

# Libro de Resúmenes



## Congreso SEMERGEN Castilla-La Mancha

Guadalajara, 10 y 11 de Mayo de 2013

Sede: Centro Cultural Ibercaja Guadalajara  
C/ Dr. Fleming, 2 B

# IV



# ÍNDICE

Programa Científico.....	2
Cronograma de Presentación Comunicaciones Orales.....	7
Cronograma de Presentación Comunicaciones Formato Póster.....	12
Resumen de las Ponencias.....	15
Resumen de las Comunicaciones Orales.....	26
Resumen de las Comunicaciones Formato Póster.....	45

# SALUDA

Queridos compañeros:

Nuevamente nuestro congreso vuelve a Guadalajara, después de varios años de andadura por otras tierras manchegas y también nuevamente, como en los primeros tiempos, vuelve a realizarlo la gente de SEMERGEN. Guadalajara, ciudad emplazada en el plano de intersección del páramo alcarreño con la Campiña, conserva intactas sus raíces históricas y el legado artístico y monumental. En ella, podremos gozar con parsimonia de las ojivas con atisbos renacentistas y detalles mudéjares de su Palacio del Infantado, de las portadas plateadas del convento de la Piedad o de las puertas mudéjares de su Concatedral.

En este entorno incomparable de milenaria piedra tallada en el blasón de los Mendoza, vamos a organizar el IV Congreso Autonómico de Castilla-La Mancha de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Nuestro propósito es hacer un congreso con una amplia y variada oferta de actividades científicas que responda a las necesidades de formación en la resolución de los problemas con los que día a día se enfrenta el médico de familia y que dicha formación tenga aplicación en la práctica diaria.

Con este objetivo organizaremos diversas mesas científicas, simposiums y talleres. Una de las mesas versará sobre la responsabilidad del médico de familia en la atención a la cronicidad en la que queremos dejar patente nuestra reivindicación de ser el eje central de la estrategia de atención al paciente crónico. En la otra abordaremos un tema muy querido para nuestra Sociedad: la medicina rural. Pensamos que el conocimiento de nuestro pasado, nos puede ayudar a entender nuestro presente, pero sobre todo a proyectar nuestro futuro.

También tendremos en cuenta a un colectivo de gran importancia para nosotros, los residentes. Con este fin, inmersas en el desarrollo del Congreso, prepararemos las VIII Jornadas de este colectivo, en las que se debatirán temas de gran actualidad como son la troncalidad y el papel del médico de familia en la Universidad.

Queremos hacer, en resumen, un congreso participativo, con una calidad científica contrastada, con una oferta lo suficientemente amplia que responda a la mayoría de las expectativas de los congresistas y que sea como hasta ahora, el referente de la Atención Primaria española.



Alicia Fernández de Peñaranda Cervantes  
Presidenta del Comité Organizador



José Antonio Martínez Pérez  
Presidente del Comité Científico

# Comités

## COMITÉ DE HONOR:

Excm. Sra. Dña. Ana Mato Adrover  
*Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.*

Excm. Sra. Dña. María Dolores Cospedal García  
*Presidenta de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.*

Excmo. Sr. D. Antonio Román Jasanada  
*Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Guadalajara.*

Excmo. Sr. D. José Ignacio Echániz Salgado  
*Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de la Junta de Castilla-La Mancha.*

Ilma. Sra. Dña. Ana Guarinos López  
*Presidenta de la Excm. Diputación de Guadalajara.*

Excmo. Sr. D. Miguel Ángel Collado Yurrita  
*Rector Magnífico de la Universidad de Castilla-La Mancha.*

Ilma. Sra. Dña. María del Carmen González Molina  
*Coordinadora Provincial de los Servicios Periféricos de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Guadalajara.*

Ilmo. Sr. D. Ramón Ochoa Mejías  
*Presidente del Ilmo. Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara.*

Sr. D. Luis Carretero Alcántara  
*Director Gerente del SESCAM.*

Sra. Dra. Dña. Cristina Granados Ulecia  
*Gerente de Atención Integrada de Guadalajara.*

## COMITÉ ORGANIZADOR:

Alicia Fernández de Peñaranda Cervantes  
*Presidenta.*

José Luis Díaz-Maroto Muñoz  
*Vicepresidente.*

Raúl Piedra Castro  
*Vocal.*

Javier Arribas Aguirregaviria  
*Vocal.*

Carlos Santos Altozano  
*Vocal.*

Javier Sánchez Holgado  
*Vocal.*

José Manuel Comas Samper  
*Vocal.*

Gustavo C. Rodríguez Roca  
*Vocal.*

Natacha Hernández Pérez  
*Vocal Residentes.*

Josué Moreta Cuevas  
*Vocal Residentes.*

## COMITÉ CIENTÍFICO:

José Antonio Martínez Pérez  
*Presidente.*

Ana María de Santiago Nocito  
*Vicepresidenta.*

Francisco Javier Alonso Moreno  
*Vocal Toledo.*

Ana Carmen Gil Adrados  
*Vocal Talavera de la Reina.*

José Molina Cabildo  
*Vocal Ciudad Real.*

Pilar Sorrius Sitges  
*Vocal Cuenca.*

Luis Miguel Artigao Rodenas  
*Vocal Albacete.*

Juan Urbina Torija  
*Vocal Guadalajara.*

María del Carmen Sánchez González  
*Vocal Residentes Guadalajara.*

Antonio Segura Fragoso  
*Vocal I.C.S.*

# IV Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha

Viernes, 10 de Mayo de 2013

16.30-17.30 h.

Recepción y Entrega de documentación

17.30-19.30 h.

TALLERES PRECONGRESUALES:

Taller 1: **Anticoncepción**

Esther de la Viuda García

*Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Guadalajara. Ex-Presidenta de la Sociedad Española de Contracepción (SEC)*

Susana Arenas Sotelo

*Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Olalla. Talavera de la Reina. Toledo*

## Taller 2: **Informática aplicada a la práctica clínica**

Raúl Piedra Castro

*Médico de Familia. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara*

18.30-19.30 h.

### SIMPOSIUM 1: **EPOC. NUEVAS ACCIONES FRENTE A TRATAMIENTOS CONVENCIONALES**

Milagros González Béjar

*Médico de Familia. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro de los Grupos de Trabajo de Respiratorio y de Tabaquismo de SEMERGEN*

José Luis Izquierdo Alonso

*Jefe de Sección de Neumología. Hospital Universitario de Guadalajara*

Con la Colaboración de ALMIRALL

19.45-20.00 h.

Inauguración Oficial

20.00-20.45 h.

### CONFERENCIA INAUGURAL:

Moderador:

José Luis Díaz-Maroto Muñoz

*Médico de Familia. Centro de Salud Pozo de Guadalajara. Guadalajara. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio y Coordinador del Grupo de Tabaquismo de SEMERGEN*

### **El Médico ante la Ley**

José Cabrera Forneiro

*Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría y Medicina Legal. Diplomado en Criminología y Salud Pública. Madrid*

## Sábado, 11 de Mayo de 2013

09.00-11.00 h.

PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES AL CONGRESO: ORAL Y PÓSTER

11.00-11.30 h.

Descanso

11.30-13.00 h.

TALLERES:

### Taller 3: **Nuevas opciones terapéuticas en EPOC. Casos Clínicos**

Octavio Pascual Gil

*Médico de Familia. Centro de Salud Guadalajara Sur. Guadalajara*

Con la Colaboración de MENARINI

### Taller 4: **Insulinización**

César Lozano Suárez

*Médico de Familia. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Ciudad Real. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN*

Con la Colaboración de SANOFI

12.00-13.00 h.

**SIMPOSIUM 2: ACTUALIZACIÓN EN NUEVOS TRATAMIENTOS EN OSTEOPOROSIS**

María Jesús Cancelo Hidalgo

*Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Guadalajara*

Con la Colaboración de GLAXOSMITHKLINE

13.00-14.15 h.

**MESA REDONDA: RETOS EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO**

Moderador:

Francisco Javier Alonso Moreno

*Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN*

**HTA Resistente**

Juan Antonio Divisón Garrote

*Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN y del Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA)*

**Hiperglucemia en el anciano**

José Manuel Comas Samper

*Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN*

**Adecuación de los tratamientos en el anciano**

Rafael Micó Pérez

*Director del Área de Atención Ambulatoria. Hospital General Universitario. Valencia. Miembro del Grupo de Trabajo de Cronicidad, Dependencia y Enfermedades Raras de SEMERGEN*

Con la Colaboración de NOVARTIS

14.15-16.30 h.

Descanso

16.30-17.00 h.

Asamblea

17.00-19.00 h.

TALLERES:

**Taller 5: Técnicas de Exploración Cardiovascular: GIM, ITB, MAPA, AMPA, Presión Arterial Central y Ecocardiografía**

Carlos Santos Altozano

*Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN*

Rodolfo García Tejada

*Médico de Familia. Centro de Salud Arenas de San Juan. Ciudad Real. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN*

Con la Colaboración de OMRON

**Taller 6: Urgencias en el Medio Rural**

Soraya García Flores

*Coordinadora Médica. Punto de Atención Continuada. Talavera de la Reina. Toledo*

Juan Carlos López Rivas

*Coordinador de la Unidad Móvil de Emergencias. Talavera de la Reina. Toledo*

19.00-20.00 h.

**MESA DE CLAUSURA: TRES GENERACIONES DE MEDICINA RURAL: PASADO, PRESENTE Y FUTURO**

Moderador:

Javier Arribas Aguirregaviria

*Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara*

**El pasado de la medicina rural**

José Luis Díaz-Maroto Muñoz

*Médico de Familia. Centro de Salud Pozo de Guadalajara. Guadalajara. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio y Coordinador del Grupo de Tabaquismo de SEMERGEN*

**El presente de la medicina rural**

Javier Massó Orozco

*Médico de Familia. Centro de Salud Casas de Juan Núñez. Albacete. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN y del Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA)*

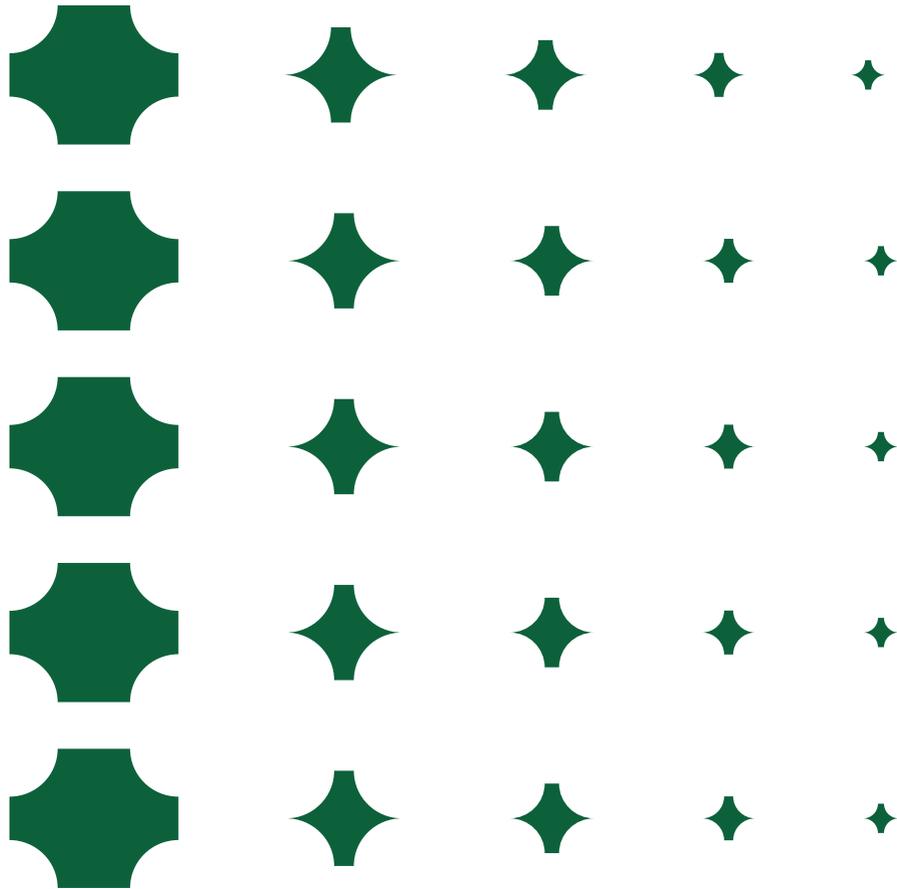
**La Medicina Rural en Castilla-La Mancha y su futuro**

Javier Sánchez Holgado

*Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Olalla. Talavera de la Reina. Toledo. Miembro de los Grupos de Trabajo de Tabaquismo y de Gestión Sanitaria de SEMERGEN*

20.00-20.15 h.

Acto de Clausura y Entrega de Premios



## Cronograma de Presentación Comunicaciones Orales

# Sábado, 11 de Mayo

## 09.00-11.00 horas

Sesión de Comunicaciones Orales

### -SALÓN DE ACTOS-

09.00-09.10 h.

#### **EVOLUCIÓN DE LA CONDUCTA DEL MÉDICO ANTE EL MAL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN EN CASTILLA-LA MANCHA 2006-2010.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Santos Altozano, Carlos.

RESTO DE AUTORES: (2) Divisón Garrote, Juan Antonio; (3) Artigao Rodenas, Luis Miguel; (4) Rodríguez Roca, Gustavo Cristóbal; (5) Llisterri Caro, José Luis; (6) Alonso Moreno, Francisco Javier.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

(2) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete.

(3) Médico de Familia. Centro de Salud Zona III. Albacete.

(4) Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.

(5) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

(6) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

09.10-09.20 h.

#### **EVOLUCIÓN DEL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN CASTILLA-LA MANCHA EN EL PERÍODO 2006-2010.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Luna del Pozo, Lara.

RESTO DE AUTORES: (2) Rabadán Velasco, Ana Isabel; (3) Alonso Lorenzo, Ana; (4) Martínez Malabia, María Dolores; (5) Rodríguez Roca, Gustavo Cristóbal; (6) Alonso Moreno, Francisco Javier.

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 2) Médico Residente. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.

(3) Enfermera. Atención Primaria. Toledo.

(4) Enfermera. Centro de Salud Sillería. Toledo.

(5) Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.

(6) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

09.20-09.30 h.

#### **ABDOMEN AGUDO.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Soria Díaz, María Teresa.

RESTO DE AUTORES: (2) Vílchez Fernández, Darío Javier; (3) Páez Herrera, Enriqueta; (4) Hornero Benito, Aroa; (5) Martínez Irazusta, Juncal; (6) Morán Escudero, Ana.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 2, 3 y 4) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

(5 y 6) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.

09.30-09.40 h.

#### **¿TUMOR O QUISTE PULMONAR?**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Martínez Irazusta, Juncal.

RESTO DE AUTORES: (2) Páez Herrera, Enriqueta; (3) Morán Escudero, Ana; (4) Vílchez Fernández, Darío Javier; (5) Soria Díaz, María Teresa; (6) Hornero Benito, Aroa.

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 3) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.

(2, 4, 5 y 6) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

09.40-09.50 h.

#### **NEUMONÍA ASOCIADA A BRONCOESPASMO Y FA DE INICIO INCIERTO.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Soria Díaz, María Teresa.

RESTO DE AUTORES: (2) Vílchez Fernández, Darío Javier; (3) Páez Herrera, Enriqueta; (4) Hornero Benito, Aroa; (5) Martínez Irazusta, Juncal; (6) Morán Escudero, Ana.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 2, 3 y 4) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

(5 y 6) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.

09.50-10.00 h.

#### **IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA DIRIGIDA A MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA OSTEOPOROSIS.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Polanco Martínez, Antonia.

RESTO DE AUTORES: (2) López de Frutos, María de la Peña; (3) García Tejada, Rodolfo; (4) González Martínez, Aurelia.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) R4. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarta de San Juan. Arenas de San Juan. Ciudad Real.

(2) R4. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomelloso II. Tomelloso. Ciudad Real.

(3) Tutor. Centro de Salud Villarta de San Juan. Arenas de San Juan. Ciudad Real.

(4) Tutora. Centro de Salud Tomelloso II. Tomelloso. Ciudad Real.

# Sábado, 11 de Mayo

10.00-10.10 h.

## **ENFERMEDAD METASTÁSICA POR MELANOMA.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Martínez Irazusta, Juncal.  
RESTO DE AUTORES: (2) Páez Herrera, Enriqueta; (3) Morán Escudero, Ana; (4) Vílchez Fernández, Darío Javier; (5) Soria Díaz, María Teresa; (6) Hornero Benito, Aroa.

