

Comunicacións Orais

Cad Aten Primaria
Ano 2014
Volume 20
Páx. 192

XIX XORNADAS GALEGAS DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA

COMUNICACIONES SALA A

IMPLEMENTACIÓN DE GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (REF 1592) - COMUNICACIÓN DE EXPERIENCIAS

Cantero Quirós, María del Mar; Rojas Rodríguez, Diego; Romero Montalvo, Pilar; Domínguez Moreno, Antonio; Domínguez Moreno, Antonio; Vilán Parralo, Carmen

Unidad de gestión clínica de camas

OBJETIVOS:

Poner en marcha los grupos socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE)
Fomentar los activos en Salud Mental de la población.

DESCRIPCIÓN:

Los GRUSE son una actividad de promoción de Salud, destinada a fomentar los activos de Salud Mental de la población y grupos vulnerables.

Mediante una estrategia grupal socioeducativa se desarrollan y potencian talentos y habilidades personales para un afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana, abordando determinantes socioculturales y psicossociales que condicionan el malestar.

Consiste en una actividad grupal de 8 sesiones con un máximo de 15 personas que asisten a una sesión de inicio, 6 de contenidos que potencian los activos de salud mental y última de cierre.

Dirigido a mujeres que acuden al Centro de Salud y necesitan apoyo para enfrentarse a la vida con mayor oportunidades de éxito. Se benefician de un espacio potenciando sus habilidades emocionales.

Incluimos mujeres con síntomas inespecíficos de malestar físico y/o emocional sin explicación aparente, junto a incapacidad para afrontar situaciones.

Se accede al grupo a través de los médicos ofertando el programa y remitiéndolas a la persona responsable, la trabajadora social.

CONCLUSIONES.

La evaluación de esta estrategia muestra:

- alta fidelidad de las integrantes
- alta percepción de utilidad para su vida
- percepción de mejora de su estado anímico
- disminución en dos puntos en el test de Golberg para ansiedad y depresión
- disminución de frecuentar consultas.

APLICABILIDAD:

El proyecto GRUSE forma parte de la estrategia de promoción de Salud Mental y prevención de los trastornos mentales del Plan Integral de Salud Mental. Ha mostrado su eficacia para desarrollar en las integrantes del grupo, herramientas para evitar aislamiento social.

Comprueba el "empoderamiento" de las integrantes, desarrollando habilidades, que elevan autoestima y seguridad necesarios para modificar el comportamiento y conductas que influyen sobre determinantes de salud.

VALIDEZ DEL ANÁLISIS DE LA HUELLA PLANTAR PARA EL DIAGNÓSTICO DE PIE PLANO FRENTE AL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN UNA MUESTRA ALEATORIA ≥40 AÑOS (REF 1488) - RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Cristina González Martín¹; Salvador Pita Fernández²; Beatriz López Calviño²; Teresa Seoane Pillado²; Sonia Pértega Díaz²

¹ Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de A Coruña; ² Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVO

- Determinar la prevalencia de pie plano y variables asociadas en población ≥40 años.
- Evaluar la validez de tres métodos de análisis de la huella plantar para el diagnóstico de pie plano, frente al diagnóstico clínico con podoscopio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal descriptivo de una muestra aleatoria ≥40 años (n=1002). De cada paciente se recogieron variables antropométricas y comorbilidad (score de Charlson). Se realizó una exploración podológica (ángulo de Clarke, índice de Chippaux-Smirak e índice de Staheli), comparando los resultados de estos índices con el diagnóstico clínico de pie plano utilizando un podoscopio.

Se realizó un análisis de regresión múltiple. Todos los participantes dieron su consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación correspondiente.

RESULTADOS

La prevalencia de pie plano en pie izquierdo y derecho utilizando el podoscopio es 19.0% y 18.9%, respectivamente. Las variables asociadas de modo independiente al diagnóstico de pie plano son la edad (OR=1.03), el sexo femenino (OR=1.56) y el índice de masa corporal (OR=1.13).

El área bajo la curva ROC (ABC) muestra que el ángulo de Clarke es un método válido para el diagnóstico de pie plano (ABC=0.940), seguido del índice de Chippaux-Smirak (ABC=0.830) y el índice de Staheli (ABC=0.803). Tras determinar el punto de corte óptimo basándose en el índice de Youden, los valores de sensibilidad son 89.8% (ángulo de Clarke), 94.2% (Chippaux-Smirak) y 81.8% (Staheli). Los cocientes de verosimilitud positivos son de 9.7, 2.1 y 2.0, respectivamente.

CONCLUSIÓN

Las variables asociadas con el diagnóstico de pie plano son la edad, el sexo y el índice de masa corporal. Los índices estudiados son apropiados para el diagnóstico de pie plano en adultos. El ángulo de Clarke es un método válido para el diagnóstico de pie plano en esta población.

PORCENTAJE DE GRASA CORPORAL SEGÚN IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA Y ECUACIONES ANTROPOMÉTRICAS EN POBLACIÓN DE 40 Y MÁS AÑOS (REF 1491) - RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Salvador Pita Fernández¹; Alba Arceo Vilas¹; Beatriz López Calviño¹; Teresa

Seoane Pillado¹; Sonia Pértega Díaz¹; María Teresa García Rodríguez²

¹ Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; ²Servicio de Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVOS:

Estudiar la concordancia entre las ecuaciones antropométricas y la impedancia bioeléctrica para determinar el porcentaje de grasa corporal en población de ≥ 40 años

MÉTODOS:

Ámbito: Centro de Salud

Periodo: Enero 2012-Marzo 2013

Estudio: de concordancia

Criterios inclusión: población ≥ 40 años, consentimiento informado

Muestra: $n=370$ ($\pm 5\%$ precisión; 95% seguridad), seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo.

Variables: Edad, sexo. Índice de Masa Corporal (IMC). Ecuaciones antropométricas para medir el porcentaje de grasa corporal (%GC): Siri (global por sexo; específica por edad-sexo), Brozek (global; específica), Deurenberg, Lean (para circunferencia de cintura (CC); para CC-plegue cutáneo tricípital (PCT)). Impedancia Bioeléctrica (IB): masa adiposa.

Análisis estadístico: Concordancia (Coeficiente Correlación Intraclass (CCI))

Aspectos ético-legales: CEIC Galicia (2012/390)

RESULTADOS:

La edad media es de $62,1 \pm 12,1$ años, el 56,2% son mujeres y el Índice de Masa Corporal (IMC) medio es de $29,0 \pm 5,1$ kg/m².

La media de % GC fue $33,9 \pm 6,0\%$, según Siri-específica (técnica patrón). Con relación a esta ecuación, sobreestiman el %GC en: 3,4% (Lean-tríceps-cintura: $37,3 \pm 7,0\%$), 4% (Lean-cintura: $37,9 \pm 9,0\%$), 5% (Deurenberg: $38,9 \pm 9,0\%$) y lo infraestiman: 0,4% (masa adiposa (IB): $33,5 \pm 7,2\%$), 1,4% (Brozek-específico: $32,5 \pm 5,6\%$), 4,3% (Siri-global: $29,6 \pm 6,3\%$), 5,3% (Brozek-global: $28,6 \pm 5,8\%$).

Las mujeres presentan valores de %GC significativamente más altos que los hombres según: Siri-específica ($37,9 \pm 3,7$ vs. $28,7 \pm 4,2$), Siri global ($34,0 \pm 3,7$ vs. $24,0 \pm 4,1$), Brozek-específica ($36,2 \pm 3,4$ vs. $27,7 \pm 3,9$), Brozek-global ($32,6 \pm 3,4$ vs. $23,4 \pm 3,7$), Deurenberg ($43,9 \pm 6,6$ vs. $32,6 \pm 5,5$), Lean-cintura ($43,7 \pm 6,6$ vs. $30,5 \pm 5,8$), Lean-cintura-tríceps ($40,7 \pm 5,4$ vs. $33,1 \pm 6,6$), masa adiposa ($37,3 \pm 5,7$ vs. $28,7 \pm 5,9$).

Los ≥ 65 años tienen un %GC significativamente más elevado que los de 40-64 años según: Deurenberg ($42,6 \pm 8,5$ vs. $35,7 \pm 8,2$), Lean-cintura ($40,8 \pm 9,3$ vs. $35,3 \pm 8,0$), Lean-tríceps-cintura ($40,2 \pm 6,9$ vs. $34,8 \pm 6,2$), masa adiposa ($35,5 \pm 7,9$ vs. $31,8 \pm 6,0$).

La concordancia entre Siri-específico y el resto de ecuaciones antropométricas fue: casi perfecta con Brozek-específico (CCI: 0,971; $p < 0,001$); substancial con Siri-global (CCI: 0,795; $p < 0,001$), Brozek-global (CCI: 0,704; $p < 0,001$), Lean-cintura-tríceps (CCI: 0,698; $p < 0,001$) y Lean-cintura (CCI: 0,663; $p < 0,001$); moderada con Deurenberg (CCI: 0,576; $p < 0,001$).

La concordancia entre Siri-específico y la masa adiposa (IB) fue substancial (CCI: 0,743; $p < 0,001$).

DISCUSIÓN:

El porcentaje de grasa corporal es significativamente mayor en las mujeres y en la población de 65 y más años.

