Ecografía Abdominal en Atención Primaria (AP), para el diagnóstico precoz de Colecistitis Aguda (CA). Desde el Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN (GTE) proponemos extender el entrenamiento en Ecografía Abdominal a todos los Médicos de Familia (MFYC).

Material y Métodos: Se presenta el diagnóstico de CA mediante una evaluación ecográfica en AP. Disponemos de un ecógrafo Sonosite M-Turbo, con sonda Convex C60 de 2-5 MHz.

Resultados: presentamos un caso de CA, diagnosticado en AP, mediante el uso de la ecografía por el propio MFYC. La CA es una inflamación de la pared vesicular, manifestada por dolor en hipocondrio derecho y fiebre. El 90% se deben a la obstrucción

del cólico por cálculos, facilitando la sobreinfección bacteriana que es causa de graves complicaciones (sepsis, gangrena vesicular, perforación, abscesos perivesiculares...). Los hallazgos ecográficos de CA son vesícula distendida, engrosamiento de su pared, dolor a la compresión con el transductor (Murphy ecográfico)... Es la técnica diagnóstica de elección, ya que es segura, rápida y exacta, con una sensibilidad entre 90-95%, y una especificidad 70-90%. El GTE creemos que el aprendizaje en nuevas destrezas en el MFYC como la realización de una ecografía polivalente que asocie la información clínica y ecográfica en las mismas manos, con el aumento de la eficacia diagnóstica que de ello deriva.

Conclusiones: Incorporar la ecografía en los Centros de Salud y en Urgencias podría facilitar el diagnóstico precoz de CA, evitando sus graves complicaciones, aportando mayor seguridad clínica al paciente.

93/5. Paciente con hematuria ¿le hacemos una ecografía?

Autores: (1) Algaba Montes, Margarita; (2) Oviedo García, Alberto Ángel; (3) Avilés Vázquez, Inmaculada; (4) Sarmiento Jiménez, Francisco; (5) Rodríguez Lorenzo, Ángel; (6) Díaz Rodríguez, Nabor.

Centro de Trabajo: (1) Médico de Familia. Hospital de Valme. Sevilla; (2) Médico de Familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Servicio de Urgencias Hospital de Valme. Sevilla.; (3) Médico Residente de 3er año de medicina de Familia. Centro de Salud San Isidro. Los Palacios. Sevilla.; (4) Médico de Familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Centro de Salud Velez Norte. Málaga.; (5) Médico de Urgencias. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Clínica N.S. Perpetuo Socorro. Vigo.; (6) Médico de Familia. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Centro de Salud A Valenza. Barbadás. Ourense.

Resumen:

Introducción y Objetivos: Entrenamiento en Ecografía Abdominal en Atención Primaria. Desde el Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN (GTE) proponemos extender el entrenamiento en Ecografía Abdominal a todos los MFYC.

Material y Métodos: presentamos el diagnóstico de un carcinoma vesical (CV) mediante la realización de una ecografía en Atención Primaria. Disponemos de un ecógrafo Sonosite M-Turbo, con sonda Convex C60 de 2-5 MHz.

Resultados: CV es el más frecuente de los que afectan al tracto urinario, siendo el carcinoma urotelial el tipo histológico más frecuente en Europa (90%). La

presentación clínica inicial más frecuente es una hematuria indolora que se puede acompañar de síntomas miccionales. La ecografía puede ser útil, ya que puede confirmar la presencia de masas vesicales. Presentamos un varón de 82 años, que acudió al CS refiriendo hematuria intermitente, su médico le realizó una Ecografía observando una masa intravesical, por lo que lo derivó a urgencias, siendo ingresado en urología e intervenido mediante una resección transuretral a los pocos días, cursando tras el alta sin incidencias. El GTE creemos que el médico de familia debe adquirir nuevas destrezas, como la ecografía, que asocie la información clínica y ecográfica en las mismas manos, con el aumento de la eficacia diagnóstica que de ello deriva.

Conclusiones: Incorporar la ecografía en los CS podría facilitar el diagnóstico precoz CV, evitando graves consecuencias y aportando mayor seguridad clínica al paciente.

93/6. ¿Se puede diagnosticar la Hipertrofia ventricular izquierda en Atención Primaria?

Autores: (1) Algaba Montes, Margarita; (2) Oviedo García, Alberto Ángel; (3) Cervera Serrano, Juan; (4) Sarmiento Jiménez, Francisco; (5) Rodríguez Lorenzo, Ángel; (6) Díaz Rodríguez, Nabor.

Centro de Trabajo: (1) Médico de Familia. Hospital de Valme. Sevilla; (2) Médico de Familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Servicio de Urgencias Hospital de Valme. Sevilla.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla; (4) Médico de Familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Centro de Salud Velez Norte. Málaga.; (5) Médico de Urgencias. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Clínica N.S. Perpetuo Socorro. Vigo.; (6) Médico de Familia. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Centro de Salud A Valenza. Barbadás. Ourense.

Resumen:

Introducción y Objetivos: Entrenamiento de la Ecocardiografía en los Centros de Atención Primaria, para la valoración y diagnóstico precoz de la Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI). Desde el Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN (GTE) proponemos extender el entrenamiento en Ecocardiografía a todos los MFYC.

Material y Métodos: Se presenta el diagnóstico de la Hipertrofia del Ventrículo Izquierdo mediante una evaluación ecocardiográfica en Atención Primaria.

Disponemos de un ecógrafo Sonosite M-Turbo, sonda P21 de 1-5 MHz, con software de Ecocardiografía. **Resultados:** Los grosores normales del septo interventricular y la pared posterior del ventrículo izquierdo, al final de la diástole son de 6-11 mm. Para diagnosticar de hipertrofia debe ser superior a 13 mm, y para clasificarla como severa debería exceder los 18 mm. Presentamos el caso de un varón joven, sin antecedentes de interés, que acudió al Centro de Salud tras sufrir un síncope, realizándose una ecocardiografía básica por parte del médico de familia, observando una HVI severa con un septo de más de 40 mm, siendo derivado al servicio de cardiología del hospital de referencia, donde se le implantó un Desfibrilador Automático Implantable. Desde el GTE creemos en el aprendizaje de nuevas destrezas por parte del Médico de Familia, como la realización de una ecografía polivalente que asocie la información clínica y ecográfica en las mismas manos, con el aumento de la eficacia diagnóstica que de ello deriva.

Conclusiones: Incorporar la ecocardiografía en los Centros de Salud podría facilitar el diagnóstico precoz de la HVI.

93/7. Ecografía fast en urgencias extrahospitalarias

Autores: (1) Oviedo García, Alberto Ángel; (2) Algaba Montes, Margarita; (3) Cervera Serrano, Juan; (4) Sarmiento Jiménez, Francisco; (5) Rodríguez Lorenzo, Ángel; (6) Díaz Rodríguez, Nabor.

Centro de Trabajo: (1) Médico de Familia. Servicio Urgencias. Hospital de Valme. Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Sevilla; (2) Médico de Familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Servicio de Urgencias Hospital de Valme. Sevilla.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Velez Norte. Málaga.; (5) Médico de Urgencias. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Clínica N.S. Perpetuo Socorro. Vigo.; (6) Médico de Familia. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Centro de Salud A Valenza. Barbadás. Ourense.

Resumen:

Introducción y Objetivos: entrenamiento de Ecografía FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) y promover su utilización por las ventajas que ésta técnica presenta, por sus características de inocuidad, eficiencia y seguridad para el paciente con traumatismo abdominal.

Material y Métodos: valoración de hemoperitoneo mediante la evaluación ecográfica FAST ante un traumatismo abdominal. Usamos un ecógrafo Sonosite M-Turbo y con sonda Convex C60 de 2-5 MHz.

Resultados: La evidencia científica actual avala el uso de la Ecografía por el médico de familia de forma rotunda, por su rapidez, agilidad y seguridad para el paciente facilitando un diagnóstico precoz de patologías. El Grupo de Trabajo de Ecografía ha facilitado su uso a gran cantidad de médicos de familia por toda España, que somos los encargados de la atención urgente extrahospitalaria. Por otro lado, la ecografía se extiende a casi todas las especialidades y ya se habla de la “Ecografía como el fonendo del futuro”. Los médicos de familia no podemos quedarnos atrás. El término FAST fue acuñado describiendo una ecografía con 4 ventanas para valorar el abdomen traumatizado, buscando hemoperitoneo. El FAST consiste en la búsqueda ecográfica de líquido libre en la cavidad peritoneal. Este líquido libre se visualiza a través de la ecografía como una zona anecogénica (negra), en cualquiera de los cuadrantes evaluados.

Conclusiones: Incorporar la ecografía y protocolo FAST en los Servicios de Urgencias extrahospitalarios disminuye los tiempos globales de atención, puesto que somos más efectivos, eficientes y dinámicos, aportando mayor seguridad clínica al paciente.

93/8. ¿Es necesario disponer de punch para biopsia en Atención Primaria?

Autores: Díaz Casado de Amezua, Miguel; Florido Ávila, Juan José; Rodríguez Alcázar, Miguel Ángel; Gordillo Montoya, José Manuel; Hidalgo Fajardo, María José; Torrealba Aranda, Pilar.

Centro de Trabajo: Médico de Familia. Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. Málaga.

Resumen:

Introducción y Objetivos: Lesiones inespecíficas se resolverían con mayor eficiencia si dispusiéramos de punch para biopsia en cirugía menor frente a demora del Tercer Nivel (60 días).

Material y Métodos: Mujer, 44 años. Aparición súbita de lesiones pápulo-nodulares, pruriginosas e impetiginizadas en tronco y miembros superiores. Se pauta antihistamínico y antibiótico cursándose analítica con pruebas alérgicas y reumatológicas.

Revisión a la semana: lesiones de novo mezcladas con costras antiguas. Mantenemos antihistamínico remitiéndose a Dermatología preferente para biopsia y diagnóstico de PAPULOSIS LINFOMATOIDE (PL). Tratamiento Metrotexato (MTX) y Ácido Fólico. Pendiente TAC determine afectación extracutánea.

Resultados: Enfermedad linfoproliferativa cutánea primaria de células T CD30+. Incidencia a nivel mundial de linfomas cutáneos es de 0.5-1/10 5 habitantes. Etiología desconocida. Cursa con lesiones pápulo-vesiculosas y ulceradas (variceliforme), autolimitadas

en 2- 6 semanas, crónica y recurrente. Histología que simula una neoplasia linfoide maligna. Afecta a cualquier edad (40-60 años, 2.2 hombre/mujer). El 10% puede evolucionar a linfoma (Hodgkin, micosis fungoide, linfoma anaplásico T de células grandes) (1). Su diagnóstico precoz implica la aplicación del tratamiento con MTX o PUVA para curso benigno (2).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Pitiriasis liquenoide varioliforme aguda por estudio histopatológico. Micosis fungoide con PL- B por correlación clínico-patológica. Linfoma anaplásico de células grandes con PL-C, aquél con lesión única tumoral.

Conclusiones: Si Atención Primaria pudiese realizar biopsias cutáneas mejoraría la eficiencia: mayor rapidez, menor gasto y menor colapso del Tercer Nivel.