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 3) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.  
(2, 4, 5 y 6) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

10.10-10.20 h.

## **FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Martínez Irazusta, Juncal.  
RESTO DE AUTORES: (2) Páez Herrera, Enriqueta; (3) Morán Escudero, Ana; (4) Vílchez Fernández, Darío Javier; (5) Soria Díaz, María Teresa; (6) Hornero Benito, Aroa.

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 3) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.  
(2, 4, 5 y 6) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

10.20-10.30 h.

## **USO DE LA MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE AZUQUECA DE HENARES.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Vargas Gómez, María de la Cabeza.  
RESTO DE AUTORES: (2) Blanco Barcenilla, Teófilo; (3) Longinos Rodríguez, Paloma; (4) Urteaga Bardales, Luis; (5) Estacio García, Mónica; (6) Arribas Aguirregaviria, Francisco Javier.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 2, 3, 4 y 5) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. CEDT Azuqueca de Henares. Guadalajara.  
(6) Médico de Familia. CEDT Azuqueca de Henares. Guadalajara.

10.30-10.40 h.

## **EVALUACIÓN DE AUMENTO DE TRANSAMINASAS EN PACIENTE ASINTOMÁTICO.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Morán Escudero, Ana.  
RESTO DE AUTORES: (2) Páez Herrera, Enriqueta; (3) Martínez Irazusta, Juncal; (4) Soria Díaz, María Teresa; (5) Vílchez Fernández, Darío Javier; (6) Hornero Benito, Aroa.

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 3) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.  
(2, 4, 5 y 6) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

10.40-10.50 h.

## **EVALUACIÓN DE ADENOPATÍAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Morán Escudero, Ana.  
RESTO DE AUTORES: (2) Páez Herrera, Enriqueta; (3) Martínez Irazusta, Juncal; (4) Soria Díaz, María Teresa; (5) Vílchez Fernández, Darío Javier; (6) Hornero Benito, Aroa.

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 3) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.  
(2, 4, 5 y 6) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

10.50-11.00 h.

## **LESIÓN PULMONAR CAVITADA.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Martínez Irazusta, Juncal.  
RESTO DE AUTORES: (2) Páez Herrera, Enriqueta; (3) Morán Escudero, Ana; (4) Vílchez Fernández, Darío Javier; (5) Soria Díaz, María Teresa; (6) Hornero Benito, Aroa.

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 3) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.  
(2, 4, 5 y 6) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

## **-SALA A-**

09.00-09.10 h.

## **GRADO DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN UNA COHORTE DE LA PROVINCIA DE ALBACETE.**

AUTOR PRINCIPAL: Molina Escribano, Francisca.  
RESTO DE AUTORES: Simarro Rueda, Marta; Monedero La Orden, Josefina; Carbayo Herencia, Julio A.; Artigao Rodenas, Luis Miguel; Ponce García, Isabel; Divisón Hernández, María Ángeles.

*En nombre del Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA).*

CENTRO DE TRABAJO:

Medicina Familiar y Comunitaria. Albacete.

09.10-09.20 h.

## **MUJER CON DOLOR ABDOMINAL, ESTREÑIMIENTO Y PÉRDIDA DE PESO.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Sánchez Nava, J.G.  
RESTO DE AUTORES: (2) Fuentes Mendoza, R.C.; (3) Reynoso de los Santos, K.; (4) Comas Samper, J.M.; (5) Mu-ruga Campos, M.A.; (6) Babiano Coronel, G.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 5 y 6) Centro de Salud Los Navalmorales. Toledo.  
(2, 3 y 4) Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.

# Sábado, 11 de Mayo

09.20-09.30 h.

## **DISNEA AGUDA EN PACIENTE CON TABAQUISMO ACTIVO.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Urteaga Bardales, Luis.

RESTO DE AUTORES: (2) Vargas Gómez, María de la Cabeza; (3) Longinos Rodríguez, Paloma; (4) Arribas Aguirregaviria, Francisco Javier.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 2 y 3) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. CEDT Azuqueca de Henares. Guadalajara.

(4) Médico de Familia. CEDT Azuqueca de Henares. Guadalajara.

09.30-09.40 h.

## **PIPI STOP.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Carvajal Vogtschmidt, Nadia.

RESTO DE AUTORES: (2) Linares Gancedo, José; (3) Álvarez Galán, María del Carmen.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud Porzuna. Ciudad Real.

(2 y 3) Urgencias. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

09.40-09.50 h.

## **VÓMITO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCIÓN.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Elidor, Helene.

RESTO DE AUTORES: (2) Torres Buisán, Luis.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

(2) Médico de Familia. Centro de Salud Yunquera de Henares. Guadalajara.

09.50-10.00 h.

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA DURANTE LOS AÑOS 2008-2012.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Elidor, Helene.

RESTO DE AUTORES: (2) Magro Perteguer, Rafael; (3) Duarte Pérez, Yarissa.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

(2) Técnico de Salud Pública. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Guadalajara. Hospital Universitario de Guadalajara.

(3) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Guadalajara.

10.00-10.10 h.

## **ASMA DE MAL CONTROL EN ADULTO POR MALA ADHERENCIA.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Gil Adrados, Ana Carmen.

RESTO DE AUTORES: (2) Barrientos Krauss, Valentina; (3) Moreno Ancillo, Álvaro.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo.

(2) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo.

(3) Alergólogo. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

10.10-10.20 h.

## **ANEMIA, ASTENIA Y SINTOMATOLOGÍA ABDOMINAL DE CAUSA POCO HABITUAL EN LA EDAD ADULTA.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Sánchez Nava, J.G.

RESTO DE AUTORES: (2) Comas Samper, J.M.; (3) Reynoso de los Santos, K.; (4) Fuentes Mendoza, R.C.; (5) Muruaga Campos, M.A.; (6) Martín Chamorro, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 5 y 6) Centro de Salud Los Navalmorales. Toledo.

(2, 3 y 4) Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.

10.20-10.30 h.

## **PREVALENCIA DE HIPOTENSIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR y/o DIABETES ASOCIADAS. ESTUDIO PRESCAP 2010.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Divisón Garrote, Juan Antonio.

RESTO DE AUTORES: (2) Artigao Rodenas, Luis Miguel; (3) Molina Escribano, Francisca; (4) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (5) Rodríguez Roca, Gustavo Cristóbal; (6) Alonso Moreno, Francisco Javier; (7) Divisón Hernández, María Ángeles.

*En representación del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Grupo HTA/SEMERGEN) y de los investigadores del Estudio PRESCAP 2010.*

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 3) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete.

(2) Médico de Familia. Centro de Salud Zona III. Albacete.

(4) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo. Asturias.

(5) Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.

(6) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

(7) Médico de Familia. Albacete.

# Sábado, 11 de Mayo

10.30-10.40 h.

## **PREVALENCIA DE HIPOTENSIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR NI DIABETES ASOCIADAS. ESTUDIO PRESCAP 2010.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Divisón Garrote, Juan Antonio.

RESTO DE AUTORES: (2) Artigao Rodenas, Luis Miguel; (3) Molina Escribano, Francisca; (4) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (5) Llisterra Caro, José Luis; (6) Santos Altozano, Carlos; (7) Divisón Hernández, María Ángeles.

*En representación del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Grupo HTA/SEMERGEN) y de los investigadores del Estudio PRESCAP 2010.*

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 3) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete.

(2) Médico de Familia. Centro de Salud Zona III. Albacete.

(4) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo. Asturias.

(5) Médico de Familia. Centro de Salud Joaquín Benlloch. Valencia

(6) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

(7) Médico de Familia. Albacete.

10.40-10.50 h.

## **DOCTOR ME DUELEN LOS RIÑONES.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Ramírez de los Santos, Yahaira.

RESTO DE AUTORES: (2) Castillo Corporán, Aleyda; (3) Vera Nieto, Nancy; (4) Torres Casanova, Erick; (5) Villar Martínez, Marcos; (6) Merino González, Ana María.

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 2) Centro de Salud Ciudad Real I. Ciudad Real.

(3) Centro de Salud Ciudad Real II. Ciudad Real.

(4) Centro de Salud Ciudad Real III. Ciudad Real.

(5) Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Ciudad Real.

(6) Tutora. Centro de Salud Ciudad Real I. Ciudad Real.

10.50-11.00 h.

## **ESTIMACIÓN DE INSUFICIENCIA RENAL OCULTA MEDIANTE LAS ECUACIONES MDRD Y CKD-EPI.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Arenas García, Ana María.

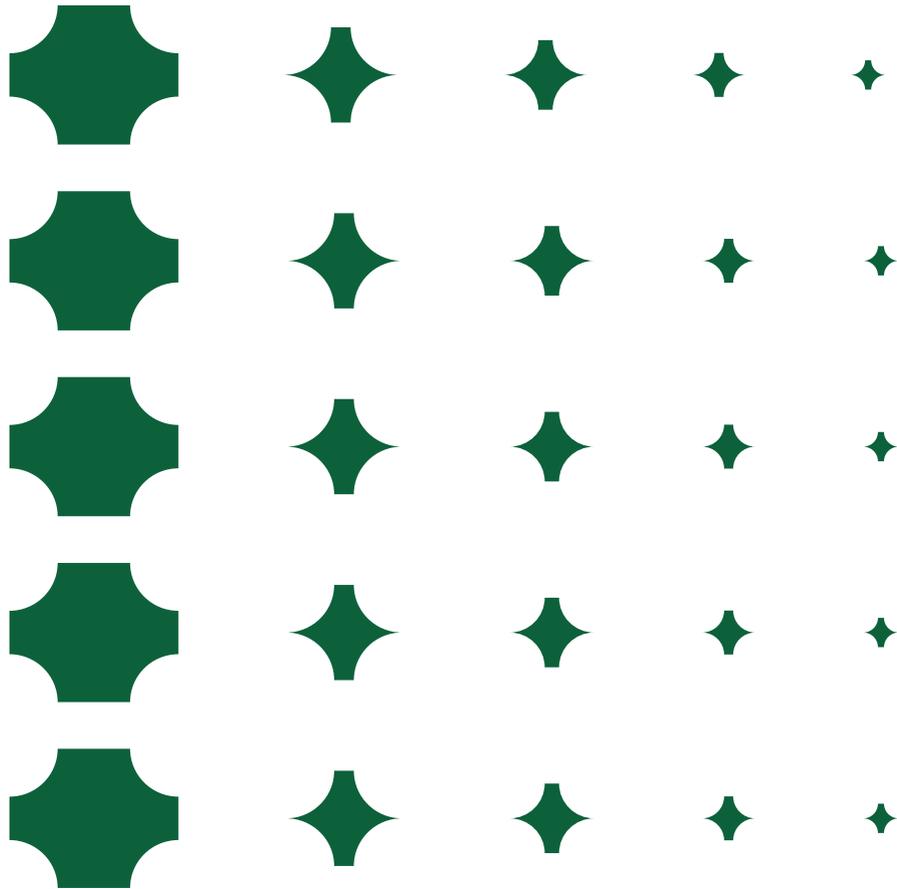
RESTO DE AUTORES: (2) Robles Monroy, María Teresa; (3) Vera Nieto, Nancy; (4) Lozano Suárez, César; (5) Villar Martínez, Marcos; (6) Morales Cano, José Manuel.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 2 y 3) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real II. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Ciudad Real.

(4 y 5) Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Ciudad Real.

(6) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Real II. Ciudad Real.



## Cronograma de Presentación Comunicaciones Formato Póster

# Sábado, 11 de Mayo

09.00-11.00 horas

Presentación Comunicaciones Formato Póster

**1. SÍNCOPES DE REPETICIÓN DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Páez Herrera, Enriqueta.

RESTO DE AUTORES: (2) Martínez Irazusta, Juncal; (3) Morán Escudero, Ana; (4) Soria Díaz, María Teresa; (5) Vílchez Fernández, Darío Javier; (6) Hornero Benito, Aroa.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 4, 5 y 6) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.  
(2 y 3) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.

**2. CRISIS CONVULSIVA.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Soria Díaz, María Teresa.

RESTO DE AUTORES: (2) Vílchez Fernández, Darío Javier; (3) Páez Herrera, Enriqueta; (4) Hornero Benito, Aroa; (5) Martínez Irazusta, Juncal; (6) Morán Escudero, Ana.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 2, 3 y 4) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.  
(5 y 6) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.

**3. MÉDICO DE FAMILIA (NUNCA MEJOR DICHO).**

AUTOR PRINCIPAL: de Dios Perrino, Sofía.

RESTO DE AUTORES: Sánchez León, Francisco José; Sáez Sanz, Luis; García Bermejo, Samuel; Abanses Sanz, Ana Delia; Juárez Casalengua, Inés.

CENTRO DE TRABAJO:

Centro de Salud de Mondéjar. Guadalajara.

**4. FRACTURA DE ESTERNÓN TRAS CAÍDA ACCIDENTAL EN PACIENTE CON OSTEOPOROSIS.**

AUTOR PRINCIPAL: Juárez Casalengua, Inés.

RESTO DE AUTORES: Abanses Sanz, Ana Delia; García Bermejo, Samuel; Sáez Sanz, Luis; Sánchez León, Francisco José; de Dios Perrino, Sofía.

CENTRO DE TRABAJO:

Centro de Salud de Mondéjar. Guadalajara.

**5. NIVELES DE EMPATÍA EN MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO.**

AUTOR PRINCIPAL: Rodríguez Álvarez, Jesús.

RESTO DE AUTORES: Moreta Cuevas, Josué; Uribe Mancilla, Martha Milagros; Turea, Natalia.

CENTRO DE TRABAJO:

Centro de Salud El Balconcillo. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Guadalajara.

**6. POR SI ACASO...**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Coca Gonzales, Cindy Patricia.

RESTO DE AUTORES: (2) Núñez Jurado, Clara Isabel; (3) Piuma Cartagena, John Caleb; (4) Dinzey de Rojas, Eunice Altagracia; (5) Alva Téllez, Dina Erika.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 2 y 5) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca III. Cuenca.

(3 y 4) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca I. Cuenca.

**7. TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS: CONSUMO EN ALUMNOS DE 2º DE E.S.O. (CENTRO DE SALUD URBANO).**

AUTOR PRINCIPAL: Gascueña Luengo, M.

RESTO DE AUTORES: Caballero Moreno, M.Ll.; Calvo Orduña, M.J.; Azagra Antín, A.; Marín Vega, S.; Palomares Muñoz, I.

CENTRO DE TRABAJO:

Centro de Salud Guadalajara-Sur. Guadalajara.

**8. EXPERIENCIA PROFESIONAL: VALORACIÓN GERIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Longinos Rodríguez, Paloma.

RESTO DE AUTORES: (2) Vargas Gómez, María de la Cabeza; (3) Urteaga Bardales, Luis; (4) Arribas Aguirregaviria, Francisco Javier.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 2 y 3) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

(4) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

# Sábado, 11 de Mayo

9.

## **EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ANTIPARKINSONIANOS EN UN ÁREA DE SALUD.**

AUTOR PRINCIPAL: Ortiz García, Rosalía.

RESTO DE AUTORES: González Zarega, Andrea Paola; López Gosling, Iñaki; Guzmán Tasayco, Ángel.

CENTRO DE TRABAJO:

MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara-Sur. Guadalajara.

10.

## **SITUACIÓN LABORAL DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA FORMADOS EN LA UNIDAD DOCENTE DE CIUDAD REAL.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Vera Nieto, Nancy.