Las concordancias más elevadas con Siri-específica (patrón) se obtuvieron con Brozek-específica, Siri-global y la impedancia bioeléctrica.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA GRUPAL EN OBESIDAD EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. DEL PROYECTO A LOS RESULTADOS. (REF 1573) - RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Pardo Planas, Irene¹; Durán Rodríguez, Carmen¹; Gomara Villabona, Sonia María¹; Gil Valiño, Alicia¹; Felpete Lopez, Patricia¹; Lois López, Víctor²

¹ Centro de Saúde Vilanova De Arousa; ² Consultorio de Baion - Vilanova de Arousa

OBJETIVO:

Valorar la disminución de peso corporal con un programa de educación sanitaria grupal basado en el cambio de hábitos alimentarios y actividad física en pacientes obesos en un Centro de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se diseñó un programa de educación sanitaria grupal dirigido a pacientes obesos con otros factores de riesgo cardiovascular. Se incluyó a 15 pacientes con $IMC \geq 27$ con hipertensión y/o DM tipo 2 que habían acudido en los últimos 6 meses a consultas de enfermería concertadas en las que había fracasado la intervención individual. 3 de ellos no concluyeron el programa. Se desarrolló en 7 sesiones semanales teóricas y prácticas sobre alimentación saludable, modificación de conducta y ejercicio físico. Se utilizaron los cuestionarios IPAQ, SF12 y Kidmed para valorar ejercicio físico, autopercepción de salud y alimentación antes y después de la intervención, y parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro abdominal) para evaluar la consecución del objetivo. Se creó una base de datos ad hoc en la que se recogieron los datos y se realizó el análisis descriptivo. Por motivos logísticos se limitó la posibilidad de alcanzar un tamaño muestral superior.

RESULTADOS:

N 12, 66,6% mujeres, edad 75.5 (± 21.94) años. FRCV asociados: tabaquismo 8,33%, HTA 75%, dislipemia 83,33%, DM tipo 2 91,67%. La disminución media fue del 3.21% del peso inicial. Actividad física: IPAQ inicial 1163 (± 1396), IPAQ final 2071 (± 3168). 11 pacientes bajaron peso.

CONCLUSIÓN:

Sólo un paciente alcanzó el objetivo de pérdida de peso del 5%, pero sólo uno no bajó peso. Creemos que esto puede estar condicionado por la duración del programa.

Aun así, la educación grupal ha sido más efectiva que la individual, y el nivel de satisfacción por parte de pacientes y profesionales fue elevado. Será necesario un seguimiento de los pacientes para valorar la efectividad a medio-largo plazo de este Programa.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y GRADO DE CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (REF 1576) - RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Seoane Suárez, Carlos; Allegue Cortez, Caterina; Canedo Cotelo, Diego; Méijome Blanco, Soraya; Méijome Blanco, Soraya; Regueiro Martínez, Antonio A.; Pérez-Vázquez, Alberto

Mir M. Familiar Y Comunitaria. Centro De Saúde Vilanova De Arousa; Mir M. Familiar Y Comunitaria. Centro De Saúde Vilanova De Arousa; Eir E. Familiar Y Comunitaria. Centro De Saúde Vilanova De Arousa; Eir E. Familiar Y Comunitaria. Centro De Saúde Vilanova De Arousa; Médico De Familia. Centro De Saúde Vilanova De Arousa; Médico De Familia. Centro De Saúde Salceda De Caselas

OBJETIVO

Evaluar perfil del paciente con tratamiento anticoagulante oral (TAO) y grado de control mediante INR validado en Centro de Salud (CS) durante 6 meses frente a 6 meses previos realizado por Hematología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal 2013- 2014, CS. Datos obtenidos de entrevista con paciente e hª clínica informatizada, previo consentimiento informado.

Población: pacientes anticoagulados pertenecientes al CS, excluyendo los que suspendieron TAO en algún momento en último año. Variables: edad; sexo; indicación TAO, escala CHADS2/ CHA2DS-VASc/ HAS-BLED, farmacoterapia; valores INR de agosto 2013 enero 2014 validados por Hematología (H) y marzo a agosto 2014 por médicos de Atención Primaria (MAP).

Variables se describen con media, desviación estándar, porcentaje, diferencia de proporciones y t de Student

RESULTADOS

Pacientes 176, excluidos 66, 50.5% hombres, 75 años. ; indicación TAO por FA 86.2%

Perfil clínico: insuf cardiaca 34.7%, HTA 76.2%, diabetes 25.7%, ACV 45.9% CHA2DSVasc 4.38 (DE 1.72), HASBLED 1.87 (DE 0.92). Nº medio de fármacos por paciente 7.03 (DE 3.09)

Validación por H y MAP:

INR medio: H 2.5 (DE 0.3), MAP 2.5 (DE 0.3)

Valores en rango (2 - 3): H 4.3 (DE 1.3), MAP 5.2 (DE 1.2)

Nº controles realizados en 6 meses: H 7.3 (DE 1.2), MAP 7.9 (DE 1.5)

Porcentaje medio de controles en rango: H 60.3% (DE 21.2), MAP 66.8% (DE 20.2)

Controles en Rango: Diferencia de proporciones: 6.5% (IC 95% -3.5, 16.5)

Diferencia nº de controles= 7,99 - 7,30= 0,69 (IC 95 % para la diferencia= 0,41 a 0,98) p < 0,005

CONCLUSIONES

Perfil: varón 75 años, FA y HTA, CHADS2 >2, CHA2DSVasc > 4, HASBLED <2, polimedcado.

No encontramos diferencias en grado de control validando Hematología o MAP. Valor medio INR Hematología/MAP igual, con más controles en rango en MAP pero realizando más controles.

Controles de INR en rango > 60 %

FACTORES CONDICIONANTES SOBRE EL CONTROL DE LA DM2, RELACIÓN CON LAS ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES (ESCALA DE ACTITUD EN DIABETES DAS-3) Y EL CONOCIMIENTO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. (1583) - RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Taboada Rodríguez, Jose Carlos; López Fe

Xap Vigo

OBJETIVOS:

Explorar si las actitudes sobre la DM2 y los conocimientos sobre las Guías de Práctica Clínica (GPC) por parte de los profesionales, influyen en la adecuación de prescripción y control de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal. Periodo enero 2013-febrero 2014.

Población: pacientes DM2 mayores de 18 años, Excluidos: sin registros en 2 años últimos, fallecidos, error diagnóstico, profesionales que rechazan participar.

Fuente de datos: IANUS y entrevista a profesionales.

Variables: epidemiológicas, adecuación tratamiento (dosis, número e indicación correctos), grado control enfermedad. Escala de Actitudes en Diabetes (DAS-3), dimensión 1 (D1) valora necesidad de entrenamiento especial en DM2, la 2ª(D2) percepción de gravedad. 3ª (D3) necesidad de control estricto de glucemia. 4ª (D4) impacto psicosocial y 5ª (D5) autonomía del paciente. Puntúan de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Test GPC (25 preguntas).

Análisis: descriptivo y bivariante. Spss V17.

Aprobado por CEIC-Galicia.

RESULTADOS:

346 pacientes incluidos. 84 médicos entrevistados. Resultados DAS-3: D1, Me=4,4; D2, Me=3,7; D3, Me=3,5, D4 Me=3,7 y D5, Me=3,6. Test conocimientos: Me=14 (mínimo 5, máximo 20).

La dimensión 3 del DAS representa la importancia que le otorga el profesional al control de la glucemia, valores altos en este ítem se relacionan con HbA1c ≤ 7% (p<0.01).

Altas puntuaciones en el test de conocimientos se relacionan con conseguir una TA ≤ 140/90 (p=0.041)..

Existe correlación directa entre las puntuaciones del DAS-3 y el test de conocimientos

CONCLUSIÓN:

Los conocimientos sobre la DM2 y el control de la enfermedad están relacionados con las actitudes de los profesionales frente a la enfermedad.

COMUNICACIONES SALA B

NO TODOS LOS CAMINOS CONDUCEN A ROMA (REF 1470) - CASO CLÍNICO

Lizbeth D. Herrera Díaz; María José Modroño Freire; Sandra Vilchez Dosantos.

C.S Mariñamansa - Ourense

Varón de 64 años, con antecedentes de hiperplasia benigna de próstata y vértigo posicional benigno, que en los últimos 6 meses acude a la consulta aquejando múltiples problemas.

El cuadro debuta con tos seca, afonía y obstrucción nasal. Ante la persistencia de los síntomas es derivado al Otorrino por sospecha de poliposis nasal.

Tres meses después, el paciente acude a urgencias hospitalarias por epistaxis y disnea de medianos esfuerzos objetivándose en la radiografía de tórax imágenes sugestivas de atelectasias laminares.

Un mes más tarde, acude por dolor abdominal y disuria. Con la sospecha de infección urinaria, que no se confirmó, se realiza urocultivo e iniciamos tratamiento antibiótico empírico.

A los quince días presenta disfonía, sudoración nocturna y tos seca con crepitanes en base derecha y dudoso aumento de densidad en radiografía de tórax. Pautamos levofloxacino 500 mg/12 horas

Días después el paciente acude a urgencias del hospital por persistir fiebre y dolor pleurítico. El dímero D es positivo y en el TAC se objetiva un secuestro pulmonar intralobar sin datos de tromboembolismo pulmonar. Además se objetiva una glucemia no basal elevada (266 mg/dl).

A los 5 días acude nuevamente a consulta por continuar con fiebre y completamos el estudio: EL Mantoux Y BK en esputo fueron negativos; La hemoglobina glicada era 8,2% y presentaba además proteínas y hematíes

en la tira de orina.

Se trata de un paciente con importante deterioro general que es visto en repetidas ocasiones en consulta a lo largo de 6 meses siendo testigos del progresivo deterioro del paciente a pesar de los esfuerzos por descubrir que era lo que le estaba sucediendo. Con el diagnóstico de diabetes mellitus de debut más síndrome febril prolongado ingresó en el hospital. Tras diversos estudios sin un claro diagnóstico y ante el rápido deterioro de la función renal se realiza una biopsia renal diagnosticándose finalmente de una vasculitis tipo C-ANCA (poliangitis granulomatosa)

CONCLUSIÓN:

El abordaje de los pacientes con cuadros complejos desde su inicio hasta el diagnóstico es un proceso no siempre fácil, que requiere hacer un seguimiento cercano del paciente y el manejo compartido con otros profesionales.