93/13. Creación de un Comité de Ética Asistencial

Autores: (1) Pérez Pérez, Fernando María; (2) González Doce, Víctor; (3) Jiménez Sánchez, Francisco José; (3) González Jiménez, Anabel; (3) Bohorquez Almendros, Natividad; (4) González Rodríguez, Alejandro.

Centro de Trabajo: (1) Clínica La Salud. Cádiz; (2) Jefe del Servicio de Urgencias Clínica La Salud. Cádiz; (3) Servicio de Urgencias. Clínica La Salud. Cádiz; (4) Director Médico Clínica La Salud. Cádiz.

Resumen:

Introducción y Objetivos: La actividad del médico de familia se dirige al ser humano enfermo, por lo que debe mostrar un comportamiento moral alto. En ocasiones el profesional no encuentra apoyo en el sentido común para decidir su conducta y su conciencia sólo encuentra dudas. El Comité de Ética Asistencial (CEA) presta un valioso servicio al médico de familia, al paciente y a la sociedad, ayudando a tomar la decisión más adecuada. Los comités han adquirido un papel relevante y no existe un hospital de cierta complejidad tecnológica sin su CEA.

En nuestra Clínica el Servicio de Urgencias está constituido mayoritariamente por médicos de familia, de quienes ha partido la iniciativa de la creación de un CEA.

1. Objetivos: Creación del CEA y solicitar su acreditación a la Junta de Andalucía.
2. Organización de un foro de Bioética estable en la localidad.
3. Ofrecer el CEA a otros hospitales y empresas sanitarias privadas.

Material y Métodos:

1. Revisión bibliográfica.
2. Asesoramiento por Administración (Consejería de Salud), Comisión Deontológica del Colegio de Médicos y Asociación Española de Ética y Bioética Médica.

3. Establecimiento de un Foro de Bioética local
4. Constitución del CEA y solicitud de su acreditación. Se selecciona a profesionales que hayan solicitado su participación según su curriculum y formación en Bioética.

Resultados: Constitución de la plataforma para la creación del CEA

Conclusiones: Servir de cauce de comunicación entre profesionales implicados en la toma de decisiones en situaciones clínicas complejas, que podría servir de foro para la elaboración de recomendaciones y algoritmos que asistan en la toma de decisiones en estas situaciones complejas.

93/15. Creación de una Comisión de Formación por Médicos de Familia

Autores: (1) Pérez Pérez, Fernando María; (2) González Doce, Víctor; (3) Jiménez Sánchez, Francisco José; (3) González Jiménez, Anabel; (3) Bohorquez Almendros, Natividad; (4) González Rodríguez, Alejandro.

Centro de Trabajo: (1) Clínica La Salud. Cádiz; (2) Jefe del Servicio de Urgencias Clínica La Salud. Cádiz; (3) Servicio de Urgencias. Clínica La Salud. Cádiz; (4) Director Médico Clínica La Salud. Cádiz.

Resumen:

Introducción y Objetivos: La Clínica La Salud es una clínica privada de 44 camas hospitalarias cuyo Servicio de Urgencias y las urgencias en Plantas de Hospitalización son atendidas mayoritariamente por médicos de familia, de los que surge esta iniciativa.

Objetivos:

1. Constitución de una Comisión de Formación con implicación de los diferentes profesionales de la Clínica.
2. Elaboración y puesta en marcha de un programa de formación continuada para las diferentes categorías profesionales de la Clínica.
3. Creación de una plataforma de formación on-line.
4. Coordinación de la elaboración y publicación de unos protocolos de actuación en Urgencias de la Clínica.
5. Coordinación y organización de Jornadas, Cursos y Talleres, tanto a profesionales de la Clínica como externos

Material y Métodos:

1. Constitución de una Comisión de Formación Continuada multidisciplinar.
2. Establecimiento de un programa anual de cursos dirigido a profesionales de las diferentes categorías.
3. Creación de una página web para formación on-line con acceso mediante claves personales
4. Acuerdo con diferentes Instituciones y empresas privadas de la zona (Colegio de Médicos, Escuela Universitaria "Salus Infirmorum", Empresa de Transporte de Críticos Semyu112) para programar actividades formativas conjuntas.

Resultados: Mejora de la formación continuada que ha implicado de forma organizada a los profesionales de las diferentes categorías y la publicación de los resultados para animar a otros Médicos de Familia a implicarse en la formación continuada.

Conclusiones: La formación continuada a los profesionales sanitarios y su implicación en actividades formativas es la piedra angular de la calidad asistencial y juega un papel fundamental tanto para el profesional y los pacientes como para las familias y la sociedad

93/17. *Primum non nocere*"conocimiento y manejo de A.I.N.E.S. por los profesionales de un Centro de Salud

Autores: (1) Capote Galindo, Antonio; (2) Gallego Gallego, Gema; (3) Alcántara Campos, Pedro; (4) Calle Molina, Francisca.

Centro de Trabajo: (1) Médico de Familia. Centro de Salud de Nerja. Málaga; (2) Auxiliar de Enfermería. Centro de Salud de Nerja. Málaga; (3) Enfermero. Centro de Salud de Nerja. Málaga; (4) Enfermera. Centro de Salud de Nerja. Málaga.

Resumen:

Introducción y Objetivos: En todas las publicaciones y estudios existentes (Servicio de Uso Racional del Medicamento, SERVICIO CANARIO DE LA SALUD, CADIME, Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud...), se definen los AINES como fármacos sin acción curativa, para el alivio sintomático. Debemos prescribirlos cuando otros analgésicos como el paracetamol, no resultan eficaces y/o exista un componente inflamatorio; para que el riesgo no sea mayor por el medicamento que usamos para tratar su afección. En este marco, realizamos un estudio sobre la realidad del conocimiento, uso y manejo de AINES en nuestro centro, comparándolo con las recomendaciones

Material y Métodos: Revisión bibliográfica

Encuestas personales por escrito

Exploración de datos y comparativas con hoja de cálculo

Resultados: Conocimiento del manejo de AINES en el centro.

Valoración de los conocimientos de los profesionales y su implicación en el uso correcto de AINES

Comparativa con las recomendaciones de las sociedades científicas.

Planteamiento de cortes futuros para estudiar los cambios o posibles mejoras

Conclusiones: El conocimiento sobre la situación actual y su comparativa con las recomendaciones, difundiendo posteriormente los resultados, puede hacer que se incremente la implicación de los profesionales y la aplicación más correcta de los

conocimientos científicos detectando posibles áreas de mejoras e incidiendo sobre ellas

93/18. La recaída en tabaquismo, un estudio descriptivo de sus causas.

Autores: (1) Serrano Guerra, Francisco José; (1) Ángel Maqueda, Rafael; (1) Domínguez Santaella, Miguel; (2) Vega Jiménez, María Auxiliadora; (2) Fernández-Figares Montes, Cristina; (2) Titos Vela, María.

Centro de Trabajo: (1) Médico de Familia. Centro de Salud Victoria. Málaga; (2) Médico Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Victoria. Málaga.

Resumen:

Introducción y Objetivos: Las terapias para ayudar a la cesación del hábito tabáquico deben tener como objetivo principal el mantenimiento durante el mayor tiempo posible de la abstinencia del consumo de nicotina. Las caídas puntuales son consideradas como normales dentro del proceso de cambio del fumador, pero a pesar de ello son también la puerta de entrada para la recaída mantenida en el tiempo. Nos parece interesante conocer cuáles son los motivos cruciales que pueden provocar la recaída para incidir en ellas en las intervenciones en las fases de mantenimiento.

Material y Métodos: Se recogen los datos de los cuestionarios de antecedentes pasado a fumadores que van a iniciar la terapia grupal multicomponente para dejar de fumar. Se analizan los periodos en los que los fumadores han estado sin fumar y los motivos que provocaron la recidiva del tabaquismo. Analizamos pues las causas percibidas por los pacientes.

Resultados: Se analizan 111 cuestionarios recogidos en los grupos para dejar de fumar. Período de 2010 a 2013. Centro de salud urbano. 43% Hombres 67% Mujeres. Edad media: 51.7 años. Tiempo medio como fumador: 31.19 años. El 15% nunca ha hecho intentos serios para dejar de fumar. 47 explican el motivo que le provoca la recaída. Causa principal de recaída: final del embarazo:17; nervios/ansiedad:13. Ambiente laboral: 6. Acontecimiento vital: 6. Fantasías de control: 5.

Conclusiones: El embarazo se presenta en nuestro estudio como un buen momento para favorecer la toma de conciencia por parte de la mujer de la necesidad de abandonar el tabaco. La ansiedad se da en las recaídas más precoces. Creemos necesario adaptar los programas de tabaquismo para hacer captación más activa en púerperas que han sido fumadoras.

93/19. Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con riesgo cardiovascular frente a un grupo control.

Autores: (1) Pérez Durillo, Francisco Tomás; (1) García Ballesteros, Juan Gabriel; (2) Villarejo Villar, Ana Belén; (3) Pérez Durillo, Josefa; (4) Contreras Castellano, Francisco Fernando; (3) López Velasco, María del Carmen.

Centro de Trabajo: (1) Médico de Familia. Centro de Salud de Bailén. Jaén.; (2) Licenciada en Farmacia. Centro de Salud de Bailén. Jaén.; (3) Diplomada Universitaria en Enfermería. Centro de Salud de Bailén. Jaén.; (4) Diplomado Universitario en Enfermería. Centro de Salud de Bailén. Jaén.

Resumen:

Introducción y Objetivos: La alimentación desempeña un papel fundamental en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares que a su vez constituyen la primera causa de muerte en el mundo occidental. El objetivo del estudio es determinar las diferencias en alimentación entre pacientes con riesgo cardiovascular.

Material y Métodos: Estudio descriptivo observacional con pacientes mayores de 50 años de un centro de salud rural. Grupo con pacientes diabéticos y/o hipertensos (GE) y un grupo control (GC). Determinación de datos sociodemográficos y cuestionario de adherencia a dieta mediterránea (CADM).

Resultados: 43 pacientes (20 GE y 20 GC). Edad media 55,4±4,4 años (GC) vs 57,5±3,8 años (GE). El 90,0% tiene una educación básica. El 92,5% están casados. El 68,4% estaban desempleados. Fumaba el 22,2% (GC) frente al 30,0% (GE). El 67,6% de los pacientes del GC no consumía alcohol frente al 60,0% GSM. Todos los pacientes utilizaban el aceite de oliva como grasa principal para cocinar. El 44,4% de los pacientes GC consumían pescado o marisco con frecuencia frente al 35,0 de los paciente GE. Consumían tres o más piezas de fruta al día el 55,6%% GC vs 20,0% GSM (p<0,05). El 31,6% de los pacientes GE consumían al menos una bebida carbonatada al día frente al 11,1% del GC. El 72,2% GC consume semanalmente frutos secos frente al 10,0% del GE (p<0,001). La puntuación media total del CADM fue 8,6±1,6 GC vs 6,9±2,0 GSM (p<0,01).

Conclusiones: Los pacientes diabéticos e hipertensos presentan una menor adherencia a la dieta mediterránea la cual está asociada con un menor riesgo cardiovascular.

93/20. Adecuación de tratamiento antitrombótico e hipolipemiante de pacientes en prevención secundaria cardiovascular.

Autores: (1) Ginel Mendoza, Leovigildo; (2) Morales Naranjo, Juana.

Centro de Trabajo: (1) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Victoria. Málaga.

Resumen:

Introducción y Objetivos: Las guías de práctica clínica recomiendan utilizar antitrombóticos y estatinas en prevención secundaria cardiovascular (PSCV). Objetivo: caracterizar el uso de estos fármacos en PSCV, factores de riesgo cardiovascular asociados y objetivos alcanzados en el control lipídico.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, en dos centros de salud urbanos. Año 2012. Se analizaron 118 historias consecutivas de pacientes en PSCV citados durante tres semanas. Variables: Edad, sexo, enfermedades cardiovasculares (ECV), uso de estatinas, antitrombóticos y tipo de estos así como niveles lipídicos. Son comparados mediante t de student, ANOVA, χ^2 , regresiones y correlaciones.

Resultados: El 59% eran hombres. Presentaban cardiopatía isquémica el 45%, enfermedad cerebrovascular 30.5% y arterial periférica 6.8%. Varias ECV 17%. Estatinas 63%. Simvastatina 36%, atorvastatina 32%, rosuvastatina 8.5%, otras 3%. Antiagregantes 71% y anticoagulantes 25%. AAS 74%, triflusal 12%, clopidogrel 12%. FRCV: HTA 83,1%, dislipemia 59,3%, diabetes 49,2%, exfumadores 42,2%, obesidad 33,3%. Colesterol-LDL 93.75(\pm 3.6) mg/dl, triglicéridos 142,19(\pm 9.5) mg/dl. Colesterol-LDL <100 mg/dl 62,7 %. <70 mg/dl 20,3 %. Riesgo relativo de colesterol-LDL <100 con uso de estatinas 2,15 (1.209-3.842, $p < 0.001$). Los factores predictores de la existencia de niveles de colesterol-LDL <100 con significación estadística fueron, los niveles de colesterol LDL bajos y el IMC alto.

Conclusiones: Solo menos de dos tercios de los pacientes en PSCV consumía estatinas, en cambio, casi todos los pacientes tenían antitrombóticos. Más de la mitad de pacientes en PSCV presentaba cardiopatía isquémica. El IMC alto se asocia a niveles de colesterol-LDL menores de 100mg/dl.

93/21. Factores psicológicos y sociales relacionados con el control metabólico de diabéticos tipo 2 en atención primaria.

Autores: (1) Atienza Martín, Francisco; (2) Revuelta Pérez, Francisco; (3) Rodríguez Fernández, Luisa María; (4) Losada Ruiz, Carmen; (5) García Ballesteros, Juan Gabriel; (6) Ortega Blanco, José Asterio.

Centro de Trabajo: (1) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Virgen de África. Sevilla.; (2) Psicólogo. Departamento Psicología Clínica. Universidad de Huelva; (3) Psicóloga. Departamento Psicología Clínica. Universidad de Huelva; (4) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Adoratrices. Distrito Sanitario Huelva-Costa; (5) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Bailén. Distrito Sanitaria. Jaén Norte; (6) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Molino de la Vega. Distrito Sanitario. Huelva- Costa.

Resumen:

Introducción y Objetivos: El control metabólico en diabéticos tipo 2 es importante en la prevención de complicaciones. Objetivo: evaluar la relación entre diversos factores psicológicos y sociales y el control metabólico de diabéticos tipo 2 (hemoglobina glicosilada <8%) seguidos en atención primaria

Material y Métodos: Encuesta y revisión clínica de 185 diabéticos tipo 2. Variables estudiadas: demográficas, nivel educativo, estado civil, personalidad, malestar psíquico, apoyo social, estilo de afrontamiento del estrés función familiar y adherencia terapéutica. Análisis bivariante y multivariante mediante regresión logística binaria

Resultados: Controlados (HbA1c <8%) el 83,6% (IC95%: 72,6-89,4). En el modelo bivariante resultaron estadísticamente significativas las variables:

- Estado civil: casados el 83,5% de los controlados frente al 63,3% de los no controlados ($p = 0,047$)

- El estilo abandono de afrontamiento del cuestionario COPE: 1,83 en los controlados, 2,14 en los no controlados ($p = 0,047$)

- La presencia de disfunción familiar en el cuestionario APGAR-familiar: 4,9% en los controlados frente a 31,6% en los no controlados ($p = 0,017$)

El modelo multivariante mostró como significativas las variables: nivel educativo, subescala de depresión grave del GHQ-28, estilos abandono del afrontamiento y concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones del COPE, con la fórmula: $\text{logit}(p) = 0,612 + 1,557 \cdot \text{Nivel Educativo} + 1,147 \cdot \text{COPE: concentrar esfuerzos} - 0,368 \cdot \text{GHQ: depresión grave} - 1,172 \cdot \text{COPE: abandono del afrontamiento}$

Conclusiones: Diversos factores psicológicos y sociales se relacionan con el control metabólico de diabéticos tipo 2 por lo que parece adecuado investigar estos factores en pacientes con mal control

93/22. Factores psicológicos y sociales relacionados con la adherencia terapéutica de pacientes con alto riesgo cardiovascular

Autores: (1) Atienza Martín, Francisco; (2) Revuelta Pérez, Francisco; (3) Rodríguez Fernández, Luisa María; (4) Losada Ruiz, Carmen; (5) García Ballesteros, Juan Gabriel; (6) Ortega Blanco, José Asterio.

Centro de Trabajo: (1) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Virgen de África. Sevilla.; (2) Psicólogo. Departamento Psicología Clínica. Universidad de Huelva; (3) Psicóloga. Departamento Psicología Clínica. Universidad de Huelva; (4) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Adoratrices. Distrito Sanitario Huelva-Costa; (5) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Bailén. Distrito Sanitaria. Jaén Norte; (6) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Molino de la Vega. Distrito Sanitario. Huelva- Costa.

Resumen:

Introducción y Objetivos: Evaluar la relación entre diversos factores psicológicos y sociales y la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes de alto riesgo cardiovascular

Material y Métodos: Encuesta y revisión clínica a 211 pacientes de alto riesgo cardiovascular atendidos en atención primaria. Variables estudiadas: demográficas, nivel educativo, número de fármacos utilizados, personalidad (EPQ), malestar psíquico (GHQ-28), afrontamiento (COPE), función familiar (APGAR-familiar), creencias sobre medicamentos (BMQ) y adherencia (Morisky-Green). Análisis bivalente y multivalente por regresión logística binaria en relación a ser o no adherente

Resultados: Edad media de 65,2 años, mujeres el 52,1%. En el análisis bivalente resultaron significativas las variables:

- Edad: 66,9 en cumplidores y 63,9 en incumplidores ($p=0,014$)
- Nivel educativo: 26,1% de universitarios en cumplidores y 14,6% en incumplidores ($p=0,041$)
- Número de fármacos: 9,7 frente a 11,7 ($p=0,011$)
- Neuroticismo (EPQ): 5,2 frente a 6,2 ($p=0,035$)
- Malestar psíquico Escala global del GHQ-28 (y todas sus subescalas): 5,5 frente a 10,7 ($p<0,0001$)
- Estilo de afrontamiento negación (COPE): 1,74 frente a 1,92 ($p=0,026$)
- Puntos del APGAR-familiar: 9,1 frente a 8,3 ($p=0,008$)
- Creencias sobre medicamentos (BMQ): 15,7 frente a 25 ($p<0,0001$)

En el análisis multivalente la variable más predictora fueron las creencias sobre medicamentos que tenían una magnitud de efecto muy alta (d de Cohen= 2,628)

Conclusiones: Diversas variables y especialmente las creencias negativas sobre los medicamentos influyen en la conducta de adherencia de estos pacientes por lo que parece importante tenerlas en cuenta en su evaluación e intervenciones

93/25. Análisis de circuito de derivación por sospecha de malignidad en Atención Primaria

Autores: (1) Gutiérrez Cabanas, Manuel; (2) Del Olmo Zamora, Roberto; (3) Martín Herruzo, Ana Isabel.

Centro de Trabajo: (1) Médico de familia. Centro de Salud Daroca. Madrid; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Daroca. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud El Espinillo. Madrid.

Resumen:

Introducción y Objetivos: La implantación del circuito de derivación por sospecha de malignidad ha supuesto un avance en las herramientas que dispone el médico de familia para garantizar una atención adecuada a su sospecha diagnóstica. Permite que estos pacientes sean atendidos en su contexto y en un tiempo máximo garantizado. Objetivo general: Analizar la correlación y la calidad de las remisiones. Objetivos secundarios: estratificar por servicios más demandados y las patologías más susceptibles

Material y Métodos: Base de datos de 95 pacientes derivados por este circuito periodo junio-diciembre 2012, búsqueda por CIAP en historia clínica electrónica, revisión y análisis de las variables mediante SPSS 15.0.

Resultados: Correlación diagnóstica 37% y descarte de malignidad 38%. Adecuación 86%, calidad de información proporcionada por médico de familia suficiente y adecuada 80%. Especialidades más demandadas: ginecología (31 casos), digestivo y cirugía general (13 y 8 casos respectivamente) y dermatología (15 casos). En orden decreciente de frecuencia encontramos patología de mama, colon, metrorragias y lesiones de piel principalmente. El mayor grado de correlación para cáncer de próstata en 67%. Tiempo espera medio 8 días.

Conclusiones: Tenemos la responsabilidad desde atención primaria de garantizar y asegurar la persistencia de este recurso mediante su uso racional y adecuado. Consideramos los resultados como favorables en cuanto al grado de patología confirmada y descartada como en los tiempos de demora. Entendemos cada vez más imprescindible el adecuado flujo de información entre atención especializada y primaria para poder desarrollar este tipo de evaluaciones.

93/31. Podemos utilizar el dispositivo COPD 6 como screening de la EPOC en Atención Primaria?

Autores: (1) Del Olmo Zamora, Roberto; (1) Martín Herruzo, Ana Isabel; (1) Gutiérrez Cabanas, Manuel; (2) Martín Herruzo, Susana; (3) Nuñez Bermejo, Alberto; (2) Fernández Inclán, Carmen.

Centro de Trabajo: (1) Médico de familia. Centro de Salud Daroca. Madrid; (2) Enfermera. Centro de Salud Daroca. Madrid; (3) Enfermero. Centro de Salud Daroca. Madrid.

Resumen:

Introducción y Objetivos: EPOC enfermedad infradiagnosticada elevada prevalencia (España 10.2%). Estimado que hasta 70% de pacientes con EPOC están sin diagnosticar. Infradiagnosticada por dificultad en atención primaria para realizar espirometrías fiables.

COPD6 es dispositivo que mide FEV1/FEV6, permitiendo identificar resultados con riesgo EPOC en etapa presintomática para permitir intervenciones tempranas.

Material y Métodos: Ofrecimos a pacientes fumadores asintomáticos mayores de 40 años que acudieron consulta durante un mes realizar prueba función pulmonar, realizándoles 3 maniobras con COPD6 y otras 3 con espirometro, registrándose la mejor. Recogiéndose variables: sexo, edad, número cigarrillos/día, edad inicio tabaquismo, años fumando, número paquetes/año, resultado COPD6 y resultado espirometría

Resultados: Realizándose a 22 pacientes con media edad 59.22 años, varones 63,4 %. Consumían media 18.63 cigarrillos/día, media edad inicio tabaco 16.56 años, media años fumando 41.64, número paquetes/año medio 39.23.

Al realizar COPD 6, resultado normal en 14 pacientes (63.64 %) todos con prueba espirometría normal. Resultado COPD6 anormal en 8 pacientes (36.6%) con espirometría: patrón obstructivo 4 pacientes (50 %), mala técnica 2 (25 %) y normal 2 (25 %).

Conclusiones: Difícil realizar a todo paciente fumador mayor 40 años espirometría en consultas AP, opción viable utilización COPD6 como screening, en estudio correlación 100 % si prueba normal y 50 % si anormal, sólo se realizaría espirometría a pacientes con resultado CODP6 alterado.

Existiendo adecuada correlación entre resultados COPD6 y espirometría, COPD6 podría ser buen método screening de EPOC en consulta.

93/32. Características de las solicitudes de mamografías en un centro de salud

Autores: (1) Del Olmo Zamora, Roberto; (1) Martín Herruzo, Ana Isabel; (1) Gutiérrez Cabanas, Manuel; (2) Martín Herruzo, Susana; (2) Fernández Inclán, Carmen; (2) Melchor Mencía, María Isabel.

Centro de Trabajo: (1) Médico de familia. Centro de Salud Daroca. Madrid; (2) Enfermera. Centro de Salud Daroca. Madrid.

Resumen:

Introducción y Objetivos: Determinar el número de pacientes se solicita mamografías en centro salud, determinar patologías que originan la derivación y resultado mamografías

Material y Métodos: Analizamos mamografías solicitadas en centro salud con población de 17.895 pacientes durante 2012.

En las derivaciones se revisaron: edad, derivación normal /preferente, causa de dicha solicitud y resultado BIRADS de mamografía.

Resultados: Se solicitaron 72 mamografías (0.4 % de la población), sólo 2 de forma preferente (2.77 %).

Las causas de derivación: mastalgia 22.22 %, presencia nódulo 18.06 %, screenig por antecedente familiar 11.1 %, retracción pezón 4.17 %, secreción pezón 4.17 %, control de alteración en mamografía previa %, retracción piel mama 1.38 %. En 29.17 % mamografías no se especifico el motivo derivación (21 mamografías).

Resultado de BIRADS 0 en 2.78 % mamografías, 1 en 29.17 %, 2 en 58.33 %, 3 en 2.79 % y 4 en 5.56 %.

Conclusiones: Se han solicitado pocas mamografías “no de screenig”. Llama la atención que en 1/3 derivaciones no se especificó el motivo.

Las causas derivación más frecuente: mastalgia, nódulo y screenig por antecedente familiar.

El resultado fue benigno en mayoría mamografías

93/33. Cómo realizamos el AMPA en consulta: Comparativa en dos centros de salud.

Autores: (1) Martín Herruzo, Ana Isabel; (1) Del Olmo Zamora, Roberto; (1) Gutiérrez Cabanas, Manuel; (2) Martín Herruzo, Susana.

Centro de Trabajo: (1) Médico de familia. Centro de Salud Daroca. Madrid; (2) Enfermera. Centro de Salud Daroca. Madrid.

Resumen:

Introducción y Objetivos: AMPA es útil en diagnóstico y evaluación grado de control de HTA con mayor reproductibilidad que TA en consulta y similar a MAPA diurna.

Determinar si pacientes hipertensos realizan AMPA en domicilio, características del tensiómetro utilizado por pacientes hipertensos para realizar AMPA y procedencia del mismo.

Material y Métodos: Estudio descriptivo transversal observacional realizado en dos centros salud donde se preguntó a pacientes hipertensos que acudieron a consulta durante una semana si tenían tensiómetro en domicilio, en caso afirmativo realizaron cuestionario recogiendo variables: edad, sexo, tipo de tensiómetro, procedencia del aparato, determinando cómo, por quién y dónde lo adquirieron.

Resultados: Se preguntó a 143 pacientes hipertensos, de los cuales 46 (32.2%) tenían tensiómetro en casa, de ellos 28 mujeres (60.9%) con edad media de 72.84 años, con edades comprendidas entre 45 y 91 años (mediana de edad 74.5 años).

Según el tipo de tensiómetro 47.8% eran de muñeca y 52.2% de brazo, con distribuciones cercanas al 50% en mayores de 60 años, predominando los de brazo en estos últimos (85,7%)

Respecto a la procedencia del tensiómetro el 54,3% habían sido regalados (45,7% por familiares 8,7% amigos

Conclusiones: En nuestro estudio no hay un predominio claro en el tipo de tensiómetro, distribuyéndose prácticamente por igual los de brazo y muñeca, sólo se han visto diferencias al estratificar por edad en menores de 60 años.

El origen se distribuye casi por igual entre los tensiómetros que son regalados a los pacientes y los que éstos compran, no habiéndose observado diferencias significativas por edades.

93/34. Analizamos a nuestros pacientes con fibrilación auricular: se pareceran a los de otros estudios publicados

Autores: (1) Martín Herruzo, Ana Isabel; (1) Del Olmo Zamora, Roberto; (1) Gutiérrez Cabanas, Manuel; (2) Martín Herruzo, Susana.

Centro de Trabajo: (1) Médico de familia. Centro de Salud Daroca. Madrid; (2) Enfermera. Centro de Salud Daroca. Madrid.

Resumen:

Introducción y Objetivos: Comparar características de pacientes con fibrilación auricular (FA) del C.S. Almendrales en Madrid con otros estudios publicados.

Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal utilizando el programa OMI-AP se revisaron historias clínicas de pacientes del C.S. Almendrales en Madrid en cuyo historial figuraba

episodio de arritmia cardiaca o FA (población total 23.303 pacientes con un 19% >de 65 años) de los 149 pacientes encontrados presentaban FA 80, hombres 44 y mujeres 36. En estos pacientes se revisaron: edad, sexo, FR, anticoagulación /antiagregación comparando estos datos con los obtenidos en otros estudios publicados.

Resultados: La prevalencia de FA en nuestro estudio fue del 0.34%, similar a la encontrada en los demás estudios (0.4%). Sin embargo, se encontraron diferencias en el grupo de pacientes mayores de 65 años (1.59% en nuestro estudio frente a cifras alrededor del 5% en otros estudios consultados). En distintos estudios revisados se encontró que los pacientes con FA presentaban HTA en un porcentaje entre el 49 al 86.3%, suponiendo en nuestro estudio un 71.25%.

En nuestro estudio se observó que de los pacientes con FA el 66.25% estaba anticoagulado y el 27.5 % antiagregado (20% AAS, 6.25% Clopidogrel, 1.25% otros), no recibiendo tratamiento anticoagulante ni antiagregante 6.25% de pacientes.

Según datos del estudio Cardiotens, sólo el 41% de hipertensos con FA seguidos en atención especializada estaban anticoagulados y el 26% en atención primaria. En otro estudio revisado el porcentaje de pacientes no antiagregados ni anticoagulados suponía un 36%.

Conclusiones: La prevalencia de FA en nuestro estudio es similar a la observada en la bibliografía consultada.

En nuestro estudio se confirma la elevada prevalencia de HTA en pacientes con FA, siendo ésta mayor en nuestro estudio que en estudios consultados.

Comparando datos de nuestros pacientes con otros estudios se observa un porcentaje de pacientes que reciben profilaxis tromboembólica superior.

Comunicaciones Residentes

93/10. Perfil del paciente anticoagulado

Autores: (1) López-Sidro Ibañez, Rafael; (2) Jiménez de la Cruz, Manuel; (1) López Rivero, Cristina; (2) Alonso Ródenas, Manuel; (3) Aguirre Rodríguez, Juan Carlos.

Centro de Trabajo: (1) Médico Residente. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (3) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Casería de Montijo. Distrito Sanitario Granada.

Resumen:

Introducción y Objetivos: Los Anticoagulantes Orales (ACO) contribuyen a la prevención de eventos tromboembólicos. Tienen un estrecho margen terapéutico y frecuentes interacciones. El incremento de pacientes con ACO y la posibilidad del control ambulatorio del INR, han hecho que la Atención Primaria se vaya haciendo cargo del control de estos pacientes y del inicio de nuevos tratamientos.

Objetivos: Analizar el perfil típico del paciente anticoagulado de nuestra área

Material y Métodos: Revisamos las historias de 208 pacientes anticoagulados, y analizamos los datos demográficos, el grado de control, complicaciones y comorbilidades

Resultados: Mujeres: 51.44%, edad media: 73.6±11.5 y 6.39±3.79 años de tratamiento. 35 pacientes eran controlados en el hospital. Las indicaciones más frecuentes fueron FA(62.7%), Prótesis valvular (18.4%), TVP(8.6%) y TEP(5.4%). Cada paciente tuvo una media de 15.69±5.19 controles anuales de los cuales 8.36±2.67 estaban en rango (57.1±19.54%). Analizamos una media de 315 días/paciente, estando en rango sólo 200.79 días (64.6±18.9%). Presentaron 8 complicaciones (4.32%). Se asociaba HTA(61%), Dislipemia (25.4%) y DM (20.5%); 2 patologías crónicas (24.87%) y 3 (15.13%).

Conclusiones: El paciente tipo en tratamiento con ACO es una mujer de 76 años de edad, hipertensa, con FA de más de 6 años de evolución, que toma 15 mg/semana de Acenocumarol, a la que se hacen unos 16 controles al año, con INR medio de 2.6 y un escaso grado de control.

93/11. Grado de control de los pacientes anticoagulados de nuestra zona

Autores: (1) López-Sidro Ibañez, Rafael; (1) López Rivero, Cristina; (2) Alonso Ródenas, Manuel; (2) Jiménez de la Cruz, Manuel; (3) Aguirre Rodríguez, Juan Carlos.

Centro de Trabajo: (1) Médico Residente. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada; (3) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Casería de Montijo. Distrito Sanitario Granada.

Resumen:

Introducción y Objetivos: El estrecho margen terapéutico de los anticoagulantes orales (ACO) hace que tengamos que someter a los pacientes que los utilizan a frecuentes controles, pero aún así no sabemos exactamente qué grado de control presentan, ya que podemos utilizar varios métodos: valor medio del INR en un periodo determinado, porcentaje de controles, o número de días en rango (Método de Rosendaal). Éste último parece ser el método más adecuado, pero debido a su dificultad suele ser el menos utilizado.

Material y Métodos: Valorar el grado de control de nuestros pacientes anticoagulados según valor medio de INR, porcentaje de determinaciones en rango y Rosendaal

Resultados: INR medio: 2.6±0.35. Controles realizados: 15.69±5.19/paciente; INR controlados: 8.36±2.67/paciente (57.1±19.54%). Días de seguimiento: 47258 (315±50.94/paciente), Días en rango: 30118 (200.79±63.95/paciente). Pacientes controlados según el valor medio INR: 93.33%; según el número determinaciones en rango: 32%; según Rosendaal: 46.66%

Conclusiones: El grado de control de nuestros pacientes anticoagulados es inferior al 50%. Es obligado revisar estos datos para obtener propuestas de mejora.

93/12. ¿Registramos de forma adecuada los datos en la historia de los pacientes anticoagulados?

Autores: (1) López Rivero, Cristina; (2) Alonso Ródenas, Manuel; (1) López-Sidro Ibañez, Rafael; (2) Jiménez de la Cruz, Manuel; (3) Aguirre Rodríguez, Juan Carlos.

Centro de Trabajo: (1) Médico Residente. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada; (3) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Casería de Montijo. Distrito Sanitario Granada.

Resumen:

Introducción y Objetivos: El seguimiento de los pacientes tratados con Anticoagulantes Orales(ACO) es responsabilidad de Atención Primaria(AP). Pautinamente asumimos este papel y comenzamos a

registrar sus datos en la historia clínica. Actualmente, tenemos pacientes que siguen controlándose en el ámbito hospitalario, y otros a nuestro cargo.

Objetivos: Valorar la calidad de registro en las historias de los anticoagulados

Material y Métodos: Revisamos las historias de 208 anticoagulados y analizamos qué datos aparecen y cuáles no constan.

Resultados: El 72.12% son pacientes seguidos en AP. Datos que faltan: Dosis ACO (25.48% de historias; 16% de AP y 50% de hospital), Tipo ACO (8.65%; 0.6 y 29.31% respectivamente), Controles INR (100% de pacientes del hospital), Indicación del ACO (8.17%; 3.33 en AP y 20.69 en hospital); años con ACO (5.04; 0.6 y 20.69 AP/hospital). La función renal no aparece en 78.36% de historias (77.33 y 81.03).

Conclusiones: Hay diferencias de registro entre las historias de los anticoagulados seguidos en AP/hospital: en AP faltan datos en 1/5 historias (20.66%), mientras que faltan datos en todas las historias de los seguidos en hospital. Lo que más echamos en falta es: función renal, INR, dosis/tipo de ACO, indicación del ACO y los años que el paciente lleva en tratamiento. Por tanto, ya que el sistema de registro es diferente en ambos niveles, se precisa una especial coordinación con el servicio de hematología de referencia para poner en común los datos de nuestros anticoagulados. Es necesaria una hoja de control específica en la HSD para registro de INR para unificar registros y eventos

93/23. Adolescentes y Ocio

Autores: (1) León Arévalo, Isabel; (2) Pardo Álvarez, Jesus; (1) Zaval Díaz, Sheila; (1) Gómez Rosa, Francisco; (2) Pedregal González, Miguel; (2) Ortega Carpio, Antonio.

Centro de Trabajo: (1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud El Torrejón. Huelva; (2) Médico de Familia. Centro Salud El Torrejón. Huelva.

Resumen:

Introducción y Objetivos: Conocer practicas de ocio tienen los adolescentes que puedan afectar su estado de salud. Valorando saludables y sedentarios. Analizar relación de hábitos tóxicos con actividades de ocio.

Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo. Centros de secundaria zona urbana.

Muestra 200 adolescentes entre 13-17 años.

Encuesta estructurada respecto a práctica de deportes, consumo de televisión, Internet, videoconsolas, hábito de lectura o asistencia a otras actividades.

pilotada en 25 adolescentes sometida a prueba de jukes. Variables cualitativas frecuencias y para relación Chi cuadrado.

Resultados: Hombres 53,3% mujeres 46,7%. Edad media 14,08 (dt 1,052). 70,7% practica deporte fuera del horario escolar, 58,3% menos de 3 horas semanales. Ve TV 4 h o más al día 22,7% y 57,8% 2-3 horas. Utiliza diariamente Internet para jugar o chatear 2 h o mas 64,8%, juega diariamente videoconsola 2h o mas 21,6%. No tiene Internet 5,5%, y videoconsolas 15,1%. No lee un libro 52,8% . No ha ido al cine en último año 18%. Duerme al día al menos 7 h 84,9%, acostándose antes de las 23 h 24,6%, y 23-24 h 49,2%. En relación con género hombres practican más deporte con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$), no existen diferencias en el resto de actividades de ocio. Tampoco aparecen diferencias entre consumo de tóxicos y prácticas de ocio no saludables

Conclusiones: deporte como hábito saludable, predominio en hombres, con escasa lectura. Abundante consumo de TV, y de Internet. Moderado uso de videoconsolas. Escasez otras actividades. Descanso nocturno adecuado.

93/27. Registro de variables asociadas al proceso Diabetes en un centro de salud

Autores: (1) Muñoz González, Lorena; (1) Pérez Castro, Mercedes; (2) Bueno Cardona, José Manuel; (3) Martos Cerezuela, Ildefonso; (4) Sánchez Pérez, María Rosa; (4) Kuhn González, María.

Centro de Trabajo: (1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (2) Residente de enfermería Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (3) Enfermero. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Resumen:

Introducción y Objetivos: Nuestro objetivo es conocer el grado de registro en la historia clínica digital de variables relacionadas con el proceso asistencial integrado (PAI) diabetes.

Material y Métodos: Estudio descriptivo transversal. Auditoría. Centro de salud urbano con 40.000 habitantes. 20 médicos de familia. Hay 2554 personas incluidas en el PAI diabetes. Muestreo aleatorio sistemático con 426 casos seleccionados, con representación proporcional a las personas con diabetes de cada cupo médico. Año 2012. Variables: antecedentes personales, antecedentes familiares, realización ejercicio, tipo de alimentación, tabaco, inclusión en

programa riesgo vascular, cálculo del riesgo vascular, tipo de diabetes, año diagnóstico, presión arterial, índice de masa corporal, perímetro abdominal, exploración de los pies, A1c. Cada estamento profesional (médicos y enfermeros) tienen asignado el registro de variables concretas. Medidas de frecuencia y asociación.

Resultados: Edad media de 66 años, 53% mujeres. Antecedentes personales: 15%. Antecedentes familiares: 41%. Ejercicio: 59%. Alimentación: 58%. Tabaco: 53%. Programa riesgo vascular: 86%. Cálculo del riesgo vascular: 86%. Tipo diabetes: 57%. Año diagnóstico: 41%. Presión arterial: 61%. Índice de masa corporal: 42%. Perímetro abdominal: 22%. Exploración pies: 50%. A1c: 55%. Las variables asignadas a los médicos muestran en conjunto un grado de registro del 54% y las asignadas a los enfermeros del 50%, sin que existan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Conclusiones:

1. Discreto registro en la historia clínica de las variables analizadas.
2. Existe un evidente margen de mejora en los registros.

93/29. Evolución del grado de cumplimentación de registros relacionados con la diabetes en un centro de salud

Autores: (1) Muñoz González, Lorena; (2) Paniagua Gómez, Francisca; (2) Fernández Tapia, M^a Luisa; (2) Kuhn González, María; (3) Martos Cerezuela, Ildefonso; (2) Mancera Romero, José.

Centro de Trabajo: (1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (3) Enfermero. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Resumen:

Introducción y Objetivos: Nuestro objetivo es conocer la evolución temporal que ha tenido la cumplimentación de registros en la historia clínica digital de variables relacionadas con el proceso asistencial integrado (PAI) diabetes.

Material y Métodos: Estudio descriptivo transversal. Auditorías en los años 2008, 2010 y 2012. Centro de salud urbano con 40.000 habitantes. 20 médicos de familia. Hay 2554 personas incluidas en el PAI diabetes. Muestreo aleatorio sistemático en cada una de las auditorías, con representación proporcional a las personas con diabetes de cada cupo médico. Variables: antecedentes familiares (1), realización ejercicio (2), hábito tabáquico (3), inclusión en programa

riesgo vascular (4), tipo de diabetes (5), año diagnóstico (6), presión arterial (7), índice de masa corporal (8), perímetro abdominal (9), A1c (10) y exploración de los pies (11). Cada estamento profesional tenía asignado el registro de variables concretas (médicos: 1, 3, 4, 5, 6 y 10; enfermeros: 2, 3, 7, 8, 9 y 11). Medidas de frecuencia y asociación.

Resultados: Desde la primera auditoría (año 2008) hasta la última (año 2012), la evolución en el registro de las diferentes variables, y su diferencia, ha sido la siguiente:

1. Antecedentes familiares: del 26 al 41% (15%).
2. Ejercicio: del 26 al 59% (33%).
3. Hábito tabáquico: del 57 al 53% (-4%).
4. Programa Riesgo Vascular: del 61 al 86% (26%).
5. Tipo diabetes: del 27 al 58% (31%).
6. Año diagnóstico: del 38 al 41% (3%).
7. Presión arterial: del 54 al 61% (7%).
8. Índice de masa corporal: del 28 al 42% (14%).
9. Perímetro abdominal: del 18 al 22% (4%).
10. A1c: del 49 al 55% (6%).
11. Exploración de los pies: del 27 al 50% (23%).

Conclusiones

1. Discreto registro en la historia clínica de las variables analizadas.
2. Moderado aumento en el cumplimiento de registro de las distintas variables.
3. No existen diferencias entre médicos y enfermeros.

93/30. Tratamiento con antidiabéticos orales en pacientes con de un centro de salud urbano

Autores: (1) Muñoz González, Lorena; (2) Sánchez Pérez, María Rosa; (1) Pérez Castro, Mercedes; (2) Fernández Tapia, M^a Luisa; (3) Ruiz Vera, Salvador; (4) Pumarejo Rosado, Matilde.

Centro de Trabajo: (1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (3) Enfermero. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (4) Enfermera. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Resumen:

Introducción y Objetivos: Nuestro objetivo es conocer qué antidiabéticos orales (ADO) se utilizan en las personas con diabetes del centro de salud.

Material y Métodos: Estudio descriptivo transversal. Auditoría. Centro de salud urbano con 40.000 habitantes. 20 médicos de familia. Hay 2554 personas incluidas en el PAI diabetes. Muestreo aleatorio sistemático con 426 casos seleccionados, con representación proporcional a las personas con diabetes de cada cupo médico. Año 2012. Clasificamos a los

ADO de la siguiente manera: metformina, sulfonilureas, glinidas, inhibidores de las alfa glucosidasas, glitazonas e inhibidores DPP4. Se cuantifica el número de ADO utilizados. Medidas de frecuencia y asociación.

Resultados: 426 pacientes. Edad media de 66 años (DE 12,8), 53% mujeres.

Tipo de fármacos:

Metformina: 313 (88%). Monoterapia: 210, doble terapia: 86 y triple terapia: 17

Sulfonilureas: 81 (23%). Monoterapia: 23, doble terapia: 44 y triple terapia: 14

Glinidas: 18 (5%). Monoterapia: 3, doble terapia: 12 y triple terapia: 3

Inhibidores de las alfa glucosidasas: Ninguno.

Glitazonas: 2 (0,5%). Doble terapia: 1 y triple terapia: 1.

Inhibidores DPP4: 61 (17%). Monoterapia: 8, doble terapia: 37 y triple terapia: 16.

Con respecto al número de fármacos utilizados: 73 pacientes (17%) no toman ADO, 243 (69%) están en tratamiento con un solo fármaco, 91 (26%) utilizan dos y 87 (25%) están con triple terapia oral.

Conclusiones:

1. Elevado porcentaje de pacientes sin tratamiento.
2. Sin diferencias apreciables en la utilización de ADO comparado con el Distrito Sanitario y Andalucía.

Proyecto de Investigación Residentes

93/24. ¿Se entienden nuestras entrevistas?

Autores: (1) León Arévalo, I.; (2) Pardo Álvarez, J.; (2) Pedregal González, M.; (1) Zavala Díaz, S.; (1) Gómez Rosa, F.; (2) Ortega Carpio, A.

Centro de Trabajo: (1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud El Torrejón. Huelva; (2) Médico de Familia. Centro Salud El Torrejón. Huelva.

Resumen:

Introducción: La entrevista clínica es el principal instrumento del médico de familia en la atención adecuada de sus pacientes.

El éxito terapéutico de nuestras intervenciones dependen del nivel de comprensión de la misma.

Objetivos: Determinar nivel de comprensión de la consulta en los pacientes, atendidos por profesionales con diferente formación en uso de técnicas de entrevista clínica.

Valorar uso de lenguaje técnico no comprensible, bidireccionalidad del profesional, así como la entrevista centrada en el paciente.

Describir que recuerda el paciente, al salir de consulta, de su diagnóstico como del plan terapéutico.

Diseño: Estudio observacional descriptivo

Emplazamiento: Atención primaria. Centro Salud urbano.

Material y Métodos: La selección se realizará de manera consecutiva en dos consultas Medicina de Familia informatizadas

Teniendo en cuenta que 25% de las consultas tienen serios problemas de comunicación, con precisión del 5 % y confianza del 95 % se precisarían 289 personas.

Se analizarán los pacientes que acuden a consulta de dos cupos médicos, cuyos profesionales uno había recibido formación avanzada en entrevista clínica, mientras el otro carecía de ella. A la salida de las consultas, se entrevistará por profesional sanitario, preparado de forma específica para la misma. El profesional no tendrá conocimiento de realización del estudio para evitar efecto Hawthorne

Se determinaban datos filiación, nivel formación, tipo consulta realizada, patologías crónicas, y mediante cuestionario consensuado, si paciente había comprendido a su médico en consulta, y si este se ha explicado de forma asequible, evitando términos técnicos.

Para conocer si el profesional había sido bidireccional, cuestionábamos si le había interrumpido mientras hablaba y si había permitido expresar opiniones o dudas. En la valoración del uso de entrevista centrada en el paciente, analizábamos si fue preguntado respecto a creencias, sentimientos o vivencias. Además comprobar que su opinión fuera tenida en cuenta en momento de pedirle pruebas, prescribirle medidas terapéuticas o ser derivado a especialista.

Cuestionario basado en preguntas propias combinado con preguntas de cuestionarios validados (CIC-CA y GATHA). Se realizará una prueba de jueces y pilotaje. Será heteroadministrado y encuestadores serán entrenados.

Descriptivo: Variables cuantitativas: media y desviación típica. Variables cualitativas: porcentajes.

Inferencial: Comparar medias: test de la t para muestras independientes. Relación entre variables cuantitativas: regresión lineal simple y coeficiente de correlación.

Se comprobarán las condiciones de aplicación.

Aplicabilidad: Conocer en nuestras entrevistas qué aspectos no son adecuadamente comprendidos y por ello dónde los médicos de familia debemos aumentar formación en comunicación. Cómo mejorar resultados de relación médico-paciente, nivel de influencia de informatización.

Aspectos éticos-legales: Ley de Protección Datos y Autonomía del Paciente. Consentimiento informado escrito. Comité de Ética de Investigación.

93/28. Análisis de las urgencias en un punto de Atención primaria

Autores: (1) Merino Jiménez, M.; (2) Rodríguez Ortega, C.; (1) Olivencia Carrión, M.

Centro de Trabajo: (1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lopez Barneo. Jaén.

Resumen:

Introducción: Las urgencias atendidas de atención primaria como hospitalaria van aumentando continuamente. Según la OMS la urgencia es la aparición fortuita cualquier problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia; esto incluye gran número de patologías y situaciones; que en ocasiones sobrecargan el sistema, se están realizando numerosos estudios para minimizar la carga asistencial, un proyecto mediante consultas telefónicas como opción alternativas

a las demandas urgentes presenciales, demostró un ahorro del 55% , se comparan también las demandas población rural y urbana, siendo en las primeras donde es mayor, la opción de atender las urgencias de atención primaria en localización cercana o dentro del ámbito hospitalario sin reducir las mismas, si se realiza adecuadamente un triage se pueden disminuir las urgencias, pero siempre teniendo en cuenta que algunos motivos de consulta similares pueden tener diferentes diagnósticos, necesitando en determinados casos atención de emergencias.

Objetivos: Describir los motivos de consulta más frecuentes en urgencias de atención primaria y conocer las características de la población que las utiliza.

Diseño: Observacional descriptivo transversal

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Métodos: Variables: sexo, edad, motivo de consulta, diagnóstico, tiempo evolución, derivación, número visitas último año en urgencias, médico de familia. La muestra: 400 pacientes atendidos en urgencias. Criterios de inclusión: todos los pacientes registrados en Diraya, módulo urgencias, los días establecidos, incluidos, atendidos y dados de alta. Excluidos los no registrados en Diraya, y no dados de alta. Limitaciones del estudio: registros incorrectos o incompletos.

Aplicabilidad: conocer mejor a los usuarios del sistema sanitario para optimizar los recursos.

Aspectos éticos-legales: se respetará el anonimato de los pacientes, sin utilizar datos que puedan identificarlos.

Proyecto de Investigación Médico de Familia

93/9. Análisis de los límites de la indicación terapéutica en paciente ingresados en Cuidados Intensivos

Autores: Pérez Pérez, F.

Centro de Trabajo: Empresa Pública Emergencias Sanitarias 061. Urgencias Clínica La Salud. Cádiz.

Resumen:

Introducción: El problema de la futilidad se plantea en las denominadas situaciones clínicas límites. Los avances de la Medicina han originado un nuevo tipo de paciente: el paciente en situación clínica límite (la técnica ha impedido su muerte pero no siempre consigue su curación, quedando en un estado de incapacidad física o psíquica).

Según M. Iceta situación clínica límite es aquella en la que el enfermo de una enfermedad potencialmente incurable presenta tal deterioro físico y/o psíquico que le

impide una vida autónoma y le hace dependiente de medios técnicos y tratamientos especializados, no encaminados a la curación sino al tratamiento sintomático.

Objetivos:

1. Plantear objetivos de buena práctica en el área de Críticos. Analizar los diferentes factores implicados en la limitación de la indicación terapéutica.
2. Determinar los indicadores claves desde un punto de vista médico para formular protocolos y algoritmos de actuación.
3. Establecer el concepto ético de futilidad terapéutica y analizar los riesgos de que se produzca esta eventualidad en el área de Críticos.
4. Proponer recomendaciones que ayuden a los profesionales de las áreas de Críticos en la toma de decisiones en situaciones en las que el factor tiempo es primordial.

Diseño:

1. Búsqueda bibliográfica.

Una vez elegidas y evaluadas las fuentes y los recursos a utilizar, el paso siguiente será definir una estrategia de búsqueda adecuada aplicable a cada fuente. Una vez establecidos los términos más adecuados utilizaremos, caso de existir, el tesoro de la base de datos e introduciremos los términos por separado o asociados.

Si el número de documentos es muy elevado (ruido) o muy pequeño (silencio) se replantea la estrategia de búsqueda y se inicia el proceso revisando los términos elegidos, las fuentes consultadas y la combinación de términos.

2. Revisión bibliográfica de los factores implicados en la limitación terapéutica e indicadores claves desde un punto de vista médico para formular pautas de actuación.

3. Establecimiento del concepto ético de futilidad terapéutica y análisis de los riesgos de que se produzca esta eventualidad en el área de Críticos.

Emplazamiento: Áreas de Cuidados Críticos

Material y Métodos: Revisión bibliográfica de las definiciones propuestas por diversos autores sobre el concepto de futilidad terapéutica y su aplicación práctica en las Unidades de Críticos, en las siguientes fuentes y recursos de información: buscadores generales, bases de datos (MEDLINE, PubMed Central, CSIC:IME, WHOLIS, TESEO, Free Medical Journals), catálogos como Rebiun y otras fuentes.

Aplicabilidad: Servir de cauce de comunicación entre los profesionales implicados en la toma de decisiones en situaciones críticas que podría servir de foro para la elaboración de futuras recomendaciones y algoritmos que asistan en la toma de decisiones en estas situaciones límites en las que el factor tiempo es primordial.

Aspectos éticos-legales: Las decisiones sobre futilidad terapéutica tienen una importancia decisiva, tanto sobre el paciente, como para la familia e incluso la sociedad. El proyecto pretende ayudar a la toma de decisiones en situaciones límites y servir de cauce de comunicación entre los profesionales que trabajan en estas áreas, por lo que no hay ningún problema ético-legal.

93/16. Comité de Reanimación Cardiopulmonar de la Clínica La Salud

Autores: (1) Pérez Pérez, F.; (2) González Doce, V.; (3) Jiménez Sánchez, F.; (3) González Jiménez, A.; (3) Bohorquez Almendros, N.; (4) González Rodríguez, A.

Centro de Trabajo: (1) Clínica La Salud. Cádiz; (2) Jefe del Servicio de Urgencias. Clínica La Salud. Cádiz; (3) Servicio de Urgencias. Clínica La Salud. Cádiz; (4) Director Médico. Clínica La Salud. Cádiz.

Resumen:

Introducción: La experiencia pionera del Plan de RCP del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva y sus excelentes resultados ha sido el detonante de la creación de un Comité de RCP en la Clínica La Salud.

Se trata de una clínica privada de 44 camas hospitalarias cuyo Servicio de Urgencias y las urgencias en Plantas de Hospitalización son atendidas mayoritariamente por médicos de familia, de los que surge esta iniciativa.

Objetivos:

1. Puesta en marcha del plan de RCP (SVB, SVA y cuidados post-resucitación), según estas directrices, así como su control y acciones de mejora permanente.

2. Promoción de un programa de formación continuada en SVB y SVA tanto de adultos como de niños, lactantes y recién nacidos, destinado a profesionales de la Clínica, profesionales externos, familiares de pacientes e incluso al público en general.

3. Creación de un registro de paradas en la Clínica y comunicación de los datos al registro nacional de paradas hospitalarias.

4. Establecimiento y puesta en marcha de escalas de aviso precoz para prevenir la parada.

5. Revisión y aprobación del plan de parada por el Comité de Ética Asistencial de la Clínica

Diseño: A instancia de los médicos de familia del Servicio de Urgencias, se crea un Comité de RCP, con amplia participación de profesionales: Dirección Médica, Medicina de Familia, Anestesia, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Pediatría, Enfermería y la Comisión de Formación de la Clínica (también constituida y gestionada por médicos de familia).

Una vez constituido el Comité, siguiendo las recomendaciones internacionales y la experiencia del plan de RCP del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, se elabora el plan de RCP de la Clínica La Salud de Cádiz, que se aplica en 4 fases:

1. Fase de formación y divulgación.

2. Fase de aplicación del plan de RCP.

3. Fase de aplicación de escalas de aviso precoz.

4. Fase de aplicación de cuidados post-resucitación.

Emplazamiento: Clínica La Salud de CádizMaterial y Métodos:

1. Revisión bibliográfica de las últimas recomendaciones y actualizaciones.

2. Establecimiento de un programa anual de cursos de soporte vital básico, soporte vital avanzado y cuidados postresucitación dirigido a profesionales de las diferentes categorías, a familiares de pacientes y al público en general.
3. Creación de una base de datos de las paradas y comunicación al registro de paradas nacional (www.registropcr.org).
4. Establecimiento y aplicación de escalas de aviso precoz con la finalidad de prevenir las paradas cardio-respiratorias.
5. Análisis de los datos generados y diseño de acciones de mejora.

Aplicabilidad: El Plan supone una mejora cualitativa en la asistencia a la parada, el establecimiento de una base de datos, el análisis de los datos que permita diseñar acciones de mejora, la promoción de la formación, la prevención de la parada y la publicación de los resultados para animar a otros médicos de familia a implicarse en la asistencia a la RCP.

Aspectos éticos-legales: La estandarización y mejora de la asistencia a la parada juegan un papel fundamental tanto para el profesional como para el paciente, la familia y la sociedad. El proyecto pretende ayudar a la prevención y mejorar la asistencia a la parada, por lo que no hay ningún problema ético-legal.

93/26. Ensayo clínico aleatorizado en pacientes con EPOC leve y moderado en Atención Primaria.

Autores: (1) Ginel Mendoza, L.; (2) Baca Osorio, A.; (3) Morales Naranjo, J.; (3) Milán Fernández, Á.

Centro de Trabajo: (1) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Victoria. Málaga.

Resumen:

Introducción: La EPOC plantea problemas como escaso conocimiento de la enfermedad por el paciente, infradiagnóstico, incumplimiento terapéutico, mal uso de inhaladores y exceso del uso de corticoides inhalados. Es necesaria una intervención de profesionales sanitarios para mejorar la situación. Diagnóstico correcto e intervención precoz podrían mejorar estos resultados. Atención Primaria, como primer nivel asistencial, es fundamental para proporcionar estos requisitos.

Objetivos: Determinar si un programa de intervención multidisciplinar, individualizada y estructurada de 6 meses de duración en pacientes diagnosticados de EPOC leve o moderado mejoraría su clínica, valorada según end-point compuesto de: disminución de

síntomas, estabilización espirométrica, disminución de las agudizaciones y mejoría de la calidad de vida. Como objetivos secundarios: determinar la dependencia tabáquica, ingresos hospitalarios, conocimientos sobre la enfermedad y adherencia al tratamiento. Diseño: Ensayo clínico aleatorio, controlado y abierto. Multicéntrico, multiprofesional e interniveles.

Emplazamiento: Centros de salud urbanos del DS Málaga.

Material y Métodos: Sujetos entre 40 y 70 años, elegimos aleatoriamente 2.500 para realizar telefónicamente cuestionario COPD-P. A los positivos se solicita espirometría con test broncodilatador.

Seleccionamos EPOC leve o moderado según espirometría, hasta alcanzar la muestra (160 pacientes), tras valoración de criterios de inclusión.

Asignación aleatoria al grupo control (intervención habitual) o al grupo intervención (intervención educativa planificada).

A ambos grupos se clasificarán según GesEPOC tanto por fenotipo como por su gravedad (BODEx), realizándose tests de Fagerström, Morinsky Green y Batalla, analítica y placa de tórax, estudio sociodemográfico (edad, estado civil, nivel de estudios y ocupación), psicosociales (Apgar-familiar y Duke-UNK). Revisión de tratamiento por criterios de GesEPOC

En la segunda fase se realizará intervención estructurada y personalizada (conocimientos sobre la enfermedad y entrega de soporte educativo) durante 6 meses al grupo intervención, concluyendo con una comparación de las variables estudiadas entre la muestra de intervención y el grupo control.

Mediciones: End-point primario de mejoría clínica (escala de disnea MRC, disminución de síntomas, estabilización espirométrica). Mejora de calidad de vida (CAT). Dependencia tabáquica (Fagerström). Nivel de conocimientos de la enfermedad (Bristol COPD). Adherencia al tratamiento (Test de Morinsky Green y de Batalla).

Análisis: Estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Prueba de Kolmogorof-Smirnov y test de Shapiro-Wilk. Análisis bivalente con T de Student o chi cuadrado. Modelos de regresión multivariante sobre las variables principales de resultado (mejoría clínica y calidad de vida) e introduciendo como predictoras las variables sociodemográficas, de comorbilidad y de situación basal.

Limitaciones: Realizado solo en una zona urbana. Posible falta de registros en la historia informatizada. Variabilidad de criterios en la recogida de datos por los diferentes investigadores.

Aplicabilidad: Enfermedad muy prevalente e infra-diagnosticada. Primera fase de cribado solo telefónica para obtener prevalencia. Disponibilidad de profesionales y centros y apoyo institucional.

Aspectos éticos-legales: Protocolo de estudio elevado al Comité de Ética del D.S. Málaga para su aprobación. Los participantes deberán firmar el consentimiento informado para participar en el estudio, garantizándose el cumplimiento de los principios de buena práctica y la confidencialidad de datos.

Premio de la imagen al diagnóstico Exclusivo para residentes

93/35 Autonomía, adicción y ejercicio físico diario

Autores: (1) Arce Corcuera, Ricardo Rafael, (2) Camacho Horta, María Dolores (3) Carlo Augusto Lavalle Guevara

Centro de Trabajo: (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; (2) Enfermera. Centro de Salud Ciudad Real 1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 2. Hospital General Universitario de Ciudad Real

Motivo de consulta: Varón de 65 años acude por úlceras en ambos miembros inferiores de 1 mes de evolución, con dolor en el reposo. Desde hace 2 años y en forma progresiva presenta dolores en ambos gemelos cuando camina que le obliga a detenerse a los 100 metros donde aprovecha a fumar y luego continúa caminando hasta una distancia de más de 2 km diarios, sin avisar a su médico de ninguna sintomatología. Desde hace 10 años luego de la separación de su esposa, el paciente duerme en una silla con los miembros inferiores colgando.

Antecedentes de interés: no diabetes, no HTA, no dislipidemia, fibrilación auricular permanente, valvulopatía reumática con prótesis metálica mitral en 1994, fumador de 50 cigarrillos por día desde los 20 años, habiendo empezado a fumar a los 11 años.

Exploración física: Miembros inferiores: (Figura 1 y 2) piel fina y seca con pérdida de vello, uñas engrosadas, pálida al elevar la extremidad con rubor en declive, pulsos pedios y tibial posterior disminuidos. Epidermiolisis de tercio distal de pantorrilla con gran edema y reacción inflamatoria, bordes delimitados planos superficiales, sin colecciones ni supuración, movilidad y sensibilidad conservada. Índice tobillo brazo de 0,3.

Diagnóstico diferencial: Dolor: patología osteoarticular (osteoartrosis de cadera y rodilla), compresión medular por osteoartrosis lumbar, neuropatía periférica (lumbociatalgias, neuropatía diabética, polineuritis, polimialgia, flebopatía (claudicación venosa), tromboangeítis obliterante (enfermedad de Buerger), atrapamiento poplíteo, embolias periféricas, lesión remota por traumatismo o por irradiación, quiste poplíteo (4) Úlceras arteriales(arterioesclerosis, HTA), venosas(hipertensión venosa), vasculítica (enfermedades sistémicas inflamatorias), neuropática (pie diabético, neuropatías)

Pruebas complementarias:

1er exudado microbiología en miembro inferior derecho: Moderada cantidad de leucocitos polimorfonucleares, abundantes cocos Gram positivos en racimos. Cultivo: Staphylococcus aureus

Análítica: leucocitos 15.5 miles/mcL Segmentados 13.4 miles/mcL 86.6 %

TIEMPO DE PROTROMBINA 23.5 segundos - INR 1.99 Actividad de protrombina 36 % B (70 - 150) ATTP 29.4 segundos (22 - 37) FIBRINOGENO 933 mg/dl (150 - 500)

El estudio angiográfico indica que es una isquemia vascular irreversible, cuya único tratamiento es la amputación supracondilea del miembro inferior derecho a pesar de tratamiento antibiótico endovenoso según antibiograma.

2do exudado microbiología en miembro inferior izquierdo a los 3 meses: leucocitos polimorfonucleares. Cultivo: Acinetobacter baumannii con analítica y estudio angiografico simil anterior.

Evolución y diagnóstico final:

Tras revisar su estudio angiográfico previo, se decide realizar injerto femoro-poplíteo proximal de forma urgente, pero al proponérselo al paciente este se niega, prefiriendo realizar de entrada una amputación supracondílea sin intento alguno de revascularización.

Se realiza amputación supracondílea MID bajo anestesia raquídea, presentando sobreinfección del mismo. (Figura 3 y 4) Doble amputación por isquemia arterial aguda de miembros inferiores.

Discusión: La incidencia de la claudicación intermitente en la población general oscila entre el 0,9% y el 6,9% en hombres y es del 1% en mujeres. (1) El tabaquismo aumenta 6 veces el riesgo; con riesgo de amputación. La diabetes mellitus duplica el riesgo y multiplica por 10 la probabilidad de sufrir una amputación. Otros factores de riesgo son el sexo masculino, edad avanzada, dislipidemia, HTA (2). La isquemia aguda aumenta con la edad, dado que factores predisponentes como fibrilación auricular (por su potencial embolígeno) o estados de hipercoagulabilidad son más frecuentes en el anciano. La etiología más común de la isquemia aguda (3) es el embolismo (casi el 80%), fundamentalmente el de origen cardíaco (90% de los casos de embolismo).

Figura 1 y 2:



Según los estadios clínicos de Fontaine la claudicación intermitente de este paciente era grado III-IV, su evolución no es favorable. Los criterios de mal pronóstico de las úlceras arteriales: sobreinfección, con agrandamiento de la lesión y aparición de esfacelos húmedos, necrosis, incremento del dolor de reposo, fiebre. Actualmente el paciente dejó de fumar.

Bibliografía:

1. U.S. Health Trends. J NIH Res 1992;4:95
2. Puras Mallagray E, Luján Huertas S, Gutiérrez Baz M, Cáncer Pérez. Factores de riesgo y factores pronósticos en la arteriosclerosis precoz de extremidades inferiores. Angiología 2002; 54 (3): 145-61.
3. Angle N, Quiñones-Baldrich WJ. Acute arterial and graft occlusion. En: Moore WS editor. Vascular surgery: a comprehensive review. 6.ª ed. Philadelphia: Elsevier Science; 2002. p. 697-718.

Figura 3 y 4:



93/36 Los síntomas y signos semiológicos, dos herramientas indispensables para la sospecha diagnóstica

Autores: (1) Arce Corcuera, Ricardo Rafael, (2) Vanessa Goic (3) Carlo Augusto Lavalle Guevara

Centro de Trabajo: (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; (2) Médico Residente de 1er año de Diagnóstico por imágenes. Hospital General Universitario de Ciudad Real; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 2. Hospital General Universitario de Ciudad Real

Motivo de consulta: Mujer de 73 años que refiere vómitos y diarrea de 3 semanas de evolución e hiporexia y pérdida de 4 kg de peso, sin fiebre.

Antecedentes de interés: HTA controlada, dislipemia controlada.

Examen Físico: adenopatías laterocervicales supraclaviculares bilaterales, axilares bilaterales e inguinales izquierdas, también presenta ligera esplenomegalia. Resto normal.

Diagnóstico diferencial: adenopatías infecciosas, (virales, bacterianas, micóticas, parasitarias) inmunológicas (artritis reumatoidea, artritis reumatoidea juvenil, enfermedad mixta del tejido conectivo, lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, Sjogren, enfermedad del suero, hipersensibilidad a medicación como difenilhidantoína, hidralazina, alopurinol, primidone, carbamazepina), cirrosis biliar primaria, post trasplantes, asociado a siliconas) enfermedades malignas (metastásicas, Hodgking, no Hodgking linfoma, aguda o crónica leucemia linfocítica, leucemia de células peludas, histiocitosis maligna, amiloidosis) enfermedades por depósitos de lípidos (Gaucher, Nieman-Pick, Fabry, Tangier) hipertiroidismo, enfermedad de Castleman, sarcoidosis, linfadenitis necrotizante histiocítica (enfermedad de Kikuchi) enfermedad de Kawasaki, severa hipertrigliceridemia, histiocitosis x.

Pruebas complementarias:

Análítica: Hemograma: Leucocitos 69.500 con mielemia, Hb 15.8, con un VCM 75.4, y plaquetas de 307.000. Resto normal.

Rx torax (Figura 1) (Figura 2): ensanchamiento mediastínico con desviación de la tráquea hacia la derecha, borrando la línea paratraqueal derecha, con mínimo derrame pleural bilateral

TAC completo: poliadenopatías supra/infradiaphragmáticas; visceromegalias; derrame pleural y pericárdico leve. Bocio nodular con nódulo dominante izquierdo que desplaza la tráquea

PET-TAC y dando como resultado en relación con enfermedad metabólica maligna tanto en territorio ganglionares supradiaphragmático como infradiaphragmático, siendo los hallazgos en estructuras óseas y parénquima esplénico de más dudosa correspondencia ya que no se descarta su carácter reactivo.

Mielograma: No se observan una infiltración por células hematológicas patológicas ni microorganismos, una eosinofilia confirmada sin observarse formas anilladas, Conclusión: Una médula ósea hiper celular.

Cariotipo médula ósea presenta una fórmula cromosómica 46XX con una translocación t(1-8) y también se observa un cromosoma derivado 8 adicional, producto de la traslocación anterior por duplicado.

Estudio de m. ósea: hiper celular con eosinofilia marcada. ; CGN: 46XX, t(1;8)(q32;p21) [13]

Inmunofenotipo fue un estudio normal

Estudio de biopsia ósea: hiperplasia mieloide con predominio de eosinófilos y fibrosis grado 1.

Estudio de ganglio linfático: por histología, IHQ y molecular se determina un linfoma linfoblástico T

Diagnóstico: reacción leucemoide y poliadenopatías. Linfoma linfoblástico T

Discusión:

La principal causa de adenopatías es infecciosa (1) la gran mayoría benignas (cerca del 1% tienden a ser por causas malignas).

Los linfomas no Hodgkin se pueden presentar a cualquier edad y a menudo se caracterizan por ganglios linfáticos más grandes de lo normal, fiebre y pérdida de peso (2) (3)

Se estima que los linfomas tienen una incidencia media en España de 3 nuevos casos por 100.000 habitantes cada año.

Las características de adenopatías de más de 1 cm, la adherencia a planos profundos, el tiempo de evolución, no dolorosos en general, ubicación, los síntomas B asociados, ayudan a la sospecha diagnóstica del médico de Atención Primaria, sumado a las pruebas complementarias para llegar al diagnóstico definitivo.

Bibliografía:

- Harrison Principios de Medicina Interna 16a edición (2006). «Linfadenopatía 235:237pp
- "About Lymphoma". Lymphoma Research Foundation. Retrieved 22 December 2012. Disponible en: <http://www.lymphoma.org/site/pp.asp?c=bkLTKaOQLmK8E&b=6299689>
- "Warning Signs of Lymphoma — First Signs of Lymphoma". Lymphoma.about.com. Retrieved 2012-12-01. Disponible en: <http://lymphoma.about.com/od/symptoms/tp/warningsigns.htm>
- Table 12-8 with lymphomas sorted out. Mitchell, Richard Sheppard; Kumar, Vinay; Abbas, Abul K.; Fausto, Nelson. Robbins Basic Pathology (8th ed.).

Figura 1



Figura 3

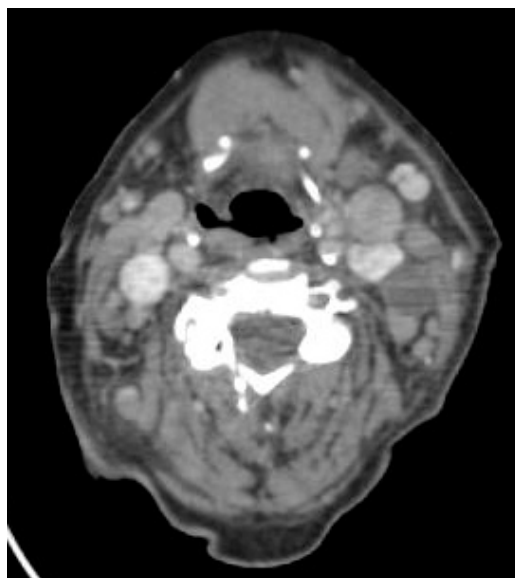


Figura 2



Figura 4



Índice de Autores

A

Aguirre Rodríguez, Juan Carlos	5, 16, 36
Alcántara Campos, Pedro	30
Alcántara Montero, Antonio	11
Algaba Montes, Margarita	16, 26, 27, 28
Alonso Ródenas, Manuel	36
Ángel Maqueda, Rafael	31
Arce Corcuera, Ricardo Rafael	43, 45
Areta Higuera, Juan Diego	26
Atienza Martín, Francisco	12, 19, 32, 33
Avilés Vázquez, Inmaculada	27

B

Baca Osorio, A.	42
Blanco Leira, José Ángel	19
Bohorquez Almendros, N.	41
Bohorquez Almendros, Natividad	29, 30
Brenes Bermúdez, Francisco José	11
Bueno Cardona, José Manuel	37

C

Calle Molina, Francisca	30
Calvo Jambrina, Román	20
Camacho Horta, María Dolores	43
Capote Galindo, Antonio	30
Carranza Bencano, Andrés	4
Casas Maldonado, Francisco	8
Cervera Serrano, Juan	28
Contreras Castellano, Francisco Fernando	31

D

Díaz Casado de Amezua, Miguel	29
Díaz Rodríguez, Nabor	26, 27, 28
Domínguez Santaella, Miguel	31

F

Fernández-Figares Montes, Cristina	31
Fernández Inclán, Carmen	34
Fernández Tapia, M ^a Luisa	38
Florido Ávila, Juan José	29

G

Galán Gutiérrez, Manuel	13
Gallego Gallego, Gema	30
García Ballesteros, Juan Gabriel	31, 32, 33
Ginel Mendoza, L.	42
Ginel Mendoza, Leovigildo	20, 32
Goic, Vanessa	45
Gómez Rosa, F.	39
Gómez Rosa, Francisco	37
González Doce, V.	41
González Doce, Víctor	29, 30
González Jiménez, A.	41
González Jiménez, Anabel	29, 30
González Rodríguez, A.	41
González Rodríguez, Alejandro	29, 30
Gordillo Montoya, José Manuel	29
Gutiérrez Cabanas, Manuel	33, 34, 35

H

Hidalgo Fajardo, María José	29
-----------------------------	----

J

Jiménez de la Cruz, Manuel	36
Jiménez Marín, Andrés	5
Jiménez Sánchez, F.	41
Jiménez Sánchez, Francisco José	29, 30

K

Kuhn González, María	37, 38
----------------------	--------

L

Lavalle Guevara, Carlo Augusto	43, 45
León Arévalo, I.	39
León Arévalo, Isabel	37
López Chozas, José	17
López Rivero, Cristina	36
López-Sidro Ibañez, Rafael	36
López Velasco, María del Carmen	31
Losada Ruiz, Carmen	32, 33
Luque Escalante, María Luisa	27

M

Mancera Romero, José	14, 38
Martínez Benavides, Mercedes	21, 22
Martín Herruzo, Ana Isabel	33, 34, 35
Martín Herruzo, Susana	34, 35
Martos Cerezuela, Ildefonso	37, 38
Mediavilla García, Juan Diego	6
Melchor Mencía, María Isabel	34
Merino Jiménez, M.	40
Milán Fernández, Á.	42
Morales Naranjo, J.	42
Morales Naranjo, Juana	32
Muñoz González, Lorena	37, 38

N

Navarro Pichardo, Rafael	7
Navarro Suárez, Elia Cristina	26
Núñez Bermejo, Alberto	34

O

Olivencia Carrión, M.	40
Del Olmo Zamora, Roberto	33, 34, 35
Ortega Blanco, José Asterio	32, 33
Ortega Cabezas, Antonio	7, 11, 25
Ortega Carpio, A.	39
Ortega Carpio, Antonio	37
Ortiz Arjona, Alfredo	23
Oviedo García, Alberto Ángel	16, 26, 27, 28

P

Paniagua Gómez, Francisca	38
Pardo Álvarez, J.	39
Pardo Álvarez, Jesus	37
Pavlovic Djurovic, Djordje	24
Pedregal González, M.	39
Pedregal González, Miguel	37
Pérez Castro, Mercedes	37, 38
Pérez Durillo, Francisco Tomás	31
Pérez Durillo, Josefa	31
Pérez Pérez, F.	40, 41
Pérez Pérez, Fernando María	29, 30
Piedra Priego, Juan	24
Pueyo Rodríguez, Isabel	15
Pumarejo Rosado, Matilde	38

Q

Quintano Jiménez, Jose Antonio	9
--------------------------------	---

R

Revuelta Pérez, Francisco	32, 33
Rodríguez Alcázar, Miguel Ángel	29
Rodríguez Fernández, Luisa María	32, 33
Rodríguez Lorenzo, Ángel	26, 27, 28
Rodríguez Ortega, C.	40
Rodríguez Ortiz, Elena	21
Rosende Domínguez, Maria José	24
Ruiz Reyna, José	22
Ruiz Vera, Salvador	38

S

Sabaté Díaz, Juan	13
Sánchez Pérez, María Rosa	37, 38
Sánchez Villarroja, Francisco	18
Sarmiento Jiménez, Francisco	26, 27, 28
Seoane Pozo, Manuel Ángel	5
Serrano Galán, Francisco	24
Serrano Guerra, Francisco José	31

T

Titos Vela, María	31
Torrealba Aranda, Pilar	29
Torres Jiménez, Jose Ignacio	14

V

Vega Jiménez, María Auxiliadora	31
Vergara Martín, Jesus	17
Villarejo Villar, Ana Belén	31

Z

Zavala Díaz, S.	39
Zaval Díaz, Sheila	37