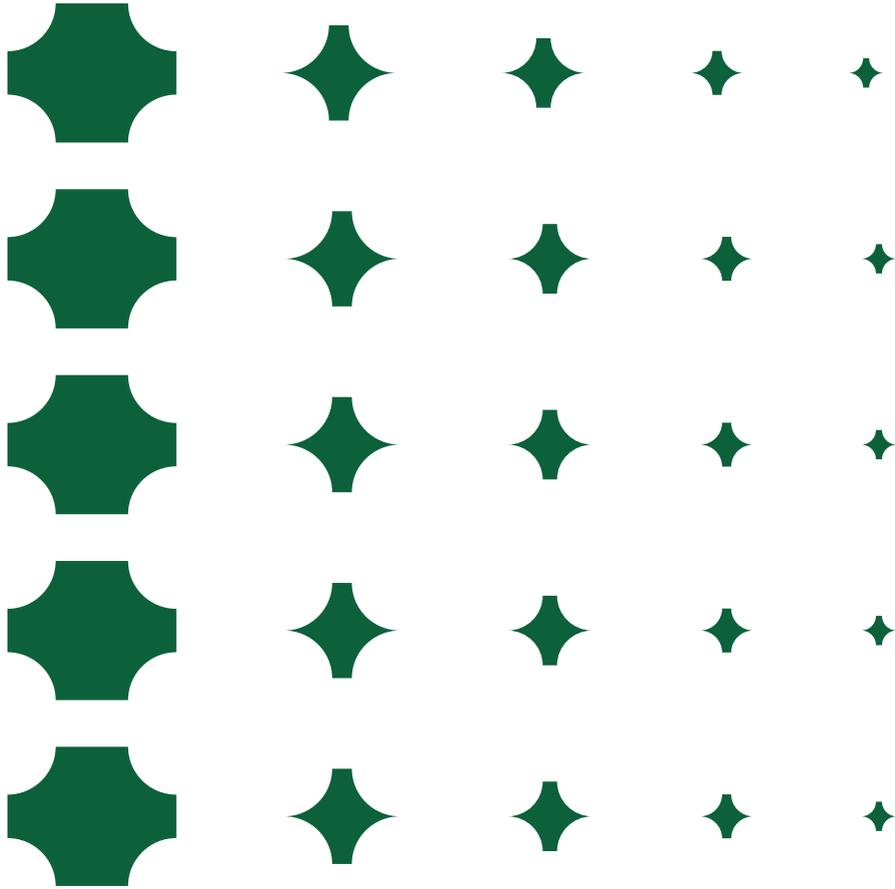
RESTO DE AUTORES: (2) Robles Monroy, María Teresa; (3) Arenas García, Ana María; (4) González Correales, Ramón; (5) Villar Martínez, Marcos; (6) Ciudad Rodríguez, María del Carmen.

CENTRO DE TRABAJO:

(1 , 2 y 3) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real II. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Ciudad Real.

(4 ) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Real II. Ciudad Real.

(5 y 6) Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Ciudad Real.



## Resumen de las Ponencias

# TALLER 1: ANTICONCEPCIÓN

Esther de la Viuda García

*Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Guadalajara. Ex-Presidenta de la Sociedad Española de Contracepción (SEC)*

Susana Arenas Sotelo

*Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Olalla. Talavera de la Reina. Toledo*

Dada la magnitud del problema que supone la alta tasa de embarazos no deseados e interrupciones del embarazo secundarias, consideramos de fundamental importancia el adecuado conocimiento y manejo de los diferentes métodos anticonceptivos así como su actualización por parte de los médicos de Atención Primaria.

Mediante la exposición y resolución de casos clínicos trataremos de aclarar aspectos relevantes en contracepción.

Se realizará una parte práctica con material anticonceptivo de apoyo y ejercicios prácticos de inserción y extracción de implantes hormonales con brazos artificiales.

## TALLER 2: INFORMÁTICA APLICADA A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Raúl Piedra Castro

*Médico de Familia. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara*

En el taller repasaremos, de forma práctica, las herramientas informáticas que pueden ayudarnos en la práctica diaria de la Medicina de Familia.

Está estructurado en cuatro líneas de trabajo.

1.-Herramientas de comunicación con el paciente. Hablaremos de las ventajas del uso del correo electrónico y de las redes sociales (twitter) como nuevos canales de comunicación no presencial con nuestros pacientes.

2.-Aplicaciones móviles. En España hay una alta implantación de smartphones. Su versatilidad gracias a la instalación de aplicaciones los hacen muy útiles en la consulta de contenidos médicos. Repasaremos las apps más útiles en este campo mostrando sus ventajas y uso en directo.

3.-Gestión de la información médica. En este apartado hablaremos de nuevas formas de localizar y gestionar información médica. Fuentes RSS y su gestión (aplicación Feedly), usos de Evernote y uso de podcasts.

4.-Herramientas para creación de contenidos médicos en la red. Podemos comunicar conocimientos, experiencias y compartirlos con los demás usuarios. Para ello comentaremos el uso y creación de contenidos para Youtube, la creación de un blog de contenido médico y la utilización de servicios de alojamiento web de documentos y presentaciones (Slideshare).

## SIMPOSIUM 1: EPOC. NUEVAS ACCIONES FRENTE A TRATAMIENTOS CONVENCIONALES

Milagros González Béjar

*Médico de Familia. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro de los Grupos de Trabajo de Respiratorio y de Tabaquismo de SEMERGEN*

La EPOC es una enfermedad importante en la sociedad actual debido, en su mayor parte al hábito tabaquico, y supondrá la tercera causa de muerte a nivel mundial para el año 2020.

Debido a que es una patología infradiagnosticada (hay un 73% de personas sin diagnosticar) y de los que están diagnosticados la mitad no reciben tratamiento, de ahí la importancia de concienciar a todos los profesionales sanitarios para su captación.

Destacar la importancia de la nueva guía Gesepoc en cuanto a la clasificación de los pacientes Epoc por fenotipos y por tanto saber el tratamiento más adecuado para instaurar en cada caso.

Por este motivo destacar la importancia del bromuro de acilidinio en el tratamiento del paciente Epoc, destacando su seguridad y eficacia en el control de síntomas, sobre todo nocturnos y abriendo una puerta al futuro de nuevas combinaciones en el tratamiento de la Epoc.

**José Luis Izquierdo Alonso**

*Jefe de Sección de Neumología. Hospital Universitario de Guadalajara*

Las principales guías clínicas definen la EPOC por la presencia de obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo. La principal crítica que suscitan estas guías es que ponderan en exceso los valores de la espirometría forzada en el diagnóstico y valoración de la gravedad de la EPOC, sin evaluar adecuadamente las “múltiples caras de la enfermedad”. Aunque un abordaje que incluya diferentes fenotipos, sin duda aumenta la complejidad de la EPOC, la información actualmente disponible nos indica que no es suficiente seguir asumiendo como buena una clasificación basada exclusivamente en criterios espirométricos.

En España existe una iniciativa para manejar el paciente en función del perfil del paciente (gesEPOC); sin embargo la reciente publicación de la guía GOLD, a nivel mundial, con otro planteamiento, ha generado dos corrientes de opinión, lo que produce confusión en un tema en el manejo de una enfermedad en la que ya hay un alto nivel de incertidumbre y confusión. Sin embargo, GOLD podría haberse quedado excesivamente corto en su planteamiento. Más allá de los trabajos clásicos de Burrows, estudios más recientes como el geneCOPD o FENCLINE, pasando por otros del estilo del PAC-EPOC, nos han proporcionado suficientes datos de que hay tres tipos diferenciables de pacientes con EPOC. Las exacerbaciones pueden ocurrir en todos los grupos pero con diferentes características. De este modo, una vez identificado el tipo de paciente deberemos identificar lo que nos interesa tratar (síntomas) o prevenir (riesgo), entrando de este modo en un abordaje personalizado del paciente, en el que la aproximación basada en fenotipos solo es un paso intermedio.

## CONFERENCIA INAUGURAL: EL MÉDICO ANTE LA LEY

**José Cabrera Forneiro**

*Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría y Medicina Legal. Diplomado en Criminología y Salud Pública. Madrid*

Las cosas cada vez se complican más y más, y ya no basta con saber medicina, tratar con amabilidad y cordialidad al paciente, sino que hay que conocer las leyes en que nos movemos, y la sociedad en la que nos movemos, todo ello mirando hacia los medios de comunicación.

Lo primero que debemos saber es que como profesionales de la medicina solo tenemos una obligación legal de medios, es decir debemos aplicar los medios que tengamos a nuestro alcance en cada circunstancia para intentar curar o aliviar a nuestro paciente, y los “resultados” están en manos de tantas variables y a veces en la misma Providencia, que ningún Juez va a sancionar la “no curación”, y por si fuera poco todos al fin y a la postre acabaremos falleciendo, imperativo biológico éste que no está en nuestras manos poder modificar.

Cuando el médico de primaria se tiene que posicionar ante la Ley, puede hacerlo de muchas formas: como simple Jurado en un Juicio, o puede ser imputado, o lo que es más frecuente puede ser Testigo o Perito.

Si nos citan como Testigos, debemos saber que vamos en calidad de “testigos cualificados” y esto implica que vamos a responder en los Tribunales de lo que vimos, lo que oímos y/o lo que hicimos en el caso de un pa-

ciente concreto, y no se nos pueden pedir valoraciones ni precisiones aproximativas, es el caso más simple y en él podemos solicitar la documentación del caso, e incluso podemos “no recordar determinadas cuestiones” ya que no se discute nuestra veracidad y solo vamos a ampliar los conocimientos del Juez en un caso para poder dictar una Sentencia.

Si nos citan como peritos, las cosas cambian radicalmente, es de hecho la figura médico-legal más cercana al médico y por lo tanto la que más tenemos que conocer.

Pero sin llegar a estas posiciones, hoy en el ámbito clínico debemos conocer en profundidad los límites legales de nuestra conducta, saber que hay una Ley 41/2002 que nos obliga pero al mismo tiempo clarifica, y que todo aquello que firmamos automáticamente es responsabilidad nuestra.

Por todo ello conviene siempre refrescar lo que significa certificar, informar, prescribir, aconsejar,... y así un largo etcétera que va a marcar no solo nuestra tranquilidad en el bien hacer o “Lex Artis” sino en evitar demandas que en la mayoría de las ocasiones buscan satisfacción económica.

Es muy necesario reciclarse en el contenido legal de la práctica médica además de en los avances técnicos, a veces tan importante es lo uno como lo otro.

## **TALLER 3: NUEVAS OPCIONES TERAPÉUTICAS EN EPOC. CASOS CLÍNICOS**

Octavio Pascual Gil

*Médico de Familia. Centro de Salud Guadalajara Sur. Guadalajara*

Objetivos del taller:

- 1.- Que los asistentes conozcan los aspectos y algoritmos fundamentales de la nueva guía GESEPOC.
- 2.- Utilizando casos clínicos extraídos de la consulta diaria el asistente al taller aprenderá a utilizar los algoritmos de GesEPOC de una manera PRÁCTICA aplicable a la consulta, tanto en el diagnóstico de la EPOC como en el seguimiento del paciente con EPOC ESTABLE y LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON AGUDIZACIÓN DE LA EPOC.

## **SIMPOSIUM 2: ACTUALIZACIÓN EN NUEVOS TRATAMIENTOS EN OSTEOPOROSIS**

María Jesús Cancelo Hidalgo

*Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Guadalajara*

### **Introducción**

El hueso es un tejido dinámico en continuo proceso de renovación. Debido a que el estrés diario sobre el esqueleto que produce daños y microfracturas en él, es esencial que exista un proceso que repare el hueso dañado y reemplace el hueso antiguo con uno nuevo.

En los últimos diez años, algunos notables avances en biología molecular y genética han conducido a un mejor entendimiento de los complejos procesos que regulan el metabolismo óseo y de las señales e interacciones que se establecen para ello, lo que ha permitido abrir un interesante camino en la investigación de nuevos tratamientos contra la osteoporosis.

El sistema RANK/RANK-L/OPG se identificó hace poco más de 10 años, pero su importancia en la fisiología ósea es de tal magnitud que ha permitido el desarrollo de una nuevas estrategias terapéuticas para la osteoporosis y otras enfermedades relacionadas con alteraciones en el metabolismo óseo.

## **El hueso, un tejido dinámico**

A pesar de su apariencia, el hueso es un tejido de extraordinaria actividad y dinamismo. Continuamente se produce en él un proceso de reparación que ocurre en las unidades de remodelación ósea de la superficie tanto del hueso cortical como del trabecular. El remodelado sigue una secuencia de tiempo que dura aproximadamente seis meses.

En condiciones fisiológicas, durante la infancia y adolescencia predomina la formación lo que favorece el desarrollo y del hueso y la ganancia de masa ósea. En la vida adulta se equilibran formación y resorción, para posteriormente y coincidiendo con la deprivación de estrógenos, se produce un predominio de la resorción. Algunas enfermedades, tratamientos farmacológicos y estilos de vida pueden afectar de manera negativa el metabolismo óseo conduciendo a una reducción de la masa ósea, de la calidad del hueso y por tanto, a un mayor riesgo de fractura.

## **Comunicación entre osteoblastos-osteoclastos**

La homeostasis ósea y la masa ósea son consecuencia directa del balance entre formación y resorción durante el proceso de remodelado. El balance entre los procesos anabólicos y catabólicos está regulado por una compleja red de señales entre osteoblastos y osteoclastos.

RANK-L y OPG son expresadas por osteoblastos y células estromales y su expresión es regulada por hormonas (como los estrógenos) y por citoquinas locales proinflamatorias. Esto constituye el principal componente regulador de la comunicación entre osteoblastos y osteoclastos.

La investigación ofrece informaciones sobre nuevas vías de comunicación como el sistema Wnt o el papel que desempeñan otras moléculas como la esclerostina en la regulación de estas comunicaciones.

## **Sistema RANK/RANK-L**

El descubrimiento del sistema RANK/RANK-L en los años 90, aportó luz no sólo al conocimiento de la fisiopatología ósea, sino que abrió una nueva vía para el estudio de posibles herramientas terapéuticas en la lucha frente a las enfermedades óseas, con el desarrollo de un nuevo agente terapéutico que reducen la resorción osteoclástica mediante la inhibición del RANK-L. El desarrollo de un anticuerpo monoclonal humano, denosumab, que impide la unión del RANK-L a su receptor inhibe determinadas características del osteoclasto como es su desarrollo, actividad y supervivencia<sup>1</sup>. Esto determina una clara diferencia entre el mecanismo de acción con los bifosfonatos, los cuales se unen a la superficie ósea e inhiben la acción del osteoclasto maduro al ser tomados por el osteoclasto del sitio de resorción, y una vez en el interior, alteran el mecanismo enzimático esencial para el funcionamiento y supervivencia del mismo, favoreciendo la apoptosis<sup>2</sup>.

Además del efecto en la osteoporosis, cada vez es mayor el conocimiento del papel que juega el sistema RANK/RANK-L en diferentes enfermedades<sup>3</sup> como en la enfermedad de Paget o artritis reumatoide así como en enfermedades en las que el sistema inmune tiene un papel relevante como leucemia, metástasis óseas, o determinadas infecciones víricas.

## **Osteoprotegerina**

El inhibidor natural del sistema RANK es la osteoprotegerina, miembro de la superfamilia de los receptores del factor de necrosis tumoral (TNFR), que a diferencia de todos sus parientes, no permanece tras su síntesis como una proteína transmembrana con el cometido de elaborar señales de transducción entre distintas células, sino que es secretada y no permanece anclada en membrana.

Producida por los osteoblastos y células estromales, funciona como antagonista del efecto del RANK-L mediante su unión a esta molécula, impidiendo así el acoplamiento al receptor del RANK-L de los osteoclastos, modulando así su diferenciación, actividad y supervivencia.

## **Denosumab**

Denosumab (DMAB) es un anticuerpo monoclonal humano, que actúa como un potente inhibidor del ligando

del RANK (RANK-L). Esta unión evita la interacción del RANK-L/RANK, inhibiendo la formación, la función y la supervivencia de los osteoclastos, lo que a su vez provoca una disminución de la resorción ósea en el hueso trabecular y cortical.

DMAB ha sido aprobado por la Unión Europea para el tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con riesgo elevado de fracturas y también para el tratamiento de la pérdida ósea asociada con la supresión hormonal en hombres con cáncer de próstata con riesgo elevado de fracturas. La dosis recomendada es de 60 mg administrados en una única inyección subcutánea una vez cada 6 meses en el muslo, el abdomen o la parte posterior del brazo. Actualmente, Prolia® (que es el nombre comercial de Denosumab) está pendiente de negociación de precio y reembolso en España, por parte del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

### **Estudios preclínicos:**

La administración parenteral de RANK-L recombinante en ratones in vivo provocan osteoporosis severa asociado con aumento de la actividad osteoclástica, pérdida ósea rápida y severa hipercalcemia. En contraste, ratones deficiente en RANK-L tiene severa osteopetrosis, alteración de la erupción dentaria y falta de osteoclastos maduros, indicando que el RANK-L es necesario para la activación y diferenciación osteoclástica.

Estudios preclínicos en modelos de macacas ovariectomizadas tratadas con denosumab mostraron incremento de la densidad mineral ósea en columna y cadera así como mantenimiento de parámetros de calidad ósea como la geometría y la resistencia ósea cortical y trabecular sugiriendo estos estudios que denosumab mejora la resistencia ósea principalmente por el incremento en la masa ósea<sup>4</sup>.

### **Estudios clínicos:**

#### Estudios Fase I:

En un ensayo de fase I en mujeres postmenopáusicas sanas, con una única administración de diversas dosis de denosumab y un seguimiento de 6 (dosis bajas) y 9 meses (dosis más altas), se demostró que la administración por vía subcutánea de denosumab produce un descenso dosis dependiente, rápido y sostenido de los marcadores de recambio óseo respecto a los niveles basales<sup>5</sup>. La tolerancia al tratamiento fue buena, sin observarse efectos adversos graves relacionados con el fármaco. La incidencia de infecciones fue similar en las participantes que recibieron denosumab y en las que recibieron placebo (38% y 33%, respectivamente), sin que se observara un aparente incremento dependiente de la dosis en dicha incidencia. Tampoco se observaron modificaciones clínicamente significativas en parámetros analíticos, de la coagulación, ni en los recuentos de linfocitos T ni B (CD3, CD4, CD8, CD20 y CD56) o en las concentraciones de las inmunoglobulinas.

Una cuestión relevante es el análisis de la presencia de anticuerpos antidenosumab, demostrándose en el estudio la negatividad para la presencia de dichos anticuerpos.

#### Estudios Fase II:

El efecto en mujeres postmenopáusicas con densidad mineral ósea baja fue analizado en un estudio de 412 mujeres durante dos años<sup>6</sup>. Se incluyó un grupo de comparación de mujeres tratadas con alendronato, no enmascarado (n=47) y un grupo placebo (n=46). El tratamiento con denosumab produjo incrementos significativos de la DMO a los 24 meses en todas las localizaciones evaluadas, en comparación con el placebo. Los incrementos de la DMO con la administración de 60 mg de denosumab cada 6 meses fueron similares a alendronato y, en algunas localizaciones incluso superiores. La incidencia de efectos adversos fue similar en los grupos de denosumab, placebo y alendronato, sin observarse la aparición de anticuerpos neutralizantes frente a denosumab tras 24 meses de tratamiento.

#### Estudios Fase III:

El estudio DEFEND (DEnosumab Evaluation For PreServing BoNe Densit), aleatorizado y controlado con placebo de 332 mujeres posmenopáusicas con baja masa ósea, aleatorizadas para recibir 60 mg de denosumab subcutáneo cada 6 meses o placebo durante 2 años analizó como objetivo principal el cambio porcentual en la DMO de la columna lumbar a los 24 meses.

En el mes 24, la DMO de la columna lumbar había aumentado un 6,5% respecto al nivel basal en el grupo de denosumab, en comparación con la reducción de 0,6% en el grupo de placebo. La DMO de la cadera total había aumentado en 3,4% respecto al nivel basal con denosumab, en comparación con la reducción de 1,1% con placebo, teniendo un efecto similar independientemente del tiempo de menopausia. La incidencia global de efectos adversos fue similar a placebo.

Denosumab se ha comparado a alendronato para evaluar el efecto en la DMO en el estudio DECIDE (Determining Efficacy: Comparison of Initiating Denosumab vs. AlEndronate), estudio de no inferioridad<sup>7</sup>. Al año de tratamiento, denosumab produjo una reducción de los marcadores del remodelado óseo (sCTx1 y sP1NP) significativamente superior a alendronato y aumentó significativamente la DMO (3.5% vs 2.6%;  $p < 0.0001$ ) en cadera total. Se observaron aumentos significativos en todas las localizaciones evaluadas, columna lumbar, cuello femoral, trocánter y tercio distal del radio. Los acontecimientos adversos y los parámetros de laboratorio fueron similares para ambos grupos de tratamiento.

Un aspecto interesante a evaluar, es el efecto en la masa ósea de la transición a denosumab en pacientes previamente tratadas con alendronato. Esto se analizó en el estudio STAND (Study of Transitioning from AleNdronate to Denosumab) aleatorizado, doble ciego, doble enmascarado de grupos paralelos y de 1 año de seguimiento.

Se incluyeron mujeres previamente tratadas con alendronato y se evaluó los efectos de la transición a denosumab sobre los cambios en la DMO y los marcadores bioquímicos de recambio óseo, y sobre la seguridad y tolerabilidad en comparación con la continuación del tratamiento con alendronato.

Las pacientes tratadas con Denosumab y que previamente recibían alendronato o similar, presentan en relación a las que continúan el tratamiento un mayor incremento en la DMO en todas las localizaciones del esqueleto estudiadas, con una mayor reducción en los marcadores de remodelado óseo y un perfil de seguridad similar para ambos grupos de tratamiento.

El análisis del efecto de denosumab en las fracturas vertebrales, no vertebrales y de cadera en mujeres con osteoporosis se ha realizado en el estudio FREEDOM (Fracture Reduction Evaluation of Denosumab in Osteoporosis Every 6 Months)<sup>8</sup>, aleatorizado, controlado con placebo en 7.868 mujeres postmenopáusicas durante tres años.

Los resultados en la reducción del riesgo de fractura se muestran en la siguiente tabla:

	<b>Denosumab vs placebo</b>
	<b>Reducción del riesgo</b>
<b>Fractura vertebral</b>	68% (P < 0.001)
<b>Fractura no vertebral</b>	20% (P = 0.01)
<b>Fractura de cadera</b>	40% (P = 0.04)

La reducción del riesgo fue similar cada año de tratamiento. La aparición de efectos adversos, muertes o discontinuación fue similar para ambos grupos de tratamiento.

Actualmente, denosumab se encuentra en estudio no solo en la osteoporosis postmenopáusica sino también en otras situaciones como las metástasis óseas, artritis reumatoide o la osteoporosis inducida por tratamiento supresor en cáncer de próstata, osteoporosis del varón.

## **Resumen**

Denosumab ofrece una nueva vía terapéutica al tratamiento de la osteoporosis, disminuyendo el remodelado óseo e incrementando la densidad mineral ósea mediante la inhibición del RANK-L.

Ha demostrado una reducción significativa del riesgo de fractura vertebral, cadera y fracturas no vertebrales en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis, asociado a un adecuado perfil de seguridad<sup>9</sup>.

La pauta de administración (una inyección subcutánea/6 meses) ofrece una comodidad con posibles implicaciones positivas en el cumplimiento terapéutico.

## Bibliografía

---

<sup>1</sup>Baron R, Ferrari S, Russell RG. Denosumab and bisphosphonates: Different mechanisms of action and effects. Bone. 2010. DOI: 10.1016/j.bone.2010.11.020.

<sup>2</sup>Russell RG, Watts NB, Ebtino FH, Rogers MJ. Mechanisms of action of bisphosphonates: similarities and differences and their potential influence on clinical efficacy. Osteoporos Int. 2008;19(6):733-59.

<sup>3</sup>Crockett JC, Mellis DJ, Scott DI, Helfrich MH. New knowledge on critical osteoclast formation and activation pathways from study of rare genetic diseases of osteoclasts: focus on the RANK/RANKL axis. Osteoporos Int. 2011;22(1):1-20. DOI: 10.1007/s00198-010-1272-8.

<sup>4</sup>Ominsky MS The RANKL inhibitor OPG-Fc increases cortical and trabecular bone mass in young gonad-intact cynomolgus monkeys. Osteoporos Int 2007;18(8):1073-82.

<sup>5</sup>Bekker PJ, Holloway DL, Rasmussen AS, Murphy R, Martin SW, Leese PT, Holmes GB, Dunstan CR, DePaoli AM. A single-dose placebo-controlled study of AMG 162, a fully human monoclonal antibody to RANKL, in postmenopausal women. J Bone Miner Res. 2004;19(7):1059-66.

<sup>6</sup>Lewiecki EM, Miller PD, McClung MR, Cohen SB, Bolognese MA, Liu Y, Wang A, Siddhanti S, Fitzpatrick LA; AMG 162 Bone Loss Study Group. Two-year treatment with denosumab (AMG 162) in a randomized phase 2 study of postmenopausal women with low BMD. J Bone Miner Res. 2007;22(12):1832-41.

<sup>7</sup>Brown JP, Prince RL, Deal C, Recker RR, Kiel DP, de Gregorio LH, Hadji P, Hofbauer LC, Alvaro-Gracia JM, Wang H, Austin M, Wagman RB, Newmark R, Libanati C, San Martin J, Bone HG. Comparison of the effect of denosumab and alendronate on BMD and biochemical markers of bone turnover in postmenopausal women with low bone mass: a randomized, blinded, phase 3 trial. J Bone Miner Res. 2009;24(1):153-61.

<sup>8</sup>Cummings SR, San Martin J, McClung MR, Siris ES, Eastell R, Reid IR, Delmas P, Zoog HB, Austin M, Wang A, Kutilek S, Adami S, Zanchetta J, Libanati C, Siddhanti S, Christiansen C; FREEDOM Trial. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. 2009;361(8):756-65.

<sup>9</sup>Qi WX, Tang LN, He AN, Yao Y, Shen Z. Risk of osteonecrosis of the jaw in cancer patients receiving denosumab: a meta-analysis of seven randomized controlled trials. Int J Clin Oncol. 2013 Apr 20.

## MESA REDONDA: RETOS EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLETO

### HTA RESISTENTE

Juan Antonio Divisón Garrote

*Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN y del Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA)*

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo más importantes de enfermedad cardiovascular (CV) y el descenso de la presión arterial (PA) ha demostrado que disminuye la morbimortalidad CV.

Por otra parte, las cifras de PA alcanzadas con el tratamiento son las que mejor se relacionan con la morbimortalidad CV. En este sentido, la HTA refractaria podría suponer un exceso de mortalidad en los pacientes hipertensos.

Es importante por tanto, conocer las causas de HTA refractaria, su prevalencia y el abordaje correcto en Atención Primaria para valorar las posibles soluciones.

## HIPERGLUCEMIA EN EL ANCIANO

José Manuel Comas Samper

*Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN*

La heterogeneidad característica de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) y de los pacientes con edad avanzada, van a condicionar la forma de abordaje de este cuadro con una serie de particularidades y diferencias en los aspectos de control y tratamiento en este tipo de pacientes.

Es esencial la realización de una evaluación clínica integral basada en el aspecto funcional, que englobe todas las funciones (cognitiva, física y afectiva) como base para establecer los objetivos a alcanzar y plan terapéutico a seguir.

Al consultar distintas guías y en relación con el control glucémico basado en las cifras de HbA<sub>1c</sub>, no existe consenso en cuanto al objetivo a alcanzar, establecido en un rango del 7-9% y se realizará una individualización del tratamiento con valoración riesgo-beneficio adaptado como se refiere al estado funcional del paciente, comorbilidades, riesgo de hipoglucemias, autocuidado, calidad y expectativa de vida, unido a la capacidad para desarrollar el tratamiento indicado.

El tratamiento de la hiperglucemia en el anciano con DM 2, se basa también en la modificación de los estilos de vida unida al uso de fármacos antidiabéticos con distintas consideraciones, realizando un escalonamiento terapéutico basado en fármacos con mecanismos de acción complementarios, dosis baja de inicio y titulación con incremento progresivo sin alcanzar en muchos casos la dosis máxima, para minimizar el riesgo de iatrogenia.

Existen posibilidades y diversidad en el arsenal terapéutico, basadas en evitar el riesgo de hipoglucemias, mínima iatrogenia y buena tolerancia. Los inhibidores de la dipetidil peptidasa-4 (DPP-4) de reciente comercialización, han demostrado su eficacia y seguridad a corto plazo con buena tolerancia, vildagliptina dispone de un estudio específico en pacientes de edad avanzada, unido a las diferencias e indicaciones asociadas a cada inhibidor DPP-4 y situación clínica hallada.

Como resumen, es esencial y de beneficio demostrado la realización de un abordaje global de los factores de riesgo cardiovascular, con escasez de evidencias basadas en estudios específicos, en el tratamiento antidiabético en el paciente anciano.

### Bibliografía

---

1. Gómez Huelgas R, Díez Espino J, Formiga F, Lafita Tejedor J, Rodríguez Mañas L, González Sarmiento E, et al. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. Med Clin (Barc). 2013;140(3): 134,e1-134,e12.

2. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach. Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care 2012,35(6):1364-79.  
Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/early/2012/04/19/dc12-0413.long>

3. Enfermedades crónicas. World Health Organization, consultado el 30-04-2013 en:  
[http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

4. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiu E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012;55:88-93.

Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3228950/>

5. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2013. *Diabetes Care* January 2013. 36; Spp 1: S11-S66. doi:10.2337/dc13-S011.

Disponible en: [http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement\\_1/S4.full](http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S4.full)

6. Mediavilla JJ, Aguirre JC, Carramiñana FC, Carrión L, Cols C, Comas JM et al. Guías clínicas Diabetes Tipo 2. Plusmedical Alianza, A.I.E.; Badalona, 2011.

Disponible en: [http://www.semergen.es/semergen/contentFiles/File/guias\\_clinicas/diabetes.pdf](http://www.semergen.es/semergen/contentFiles/File/guias_clinicas/diabetes.pdf)

## **TALLER 5: TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN CARDIOVASCULAR: GIM, ITB, MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y ECOCARDIOGRAFÍA**

Carlos Santos Altozano

*Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN*

Rodolfo García Tejada

*Médico de Familia. Centro de Salud Arenas de San Juan. Ciudad Real. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN*

La incorporación de la ecografía en la práctica clínica del médico de familia ha supuesto una mejor aproximación a los problemas de salud de nuestros pacientes. Dos ejemplos claros son la ecografía carotídea (EC) y la ecocardiografía (ECAR).

La EC en modo B de alta resolución permite valorar la aterosclerosis preclínica mediante la determinación del grosor íntima-media (GIM) y la presencia placas. La metodología para su realización se describe en el [Mannheim Carotid Intima-Media Thickness Consensus](#) (2004-2006). En este trabajo se define a la placa aterosclerótica como una estructura localizada en la pared vascular que invade la luz arterial por lo menos 0,5 mm o al menos en un 50% de la distancia del complejo íntima media que lo circunda, o una estructura focal de un espesor de 1 a 1,5 mm medida desde la interfaz media-adventicia a la interfaz íntima-lumen.

La ECAR tal como la realiza el cardiólogo es una técnica compleja con una curva de aprendizaje prolongada. El médico de familia puede utilizar dicha técnica para aproximarse mejor a procesos comunes en sus pacientes (top five): hipertensión arterial, sospecha clínica de insuficiencia cardíaca, cardiomegalia radiológica, paciente con soplo y alteraciones electrocardiográficas.

## **MESA DE CLAUSURA: TRES GENERACIONES DE MEDICINA RURAL: PASADO, PRESENTE Y FUTURO**

### **EL PRESENTE DE LA MEDICINA RURAL**

Javier Massó Orozco

*Médico de Familia. Centro de Salud Casas de Juan Núñez. Albacete. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN y del Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA)*

La medicina rural es la “esencia” de la Atención Primaria porque es donde con más facilidad se dan las condiciones para realizar una medicina familiar, comunitaria, con una relación más directa con el paciente, con más continuidad, y sin olvidar la atención comunitaria.

Es difícil definir las características de lo que realmente es la medicina rural por la variabilidad de los núcleos de población, muy evidentes en Castilla La Mancha. Variabilidad en la que influyen los diferentes tamaños de población, el grado de envejecimiento, la dispersión (distancias a la cabecera del Centro de Salud y al Hospital de referencia), etc.

Sin embargo, está claro que esa medicina rural tiene unas características que la diferencian de la medicina urbana que van desde las patologías que el médico ve hasta la actitud del paciente ante la enfermedad y los medicamentos, pasando por una relación médico-paciente totalmente diferente y por una práctica asistencial más “solitaria” y compleja.

La crisis siempre afecta más a los más débiles, y la medicina rural, siempre en clara desventaja respecto a la urbana en cuanto apoyo institucional, la está notando mucho. No se substituye, no se cubre a los salientes de guardia, se intentan cerrar puntos de Atención Continuada, se amortizan plazas y las tecnologías del siglo XXI siguen sin llegar a muchos núcleos de población.

Por todo ello, actualmente los médicos y enfermeros rurales, están viviendo con un alto grado de incertidumbre y desasosiego por no poder realizar su trabajo en mejores condiciones o, por lo menos, en unas condiciones más estables.

A pesar de todas estas dificultades hay que animar y estimular a los médicos más jóvenes y mejor preparados para que no rechacen, al contrario busquen, destinos rurales para trabajar porque es donde más y mejor van a ver compensados sus largos años de estudio con la satisfacción de realizar un trabajo médico integro.

## **LA MEDICINA RURAL EN CASTILLA-LA MANCHA Y SU FUTURO**

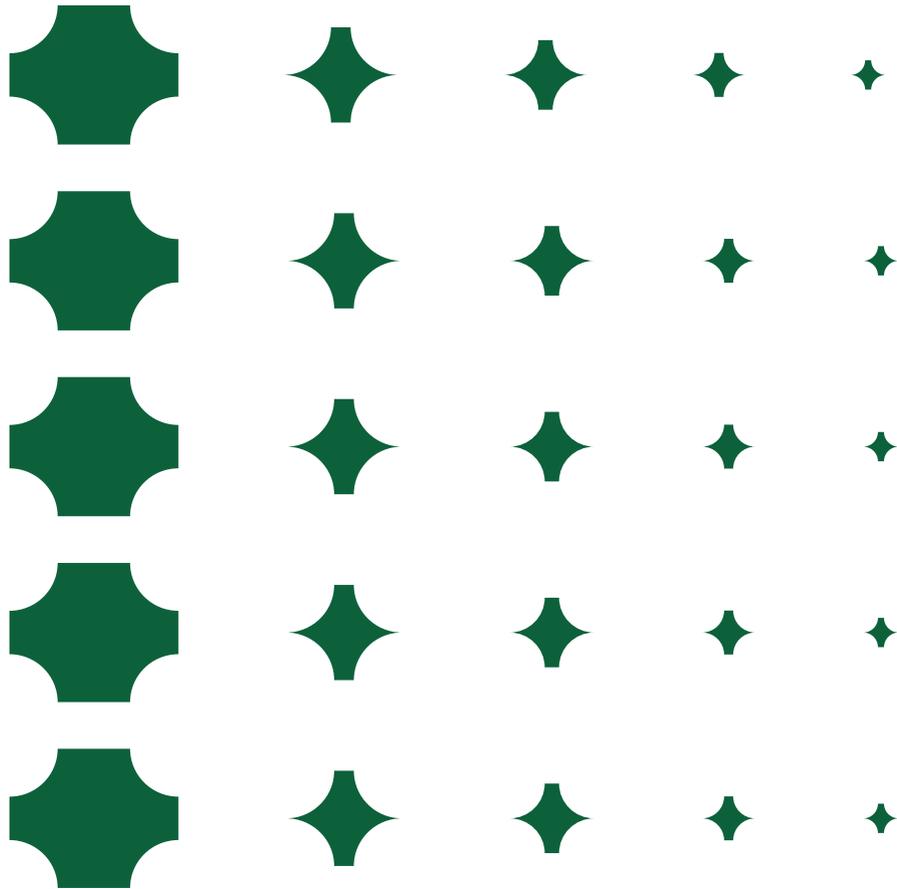
Javier Sánchez Holgado

*Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Olalla. Talavera de la Reina. Toledo. Miembro de los Grupos de Trabajo de Tabaquismo y de Gestión Sanitaria de SEMERGEN*

El trabajo del médico en el medio rural se ha caracterizado durante muchos años por situaciones de aislamiento, falta de recursos y precarias condiciones laborales.

Sin embargo poco a poco esta situación ha ido cambiando con mejoras en distintas áreas; retributiva, más inversiones, mayor número de recursos humanos, avances tecnológicos y mejoras de infraestructuras que han hecho posible que el médico rural tenga prácticamente las mismas oportunidades que el resto de médicos de Atención Primaria.

En una línea de futuro, las actuaciones que se han llevar a cabo entre los médicos rurales pasan por crear cultura entre los propios profesionales, los usuarios y la administración de que el médico rural necesita de un espacio y tiempo adecuado para realizar las actividades que en otro ámbito pueda realizar cualquier otro facultativo. Para ello necesita de una agenda concreta, que esta sea respetada y reconocida y un desarrollo profesional en formación, docencia e investigación continuo. Por último cabe mencionar que se han de potenciar los avances tecnológicos y velar por crear una estructura de Equipo de Atención Primaria donde todas las categorías profesionales que lo integran participen de una manera responsable en el progreso de la medicina rural.



## Resumen de las Comunicaciones Orales

## EVOLUCIÓN DE LA CONDUCTA DEL MÉDICO ANTE EL MAL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN EN CASTILLA-LA MANCHA 2006-2010.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Santos Altozano, Carlos.

RESTO DE AUTORES: (2) Divisón Garrote, Juan Antonio; (3) Artigao Rodenas, Luis Miguel; (4) Rodríguez Roca, Gustavo Cristóbal; (5) Llisterri Caro, José Luis; (6) Alonso Moreno, Francisco Javier.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

(2) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete.

(3) Médico de Familia. Centro de Salud Zona III. Albacete.

(4) Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.

(5) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

(6) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

### OBJETIVO:

Estudiar la evolución de la conducta del médico de familia ante el mal control de la hipertensión en Castilla-La Mancha en los años 2006 y 2010.

### DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio descriptivo transversal y multicéntrico.

### EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria.

### PARTICIPANTES:

Pacientes hipertensos  $\geq 18$  años en tratamiento farmacológico.

### INTERVENCIONES:

Se realizaron dos lecturas de presión arterial (PA) en una misma visita y una tercera cuando la diferencia entre las

dos primeras fue  $\geq 5$  mmHg. El grado de control se definió en la población general como PA  $< 140/90$  mmHg ( $< 130/80$  mmHg para pacientes con diabetes, enfermedad renal crónica o patología cardiovascular). Se consideraron también nuevos objetivos de control en 2010, PA  $< 140/90$  mmHg.

### MEDICIONES Y RESULTADOS:

Se incluyeron 348 pacientes (51,8% hombres) edad media de  $64,1 \pm 10,6$  años en 2006 y 579 pacientes (51,0% hombres) edad media  $66,1 \pm 11,0$  años en 2010. El grado de mal control de la PA fue 63,8% (IC 95%; 59,1-68,5%) en 2006 y 49,9% de los pacientes (IC 95%; 45,8-54,0%) en 2010 ( $p < 0,0001$ ). Con nuevos criterios de control 2010 el 37% de los pacientes presentaba mal control.

El médico de familia modificó el tratamiento en el 44,1% (IC 95%; 39,2-49,0%) y 41,3% (IC 95%; 37,3-45,3%) respectivamente de los pacientes mal controlados. Según criterio PA  $< 140/90$  se modificó el tratamiento en el 51,7% de los pacientes del PRESCAP 2010,  $p < 0,05$ .

En los pacientes con mal control de PA en consulta el médico consideró bien controlados al 46,7 y 46,3%,  $p < 0,0001$  (PRESCAP 2006 y 2010).

La actitud más seguida fue combinar fármacos en el 71,8% y 85,4% respectivamente.

### CONCLUSIONES:

La conducta del médico ha mejorado si se consideran los nuevos objetivos de control. En casi la mitad de los pacientes con mal control, el médico consideró al paciente bien controlado. La actitud más seguida fue la combinación de fármacos.

### PALABRAS CLAVE:

Hipertensión; Inercia; Atención Primaria.

## EVOLUCIÓN DEL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN CASTILLA-LA MANCHA EN EL PERÍODO 2006-2010.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Luna del Pozo, Lara.

RESTO DE AUTORES: (2) Rabadán Velasco, Ana Isabel; (3) Alonso Lorenzo, Ana; (4) Martínez Malabia, María Dolores; (5) Rodríguez Roca, Gustavo Cristóbal; (6) Alonso Moreno, Francisco Javier.

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 2) Médico Residente. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.

(3) Enfermera. Atención Primaria. Toledo.

(4) Enfermera. Centro de Salud Sillería. Toledo.

(5) Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.

(6) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

### OBJETIVOS:

Analizar la evolución del grado de control de la presión ar-

terial (PA) en una muestra de pacientes hipertensos de la Comunidad de Castilla-La Mancha.

### DISEÑO DEL ESTUDIO:

Los estudios PRESCAP fueron estudios transversales y multicéntricos diseñados para estimación de prevalencias, que se realizaron en los años 2006 y 2010 con la misma metodología.

### EMPLAZAMIENTO:

Atención Primaria.

### PARTICIPANTES:

Pacientes  $\geq 18$  años diagnosticados de hipertensión arterial (HTA) que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo.

### **INTERVENCIONES:**

Se consideró buen control cuando la PA fue <140 y <90 mmHg en general (<130 y <80 mmHg en pacientes con diabetes, nefropatía o enfermedad cardiovascular). Se realizó estadística descriptiva y comparación de medias y porcentajes con los paquetes SPSS versión 15.0 y Epidat 3.1.

### **MEDICIONES Y RESULTADOS:**

Se incluyó a 398 pacientes (51,8% hombres) edad media de 64,1 ± 10,6 años en PRESCAP 2006 y a 579 (51,0% hombres) edad media 66,1 ± 11,0 años en PRESCAP 2010. En 2006 se observó un control de PA sistólica (PAS) y PA diastólica (PAD) del 36,2% (IC 95%, 31,5-40,9) y en 2010 del 50,1% (IC 95%, 46,0-54,2), p<0,0001. El porcentaje de pacientes diabéticos con PA controlada resultó del 10,5% (IC 95%, 4,6-16,4) en 2006 y del 17,8% (IC 95%, 12,0-23,6) en 2010.

### **ABDOMEN AGUDO.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Soria Díaz, María Teresa.

RESTO DE AUTORES: (2) Vélchez Fernández, Darío Javier; (3) Páez Herrera, Enriqueta; (4) Hornero Benito, Aroa; (5) Martínez Irazusta, Juncal; (6) Morán Escudero, Ana.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 2, 3 y 4) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

(5 y 6) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO:**

Paciente de 35 años que acude por dolor abdominal que se acompaña de dos vómitos. No otra sintomatología. Antecedentes personales de colecistectomía y cálculo renal. Habitualmente presenta síntomas menstruales de exceso.

### **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS:**

Constantes vitales dentro de la normalidad, afebril. Abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda. Murphy -, Bloomberg +, PPR negativo en ambos flancos.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:**

Dada la sintomatología del paciente se sospecha Apendicitis, Cólico Nefrítico, Gastroenteritis y Dismenorrea.

### **EVOLUCIÓN:**

La paciente es derivada a Hospital para valoración. A su llegada al Hospital presenta dolor abdominal intenso. Se le realiza analítica donde se objetiva leucocitosis y neutrofilia. A las 12 horas la paciente refiere que no ha mejorado y se mantiene con vómitos no tolerando medicación vía oral, niega fiebre o síntomas urinarios. Ante hallazgos radiológicos de abdomen agudo sin poder precisar la causa se realiza ecografía abdominal y TAC obteniendo como resultado dilatación de asas de intestino delgado con contenido en patrón de miga de pan, líquido libre perihepático, llamando la atención el aumento de la circulación venosa perihesplénica y ovárica izquierda con dilatación marcada en vena ovárica izquierda. Se realiza laparoscopia

En el PRESCAP 2006 el 45,2% recibía terapia combinada, y en el PRESCAP 2010 este porcentaje fue del 60,8 % p<0,0001.

### **CONCLUSIONES:**

El grado de control de la HTA en Castilla-La Mancha ha mejorado en el período 2006-2010. Los factores que pueden haber influido en estos resultados son la gran cantidad de bibliografía generada en este período sobre la necesidad de conseguir un control adecuado de la PA, y el cambio en el perfil de prescripción del médico de AP, que indica un mayor porcentaje de combinaciones de antihipertensivos.

### **PALABRAS CLAVE:**

Hipertensión arterial; Terapia; Atención Primaria.

diagnóstico terapéutica apreciándose hernia interna con hemoperitoneo y asas de intestino delgado con signos de isquemia aguda por lo que se decide laparotomía exploradora apreciándose brida sobre mesenterio, procediéndose a la liberación de las asas y resección con anastomosis.

### **DIAGNÓSTICO FINAL:**

Hernia interna por brida sobre mesenterio, isquemia intestinal focal.

### **DISCUSIÓN:**

Se trata de un abdomen agudo con sospecha de apendicitis que ante la falta de diagnóstico con las pruebas complementarias se decide laparotomía exploradora que permite el diagnóstico definitivo.

### **PALABRAS CLAVE:**

Abdomen; Laparotomía; Isquemia.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

[http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp\\_presentations/100049\\_1.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_presentations/100049_1.htm)

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002928.htm>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001151.htm>

## ¿TUMOR O QUISTE PULMONAR?

**AUTOR PRINCIPAL:** (1) Martínez Irazusta, Juncal.  
**RESTO DE AUTORES:** (2) Páez Herrera, Enriqueta; (3) Morán Escudero, Ana; (4) Vílchez Fernández, Darío Javier; (5) Soria Díaz, María Teresa; (6) Hornero Benito, Aroa.  
**CENTRO DE TRABAJO:**  
(1 y 3) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.  
(2, 4, 5 y 6) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 34 años, intervenido a los 14 años de hidatidosis mediastínica múltiple que refiere tos seca y picor de garganta desde hace 5 meses. En el último mes, aparición de molestias inespecíficas en hemitórax derecho y palpitations. Hipofonosis en la auscultación pulmonar del campo superior derecho.

### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS:

Análítica: hemograma, VSG, bioquímica y coagulación normales. Serología de hidatidosis con un título de 1/160. Espirometría forzada: FVC 3730 (79%), FEV1 3020 (76%). FEV1/FVC 81%. Rx Tórax: lesiones que hacen sospechar tumor pulmonar o quiste.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Dada la sintomatología del paciente hay que diferenciar entre tumor pulmonar y quiste hidatídico pulmonar.

### EVOLUCIÓN:

Se realiza TAC que confirma el quiste hidatídico pulmonar procediendo a su extirpación mediante cirugía.

### DIAGNÓSTICO FINAL:

Quiste hidatídico intrapulmonar.

### DISCUSIÓN:

Zoonosis producida por quistes hidatídicos (larvas enquistadas del metacestodo que parasita el intestino del perro).

## NEUMONÍA ASOCIADA A BRONCOESPASMO Y FA DE INICIO INCIERTO.

**AUTOR PRINCIPAL:** (1) Soria Díaz, María Teresa.  
**RESTO DE AUTORES:** (2) Vílchez Fernández, Darío Javier; (3) Páez Herrera, Enriqueta; (4) Hornero Benito, Aroa; (5) Martínez Irazusta, Juncal; (6) Morán Escudero, Ana.  
**CENTRO DE TRABAJO:**  
(1, 2, 3 y 4) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.  
(5 y 6) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 87 años que acude por presentar cuadro de inestabilidad de 3-4 días de evolución acompañado de astenia y tos. Se realiza ECG y se decide su traslado a Urgencias al objetivarse una Fibrilación Auricular de inicio incierto. Constantes vitales normales y afebril. Antecedentes personales de cáncer de colon, no FRCV.

El *Echinococcus* vive en el intestino del perro eliminando huevos en la materia fecal. Estos huevos pueden ser ingeridos accidentalmente. En el intestino delgado del hombre los huevos liberan embriones que atraviesan las vellosidades intestinales pasando a la circulación venosa hasta alojarse en el tejido hepático (65%), donde formará la hidátide. En caso de superar el paso hepático el embrión continúa por el sistema circulatorio hasta alcanzar el pulmón (10%). La clínica durante años suele ser silente. En el pulmón el quiste se suele manifestar por dolor costal, tos, expectoración, hemoptisis y, disnea, si el quiste se rompe en los bronquios se produce la hidatidoptisis. Si el quiste es evacuado a los bronquios se podría producir un hidroneumoquiste e, incluso un pionoquiste. Los quistes hidatídicos que crecen hacia la superficie pulmonar pueden romperse a la cavidad pleural. En este caso el 20% de los pacientes presentan reacciones anafilácticas. El tratamiento es quirúrgico.

### PALABRAS CLAVE:

Hidatídico; Quiste; Pulmón.

### BIBLIOGRAFÍA:

Sánchez Acedo C, Estrada Peña A, Del Cacho Malo E y col. ¿Qué es la Hidatidosis? Departamento de Patología animal. Facultad de Veterinaria. Universidad de Zaragoza. España. Unizar [en línea] 1997 [fecha de acceso 22 de septiembre de 2005]; URL.  
Gorodner J. Hidatidosis. En: Gorodner JO, Gorodner AM, de Enfermedades infecciosas. 2da Edición. Rosario. Argentina: Editorial Corpus, 2004: 102-111.  
Cerrada Cerrada E, Lopez Olmeda C, Gómez Rodríguez BM, Eixarch Alias A. Anafilaxia y quiste hidatídico. MEDIFAM [en línea] Junio de 2002.  
Larrieu E, Frider B, Del Carpio M, y col. Portadores asintomáticos de hidatidosis: epidemiología, diagnóstico y tratamiento. Revista Panamericana de salud.

### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS:

Rx Tórax: ICT aumentado con imagen de condensación pulmonar en campo superior derecho y broncograma aéreo. ECG: FA a 90 lpm sin alteraciones en la repolarización. Análítica: Leucocitos 10.96; Neutrófilos 9.28; Linfocitos 0.58; Monocitos 1.08; TTPA muy alargada.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Fibrilación auricular; Neumonía; Trastorno de la coagulación.

### EVOLUCIÓN:

Se inicia tratamiento con oxigenoterapia, aerosoles (Bromuro de Ipratropio), antibiótico intravenoso (Levofloxacino) y profilaxis anticoagulante con HBPM, con mejoría

clínica y analítica progresiva. Durante su estancia presenta Insuficiencia Cardíaca leve que se controla con Digoxina y diuréticos intravenosos.

#### **DIAGNÓSTICO FINAL:**

Neumonía de lóbulo superior derecho; Fibrilación Auricular; Coagulopatía afiliar.

#### **DISCUSIÓN:**

Paciente que debuta con FA que al realizarle pruebas complementarias se diagnostica una neumonía y una altera-

ción en la coagulación que se deriva a domicilio en tratamiento con HBPM hasta filiar coagulopatía.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Neumonía; Coagulopatía; Fibrilación.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/pneumonia.html>

[http://es.heart.org/dheart/HEARTORG/Conditions/What-is-Atrial-Fibrillation\\_UCM\\_430962\\_Article.jsp](http://es.heart.org/dheart/HEARTORG/Conditions/What-is-Atrial-Fibrillation_UCM_430962_Article.jsp)

## **IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA DIRIGIDA A MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA OSTEOPOROSIS.**

**AUTOR PRINCIPAL:** (1) Polanco Martínez, Antonia.

**RESTO DE AUTORES:** (2) López de Frutos, María de la Peña; (3) García Tejada, Rodolfo; (4) González Martínez, Aurelia.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) R4. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarta de San Juan. Arenas de San Juan. Ciudad Real.

(2) R4. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomelloso II. Tomelloso. Ciudad Real.

(3) Tutor. Centro de Salud Villarta de San Juan. Arenas de San Juan. Ciudad Real.

(4) Tutora. Centro de Salud Tomelloso II. Tomelloso. Ciudad Real.

#### **OBJETIVOS:**

Conocer el grado de adecuación del proceso diagnóstico y de tratamiento de la Osteoporosis (OP) que se realiza en Atención Primaria (AP) respecto a las guías de práctica clínica (GPC).

#### **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Cuasi-experimental antes y después.

#### **EMPLAZAMIENTO:**

Los doce centros de Atención Primaria.

#### **PARTICIPANTES:**

85 Facultativos que derivaron a pacientes a Reumatología por proceso de OP en el período del estudio 218 Pacientes: 98 Grupo Pre-taller y 120 Pos-taller. Criterios de exclusión: 21 Facultativos que no derivaron pacientes a Reumatología y los pacientes que fueron derivados en más de una ocasión por el mismo motivo en el período de estudio.

#### **INTERVENCIÓN:**

Taller Formativo Acreditado.

#### **MEDICIONES Y RESULTADOS:**

Se evaluaron las actuaciones de los facultativos sobre 98 (Grupo pre-taller) y 120 pacientes (Grupo post-taller). Se midió la adecuación de las derivaciones, la petición de pruebas de imagen y laboratorio específicas, el tipo y duración del tratamiento. Los 2 grupos de pacientes fueron similares en edad, masa corporal y género. Los motivos de

derivación y el diagnóstico por Densitometría (DXA) de las derivaciones se incrementó de forma significativa tras la intervención (2% Vs. 25,8%.  $P < 0,001$ ). La proporción de derivaciones que incluyeron Radiografía de localización apropiada y solicitud de analítica fue mayor entre los facultativos que asistieron al taller [77,2% Vs. 47,6%  $X^2 p < 0,0001$  y 57,9% Vs. 30,2  $X^2 p < 0,003$ ]. VSG [50,9% Vs. 23,8%  $X^2 p = 0,003$ ], calcio [49,1% Vs. 14,3%  $X^2 p < 0,0001$ ], fosfatasa alcalina [45,6% Vs. 20,6%  $X^2 p = 0,006$ ] y perfil hepático [45,6% Vs. 27%  $X^2 p = 0,038$ ]. La recomendación de DXA ósea, por los médicos de AP aumentó (28,6% Vs. 84,2%;  $p < 0,001$ ). La duración del tratamiento se redujo casi a la mitad tras la intervención (26,6 Vs. 13,9 meses;  $p < 0,001$ ). Se encontró un 11,6% de pacientes en tratamiento con bisfosfonatos durante mas de 5 años.

La evaluación del riesgo de fractura por FRAX © no se realizó en ningún caso.

#### **CONCLUSIONES:**

La adecuación a las GPC mejoró en los facultativos que asistieron a la IF.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Osteoporosis; Formación; Atención Primaria.

## ENFERMEDAD METASTÁSICA POR MELANOMA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Martínez Irazusta, Juncal.

RESTO DE AUTORES: (2) Páez Herrera, Enriqueta; (3) Morán Escudero, Ana; (4) Vílchez Fernández, Darío Javier; (5) Soria Díaz, María Teresa; (6) Hornero Benito, Aroa.

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 3) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.

(2, 4, 5 y 6) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 55 años que consulta por nevus en abdomen, motivo por el que se le remite a la consulta de dermatología. Antecedentes personales de HTA, exfumador desde hace 15 años.

### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS:

Se realiza Rx evidenciándose melanoma nodular de 15,53 mm de espesor de Breslow, ulcerado con satelitosis nivel V de Clark. Se evidencian imágenes de invasión vascular. No se identifica invasión perineural. Bordes quirúrgicos libres de lesión.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Dada la sintomatología del paciente hay que diferenciar entre: lesiones melanocíticas (nevus de Spitz, nevus azul, nevus recurrente...) y lesiones no melanocíticas (queratosis seborreica pigmentada, carcinoma basocelular pigmentado...).

### EVOLUCIÓN:

Se pautó tratamiento con Inmunoforon durante 1 año, ante la falta de respuesta al tratamiento se realiza Rx evidenciándose lesiones metastásicas e iniciando medidas paliativas.

### DIAGNÓSTICO FINAL:

Metástasis hematológica por melanoma.

## FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Martínez Irazusta, Juncal.

RESTO DE AUTORES: (2) Páez Herrera, Enriqueta; (3) Morán Escudero, Ana; (4) Vílchez Fernández, Darío Javier; (5) Soria Díaz, María Teresa; (6) Hornero Benito, Aroa.

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 3) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.

(2, 4, 5 y 6) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 53 años con tos seca desde hace 3-4 semanas que no responde a antitusivos, disnea de moderados esfuerzos, no fiebre.

### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS:

BEG, ACP crepitantes diseminados en todos los campos pulmonares; Saturación de O<sub>2</sub>: 96%; Espirometría patrón restrictivo.

### DISCUSIÓN:

El melanoma puede enviar metástasis a cualquier órgano, siendo el lugar más habitual el cerebro. El melanoma metastásico es incurable y, la supervivencia de estos pacientes no suele llegar al año siendo el objetivo del tratamiento paliativo. Si se trata de una metástasis única pulmonar puede intervenir. Con la radioterapia se puede conseguir paliación local. Con algunos fármacos antineoplásicos se puede enlentecer el avance de la enfermedad. Ante la falta de tratamientos curativos en los pacientes con melanomas metastásicos es importante subrayar la importancia del diagnóstico precoz y, las estrategias de prevención.

### PALABRAS CLAVE:

Metastásis; Melanoma; Nodular.

### BIBLIOGRAFÍA:

Melanoma of the skin. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010, pp 325-44.

Middleton MR, Grob JJ, Aaronson N, et al.: Randomized phase III study of temozolomide versus dacarbazine in the treatment of patients with advanced metastatic malignant melanoma. J Clin Oncol 18 (1): 158-66, 2000. [PUBMED Abstract].

Kirkwood JM, Strawderman MH, Ernstoff MS, et al.: Interferon alfa-2b adjuvant therapy of high-risk resected cutaneous melanoma: the Eastern Cooperative Oncology Group Trial EST 1684. J Clin Oncol 14 (1): 7-17, 1996. [PUBMED Abstract].

Kirkwood JM, Ibrahim JG, Sondak VK, et al.: High- and low-dose interferon alfa-2b in high-risk melanoma: first analysis of intergroup trial E1690/S9111/C9190. J Clin Oncol 18 (12): 2444-58, 2000. [PUBMED Abstract].

Cancer J Sci Am 6 (Suppl 1): S11-4, 2000. [PUBMED Abstract].

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Actualmente se han podido diferenciar por medio de biopsia pulmonar cuatro tipos de fibrosis pulmonar idiopática (IFP), denominadas también neumonías intersticiales: Neumonitis Intersticial Usual (UIP de sus siglas en inglés: Usual Interstitial Pneumonitis).

Neumonitis Intersticial Descamativa (DIP).

Neumonitis Intersticial Aguda (AIP).

Neumonitis Intersticial No Específica (NSIP).

### EVOLUCIÓN:

En un principio el paciente es tratado de infección de vías aéreas bajas:  $\beta$  2 de larga duración + corticoides inhalados c/12h. Tras 15 días sin mejoría y con aumento de disnea se añaden corticoides orales a dosis de 60 mg/día en pauta descendente. A la semana fiebre de 39°C, añadiendo antibioterapia: Levofloxacin. 10 días después persiste la dis-

nea de reposo y SatO<sub>2</sub> 92%. Se remite al paciente a urgencias donde añaden claritromicina + tiotropio. No ingreso. Ante empeoramiento se remite a Neumología y tras la realización de fibrobroncoscopia se objetiva fibrosis pulmonar idiopática. Ante el empeoramiento durante el ingreso, se repite radiografía de tórax dando como resultado una sobreinfección iniciando tratamiento con Anfotericina B. Siendo el desenlace el exitus del paciente.

#### **DIAGNÓSTICO FINAL:**

Sobreinfección oportunista por hongos aspergillus en paciente con EPI.

#### **DISCUSIÓN:**

La IFP es una forma de neumonía intersticial crónica limitada al pulmón, caracterizada por disnea progresiva, tos crónica y, alteración funcional restrictiva que progresa de forma insidiosa y no hay remisiones espontáneas. La mor-

talidad promedio es de 2 a 4 años. Los tratamientos actuales están enfocados en suprimir el componente inflamatorio y hasta la actualidad ninguno ha probado su efectividad en alterar el curso de la enfermedad.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Fibrosis; Idiopática; Pulmonar.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

Sociedad Torácica Americana (ATS) y la European Respiratory Society (ERS). La fibrosis pulmonar idiopática: diagnóstico y tratamiento: Declaración de consenso internacional Am J Respir de Crit Care Med. 2000; 161:646-664. Noth I, FJ Martínez. Los recientes avances en la fibrosis pulmonar idiopática. Pecho. 2007; 132 (2).

[www.separ.es/doc/publicaciones/separnews/2009\\_06\\_separnews86.pdf](http://www.separ.es/doc/publicaciones/separnews/2009_06_separnews86.pdf)

## **USO DE LA MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE AZUQUECA DE HENARES.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Vargas Gómez, María de la Cabeza. RESTO DE AUTORES: (2) Blanco Barcenilla, Teófilo; (3) Longinos Rodríguez, Paloma; (4) Urteaga Bardales, Luis; (5) Estacio García, Mónica; (6) Arribas Aguirregaviria, Francisco Javier.

#### **CENTRO DE TRABAJO:**

(1, 2, 3, 4 y 5) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. CEDT Azuqueca de Henares. Guadalajara.

(6) Médico de Familia. CEDT Azuqueca de Henares. Guadalajara.

#### **OBJETIVO:**

Utilidad de la medición ambulatoria de presión arterial (MAPA) en una consulta de Atención Primaria.

#### **DISEÑO:**

Estudio descriptivo, transversal.

#### **EMPLAZAMIENTO:**

Atención Primaria. Ámbito urbano.

#### **PARTICIPANTES:**

127 pacientes de las consultas de Atención Primaria a los que se realizó la MAPA.

#### **INTERVENCIONES:**

Indicación por parte de profesionales del área, realización de MAPA con aparato validado internacionalmente (Spacelabs 90207) y técnica estándar, realización de base de datos mediante hoja Excel y análisis estadístico mediante el programa SPSS v15.0.

#### **MEDICIONES:**

Se cuantificó: Peso, talla, IMC, perímetro abdominal, colesterol total, glucemia basal, función renal, diagnóstico previo de hipertensión arterial (HTA) y prescripción de fármacos hipotensores, motivo de realización, enfermedad

cardiovascular, lesión de órgano diana y patrón circadiano.

#### **RESULTADOS:**

Edad media: 59.01 (20-81), el 55.1% varones. La talla media 162.28 cm (140-186) y el peso medio 77.367 kg (45.6-129.3), peso normal (IMC 18.5-24.9\*) el 20.2%, sobrepeso (IMC 25-29.9) el 35.5% y el 43.5% obesos (IMC>30). Perímetro abdominal medio 97.39 cm (66-124), motivo más frecuente fue estudiar patrón circadiano el 30.3%, eficacia del tratamiento (23.0%), descartar hipertensión de "bata blanca" (20.5%), descartar HTA refractaria (9%), HTA no tratada (5.7%), 3.3% para diagnosticar HTA y 3.3% descartar HTA de alto riesgo. Mal control de Tensión arterial (TA) (2.5%) y HTA límite (2.5%). Diagnóstico de HTA previa 64.6%, tratados farmacológicamente 62.2%. Otros factores de riesgo cardiovascular: Diabetes Mellitus (DM)\*(glucosa basal>126mg/dl) el 13.4% y Glucemia Basal alterada (>100, <126mg/dl) el 53.8%. Hipercolesterolemia 53.8%. Aclaramiento de creatinina estimado: disminución leve del filtrado glomerular (60-89ml/min/1.73m<sup>2</sup>) en el 36.62%, moderada (30-59ml/min/1.73m<sup>2</sup>) el 15.3% y severa (15-29 ml/min/1.73m<sup>2</sup>) 3%. Lesión de órgano diana el 6.3% y enfermedad cardiovascular establecida el 7.1%. TAS diurna controlada (135): 66.7%, TAS 24Horas (125): 31.9%. Patrón circadiano: Dipper 32.3%, non dipper 42.5%, riser 18.1%, dipper extremo 2.4%.

#### **CONCLUSIONES:**

Método útil, sencillo, inocuo y rápido para valorar la TA durante las 24horas. Relación estadísticamente significativa (p<0.005) entre lesión de órgano diana y patrón circadiano y enfermedad cardiovascular previa y patrón circadiano.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Medición ambulatoria de presión arterial; Hipertensión Arterial; Patrón circadiano.

## EVALUACIÓN DE AUMENTO DE TRANSAMINASAS EN PACIENTE ASINTOMÁTICO.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Morán Escudero, Ana.

RESTO DE AUTORES: (2) Páez Herrera, Enriqueta; (3) Martínez Irazusta, Juncal; (4) Soria Díaz, María Teresa; (5) Vilchez Fernández, Darío Javier; (6) Hornero Benito, Aroa.

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 3) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.

(2, 4, 5 y 6) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 40 años que es remitida al especialista por aumento de transaminasas desde hacía 10 años. Durante los 10 años que la paciente fue estudiada en las consultas de AP, se encontraba asintomática con aumento de transaminasas leve los primeros años a expensas de GGT; 54-110 UI/l, donde se le realizó también Eco abdominal y serologías normales. Se decidió suspender ACO y limitar la ingesta de las dos cervezas semanales presentando en la siguiente analítica a los seis meses GGT 239 UI/l. Antecedentes personales de Apendicectomía, Cirugía Lasik; quistectomía ovario derecho, pancreatitis colelitiasica. Colectomía, enfermedad de Graves Basedow, hipotiroidismo secundario en tratamiento, eutiroidea actualmente.

### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS:

Constantes vitales normales. Resto exploración física y neurológica normal.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- ▶ Hepatitis B y C.
- ▶ Hepatopatía grasa no alcohólica.
- ▶ Abuso de alcohol.
- ▶ Fármacos.
- ▶ Hepatitis autoinmune.
- ▶ Hemocromatosis.

## EVALUACIÓN DE ADENOPATÍAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Morán Escudero, Ana.

RESTO DE AUTORES: (2) Páez Herrera, Enriqueta; (3) Martínez Irazusta, Juncal; (4) Soria Díaz, María Teresa; (5) Vilchez Fernández, Darío Javier; (6) Hornero Benito, Aroa.

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 3) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.

(2, 4, 5 y 6) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 35 años que acude a consulta por malestar general, fiebre 38°C y odinofagia desde hace 3 días. Antecedentes personales: adenoidectomía y amigdalectomía en la infancia.

### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS:

Constantes vitales y exploración física dentro de los parámetros normales, no se palpan adenopatías laterocervicales.

- ▶ Enfermedad Wilson.
- ▶ Déficit  $\alpha$ -1 antitripsina.
- ▶ Porfirias hepáticas.
- ▶ Enfermedad Celíaca.
- ▶ Enfermedad Tiroidea.
- ▶ Miopatías congénitas y adquiridas.

### EVOLUCIÓN:

Ante la persistencia del aumento de GGT en las consultas de digestivo y con el protocolo negativo se decidió realizar biopsia hepática para llegar a un diagnóstico.

### DIAGNÓSTICO FINAL:

Alteraciones histológicas compatibles con Ductopenia biliar "idiopática" leve del adulto.

### DISCUSIÓN:

La Ductopenia biliar idiopática del adulto es una patología descrita por el Dr. Alberto Moreno en 1997. Cuadro descrito en pacientes asintomáticos con persistencia de aumento de transaminasas a expensas de GGT 179/84, el 75% también tenían alteración de la GPT y/o de FA. En pacientes en los que se ha descartado previamente toda enfermedad hepática, es necesario la realización de biopsia hepática donde se aprecia disminución del número de conductos biliares. Es una enfermedad no progresiva que no precisa seguimiento y cuyo tratamiento sería Ursodesoxicólico ácido.

### PALABRAS CLAVE:

Transaminasa; Leucopenia; Idiopática.

### BIBLIOGRAFÍA:

Alberto Moreno N Engl J Med 1997;336:835-8.

[http://med.unne.edu.ar/revista/revista180/3\\_180.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista180/3_180.pdf)

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Lo primero que debemos hacer será el diagnóstico diferencial entre linfadenopatía y otras masas subcutáneas y tumores (lipomas, nódulos tiroideos, hernias inguinales...). Lo más importante es identificar si se trata de un proceso banal o si hay que realizar pruebas complementarias para aclarar etiología.

### EVOLUCIÓN:

El paciente es diagnosticado de faringitis aguda, pautando AINES y gargarismos por posible faringe hiperémica. A los dos días reexploramos y se palpan adenopatías laterocervicales bilaterales, dolorosas, blandas y móviles y una supraclavicular derecha. Presenta estos cuadros desde hace 6 meses de forma mensual, desde que su hija comenzó la guardería. Aún con el posible foco infeccioso, dado hallazgo de adenopatía supraclavicular se decide derivación a medicina interna. Fue valorado y estudiado en medicina

interna, siendo todas las pruebas complementarias negativas salvo una leve neutropenia. No fue necesaria la biopsia excisional como diagnóstico definitivo al desaparecer la adenopatía supraclavicular a la semana de aparición de los síntomas.

#### **DIAGNÓSTICO FINAL:**

Adenopatía supraclavicular.

#### **DISCUSIÓN:**

Las adenopatías supraclaviculares siempre hay que considerarlas como anormales, con alto riesgo de malignidad (90% en mayores de 40 años y 25% en menores de 40 años). Ante un cuadro de adenomegalia será fundamental tanto la exploración como la anamnesis, donde la edad jugará un papel fundamental; en niños y adultos jóvenes

### **LESIÓN PULMONAR CAVITADA.**

**AUTOR PRINCIPAL:** (1) Martínez Irazusta, Juncal.

**RESTO DE AUTORES:** (2) Páez Herrera, Enriqueta; (3) Morán Escudero, Ana; (4) Vílchez Fernández, Darío Javier; (5) Soria Díaz, María Teresa; (6) Hornero Benito, Aroa.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1 y 3) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.

(2, 4, 5 y 6) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

#### **PRESENTACIÓN DEL CASO:**

Varón de 74 años que acude por incremento de la tos habitual desde 3 meses antes de su llegada a consulta, con expectoración hemoptoica ocasional, sin anorexia ni pérdida de peso. Fumador de 20 paquetes años. EPOC.

#### **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS:**

Análítica: 4040 leucocitos/mm<sup>3</sup>; con 75% de polimorfonucleares y, 152.000 plaquetas; Bioquímica básica con valores normales; Serología VIH negativa; Antígeno para legionella en orina negativo. Rx Tórax: se aprecia zona sugestiva de absceso o carcinoma pulmonar.

#### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:**

Dada la sintomatología y Rx del paciente hay que diferenciar entre absceso o carcinoma pulmonar.

#### **EVOLUCIÓN:**

Tras realización de fibrobroncoscopia con lavado alveolar negativa para células tumorales se diagnóstica de absceso pulmonar iniciando tratamiento con Clindamicina 300 mg/6 horas durante 4 semanas.

#### **DIAGNÓSTICO FINAL:**

Absceso pulmonar.

#### **DISCUSIÓN:**

El absceso pulmonar es una necrosis del parénquima pulmonar con cavitación como consecuencia de una infección sobre todo por bacterias anaerobias. La clínica que presenta es: tos, esputo purulento, dolor pleurítico, fiebre y

suelen ser debidas a patología benigna, mientras que en > 50 años aumenta la incidencia de procesos malignos. Por último recordar que ante una adenopatía pautaremos AINES, valorando al paciente a los 15 días, En general no se aconseja antibióticos y tampoco corticoides.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Adenopatía; Supraclavicular; Malignos.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

Juan José Raluy Domínguez. Luis Meleiro Rodríguez. Adenopatías. AMF 2011; 7(4):218-222.

Juan Ramón Iribarren. Herminia Aguirre. Adenopatías. Libro electrónico de temas de urgencia.

Robert H Fletcher, MD. Evaluation of peripheral Lymphadenopathy in Adults.

hemoptisis. Cuando la infección es producida por gérmenes anaerobios la evolución clínica es prolongada y, algunos pacientes no manifiestan síntomas. La exploración física no suele ser orientadora. En Rx aparece una o dos cavidades de pared gruesa especialmente en lóbulos superiores y, segmentos posteriores de los inferiores, casi siempre acompañadas de un nivel hidroaéreo.

El diagnóstico se basa en los síntomas clínicos, la identificación de un cuadro predisponente y, los signos de la radiografía de tórax. Es muy difícil de identificar el microorganismo causal puesto que las bacterias anaerobias son difíciles de aislar. Se pueden hacer hemocultivos y, cultivos de esputo, incluso de líquido pleural. El tratamiento de elección es la Clindamicina de 150-300 mg/6 horas de 4 a 6 semanas. Cirugía en caso de hemoptisis refractaria.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Absceso; Pulmonar; Tos.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

Crofton, John. Douglas, Andrew. Enfermedades respiratorias. 1971. Editorial Marín. 1º edición. España.

Fishman, Alfred. Pulmonary Diseases and disorders. 1980. McGraw-Hill. 1º edición. E.U.A.

Pedrosa, César S. Diagnóstico por imagen. Editorial Interamericana-McGraw-Hill. 1989. 4º reimpresión. España.

Thurlbeck William M. Pathology of the lung. 1988, Thieme Medical Publishers. 1º edición. E.U.A.

## GRADO DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN UNA COHORTE DE LA PROVINCIA DE ALBACETE.

AUTOR PRINCIPAL: Molina Escribano, Francisca.

RESTO DE AUTORES: Simarro Rueda, Marta; Monedero La Orden, Josefina; Carbayo Herencia, Julio A.; Artigao Rodeñas, Luis Miguel; Ponce García, Isabel; Divisón Hernández, María Ángeles.

*En nombre del Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA).*

CENTRO DE TRABAJO:

Medicina Familiar y Comunitaria. Albacete.

### OBJETIVO:

Actualmente, el grado de control de los diferentes factores de riesgo cardiovascular (FRCV) queda lejos de los objetivos marcados por las diferentes guías. El objetivo de este estudio es evaluar el grado de cumplimiento global y HTA y DM en una población del sudeste español.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

La muestra del estudio procede del segundo corte de un estudio de cohortes realizado en los centros de salud de la provincia Albacete entre los años 2004-06. El muestreo en el primer corte fue aleatorio, estratificado y bietápico. En ambos cortes, se realizó encuesta estructurada, exploración física, medición de la presión arterial, analítica básica y ECG. Se ha observado el grado de cumplimiento de

## MUJER CON DOLOR ABDOMINAL, ESTREÑIMIENTO Y PÉRDIDA DE PESO.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Sánchez Nava, J.G.

RESTO DE AUTORES: (2) Fuentes Mendoza, R.C.; (3) Reynoso de los Santos, K.; (4) Comas Samper, J.M.; (5) Muruaga Campos, M.A.; (6) Babiano Coronel, G.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 5 y 6) Centro de Salud Los Navalmorales. Toledo.

(2, 3 y 4) Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Enfermedad actual: Mujer de 75 años, acude por molestias abdominales inespecíficas epigástricas desde hace 6 meses, aumentándose la dosis de inhibidor de bomba de protones. Pasados 4 meses acude por persistencia de sintomatología, cambios en el ritmo intestinal y estreñimiento. Refiere tenesmo rectal y vesical, pérdida de peso y disminución del apetito.

Antecedentes personales: No alergias, sin historia de HTA, DM2 ni Dislipemia.

Colecistectomía, asma persistente moderada. Gonartrosis y lumbalgia por espondiloartrosis severa.

Tratamiento; Salmeterol/Fluticasona 25/250, Salbutamol. Eterocoxib 60 mgs. Fentanilo parches 75 mgs. Metamizol.

Exploración física: Dolor a la palpación abdominal infraumbilical sin masas. No datos de irritación peritoneal. Tacto rectal sin hallazgos. No ictericia, ascitis, coluria, ni acolia.

### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS:

Ecografía. Colecistectomía, ectasia de vía biliar extrahepá-

tica, colédoco mínimamente dilatado, área pancreática, bazo, y riñones sin alteraciones. Se solicitó colonoscopia. Analítica. Sistemático de sangre, VSG, electrolitos, bioquímica en sangre y orina, tiroideas normales, marcadores tumorales negativos. Sangre oculta en heces positiva.

### RESULTADOS:

De los 1322 pacientes iniciales, 270 eran hipertensos en tratamiento en el segundo corte y 82 pacientes diabéticos. De forma global, disponemos de 328 test de cumplimiento, observando un 28,7% de incumplimiento terapéutico. Un mayor grado de cumplimiento se ha apreciado en aquellos sujetos que tenían estudios secundarios y universitarios ( $p=0,009$ ); y en aquellos cuya ocupación fue activa ( $p=0,0319$ ). No se han encontrado diferencias significativas por grupos de sexo. En el caso de la HTA, el grado de incumplimiento fue del 25%, sin diferencias significativas respecto al sexo, nivel de estudios y ocupación. En relación a la DM, observamos un 27,1% de incumplimiento, sin diferencias significativas en relación al sexo, nivel de estudios y ocupación.

### CONCLUSIÓN:

El grado de incumplimiento observado es similar al de otros estudios realizados a nivel nacional.

latrogenia por fármacos. Neoplasias. Alteraciones funcionales. Secuelas de cirugía digestiva. Dieta inadecuada. Otros lesiones gastrointestinales.

Se solicitó colonoscopia.

Analítica. Sistemático de sangre, VSG, electrolitos, bioquímica en sangre y orina, tiroideas normales, marcadores tumorales negativos. Sangre oculta en heces positiva.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

latrogenia por fármacos.

Neoplasias.

Alteraciones funcionales.

Secuelas de cirugía digestiva.

Dieta inadecuada.

Otros lesiones gastrointestinales.

### EVOLUCIÓN:

Acude 15 días después con empeoramiento. Colonoscopia: lesión móvil a 70 cms de margen anal, redondeada, aspecto submucoso, mucosa no adenomatosa; base de 3 cms y región central de 4 cms obstruyendo la luz de forma intermite, sin impedir el paso. Orificios diverticulares sigmoideos. Sin datos de complicación.

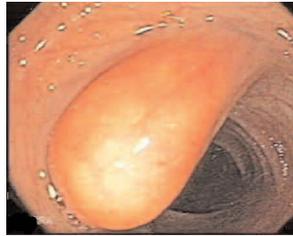
Resultados de TAC: Masa en colon derecho con densidad grasa de 25x35 cms.

Se toman biopsias y marcaje con tinta china.

En la actualidad está a la espera de intervención quirúrgica.

## DIAGNÓSTICO FINAL:

Lipoma submucoso gigante.



## DISCUSIÓN:

La subjetividad del cuadro abdominal, resalta la importancia de la anamnesis para establecer una impresión diagnóstica diferencial. Es esencial el despistaje de síntomas de alarma, que unidos a la exploración física y pruebas complementarias, permitirán llegar al diagnóstico final descartando organicidad e instaurando el tratamiento idóneo.

## BIBLIOGRAFÍA:

World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines:

## DISNEA AGUDA EN PACIENTE CON TABAQUISMO ACTIVO.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Urteaga Bardales, Luis.

RESTO DE AUTORES: (2) Vargas Gómez, María de la Cabeza; (3) Longinos Rodríguez, Paloma; (4) Arribas Aguirregaviria, Francisco Javier.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 2 y 3) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. CEDT Azuqueca de Henares. Guadalajara.

(4) Médico de Familia. CEDT Azuqueca de Henares. Guadalajara.

## PRESENTACIÓN DEL CASO:

Historia clínica: Varón, 64 años edad, consulta por disfonía y disnea de medianos esfuerzos de 3 días de evolución hasta hacerse de reposo, sin tos, fiebre, ni dolor torácico. Atendido por UVI móvil en domicilio presenta saturación de O<sub>2</sub> de 69%, le administran oxígeno, esteroides, broncodilatadores y se remite al hospital. Disfonía de larga evolución que ha empeorado en las últimas semanas. Antecedentes médicos: Tabaquismo activo de 2 paquetes diarios durante unos 40 años. Medicación actual: Omeprazol 20mg/d Loracepam 1mg/d.

Exploración física: TA 115/80 mmHg FC 104 latidos/minuto. FR 36 respiraciones/minuto. Saturación O<sub>2</sub> Basal 80%. Consciente, desorientado, ligeramente obnubilado, regular estado general. Desnutrido. Disfonía. Tórax: Murmullo vesicular disminuido sin ruidos añadidos. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Extremidades: Flapping espontáneo en miembros superiores.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Hemograma: Leucocitos 13 400 (85%Neutrófilos), Hemoglobina 17,3. Hematocrito 52%. Bioquímica: Creatinina 1,32. Potasio 6,2. Transaminasas ALT 175, AST 98, GGT 163, LDH 672, PCR 8,1. Gasometría arterial (GA): pO<sub>2</sub> 41, pCO<sub>2</sub> 63, pH 7,38, HCO<sub>3</sub> 37,3. ECG: Ritmo sinusal a 100 latidos/minuto. Ondas T negativa de V1 a V4. Radiografía Tórax: Sin hallazgos patológicos. TAC torácico: Enfisema paraseptal. Discretas bronquiectasias basales. Lesiones nodulares suprarrenales. Espirometría: FEV1 1690 (67%), FVC 2210 (69%), FEV1/FVC 77%. Laringoscopia directa: Edema

estreñimiento [acceso internet 18/04/2013]. Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/estreñimiento.pdf> <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/estreñimiento/> [acceso internet 18/04/2013].

C. Pastor, V. Valentí, I. Poveda. Lipomas submucosos de colon. *Revi Esp Enferm Dig.* 2007; 99 (5):

Martín Zurro A., Cano Pérez JF. Atención primaria, conceptos organización y práctica clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L. 2008. P. 1416-9.

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Guía terapéutica en atención primaria basada en la evidencia. 3ª ed. Barcelona: Semfyc ediciones, p 186-7.

## PALABRAS CLAVE:

Estreñimiento; Dolor abdominal; Pérdida de peso.

de Reincke bilateral.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Asma. Insuficiencia cardíaca. Bronquiectasias. Tuberculosis. Bronquiolitis obliterante. Panbronquiolitis difusa.

## EVOLUCIÓN:

Se inicia tratamiento con oxigenoterapia, broncodilatadores, esteroides y antibióticos. Ventilación mecánica no invasiva (VMNI) mal tolerada con ingreso en UCI. Evoluciona con progresiva mejoría y regresa a planta hasta normalizar pH y pCO<sub>2</sub> de 40. Se confirma diagnóstico de EPOC en consulta ambulatoria: FEV<sub>1</sub> 2020 cc (80%), FVC 3530 cc (110%), FEV<sub>1</sub>/FVC 57%.

## DIAGNÓSTICO FINAL:

EPOC reagudizado. Insuficiencia respiratoria aguda Hiper-cápnica. Encefalopatía hipercápnica. Edema de Reincke.

## DISCUSIÓN:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un estado patológico que se caracteriza por limitación en el flujo de aire y que no es reversible por completo (1). El síntoma principal y el más incapacitante del paciente EPOC es la disnea, siendo la escala MRC (British Medical Research Council) el más recomendado para medirla. El signo típico es una disminución persistente del flujo espiratorio forzado. La espirometría debe ofrecerse a todo paciente fumador con síntomas respiratorios crónicos (2). El inicio de la VMNI en paciente con exacerbación del EPOC disminuye significativamente la mortalidad, la necesidad de intubación, las complicaciones del tratamiento y la duración de la estancia hospitalaria (3).

## BIBLIOGRAFÍA:

1. [www.goldcopd.com](http://www.goldcopd.com)

2. Ministerio de sanidad y política social. Estrategia en EPOC del sistema nacional de Salud. Sanidad 2009.

3. Principios de medicina Interna. Harrison 17ª Edición. 2009.

## PIPI STOP.

**AUTOR PRINCIPAL:** (1) Carvajal Vogtschmidt, Nadia.  
**RESTO DE AUTORES:** (2) Linares Gancedo, José; (3) Álvarez Galán, María del Carmen.  
**CENTRO DE TRABAJO:**  
(1) Centro de Salud Porzuna. Ciudad Real.  
(2 y 3) Urgencias. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Niño de 7 años con fiebre de 24 horas de evolución; hace 4 días precisa autosondajes vesicales intermitentes por dos episodios de retención aguda de orina en el último mes. Embarazo, parto y período neonatal normal. Antecedentes de encopresis y enuresis nocturna en tratamiento educacional de hábitos miccionales y dispositivo “pipi-stop”.

### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Febrícula 37.7, peso 21 Kg; hipertensión arterial (TA: 120/80 mmhg), edema facial de predominio en párpados, no adenopatías.

Abdomen: masa dolorosa en hipogastrio. Puñopercusión lumbar bilateral dolorosa.

Ecografía abdominal urgente enfocada a sospecha de retención aguda de orina: vejiga distendida y ureterohidronefrosis severa bilateral. Analíticas compatibles con fallo renal agudo, hiperpotasemia, anemia e infección bacteriana.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Fiebre secundaria a ITU, fracaso renal agudo, hipertensión arterial y retención aguda de orina con severo reflujo vé-

## VÓMITO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCIÓN.

**AUTOR PRINCIPAL:** (1) Elidor, Helene.  
**RESTO DE AUTORES:** (2) Torres Buisán, Luis.  
**CENTRO DE TRABAJO:**  
(1) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.  
(2) Médico de Familia. Centro de Salud Yunquera de Henares. Guadalajara.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Historia de enfermedad actual: Varón de 51 años que acude a urgencias del Hospital por vómitos de dos semanas de evolución. Ha sido tratado por su Médico y urgencias de atención primaria por gastroenteritis aguda sin mejoría. Últimamente vomita comidas del día anterior y refiere pirosis retroesternal. Ha tomado ibuprofeno durante 5 días por hombro doloroso antes del cuadro.

Antecedentes personales: Diabetes Mellitus (DM). Depresión.

Examen físico: Dolor epigástrico.

### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS RESULTADOS:

Analíticas básicas, ECG y Radiografía abdominal normales.

sico-ureteral en la infancia pueden ser infecciones del tracto urinario, obstrucciones por válvulas de uretra posterior, pólipo uretral, litiasis, fimosis, manipulaciones uretrales, vejiga neurógena, psíquicas, fármacos, postoperatorios cirugías abdominales o urológicas.

### EVOLUCIÓN:

Se tratan las complicaciones de IRA, hiperpotasemia bajo monitorización electrocardiográfica. Ecografía radiólogo sospechó vejiga neurógena extendiendo la ecografía a columna raquídea y objetivando ausencia de cierre de elementos posteriores en sacro sugerente de espina bífida, que se confirma con RMN.

### DIAGNÓSTICO FINAL:

Insuficiencia Renal Aguda, Infección Tracto Urinario, Uropatía obstructiva. Espina Bífida Oculta.

### DISCUSIÓN.

La ITU en la infancia se asocia a anomalías del tracto urinario, reflujo vésico-ureteral y malformaciones obstructivas. La Ecografía en Atención Primaria y en Urgencias puede ser fundamental. Es inocua y con aportes importantes. La clínica de uropatía obstructiva y encopresis podría correlacionarse con espina bífida oculta.

### PALABRAS CLAVE:

Ecografía; Uropatía obstructiva; Niños.

### BIBLIOGRAFÍA:

Protocolos Nefrología Pediatría. Protocolos AEPED. 2008.

Gastroscofia: Esofagitis péptica, gastroparesia y obstrucción duodenal. Tomografía axial computarizada (TAC): Tumoración en cuerpo de páncreas. Encoendoscopia y PAAF con biopsia: Carcinoma.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Esofagitis, gastritis, úlcera gastroduodenal, patologías de hígado y páncreas.

### EVOLUCIÓN:

En urgencia se le administraron omeprazol IV y fue dado de alta con domperidona, magaldrato, dieta de protección gástrica y consulta preferente para Digestivo, gastroscopia y PH metria. Tras resultados de gastroscopia y TAC urgente fue ingresado. Fue intervenido quirúrgicamente hallando tumoración de cuerpo de páncreas con afectación duodenal y de primera asa de yeyuno con implantes macroscópicos en epiplón y asas delgadas y douglas de Carcinomatosis, irreseccable. Se realizó exploración y gastroenteroanastomosis, dado de alta actualmente está en quimioterapia.

### DIAGNÓSTICO FINAL:

Carcinoma de páncreas obstructivo. Calcinomatosis peritoneal. Obstrucción duodenal. Desnutrición calórico proteica.

### DISCUSIÓN:

Vómito por obstrucción ha sido el síntoma cardinal del paciente, a pesar de que no es una forma frecuente de presentación en esta grave enfermedad. Por otra parte DM y depresión han sido estudiadas en la relación con cáncer de páncreas.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA DURANTE LOS AÑOS 2008-2012.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Elidor, Helene.

RESTO DE AUTORES: (2) Magro Perteguer, Rafael; (3) Duarte Pérez, Yarissa.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

(2) Técnico de Salud Pública. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Guadalajara. Hospital Universitario de Guadalajara.

(3) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Guadalajara.

### OBJETIVOS:

Determinar las características clínicas de tromboembolismo pulmonar (TEP) en el Hospital Universitario de Guadalajara durante los años 2008-2012.

### DISEÑO:

Se realizó un estudio descriptivo en pacientes hospitalizados, que tengan en su informe de alta como diagnóstico principal o secundario TEP del año 2008 al 2012. Los datos fueron obtenidos a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Hospital, tras solicitud previa.

### EMPLAZAMIENTO:

Hospital Universitario de Guadalajara (HUG).

### PARTICIPANTES:

El total de 462 pacientes dados de alta con TEP como diag-

## ASMA DE MAL CONTROL EN ADULTO POR MALA ADHERENCIA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Gil Adrados, Ana Carmen.

RESTO DE AUTORES: (2) Barrientos Krauss, Valentina; (3) Moreno Ancillo, Álvaro.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo.

(2) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo.

(3) Alergólogo. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Motivo de Consulta: Recetas.

### BIBLIOGRAFÍA:

1- Chakraborty PP. Pancreatic carcinoma in fibrocalcific pancreatic diabetes. Indian J Endocrinol Metab. 2012. PubMed.

2- C. Maza Anillo. DM y cáncer de páncreas. Semergen. 2011;37 (7):384-386.

3- Rev. esp. enferm. dig. vol.104 no.7 Madrid jul. 2012.

nóstico principal o secundario. Durante el período de 2008-2012.

### MEDICIONES Y RESULTADOS:

Las principales variables (edad, sexo, diagnóstico, tipo de ingreso, tipo de alta, estancia, mes y servicio de ingreso etc.) fueron tratadas en Excel y analizadas en SPSS 15.0. El total de pacientes dado de alta con diagnóstico de TEP fue 462, representando el 0,46% de todos los pacientes hospitalizados durante el período de tiempo estudiado. Un total de 303 pacientes, el 65,6% de todos los diagnosticados de TEP lo tuvieron como diagnóstico principal. La media de edad de los pacientes fue 72,57 (EEM: 16,39). El 48,9% fueron hombres. La estancia media era de 12,58 (EE: 12,85). Los meses más prevalentes fueron enero 10,2%, febrero 10% y octubre 10% de los casos. El 95,5% de los pacientes ingresaron de manera urgente. El 21% fallecieron, de los cuales 13,2% tuvieron TEP como diagnóstico principal. Los servicios con mortalidad más elevada fueron Geriátrica, Medicina interna y Neumología.

### CONCLUSIONES:

El TEP tiene una mortalidad muy importante en el HUG. Un porcentaje elevado de los pacientes ingresados por TEP como diagnóstico principal fallecen. Cabe investigar las causas relacionadas y tomar medidas apropiadas oportunas.

Antecedentes Personales: Varón de 42 años que trabaja en el campo. Fumador de 15 cigarrillos/día. Ectasia piolocical. Clínica de reflujo gastroesofágico.

Enfermedad Actual: Desde hace más de 20 años rinitis, tos matutina y sibilantes. Diagnóstico asma perenne con sensibilización a animales. Rechazo a la intervención médica. Desde 2003 solo se le dispensa salbutamol a demanda, e inicialmente en rango terapéutico. En octubre 2009 deja de acudir a la consulta y se expenden sus recetas a su esposa, uso el salbutamol progresivamente creciente. Ante el rechazo del enfermo, se actúa a través de su esposa usando el cuestionario ACT que nos resulta 9 puntos (mal control). Con los datos clínicos referidos y la historia previa

de asma de etiología alérgica, marzo 2010 inicia de forma empírica un combinado de esteroides inhalados más beta2 de larga duración, que en dos meses revierte su empeoramiento, obteniendo una notable mejoría y pasando a tomar el salbutamol solo en ciertas ocasiones, su ACT en mayo 2010 será 22. En agosto 2010 cambia su actitud y acude a consulta para ampliar estudio. ACT con tratamiento 24. Se insiste que abandone el tabáquico.

Exploración Física: Normal

Espirometría: con tratamiento FEV1(108%); FVC(94%); PBD: negativo.

Pruebas cutáneas: Perro 11x5mm, caballo 15x6mm.

Analítica: IgE total 311UI/L, IgE perro 2.49KU/L, IgE caballo 4.23KU/L.

#### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:**

Asma bronquial y Fenotipo mixto.

#### **EVOLUCIÓN:**

El tratamiento con corticoides inhalados y beta2 de larga duración revierte el mal control. Mayo 2011 estable.

#### **DIAGNÓSTICO:**

Asma persistente no controlada por rechazo terapéutico.

## **ANEMIA, ASTENIA Y SINTOMATOLOGÍA ABDOMINAL DE CAUSA POCO HABITUAL EN LA EDAD ADULTA.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Sánchez Nava, J.G.

RESTO DE AUTORES: (2) Comas Samper, J.M.; (3) Reynoso de los Santos, K.; (4) Fuentes Mendoza, R.C.; (5) Muruaga Campos, M.A.; (6) Martín Chamorro, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 5 y 6) Centro de Salud Los Navalmorales. Toledo.

(2, 3 y 4) Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.

#### **PRESENTACIÓN DEL CASO:**

Enfermedad actual: Mujer de 67 años, consulta por astenia, dolor abdominal, distensión, meteorismo y estreñimiento alternando con diarrea. Hace días cuadro sincopal.

Antecedentes personales: No alergias, HTA, DM2 ni Dislipemia.

Cirrosis hepática autoinmune grado A, CHILD 5 puntos.

Hipertensión portal.

Talasemia menor.

Valvulopatía mitral.

Quiste en cuerpo-cola de páncreas.

Tratamiento; Propanolol 40 mgs, Sulfato ferroso 100 mgs.

Exploración física: Úlceras orales, palpación abdominal dolorosa, hepatomegalia 2 cms bajo reborde costal, telangetasias abdominales, ruidos hidro-aéreos. No irritación peritoneal, coluria, acolia, ni ascitis. Tacto rectal normal. Edema de MMII.

#### **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS:**

Analítica. Hb 8,3. Hcto 27,3. GOT 61, GPT 45, GGT normal. VSG, coagulación, electrolitos, hormonas tiroideas normales. Bilirrubina total 1,46. Marcadores tumorales negativos.

#### **DISCUSIÓN:**

La falta de Corticoide inhalado conduce a un abuso de beta-2 de corta duración, con una peligrosa progresión. Debemos emplear todas las argucias posibles para la adherencia terapéutica ya que el control evita la evolución a obstrucción crónica. La utilización del test ACT mejoran la evaluación de la gravedad.

#### **PALABRAS CLAVES:**

Asma; Control; Adherencia.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Guía GEMA.
2. Caress AL, et al. Involvement in treatment decisions: what do adults with asthma want and what do they get? Results of a cross sectional survey. Thorax 2005;60(3):199-205.
3. Gibson PG, et al. Self-Management, Autonomy, and Quality of Life in Asthma. Chest 1995;107(4):1003-8.
4. Belinda B, et al. Brief motivational interviewing as a clinical strategy to promote asthma medication adherence. J Allerg Clin Immunol 2007;120(5):1023-30.

Endoscopia. Varices esofágicas gigantes sin puntos de riesgo, imagen de gastritis antral superficial y porción duodenal sugestiva de atrofia.

Ecografía. signos de cirrosis con hipertensión portal, mínimo quiste pancreático.

Ecoendoscopia: Lesión quística diminuta en cuerpo pancreático, adenopatía inespecífica en hilio hepático.

Colonoscopia: Angiodisplasia en ciego, pólipo rectal. Hemorroides internas grado I.

#### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:**

Infección por Helicobacter Pilory.

Enteritis eosinofílica.

Gastroenteritis viral.

Enfermedad celíaca.

Insuficiencia pancreática.

Enteropatía pierde-proteínas.

Atrofia vellositaria.

#### **EVOLUCIÓN:**

Empeoramiento de sintomatología abdominal, se solicitó: Anticuerpos IgA Antitransglutaminasa, 39 U/ml.

Biopsia 2ª porción duodenal: atrofia completa de vellosidades, hiperplasia de criptas e inflamación aguda.

Biopsia antral: ligera atrofia mucosa, no metaplasia ni Helicobacter.

Biopsia de cuerpo. Mucosa con ligera inflamación crónica. Se mantuvo dieta sin gluten dos meses con mejoría de sintomatología, sin astenia ni edemas.

Despistaje en familiares 1er grado.

## DIAGNÓSTICO FINAL:

Enfermedad Celíaca del Adulto.

## DISCUSIÓN:

La existencia de sintomatología tan inespecífica, unida a presentación en edad adulta, dificultan un diagnóstico temprano; debemos realizar una historia clínica detallada con el fin de llegar al diagnóstico final, consiguiendo remisión absoluta al eliminar el gluten de la dieta.

## PALABRAS CLAVE:

Astenia; Dolor abdominal; Anemia.

## BIBLIOGRAFÍA:

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanita->

[rias/publicaciones/Celiagua/enfermedadCeliaca.pdf](http://www.fisterra.com/publicaciones/Celiagua/enfermedadCeliaca.pdf) [acceso internet 20/04/2013]

<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/enfermedad-celiaca/> [acceso internet 20/04/2013]

<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/estudio-anemia/> [acceso internet 20/04/2013]

<http://www.fisterra.com/salud/1infoConse/cirrosisHepaticaComplicaciones.asp> [acceso internet 20/04/2013]

Martin Zurro A., Cano Pérez JF. Atención primaria, conceptos organización y práctica clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L. 2008.

## PREVALENCIA DE HIPOTENSIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR y/o DIABETES ASOCIADAS. ESTUDIO PRESCAP 2010.

AUTOR PRINCIPAL: (1) División Garrote, Juan Antonio.

RESTO DE AUTORES: (2) Artigao Rodenas, Luis Miguel; (3) Molina Escribano, Francisca; (4) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (5) Rodríguez Roca, Gustavo Cristóbal; (6) Alonso Moreno, Francisco Javier; (7) División Hernández, María Ángeles.

*En representación del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Grupo HTA/SEMERGEN) y de los investigadores del Estudio PRESCAP 2010.*

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 3) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete.

(2) