

# Comunicacións Póster

## XV Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria

Cad Aten Primaria  
Ano 2010  
Volume 17  
Páx. 165-191

### COMUNICACIÓN PÓSTER. CASOS CLÍNICOS

#### SHOCK POR DOLOR, O LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA ANALGESIA Romero de Ávila Cabezón G.

C.S. Val Miñor

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 63 años con dolor costal leve, tras atropello por su esposa.

EXPLORACIÓN: Consciente y orientado, buen estado general. Glasgow 15. TA 125/60 mmHg. FC 76 lpm. sO<sub>2</sub> 96%. Presenta dolor a la palpación en hemitórax izquierdo, objetivándose abrasión superficial. No inestabilidades óseas ni disnea. Movimientos respiratorios y auscultación normales. Abdomen normal. Durante su espera comienza con sudoración, mareo, palidez, TA 70/50, obnubilación y dolor costal intenso, con dificultad respiratoria. Extremidades frías y pálidas. Auscultación, abdomen y sO<sub>2</sub> normales. Se administran suero salino, oxígeno y dexketoprofeno intravenoso, ordenando traslado urgente en ambulancia medicalizada, con sospecha de hipovolemia por rotura visceral. Llega con TA 100/60 y mejoría del dolor, Glasgow 15 y respiración espontánea, por lo que no cambiamos tratamiento. Posteriormente nos comunican desde el hospital: pruebas de imagen normales y buena evolución del paciente.

DIAGNÓSTICO: Traumatismo costal con shock por dolor, recuperado. Tras varios días de ingreso, es dado de alta.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Pacientes politraumatizados son con frecuencia atendidos por el personal del PAC, conformado por médicos de familia, así que su conocimiento resulta indispensable. La causa más frecuente de shock es la hipovolemia por lesiones del accidente (como pensábamos), pero simplemente el dolor es una causa importante que puede desencadenar shock, y que solemos infravalorar (como en este caso). El manejo de líquidos y analgesia resulta fundamental, para evitar complicaciones que pueden ser fatales.

#### NO TE OLVIDES DEL CALCIO. A PROPÓSITO DE UN CASO DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO.

Cabra Bellido M.J.; Pérez Varela L; Fernández Rodríguez V.

C.S. Os Rosales

El hiperparatiroidismo primario tiene una prevalencia estimada del 1%, siendo la edad de diagnóstico más frecuente los 55 años; más frecuente en mujeres (3:1). El 85% de los casos causados por adenoma único de paratiroides. La calcemia se suele determinar casi de forma sistemática en analíticas rutinarias

en la consulta de atención primaria por lo que no es raro que el hiperparatiroidismo primario (HPP) se diagnostique en fases asintomáticas; sólo el 20% de los diagnósticos se hacen a través de sospecha clínica y de este porcentaje lo más frecuente es que sea por síntomas derivados de la urolitiasis.

El interés de este caso radica en que se trata de un paciente sintomático sin antecedentes de urolitiasis y que se presenta con síntomas neurocognitivos (somnia y bradipsiquia).

Tras pruebas complementarias como TAC craneal y Punción lumbar es mediante una analítica en la que se solicitan iones cuando se obtiene un Calcio sérico de 20.2 mg/dl iniciándose de manera inmediata tratamiento para la hipercalcemia.

Durante su ingreso en la unidad de Endocrinología se identifica una hormona paratiroidea (PTH) de 1500 por lo que se solicita Eco de cuello en la que se evidencia un nódulo localizado adyacente al polo inferior del lóbulo tiroideo derecho, sugestivo de adenoma de paratiroides.

Finalmente el paciente es remitido al servicio de ORL donde se realiza EXÉRESIS del adenoma.

#### MUJER DE 43 AÑOS CON MOLESTIAS GASTROINTESTINALES

Díaz García, B; Díaz García, B; ,

C.S. San Jose

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 43 años sin alergias y fumadora, acude a su médico de atención primaria por molestias gastrointestinales desde niña pero que han ido en aumento en los últimos años. Relata dolor e hinchazón abdominal, diarreas, meteorismo y dispepsia postprandial. Pérdida de 8 Kg en los últimos 4 meses y astenia. Varias consultas por palpitations, ansiedad y anemia con falta de hierro. Ha estado a tratamiento con fluoxetina, suplementos de hierro, omeprazol y procinéticos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hipertransaminasemia desde 2006, déficit ferritina y vit.B12 ocasional, tiroides normal, serología negativa. Junio 2009 IgA antitransglutaminasa 420 (previa ecografía abdominal normal). Biopsia duodenal y gástrica: atrofia subtotal de vellosidades intestinales.

DIAGNÓSTICO: Enfermedad celíaca. Hernia de hiato. Ferropenia. Déficit vit. B12 y Zinc.

TRATAMIENTO: Dieta sin gluten permanente, hierro oral, cianocobalamina y zinc hasta revisión en 3 meses con analítica.

**RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA:** La sintomatología inespecífica en adultos y los signos analíticos en una adecuada historia clínica nos guiarán hacia la enfermedad celíaca. Una vez que tenemos la sospecha, las pruebas serológicas son de elección (IgA antitransglutaminasa e IgA sérica total) cuya positividad será la entrada para la atención especializada y el diagnóstico definitivo. Nuestro papel posterior se basará en aportar información a nuestro paciente, ponerlo en contacto con Asociaciones de Celíacos, seguimiento anual con analítica y estudio de familiares de primer grado.

#### ANAMNESE: A BASE DO PROCESO ASISTENCIAL

**Galiano Leis, M.A.; García Rodríguez, R.; Tarrazo Antelo, A.M.;**

*PAC de Verín, Xerencia de Atención Primaria de Ourense. Xerencia de Atención Primaria de Santiago*

Varón de 73 anos consulta por dor abdominal difusa acompañada de náuseas, vómitos e diarrea de 4 días de evolución. Como antecedentes persoais presenta hipertensión arterial, cardiopatía isquémica cun infarto de miocardio fai 22 anos e revascularización coronaria fai 5.

A exploración física non revela ningún dato fóra do habitual e os parámetros analíticos están dentro da normalidade.

Establécese o diagnóstico de gastroenterite aguda con alta e tratamento domiciliario.

Ó cabo dunhas doce horas volve consultar porque ós síntomas anteriores se engadiu febrícula. Neste momento a exploración revela datos de irritación peritoneal. Realízase una ecografía que mostra líquido libre perihepático así como edema nas asas do intestino delgado. Ante estes achados procédese á realización dun TAC abdominal que confirma o edema nas asas xexunais e detecta un defecto de repleción na vea mesentérica superior compatible con trombose venosa.

**RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA:** co progresivo desenvolvemento das probas complementarias médicas en ocasións tendemos a minusvalorar a importancia da historia clínica ou exploración física, sendo estas a base da medicina dende tempos inmemorias. Esta experiencia clínica amosa a relevancia que para Atención Primaria ten a historia clínica, xa que o antecedente de cardiopatía con necesidade de revascularización constitúe a clave para considerar dende o momento inicial una isquemia mesentérica como posibilidade diagnóstica.

#### TODO EN SU JUSTA MEDIDA

**Aller Gómez, C**

*C.S. San José*

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón 50 anos, psoriasis desde 1995, obesidade, tabaquismo y diabetes mellitus de reciente diagnóstico.

Acude por dolor debido a la gran afectación psoriásica, deterioro del estado general y debilidad muscular que le llegó a dificultar salir del coche. Desde hace 1 año refiere aumento de peso, sensación de hinchazón, aumento de partes blandas a nivel submandibular con facies redondeada, estrías cutáneas rojas, giba cervical y atrofia/debilidad muscular proximal en extremidades inferiores. Aparición de diabetes debutó con clínica cardinal.

Dada la intensa afectación cushingóide y descompensación psoriásica, necesita ingreso para confirmar la etiología del cushing, manejo del eje adrenal y tratamiento por dermatología.

Durante el ingreso se descartan otras etiologías del cushing. El paciente reconoce que abusó de la solución (clobetasol) y crema (desoximetasona) aplicándola en el cuerpo varias veces al día, dado que la tenía en su domicilio de brotes anteriores.

Tratamiento: Hidrocortisona 20mg (pauta para situaciones de estrés).

Ciclosporina.

Baños con derivados de breva.

**RELEVANCIA PARA PRIMARIA:** Transmitir la ventaja del médico de familia de evaluar a los pacientes periódicamente para comprobar la eficacia y el cumplimiento terapéutico, así como informar acerca de las consecuencias de su uso, dado que en muchas ocasiones fármacos accesibles y utilizados como los corticoides producen efectos secundarios tan espectaculares como los reseñados en este caso, incluso precisando ingreso hospitalario.

#### EL SEGUIMIENTO ES IMPORTANTE

**Alonso Deibe, E; Puga Barrau, L; Frade Fernandez, A;**

*C.S. de Labañou*

**DESCRIPCIÓN:** Varón ,88 años, sin AMC, HTA, tratamiento: ameride 5/50. Refiere clínica de 10 días de náuseas, vómitos, y dolor abdominal. E.F: buen estado general, palidez cutánea, abdomen: sin alteraciones. Recomendamos dieta blanda, antiemético, solicitamos analítica (hematimetría (VSG), bioquímica (iones, enzimas hepáticas, función renal, hormonas tiroideas, PSA). Días después, con resultados: Fosfatasa alcalina: 270, VSG: 104, resto de valores normales, paciente continua con clínica y su estado general ha empeorado significativamente. A la exploración: hepatomegalia 2 traveses. Solicitamos Eco-abdominal, sin alteraciones. Dado que paciente continua sintomático, derivamos a urgencias.

En urgencias tras valoración, solicitan: analítica básica, analítica orina, Rx torax. En Rx torax: masa en lóbulo inferior izquierdo, atelectasia segmentaria y derrame, compatible con neoplasia pulmón. Se realiza: TAC tóraco-abdominal y broncoscopia. Llegando al diagnóstico: Carcinoma microcítico de pulmón avanzado, con severa afectación adenopática subcarinal, extensión a aurícula izquierda y adenopatías en receso álgico-esofágico. Paciente no subsidiario de tratamiento citostático por edad y mal pronóstico, se inicia tratamiento paliativo. Días más tarde, fallece por disfagia severa secundaria a compresión tumoral.

**RELEVANCIA:** La incidencia del carcinoma microcítico de pulmón, constituye: 15-20% , ha disminuido en los últimos años, por el abandono del tabaco. Aún así, un 98% fallecen.

Los médicos de familia, debemos seguir detenidamente el cuadro evolutivo de los pacientes, ya que son pequeños signos/síntomas los que nos pueden facilitar llegar a un diagnóstico; nuestro paciente nunca tuvo clínica respiratoria, fue el transcurso de los días y su empeoramiento, lo que nos hizo sospechar en un origen tumoral.

#### ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA, UN CASO CLÍNICO

**Barreiro Carreño, M; Iglesias Collazo, M; Lorenzo San Martín, A;**

*C.S. C/Cuba*

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Antecedentes personales: sin interés

Enfermedad actual: niño de 7 años que acude al servicio de urgencias de un PAC por fiebre y dolor en cadera derecha con dificultad para la deambulación.

Exploración física: Tª 38°C. Intenso dolor en cadera derecha a la movilización y a la palpación. Resto de la exploración dentro de la normalidad.

El paciente es remitido a urgencias hospitalarias de pediatría ante la sospecha de artritis séptica.

Pruebas complementarias: Hemograma: Leucocitos 17100. PCR 131,59 . VSG 62. Hemocultivo, coprocultivo y urocultivo negativos. Sedimento de orina normal. Cultivo de líquido intraarticular: crecimiento de Staphylococcus Epidermidis. Radiografía de caderas: aumento de partes blandas en cadera derecha.

Tratamiento y evolución: se realiza lavado intraarticular y antibioterapia endovenosa con reposo absoluto y tracción de la cadera derecha. Presenta evolución clínica favorable y disminución de los reactantes de fase aguda.

Relevancia para la atención primaria: la artritis séptica constituye una urgencia ya que es capaz de producir una rápida destrucción articular e incluso la muerte, si no se reconoce y trata de forma temprana y correcta. Se puede observar a cualquier edad por lo que es muy importante que el médico de atención primaria reconozca la gravedad de la situación para actuar con la mayor rapidez posible puesto que si el tratamiento se demora podrían producirse daños permanentes en las articulaciones.

#### **VARÓN CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA E INSOMNIO**

**Méndez Fabeiro, MI; Morado González, C; Nieto Pol, E**

*Ambulatorio Concepción Arenal (SAP-1)*

DESCRIPCIÓN: Varón de 81 años, con los siguientes antecedentes personales: HTA, cardiopatía hipertensiva, hiperlipidemia, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica (IRC) e insomnio.

El paciente presenta desde hace 10 años problemas para conciliar el sueño, refiriendo dolor y parestias en ambas piernas hacia el anochecer y sobre todo en cama. Necesita mover continuamente las piernas para que ceda el dolor. Fue tratado con diferentes fármacos hipnóticos sin éxito. Las exploraciones neurológica y vascular son normales. En el análisis presenta creatinina elevada y anemia, relacionadas con su IRC. Debido a la clínica que relata, el paciente es diagnosticado de síndrome de piernas inquietas (SPI), probablemente secundario a su IRC. Comenzamos tratamiento con pramipexol (agonista dopaminérgico no ergótico) a dosis bajas, consiguiendo mejorar la clínica y la calidad de vida del paciente.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: El SPI es un trastorno sensitivomotor caracterizado por la necesidad de mover continuamente las piernas. Ocurre en reposo y mejora con el movimiento. Los síntomas aumentan hacia el anochecer. Presenta una prevalencia media en la población española del 3,5%, siendo mayor en mujeres. La edad de presentación varía desde la infancia hasta la vejez. El diagnóstico es sólo clínico (existen cuatro criterios). Es una enfermedad que dura toda la vida y no tiene cura. Las terapias actuales pueden controlar el trastorno, disminuyendo los síntomas y aumentando los períodos de sueño reparador.

#### **PACIENTE CON DIPLOPIA. CASO CLÍNICO.**

**García Rodríguez, R; Tarrazo Antelo, AM; Galiano Leis, MA**

*Area Santiago Compostela*

Paciente de 58 años que acude a consulta urgente de AP refiriendo, desde esa mañana, visión doble sin dolor ocular. En la semana previa comenzó a presentar lesiones vesiculosas, agrupadas en zona frontal izquierda con sen-

sación de quemazón acompañante. No antecedentes personales de interés ni tratamientos.

EXPLORACIÓN: en consulta presenta lesiones en fase de desecación/costra en región frontal izquierda extendiéndose a raíz de cuero cabelludo, sin datos de sobreinfección. Normalidad en la motilidad palpebral a la inspección, sin signos de blefaritis; eje ocular izquierdo con desviación externa, con paresia a las maniobras de motilidad conjugada, pupilas isocóricas y normoreactivas. No inyección conjuntival. Resto de pares craneales sin alteraciones. Resto de exploración neurológica normal. Exploración de FO sin dilatación mediante oftalmoscopia directa sin objetivar edema papilar.

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA: Paresia de VI par craneal Izquierdo en probable relación con Herpes Zóster(HZ).

Derivamos a Oftalmología por vía urgente para valoración con confirmación de nuestra sospecha diagnóstica.

DISCUSIÓN: el HZ puede comportar alteraciones neurológicas a nivel craneofacial:

1. Muy frecuente es la neuralgia postherpética con dolor y quemazón en la zona afecta. Es más frecuente en mujeres y en área de Vpar. Su principal FR es la edad.
2. La neuropatía motora somática craneal más frecuente es el síndrome de Ramsay-Hunt, con afectación de VII y VIII pares, y clínica que puede incluir parálisis facial periférica, acúfenos e hipoacusia, vértigo, disgeusia.
3. La neuropatía motora oftálmica se traduce frecuentemente en afectación del IIIpar seguido del Vpar y muy raramente del IVpar.
4. La afectación del Vpar puede condicionar Queratitis, Uveítis, Escleritis y Conjuntivitis. Dicha manifestación ocular se puede manifestar como Pto-sis y/o diplopia, y suele resolverse espontáneamente en unos meses.

CONCLUSIÓN: En consultas de AP ante un HZ de localización craneofacial debemos valorar sistemáticamente los pares craneales con énfasis en los oculomotores. Además derivar a oftalmología para detectar y tratar tempranamente las complicaciones oculares que se presenten. No olvidando en el caso concreto de nuestro paciente(paresia de VI par) descartar posibles etiologías que condicionasen un síndrome de hipertensión intracraneal.

#### **ABSCESO EN PRIMER DEDO**

**Gómez Fernández, P; Monteagudo Varela, L; Espiñeira Brañas, M;**

*C.S. San José; C.S. Elviña;*

Se trata de un paciente varón de 66 años que acude al servicio de urgencias por mala evolución de infección en primer dedo de pie derecho tras matricectomía a pesar de tratamiento antibiótico.

El paciente ingresa en el Servicio de Medicina Interna (Infecciosas) siendo diagnosticado de osteomielitis crónica con gran afectación de partes blandas que requirió amputación de primer dedo. La evolución posterior fue buena siendo dado de alta con tratamiento antibiótico oral.

#### **MR. CROHN TIENE FIEBRE!!**

**Ubeira Bao, B; Méndez Fabeiro, MI; González Lema, I;**

*Ambulatorio Concepción Arenal SAP-1*

Varón, 42 años, acude por cuadro de 4 meses de sensación distérmica vespertina, cefalea, mialgias y astenia. En las últimas semanas, ha empeorado, apareciendo tiritona, dolor hipogástrico cólico tras ingesta y anorexia. Antece-

dentes personales: ex-fumador, hepatitis aguda, cirugía de bursitis olecraniana, tratamiento sintomático con AINES. Hace 10 años viaje a Mozambique.

El paciente no refiere otalgia, odinofagia, tos, alteración del ritmo intestinal, clínica miccional, ni lesiones cutáneas.

Exploración: Tª 37, TA 140/77, no adenopatías ni bocio, no rigidez de nuca, no signos de artritis. ACP, orofaringe, abdomen, EELL y tacto rectal normales.

Ante la sospecha de fiebre de origen infeccioso/ inflamatorio se solicita: análisis de sangre y orina, con parámetros normales excepto VSG elevada. Se realiza radiografía tórax y punción lumbar, siendo ambas normales.

Dada la presencia de fiebre prolongada sin foco se decide ingreso. Es sometido a múltiples estudios que resultan normales excepto el estudio endoscópico en el que se objetiva ENFERMEDAD DE CROHN AVANZADA.

CONCLUSIÓN: En el diagnóstico diferencial de FOD existe un amplio grupo de enfermedades: infecciosas, colagenosis, neoplasias, y una miscelánea, entre las que se incluye la enfermedad de Crohn.

La enfermedad de Crohn aun en la actualidad puede presentarse como FOD clásica con síntomas generales o extraintestinales inespecíficos. Es necesario considerar este diagnóstico y aun sin clínica sugestiva, realizar un tránsito intestinal en el estudio inicial de la primera semana.

#### SÍNDROME EXTRAPIRAMIDAL YATROGÉNICO

**Perez Vazquez, C; Arias Amorin, I;**

*C.H.U. A Coruña*

Mujer 34 años, sin antecedentes personales de interés, a tratamiento con Dogmatil por vértigo desde hace dos días. Acude por cuadro de 8 horas de evolución de sensación disnea y movimientos orofaciales y cervicales involuntarios.

A la exploración física, buen estado general, taquipneica, taquicardica, tensión arterial inicial 140/100, saturación de oxígeno 99, auscultación cardiopulmonar sin alteraciones, exploración neurológica: distonías oromandibulolinguales y cervicales, resto normal.

Diagnóstico: síndrome extrapiramidal secundario al Dogmatil.

Tratamiento inicialmente diazepam 10 mg por primera impresión diagnóstica de cuadro de ansiedad, ante la no mejoría, tratamiento con Akineton con mejoría clínica a los pocos minutos.

Importancia para atención primaria: reacción secundaria a fármacos de uso habitual.

#### LA VERGÜENZA RETRASA EL DIAGNÓSTICO

**García-Ciudad Young, V.; Suarez Alen, S.; Villanueva García, Y.;**

*Unidad Docente de Santiago*

MC: hipopigmentación en prepucio y glánde desde hace 3 meses.

AP: HTA, Hiperlipemia. Tratamiento habitual: lisinopril e hidroclorotiazida.

EA: Paciente que acude a consulta por cambios de pigmentación en glánde y prepucio de 3 meses de evolución. Asociado a dificultad en la micción.

EF: Genitales: piel hipopigmentada de coloración blanco-marfil en glánde y prepucio. Esclerosis prepucial. Testes de tamaño y consistencia normal. Resto de exploración física sin hallazgos.

JC: Liqueen escleroatrófico en pene.

TTO: Betametasona crema 0,1%

Tacrolimus pomada 0,1%

CONCLUSIONES: Un 10% de las consultas de AP son de origen dermatológico. Debemos intentar establecer un diagnóstico antes de iniciar un tratamiento, dado que existe la posibilidad de enmascaramiento.

El liquen escleroatrófico es una entidad de la edad adulta, más frecuente en mujeres(10:1) aunque puede aparecer en varones, de predominio en región anogenital.

La enfermedad cursa por brotes y el tratamiento es importante dado que esta enfermedad puede causar una atrofia devastadora.

Los preparados de corticoides tópicos son la base del tratamiento en estos casos, aunque presentan similar eficacia el pimecrolimus y tacrolimus. En ocasiones la circuncisión alivia los síntomas de fimosis y en determinados casos van seguidos de remisión.

#### NEUMOMEDIASTINO

**Arias Amorín, I; Pérez Vázquez, C;**

*C.H.U. A Coruña*

VARÓN 18 años.

No antecedentes personales de interés. Fumador ocasional. Bebedor de fines de semana. No deportista. Trabaja en la construcción.

Disnea de reposo, 8 horas de evolución. 4 días previos catarro y tos seca. No fiebre termometrada. No ortopnea. No DPN. Cambio del tono de voz de 4 horas. No náuseas ni vómitos. No traumatismos torácicos. Consumo cocaína noche anterior.

Exploración física: TA: 130/80, FC: 87 lpm, Tª: 36.8 °C, Saturación O2: 99%. Buen estado general, palidez mucocutánea, normohidratado, taquipneico. No adenopatías laterocervicales, no IVY a 45°, no bocio, no soplo carotídeo.

Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Resto exploración normal.

Gasometría arterial: rango normal.

Radiografía posteroanterior/ lateral/ Tac torácico: Neumomediastino.

Diagnóstico: Neumomediastino.

Tratamiento: ingreso para observación y radiografía control 48 horas.

Importancia para Atención Primaria: Cuadro poco frecuente, clínica leve, sin gravedad inicial pero posible complicación grave si no diagnóstico correcto. Importante consideración en diagnóstico diferencial de patología respiratoria.

#### BRADICARDIA EXTREMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

**Pérez Castro, P; Lorenzo San Martín, A; Barreiro Carreño, M; ,**

*Centro de Salud Colmeiro (Vigo)*

Mujer, 70 años

Antecedentes Personales:

- Diabetes mellitus tipo 2.

- Insuficiencia renal crónica estadio 5 atribuible a nefropatía diabética, actualmente en programa de diálisis.
- Hipertensión Arterial

Enfermedad actual: Valorada por su médico de Atención Primaria por cuadro de mareo y vómitos de 4 horas de evolución, se remite a hospital de referencia para valoración (en hoja de interconsulta no se adjuntan glucemia capilar, tensión arterial ni electrocardiograma).

A su llegada a Urgencias,

Exploración Física: Pálida, sudorosa y adormilada. TA 90/60

Auscultación cardíaca: soplo sistólico, auscultación pulmonar: normal, resto sin alteraciones.

Pruebas Complementarias:

- Analítica: glucemia 335, urea 145, creatinina 5.84, sodio 135, POTASIO 10 mEq/ L
- Electrocardiograma: ritmo de escape ventricular a 10-20 latidos/minuto y ondas T altas y picudas
- Radiografía tórax: ligera cardiomegalia.

Juicio Clínico:

- Hiperpotasemia severa en paciente con insuficiencia renal crónica estadio 5 en programa de Diálisis
- Bradicardia secundaria

Evolución y comentarios: Se instaura tratamiento médico de Hiperpotasemia severa (bicarbonato, gluconato cálcico e insulina) y hemodiálisis urgente.

Al concluir la sesión, se objetiva mejoría clínica de la paciente con normalización de cifras de potasio (3.7) y en electrocardiograma, ritmo sinusal a 70 latidos/minuto.

Justificación:

- Importancia en la Evaluación del paciente con clínica de Mareo/Presíncope o Síncope:
  - Historia Clínica:
    - Antecedentes de cardiopatía, enfermedad neurológica, metabólica y consumo de fármacos
  - Exploración Física
  - Pruebas Complementarias:
- Glucemia capilar, analítica, Electrocardiograma, radiografía tórax
- En paciente Dializado con clínica de mareo pensar en Hiperpotasemia como posible causa del cuadro.

#### DERMATITIS DE CONTACTO AL CALZADO, UN RETO CLÍNICO-DIAGNÓSTICO

Suárez Alén, S; Fernández Souto, F; López Seijas, C S; ,

Unidad Docente de Santiago

Las lesiones cutáneas de características eczematosas son un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria. Ante una lesión de contornos netos y figurados es conveniente descartar una dermatitis de contacto (irritativa o alérgica). Una anamnesis detallada, centrada en exposiciones previas a posibles sensibilizantes y una exploración física rigurosa nos ayudarán a precisar la naturaleza del cuadro antes de la derivación al especialista.

CASO CLÍNICO: Paciente varón de 58 años, sin antecedentes de interés, con lesiones pruriginosas de una semana de evolución en ambos pies. La exploración física revela dos placas eritemato-descamativas de contornos netos afectando a ambos empeines. Las lesiones son exudativas, evidenciándose

abundantes vesículas, costras y escoriaciones por rascado. En una anamnesis detallada el paciente relaciona la aparición de las lesiones con el uso de unos zapatos nuevos comprados unos días antes.

DISCUSIÓN: La dermatitis de contacto a zapatos es una entidad frecuente en nuestro medio. Su naturaleza pueda ser irritativa o alérgica. Se manifiesta habitualmente como lesiones pruriginosas bilaterales, de contorno neto, que afectan a diferentes partes del pie en función de la sustancia que la desencadena. Así, lesiones eczematosas simétricas en ambos empeines, de evolución tórpida, sugieren alergia al Cromo empleado en el proceso de fabricación del cuero. Por el contrario, las lesiones en las plantas y laterales de pies son indicativas de reacción a materiales empleados en la suela del zapato, como gomas y colas. Para completar el diagnóstico es necesario remitir al paciente a una unidad especializada donde se realicen pruebas epicutáneas.

#### SINDROME GENERAL

Caneda García, Y; Sampayo Montenegro, A; Zardoya Cabo, E;

PAC Ordes

DESCRIPCIÓN CASO: Varón 73 años que acude al P.A.C. por malestar general y fiebre de dos horas de evolución. Sin otros datos de interés.

A.P.: D.M. 2, dislipemia, EPOC. Exfumador. Ingreso hospitalario hace 1 mes por colangitis aguda. Patología hepática desde hace 2 años no especificada.

En la anamnesis dirigida el paciente refiere astenia desde hace meses, pérdida de peso no cuantificada, dificultad para deglución que ha limitado ingesta en los dos últimos años.

EXPLORACIÓN FÍSICA: C.O.C. Tinte ictérico piel y mucosas. ABDOMEN: discreto dolor a palpación profunda en hipocondrio derecho sin datos de irritación peritoneal.

Se revisan analíticas, descubriéndose elevación de transaminasas, bilirrubina y ferritina progresiva en los últimos años.

Se remite a urgencias del Hospital. Ingresó en Digestivo por DISFAGIA Y COLESTASIS NO FILIADA.

Durante ingreso se realizan MÚLTIPLES estudios, concluyendo que el paciente es portador de coledocolitiasis y coledocolitiasis. Ante este hallazgo y el antecedente de colangitis hacia un mes, se recomienda colecistectomía. Se realiza con evolución favorable del paciente.

INTERES PARA ATENCIÓN PRIMARIA: El diagnóstico clínico requiere tener en cuenta la lógica, utilizando herramientas como la anamnesis, la historia clínica, exploración física y exploraciones complementarias, estas confirman o descartan una enfermedad, antes de iniciar un tratamiento. A veces no ofrecen ningún tipo de información útil, sobre todo cuando se solicitan sin ningún tipo de criterio o no existe un diagnóstico diferencial, sin embargo en otras ocasiones, como en el caso que nos ocupa, llevan a la causa de la patología del paciente.

#### PACIENTE INCONSCIENTE

Sampayo Montenegro, A.M.; Zardoya Cabo, E; Caneda García, Y;

PAC Noja

Aviso para acudir a domicilio: Paciente de 85 años inconsciente.

La paciente, con vida basal activa, recibe tratamiento con un hipolipemiente y suplementos de calcio, sin otros antecedentes.

La familia refiere que oyeron un golpe y encontraron a la paciente inconsciente en el suelo del baño y orinada. Al llegar al domicilio la paciente está consciente, orientada con exploración física normal salvo tensión arterial (160/90) y glucemia elevada (high).

Al poco tiempo la paciente comienza con movimientos clónicos de extremidad superior derecha que se generalizan tras pérdida de conocimiento. En pocos minutos la convulsión cede y, en estado postictal, se traslada a la paciente.

Durante el trayecto presenta un vómito provocándose desaturación que recupera tras aspiración orofaríngea, y nuevo episodio de convulsión, se administra diazepam intravenoso; la paciente entra en parada cardiorrespiratoria, se inician maniobras de soporte vital y se pone flumazanilo intravenoso, la paciente recupera pulso y respiración espontánea.

En el hospital se evidenció hiperglucemia y acidosis metabólica, causas de las convulsiones, y consolidación en hemitorax derecho en la radiología por broncoaspiración; TAC craneal sin alteraciones.

La paciente recibió tratamiento antibiótico, anticonvulsivante e insulino terapia.

Fue dada de alta al domicilio con tratamiento antidiabético.

INTERÉS PARA AP: Este caso nos refleja una causa poco habitual de debut diabético además de hacernos pensar en los diagnósticos diferenciales de inconsciencia que nos podemos encontrar en un paciente.

#### AVISO DE INCENDIO

**Regal Faraldo, Mi;**

*PAC de Vilagarcía De Arousa. Pontevedra*

Llama 061 al PAC e informa de un incendio en domicilio donde hay una mujer.

A nuestra llegada, nos encontramos a una mujer 55 años tumbada en la cocina con restos de polvo blanco en la boca y manos, una bolsa blanca a su lado (Servin 85 de Bayer) y restos de humo en la habitación de a lado que ha sido apagado por bomberos.

Nos informan vecinos que padece "de los nervios" y otro que la bolsa blanca es un insecticida.

EF: Consciente, agitada, no colaboradora (no podemos valorar orientación), no quemaduras. Eupneica. no tiraj. TA 118/76, SatO 95% T° 37,1 fc: 75, gluc normal. Auscultación cardiopulmonar: normal, pupilas isocóricas, normorreativas, no focalidad neurológica. Restos de polvo blanco en orofaríngea y manos. Resto exploración normal.

Mientras la exploramos, se lava con suero fisiológico manos y boca, ponemos oxigenoterapia, vía intravenosa con suero fisiológico. Monitorizamos y trasladamos a hospital.

Se trata de una intoxicación por insecticida (carbaril) y sospecha de intento autolítico.

Ante una intoxicación por insecticidas es fundamental la protección del personal con guantes, mascarilla y gafas. Buena anamnesis. Valorar la situación clínica, medidas de emergencia (soporte A-B-C-D) para mantener constantes vitales. Prevención de absorción del tóxico (vía cutánea: retirar ropa y lavar,

vía inhalatoria: oxigenoterapia. Vía digestiva: lavado gástrico). Conocimiento de síntomas y efectos posibles.

Como tratamiento específico: atropina 1 o 2mg iv que finalmente precisó y traslado a UCI.

#### EPIGASTRALGIA REBELDE AL TRATAMIENTO

**Villanueva García, Y; Fernandez Souto, F; Garcia-ciudad Young, V;**

*C.S. Concepción Arenal; C.S. Vite; C.S Fontiñas.*

Motivo de consulta: Epigastralgia

Antecedentes personales: Sin interés

NAMC

TRATAMIENTO: ACO, Metamizol, Omeprazol y Desclorfeniramina

Enfermedad actual: Mujer de 33 años que refiere cuadro de dolor epigástrico que irradia a hipocondrio izquierdo, acompañado de lesiones fugaces eritematosas y pruriginosas en extremidades. Cuadro por el que consultó en 2 ocasiones y se le pautó analgesia, IBP y antihistamínico sin notar mejoría.

Exploración física: T° 37,3°C TA 131/86

Palidez cutánea. Palmas eritematosas.

ABD: sensación de ocupación dolorosa en epigastrio sin delimitarse masas. Resto normal.

Análítica: Bd 1.5 mg/dL, Bt 1,6 mg/dL, GOT 55 UI/L, GPT 125 UI/L, GGT 254 UI/L, FA 390 UI/L. Resto normal

Rx. Tórax/ abdomen: normal

Ecografía abdominal: múltiples lesiones hepáticas heterogéneas con necrosis. Engrosamiento parietal e irregular de colon ascendente con adenopatías locorregionales.

Juicio Clínico: LOES hepáticas y alteraciones ecográficas abdominales.

CONCLUSIONES: Muchas enfermedades inicialmente pueden manifestarse de múltiples formas. En medicina no hay que dar nada por supuesto y se debe investigar el origen de los síntomas; esto es la clave de una buena asistencia clínica y una de las principales virtudes de la AP: su longitudinalidad. No era fácil sospechar en esta paciente un adenocarcinoma de colon en la primera consulta, ni tan siquiera en alguna posterior. Los síntomas de esta enfermedad en ocasiones pueden ser tan inespecíficos que su propia historia evolutiva nos pondrá alerta ante la posibilidad de su existencia.

#### BAROTRAUMA ÓTICO: ¿PRIMARIA O ESPECIALIZADA?

**Blanco Romero, S.; Ferreiro Serrano, M.T.; Guerra Gómez, J.A.;**

*Unidad Docente Santiago de Compostela*

AP: CASO 1— alergia Penicilina, laberintitis, cirugía torsión testicular, septorinoplastia, apendicectomía, exfumador. A tratamiento con proclorperazina y beta-histina. CASO 2— NoAMC, no AP de interés.

EA: CASO 1— paciente con cuadro de plenitud ótica, autofonía y chasquidos óticos tras viaje en avión. No fiebre ni cuadro catarral previo, no otalgia. A tratamiento por laberintitis, actualmente mejoría parcial del cuadro clínico.

CASO 2— Paciente con sensación de taponamiento en oído derecho, otorragia ipsilateral intermitente y acúfenos tras inmersión a poca profundidad el día anterior. No insuficiencia respiratoria nasal. No clínica catarral previa. No cefalea.

EF y PC: CASO 1— OI con burbujas de aire y líquido en caja timpánica que se modifican con maniobras de Valsalva, membrana timpánica íntegra. Cavum libre. Weber desplazado al lado izquierdo. Rine positivo bilateral. CASO 2— Otoscopia OI normal; hipermia y perforación timpánica de OD. Rinoscopia anterior normal. Acumetría normal.

DD: miringitis bullosa, OMA supurativa

JC: Barotrauma ótico grado III(Caso1)-grado V(Caso2).

MANEJO: CASO1— Tratamiento con corticoide oral en pauta descendente y nasal, protección gástrica; Maniobras de Valsalva, evitar entrada de agua en CAE, no inmersión, no viajar en avión (10días). A los 2 días resolución del cuadro. CASO2— Derivación a Especializada.

RELEVANCIA PARA AP: El barotrauma ótico es una patología poco conocida que puede ser manejada por AP según el grado.

### UN DURO CAMINO

**Fernandez Souto, F; García-ciudad Young, V; Armas Gonzalez, M;**

*Unidad Docente de Santiago de Compostela*

MC: Mialgias, nauseas, vómitos y descenso de diuresis.

AP: No alergias. No datos de interés médico-quirúrgicos, ni tratamientos previos.

EA: Paciente que acude por mialgias, malestar general, nauseas, vómitos y oliguria tras realizar el Camino de Santiago sin descanso durante 48hs, por lo que acude a Urgencias de AP.

EF: COC, Eupneico. TA:155/70. FC: 88 lpm. Tª 37,3°C.

AC: rítmica, no soplos.

AP: MVC.

Abd: blando, depresible, molestias a la palpación de ambos flancos, no defensa. Blumberg negativo, PPR bilateral negativa.

MMII: no edemas, pulsos conservados.

NRL: no signos de meningismo, ni focalidad.

PC: ECG: Ritmo sinusal a 80 lpm.

Análítica: Glucosa 111; Urea 210; Creatinina 2,9; Albumina 4,5; GOT 495; GPT 123; GGT 10; FAL 150; CK 2016; CK-MB 520,4; Troponina 0,2; Mioglobina 6210; Na 128; K 4,5; Ca 8,6, P 5,7; Mg 3,22. Leucos 23.920; Neutros 87,9%; Linfos 4,6%; Cayados 1%. Hb 14,5g/dl;Hto 41,3%.Plaquetas 244.000. Coagulación sin alteraciones.

Orina: sangre ++++; prots +; acetona indicios; densidad 1020; ph 5,5; Sedimento 30hem/campo. Uratos amorfos, Na 33, K 56, Urea 1942, Cr 139, Osmolalidad 510.

Rx tórax: sin evidencia de patología pleuropulmonar aguda.

JC: Insuficiencia Renal Aguda(IRA) secundaria a Rdbdomiolisis.

Evolución:Ingreso en Servicio de Nefrología con evolución favorable.

CONCLUSIONES: En este caso, el precedente de actividad física extenuante nos hace sospechar una rdbdomiolisis, que asociada a la oliguria nos alerta de una de las complicaciones más frecuentes en estos casos,la Insuficiencia Renal Aguda.

Ante una IRA, es importante identificar el desencadenante para instaurar el tratamiento de forma precoz, ya que es un factor relevante para el pronóstico.

### ESCLERODERMIA SISTÉMICA LIMITADA

**Zardoya Cabo, E; Caneda García, Y; Sampayo Montenegro, A.M;**

*C.S. Mugardos*

DESCRIPCIÓN: Mujer de 68 años de edad acude a consulta por dolor en dedos de manos con palidez ocasional seguida de enrojecimiento e hinchazón en los mismos. Con una anamnesis dirigida refiere además pirois.

ANTECEDENTES PERSONALES: Obesidad, hipertensión arterial , dislipemia e

hipotiroidismo . Tratamientos habituales: Rosuvastatina, enalapril y l-tiroxina.

EXPLORACIÓN FÍSICA: PIEL: Edemas sin fovea en dedos de manos con piel brillante y adherida, afectación simétrica, distrofia ungueal, engrosamiento de la piel en ambos antebrazos . Resto de la exploración física por aparatos: Sin alteraciones.

Ante la sospecha clínica de Fenómeno de Raynaud secundario se solicita; analítica de sangre con hemograma, bioquímica y urianalisis, Rx de tórax e interconsulta a dermatología, para valoración de las lesiones cutáneas.

Se objetiva elevación de VSG, ANA positivo y anticuerpos antitiroideos en niveles altos, Rx de tórax: sin alteraciones.

Tras realizarse biopsia en piel y con los datos clínicos se diagnostica esclerodermia sistémica limitada.

INTERÉS PARA AP: La esclerodermia es una enfermedad de escasa prevalencia pero debemos pensar en ella ante un fenómeno de Raynaud ,siendo este último un proceso frecuente como motivo de consulta en atención primaria. Además resulta útil contemplar la posibilidad de asociación entre enfermedades de base autoinmune a la hora de estudiar un hipotiroidismo en atención primaria pues, como en este caso, es frecuente que varias coexistan en un mismo paciente.

### PACIENTE DIABÉTICA CON FIEBRE: CASO CLÍNICO

**García Rodríguez, R; Tarrazo Antelo, A.M.; Galiano Leis, M.A.;**

*Area Santiago Compostela*

CASO CLÍNICO: mujer de 65 años que acude a consulta de AP por un cuadro de fiebre (38,5°C) y malestar general desde hace 48h sin otra clínica acompañante. Antecedente personales de Interés: Hipercolesterolemia, HTA, DM, Anemia Ferropénica crónica. Tratamientos crónicos: Hierro oral, Pantoprazol 40,Glimepirida 2mg, Insulina, Pravastatina,Losartan 100.

EXPLORACIÓN: en consulta, la paciente se encuentra afectada por la fiebre, la temperatura es de 38,1C (mejoría tras 30 minutos de administrar paracetamol 1gr). La exploración por aparatos (Abdominal, ACP, Neurológica,ORL) resulta normal y Multistix negativo. Decidimos antibioterapia debido a sus antecedentes(DM)con Amoxicilina/Ác. Clavulánico 875 y revisión en 24h con analítica y serologías urgentes.

Al día siguiente la paciente acude refiriendo persistencia de Fiebre, en analítica: Leucocitosis 28.150 con 85,1% neutrofilios y 7%cayados. A la exploración ACP: soplo sistólico de nueva aparición de predominio en foco mitral (resto dentro de la normalidad). EKG: Sinusal a 65 lpm.

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA: Se interpreta como Fiebre sin foco aparente y sospecha de lesión cardíaca. Se deriva a urgencias para completar estudio.

DISCUSIÓN: Ante un caso de fiebre sin foco de días de evolución debemos dirimir a indagar su posible origen. Recordamos que los Criterios diagnósticos de FOD son: 1) Temperatura mayor de 38,3°C en repetidas determinaciones;2) Duración de la fiebre de más de 3 semanas; 3) No encontrar diagnóstico tras una semana de estudio Hospitalario. Sus causas son múltiples como: Infecciones (30-40%), Neoplasias (20-30%), Colagenosis y vasculitis (15%), Idiopáticas (10-15%, entre ellas las farmacológicas). Las pruebas a valorar: Analítica orina y sangre (hemograma y extensión de sangre periférica, Coagulación, Bioquímica, proteinograma); Microbiología(serologías: CMV, Brucela,Hepatitis,etc);Mantoux; Estudios de Imagen; EKG (pericarditis, miocarditis).

**CONCLUSIÓN:** En el caso de nuestra paciente, se procedió al ingreso hospitalario desde urgencias para completar estudio por Cardiología y Medicina Interna (Infecciosas). Se objetivó positividad para Brucella (Brucella rosa de bengala positivo; Brucellacapt positivo a título 1/640; Brucella coombs positivo título 1/320) y la presencia de verrugas en válvula mitral mediante ecocardiograma. El diagnóstico definitivo fue de Endocarditis Brucelar.

En Atención Primaria carecemos de pruebas esenciales para el diagnóstico, por lo tanto es primordial la valoración de datos de Gravedad (disnea, hipotensión, coagulopatías, T elevada, alteración nivel conciencia, meningismo); de factores de riesgo (Enfermedades crónicas: cardiopatía, EPOC, DM, Insuficiencia Hepática o Renal, Edad, Inmunodeficiencias, embarazo, ADVP) y de una buena exploración física con el fin de encontrar datos que condicionen seguimiento y/o ingreso intrahospitalario.

#### UN CASO DE ENFERMEDAD DE BUERGER

**Blanco Río, A; Costas Mora, R; Cobas Martínez, MJ**

*C.S. de Matamá*

Mujer de 40 años, fumadora desde los 18, que acude a consulta por dolor intenso en primer, cuarto y quinto dedos del pie derecho, de dos meses de evolución que ha empeorado en los últimos días.

En la exploración se aprecia coloración cianótica en primer, cuarto y quinto dedos, con presencia de pulsos distales.

Se deriva al servicio de cirugía vascular del hospital con carácter urgente.

Se realizó hemograma con bioquímica elemental, serología de lúes, estudio de hipercoagulabilidad, ANA, ANCA, FR, anti Ro-La, PCR, VSG, estudio de orina, Radiografía de tórax, ecografía abdominal, ecocardiografía y TAC tóraco-abdominal, todo ello con resultado normal. Se realizó una arteriografía en extremidades inferiores, observándose una obstrucción al flujo en las arterias digitales. Con los datos clínicos de tabaquismo, isquemia arterial por arteriografía y la normalidad de todos los estudios realizados, se llega al diagnóstico de Enfermedad de Buerger ó Tromboangéitís obliterante.

Se decidió como tratamiento en esta paciente el cese del hábito tabáquico e inicio de tratamiento con acenocumarol.

La tromboangéitís obliterante es una enfermedad vascular inflamatoria oclusiva que afecta a las arterias distales de mediano y pequeño calibre. Se desarrolla con más frecuencia en varones menores de 40 años.

La etiología de la enfermedad es desconocida, aunque es indudable su relación con el tabaco.

No existe un tratamiento específico excepto la abstinencia al tabaco

#### UN CASO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAA) EN UN PACIENTE HIPERTENSO. EL IMPRESCINDIBLE PAPEL DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA

**Rodríguez García, FJ; López Curbeira, Y; Abuín Rodríguez, M; Vázquez González, A;**

*SAP Narón; Área Sanitaria de Ferrol*

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 72 años que consulta tras valoración hospitalaria unos días antes por oclusión de arteria central de la retina de ojo derecho. En sus antecedentes destacaba la amputación supracondílea del miembro inferior izquierdo tras accidente de tráfico cuarenta años antes y tratamiento con lisinopril por hipertensión arterial de unos quince años; no constaban consultas con su Médico de Familia en los últimos cinco años.

Se concierta cita para exploración y estudio de riesgo cardiovascular, objetivándose tensión arterial 150/90 mm Hg, un soplo pansistólico multifocal y, en la exploración abdominal, una masa palpable, dura, no dolorosa y pulsátil en hemiabdomen derecho, asintomática y por la que nunca había consultado.

La alta sospecha clínica de AAA se confirma por ecografía abdominal en el centro de salud (se dispone de las imágenes). Remitido al Hospital, se aprecia por TAC un gran aneurisma aórtico desde la salida de las arterias renales, con extensión a las ilíacas comunes, un diámetro máximo de 11,5 cm, trombosis extensa y calcificaciones.

La escasa actividad física derivada de la amputación condicionaba la ausencia de clínica en los miembros inferiores. La cirugía se rechazó por su dificultad y las posibles complicaciones. El paciente falleció durante un ingreso hospitalario posterior, atribuido a rotura del aneurisma.

**RELEVANCIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA:** Las competencias en exploración física y su sistematización son básicas en el desarrollo del perfil profesional del Médico de Familia.

La mayoría de los AAA son asintomáticos. La sensibilidad del examen físico es variable (22-96%).

La ecografía abdominal es electiva para la detección y evaluación posterior (es muy sensible, de bajo coste y accesible desde Atención Primaria).

#### UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA: ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

**Frade Fernández, A.M.; Jimenez Fraga, N.; Somoza Digón, J.;**

*C.S. de Adormideras*

**DESCRIPCIÓN:** Varón, 55 años. Acude a Atención Primaria aquejado de calambres en manos, sensación de "piernas pesadas y que los músculos se le mueven". Como único antecedente, Fractura de maléolo peroneo izquierdo hace 1 año.

En la exploración, presenta paraparesia en MMII con importante atrofia muscular y marcha en estepaje de predominio izquierdo. RCP flexor bilateral. No marcha en talones. Sensibilidad conservada.

Dada la clínica, se remite para ingreso, presentando analítica, LCR, radiología y RMN cerebral/medular estrictamente normales, salvo CPK 1056. Sin embargo la EMG apoyó la sospecha diagnóstica, mostrando signos de denervación neurógena crónica en todos los músculos de MMII y parcialmente de MMSS y lengua, sugestivos de fase precoz de ELA.

Se inicia tratamiento con Riluzol. Actualmente, se encuentra en rápido proceso de dependencia.

**RELEVANCIA:** Es una enfermedad degenerativa progresiva del SNC que, sin causa aparente (aunque en ocasiones tras un traumatismo), produce debilidad muscular, avanzando así hacia la parálisis corporal.

Dado que el diagnóstico principal es clínico, son especialmente los médicos de familia los que deben tenerla en cuenta, y así facilitar su detección precoz, por su gravedad y por el sufrimiento que supone para el paciente y familia: corta esperanza de vida, gran capacidad invalidante, graves complicaciones, problemas psicológicos... aspectos que requieren respuestas ágiles, multidisciplinarias y accesibles.

Infrecuente y de causa desconocida, la mayoría se heredan (4'8%) y con patrón autosómico dominante.



### HIPOTIROIDISMO POSTCIRURXICO: UNHA PATOLOXÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Galiano Leis, M.A; Tarrazo Antelo, A.M; García Rodríguez, R.

*PAC de Verín, Xerencia de Atención Primaria de Ourense; Xerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela*

Muller de 66 anos con paratiroidectomía por adenoma de tiroides fai 1 mes acode á consulta referindo que leva varios días con náuseas, vómitos e diarrea sen chegar a ser moi importantes pero consulta porque dende fai unas 24 horas asocia temblor de intención, nerviosismo, astenia e dificultades para deambulación.

Dado o inespecífico da sintomatoloxía procedeuse á realizar un exame completo que incluíu a toma de tensión arterial, glucemia, saturación e electrocardiograma no que se detectou un QT prolongado. Éste hachado xunto co antecedente de paratiroidectomía levou á realización da proba de Trousseau buscando un novo dato que apoiase a hipótese de hipocalcemia. O resultado foi positivo. Remitiuse a paciente a urxencias onde se confirmou analiticamente a hipocalcemia severa e se mantivo en observación ata desaparición da clínica e recuperación da cifra de calcio sérico.

Relevancia para Atención Primaria: a incidencia de hipocalcemia postcirúrxica sitúase en torno ó 12%, o feito de que non sexa frecuente, que a cirurxía de paratiroides teña un seguemento hospitalario e o inespecífico da clínica fai que o seu diagnóstico aínda máis difícil se de entrada non pensamos nela. Por iso a comunicación deste tipo de experiencias inusuais serve para recordar conceptos e patoloxías que por non ser de manexo habitual tendemos a esquecer.

### ENFERMEDAD DE KÖHLER TIPO II O ENFERMEDAD DE FREIBERG

Cantero Quirós, MM; Gordo Castaño, MA; Rojas Pichardo, C;

*Zona Básica de Salud de Camas*

Paciente mujer de 27 años de edad sin antecedentes personales de interés que acude a consulta médica de atención primaria por dolor en pie derecho de casi dos años de evolución acentuándose en los últimos meses.

Refiere antecedentes de traumatismo hace dos años que no acudió a consultar. Desde entonces manifiesta dolor estando en bipedestación y al caminar. A la exploración física: presenta dolor selectivo a la palpación a nivel de la cabeza del segundo metatarsiano.

Ante la persistencia del dolor se le realiza radiografía de pie derecho y se observa: aplanamiento de la cabeza del segundo metatarsiano con signos de esclerosis y ligero cizallamiento con el tercer metatarsiano. Sospechamos teniendo en cuenta la clínica que presenta la paciente y las imágenes radiológicas de las que disponemos que estamos ante una posible osteonecrosis de la cabeza del segundo metatarsiano o Enfermedad de Köhler tipo II o también llamada Enfermedad de Freiberg.

Se pauta tratamiento médico con aines y ortopédico con plantilla de descarga de la cabeza del segundo metatarsiano mejorando el dolor y evitando la cirugía.

CONCLUSIÓN: consideramos que es importante desde el punto de vista de atención primaria un diagnóstico precoz de la enfermedad para evitar la complicación más frecuente que es la deformidad residual artrósica de la articulación metatarsofalángica, la posible cirugía que conllevaría derivación a consulta especializada y gasto sanitario, la realización de radiografías de control así como la posible incapacidad laboral por la impotencia funcional causada por el dolor de la enfermedad.

### INFLUENCIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES EN LAS VAGINITIS RECURRENTES POR CÁNDIDA

Carrodeguas Santos, L; Rodríguez Alonso, M;  
C.S. Elviña

Se trata de una infección frecuente en mujeres jóvenes que se acompaña de morbilidad y considerables costes de salud, y que supone uno de los motivos más frecuentes de consulta tanta en Atención primaria como en especializada. El 75 % de las mujeres tendrá un episodio de vulvovaginitis candidiásica a lo largo de su vida y, de ellas, la mitad tendrá un segundo episodio.

Partiendo de un caso clínico de una paciente de nuestro centro de salud resaltamos la importancia de retirar los anticonceptivos orales en episodios recurrentes de vaginitis por candida y recordar la necesidad de tratamientos continuados en los casos en los que ya hemos investigado y eliminado los factores de riesgo.

Caso clínico: Mujer de 22 años sin antecedentes de interés a tratamiento con anticonceptivos orales desde Noviembre del 2007.

En Junio del 2008 tras un episodio de faringoamigdalitis tratada con penicilina i.m. aparece el primer episodio de vaginitis que cedió con clotrimazol tópico. Unos días después comienzan de nuevo los síntomas y desde entonces a pesar de tratamientos correctos presenta episodios recuentes.

En Septiembre de 2008 abandona los anticonceptivos orales y ceden los episodios.

En Octubre del 2009 reinicia el tratamiento con los anticonceptivos y 3 meses más tarde aparecen nuevos episodios de vaginitis no relacionados con tratamiento antibiótico previo.

En Junio de 2010 abandono de anticonceptivos y de nuevo ceden los episodios de candidiasis.

### DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS ANTE UN PACIENTE ASMÁTICO

Iglesias Collazo, M; Pérez Castro, P; Lorenzo San Martín, A;

*C.S. Calle Cuba*

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

- Mujer de 16 años con antecedentes de asma bronquial infantil, que presenta cuadro de disnea y opresión centrotorácica, de una semana de evolución. Es diagnosticada de broncoespasmo y tratada con salbutamol y budesonida inhalados.
- Dado el empeoramiento de la clínica, la paciente acude de nuevo a consulta 5 días después, donde en una exploración más detenida se objetiva pulso arritmico y se decide realizar un electrocardiograma. En éste se objetiva una arritmia cardíaca, consistente en alternancia de latido sinusal seguidos de ciclos de 5-6 latidos de QRS ancho a una frecuencia de 120 lpm. Se decide la derivación hospitalaria urgente de la paciente.
- Evolución: La paciente es ingresada en el servicio de UCI para recibir tratamiento antiarrítmico farmacológico sin éxito. El estudio ecocardiográfico no mostró existencia de patología estructural cardíaca. Se le realizó un estudio electrofisiológico cardíaco donde se objetivó un foco arritmogéno a nivel del tracto de salida del ventrículo derecho y se realizó ablación del mismo mediante radiofrecuencia con éxito.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: A pesar del poco tiempo del que disponemos en la consulta para el reconocimiento del paciente, debemos sacar el máximo partido de la exploración física, sin obviar información

### LA FIEBRE SIN FOCO

Navia Ruiz, L; Candocia Recarey, A; Pérez Fernandez, AB

Consultorio O Val (Narón)

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** El paciente es un varón que acudió a consultas de su centro de salud por fiebre de hasta 38°, de horas de evolución y sin foco evidente. La respuesta al tratamiento antipirético fue escasa prolongándose más de una semana sin constatare ningún foco por lo que el paciente se derivó al servicio de urgencias hospitalarias donde se recogieron muestras para hemocultivos resultando positivos para *Streptococcus constellatus*, las especiales características de este germen llevaron a la realización de una ecografía abdominal en la cual se puso de manifiesto que el origen del cuadro febril era un absceso hepático. Se instauró tratamiento antibiótico con buena evolución clínica.

**RELEVANCIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA:** La fiebre de corta evolución es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria, habitualmente conseguimos identificar un foco y tratarlo del modo adecuado pero existe un porcentaje de casos en los que o bien no se evidencia el origen de la misma o bien la evolución del cuadro a pesar del tratamiento es tórpida; en estos casos se genera una importante ansiedad en el paciente y con frecuencia supone el inicio de toda una serie de pruebas complementarias, no siempre correctamente orientadas.

Se hace necesario trabajar con algoritmos de diagnóstico práctico y científicamente avalados, manteniendo claros los criterios de derivación del paciente al medio hospitalario cuando esta se haga necesaria.

### FIEBRE SIN FOCO 2

Maceira Castiñeira, MM; Babarro Fernandez, R; Rodríguez Rivas, MC; Rey Mateo, A

C.S. de Caranza

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** El paciente es un varón joven, que acudió a consultas de su centro de salud por fiebre de hasta 38°, de días de evolución y sin foco evidente. La respuesta al tratamiento antipirético fue escasa prolongándose más de una semana sin constatare ningún foco por lo que el paciente se derivó al servicio de urgencias hospitalarias donde se recogieron muestras para cultivo que orientaron a una posible etiología faríngea, a pesar de que el paciente no mostraba sintomatología alguna a ese nivel, las pruebas de imagen orientadas permitieron localizar un absceso retrofaríngeo, que se drenó en quirófano, lo que, junto al tratamiento antibiótico, permitió una buena evolución clínica. Sería el segundo de una serie de dos casos similares, en los que los cultivos bacteriológicos permitieron localizar el foco febril.

**RELEVANCIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA:** La fiebre de corta evolución es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria, habitualmente conseguimos identificar un foco y tratarlo del modo adecuado pero existe un porcentaje de casos en los que o bien no se evidencia el origen de la misma o bien la evolución del cuadro a pesar del tratamiento es tórpida; en estos casos se genera una importante ansiedad en el paciente y con frecuencia supone el inicio de toda una serie de pruebas complementarias, no siempre correctamente orientadas.

Se hace necesario trabajar con algoritmos de diagnóstico práctico y científicamente avalados, manteniendo claros los criterios de derivación del paciente al medio hospitalario cuando esta se haga necesaria.

### SINDROME RS3PE: CASO CLINICO

Martínez Corona, E.; Costas Mora, R.; Blanco Río, A.

C.S. de Matamá

**CASO CLÍNICO:** Varón de 85 años, con los antecedentes personales de EPOC, HTA y artrosis femoropatelar bilateral. Actualmente tratamiento con Salmeterol/Fluticasona.

Consulta por dolor e impotencia funcional en ambos pies de cuatro días de evolución. Cuadro similar en ambas manos un mes antes. No refiere fiebre ni síndrome constitucional.

A la exploración física presenta sinovitis e importante edema con fovea a nivel de articulación metatarsofalángica de primero, segundo, tercero y quinto dedos de forma bilateral y simétrica.

En ambas manos presenta dolor a la palpación en articulaciones metacarpofalángicas de segundo y tercer dedo, con tumefacción acompañante. Sin otros datos de afectación articular. El resto de exploración por órganos y aparatos no ofreció datos de interés.

En las radiografías de manos, pies y tórax sólo se aprecian cambios degenerativos.

En análisis se observa leve anemia normocítica normocrómica (Hb:12.6g/dl); velocidad de sedimentación globular: 74mm/h; Proteína C reactiva: 49 mg/L; Factor reumatoide: <20.

El resto del hemograma, bioquímica general, hormonas tiroideas, marcadores tumorales (PSA, AFP, CEA, CA 19.9), ANA, proteinograma y serologías fueron normales.

Se diagnostica de Síndrome de la sinovitis simétrica seronegativa remitente del anciano con edema y fovea (RS3PE) y se comienza tratamiento con Prednisona 10 mg/24 horas. A las tres semanas la disminución del cuadro era evidente y el paciente recuperó su capacidad funcional. Asimismo se resolvió la anemia y se normalizaron los reactantes de fase aguda.

Desde Atención Primaria es posible diagnosticar este síndrome y es importante puesto que puede ser paraneoplásico.

### PODALGIA DERECHA EN VARÓN DE 50 AÑOS: DE FASCITIS PLANTAR A ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Martínez Santos, M; Martínez Rodríguez, P; González Lorenzo, P;

C.S. O Val, C.H. Arquitecto Marcide

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 50 años sin antecedentes de interés, no hábitos tóxicos, deportista activo, que acude a consulta de su médico de cabecera el 16/12/2009 por dolor en la planta del pie derecho sin antecedente traumático previo. Se diagnostica de fascitis plantar y es tratado con AINES, experimentando mejoría. Una semana después presenta un cuadro de escalofríos, tiritona (sin objetivar fiebre) y poliartalgias. A la semana dolor en palma de mano izquierda con pequeño bultoma doloroso. El 08/01/2010 pérdida brusca de visión en ojo izquierdo, diagnosticado por Oftalmología como hemorragia retiniana. Los estudios complementarios muestran alteración de reactantes de fase aguda y anemia; estudios radiológicos normales. Exploración física: palidez cutánea, FC 110 lpm, AC: rítmica, soplo eyectivo aórtico sugestivo de insuficiencia aórtica (no presente anteriormente). Se solicita consulta en Enfermedades infecciosas ante la orientación diagnóstica de endocarditis.

**RELEVANCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA:** el médico de familia ha de enfrentarse

a un síntoma guía como principal motivo de consulta, este caso se presenta con un síntoma del aparato locomotor, en un paciente sano, de mediana edad, sin factores de riesgo ni cardiopatía conocida previa.

La endocarditis infecciosa puede cursar de forma subaguda, indolente, siendo las manifestaciones no cardíacas producidas por la embolización de fragmentos de vegetación en extremidades, riñones, cerebro... la forma de presentación.

En este caso fue el síntoma visual, el que reorientó el diagnóstico, desde una simple fascitis plantar a una endocarditis.

#### VASCULITIS Y ASMA

Sixto Carreira, C; Pérez-Bustamante Hernández, P; Martínez Calvo, L;

C.S. de Narón

CASOS CLINICOS: Varón de 55 años, con antecedentes de: alérgico a cefditoreno. Ex-fumador (hace 10 años) y ex-bebedor moderado. Trabaja en central térmica. Seguido en consultas externas de neumología por cuadro de 3 años de evolución de disnea, tos y sibilancias con espirometría normal y prueba broncodilatadora positiva; al año patrón espirométrico obstructivo moderado con PBD negativa, en TAC: patología pulmonar cicatricial en ambos ápex con multitud de bronquiectasias cilíndricas, Ig E elevada, ANCA-MPO 118, tratamiento con combinación de  $\beta_2$  de acción larga+corticoide inhalado y salbutamol a demanda. Acude a consulta por cuadro de 8 días de evolución de lesiones cutáneas purpúricas no pruriginosas y parestesias a nivel distal en pies y manos. No fiebre, no náuseas ni vómitos, no disnea ni tos ni expectoración. A la exploración: bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. TA 140/82 mmHg, Fc 80 lpm, afebril. Máculas purpúricas en miembros inferiores. No bocio ni adenopatías. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen no doloroso, no masas ni megalias. Pulsos periféricos conservados. Disminución de la sensibilidad táctil en todos los miembros, reflejos osteotendinosos conservados. Destaca en la analítica: hemograma (24120 leucocitos, 46% eosinófilos; resto normal), bioquímica, coagulación, proteinograma, complemento e inmunoglobulinas normales. ANAs y Anti-DNA negativos, ANCA-MPO 80. Marcadores tumorales, serología de virus hepatotropos, VIH, sífilis y Borrelia negativos. Proteínas en orina (450 mg/24h). Rx tórax normal. Se remite para biopsia cutánea y EMG con resultado de: vasculitis leucocitoclástica de arterias de mediano calibre con denso infiltrado eosinófilo y mononeuritis múltiple. Diagnóstico: asma, eosinofilia persistente, ANCA positivos, lesiones cutáneas sugestivas de vasculitis y mononeuritis múltiple; sospecha de Síndrome de Churg-Strauss.

Tratamiento: corticoides a dosis de 1 mg/kg/día, con escasa mejoría. Mejor respuesta posterior a asociación de ciclofosfamida en pulsos.

Desde Atención Primaria: estudio y control evolutivo de patologías respiratorias crónicas, diagnóstico diferencial de vasculitis, identificación de patologías sistémicas que se manifiestan por afectación de distintos órganos de forma asincrónica.

#### QUE ME OCURRE DOCTOR? MI CEFALEA NO ES LA MISMA

López Seijas, C.S; Villanueva García, Y; López Perez, M.C

C.S. A Estrada; C.S. Concepción Arenal; C.S. A Cuña-Mariñamansa

CASOS CLINICOS:

Motivo de Consulta: Cefalea

Antecedentes personales

- NAMC
- Migrañas ( de 10 años de evolución).
- No hábitos tóxicos
- Tratamiento: AINES

Enfermedad actual: Mujer de 29 años que acude por cuadro de cefalea holocraneal que se ha incrementado en intensidad este último mes. No cede con analgesia habitual. Ayer varios episodios de síncope con pérdida de visión. En ocasiones parestesias en msizqdo.

Exploración física

Tª 36,4 °C TA 129/71 mmHg FC 97 lpm

NH, NC, NP, Eupneica con O2 ambiente.

ACP: normal.

NRL: no focalidad, pares craneales normales, fuerza y sensibilidad conservadas.

Pruebas complementarias

Analítica: sin alteraciones

TAC: proceso expansivo frontotemporoinular derecho con características heterogéneas con zonas quísticas, edema perilesional y marcado efecto masa con desplazamiento de la línea media.

Juicio clínico: Astrocitoma gemistocítico grado II.

CONCLUSIONES: La cefalea constituye el primer motivo de consulta neurológico en Atención Primaria. En la mayoría de los casos se suele controlar con un adecuado tratamiento. Sin embargo, ante signos de alarma hay que pensar en un origen secundario; como se refleja en el caso de nuestra paciente, la cual se derivó a urgencias para completar estudio. Por lo tanto es muy importante realizar un buen diagnóstico diferencial entre cefaleas primarias y secundarias, basándonos fundamentalmente en la clínica y valorando siempre la presencia de posibles criterios de alarma.

#### PACIENTE CON ALTERACIÓN EN LA DEAMBULACIÓN: REFLEXIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO.

Tarrazo Antelo, AM; García Rodríguez, R; Galiano Leis, MA

Área Santiago Compostela

Caso Clínico: varón de 46 años que acude a consulta urgente de AP por dificultad para caminar desde el día anterior porque "no le responde" la pierna izquierda. No relata antecedente traumático, pero recuerda haber estado trabajando en cudillas la tarde anterior. No AP de interés. No tratamientos actuales

Exploración: en consulta confirmamos una alteración en la marcha sobre talones, donde el paciente no es capaz de elevar la punta del pie izquierdo, en compensación, levanta la pierna exageradamente para evitar rozar la planta en el suelo a cada paso. Constatamos, imposibilidad para la flexión dorsal de pie izquierdo, y alteraciones sensitivas en dorso y borde externo del mismo. Resto de la exploración: normal.

Hipótesis diagnóstica: se sospecha lesión de nervio periférico, y se deriva a Urgencias Hospitalaria para confirmación diagnóstica especializada.

DISCUSIÓN: Las mononeuropatías suelen deberse a traumatismo, compresión o atrapamiento (las más frecuentes: nervio cubital y mediano en EESS, y nervio ciático poplíteo externo (CPE) en EEII).

El nervio CPE produce inervación motora de músculos peroneos, tibial anterior, extensor común de dedos del pie y extensor propio del 1er dedo. Además produce inervación sensitiva de cara externa de la pierna y del dorso del pie. Su afectación es poco frecuente, por traumatismos, compresiones nerviosas (a la altura de la cabeza del peroné) y como complicación de procesos quirúrgicos como la artroplastia de rodilla. La confirmación diagnóstica se realiza por ENMG.

El tratamiento es antiinflamatorio, para restaurar la función nerviosa; rehabilitador, con el fin de estimular el grupo muscular afectado; ortésico, con férulas

en ocasiones para evitar que la extremidad adopte una postura alterada, y en última instancia, quirúrgico, para descompresión del nervio si necesario.

**CONCLUSIÓN:** En AP prima la historia clínica con una sistemática exploración física. Los conceptos de Anatomía Funcional resultan siempre orientadores, pero más, si cabe, cuando abordamos problemas neurológicos, en el diagnóstico diferencial de afecciones originadas a nivel de centros nerviosos, en relación con disfunciones cuya localización y etiopatogenia, como en este caso, son periféricas.

En nuestro paciente se confirmó el diagnóstico de neurapraxia del CPE (concretamente, su rama tibial anterior), pautándose Urbason 40mgr (40 mgr cada 8h/un día, pasando a 40mgr cada 12h/2 días y luego 40 mgr cada 24h/2 días) con revisión posterior. Un factor que influye en el pronóstico de lesiones de nervio periférico es el momento en el cual se inicia el tratamiento (en nuestro caso fue de buen pronóstico).

## COMUNICACIÓN PÓSTER. COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

### PARACENTESIS EVACUADORA

**Espiñeira Brañas, M; Gómez Fernández, P; Monteagudo Varela, L;**

*C.S. San José B*

Les remitimos el resumen de un póster que describe la realización de la técnica ilustrándolo con seis fotografías y que consta de los siguientes apartados:

- ¿Qué es una paracentesis evacuadora?
- ¿Qué material es necesario para realizar la técnica?
- Descripción de la técnica
- Fotografías de la técnica
- Bibliografía

### VALORACIÓN Y MANEJO DE LA DISNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS

**Gonzalez Feroso, M.; Lamelo Alfonsín, F.;**

*Hospital Marítimo de Oza, A Coruña*

**OBJETIVO:** Recoger y revisar el material seleccionado para actualizar la valoración y el manejo de la disnea en el contexto de los cuidados paliativos del enfermo con cáncer avanzado, EPOC y otras enfermedades respiratorias.

**RESUMEN DE LA EXPERIENCIA:** ¿De qué hablamos?: La disnea se define como una experiencia subjetiva de dificultad para respirar. Es tan difícil de sobrellevar como el dolor. Su prevalencia en cuidados paliativos oscila entre el 70% y el 90%. ¿Cuáles son las causas?: Para un adecuado manejo de la disnea debemos identificar las causas para diferenciar las reversibles (Neumonía, anemia, TEP, insuficiencia cardíaca) y por tanto tratables de las no reversibles (Ca. Pulmonar, linfangitis carcinomatosa, fibrosis pulmonar idiopática) que exigirán un manejo especial y más continuado. Valoración de la disnea: Es necesario realizar una adecuada valoración clínica del paciente con disnea previamente al tratamiento. Con este objetivo se han diseñado escalas como la de Borg para realizar de manera habitual al paciente. No está recomendado el uso de estudios complementarios (Radiografía de tórax, gasometría arterial) por ser débil la correlación entre disnea e hipoxemia. Tratamiento: Se divide en medidas no farmacológicas (ejercicio de fisioterapia respiratoria) y medidas farmacológicas (opiáceos, benzodiacepinas, corticoides). En esta revisión tratamos de explicar el manejo, la indicación y la dosificación de cada fármaco con el apoyo de los estudios realizados hasta el momento.

## COMUNICACIONES POSTER – PROXECTOS DE INVESTIGACIÓN

### DETECCIÓN DE ANCIANOS EN RIESGO DEL ÁREA DE VAL MIÑOR

**González López S; Amigo Dobaño M.C.; Ulesova S; Nogueiras Santas C; Hernaiz Valero S;**

*C.S. Val Miñor*

Estudio multicéntrico (realizado en 4 centros del área de Valmiñor) no financiado.

**INTRODUCCIÓN:** Revisando la bibliografía actual nos damos cuenta de que el concepto de fragilidad se considera actualmente equiparable a sarcopenia, por lo que todas las pruebas realizadas para hallar su prevalencia se orientan a capacidades físicas de manera casi integral. En este estudio queremos ampliar este término incluyéndolo dentro del concepto “anciano en riesgo”, valorando no sólo lo físico sino todas las demás capacidades que integran la salud del anciano.

Así realizaremos una VGI, más completa que nos dará información sobre los siguientes campos:

- psicológico, funcional, cognitivo, físico y social, cada uno de ellos imprescindible y equiparable en la salud del ser humano.

Por lo tanto, consideramos como “anciano sano” a aquel sujeto con capacidades y reservas funcionales que le permiten desarrollar una vida activa acorde a su edad y entorno.

**OBJETIVOS:** Diagnosticar la prevalencia de ancianos en riesgo y fragilidad en población de edad entre 65 y 85 años en nuestro área.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo en el que pretendemos valorar a los ancianos del área entre 65 y 85 años; dividiremos en dos estratos de edad a los cuales aplicaremos un sistema de aleatorización estratificada para obtener en cada uno la muestra de población que vamos a estudiar. La N la calculamos según la prevalencia manejada en la bibliografía para cada grupo de edad, obteniendo un total de 366 pacientes a estudio, que nos permitirán hallar la prevalencia de ancianos en riesgo en el área de Valmiñor con una confianza del 95% y una precisión del 4%.

Como limitaciones podremos encontrar abandonos por enfermedad o no colaboraciones que suplimos con el aumento de la N.

A todos los pacientes de ambas muestras se administrará una hoja de consentimiento informado. Si aceptan se les realizará un cribaje de fragilidad basado en los criterios de Frie, puramente físicos. Los positivos ya serán diagnosticados de fragilidad y por tanto serán ya considerados ancianos en riesgo y a los negativos se les explorará el resto de áreas: psicológica, funcional, cognitivo y social (según escalas validadas internacionalmente) de manera que si alguna o varias dan positivo se considerarán igualmente ancianos en riesgo y si dan negativo ancianos sanos o sin riesgo.

### ESTUDIO, EN EL MUNICIPIO DE CAMBRE, DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, COMORBILIDAD, CALIDAD DE VIDA Y DEPENDENCIA EN PERSONAS DE 40 Y MÁS AÑOS DE EDAD.

**Pita Fernández, S; Seoane Pillado, T; Pértega Díaz, S; Martínez Rodríguez, A; Domínguez Loureiro, P; García Alonso, P;**

*Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística del C.H.U. A Coruña, C.S. de Cambre. Universidad de A Coruña.*

**OBJETIVO:** Determinar en la población de 40 y más años del municipio de Cambre el riesgo cardiovascular, comorbilidad, calidad de vida y nivel de dependencia.

**MEDIOLOGÍA:**

ÁMBITO: Municipio de Cambre (A Coruña)

PERIODO: Noviembre 2009-Diciembre 2011

TIPO-ESTUDIO: Observacional de prevalencia

CRITERIOS INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN: Población de 40 y más años, seleccionados aleatoriamente, con consentimiento a participar.

SELECCIÓN-MUESTRAL: Aleatoria estratificada por de edad y sexo

TAMAÑO MUESTRAL: Según datos poblacionales (fuente: INE), para seguridad del 95% ( $\alpha=0.05$ ) y  $\pm 5\%$  de precisión, asumiendo 15% de pérdidas; estudiaremos 433 pacientes de 40-64 años y 406 pacientes de 65 y más.

RECOGIDA-INFORMACIÓN: realizada por médicos de atención primaria, fisioterapeutas y podólogos entrenados. Se contacta por correo postal y/o teléfono con los pacientes seleccionados para concretar cita en el Centro de Salud. Tras aceptación a participar, se procede a la exploración y recogida de información. Los parámetros analíticos se recogen de la historia clínica si existe algún análisis reciente, en otro caso, se solicitará el consentimiento para realizar una analítica. Se realiza una espirometría, pulsioximetría y pedigráfica. Se pregunta sobre comorbilidad y se completa la información con la historia-clínica. Para evaluar: calidad de vida, nivel de actividad física, nivel de ansiedad, deterioro cognitivo, dependencia de las actividades básicas e instrumentales y recursos sociales se utilizan cuestionarios validados.

MEDICIONES-INTERVENCIONES: Variables de identificación, variables antropométricas, índice de comorbilidad de Charlson. Variables para evaluar la prevalencia de: diabetes, hipertensión arterial, hiperlipidemia e hipercolesterolemia, insuficiencia renal, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), espirometría, tabaquismo y nivel de dependencia. Tensión arterial: dos mediciones, al comienzo y final de la visita. Pusiometría. Medicación concomitante. Se evalúa: calidad de vida relacionada con la salud (cuestionario-SF36); nivel de actividad física (cuestionario-IPAQ). Pedigráfica. En población de 40-64 años se estima el riesgo cardiovascular según índices de Framingham, Score, Regicor y Dorica, nivel de ansiedad como estado y rasgo (test-STAI). En la población de 65 años y más se recoge valoración de recursos sociales (OARS), valoración de actividades básicas de la vida diaria (Índice-Barthel), valoración de actividades instrumentales de la vida diaria (Escala-LAWTON) y valoración del deterioro cognitivo (Miniexamen cognitivo de Lobo).

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES: Aprobación del CEIC de Galicia. Consentimiento informado de pacientes. Confidencialidad de la información según legislación vigente.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Estudio descriptivo. Comparación de medias utilizando la T-Student o test de Mann-Whitney según proceda. La asociación de variables cualitativas se estimará por medio del Chi-cuadrado. Para determinar la asociación de variables entre sí se utilizarán modelos de regresión lineal múltiple y logística

**LIMITACIONES:**

- Sesgo\_Selección: muestreo aleatorio simple estratificado por grupos de edad y sexo. Las mediciones en pacientes con problemas de movilidad se realizarán en el domicilio.
- Sesgo\_Información: para evitarlo se utilizan cuestionarios validados. Para minimizar la variabilidad de los registros de tensión arterial se realizan dos mediciones

**PROBLEMAS EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN EN LA DIABETES. ESTUDIO DESCRIPTIVO.**

Tarrazo Antelo, AM; García Rodríguez, R; Tarrazo Antelo E;

Area Santiago Compostela

OBJETIVOS: evaluar prevalencia de hipertensión en pacientes con Diabetes tipo 2 y valorar su grado de control terapéutico

MATERIAL Y MÉTODOS : estudio descriptivo retrospectivo sobre diabéticos tipo 2 diagnosticados al menos hace 24 meses, según datos de Historias Clínicas (seguimiento compartido), en un Centro de Salud de población mixta (rural-urbana). Variables: edad, Media de TA en consulta en últimos dos meses, Diagnóstico previo de HTA y Medidas de Control pautadas. Con representación porcentual y graficada de dichas variables

RESULTADOS: 350 pacientes adultos. Edad media: 61.75 años. De ellos, 35.71% con TA media  $< 130/80$  y 64.29%  $> 130/80$ . Del total, tienen diagnóstico previo de HTA 210 pacientes (60%), en los que encontramos que sólo 65(30.95%) cumplen objetivos(TA $<130/80$ ); entre los 140 no clasificados como hipertensos, sólo 60(42.86%) están en objetivos. Respecto a las medidas de control, entre los 210 diagnosticados de HTA, 9.52% están sólo con normas de MEV (15% en objetivos), 33.33% con un único fármaco antihipertensivo (sólo 21.43% en objetivos), 39.05% con dos (42.68% en objetivos), y 18.10% con tres o más (31.58% en objetivos).

DISCUSIÓN: Los pacientes diabéticos presentan un RCV 2-4 veces superior al de la población general. La HTA en ellos alcanza una prevalencia del 40-55% (nuestro estudio  $>60\%$ ). El descenso de PA evidencia claros beneficios en la disminución del RCV y la nefropatía diabética: todos los consensos actuales enfatizan la necesidad de actuaciones enérgicas para el despistaje y tratamiento de la HTA en este grupo. Lo cual comporta: primero, optimizar, desde el primer momento del diagnóstico de Diabetes, la detección de problemas concomitantes(HTA,Dislipemia,Obesidad...) mediante protocolos de seguimiento compartido; segundo, vencer la inercia terapéutica, tan presente hoy en las consultas de AP. Numerosos trabajos muestran que aun estamos lejos de alcanzar un óptimo seguimiento y tratamiento. Nuestro estudio apunta igualmente en tal sentido: un alto porcentaje de diabéticos sin diagnóstico de hipertensión, pero con cifras tensionales mantenidas elevadas(infradiagnóstico), así como una proporción mayoritaria de hipertensos diagnosticados mal controlados(inercia terapéutica, entre otras causas). La hipertensión en la diabetes frecuentemente es refractaria a la monoterapia; en nuestra muestra, el grupo mayor de tratamientos incluye dos fármacos, donde además registramos el mejor porcentaje de buenos controles.

**CONCLUSIONES:**

- La diabetes comporta un alto RCV, por la afectación que el trastorno metabólico en sí causa en los órganos diana y la alta frecuencia de asociación de otros problemas, como la HTA.
- Todos los consensos de las principales Sociedades (ESH, ESC, IDF, EASD, ADA, SED, SEH-LELHA...) enfatizan la necesidad de intervención precoz y enérgica en despistaje y tratamiento de todos los FRV en el diabético.
- Constatamos un preocupante infradiagnóstico de HTA en diabéticos. Proponemos dinamizar su seguimiento por el equipo de AP, con revisión conjunta de las historias clínicas, para la organización de las visitas y petición de pruebas periódicas.
- Percibimos un importante componente de Inercia Terapéutica en el manejo de la hipertensión en estos pacientes. Debemos optimizar nuestra intervención: no conformarnos con "acercarse" a los objetivos, sino buscar su estrecho cumplimiento, valorando tempranamente asociaciones

de fármacos. Las reuniones periódicas, actualizaciones formativas, etc, deben ser una constante en los Centros de Salud. Con simples cambios de actitud, creemos que podría mejorarse considerablemente nuestra contribución a la calidad de vida y longevidad de nuestros pacientes diabéticos.

#### ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DM EN PACIENTES CON DM TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA EN VIGO

Barreiro Carreño, M; Iglesias Collazo, M; García-Mayor García, R; Perez Castro, P; Lorenzo San Martín, A; Costas Mora, R;

C. Salud C/Cuba

**INTRODUCCIÓN:** La Diabetes Mellitus es una enfermedad de creciente prevalencia, alcanzando el grado de epidemia en el siglo actual. Tiene una elevada morbimortalidad y un elevado coste social y sanitario, siendo necesaria la actuación de un equipo multidisciplinar siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica actualizadas y que las actividades preventivas y sanitarias se realicen desde APS.

#### OBJETIVOS:

1. Valorar la calidad de la asistencia sanitaria que reciben los pacientes con DM tipo 2 en nuestro centro de salud
2. Ver las características clínicas de los pacientes diagnosticados de DM tipo 2 de nuestro centro de salud
3. Valorar el papel del personal de enfermería

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Tipo de estudio: retrospectivo observacional (Septiembre 2009- Junio 2010). Criterios de inclusión: pacientes mayores de 15 años diagnosticados de DM tipo 2 con al menos 1 año de evolución atendidos por los médicos de un centro de salud de Vigo.

Criterios de exclusión: historias de pacientes con menos de un año de evolución, historias sin registro en los dos últimos años y extravío.

**Muestra:** se revisan 210 historias clínicas para una población total de 1046 pacientes diabéticos tipo 2.

**Muestreo:** sistemático, con una constante de muestreo prefijada (en este caso 5) Fuente de datos: registro de historias clínicas existentes hasta Diciembre de 2009

**Mediciones principales:** sexo, edad, años de evolución, antecedentes familiares, cifras de hemoglobina glicosilada, factores de riesgo cardiovascular, complicaciones microvasculares, realización anual de analítica y ECG, revisión anual oftalmológica, recomendaciones higiénico dietéticas y examen de los pies por el personal de enfermería, realización de autoanálisis, tratamiento actual y cifras de TA, CT, c LDL, IMC actuales.

**Manejo de datos:** las variables recogidas se procesan en una base de datos diseñada previamente para el estudio. Las variables continuas se expresan en medias±desviación estándar y las variables categóricas en porcentajes. Los porcentajes se comparan con los tests estadísticos Chi-cuadrado, Test exacto de Fisher y se establece una significación estadística para un valor de  $p < 0,05$ . El estudio estadístico se realiza con el programa informático EPI INFO 2000 (versión 3.5.1). Los resultados del estudio y las conclusiones se comunicarán a los profesionales del centro y si fuese preciso se propondrán medidas de mejora, para garantizar a nuestros pacientes una atención segura y de calidad.

**Aspectos ético-legales:** se garantiza la confidencialidad de la información según la Ley de Protección de Datos 15/1999.

#### GRADO DE CONTROL METABOLICO Y PRESENCIA DE COMPLICACIONES CRONICAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2.

Modroño Freire, MJ; Pita Fernandez, S; ,

EAP Mariñamansa

**OBJETIVO:** Determinar el grado de control de diabetes y el grado de afectación de órganos diana.

#### METODOLOGÍA:

Ámbito: Centro de S de Mariñamansa (Ourense).

Periodo: Octubre 2010- 2011.

Tipo de estudio: Estudio observacional de prevalencia

**Criterios de inclusión-exclusión:** Pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2. Se excluirán pacientes con diabetes tipo I o gestacional, que rechacen participar o en situación terminal.

**Selección muestral:** Muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo.

**Tamaño muestral.** N= 296. Para una seguridad del 95%, precisión del 6% y asumiendo un 10% de pérdidas.

**Recogida de información.** Los pacientes serán citados y tras información personalizada y previa firma del consentimiento informado se realizará una anamnesis, exploración física y revisión de pruebas complementarias para valorar el grado de control metabólico, la presencia o no de retinopatía, arteriopatía periférica, insuficiencia renal y cardiopatía isquémica.

Se cuantificará la comorbilidad, la determinación del riesgo cardiovascular y se valorará la concordancia de la medicación pautaada y la que el paciente refiere que toma. Se estudiará también la frecuentación valorando el número de visitas en el último año

**Mediciones-Intervenciones:** Se determinaran las variables: Fecha de nacimiento, edad y sexo El peso, talla , IMC y dos registros de tensión arterial.

**En sangre periférica:** Hemoglobina, HbA1c, Glucemia Basal, perfil lipídico, transaminasas, creatinina y estimación de filtrado glomerular. En orina el cociente albúmina/ creatinina..

La presencia o no de retinopatía. se valorará utilizando el retinógrafo no midriático TRC-NW200. Se realizará una valoración clínica de arteriopatía periférica mediante el cuestionario de Edimburgo y el índice tobillo-brazo .. Se valorará un EKG y si constan antecedentes documentados o clínica actual de cardiopatía isquémica. Se cuantificará comorbilidad por el Score de Charlson.

Se aplicaran las tablas del riesgo cardiovascular: UKPDS, Score, Dorica; Regicor y Framingham. Se valorará la medicación que consta en la hoja de medicación activa y la que el paciente refiere que toma.

**Aspectos ético-legales:** Se solicitará Autorización al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia .Los participantes serán informados y consentirán por escrito su participación.

**Análisis estadísticos:** Se realizará un estudio descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresaran como media ± desviación típica. Las variables cualitativas se expresaran como valor absoluto y %. Con una estimación de su 95% de intervalo de confianza.

La comparación de medias se realizara por medio de la t- student o el test de Mann Whitney. Según proceda tras comprobar la normalidad de las variables con el test de Kolgomov- Smirnov. La asociación de las variables cualitativas entre si se estimará por medio del estadístico Chi cuadrado. La correlación entre variables cuantitativas entre si se determinará por medio del coeficiente de correlación de Pearson o Spearman. La concordancia entre diferentes variables cualitativas entre si se estimará por medio del índice de Kappa. Para determinar que variables se asocian a los eventos de interés realizaremos análisis multivariado de regresión logística.

#### ESTUDIO DE PREVALENCIA DE COMORBILIDADES Y COMPLICACIONES MICROVASCULARES DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA EN VIGO. ANÁLISIS DE LOS TIPOS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EMPLEADO.

Iglesias Collazo, M; Barreiro Carreño, M; Lorenzo San Martín, A; Pérez Castro, P; Costas Mora, R; García- Mayor García, R;

C.S. Calle Cuba

**INTRODUCCIÓN:** La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica con un importante impacto socio-sanitario por su alta frecuencia, las complicaciones que conlleva y su elevada mortalidad. Es importante conocer las características del paciente diabético tipo 2 que tratamos en nuestro ámbito con el fin de darle una atención más personalizada e intentar corregir las dificultades que nos encontramos.

**OBJETIVOS:** General: Definir el perfil del paciente en nuestra área de trabajo e identificar las características del mismo en cuanto a comorbilidades y complicaciones debidas a su enfermedad.

Específicos:

- Estudiar el tipo de comorbilidades que presentan nuestros pacientes y el grado de control de las mismas
- Analizar las complicaciones microangiopáticas de los pacientes y determinar si se realiza un adecuado seguimiento/tratamiento de éstas, de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica.
- Valorar el tratamiento farmacológico empleado y de los resultados obtenidos con las modalidades más frecuentes.

**METODOLOGÍA:**

- **Diseño:** Estudio retrospectivo observacional durante el período de septiembre del 2009 a junio del 2010.
- **Muestra:** se escogen al azar 210 pacientes del total de pacientes diabéticos del centro de salud Calle Cuba de Vigo, mediante un proceso de muestreo aleatorio sistemático.
- **VARIABLES:** Demográficas, clínicas, bioquímicas y terapéuticas.
- Los criterios y normativa para la evaluación, se obtienen de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad y Consumo y de la American Diabetes Association.
- **Manejo de datos:** La fuente de información son las historias clínicas tanto en formato papel como electrónico, de donde se obtienen las variables en cuestión y se incluyen en una base de datos. Para el análisis estadístico, se utilizará el programa Epi-Info 3.5.1 utilizando los procedimientos estadísticos habituales.

**OBSERVACIONES:** Inicialmente se realizará un estudio piloto para detectar las dificultades o limitaciones del estudio e intentar corregirlas. Una vez obtenidos los resultados y las conclusiones, serán comunicadas a los profesionales del centro, y se propondrán medidas de mejora.

#### COMUNICACIONES POSTER. COMUNICACIONES CIENTÍFICAS.

##### APROXIMACIÓN DE COSTOS ENTRE EL USO DE DIFERENTES INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES (IBPS) EN UN CUPO DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA.

González Lemos, J.M.; de la Iglesia Requejo, S.

C.S. de O Barco de Valdeorras

**OBJETIVOS:** Poner de manifiesto las diferencias de costos entre el uso de diferentes tipos de IBPs en Atención Primaria de Salud tomando como base el principio activo y precio de referencia a fecha de julio de 2010.

**MATERIAL/MÉTODOS:** Análisis de datos estadísticos de precios de referencia de diferentes IBPs en un subgrupo de pacientes a tratamiento crónico por diferentes motivos con ellos en un cupo de medicina de familia urbano.

**Resultados:** variación significativa en el costo y en el uso de los diferentes tipos de IBPs en Atención Primaria de Salud.

**CONCLUSIONES:** sobrecosto y altas tasas de prescripción de tratamientos con IBPs de nueva generación.

##### IMPLICACIÓN DE LOS RESIDENTES EN LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DE UN CENTRO DE SALUD

Vázquez Mascato A; Hernández Tuda C; López Torres L; Mosquera Gómez P; Rial Rama F; Maestro Saavedra F.J; Caeiro Castela JM;

C.S. de Elviña-Mesoiro

**OBJETIVOS:** Se valora el "Programa de Cirugía Menor" desarrollado en un Centro de Salud teniendo en cuenta el diagnóstico de las lesiones intervenidas, la técnica utilizada, el profesional que las realiza y la concordancia diagnóstica con la anatomía patológica.

**DISEÑO:** Para llevar a cabo el estudio, se ha revisado el registro informatizado del "Programa de Cirugía Menor", realizado durante el año 2009 en el C.S. Elviña-Mesoiro, en el que participaron los MIR 4 supervisados por los profesionales titulares del centro.

**RESULTADOS:** Se realizaron un total de 654 cirugías (frente a las 562 del 2008). 414 pacientes son tratados por el médico adjunto y 80 por el residente. El tipo de lesión más frecuentemente intervenida son las verrugas. Crioterapia, exéresis, drenajes e infiltraciones encabezan los procedimientos llevados a cabo. De las 83 AP solicitadas, presentan concordancia con el diagnóstico 61 (77%).

**CONCLUSIONES:** La implicación en el "Programa de Cirugía Menor" de los médicos del C.S. Elviña-Mesoiro y de los residentes, durante el año 2009, ha conseguido que dicho programa siga aumentando en el número de actos quirúrgicos en relación al año 2008. La facilidad de utilización de la crioterapia y la no necesidad de solicitar consentimiento informado en ésta, hacen que sea la técnica quirúrgica más utilizada. No existe ninguna correlación entre el tipo de lesión intervenida y la técnica quirúrgica utilizada.

##### FRECUENTACIÓN Y COMORBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Varela Suárez, A; Pita Fernández, S; Naveira Seoane, L; Paz Martínez, C;

Unidad de Epidemiología Clínica (C.H.U. A Coruña)

**OBJETIVOS:** Determinar la frecuentación en una consulta de atención primaria y sus determinantes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ámbito: C.S. As Pontes de García Rodríguez

Período: Noviembre/Diciembre-2009

Tipo de estudio: Observacional

Criterios de inclusión/exclusión: Población mayor a 15 años. Excluidos desplazados y consultas burocráticas

Mediciones: Edad, sexo, comorbilidad (índice de Charlson)

Análisis estadístico: Descriptivo y regresión logística

**RESULTADOS:** Se estudian 943 consultas que corresponden a 515 pacientes con una media de edad de  $50,9 \pm 19,2$  años. El 55% acudió una vez mientras que el 45%, dos o más. Existe un predominio del sexo femenino sobre el masculino (56,9% vs 43,1%). Las patologías más prevalentes son: la enfermedad respiratoria crónica (11,3%) y la diabetes mellitus (7,8%). El índice de Charlson y la edad se asocian significativamente con el número de veces que acude a consulta. Las mujeres presentan una frecuentación significativamente mayor que los hombres (1,89 vs 1,76). Ajustando por edad, sexo y comorbilidad la variable con un efecto independiente para predecir mayor frecuentación es el sexo femenino (OR=1.54). Si consideramos hiperfrecuentadores a pacientes que durante el periodo de estudio (2 meses) han ido 5 ó más veces ( $n=55$ ; 10,7%) ajustando por edad, sexo y comorbilidad la variable con un efecto independiente para predecir mayor frecuentación es el índice de Charlson (OR=1.3). El sexo femenino incrementa la probabilidad de mayor frecuentación pero no de forma significativa.

**Conclusiones:** Las mujeres presentan mayor frecuentación y la hiperfrecuentación viene determinada por la comorbilidad.

#### **DETERMINAR LA PRESCRIPCIÓN INDUCIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS DE PRESCRIPCIÓN EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Varela Suárez, A; Pita Fernández, S; García Sieiro, R; Louro Gonzalez, A; ,  
C.S. Cambre. Unidad de Epidemiología Clínica (C.H.U. A Coruña)

**OBJETIVOS:** Determinar la prescripción inducida y las características de prescripción en una consulta de atención primaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ámbito de estudio: C.S. de Cambre

Tipo de estudio: Prevalencia

Período de estudio: Enero-Julio 2008

Criterios de inclusión: Prescripciones financiadas por el sistema nacional de salud y realizadas en sistema informático OMI-AP

Criterios de exclusión: Las no financiadas por el sistema nacional de salud o no realizadas a través del aplicativo informático.

Mediciones: Sexo, fármaco prescrito y origen de prescripción.

Análisis estadístico: Descriptivo.

**RESULTADOS:** El 80,6% de las prescripciones se realizaron en el centro, 12% en el segundo nivel y el resto en la medicina privada y atención primaria extracentro. Las características de prescripción: el 81,3% son de tipo agudo, 31,6% genéricos y el grupo terapéutico más prescrito es el sistema nervioso (19,5%). Según el origen de prescripción, el grupo más prescrito es el sistema nervioso salvo en la atención primaria extra centro que es el músculo-esquelético. En el segundo nivel el 52,5% de la prescripción es de tipo crónica a diferencia del resto en el que predomina la prescripción de tipo aguda. El 93,4% de las prescripciones de genéricos se realizan en el centro.

**CONCLUSIONES:** Aproximadamente el 20% de la prescripción es inducida y la mayor parte de ésta procede del segundo nivel.

#### **¿TENEMOS A NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 BIEN CONTROLADOS SEGÚN CRITERIOS DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA?**

Fernández Díaz, P; Amirashkan, E; Calle Custodio, R; Fernández Domínguez, MJ; C.S. Carballeira; PAC Ribadavia; C.S Carballeira; UDMFYC Ourense

**OBJETIVOS:** Establecer la prevalencia de los diabéticos tipo 2 con buen control según las guías de práctica clínica (GPC) en un centro de salud semiurbano.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Diseño: Estudio observacional transversal.

Ámbito de estudio: C.S. A Carballeira (Ourense).

Sujetos: Muestra de 195 pacientes seleccionados por muestreo aleatorio simple.

Mediciones: Edad, sexo, IMC, TAS, TAD, colesterol, exploración pie, fondo de ojo, ECG, hábito tabaquico, Nefropatía diabética (ND), dieta, tratamiento de HTA y DM, estatinas, AAS, ACO, otros antiagregantes, HbA1c en últimos 6 meses y último año.

**RESULTADOS:** La edad media fue de 69,9 años (IC95% 68,4 - 71,4), siendo el 50,8% mujeres. El I.M.C. fue de 29,38, fumadores el 11,8%. Tenían exploración del pie, fondo de ojo y ECG anual el 50,8%, 35,9% y 70,8% respectivamente. HbA1C de los últimos 6 meses el 61% y HbA1C del último año 84,6% con mediana de 6,5. Presentaban ND el 20%. La metformina es el ADO más utilizado (52,8%). Los ARAII es el antihipertensivo mayoritario (52,3%). Con A.A.S. el 50,3%. Tienen buen control de TA el 40,2%, de CT el 56,2% y de HbA1C el 73,9%. Encontramos significación entre control de TA y HbA1C con los profesionales ( $P=0,002$ ,  $P=0,004$ ) así como de la realización de exploración del pie y fondo de ojo con los mismos ( $p=0,000$  y  $p=0,000$ ). Resultó significativo el control de hba1c con realización de autoanálisis, presencia de ND y utilización de metformina ( $p=0,004$ ,  $p=0,01$  y  $p=0,025$ )

**CONCLUSIONES:** la formación y utilización de las GPC por los profesionales es un aspecto a implementar para el buen control de nuestros diabéticos.

#### **PERFIL DE PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS**

Naveira Seoane, L; López Calviño, B; Varela Suárez, A; Pita Fernández, S; Pértega Díaz, B; Seoane Pillado, T

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística (C.H.U. A Coruña)

**OBJETIVO:** Determinar las características de los pacientes atendidos en el punto de atención continuada (PAC) de Betanzos

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ámbito: PAC de Betanzos (A Coruña)

Período: Febrero-Abril 2010

Tipo de estudio: prevalencia

Criterios de inclusión: Pacientes que solicitaron atención urgente

Mediciones: Datos sociodemográficos, características de la demanda, aspectos clínicos, índice de comorbilidad de Charlson y derivación hospitalaria

Tamaño muestral: Muestreo aleatorio simple estratificado por meses (Febrero-Abril) de 6056 consultas atendidas, obteniendo una muestra de 196 (precisión  $\pm 7$  y 95% de seguridad)

Análisis estadístico: Descriptivo

**RESULTADOS:** La edad de los pacientes es  $42,2 \pm 24,6$  años. El 41,8% procede de Betanzos, un 12,2% de Oza de los Ríos, siendo el 11,2% de las urgencias de fuera del área sanitaria. La mayor demanda es los domingos (28,6%) y los lunes (15,8%). Las patologías más prevalentes son el aparato respiratorio (25,5%) y el dolor abdominal (16,3%). Observándose una derivación hospi-



talía del 7.1%. Las patologías más frecuentes en el sexo masculino son la hipertensión (22.5%), el EPOC (19.1%) y el infarto de miocardio (6.7%). Y en el femenino son la hipertensión (18.7%), la diabetes mellitus sin afectación del órgano diana (6.5%) y las arritmias (6.5%). El índice de comorbilidad de Charlson, en los hombres es de  $1.98 \pm 2.99$  vs.  $1.53 \pm 2.54$  en las mujeres. Según el sexo, hay diferencias significativas en padecer EPOC ( $p < 0.001$ ) e infarto de miocardio ( $p = 0.048$ ).

**CONCLUSIONES:** Las patologías más frecuentes son el aparato respiratorio y el dolor abdominal. La mayoría de las consultas proceden de fuera del municipio

**CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA POR PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL EN EL PAC DE UN CENTRO DE SALUD URBANO Maceira Castiñeira, MM; Iglesias Cardet, MA; Tovar López-Aranguren, T; Debén Sanchez, MJ;**

*C.S. de Caranza*

**OBJETIVOS:** Conocer la prevalencia del registro de problemas relacionados con la salud mental en los pacientes atendidos en el PAC de Ferrol durante 6 meses. Conocer sus principales características.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se procedió a revisar todas las historias de pacientes atendidos en el PAC de Ferrol entre diciembre-1999 y Mayo-2010, recogiendo los datos de aquellos en cuyo diagnóstico figuraba un problema relacionado con la salud mental. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, día, horario y lugar de asistencia, diagnóstico, tratamiento y derivación hospitalaria. El tratamiento estadístico se realizó mediante el programa SPSS 15.0.

**RESULTADOS:** Durante el periodo estudiado se atendieron 14592 pacientes, en el 0,016% se recogió en su diagnóstico un problema de salud mental. La edad media fue de 42,38 años, registrándose una mayor proporción de mujeres (63,2%). Un 51,2% acudieron en días laborables y en horario diurno. El juicio clínico más frecuente fue "crisis de ansiedad" (82,4%). El tratamiento farmacológico se aplicó al 85,3% de modo puntual. El grupo farmacológico más utilizado fueron las Benzodiazepinas (90,2%). Solo un 9% de los pacientes precisó derivación hospitalaria.

**CONCLUSIONES:** Se constata una baja prevalencia de registro de problemas de salud mental en la historia clínica. La mayoría de los diagnósticos corresponden a una misma categoría y se tratan con un mismo tipo de fármaco. Parece razonable proponer una mayor atención en el registro de problemas de salud mental en el PAC, así como en el tratamiento

**LA DEMANDA ASISTENCIAL SEGÚN LA ACCESIBILIDAD A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO**

**Pita Fernández, S; Einöder Moreno, M; López Calviño, B; Seoane Pillado, T; Pértega Díaz, S; Pita Sánchez, C;**

*Unidad de Epidemiología y Bioestadística (CHUAC)*

**OBJETIVO:** Determinar la frecuentación de los pacientes a urgencias

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Ámbito: Servicios de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC): Hospital Universitario A Coruña (HUAC) y Hospital Teresa Herrera (HTH)

Periodo: Año 2008

Tipo de estudio: Prevalencia

Criterios de inclusión: Pacientes atendidos en Urgencias del CHUAC

Mediciones: Edad, frecuentación, distancia en Km. del municipio de residencia al hospital y patología

**Análisis estadístico:** Descriptivo

**RESULTADOS:** Los  $\geq 65$  años acuden más veces a urgencias que los más jóvenes. Los  $\geq 65$  años que acudieron una sola vez fue del 72.3% vs. el 77.0% en  $< 65$  años. Los  $\geq 65$  años que acudieron 5 o más veces fue un 1.9% vs. 1.4% de los  $< 65$  años. En el HUAC la media de edad aumenta al incrementarse la frecuentación. En el HTH la frecuentación aumenta al disminuir la edad. Objetivándose una clara relación entre la distancia al hospital (Km.) y la frecuentación. Observándose mayor frecuentación en los municipios más próximos y disminuyendo al alejarnos del centro hospitalario. Las patologías que acudieron 7 o más veces más frecuentes al HUAC fueron respiratoria, síntomas y signos mal definidos y músculo-esquelética. En el HTH la patología que acudió 7 o más veces con más frecuencia fue respiratoria. El 47.7% de las urgencias proceden de A Coruña y el resto por orden de frecuencia: Arteixo (6.3%), Culleredo (5.7%), Oleiros (5.3%), Carballo (5.3%).

**CONCLUSIONES:** La accesibilidad al hospital se asocia con la frecuentación, la edad y la patología. Aproximadamente el 50% de las urgencias del CHUAC proceden del municipio de A Coruña.

**DEMORA DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA (CHUAC)**

**Einöder Moreno, M; López Calviño, B; Pita Fernández, S; Seoane Pillado, T; Pértega Díaz, S; Martínez Bugallo, A;**

*Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística (C.H.U. A Coruña)*

**OBJETIVO:** Determinar la estancia de los pacientes que acuden a urgencias y sus determinantes

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ámbito: Servicio de Urgencias (SU) del CHUAC: Hospital Universitario A Coruña (HUAC)/Hospital Teresa Herrera (HTH)

Periodo: Año 2008

Tipo de estudio: Prevalencia

Criterios de inclusión: Pacientes atendidos en SU del CHUAC

Mediciones: Hora de llegada y alta, edad, sexo, patología. Estancia computada como la diferencia entre hora alta y llegada, incluida la espera de cama para ingreso. Análisis estadístico: Análisis descriptivo, Regresión Logística

**RESULTADOS:** En el CHUAC la mediana de la duración de la estancia (Me) es en los pacientes  $\geq 65$  años 2.78h vs. 5.92h en  $> 65$  años. El 17,1% de las personas  $\geq 65$  años y el 5,2% de los  $> 65$  años presentaron estancia  $< 1$ h. El 4,1% de los  $\geq 65$  años y el 18,6% de los  $> 65$  años fueron dados de alta después de 24h. El tiempo de estancia en el SU se correlaciona positivamente con la edad. La duración de estancia varía según la franja horaria, la menor estancia (Me=2,23h) se detecta de 3:00-3:59 horas y la mayor (Me=4,4h) de 7:00-7:59 horas. El tipo de patología modifica significativamente el tiempo de estancia. En el HUAC las patologías asociadas a mayor estancia son: neoplasias (Me=21,6) y enfermedades circulatorias (Me=11,97). En el HTH: genitourinarias (Me=2,68), hematopoyéticas (Me=2,65) y trastornos mentales (Me=2,23). La patología, edad y el sexo del paciente y el turno asistencial modifican significativamente la duración de estancia.

**CONCLUSIONES:** La estancia en urgencias se modifica según edad del paciente, hora del día y patología. A mayor edad dicha estancia se incrementa.

### PREVALENCIA DE ENFERMEDADES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA (CHUAC)

López Calviño, B; Einöder Moreno, M; Pita Fenández, S; Pértega Díaz, S; Seoane Pillado, T; Martínez Bugallo, A;

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística (C.H.U. A Coruña)

**OBJETIVO:** Determinar tipo de patología en pacientes mayores de 65 años en el servicio de urgencias

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito: Servicio de Urgencias del CHUAC

Periodo: Año 2008

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Pacientes atendidos en el servicio de urgencias del CHUAC

Mediciones: Se determina edad, sexo, patología (CIE-9) y necesidad de ingreso

Análisis estadístico: Análisis descriptivo de todas las variables del estudio

**RESULTADOS:** En el CHUAC las patologías más frecuentes, en menores de 65 años, son lesiones/envenenamientos (24.2%), enfermedades respiratorias (13.8%) y síntomas/signos mal definidos (13.7%), a diferencia de los mayores de 65 donde las patologías más frecuentes son lesiones/envenenamientos (17.6%), síntomas/signos mal definidos (17.6%) y enfermedades del aparato circulatorio (15.1%)

Las patologías más frecuentes en el CHUAC en mujeres mayores de 65 años son lesiones/envenenamientos (21.4%), signos/síntomas mal definidos (16.4%) y las enfermedades del aparato circulatorio (14.6%). En los hombres son síntomas/signos mal definidos (19.2%), enfermedades circulatorias (15.8%) y enfermedades respiratorias (14.1%).

Las patologías que requieren ingreso con orden de frecuencia son las enfermedades circulatorias (29.6%), las respiratorias (20.7%) y los síntomas/signos mal definidos (15.8%)

**CONCLUSIONES:** La edad y el sexo son determinantes de la patología presentada. Los ingresos se producen fundamentalmente por patología circulatoria, respiratoria y síntomas/signos mal definidos.

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO COMPLICADA: CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE CONTROL

Sanchez Campos, V; Cerrato Rodríguez, J;

C.S. Elviña-Mesoiro

**OBJETIVO:** evaluar el cumplimiento de objetivos de control en la atención del paciente hipertenso no complicado en un centro de salud.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio observacional descriptivo de una muestra aleatoria de 308 pacientes (nivel de riesgo alfa 0.05, precisión 6%) extraídos de una población de 1539 hipertensos no complicados registrados en el centro de salud de Elviña-Mesoiro (A Coruña). Se evalúan las cifras tensionales durante el periodo Julio 2009-Julio 2010 así como las diferentes opciones terapéuticas. Se clasifican los pacientes en dos grupos (controlados / no controlados) tomando como punto de corte 140/90 mmHg de tensión arterial, siguiendo la recomendación de la guía europea de HTA 2009.

**RESULTADOS:** se estudian 308 pacientes hipertensos no complicados de 66,36 ( $\pm 13.24$ ) años de media, 44,5% hombres. Se observó un 31,2% de pacientes sin registro de TA en el año previo; en cuanto al resto de hipertensos

se obtiene una TAS media de 135,34 ( $\pm 16,16$ ) y TAD de 76,63 ( $\pm 10,49$ ), con un 72.17% (IC95%: 65.90-78.44) bien controlados. Para el tratamiento de HTA se utilizan modificaciones del estilo de vida de forma exclusiva (11.04%) o se asocian a uno (42.53%) o más fármacos (46.43%).

**CONCLUSIONES:** los pacientes hipertensos no complicados del centro de salud de Elviña-Mesoiro presentan un control aceptable de TA según las recomendaciones de la guía europea de HTA 2009, mediante el uso de diversas asociaciones terapéuticas. Sin embargo sería deseable un registro más uniforme para estos pacientes.

### DIABETES MELLITUS TIPO 2 : CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE CONTROL

Cerrato Rodríguez, J; Sanchez Campos, V;

C.S. Elviña-Mesoiro (A Coruña)

**OBJETIVO:** Evaluar el cumplimiento de objetivos de control en la atención sanitaria al diabético tipo 2 en un centro de salud.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo de una muestra aleatoria de 242 pacientes (nivel de riesgo alfa 0.05, precisión 6%) extraídos de una población de 647 diabéticos tipo 2 registrados en el centro de salud de Elviña-Mesoiro (A Coruña). Se evalúan las cifras de HbA1c entre Julio 2009-Julio 2010 y las diferentes opciones terapéuticas. Se considera buen control una HbA1c  $\leq 7\%$  (GPC sobre DM2 del SNS, 2008), analizándose también los casos inferiores al 8%.

**RESULTADOS:** Se estudian 242 diabéticos tipo 2 de 69.17 ( $\pm 10.66$ ) años de media, 54.1% hombres. Se observó un 32.6% de pacientes sin HbA1c solicitada en el año previo; en cuanto al resto de los diabéticos se obtiene una HbA1c media de 7.54% ( $\pm 1.60$ ), con un 47.24% (IC95%: 39.27-55.21) bien controlados; presentando un 69.94% (IC95%: 62.59-77.28) cifras inferiores a 8. Entre las opciones terapéuticas aparecen por orden de frecuencia: metformina, metformina + sulfonilurea, sulfonilurea, insulina basal, insulina + metformina, y otras.

**CONCLUSIONES:** Los diabéticos tipo 2 del centro de salud de Elviña-Mesoiro presentan un control regular de su HbA1c, aunque gran parte mantiene cifras cercanas a las idóneas. Causas posibles serían: población envejecida (19.4% mayores de 80 años), antecedentes o riesgo de hipoglucemias, complejidad o mal cumplimiento terapéutico, pacientes perdidos por cambio de centro o que no acuden a controlarse... Asimismo, sería deseable un registro más uniforme para estos pacientes.

### ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD

Lorenzo Parapar, L; Matias Gonzalez, E; Fernández Domínguez, M.J; Menendez Villalva, C;

C.S. A Cuña-Mariñamansa; PAC Carballiño; UDMFYC Ourense; C.S. A Cuña-Mariñamansa

**OBJETIVO:** Cuantificar el grado de concordancia en la estimación del riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes hipertensos entre los distintos métodos validados.

Diseño: Estudio transversal.

Emplazamiento

Centro de salud Mariñamansa-A Cuña (Ourense).

Participantes: 107 pacientes hipertensos, seleccionados por muestreo aleato-

rio sistemático. Criterio de exclusión: haber sufrido algún evento cardiovascular.  
Variables del estudio

- 1.- Variables clínicas: edad, sexo, peso, talla, T.A., consumo de tabaco y alcohol, colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos, filtrado glomerular, retinopatía, HVI.
- 2.- Cálculo del RCV: SCORE, Framingham y SCE con respecto a REGICOR

**RESULTADOS:** La edad media fue de 65,25 años (60,70-69,72), el 56% eran mujeres. Un 86,5 % de pacientes tienen sobrepeso u obesidad. Analizada validez y seguridad de las tablas de RCV observamos en la SCE una sensibilidad(S) de 55,56, especificidad(E) de 66,67, VPP=97,22 y el VPN=6,67; en el SCORE la S fue de 67,21, E=60,61, VPP=75,93 y el VPN=50,00; en Framingham la S fue de 78,26, la E=100,00, VPP=100,00 y el VPN=62,50. La comparación de las curvas ROC obtenidas da un área de 0,6111 (0,2786-0,9436) para SCE, de 0,6391 (0,5357-0,7425) para SCORE y de 0,8913 (0,8423-0,9403) para Framingham. El índice Kappa de las distintas tablas con respecto a REGICOR fue de 0,265 con SCORE, de 0,408 con Framingham y de 0,042 con SCE.

**CONCLUSIONES:** Las mujeres de más de 65 años con sobrepeso constituyen el perfil de nuestros hipertensos. La escala Framingham alcanza los mejores índices de validez y seguridad, obteniendo también la mejor concordancia entre las tres tablas analizadas respecto del REGICOR.

Palabras clave: hipertension, risk factors, cardiovascular risk

#### **PAPEL DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**Mosquera Gómez, P; López Torres, L; Vázquez Mascato, A; Hernández Tuda, C; Caeiro Castela, JM; Rial Rama, F; Maestro Saavedra, Fj;**  
*C.S. Elviña-Mesoiro (A Coruña)*

**OBJETIVOS:** Se valora el "Programa de Ecografía" desarrollado en un Centro de Salud teniendo en cuenta el motivo de la petición, la localización anatómica y el diagnóstico.

**DISEÑO:** Para llevar a cabo el estudio, se ha revisado el registro informatizado del "Programa de Ecografía" realizado durante el año 2009 en el C.S. Elviña-Mesoiro en el que participaron los MIR 4 supervisados por el profesional docente.

**RESULTADOS:** Se realizaron un total de 521 ecografías. La localización anatómica más estudiada es la abdominal, seguida de la osteomuscular y la urológica. El motivo de solicitud más frecuente es el dolor, junto con los controles de patología previa. En la mayoría de las exploraciones realizadas el resultado es normal, excepto a nivel osteomuscular donde predominan las tendinitis y a nivel de cuello, los nódulos tiroideos. Cabe destacar como diagnóstico, en todas las localizaciones anatómicas estudiadas, el de masa sugestiva de neoplasia, lo que permite agilizar la confirmación diagnóstica y el tratamiento correspondiente, mejorando la morbimortalidad de los pacientes.

**CONCLUSIONES:** El valor de la ecografía como prueba diagnóstica en la consulta de atención primaria es evidente y una herramienta útil para descartar patología, favoreciendo el pronóstico de la lesión, contribuir a la satisfacción del paciente y acortar las listas de espera de las diferentes especialidades.

#### **¿CUAL ES EL PERFIL DE NUESTROS PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN UN CENTRO DE SALUD SEMIURBANO?**

**Roca Romero, AM; Fernández Domínguez, MJ; Modroño Freire, MJ; Mato Mato, JA;**  
*C.S. A Cuña-Mariñamansa; UDMFYC Ourense; C.S. A Cuña-Mariñamansa; Servicio de Endocrinología-CHOU*

**OBJETIVO:**

- Describir el Perfil Clínico de los pacientes con Hipotiroidismo subclínico(HS) de un C.S. semiurbano.
- Observar el papel del médico de familia en el seguimiento terapéutico y pruebas complementarias solicitadas en su consulta para el diagnóstico.

**MATERIAL Y METODOS:**

**DISEÑO:** estudio descriptivo observacional retrospectivo

**ÁMBITO:** C.S. Mariñamansa-A Cuña.

**SUJETOS:** 117 pacientes en situación de HS. Seleccionamos a 82 pacientes con concentración de TSH > 5,60 UI/mL y T4L y T3 normales

**VARIABLES:** Edad,Sexo,IMC, Antecedentes familiares(AF) de enfermedad tiroidea, Antecedentes personales de bocio y otras patologías tiroideas, comorbilidad asociada Dislipemia, DBM, HTA, Tabaquismo, niveles de TSH, T4L y T3, Anticuerpos antitiroideos, Sintomatología, pruebas complementarias solicitadas, tratamiento con levotiroxina

**RESULTADOS:** EL 85,36% son mujeres y la edad media de 53,59 años (49,73-57,45). El 38,24% son fumadores, con IMC de 28,45 (27,21-29,69). El 41,46% presentaba patología obstétrico-ginecológica. El 35,36% eran hipertensos, el 20,73% diabéticos y el 37,80% tenían dislipemia. El 23,17% tenían AF de enfermedad tiroidea. El 79,27% tenían patología tiroidea asociada siendo la tiroiditis crónica autoinmune la más frecuente (27,69%). Están asintomáticos el 47,29%. El 41,46% solicitó pruebas tiroideas y la ecografía la más utilizada (62,75%). Estaban a ttto con levotiroxina el 62,19% y el 15,85% tenía otros asociados. EL manejo terapéutico estaba llevado por el médico de familia en el 57,32%. No encontramos asociación significativa de los pacientes con levotiroxina e IMC, sintomatología y presencia de dislipemia.

**CONCLUSIONES:** Las mujeres de 53 años con sobrepeso, asintomáticas y en seguimiento terapéutico por el médico de familia constituye el perfil de nuestros pacientes hipotiroideos.

#### **CALIDAD DE VIDA PRE-POST CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCARDICA ARTERIAL**

**Yañez Brage, I; Pita Fernández, S; Martínez González, U; Juffé Stein, A; Pértega Díaz, S; Carballo Costa, L;**  
*C. H. U. A Coruña*

**OBJETIVO:** Determinar la calidad de vida basal y a los 3,6 y 9 meses utilizando el cuestionario de salud SF-36v2.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

**Ámbito:** Complejo Hospitalario Universitario da Coruña.

**Periodo:** Mayo/2005-septiembre/2007

**Tipo de Estudio:** Piloto

**Criterios de inclusión:** Enfermos sometidos a cirugía coronaria sin circulación extracorpórea, mayores de 18 años, intervenidos en el servicio de cirugía cardiaca durante el período de estudio.

**MEDICIONES:** Los resultados de calidad de vida se evaluaron mediante el cuestionario de salud SF-36v2.

**RESULTADOS:** Cuando se comparan los valores báseles y a los 3 meses se observa una mejoría significativa en todas las dimensiones del SF-36v2 que se mantiene a los 6 y 9 meses excepto para el Rol emocional que aunque mejora no alcanza significación estadística. Los pacientes experimentaron también una mejoría significativa respecto a la componente sumario físico (PCS) a los tres meses que se mantiene a lo largo del seguimiento y que siempre es mejor que la basal. La componente sumario mental (MCS) se incrementa a lo largo del seguimiento respecto al valor basal y alcanza significación estadística a los seis meses. Los incrementos relativos de las diferentes dimensiones respecto al basal y la magnitud de la diferencia de la componente PCS ha sido del 31.31% y la del MCS del 10.0%. Si observamos los cambios en el tamaño del efecto podemos ver como se produce una mejoría en cada una de las dimensiones y componentes sumario PCS y MCS. **CONCLUSIONES:** La calidad de vida mejora después cirugía de revascularización miocárdica arterial.

#### **INTERVENCIÓN FORMATIVA EN MÉDICOS DE PACS: ¿SE DISMINUYEN LAS DERIVACIONES AL NIVEL SECUNDARIO?**

**Tellado Gonzalez, C.; Fernández Alvarez, R.; Llorente de Mata, F.J.; Fernández Domínguez, M.J.; Sanchez Campos, D.; Lorenzo Blanco, A.;**  
C.S. Avión; PAC Allariz; C.S. Pobra de Trives; Unidad de Docencia e Investigación XAP Ourense; Urxencias Sanitarias 061; PAC Allariz;

**OBJETIVO:** Evaluar si las intervenciones formativas en médicos de PACS revierten en una disminución del nº de derivaciones al nivel secundario.

#### **MATERIAL Y METODOS:**

**DISEÑO:** estudio descriptivo observacional multicéntrico  
**ÁMBITO:** Urgencias de atención primaria  
**SUJETOS:** nº de derivaciones de 6 PACS del área de salud de Ourense durante la 2ª quincena de noviembre de 2008 (n=220) y 1ª quincena de marzo de 2010 (n=94).  
**INTERVENCIÓN:** actividad formativa impartida por profesionales de varios niveles (AP. Hospitalario, 061) en noviembre de 2009.  
**VARIABLES:** edad, sexo, PAC, motivo de consulta, fecha, hora y día de la asistencia, diagnóstico, traslado y lugar de la asistencia.

**RESULTADOS:** El 53% y 62,8% eran hombres respectivamente en la 1ª y 2ª auditoria y la mediana de edad fue de 69,37 años y 69,34 años. El 94,03% y 82,97% de las derivaciones eran desde el PAC. Los domingos y los jueves son los días de mayor derivación con un 30,84% y 19,62% en la primera y viernes (22,34%) y sábados (24,46%) en la 2ª y en el tramo horario de 15-22 horas en las dos. El motivo de consulta más frecuente fue de accidentes, caídas y lesiones en los dos casos, 22,7% y 21,3% respectivamente.. El diagnóstico mayoritario final fue de accidentes, caídas y traumatismos en un 22,8% y 27,6%. El porcentaje de derivaciones fue de 7,12% y 6,68% respectivamente

**CONCLUSIONES:** Las intervenciones formativas se demuestran efectivas en los médicos de los PACS con un descenso del 6,1% en el número de derivaciones al nivel secundario

#### **¿TIENEN LOS MISMOS HABITOS ALIMENTARIOS Y CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCODENTAL NUESTROS ESCOLARES DE EDUCACIÓN PRIMARIA DEL MEDIO RURAL Y URBANO?**

**Fernández González, Y; Pérez López, A; Blanco Blanco, MR; Outeiriño Quintas, J; Fernández Domínguez, MJ; Fernández González, C; Alonso Docampo, MN;**  
C.S.O Barco; C.S.A Ponte; C.S.Verin; C.S. Novoa Santos; Unidad de Docencia e Investigación XAP de Ourense; C.S. Novoa Santos; XAP Ourense;

**OBJETIVO:** Observar las posibles diferencias en los hábitos alimentarios y co-

nocimientos sobre salud bucodental de nuestros escolares de educación primaria con respecto al medio rural o urbano.

#### **MATERIAL Y METODOS:**

**DISEÑO:** estudio observacional multicéntrico de prevalencia  
**ÁMBITO:** Centros escolares de la provincia de Ourense  
**SUJETOS:** 1330 niños de 30 centros escolares.  
**VARIABLES:** edad, colegio, cepillo de dientes y tipo, cepillado después del desayuno, comida y cena, alimentos que toman en el desayuno y recreo, creencias sobre los productos que pueden ser dañinos a los dientes, visita al dentista

**RESULTADOS:** La mediana de edad fue de 6 años (DT:1,49) y 8 años (DT: 1,8) respecto al medio urbano y rural respectivamente. Tenían cepillo de dientes el 99,4% y 99,8%. Respecto a los alimentos más consumidos en el desayuno el 69,57% y 74,74% consume bollería entre otros alimentos respectivamente y la consume en el recreo el 23,76% y 30,44% encontrando significación estadística (p=0,03). El 23,10% de los alumnos urbanos y 27,13% de los rurales no toman nada en el recreo. Encontramos relación significativa entre el origen urbano o rural y el cepillado de dientes después de comer (p=0,01) y con la creencia de daño dental de la fruta (p=0,04), de la bollería-galletas (p=0,000), de los refrescos (p=0,004), y del pan (p=0,000). La visita al dentista también se relaciona significativamente con el medio de procedencia (p=0,002).

**CONCLUSIONES:** Nuestros escolares de educación primaria del medio rural van más al dentista, se cepillan más los dientes después de comer y creen que no es dañino para los dientes ni los refrescos ni la bollería consumiéndola más en el recreo que los urbanos que creen que el pan y la fruta sí son dañinos.

#### **ESTUDO DE CONTROL DE CALIDADE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

**Fernández González, I; Paredes Pardo, V; Lijo García, M; Abreu Rolo, A; de Aspe de la Iglesia, E; de la Serna Varela, G;**  
C.S. San Xosé

**OBXECTIVO:** Coñecer o grao de control e de estudo dos pacientes hipertensos nun centro de saúde

**MATERIAL E MÉTODOS:** Selecciónase unha mostra aleatoria de todos os pacientes HTA coñecidos do centro (1979) estratificada e proporcional a por médico. O cálculo do tamaño muestral faise para unha proporción estimada de grao de control do 40%, tal como se recolle na bibliografía, cun nivel de confianza do 95% e una precisión do 8%. Analizáronse 174 historias clínicas de pacientes con hipertensión. Mediuse o grao de control e as variables de exploración e probas complementarias a realizar aos hipertensos segundo o último documento de consenso de HTA. Os resultados presentaríanse con intervalo de confianza.

**RESULTADOS:** O 60,3% tiña medida a cifra de TA no último ano. O 62,1% (IC 95% 54,8-64,9) tiña un adecuado grao de control. O 63,2% tiña ECG informado. O 7,5% tiña medidos os pulsos periféricos. O 7,5% tiña revisado o fondo de olo. O 93,1% tiña o estudo analítico feito. Só consta automedición domiciliar de TA no 18,4%. Realizouse MAPA no 10,3%. Nos casos nos que se observaba mal control, no 80% constan recomendacións para melloralo. O 20,1% non usan fármacos, o 28,2% usan IECA, o 27,6% ARAII, o 36,2% diuréticos, o 16,1% antagonistas do calcio, o 1,7% alfabloqueantes, o 15,5% betabloqueantes.

**CONCLUSIÓNS:** Obsérvase un bo grao de control das cifras tensionais pero é preciso mellorar o estudo de varios parámetros do paciente hipertenso así como aumentar a automedición domiciliar.

### É REAL A REDUCCIÓN DE CITAS ADMINISTRATIVAS MÉDICAS COA RECEITA ELECTRÓNICA?

Paredes Pardo, V; Fernández González, I; Baldomir Fernández, O; Herrero de Padura, I; López Silvarrey Varela, A; Núñez Vázquez, A;

C.S. San Xosé

**OBJETIVO:** A introdución da historia clínica electrónica e a aplicación de receita electrónica está producindo cambios na práctica clínica. O obxectivo do estudo é medir a posible redución da media de citas administrativas nos primeiros meses da posta en marcha da receita electrónica nun centro de saúde.

**MATERIAL E MÉTODOS:** A posta en marcha da receita electrónica xeneralizada no noso centro foi en febreiro 2010. Recolleuse o número de citas administrativas por profesional e mes desde febreiro a xullo incluídos, tanto de 2009 como de 2010. Realizamos unha comparación de medias apareadas por mes. As variables son: médico, mes e nº de citas administrativas de 2009 e 2010 por mes. Fonte de datos é a base de datos de IANUS solicitada á Xerencia de Atención Primaria.

**RESULTADOS:** O número de citas administrativas total de febreiro a xullo de 2009 foi de 11763, a súa media por médico e mes foi de 217,83 (DE 69,09), o número total de 2010 foi de 6416 e a súa media foi de 118,81 (DE 61,27). A diferenza media de citas apareadas de 2009 a 2010 é de 99,01 (IC95%: 81,59-116,44) no conxunto do centro. A redución de citas mes a mes, co intervalo de confianza do 95%, no conxunto do centro, entre 2009 e 2010 foi a seguinte: febreiro 34,77 (6,81-62,73); marzo: 76,77 (36,48-117,07); abril 102,22 (52,86-151,57), maio 112,66 (72,98-152,34); xuño 136,55 (87,59-185,51) e xullo 131,11 (82,93-179,28). Non houbo diferenzas na media de citas de 2 médicos dun total de 9.

**CONCLUSIÓN:** Hai unha redución de citas administrativas nos primeiros 6 meses de inicio da receita electrónica no conxunto do centro, e non houbo diferenzas na media de citas de 2 médicos dun total de 9

### USO DE ESTATINAS EN BLOQUEO ANDROGÉNICO. ¿PUEDEN REDUCIR EL RCV EN ESTOS PACIENTES?

Reinoso Hermida, S; Robles Castiñeiras, A; Villae Latorre, C; Díaz Grávalos, G; López González, A; Ojea Calvo, A;

PAC O Carballiño

**OBJETIVOS:** Existen evidencias de que a terapia de privación de andrógenos (TDA) utilizada en el cáncer de próstata (CaP) aumenta la incidencia de eventos cardiovasculares (ECV) en pacientes que lo utilizan. Nos planteamos evaluar si el uso de estatinas en pacientes que reciben TDA influye en la aparición de ECV.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas (HC) de 584 pacientes de atención primaria con diagnóstico de CaP a los que se les prescribió TDA entre 2007 y 2008. Se registraron al comienzo y al final del seguimiento el perfil lipídico. La presencia de ECV, la edad, presión arterial, diabetes mellitas, tabaquismo y el consumo de hipolipemiantes. La presencia de ECV después del seguimiento se consideró como variable dependiente. Se realizó una regresión logística mediante la técnica de pasos hacia atrás (SPSS 15,0).

**RESULTADOS:** Se analizaron 236 HC, con 348 excluidos debido a la ausencia de datos. Hubo 5 ECV (2,1% / año) al finalizar el seguimiento. Después de controlar otros factores, el uso de estatinas se asoció negativamente con la presencia de ECV después de seguimiento (OR 0,3; IC95 0,1 - 0,7, p <0,01).

**CONCLUSIONES:** El uso de estatinas se postula como un factor protector para

la aparición de ECV en los pacientes tratados con TDA, independientemente de la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular.

### ESTUDIO DE PATOLOGÍA GINECOLÓGICA CON ECOGRAFÍA

Paz Martínez, C; Pita Fernández, S; Fernández Rodríguez, V; Varela Suarez, A;

C.S. Elviña y Os Rosales y Unidad de Epidemiología Clínica C.H.U. A Coruña

**OBJETIVOS:** Determinar las características de las pacientes, el motivo de consulta y los hallazgos ecográficos .

**Material y métodos:**

Ámbito de estudio: C.S Elviña y Os Rosales.

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia.

Período de estudio: 2000-2008.

Criterios de inclusión: Mujeres que en su centro de salud se decide hacer ecografía ginecológica.

Mediciones: Fecha, cupo médico, edad, motivos de consulta, datos ecográficos y diagnóstico.

Análisis estadístico: Estudio descriptivo.

**RESULTADOS:** La edad media de las pacientes fue de 41 años.

Los motivos de consulta más frecuentes han sido: revisión rutinaria, control de patología previa, dolor abdómino-pélvico y trastornos menstruales.

Las características uterinas, miometriales y endometriales fueron normales en el 90% de los casos y las ováricas en más del 50% .

En el 46% de los casos no se encontró patología. Siendo la más frecuente la ovárica seguida de la existencia de miomas y de la endometrial.

**CONCLUSIONES:** Aproximadamente en la mitad de las pacientes se encuentra algún hallazgo patológico ecográfico, sobre todo en las de mayor edad.

Existe asociación entre la edad y los motivos de consulta, los motivos de consulta y el resultado ecográfico y la edad y la patología encontrada.

### DOLOR MÚSCULO-ESQUELÉTICO ENTRE MARISCADORAS/ES GALLEGAS/OS: PREVALENCIA, COMORBILIDAD, CONSULTAS MÉDICAS Y BAJAS LABORALES

Rodríguez Romer, B; Pita Fernández, S; ,

Departamento de Fisioterapia da UDC. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística del C.H.U. A Coruña

**OBJETIVOS:** determinar la prevalencia y co-ocurrencia del dolor músculo-esquelético (DME) entre mariscadores y las variables asociadas, así como sus consecuencias en consumo de fármacos, consultas sanitarias y bajas laborales.

**MÉTODOS:** 929 mariscadores-a-pie(94% mujeres).Aceptación voluntaria en el estudio y consentimiento informado-aceptado.Cuestionario autoadministrado. Se realiza análisis descriptivo y multivariado de regresión logística.

**RESULTADOS:** el DME más prevalente fue en la región: cervical(70.9%), lumbar(65.5%) y hombros(45.8%). Consultaron al médico de familia en el último año por DME, el 64%. Tanto el estar con tratamiento farmacológico actualmente como la consulta al médico de familia en el último año fueron especialmente asociados a la presencia de dolor en el área de cadera-rodilla.La mayoría(88.1%) refirieron DME en dos o más localizaciones.En la comparación por pares, el dolor de cadera-rodilla fue asociado al dolor en pierna/tobillo/pie (Odds Ratio crudos=3.14).El análisis de regresión logística demostró que ser más joven y ser mujer se asocia a la presencia de dolor lumbar; mientras que mayor edad se asocia al dolor en todas las regiones del miembro inferior.El número de localizaciones de dolor es la variable que se asocia a la presencia de dolor en todas las áreas anatómicas estudiadas.

**CONCLUSIONES:** la prevalencia de DME y la comorbilidad músculo-esquelética es muy elevada. La comorbilidad músculo-esquelética incrementa significativamente el uso de recursos sanitarios y el absentismo laboral. Se objetiva que la presencia de dolor referido en un área es altamente dependiente de la carga total de áreas con dolor. Estos hallazgos son consistentes con estudios similares en otros grupos de trabajadores.

Palabras Clave: Dolor músculo-esquelético-Comorbilidad-Mariscadores-Género

#### ESTRÉS E INSATISFACCIÓN LABORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

**García Fraguela, B; López Ramos, P; Pita Fernández, S; Seoane Pillado, T; Bello González, E; Cribeiro González, M;**

*C.H.U. A Coruña*

**OBJETIVO:** Determinar la satisfacción y el estrés laboral del personal de enfermería y sus determinantes

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

Ambito: Servicio de urgencias del CHUAC

Período: Enero-Abril/2009

Estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Enfermeras y auxiliares y consentimiento a participar

Mediciones: Cuestionario validado de Font Roja y escala de estresores laborales para enfermería (Nursing Stress Scale de Gray Toft y Anderson)

Tamaño muestral: 74(65.8% enfermeras, 34.2% auxiliares de enfermería)

Análisis estadístico: Análisis multivariado de regresión múltiple y logística y análisis factorial de componentes principales con posterior rotación Varimax.

**RESULTADOS:** El porcentaje de participación ha sido de 64.9% (60% de enfermería y 71.42% auxiliares). En el análisis univariado la puntuación del stress se relaciona significativamente con el estado civil, la categoría profesional y la edad siendo independiente del sexo, el hecho de trabajar o no el conyugue y la situación laboral. Los años trabajados en urgencias y los años de ejercicio profesional también disminuyen la puntuación de estrés pero no lo hacen de forma significativa. Las enfermeras presentan mayor estrés que las auxiliares (86 vs 76.3) y el estrés disminuye con la edad ( $r = -0.32$ ;  $p = 0.008$ ). Tras dicotomizar la puntuación de estrés en menor o mayor de la mediana la variable predictora de estrés es la edad. A mayor edad menor puntuación de estrés ( $OR = 0.91$ ). En cuanto a la satisfacción tras ajustar un modelo multivariado de regresión lineal múltiple las que modifican significativamente la puntuación de satisfacción laboral son los años trabajos en urgencias y la situación profesional. A mayor tiempo trabajado la insatisfacción disminuye. El personal fijo presenta mas insatisfacción que el vacante y este a su vez mayor que el contratado. En stress se agrupa en 7 componentes o factores explicando el 62.8% de la variabilidad. La satisfacción permite identificar 8 componetes que explican el 69.5% de la variabilidad.

**CONCLUSIONES:** El estrés laboral se modifica con la edad, disminuyendo a medida que esta se incrementa. La insatisfacción se modifica por la situación laboral y con el tiempo trabajado en urgencias. En personal fijo está más insatisfecho y la insatisfacción disminuye con el tiempo trabajado en el servicio de urgencias

#### SISTEMA SOBRE SELECCIÓN DE TUTORES POR PARTE DE RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**Marx, S.; Louro, A.;**

*C.S. Cambre*

**OBJETIVOS:** analizar la información que manejan los residentes de primer año en cuanto a cantidad y calidad para la selección del tutor y los criterios en los que se basan para la misma.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** tras realizar una entrevista abierta a varios residentes de primer año de nuestro centro, desarrollamos un cuestionario on-line que se remitió a todos los residentes de primer año de Galicia, los cuales podían acceder de forma anónima al mismo en Google-docs y rellenarlo on-line. También ofrecimos la posibilidad de imprimir el cuestionario y remitirlo por fax.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** a día de hoy aún no hemos recibido la mayoría de las respuestas, aunque ya nos han respondido  $n = 16$  residentes de primer año de un total de 73 contactados. Las primeras conclusiones arrojan una cantidad y calidad de la información proporcionada por el sistema (ministerio de sanidad, unidad docente y centros de salud) deficiente para la selección tanto del tutor como del centro de salud, así como unos criterios a nuestro entender erróneos por parte del residente.

#### NUTRIENTES EN LA DIETA DE LOS JÓVENES DE REDONDELA

**Orge Amoedo, M.; Barcala Del Caño, F.G; Carballo Llovo, A.;**

*C.S. Sárdoma*

#### OBJETIVOS

1. Investigar si la ingesta de nutrientes en la dieta de los jóvenes de Redondela se ajusta a las recomendaciones necesarias según peso, sexo y edad.
2. Detectar desequilibrios y transmitir recomendaciones dietéticas individualmente a los interesados.

**MÉTODO:** Estudio de prevalencia 2009-10.

Sujetos: Todos los estudiantes entre 16-19 años de los institutos de Redondela (220).

VARIABLES: edad, IMC, consumo alcohol, tabaco, drogas, macronutrientes, oligoelementos y vitaminas, problemas de salud.

Instrumento de medida: encuestas y análisis por Software RIBEFood

#### RESULTADOS:

Tasa de respuesta: 80,45%.

Edad 17; 54,9% mujeres. IMC  $22,28 \pm 3,3528$  Kg/m<sup>2</sup>

Consumen una media de  $16356,62 \pm 8890,4607$  Kcal,  $8203,94 \pm 3788,0364$  gr de agua,  $857,46 \pm 420,1761$  gr de proteínas,  $610 \pm 303,8616$  gr de lípidos,  $1799,06 \pm 961,4997$  gr de glúcidos totales por semana. 35,4% (28,4 - 43,0) consumen alcohol, 14,3% (9,5-20,4) fuman y 5,1% (2,4-9,5) utilizan otras drogas. La distribución de adolescentes según ingieran menor o mayor cantidad de nutrientes de los recomendados, respectivamente, se expresa a continuación en porcentaje e IC. Energía 71.2 (63.9-77.7) y 28.2 (21.7-35.5). Proteínas 2.3 (0,6-5,7) y 97,7 (94,3-99,4). Glúcidos 10,2 (6,1-15,6) y 89,8 (84,4-93,9). Omega3 94,4 (89,9-97,3) y 5,1 (2,4-9,4). Fibra 84,7 (78,6-89,7) y 13,6 (8,9-19,5). Sodio 1,1 (0,1-4) y 98,9 (96,0-99,9). Potasio 41,2 (33,9-48,9) 58,8 (51,1-66,1). Calcio 56,5 (48,9-63,9) y 42,9 (35,5-50,6). Magnesio 65 (57,5-72) y 33,3 (26,4-40,8). Fósforo 1,7 (0,4-4,9) y 98,3 (96,0-99,9). Hierro 68,4 (61-75,1) y 30,5 (23,8-37,9). Zinc 71,2 (63,9-77,7) y 27,1 (20,7-34,3)

**CONCLUSIONES:** Menos calorías, glúcidos, Omega3 y Fibra y más proteínas de lo recomendado es el consumo más frecuente.

Consejo individualizado a 131 alumnos.

#### PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PODOLÓGICA EN UNA MUESTRA ALEATORIA POBLACIONAL

**González Martín, C; Pita Fernández, S; Seoane Pillado, T; Silva Vázquez, N; Martínez Rodríguez, A; López Calviño, B;**

*Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística-CHUAC, Universidad de A Coruña*

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de patología podológica a nivel poblacional.

**METODOLOGÍA:**

Ámbito: Cambre (A Coruña)

Período de estudio: Noviembre 2009 - Septiembre 2010

Estudio: prevalencia

Criterios de inclusión: 40 y más años, seleccionados aleatoriamente, con consentimiento informado.

Selección muestral: estratificada por edad (40-64, 65 y más años) y sexo

Tamaño muestral: Población de 40-64 años (n=206); de 65 y más (n=196) (seguridad=95%, precisión=±7%)

Mediciones: patología podológica identificada por podólogo.

Análisis estadístico: descriptivo, regresión logística y concordancia.

**RESULTADOS:** En el grupo de 40-64 años, la prevalencia de Hallux Valgus bilateral es 19.7%, Hallux Extensus bilateral 10.3% y Hallux Rigidus bilateral 3.4%. La prevalencia de Hallux Valgus y Extensus es mayor en las mujeres, la diferencia no es estadísticamente significativa. La prevalencia de Hallux Valgus bilateral en las mujeres es de 24.5% vs 14.9% en los hombres. El 41.3% de la población tiene dedos en garra en el pie izquierdo y 49.0% en el pie derecho. El 17.7% presentan 5º radio plantar flexionado. En el grupo de 65 y más años, la prevalencia de Hallux Valgus bilateral es del 26.8%, de Hallux Extensus bilateral 4.1% y de Hallux Rigidus bilateral 4.6%. La prevalencia de Hallux Valgus es mayor en las mujeres (34.3% vs 18.5%) (p<0.05). No existen diferencias entre hombres y mujeres en Hallux Extensus y Rigidus. El 64.8% de la población tiene dedos en garra en el pie izquierdo y 67.9% en el pie derecho. El 18.0% presentan 5º radio plantar flexionado. Tras ajustar por edad, sexo e IMC la prevalencia de Hallux Valgus se modifica con la edad (OR=1.03) y el sexo (mujer OR= 1.95). En el grupo de 40 a 64 años la prevalencia de pie plano/pronado (Índice Chippaux) ha sido de 87.0% y de pie cavo 2.7%. En el de 65 y más años la prevalencia de pie plano/pronado ha sido del 96.1% y no hay casos de pie cavo. La prevalencia de pie plano (ángulo Clarke) en el grupo de edad de 40-64 años es del 15.7% y de pie cavo del 34.1%. En los mayores de 65 años es del 37.8% y del 15.6% respectivamente. La concordancia entre índice-Chippaux y ángulo-Clarke es prácticamente nula.

**CONCLUSIÓN:** Existe alta prevalencia de patología podológica que se incrementa con la edad y el sexo femenino. No existe concordancia entre el índice de Chippaux y el ángulo de Clarke para la clasificación de patología podológica.

**PREVALENCIA DE OBESIDAD EN UNA MUESTRA ALEATORIA POBLACIONAL**  
Seoane Pillado, T; Pita Fernández, S; Silva Vázquez, N; Álvarez Moital, I; Pértega Díaz, S; García Alonso, P;

*Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística-C.H.U. A Coruña*

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de obesidad en una muestra poblacional aleatoria de 40 y más años

**METODOLOGÍA:**

Ámbito: Municipio de Cambre (A Coruña)

Período de estudio: Noviembre 2009 - Septiembre 2010

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Población de 40 y más años, seleccionados aleatoriamente, con consentimiento a participar.

Selección muestral: aleatoria estratificada por edad (40-64 años y 65 y más años) y sexo

Tamaño muestral: Población de 40-64 años (n=206); población de 65 y más (n=196) (seguridad=95% y precisión=±7%)

Mediciones: Variables de identificación, variables antropométricas, determinación analítica.

Análisis estadístico: Estudio descriptivo de los datos.

**RESULTADOS:** En el grupo de 40-64 años la prevalencia de obesidad (IMC=30kg/m<sup>2</sup>) es de 36,0% para los hombres y 35,3% para las mujeres. La prevalencia de sobrepeso (IMC entre 25-29,9kg/m<sup>2</sup>) es del 50,0% para los hombres y del 33,3% para las mujeres. El índice cintura-cadera es significativamente (p<0.05) mayor en los hombres que en las mujeres (0,96±0,07cm vs 0,85±0,10cm). Si consideramos el perímetro de la cintura como indicador de riesgo para complicaciones metabólicas (en los hombres mayor o igual que 94cm, riesgo aumentado y riesgo muy elevado, mayor o igual que 102cm y en las mujeres riesgo aumentado, mayor e igual a 80cm y riesgo muy elevado, si mayor e igual a 88cm) objetivamos que el riesgo es muy elevado en el 37,6% de los hombres y en el 49,5% de las mujeres (p=0.085). Si analizamos estos parámetros en el grupo de edad de 65 y más años objetivamos que la prevalencia de obesidad en los hombres es del 40,9% y de 53,9% en las mujeres. El sobrepeso en los hombres es del 41,9% y del 34,3% en las mujeres. El índice cintura-cadera es significativamente (p<0.05) mayor en los hombres que en las mujeres (1,00±0,08cm vs 0,94±0,08cm). Si estudiamos el riesgo de complicaciones metabólicas según el perímetro de la cintura observamos que el 57,4% de los hombres vs el 79,4% de las mujeres tienen riesgo muy elevado (p<0.01)

**CONCLUSIÓN:** Existe una alta prevalencia de obesidad y de riesgo de complicaciones metabólicas que es significativamente mayor en las mujeres en el grupo de 65 y más años. En el grupo más joven el riesgo de complicaciones metabólicas es mayor en las mujeres aunque no presenten mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso.

**PREVALENCIA DE DIABETES EN UNA MUESTRA ALEATORIA POBLACIONAL**  
Pita Fernández, S; Seoane Pillado, T; Silva Vázquez, N; Dominguez Loureiro, P; López Calviño, B; Serrano Peña, J;

*Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística-C.H.U. A Coruña, C.S. de Cambre*

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de diabetes en una muestra poblacional aleatoria de 40 más años

**Metodología:**

Ámbito: Cambre (A Coruña)

Período de estudio: Noviembre 2009 - Septiembre 2010

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Población de 40 y más años, seleccionados aleatoriamente, con consentimiento informado

Selección muestral: aleatoria estratificada por grupos de edad y sexo

Tamaño muestral: Población de 40-64 años (n=206); población de 65 y más (n=196) (seguridad=95% y precisión=±7%)

Mediciones: Variables antropométricas y analíticas (dos mediciones).

Análisis estadístico: Estudio descriptivo.

**RESULTADOS:** Para el grupo de 40 a 64 años, la prevalencia de diabetes conocida en los hombres es del 9,9% mientras que en las mujeres es del 2,9%. De los diabéticos conocidos el 53,8% tienen glucemias mayores o iguales a 126mg/dl. De los diabéticos no conocidos el 1,2% tienen valores de glucemia mayores o iguales a 126mg/dl. La prevalencia de diabetes en este grupo de edad tras historia clínica y determinación analítica es del 8,5%. En el grupo de edad de 65 y más años la prevalencia de diabetes conocida en los hombres es del 18,1% y en las mujeres del 14,7%. De los diabéticos conocidos el 64,5% tienen glucemias mayores o iguales a 126mg/dl. De los diabéticos no

conocidos el 3,2% tienen valores de glucemia mayores o iguales a 126mg/dl. La prevalencia de diabetes en este grupo de edad tras historia clínica y determinación analítica es del 19,3%. Tras ajustar por edad, sexo e IMC las variables predictoras de presencia de diabetes son la edad (OR=1,050) y el IMC (OR=1,048). Si consideramos la presencia o no de obesidad las variables predictoras son la edad (OR=1,05) y la obesidad (OR=1,85)

**CONCLUSIÓN:** La prevalencia de diabetes es consistente con la literatura, existe un reducido número de diabéticos no conocidos y un porcentaje de diabéticos considerable con glucemias por encima de lo deseado. La obesidad es un determinante de la presencia de diabetes.

#### PREVALENCIA DE DETERIORO COGNITIVO Y DEPENDENCIA PARA ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN POBLACIÓN MAYORES DE 65 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE CAMBRE (A CORUÑA)

**Pita Fernández, S; Domínguez Loureiro, P; Álvarez Moital, I; González Martín, C; García Alonso, P; Pértega Díaz, S**

*Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. C.H.U. A Coruña*

**OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia de deterioro cognitivo y dependencia para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en población =65 años en Cambre (A Coruña).

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito: Cambre (A Coruña)

Periodo: Noviembre 2009-Septiembre 2010

Estudio: Prevalencia.

Criterios de inclusión: Población =65 años seleccionada aleatoriamente con consentimiento informado (n=196, Seguridad=95%, Precisión=±7%).

Mediciones: Edad, sexo, Miniexamen Cognoscitivo de Lobo, índice de Barthel, escala de Lawton.

Análisis: Test chi-cuadrado, test de Mann-Whitney, regresión logística.

**RESULTADOS:** La edad media es 72,5±6,2 años, siendo 102(52,0%) mujeres. La prevalencia de deterioro cognitivo es 3,6%(95% IC=0,7%-6,6%). Presentan algún grado de dependencia para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) un 34,4%(95% IC=27,4%-41,3%), y para actividades instrumentales (AIVD) un 12,0%(95% IC=7,1%-16,8%). La dependencia para ABVD fue superior en mayores de 75 años que en los de menos de 75 años de edad (54,0% vs. 24,8%, p<0,001) y en mujeres que en hombres (48,0% vs. 19,6%, p<0,001), e expensas fundamentalmente de los episodios de incontinencia (46,0% vs. 18,5%, p<0,001). La dependencia para AIVD fue superior en mayores de 75 años que en los de menos de 75 años de edad (28,6% vs. 3,9%, p<0,001), sin diferencias significativas entre mujeres y varones (15,0% vs. 8,7%, p=0,179). Ajustando por edad y sexo la dependencia para ABVD se asocia a mayor edad (OR=1,1; p<0,001) y al sexo femenino (OR=3,4; p<0,001). La dependencia para AIVD se asocia a mayor edad (OR=1,2; p<0,001) pero no con el sexo (OR=1,2; p=0,678).

**CONCLUSIONES:** El nivel de dependencia para ABVD y AIVD aumenta con la edad. Las mujeres presentan un grado de dependencia para ABVD mayor que los varones.

#### COMORBILIDAD Y DEPENDENCIA PARA ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN MAYORES DE 65 AÑOS DEL MUNICIPIO DE CAMBRE (A CORUÑA)

**Pita Fernández, S; Martínez Rodríguez, A; Seijo Bestilleiro, R; Seoane Pillado, M; Pértega Díaz, S; López Calviño, B;**

*Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. C.H.U. A Coruña*

**OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia de comorbilidad según el índice de Charlson, y su asociación con el grado de dependencia para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en población =65 años en el municipio de Cambre.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito: Cambre (A Coruña)

Periodo: Noviembre 2009-Septiembre 2010

Estudio: Prevalencia.

Criterios de inclusión: Población =65 años seleccionada aleatoriamente con consentimiento informado (n=196, Seguridad=95%, Precisión=±7%) (Edad: 72,5±6,2; 50,2% mujeres).

Mediciones: Edad, sexo, índice de comorbilidad de Charlson, índice de Barthel, escala de Lawton.

Análisis: Test de Mann-Whitney, correlación rho de Spearman, regresión logística.

**RESULTADOS:** El valor medio del índice de Charlson sin ajustar por edad fue de 0,8±1,2 (rango: 0-8). El valor medio del índice de Charlson ajustado por edad fue de 3,5±1,4 (rango: 2-11). Aunque los hombres presentaron un índice de comorbilidad más elevado que las mujeres, estas diferencias no resultaron significativas (3,8±1,6 vs. 3,3±1,1; p=0,071). Se observó una correlación negativa entre el score de Charlson y el índice de Barthel (Rho=-0,224, p=0,002). Las personas dependientes para la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) mostraron puntuaciones de comorbilidad significativamente más elevadas (3,8±1,3 vs. 3,4±1,4; p=0,010). Las personas dependientes para la realización actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) mostraron puntuaciones más altas del índice de Charlson (4,5±1,4 vs. 3,4±1,3; p<0,001). Tras ajustar por edad, sexo y el índice de comorbilidad de Charlson, la dependencia para ABVD no se relaciona con la comorbilidad (OR=1,2; p=0,147). A su vez, la probabilidad de dependencia para las AIVD aumenta significativamente con el índice de comorbilidad de Charlson (OR=1,5; p=0,033).

**CONCLUSIONES:** La dependencia para la realización de ABVD en mayores de 65 años no se relaciona con la comorbilidad. La dependencia para la realización de AIVD aumenta con el índice de comorbilidad de Charlson.

#### PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA MUESTRA POBLACIONAL

**Pita Fernández, S; Seoane Pillado, T; Álvarez Moital, I; Domínguez Loureiro, P; García Alonso, P; Louro González, A**

*Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. C.H.U. A Coruña, C. S. de Cambre*

**OBJETIVO:** Conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una muestra poblacional aleatoria de 40 y más años.

#### METODOLOGÍA:

Ámbito: Cambre (A Coruña)

Período de estudio: Noviembre 2009 - Septiembre 2010

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Población de 40 y más años, seleccionados aleatoriamente, con consentimiento informado



Selección muestral: aleatoria estratificada por grupos de edad y sexo  
 Tamaño muestral: Población de 40-64 años (n=206); población de 65 y más (n=196) (seguridad=95% y precisión=±7%)  
 Mediciones: Variables antropométricas y analíticas (dos mediciones).  
 Análisis estadístico: Estudio descriptivo.

**RESULTADOS:** En la población global la prevalencia de obesidad (IMC=30kg/m<sup>2</sup>) es del 41,6%, la de diabetes (insulina, antidiabéticos y/o glucemia = 126mg/dl) es del 14,0%, la de hipertensión 39,5%, la prevalencia de hipercolesterolemia (nivel de colesterol>200) es de 59,5% y colesterol>240 es de 17,5%. La prevalencia de hiperlipidemias (triglicéridos=150) es del 24,9%, la de insuficiencia renal (aclaramiento <60ml/min) es del 16,8%. La prevalencia de hipertrofia del ventrículo izquierdo es de 7,1% y la prevalencia de tabaquismo es del 19,2%. Para el grupo de 40 a 64 años, la prevalencia de obesidad es del 35%, siendo discretamente mayor en los hombres que en las mujeres (36,0% vs 35,3%). En el grupo de 65 y más es del 47,4%, siendo mayor en las mujeres que en los hombres (53,9% vs 46,1%). La prevalencia de diabetes diagnosticada es de 8,5% en el grupo de 40-64 años, y de 19,3% en el grupo de 65 y más. En el grupo de de edad de 40-64 años, de los hipertensos conocidos, el 50% tenían valores elevados de tensión arterial (TA=140/90) y un 20% de los no conocidos eran hipertensos. En el grupo de los de 65 y más años, de los hipertensos conocidos, el 63% tenían valores elevados de tensión arterial (TA=140/90) y un 44,8% de los no conocidos eran hipertensos tras dos mediciones.

**CONCLUSIÓN:** Existe una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular modificables, consistente con la literatura y a su vez algunos factores de riesgo no eran conocidos por los pacientes.

#### **PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN UNA MUESTRA ALEATORIA POBLACIONAL** **Pita Fernandez, S; Seoane Pillado, M.T.; Louro, A; Silva Vazquez, N; Lopez Calviño, B; Seijo Bestilleiro, R**

*Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. C.H.U. A Coruña.*

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de tabaquismo en una muestra poblacional aleatoria de 40 o más años.

#### **METODOLOGÍA:**

Ámbito: Cambre (A Coruña)

Período de estudio: Noviembre 2009 - Septiembre 2010

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Población de 40 y más años, seleccionados aleatoriamente, con consentimiento informado

Selección muestral: aleatoria estratificada por grupos de edad y sexo

Tamaño muestral: Población de 40-64 años (n=206); población de 65 y más (n=196) (seguridad=95% y precisión=±7%)

Mediciones: Variables antropométricas, test de Fagerström (grado de adicción).

Análisis estadístico: Estudio descriptivo. Regresión logística.

**RESULTADOS:** La prevalencia de tabaquismo es del 19,2%, siendo discretamente mayor en los hombres que en las mujeres (21,5% vs 16,9%; p=0,238). La edad media de los fumadores es de 53,3±11,3 años, y la de los no fumadores de 62,4±13,1 años (p<0,001). El 2,6% de los fumadores tienen un nivel de dependencia alto según el test de Fagerström, y el 33,8% dependencia moderada. En el grupo de edad de 40-65 años la prevalencia de tabaquismo es del 29,6%, siendo más alta en mujeres que en hombres (31,4% vs 27,7%; p=0,560). El nivel de dependencia es alto para el 1,6% y moderado para el 36,5% de los fumadores. No se observaron diferencias

significativas en la comorbilidad medida con el índice de Charlson entre fumadores y no fumadores (0,1±0,3 vs. 0,1±0,4; p=0,537). En los pacientes de 65 y más años la prevalencia de tabaquismo es del 8,2%. En este grupo la prevalencia de fumadores es más alta en hombres que en mujeres (14,9% vs 2,0%; p=0,001). El 7,1% tienen dependencia alta del tabaco y el 21,4% dependencia moderada. Los fumadores presentan menor comorbilidad según el índice de Charlson que los no fumadores (0,6±0,5 vs. 1,3±1,0; p=0,057).

**CONCLUSIÓN:** La prevalencia de tabaquismo es significativamente mayor en el grupo de 40-65 años. El hábito tabáquico es más frecuente en varones que en mujeres, y disminuye a medida que aumenta la comorbilidad.

#### **CONTROL GLUCÉMICO Y DISLIPÉMICO EN PACIENTE DIABÉTICO**

**Estrada Montes, R; Ríos Lage, P; Maestro Saavedra, F.J.;**

*C.S. Laracha*

**OBJETIVO:** Describir el control glucémico, dislipémico y su relación en pacientes diabéticos seguidos en una consulta de atención primaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo, desarrollado en uno de los cupos del Centro de Salud de Serantes en el Área Sanitaria de Ferrol. Fueron incluidos 108 pacientes diagnosticados de DM, de los cuales existían registros analíticos hasta noviembre del 2009. Las variables a estudio fueron: Sexo, cifras de hemoglobina glicosilada y cifras de LDL colesterol. Fueron excluidas aquellos pacientes que no presentaron una adecuado seguimiento analítico de dichas variables.

**RESULTADOS:** El 48,14% de los pacientes mantienen niveles de A1C por debajo de 7. Y de estos el 38,5% son mujeres. En cuanto a los niveles de LDL por debajo de 100 obtenemos un 41,66%. De éstos el 44,4% son mujeres. El porcentaje de pacientes que cumple ambos criterios de control alcanza el 19,4%. Por otro lado, el porcentaje de pacientes que no alcanzan ninguno de los dos obtiene el 29,6% del total. Por último, vemos que no existe una diferencia estadística en función de cumplir uno los criterios a la hora de cumplir el otro.

**CONCLUSIÓN:** En nuestra muestra el número de pacientes con los adecuados niveles de control es inferior a la esperada. Pero debemos tener en cuenta:

1. Que normalizar las cifras de glucosa en un tiempo prolongado resulta extremadamente difícil.
2. Se deben establecer metas por el profesional junto con el paciente teniendo en cuenta varios aspectos, médicos, sociales y modo de vida.

#### **CRIBADO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN POBLACIÓN HIPERTENSA EN UN CUPO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**Ríos Lage, P; Estrada Montes, R; Maestro Saavedra, Fj;**

*C.S. Serantes. Área Sanitaria Ferrol*

**OBJETIVOS:** Estudiar la prevalencia de Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) en pacientes hipertensos de una consulta de Atención Primaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un estudio descriptivo transversal, desarrollado en pacientes hipertensos de un cupo de Atención Primaria del centro de salud de Narón, área Sanitaria de Ferrol, de noviembre 2009 a mayo 2010. Las variables a estudio son: Edad, Sexo, Comorbilidad y Ecografía abdominal. Se incluyen a pacientes hipertensos de cualquier edad y sexo con movilidad suficiente para acudir al centro de salud, excluidos inmovilizados, encamados o con limitación física que les impida acudir. Se obtiene un tamaño muestral de 55 sujetos, con una precisión del ±5% y nivel de confianza del 95%.

**RESULTADOS:** De los sujetos estudiados, 49,1% son mujeres y 50,9% varones, con una media de edad de  $68,56 \pm 12,06$  años. Son diabéticos 32,7% de los sujetos, dislipémicos 56,4% y obesos 21,8%. Se encuentra AAA en un 7,3% de los casos: en el 14,3% de los varones y en el 11,4% de  $> 65$  años. No se encuentra AAA en mujeres ni en  $< 65$  años. El 75% de los casos de AAA presentaban dislipemia y el 50% diabetes. Todos los AAA detectados son  $< 5$  cm. y ninguno tenía indicación quirúrgica.

**CONCLUSIONES:** Alta prevalencia (7,3%) de AAA en la muestra, mayor del 2% de la población general y del 4,5% de  $> 65$  años. Todos los casos pertenecen a varones  $> 65$  años con una alta comorbilidad asociada.

#### VALORACION DE LA DISLIPEMIA EN UNA POBLACION CON DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Martínez Calvo, L; Martínez Calvo, L; Vidal Regueira, M; Mosquera Gómez, P; Maestro Saavedra, FJ; Varela Manso, M; Veloso Rosendo, M;

Área Sanitaria de Ferrol y A Coruña, C. S. de Serantes, C. S. Narón y C. S. Elviña Mesoiro

La prevalencia de dislipemia es 2-3 veces más frecuente en la población con diabetes. Por esto, las principales recomendaciones de práctica clínica en el manejo de la dislipemia diabética insisten, una vez conseguido el objetivo terapéutico primario del c-LDL, la necesidad de alcanzar objetivos secundarios en términos de c-HDL y triglicéridos.

Valoramos los pacientes de una consulta de AP, diagnosticados de hipercolesterolemia y Diabetes Mellitus por pertenecer a la categoría de alto riesgo cardiovascular.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un estudio descriptivo transversal de una muestra de pacientes de un centro de Atención Primaria con diagnóstico de Trastorno del metabolismo lipídico y Diabetes Mellitus (64 pacientes).

**RESULTADOS:** En el análisis de los niveles de colesterol objetivamos que: El 60% de los pacientes alcanza cifras de colesterol total por debajo de 185 mg/dl. El 57% tiene cifras de colesterol LDL inferior a 100 mg/dl. El 52% presenta triglicéridos por debajo de 150 mg/dl.

**CONCLUSIONES:** Valoramos que el control lipídico es mejorable ya que el 57% de los pacientes presenta un LDL por debajo de 100 mg/dl y aquellos con enfermedad cardiovascular tan sólo el 15% presentan niveles de LDL por debajo de 70 mg/dl. El 52% tenían unos niveles de triglicéridos por debajo de 150 mg/dl.

#### DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN AT. PRIMARIA

Rey Mateo, A; Gonzalez Lorenzo, M.P; Rodriguez Rivas, M.C.; Candocia Recarey, A; Navia Ruiz, L; Perez Fernandez, A.B;

C. S. de Narón

**OBJETIVOS:** Establecer el nivel de conocimiento y analizar la opinión de médicos de cabecera, sobre la demanda de salud mental que llega a atención primaria: detección y diagnóstico de los problemas de salud mental.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Aplicación del Cuestionario " Diagnósticos y prescripciones en Salud Mental-Atención Primaria (Cuestionario DP-SMAP, Araña Suarez, 2008)" a los médicos de cabecera de un centro de atención primaria en el año 2010. Dicho cuestionario recoge cuatro categorías de ítems, agrupados respecto a tareas, decisiones, actitudes y percepciones consideradas básicas en el ejercicio de la medicina y en relación a la Salud Mental. En este trabajo se analizan los correspondientes a la categoría de Detección y Diagnóstico.

**RESULTADOS:** Se obtuvo una respuesta de 12 médicos de los 19 invitados a participar en el estudio. Del análisis de los 11 ítems correspondientes a detección y diagnóstico, se puede concluir que existen dificultades para la detección de los problemas de salud mental, debido al solapamiento de la sintomatología y a la comorbilidad, que hay desconfianza en los síntomas referidos por los pacientes e inseguridad en la identificación de los problemas de salud mental por parte de los profesionales.

**CONCLUSIONES:** Creemos necesario la realización de programas formativos que suplan el déficit manifestado en el manejo de los problemas de Salud Mental, para cambiar la actitud de los médicos de cabecera ante dicha patología y evitar así tanto el "infra" como el "sobre" diagnóstico.

#### NEFROPATÍA DIABÉTICA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN DIABÉTICOS TIPO 2, ¿PODRÍAN DIFERENCIARSE?

Martínez Rodríguez, P; Martínez Santos, M; Otero Peña, A; López Curbeira, Y; González Lorenzo, P;

C. S. O Val- C.H. Arquitecto Marcide

**OBJETIVOS:** Cribado del daño renal en los pacientes diabéticos tipo 2, mediante la determinación de microalbuminuria (EUA) y las fórmulas de estimación de Filtrado Glomerular: ecuación de Cockcroft-Gault y ecuación de modificación de diet in renal disease (MDRD). Estadiaje posterior de la Nefropatía Diabética.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo y transversal de pacientes diagnosticados y registrados en IANUS de Diabetes Mellitus tipo 2 (83 pacientes), hasta el 31 de diciembre de 2009. Análisis de los resultados obtenidos mediante programa estadístico SPSS.

**RESULTADOS:** No se aprecian diferencias significativas en el uso de cualquiera de las ecuaciones de estimación, hallando que más del 60% de los pacientes aún se encuentran en los estadios 1 y 2, cuando la enfermedad aún está incipiente. La microalbuminuria está presente en todos los estadios pero con mayor prevalencia en estadios 3b y 4. Un porcentaje no despreciable de casos tienen reducción en la función renal, sin un incremento concomitante de la EUA.

**CONCLUSIONES:** Si bien el cribado de nefropatía diabética es la determinación de microalbuminuria, el diagnóstico de nefropatía diabética, requiere la estimación del filtrado glomerular. La detección de los pacientes en estadios 1 y 2, con o sin microalbuminuria, permite al médico de atención primaria instaurar medidas que frenen la progresión de la enfermedad, siguiendo el documento de consenso de la SEN-SEMFYC.

#### ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD MENTAL

Rodríguez Rivas, C; González Lorenzo, M.P; Rey Mateo, A; Candocia Recarey, A; Navia Ruiz, L; Pérez Fernández, A.B.;

C. H. Arquitecto Marcide

**OBJETIVOS:** Establecer el nivel de conocimiento y analizar la opinión de médicos de cabecera, sobre la demanda de salud mental que llega a atención primaria: tratamiento e incapacidad temporal, en la patología de salud mental.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Aplicación del Cuestionario "Diagnósticos y prescripciones en Salud Mental-Atención Primaria (Cuestionario DP-SMAP, Araña Suarez, 2008)" a los médicos de cabecera de un centro de atención primaria en el año 2010. Dicho cuestionario recoge cuatro categorías de ítems, agrupados respecto a tareas, decisiones, actitudes y percepciones consideradas básicas en el ejercicio de la medicina y en relación a la Salud Mental. En este trabajo se

analizan los correspondientes a la categoría de Tratamiento (terapia y prescripción farmacológica) e Incapacidad Temporal (aspectos funcionales).

**RESULTADOS:** Se obtuvo una respuesta de 12 médicos de los 19 invitados a participar en el estudio. Del análisis de los ítems correspondientes a terapia, prescripción farmacológica y aspectos funcionales, se pueden concluir que existe una prescripción excesiva e inadecuada de psicofármacos, frente a la escasa práctica de terapia de apoyo, y una prescripción impropia de bajas laborales en los problemas de salud mental.

**CONCLUSIONES:** Creemos necesario la realización de programas formativos que suplan el déficit manifestado en el manejo de las terapias conductuales y farmacológicas, y en la prescripción de incapacidades laborales en los problemas de Salud Mental, así como establecer unos criterios claros de derivación a las unidades de salud mental.