CEFALEA Y MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS. (REF 1552) - CASO CLÍNICO

Fernández López, María Luisa.; Félez Carballada, María.; Maestro Saavedra, Francisco Javier

Centro de Salud de Elviña

MOTIVO DE CONSULTA:

Mujer de 19 años, sin alergias medicamentosas conocidas, exfumadora, bebedora ocasional y a tratamiento con ACO. Antecedentes familiares de migraña. Refiere episodios de cefalea frontal, pulsátil e intensa junto a fono y fotofobia de varias horas de evolución que esporadicamente se acompaña de adormecimiento en 4º y 5º dedo de la mano izquierda y de mano, brazo y hemicara ipsilateral. Se remite a consulta de Neurología siendo diagnosticada de Migraña con aura, iniciando tratamiento analgésico y solicitan RMN y EMG de miembro superior izquierdo de manera programada. La paciente no presenta mejoría con el tratamiento y acude al Servicio de Urgencias.

EXPLORACION:

TA: 122/77 FC: 75 Tª: 36.2

ACP: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado.

ABD: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias.

NRL: funciones superiores conservadas, pupilas isocóricas normoreactivas, pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada en las 4 extremidades. No disimetría. Marcha normal. No meningismo ni focalidad.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Análítica.

Radiografía de tórax.

TAC cerebral.

RMN cerebral.

JUICIO CLÍNICO: Ependimoma grado III de la OMS.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Enfermedad cerebro-vascular.

Enfermedades degenerativas del SNC.

Enfermedades infecciosas del SNC.

Hematomas subdurales crónicos.

Linfoma.

Leucoencefalopatía multifocal progresiva.

COMENTARIO FINAL:

La cefalea es un síntoma muy frecuente, que generalmente es benigna y transitoria y cede con analgesia, pero en ocasiones está asociada a procesos graves. Los ependimomas son tumores raros que constituyen entre 3-9% de los gliomas intracraneales en adulto y un 6-12% de los tumores del SNC en niños. Nuestra paciente presenta un ependimoma anaplásico o grado III, un tumor

de alto grado de malignidad que tienden a crecer rápidamente. Son identificados por la alta actividad de mitosis celular y proliferación endotelial, la atipia nuclear y la necrosis. El tratamiento es la extirpación de la mayor cantidad de tumor posible, radioterapia adicional y seguimiento por su alta probabilidad de recidiva. La supervivencia postoperatoria es baja, con una mortalidad al año de la cirugía del 47%, aunque el 13% puede sobrevivir más de 10 años; ello está relacionado con la edad de presentación, localización del tumor, diseminación tumoral y grado de resección tumoral.

ENFERMEDAD CELIACA (REF 1500) - CASO CLÍNICO

Vilchez Dosantos, Sandra; Modroño Freire, María Jose; Herrera Díaz, Lizbeth Dalila

C. S. A Cuña, Mariñamansa

Paciente mujer de 40 años con antecedente de embarazo ectópico en 2008 y salpinguectomía derecha, dos abortos espontáneos y dos partos a término sin otros antecedentes personales ni familiares relevantes.

Acude a consulta de atención primaria por consejo de su médico de la Mutua hace 10 meses. Desde hace 6 años presenta dolor abdominal generalizado tipo retortijón prácticamente a diario acompañado de diarrea (1 a 3 deposiciones blandas/día) sin productos patológicos, vómitos ocasionales, dispepsia y sensación de hinchazón abdominal ocasional.

Hace 10 meses, el médico de la mutua aconsejó a la paciente el abandono de alimentos que contengan gluten por la posibilidad de padecer una enfermedad celiaca. Desde entonces han cedido las molestias abdominales y los síntomas que presentaba la paciente. Realizamos una exploración física y analítica básica sin encontrar alteraciones.

Informamos a la paciente que para filiar el diagnóstico de Enfermedad Celiaca debe abandonar la dieta sin gluten y completar el estudio analítico incluyendo anticuerpos Antitransglutaminasa y niveles de IgA sérica entre otros parámetros.

Cuatro semanas después nos dice que no ha reintroducido el gluten en la dieta, se encuentra tan bien que no desea hacerlo y que presenta molestias abdominales tras la mínima transgresión dietética.

Los anticuerpos Antitransglutaminasa tisular IgA fueron normales (0,6 U/mL) como era de esperar pues se sabe que tras 6-12 meses de dieta sin gluten estos tienden a normalizarse.

Con esta paciente nos surgieron algunas preguntas del día a día en la consulta de Atención Primaria. En primer lugar, la importancia de filiar el diagnóstico en un paciente con patología como la Enfermedad Celiaca, lo cual conlleva a tomar decisiones importantes como es aceptar una dieta sin gluten de manera permanente y realizar un estudio en los familiares de primer grado.

Pero por otro lado, son nuestros pacientes los que tienen la última palabra y debemos asumir que en algunos casos nuestro trabajo consiste en informarlos y orientarlos dejándoles tomar la decisión final por ellos mismos. En este caso ¿Cuán importante es filiar el diagnóstico si la paciente se encuentran bien tan solo con una dieta?.

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO (REF 1474) - CASO CLÍNICO

Pazos Del Olmo, Isabel

Cs Concepcion Arenal

ÁMBITO DEL CASO: Atención primaria.

MOTIVO DEL CONSULTA: fiebre

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón, de 73 años de edad visto por su médico de atención primaria en domicilio por un cuadro de fiebre y aumento de secreciones de una semana de evolución. no ha presentado deposición en los últimos 5 días a pesar de administración diaria de enemas po sonda rectal.

Antecedentes personales: No alergias conocidas. Hipertensión arterial. Diabetes Mellitus tipo 2, Enfermedad de Parkinson evolucionada. Deterioro cognitivo avanzado. Encamado, dependiente para todas las ABVD. portador de PEG para alimentación desde hace un año y medio por broncoaspiraciones repetidas a pesar de SNG.

Exploración: No coobrador, quejoso. Tª 37.8. Abundante ruido de secreciones en la auscultación pulmonar. Abdomen ligeramente distendido, muesa a la palpación abdominal. Ruidos intestinales disminuidos. Al aspirar la PEG se obtiene abundante líquido bilioso.

JUICIO CLÍNICO: Infección respiratoria, estreñimiento pertinaz

En un inicio presentó evolución favorable con antibioterapia con ceftriaxona. Posteriormente presentó nuevamente estreñimiento pertinaz, que se resolvió con laxantes administrados por la PEG y parado la nutrición enteral. Al reiniciar ésta presenta nuevaent episodio de suboclusión intestinal y claro aumento de secreciones, con algún pico febril aislado, sospechándose broncoaspiración a pesar de la gastrostomía.

En esta ocasión el cuadro se resolvió únicamente con suspensión de dieta enteral y administración de laxantes, no siendo necesario iniciar tratamiento antibiótico. a pesar de ello, la familia insiste en iniciar de nuevo la alimentación, repitiéndose de nuevo el mismo cuadro en varia ocasiones.

CONCLUSIONES:

Se trata de un paciente eln el cual la nutrición enteral está claramente relacionada con episodios de pseudoobstrucción intestinal y broncoaspiración. A pesa de la recomndación médica de suspender la nutrición enteral, la familia decide continuar con ella.

¿Sabemos cuándo parar? ¿Estamos obligados a mantener medidas de alimentación artificial a un paciente a pesar de causarle un claro perjuicio?

ENFERMEDADES METABÓLICAS DEL HÍGADO: HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA (REF 1574) - CASO CLÍNICO

Lueiro González, Natalia; Antelo País, Paula; Da costa Otero, Fátima

A Estrada

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria

MOTIVO DE CONSULTA: Hipertransaminasemia

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES:

Varón de 68 años.
No alergias medicamentosas
Artrosis de cadera

ANAMNESIS:

En una consulta programada para valorar posible Diabetes Mellitus, se revisan analíticas previas, detectándose niveles elevados de transaminasas.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Destaca:

Tez morena (cetrina). Algún punto rubí y araña vascular en la mitad superior del tronco.

No adenopatías.

Auscultación cardiopulmonar: Normal.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación. Hepatomegalia irregular de 2cm por debajo de la arcada costal.

Extremidades superiores: Tumefacción en articulaciones metacarpianas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Analítica de sangre (estudio del hierro):

Hierro: 240 ug/dl

Transferrina: 220mg/dl

Ferritina: 1684 ng/dl

Saturación de la transferrina >100%

Estudio genético: Homocigoto para C282Y

Ecografía abdominal: Hígado brillante. Adenopatía en hilio hepático.

Radiografía de manos: Enfermedad articular predominante en 2ª-3ª metacarpofalange de mano derecha y 2ª metacarpofalange de mano izquierda.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO:

La Hemocromatosis es una enfermedad hereditaria, por lo que se aconseja realizar despistaje en los familiares de primer grado mediante índice de saturación de la transferrina, ferritina sérica y transaminasas.

JUÍCIO CLÍNICO:

Hemocromatosis

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Enfermedades con sobrecarga de hierro: Talasemia mayor, anemia sideroblástica, hepatitis C, cirrosis alcohólica, porfiria cutánea tarda, esteatohepatitis no alcohólica etc.

TRATAMIENTO:

Flebotomías semanales y de mantenimiento.

EVOLUCIÓN:

Actualmente, a tratamiento con sangrías periódicas, el paciente se mantiene asintomático con disminución de los parámetros analíticos de hipertransaminasemia y de sobrecarga de hierro.

CONCLUSIONES:

Es importante establecer un diagnóstico precoz de la hemocromatosis, ya que tratada en sus fases iniciales se evitan todas las complicaciones y la principal causa que determina el pronóstico, la cirrosis y su degeneración a hepatocarcinoma.

El diagnóstico es sencillo, mediante el estudio del hierro.

Existe un tratamiento eficaz, las flebotomías.

Es importante realizar el despistaje de los familiares, que a la vez son también nuestros pacientes.

Recordar que la Hemocromatosis es también una de las múltiples causas de hipertransaminasemia, por lo que se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial, ante éste hallazgo analítico frecuente.

FOLICULITE NA ENFERMIDADE DE BEHÇET. (REF 1565) - CASO CLÍNICO

Carlos Eirea Eiras; Noa Delgado Garrido; Ángela Mayo Martínez

C.S. Bueu

ÁMBITO DO CASO: Atención Primaria

MOTIVOS DE CONSULTA: Glosodinia e episodio de aftas dolorosas.

HISTORIA CLÍNICA: Varón de 19 anos, sen alerxias medicamentosas coñecidas nin hábitos tóxicos. Non tratamentos crónicos nin antecedentes de interese. En Decembro de 2011 acude á nosa consulta de Atención Primaria referindo glosodinia e episodio de aftas orais dolorosas, sendo tratado con enxaugaduras bucais e tratamento tópico.

En Setembro de 2012 novo episodio de aftas orais acompañado de úlceras en escroto, erupción pustulosa en costas, zona superior de tórax anterior e cara. Tratouse con claritromicina e realizouse analítica durante o brote para descartar enfermidades autoinmunes, nomeadamente o Sd de Behcet.

En Outubro de 2012 novo episodio de aftas orais e erupción pustulosa con dor intenso asociado a febre alta, presentando tamén arrubiamento ocular bilateral que o paciente atribúe a estar moito tempo co ordenador. Na analítica (durante o 1º brote) destaca PCR 2.32, VSG 2, ANA negativo. Estes resultados xunto coa aparición dun cadro suxestivo de uveíte afondan a sospeita clínica polo que remitimos ó servizo de Reumatoloxía para estudo.

O paciente é ingresado; diagnosticado de uveíte anterior aguda bilateral por Oftalmoloxía. Diagnóstico de Folliculite por Dermatoloxía. Non episodios de artrite, paniculite nin flebite.

En Reumatoloxía completan o estudo analítico con ANCA, HLA B27, ANTI-PPC, Anticorpos anticardiolipina, HLA-B5 (B51/B52), PCR, coagulación e proba de patexia, todo el sen alteracións.

O paciente cumpre criterios de enfermidade de Behçet polo que se inicia tratamento inmunosupresor con Ciclosporina A, con indicación de controis de transaminasas, creatinina, hemograma e TA pola nosa parte.

CONCLUSIÓNS:

Neste caso clínico cobra importancia clave o diagnóstico diferencial, podendo encadrar os episodios de erupcións pustulosas como brote de acné, a uveíte como conxuntivite e a inicial normalidade de probas analíticas como proceso banal.

A continuidade asistencial, a coidada anamnese e a recollida de datos na historia clínica na consulta de Atención Primaria promoveron un axeitado enfoque diagnóstico. Son estas características do noso traballo as que permiten obter resultados en saúde.

NO ES ALERGIA TODO LO QUE PARECE. (REF 1541) - CASO CLÍNICO

Mato Raposo, Raquel; Abdulkadir Assad, Hassan; Rodríguez Álvarez, Rosa María
Médico residente de 2º año. CS Adormideras - A Coruña; Médico residente de 4º año. CS Adormideras - A Coruña; Médico titular. CS Adormideras - A Coruña

ÁMBITO DEL CASO: Atención primaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Exantema cutáneo y palpitations.

HISTORIA CLÍNICA: Mujer, 18 años sin antecedentes de interés, consulta por presentar el día anterior, poco después de comer, malestar general, eritema facial progresivo a tronco y extremidades, palpitations y un vómito alimenticio. Fue atendida al momento por un médico, quien le administró dos comprimidos de ebastina, presentando evidente mejoría clínica. Niega dificultad respiratoria, edema facial, prurito ni síncope.

La comida consistió en una ensalada con atún en conserva, huevo cocido, tomate natural, lechuga, aceite, vinagre y mayonesa. Todos los alimentos habían sido consumidos previamente sin presentar reacciones adversas.

Exploración física: Cuando la vemos presenta buen estado general, estando estable hemodinámicamente. La auscultación cardiopulmonar es rítmica con soplo inocente ya estudiado y con murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. La exploración abdominal es anodina. No presenta edema de úvula, labial, no otras lesiones cutáneas.

Pruebas complementarias: Electrocardiograma con ritmo sinusal a 50 latidos por minuto, sin alteraciones agudas de repolarización. La analítica de sangre no muestra ninguna alteración llamativa en hematemetría ni en bioquímica; tampoco alteración de la TSH ni elevación de la IgE o de triptasa.

Diagnóstico diferencial:

1. Reacción alérgica.
2. Intoxicación alimentaria.

Juicio clínico: Intoxicación alimentaria: Escombroidosis.

Dada la ausencia de episodios previos y de reacciones alimentarias adversas, contactamos telefónicamente con el servicio de Alergología, quienes nos sugieren la posibilidad de estar ante un caso de escombroidosis.

Conclusiones: La escombroidosis es un cuadro de intoxicación alimentaria producido por la mala conservación de algunos pescados. Tiene lugar la decarboxilación del aminoácido histidina en histamina, metabolito responsable de esta patología, generalmente autolimitada y sin gravedad.

Al no ser un mecanismo mediado por inmunoglobulinas no requiere la supresión de ningún alimento. Es la intoxicación alimentaria por pescado más frecuente y muchos de estos casos son mal etiquetados de episodios de alergia alimentaria.

CAMINANDO SOBRE UN NEVUS (REF 1492) - CASO CLÍNICO

Seoane Suárez, C; Felpete López, P

MIR de MFYC de primer año, Centro de Salud de Vilanova de Arousa. Pontevedra; MIR de MFYC Centro de Salud de Vilanova de Arousa. Pontevedra

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria

MOTIVOS DE CONSULTA: Lunar en planta del pie

HISTORIA CLÍNICA O ENFOQUE INDIVIDUAL:

Paciente de 40 años, sin antecedentes personales de interés, acude a consulta refiriendo la presencia de un lunar en la planta del pie derecho, que ha aumentado de tamaño con respecto a años anteriores.

A la exploración macroscópica - lesión macular hiperpigmentada de coloración marrón, asimétrica, bordes irregulares, aspecto homogéneo de 0.5 cm de diámetro (2 puntos ABCDE)

Pruebas complementarias- DERMATOSCOPIA - Lesión con patrón paralelo del surco, determinado por la presencia en la piel acral, de surcos y crestas. Los primeros más estrechos y en los segundos es posible observar unos puntos blanquecinos que corresponden a la apertura del acrosiringio (porción intradérmica del conducto excretor de la glándula sudorípara ecrina).

Lesión asimétrica en la forma externa de la lesión en al menos 1 eje, y simetría de la distribución de las estructuras intralesionales, bordes irregulares con interrupción abrupta en al menos un cuarto de la circunferencia, e identificación de 2 colores en la lesión (2 puntos ABCE dermatoscopia).

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Sin antecedentes familiares de interés

JUICIO CLÍNICO: NEVUS DISPLÁSICO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: con melanoma: este pierde por completo la estructura del patrón paralelo del surco, presentando pigmento ocupando las crestas en cuya zona central son visibles las salidas de los acrosiringios.

TRATAMIENTO: Se cita para exéresis de la pieza. La paciente acude voluntariamente y con consentimiento informado firmado. Se le realiza anestesia local con lidocaína al 2% y exéresis con punch 4. Se sutura dando un punto superficial con una seda 3/0. Se envía pieza a anatomía patológica.

RESULTADO: AP-Nevus displásico

EVOLUCIÓN: Dos días después de la exéresis se le realizó cura en punto de la planta del pie con povidona yodada, presenta buen aspecto. A los 7 días de la cura se le retiró el punto de sutura.

CONCLUSIONES (y aplicabilidad para la medicina de familia): Especial vigilancia en consultas de Atención Primaria de los nevos que por localizarse en zonas de roce son más susceptibles de malignizarse.

A ETICA NO DIA A DIA , A PROPÓSITO DUN CASO (REF 1493) - CASO CLÍNICO

Mercedes Ferreira Bouza; M^a Luisa Marin Sanchez; Jesus Quintana Yañez

Centro de Saúde de Cariño

A propósito dun caso, paciente desprazado do que se coñece historia parcialmente. Engadese á información do paciente infección VIH de anos de evolución, a tratamento. Non aportada en anteriores consultas. Consulta a parella, muller, nova parella, tamén desprazada, por clínica de candidiasis vaginal.

Tras anamnesis negan uso de condón. Tras intento de falar VIH non sacan o tema. Mantense a confidencialidade eponse tratamento candida. Tras consulta intentase localizar telefonicamente ó paciente para concertar cita sen parella e non e posible ó ter mal o teléfono de contacto. Qué facer neste caso. Conflicto deber de confidencialidade e evitar dano a terceiros.

DISCUSIÓN DO CASO.

Decido consulta ó comité de ética asistencial da área sanitaria. Actitudes e recomendacións a seguir en casos similares.

FACTORES CONDICIONANTES:

Epoca estival, con ausencias e sobrecarga asistencial
Desprazados, coñecemento parcial da historia clínica

Descoñecemento da información que ten a parella sobre a infección VIH. Tempo e resposta ó tratamento, fundamental á hora de establecer risco de infección.

As últimas guías VIH, ante sospeita de candidiasis recomendase ofrecer a proba diagnóstica de VIH.

A vulneración da confidencialidad e un dos cursos extremos que debe evitarse na medida do posible, e sempre tras esgotar cursos intermedios. (Repasar co paciente vías transmisión VIH, recordar o deber de protección da parella, importancia da súa propia protección fronte enfermidades de transmisión sexual e en concreto a novas infeccións relacionadas con VIH que poidan presentar resistencias a antirretrovirais.

SUXERENCIAS:

Preguntar a paciente desprazado en que hospital sigue tratamento, médico, responsable e autorización para contacto en caso necesario. Comprobar datos administrativos do paciente Intentar concertar cita de seguimento.

Resaltar a dificultade que entrañan os casos nos que os valores en conflito son o deber da confidencialidade e ó de evitar un dano a terceiros. O que obriga a un análise individual e impide emitir RECOMENDACIONES XERAIS Ó RESPECTO.

COMUNICACIONES SALA C

ELABORACIÓN DE PANELES DE URGENCIAS PARA UN CENTRO DE SALUD (REF 1465) - COMUNICACIÓN DE EXPERIENCIAS

Lizbeth D. Herrera Díaz, María José Mo

C.S Mariñamansa - Ourense

El objetivo de esta experiencia es facilitar el manejo de las situaciones de urgencia ya que nuestro centro se localiza a poco más de un kilómetro de distancia del hospital de referencia y en estas condiciones, el enfrentarse a una situación de urgencia se ha convertido en un hecho extraordinario, lo que contribuye a que muchos de nosotros nos consideremos "oxidados" en el manejo de dichas patologías. Esta idea se basó en la experiencia compartida en un artículo de la revista AMF llamada "Sets de urgencias"(1).

Nuestros paneles reflejan la actuación en seis situaciones frecuentes de urgencia, como es el caso del síndrome coronario agudo, la crisis asmática, la reacción anafiláctica, el accidente cerebrovascular, la crisis comicial y la intoxicación por opiáceos. La idea se discutió en una sesión clínica del centro de salud, donde se aportaron ideas y se revisó con la farmacéutica del centro para ver la posibilidad de contar con algunos fármacos o buscar alternativas.

Estos paneles fueron realizados con palabras sencillas, según las últimas recomendaciones y teniendo en cuenta las dosis en caso de contar con vía intravenosa y las alternativas con las que contamos en caso de no tener una vía. Los paneles fueron colocados en la sala de urgencias, en una posición que permite su visualización mientras se está asistiendo al paciente.

Creemos que esta experiencia es muy útil para los centros de salud en los que la atención a patologías urgentes no sea una situación habitual y que el disponer de estas guías de actuación rápida puede ser de gran utilidad.

(1)Marín C, Moreno N, Riera S. Sets de urgencias. AMF 2014;10 (2):119-120.

DERMATOLOGÍA A TODO COLOR: PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA EN PIEL NEGRA (REF 1549) - COMUNICACIÓN DE EXPERIENCIAS

Patricia Felpete López; Carlos Seoane Suárez; Itziar Melendo Barbeito; Ana Belén Caamaño Troitiño; Ana Belén Caamaño Troitiño; Juan Manuel Barja López; Antonio Ángel Regueiro Martínez

Centro de Salud de Vilanova de Arousa; Centro de Salud de Vilanova de Arousa; PAC Cambados; Área de Xestión Integrada Pontevedra-Salnés; Hospital del Bierzo; Centro de Salud de Vilanova de Arousa

OBJETIVOS:

Presentación de las conclusiones extraídas de la asistencia sanitaria a población de raza negra en lo referente a patología dermatológica en su país de origen y extrapolación de los conocimientos adquiridos, mediante imágenes y casos clínicos, para su aplicabilidad en las consultas de Atención Primaria de nuestro medio.

DESCRIPCIÓN:

La participación en proyectos de voluntariado en países en vías de desarrollo supone una motivación para un gran número de profesionales sanitarios. Durante el período vacacional de los últimos cinco años los colaboradores de esta experiencia han prestado asistencia sanitaria gratuita y universal en las poblaciones de Yoff, Touba Merina y Sam Yabal, situadas en Senegal. Yoff es una localidad costera metropolitana en la que existe un grave problema de gestión de residuos. Touba Merina y Sam Yabal pertenecen al área rural del interior del país.

La patología dermatológica supuso uno de los motivos de consulta más frecuente en ambos casos, aunque las condiciones de mayor hacinamiento y contaminación ambiental en Yoff eran causa directa de una mayor prevalencia de dermatopatías. El diagnóstico de estas enfermedades resultó dificultoso por la escasa formación previa sobre las peculiaridades de la piel negra y por otros factores como hábitos higiénicos, clima y factores socioeconómicos.

CONCLUSIONES:

Debido a los flujos migratorios cada vez debemos tener más en cuenta las dermatosis importadas. Sin embargo los principales motivos de consulta en pacientes de piel negra son tan habituales como dermatofitosis, dermatitis atópica, piodermis y trastornos de la pigmentación.

Las características específicas de estos trastornos tan frecuentes en pieles negras pueden resultar un reto diagnóstico en nuestras consultas.

APLICABILIDAD:

Los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria deben estar formados para el reconocimiento de las lesiones cutáneas sobre piel de color y para identificar las enfermedades dermatológicas más comunes en este colectivo. Una experiencia de aprendizaje: ¿Cuánto estamos haciendo que deberíamos

NO HACER? (REF 1525) - PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Villar Zamora, Guillermo; Guzmán Valenzuela
Centro de Salud Sárdoma, Centro de Salud Bolivia

OBJETIVOS:

Cuantificar el porcentaje de cumplimiento de las 15 recomendaciones seleccionadas por el Grupo de Trabajo de la semFYC para el proyecto "Recomendaciones no hacer".

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico por auditoría de historias clínicas electrónicas.

Lugar y marco de realización: 12 centros docentes de Atención Primaria (AP) de la comunidad autónoma de Galicia.

Criterios de selección: Específicos de edad, sexo, diagnóstico y/o tratamiento para cada una de las recomendaciones.

Variables: Se definió un indicador para cada recomendación por cada par residente-tutor, especificando edad, sexo, patología, criterios de inclusión y exclusión, medidas terapéuticas, criterios diagnósticos y adecuación.

Número de sujetos necesarios: 80 historias clínicas para cada recomendación, para una proporción esperada de 75% con $\pm 80\%$ y ± 10 . Cada uno de los 20 residentes revisará 15 historias clínicas del cupo de su tutor para 5 recomendaciones.

Muestreo: Muestreo sistemático de historias clínicas que cumplen criterios de inclusión y exclusión específicos de cada recomendación, en el último año.

Análisis estadístico: Estudio descriptivo con cálculos de intervalos de confianza para cada recomendación. Análisis bivariable por sexo y edad, con aplicación de las pruebas paramétricas y no paramétricas según corresponda.

Limitaciones: a) Registro y codificación de episodios y pruebas diagnósticas inadecuados, y b) dificultades para homogeneizar la codificación de los investigadores.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS:

Los resultados servirán para reflexionar, replantear y corregir las actuaciones diagnósticas y terapéuticas que no se ajusten a las recomendaciones "No hacer" de la semFYC. Evitaremos así que las actuaciones de los profesionales sanitarios supongan daños, lesiones o complicaciones a los pacientes más allá de las derivadas de la evolución natural de su propia enfermedad.

Todo ello encaminado a la mejora de la calidad asistencial, reduciendo la atención sanitaria no apropiada, con criterios de eficiencia económica y manteniendo la calidad de los cuidados.

Este proyecto sigue la línea ya marcada por la experiencia "Choosing wisely" y las recomendaciones "Do not do", y supone una puesta en práctica en nuestro medio de las recomendaciones "No hacer" de la semFYC.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES:

El acceso y tratamiento de datos clínicos se realizará conforme a las condiciones obligadas por la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la Ley 3/2005 de modificación de la Ley 3/2001, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, y el Decreto 29/2009, del 5 de febrero por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica, así como a lo relativo al cumplimiento de la Ley 15/1999, de protección de datos de carácter personal.

Los investigadores acceden a la historia clínica con el procedimiento regulado para ello.

Los datos serán codificados para su depuración y posteriormente anonimizados para su análisis.

El proyecto fue aprobado por el CEIC de Galicia con Informe 2014/305. Está pendiente la aceptación de las modificaciones solicitadas.

RECOMENDACIONES "NO HACER": CRIBADO (REF 1604) - RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Prado Pena, Laura ; Friande Pereira, Susana; Corral Zas, Mónica; Campos Rivas, Beatriz; Campos Rivas, Beatriz; Sánchez Seijo, Eva María

C.s. Pintor Colmeiro (Vigo); C.s. Matamá (Vigo); C.s. Matamá (Vigo); C.s. Porriño (Vigo); C.s. Teis (Vigo)

OBJETIVOS:

Cuantificar las recomendaciones "no hacer" en atención primaria referentes actuaciones de cribado.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo por auditoría de historias clínicas (IANUS AP). Se llevó a cabo en los centros docentes de MFyC de un área de Galicia, con participación de MIR I y sus tutores.

Los participantes definieron por consenso un indicador para cada recomendación. Para el estudio de cáncer prostático se incluyen varones mayores de 45 años, asintomáticos, sin antecedentes de cáncer de prostático en familiares de primer grado. En el estudio de riesgo de fractura osteoporótica, se incluyen

mujeres postmenopáusicas sin realización previa de una valoración de factores de riesgo que lo justifique (FRAX, Q fracture).

Se revisaron por muestreo sistemático las historias que cumplían criterios de inclusión y exclusión en el último año. N=80 mínimo para cada recomendación para una proporción esperada de 75% con $\pm 95\%$ y ± 10 . Cada residente revisó 15 historias de 5 recomendaciones.

Se presenta el estudio descriptivo con cálculo de intervalos de confianza para cada recomendación.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Galicia.

RESULTADOS:

Se presentan resultados provisionales con el 49% de la muestra analizada.

En el cribado de cáncer prostático se observa un porcentaje de recomendación "no hacer" del 66,7% (IC95%:48,8-80,8). En el cribado de riesgo de fractura osteoporótica, el 18,8% (IC95%:6,6-43,0) de las mujeres revisadas no cumplen la recomendación "no hacer".

CONCLUSIONES:

La solicitud de PSA se realiza de forma inadecuada en más de la mitad de los varones de la muestra (66,7%).

El cribado de riesgo de fractura osteoporótica se adecua mejor a las guías de práctica clínica actuales, pero debiera mejorarse su utilización.

ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LOS RECURSOS SOCIALES Y LA PATOLOGÍA DEPRESIVA EN UNA POBLACIÓN DE EDAD MUY AVANZADA (REF 1562) - PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Formigo Couceiro, Francisco Javier; Noya Vázquez, Leticia; Díaz Fernández, Paula; Castro Cageao, Sara; Castro Cageao, Sara; Varela Mariño, María

Medicina Familiar y Comunitaria, área de Santiago de Compostela; Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, CS Conxo, Santiago de Compostela; Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Ambulatorio Concepción Arenal, Santiago de Compostela; Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Ambulatorio Concepción Arenal, Santiago de Compostela; Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, CS Fontiñas, Santiago de Compostela

OBJETIVO PRINCIPAL:

analizar la relación entre los recursos sociales y la presencia de patología depresiva en una población de edad muy avanzada (80 o más años).

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

1. Prevalencia de la depresión en pacientes de edad muy avanzada. Porcentaje de patología depresiva no diagnosticada.
2. Prevalencia del deterioro de los recursos sociales en pacientes de edad muy avanzada.
3. Relación entre patología depresiva y tipo de hogar (unigeneracional, bigeneracional, trigeneracional, vivir en solitario...)

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se reclutará un n de 310 pacientes de 80 o más años de edad que demanden consulta en atención primaria (siendo estos dos los criterios de inclusión). El N lo representan el total de población de edad muy avanzada del área geográfica objeto de estudio en el último censo disponible. Para el cálculo del tamaño muestral se ha utilizado una prevalencia del 25-30%. La investigación se llevará a cabo en cuatro centros de salud, que aportarán un número de pacientes proporcional a las cartillas asignadas a ellos.

El estudio consiste en la realización de una entrevista al paciente y/o guardador de hecho de éste. Se realizarán dos escalas de valoración: la escala de recursos sociales OARS y la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage en su versión

reducida (15 ítems) y adaptada a la población española. Además se anota si el paciente está diagnosticado de depresión u otra enfermedad neuropsiquiátrica y si consume fármacos con efectos en esta esfera. Se refleja también el tipo de residencia y de hogar (si vive en solitario, si conviven dos generaciones, tres...) No se prevé ninguna intervención en el estudio. Si en un paciente se evidencia un cuadro depresivo no tratado, necesidad de derivación a trabajo social u otra anomalía, se abordará en el seno de la práctica clínica habitual.

El análisis de los datos se realizará con un paquete estadístico incluyendo estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas) y estadística inferencial, utilizando como referencia para aceptar o refutar la hipótesis nula un nivel de significancia $\leq 0,05$.

Las variables principales analizadas son cualitativas. Para analizar su relación se utilizará la prueba de χ^2 cuadrado de independencia. Las diferencias significativas serán analizadas con los residuos tipificados corregidos.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS:

Se establece como hipótesis nula que no existe relación entre la patología depresiva y recursos sociales deteriorados. Se espera poder rechazar esta hipótesis con el nivel de significación establecido.

Conocer la prevalencia real de la patología depresiva en pacientes de la cuarta edad, que habitualmente presentan síntomas atípicos y conocer la prevalencia de los recursos sociales clasificados según la escala OARS.

Se generará otra hipótesis nula secundaria: no se relacionan las familias de dos o más generaciones con ausencia de patología depresiva. Se espera poder rechazar esta hipótesis.

Si se relacionan recursos sociales deteriorados con patología depresiva, tal vez estemos utilizando tratamientos médicos inefectivos para solucionar un problema social.

ASPECTOS ÉTICO LEGALES:

El protocolo se someterá a la evaluación del CEIC de Galicia previamente a la inclusión de pacientes adaptándose a los requisitos ético-legales establecidos.

FINANCIACIÓN: No precisa.

EFICACIA DEL PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN BREVE EN PACIENTES CON CONSUMO ENÓLICO DESDE EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA (REF 1615) - PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Mora Bssignana, Martin; García Mahia, Carmen

CHUAC

Se ha probado el uso de terapias que implican un contacto continuado y permanente con el paciente en la deshabitación alcohólica siendo efectivas pero implicando una inversión importante de tiempo y sin ser tan eficientes como sería deseable. Varios ensayos han publicado resultados que con intervenciones de tiempo corto consiguen resultados tan satisfactorios como las previas intervenciones personales a tiempo prolongado. El fin de este estudio está en la validación del método abreviado localmente y su adaptación según las necesidades locales.

OBJETIVOS:

Determinar la efectividad del consejo médico anti alcohol mediante estudio de la prevalencia de patología enólica y la evaluación del impacto de un programa de intervención breve para el abordaje de casos de consumo de riesgo y perjudicial (grupo experimental) vs la atención no sistematizada (grupo control), identificando el perfil óptimo para la intervención más eficiente en el alcoholismo en centros de Atención Primaria

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito de estudio: consulta programada de atención primaria del área del Centro de Salud de estudio. Estudio prospectivo, seguimiento longitudinal de dos años y diseño aleatorizado, de grupo experimental y control. Criterios de inclusión: edad igual o mayor a 18 años, acudir a consulta programada de Primaria, con consumo enólico de riesgo, (un puntaje según cuestionario AUDIT validado para Galicia comprendido entre 8 y 19) y Firma Consentimiento informado.

Exclusión: Presencia de Cuadros psicopatológicos graves, o cualquier otra condición que impida la aplicación de las técnicas del estudio. Proceso de aleatorización asignación aleatorio por orden alterno a grupo control y experimental. Mediciones:- Uso de cuestionario AUDIT y SCL validado a nivel nacional. Estudio de Comorbilidad de otras adicciones y otros trastornos psiquiátricos asociados.

Descripción de la intervención: sistemática para Intervención breve en Atención Primaria para el consumo enólico de riesgo y perjudicial acorde a los criterios de la OMS y Medición de la eficacia: conservación o mejoría del puntaje de AUDIT test. Tamaño muestral: N = 112 , permite estimar las características de interés con una seguridad del 95% y una precisión de ± 9.3 .

Estadística: Las variables cuantitativas se expresan como media \pm DT. Las cualitativas se expresan como valor absoluto y porcentaje. Para comparar medias se utiliza la T Student o test de Mann Whitney según proceda tras comprobar la normalidad con el test de Kolmogorov-Smirnov. Para determinar la asociación entre variables cualitativas se utilizará el estadístico Chi cuadrado.

ASPECTOS ÉTICO LEGALES: Consentimiento informado, autorización del CEIC.

ESTIMAR LA PROGRESIÓN DEL RIESGO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL ÁREA ASISTENCIAL DE VIGO (REF 1459) - RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Carnicero Iglesias, María; Romero Fresco, Gabriela

Centro de Salud Sárdoma (Vigo); Centro de Salud Val Miñor (Vigo)

OBJETIVO:

El cálculo del filtrado glomerular (FG) en nuestra área se realiza con la fórmula MDRD. Demostraremos que está infra estimado si se compara con CKD-EPI, que predice mejor la mortalidad. También demostraremos la importancia del cociente albúmina/creatinina (Al/Cr) para la clasificación de la población en riesgo de insuficiencia renal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo por auditoría de historia clínica electrónica en 1.268 pacientes de 65 a 74 años participantes en el estudio sobre diagnóstico precoz de aneurisma aórtico por ecografía en el área de Vigo.

Se seleccionaron los pacientes 103 pacientes con MDRD en estadio 2 o superior. Se calculó el FG según las fórmulas: MDRD, CKD-EPI y Cockcroft- Gault .

RESULTADOS

Según la fórmula MDRD, con estadio 2(FG:60-89) obtenemos 35,9%, con estadio 3(FG:59- 30) 54,4%, con estadio 4(FG:15-29) el 5,8% y 3,9% en estadio 5(FG<15).

Con la fórmula CKD EPI, con estadio 2 encontramos 4,9%, en el estadio 3 a 83,5%, 4,9 % en el estadio 4 y en el estadio 5 a 6,8%.

Se realizó comparación también con Cockcroft-Gault.

Utilizando el Al/Cr en los pacientes clasificados por CKD-EPI, en estadio 2 presentaron 1% macroalbuminuria, 1,9% microalbuminuria y 1% normoalbuminuria. En el estadio 3, 8,8%, 13,6% y 25,3% respectivamente. En estadio 4, 1,9%, y 1% y el estadio 5 presentaron macroalbuminuria el 4,9%.

Limitaciones: infra registro de peso y ausencia de análisis de orina.

CONCLUSIÓN:

La tasa de FG calculada mediante CKD EPI modifica la distribución existente para los estadios 2 y 3. El cociente Al/Cr mejora clasificación de la población en riesgo de deterioro renal de los estadio 2,3 y 4.

COMUNICACIONES SALA D

VACUNACIÓN ANTIGRIपाल Y ANTINEUMOCÓCICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CRÓNICA (REF 1484) - RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Crillo Calderón, Isabel; Balado Dacosta, María Paz; Gómez Tato, Carmen; Abalde Castro, Luz; Abalde Castro, Luz; Orge Vidal, María Pilar; Gonçalves Julio, Catarina

Cs Redondela; Cs Bembrive; Cs Pintor Colmeiro; Cs Teis; Cs Redondela; Cs Redondela

INTRODUCCIÓN:

Las actividades preventivas son elemento nuclear en atención primaria por su impacto en la salud de la población.

OBJETIVOS:

Cuantificar las actividades preventivas en cuanto a vacunación antigripal y anti-neumocócica en pacientes con patologías crónicas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo, multicentro por auditoría de historias clínicas electrónicas en pacientes de 65 a 74 años, incluidos en el estudio "Diagnóstico precoz del aneurisma de aorta abdominal por ecografía en atención primaria". Participan 21 médicos de familia y 20 residentes de medicina familiar y comunitaria. Se seleccionaron 1716 pacientes, incluidos en el estudio previa firma de consentimiento informado por escrito. Se establecieron como variables: DM, hepatopatía crónica, inmunodepresión, IRC, EPOC, cardiopatía isquémica. Análisis descriptivo y bivariante con pruebas paramétricas y no paramétricas (significación $p < 0,05$).

RESULTADOS:

El porcentaje medio de vacunación registrado en el área de salud estudiada es de un 32,7% (IC95%:0,38-0,49) para la gripe y de un 19,2% (IC95%:0,19-0,25) para el neumococo cuando debiera ser el 100% para ambas. La cobertura vacunal antigripal/antineumocócica para las principales patologías en porcentaje puntual fue: DM 44,4/25,5; hepatopatía crónica 55,0/30,0; EPOC 42,1/33,9; enfermedad renal 43,6/22,3 y cardiopatía isquémica 46,3/25,4.

En los pacientes con patología crónica, el porcentaje de vacunación para gripe y neumococo es significativamente diferente ($p=0,001$) al observado en la población total. La cobertura de la vacunación antigripal es, en promedio, un 15% superior a la del neumococo. Al comparar la vacunación registrada en IANUS con la información de Salud Pública correspondiente al periodo estudiado, es un 10% inferior.

CONCLUSIONES:

Los resultados registrados nos permiten confirmar que la vacunación de pacientes con patología crónica es insuficiente, así como el registro de la misma en IANUS, por todo ello hay que aunar esfuerzos para mejorar esta actividad preventiva, desde el registro de vacunación a la implicación de los profesiona-

les, incluíndo su propia vacinación.

AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE A CORUÑA (REF 1490) - RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Salvador Pita Fernández; Andrea Patiño Vázquez; Beatriz López Calviño; Teresa Seoane Pillado; Teresa Seoane Pillado; Sonia Pértega Díaz; Alba Arceo Vilas
Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVO:

Determinar las variables asociadas al grado de Insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez en estudiantes universitarios

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito:Escuelas de Enfermería(A Coruña-Ferrol),Universidad de La Coruña(UDC)

Periodo:2013-2014

Tipo de estudio:Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión/exclusión:alumnos con consentimiento informado.

Mediciones:índice de masa corporal(IMC), Insatisfacción Corporal(subescala EDI-IC) y Obsesión por la Delgadez(subescala EDI-O).

Tamaño muestral:n=102(precisión=±9,7%;seguridad=95%)

Análisis estadístico:Regresión logística.

RESULTADOS:

Edad media 21,9±6,7años, mujeres(76,2%), fumadores(13,0%) que fumaban una media de 7,7±5,3cigarrillos/día.

La prevalencia de sobrepeso(20,6%) y obesidad(4,9%). El 33,0% piensan que tienen Kg de más(mujeres:32,9% vs.30,4%;hombres).

La concordancia observada entre las diferentes categorías del IMC(infrapeso/normal/sobrepeso y obesidad) y la percepción subjetiva del peso(considero que tengo kg de menos/estoy en mi peso/ kg de más) es del 79,0%(hombres:87,0% vs.77,0%;mujeres), existiendo una concordancia moderada($\kappa=0,580$;E.T=0,081;p<0,001).

Estando en normopeso, consideran que tienen kg de más(mujeres:16,7% vs.0,0%;hombres) e infraestiman el peso(hombres:7,7% vs.7,4%;mujeres). La puntuación media de insatisfacción corporal(EDI-IC) fue 6,2±6,1(Mediana=5) y de obsesión por la delgadez(EDI-O) fue 4,7±4,9(Mediana=3). Las mujeres presentan significativamente mayores puntuaciones en ambas escalas,(EDI-IC:6,9±6,3 vs.3,6±5,1;p=0,008) y (EDI-O:5,5±5,1 vs.2,2±3,2;p=0,003).

Se realizan modelos de regresión logística para determinar las variables asociadas a insatisfacción corporal(≥ 5) y a obsesión por la delgadez(≥ 3). Tras ajustar por edad, sexo, IMC y hábito tabáquico, se objetiva que la edad(OR=0,875;p=0,005), ser mujer(OR=11,017;p=0,003) y el IMC(OR=1,367;p=0,023) se asocian con mayor insatisfacción corporal y ser mujer(OR=8,977;p=0,007) y mayor IMC(OR=1,421;p=0,011) con mayor obsesión por la delgadez.

CONCLUSIÓN:

La insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez aumentan con el IMC y en las mujeres. Disminuyendo la insatisfacción corporal con la edad.

COMORBILIDAD Y POLIFARMACIA DE LA POBLACIÓN DE EDAD MUY AVANZADA DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA (REF 1494) - RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Formigo Couceiro, Francisco Javier; Pena Seijo, Marta; Mayán Santos, José Manuel; Pose Reino, Antonio; Pose Reino, Antonio

Medicina Familiar y Comunitaria, área de Santiago de Compostela; Hospital Provincial de Conxo (CHUS), UPIA; Departamento de Enfermería (área de geriatría y gerontología), Universidad de Santiago de Compostela; Hospital Provincial de Conxo (CHUS), UPIA

OBJETIVO PRINCIPAL:

Conocer la comorbilidad de los pacientes de la cuarta edad de una unidad de atención primaria y su relación con la toma de múltiples medicamentos.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

1. Relacionar la comorbilidad con el estado funcional, cognitivo y nutricional.
2. Análisis de los tratamientos farmacológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El estudio consiste en una entrevista con acceso a la historia clínica. Se recogen los diagnósticos y tratamientos activos y se calcula el Índice de Charlson. Además se realiza el MMSE-30 (salvo a los pacientes con demencia) y el índice de Conut (para estado nutricional).

Los sujetos incluidos han cumplido los 80 años de edad y demandado atención en una consulta atención primaria. Sabiendo por trabajos previos que la comorbilidad en este rango de edad se estima en torno al 80% se ha calculado un n necesario de 72 e incluido finalmente 81 sujetos. No ha habido excluidos, aunque de 26 pacientes no se conoce el estado nutricional bioquímico (Índice de Conut), factor que no afecta al objetivo principal.

Los datos obtenidos se han analizado mediante un paquete estadístico permitiendo un error del 5%. Todos los pacientes (o en su caso los guardadores de hecho), han firmado el consentimiento informado.

RESULTADOS:

1. Diagnósticos activos: 5,136±2,63[1-12]. Número medio de tratamientos 6,432±3,879[0-15]. Resultado Índice de Comorbilidad de Charlson ajustado: 5,259±2,687[0-12].
2. Cuanto mayor es la comorbilidad peor es el estado funcional, cognitivo y nutricional.
3. Los fármacos más consumidos son: IBP (64,198%), diuréticos (53,086%) seguidos de ARA-II y benzodiazepinas (40,74%).

CONCLUSIONES:

1. La comorbilidad de los pacientes de la cuarta edad es alta (83,95%) y se relaciona con dependencia, deterioro cognitivo y malnutrición bioquímica.
2. Los pacientes mayores de 80 años consumen un importante número de fármacos. Los más utilizados son el conjunto de los antihipertensivos seguidos de los IBP.

ADECUACIÓN A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 E IMPACTO EN EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD. (REF 1582) - RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Álvarez Sanz, Miguel; Ramiro Brañas, Iri

Xap Vigo

OBJETIVOS:

Investigar la adecuación de la terapia farmacológica de la DM2 a las Guías de Práctica Clínica (GPC) y su repercusión sobre la obtención de cifras objetivo en DM2, HTA y LDLc.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal. Período: enero 2013 a febrero 2014.

Población: Mayores de 18 años diagnosticados de DM2 en AP de área urbana.

Se excluyen: ausencia de registros en 2 últimos años. Errores codificación, fallecidos. Pacientes cuyos médicos rechacen la participación.

Fuente de datos: IANUS.

Variables: Código terapeuta, sexo, edad, tiempo de evolución de la enfermedad, complicaciones, cifras de HbA1c, lípidos y presión arterial. Adecuación de tratamiento (AT) según GPC: tipo fármaco, indicación, número fármacos, dosis (considerándose AT si cumple las cuatro anteriores) Control de DM2, HTA y dislipemia (HbA1c \leq 7%, TA \leq 140/90 LDLc \leq 100).

Análisis estadístico: descriptivo y bivalente en función del tipo de variables. Spss V17

Aprobado por CEIC-Galicia

RESULTADOS:

Revisados 346 pacientes. Edad media 69,97 años, 50,9% de varones, tiempo evolución con mediana de 6 años. AT en DM2 66,4% (61,1% – 71,4%, HTA 74,2% (69% - 79%), Dislipemia 53,7% (48,1% – 29,2%). Prevalencia arteriopatía 8,4% (5,8% – 11,9%), cardiopatía isquémica 12,4% (9,2 – 16,5), ACV 5,8% (3,7 – 8,9), neuropatía 2,3% (1,1 - 4,7), retinopatía 7,5% (5,2-10,8) y nefropatía 17,9% (14,2-22,3).

AT de DM2 se relaciona con objetivo de HbA1c (OR) 23,26 (12,5-43,3). AT de HTA con buen control TA OR 27,38 (12,9-27,0) y AT de dislipemia con control LDLc con OR 20,15 (11,2-36,1). Todas con $p < 0.01$.

CONCLUSIÓN:

La existencia de HbA1c, TA y LDLc en objetivo depende de una adecuada prescripción farmacológica (siguiendo GPC del SNS) en DM2.

RECOMENDACIONES “NO HACER” RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO (REF 1595) - RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Reyes Morel, Enmanuel ; Andrea Martínez Baladrón; Carmen Gómez Tato; M^a Paz Balado Dacosta; M^a Paz Balado Dacosta; A. Isabel Crillo Calderón

Centro De Saúde Sárdoma - Eoxi Vigo; Cs Porriño; Cs Pintor Colmeiro; Cs Bembrive; Cs Redondela

OBJETIVO

Cuantificar el porcentaje de cumplimiento para las recomendaciones relacionadas con tratamiento

MATERIAL Y MÉTODOS

- Diseño: estudio observacional retrospectivo por auditoría de historias clínicas llevado a cabo por 20 residentes MIR 2 apoyados por sus tutores.
- Variables: cada recomendación presenta unas variables diferentes, seleccionadas por muestreo sistemático entre aquellas que cumplen los criterios de inclusión y exclusión, en el último año.
- Muestra: N mínimo de 80 pacientes en cada recomendación.

RESULTADOS

- En un 47,4% (IC95%:32,5-62,7) se prescribieron antibióticos cuando no estaban indicados en la sinusitis aguda.
- En un 51,2 % (IC95%:36,8-65,4) se prescribieron benzodiazepinas a largo plazo en insomnio.
- En un 11,8% (IC95%:6,1-21,5) se prescribió AINES a pacientes con enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca o cirrosis.
- En un 56,8% (IC95%:42,2-70,3) se prescribieron antibióticos en las infecciones del tracto inferior respiratorio, en pacientes sin EPOC ni proceso neumónico.
- En un 40%(19,8-64,3) se prescribieron antibióticos en las bacteriurias asintomáticas.
- En un 6,3%(2,5-15,2) se mantuvo la doble antiagregación plaquetaria

más de 12 meses tras SCA y/o angioplastia.

- No se pudo calcular el indicador para la terapia hormonal en premenopáusicas.
- En las recomendaciones relativas a “No prescribir omeprazol como protector gástrico el indicador tratamiento con AINES”, “No prescribir antibióticos en faringitis sin estreptococo positivo”, “No recomendar tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia para prevención primaria en ancianos” estamos pendientes de resultados debido a las dificultades de codificación.

CONCLUSIÓN

Los datos reflejan la necesidad de adecuar la práctica clínica a las recomendaciones, basadas en la evidencia científica, especialmente en relación con la prescripción de antibióticos y benzodiazepinas.

EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON CÁNCER COLORECTAL A LOS DOS AÑOS DEL DIAGNÓSTICO (REF 1469) - RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Salvador Pita Fernández; Beatriz López Calviño; Sonia Pértega Díaz; Teresa Seoane Pillado; Teresa Seoane Pillado; Esther Gago García; Rocío Seijo Bestilleiro

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVOS:

Determinar la calidad de vida(CDV) y la situación funcional desde el diagnóstico hasta 2 años de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño:Observacional prospectivo

Ámbito:Centro hospitalario

Muestra:Casos incidentes de CCR(CIE 9^a=153-154) diagnosticados en 2011-2012 con consentimiento informado (n=457;Precisión= \pm 4,6%;Seguridad=95%)

Fuentes de información:Se entrevistaron al mes siguiente a la intervención quirúrgica a los pacientes tratados con intención curativa y a los tres meses tras el diagnóstico a los de tratamiento paliativo. Los pacientes se reevalúan al año y a los dos años del diagnóstico.

Mediciones:Calidad de vida(EORTC-QLQ-C30;EORTC-QLQ-CR29).

Análisis:Comparación de puntuaciones medias de CDV con valores poblacionales mediante test t de una muestra. Las variaciones en CDV se analizaron mediante el test de Wilcoxon y test de Friedmann para los 3 momentos.

Aspectos ético-legales:CEIC Galicia(2010/304).

Financiación:FIS-ISCIIII:PI11/01255 y Xunta de Galicia:10CSA916052PR

RESULTADOS:

Tras el diagnóstico, respecto a su calidad de vida, refieren un estado global de salud similar al de la población general(70,8 \pm 20,7), valores más bajos en función física(76,7 \pm 22,7), rol funcional(67,8 \pm 32,6), y función social(80,3 \pm 25,3)($p < 0,001$). Los síntomas con afectación significativa de la CDV fueron:dolor(13,0 \pm 20,2), disnea(7,7 \pm 18,7), insomnio(29,6 \pm 35,4), pérdida de apetito(10,1 \pm 22,2), diarrea(10,4 \pm 22,0) y dificultades económicas(4,1 \pm 15,1). Según el cuestionario EORTC-QLQ-CR29, la dimensión más deteriorada es la ansiedad(63,0 \pm 34,2). Los síntomas que más afectan la CDV:sequedad en boca(21,3 \pm 28,9), alteraciones gustativas(15,8 \pm 27,5), frecuencia urina-

ria(15,4±24,3) y ritmo intestinal(11,8±18,8).

Se dispone de datos al año y dos años de seguimiento en n=184 y 114 pacientes, respectivamente. Mejorando significativamente las puntuaciones de función física(Basal:76,7±22,7 vs.Año1:82,4±22,9 vs.Año2:83,6±22,1;p<0,001), rol funcional (Basal:67,8±32,6 vs. Año1:79,5±30,0 vs. Año2: 82,0±27,9;p<0,001) y función social (Basal:80,3±25,3 vs. Año1: 87,2±25,6 vs. Año2: 88,6±23,7;p<0,001). Los síntomas que mejoraron significativamente fueron: fatiga (Basal:25,9±25,7 vs.Año1:18,2±23,2 vs.Año2:16,7±22,4;p<0,001), insomnio (Basal:29,6±35,4 vs.Año1:23,0±32,5 vs.Año2:16,7±26,7;p=0,003) y pérdida de apetito(Basal:10,1±22,2 vs.Año1:6,5±17,2 vs.Año2:4,1±13,4;p<0,001).

CONCLUSIONES:

Los pacientes con CCR refieren buenos niveles de calidad de vida, con cierto deterioro en la función física, rol funcional y función social mejorando en el seguimiento. Los síntomas que más disminuyeron, en el seguimiento, fueron la fatiga, insomnio y pérdida de apetito.

RELACIÓN ENTRE EL CONTROL GLUCÉMICO CRÓNICO, LIPOPROTEINEMIA Y TIPO DE DIABETES EN EL ÁREA EN UN ÁREA SANITARIA DE GALICIA. (REF 1602) - RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Reyes, Emmanuel; Miguens, Iria; Bernardez, Lorena; Flores, Lura; Flores, Lura; Salazar, Silvia; Penín,Manuel

EOXI Vigo; EOXI Vigo; EOXI Vigo; Complejo Hospitalario Universitario A coruña; EOXI Vigo; EOXI Vigo

La hemoglobina glicosilada (A1C) es el estándar para la evaluación del control glucémico crónico en la diabetes mellitus. Se ha demostrado que un porcentaje de A1C inferior a 7% disminuye el riesgo de complicaciones microvasculares, tanto en diabetes tipo 1 como tipo 2, así mismo existe evidencia científica que demuestra una disminución del riesgo vascular en diabetes cuando la concentración plasmática de LDL es inferior a 100 mg/dl (70 mg/dl en el caso de los pacientes con cardiopatía isquémica); HDL superior a 40 mg/dl en varones y a 50 mg/dl en mujeres; y triglicéridemia inferior a 150 mg/dl.

OBJETIVOS:

- 1- Analizar si el control glucémico crónico en lapoblación con diabetes del área sanitaria de Vigo esel adecuado.
- 2- Establecer si existen diferencias en el control glucémico crónico según el tipo de diabetes.
- 3- Establecer si existen o no diferencias en la concentración de las distintas fracciones lipídicas según el tipo de diabetes.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se seleccionó, utilizando una tabla de números aleatorios, una muestra de 97 pacientes con diabetes entre todos aquellos atendidos en la consulta externa del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Los valores publicados representan la media (± error estándar para una p<0,05). Las comparaciones entre grupos se hicieron utilizando la t de Student. Se interpretaron como significativas las diferencias con una p<0,05

RESULTADOS:

El 61% de los pacientes analizados fueron diabéticos tipo 2, y el 39% diabéticos tipo 1.

El porcentaje de A1c en la población analizada fue de 8,2% (± 0,48). En el grupo de diabéticos tipo 1 fue 8,1% (± 0,31); y en el grupo de diabéticos tipo 2 fue 8,3% (± 0,24).

No encontramos diferencias significativas al comparar el porcentaje de A1c entre ambos grupos.

La concentración plasmática de triglicéridos fue significativamente superior en el grupo de pacientes con diabetes tipo 2; y la concentración de colesterol HDL significativamente superior en el grupo de pacientes con diabetes tipo 1. No encontramos diferencias significativas entre los dos grupos en la concentración de colesterol total ni en la concentración de colesterol LDL

CONCLUSIONES:

- 1-El porcentaje de A1c en nuestra población es superior a lo que la ADA considera aconsejable.
- 2-No hemos encontrado diferencias en el grado de control glucémico crónico entre los diabéticos tipo 1 y los diabéticos tipo 2.
- 3-La concentración plasmática de triglicéridos es, en nuestra población, superior en los diabéticos tipo 2 que en los tipo 1.
- 4-La concentración plasmática de colesterol HDL es, en la población estudiada, superior en los diabéticos tipo 1 que en los tipo 2.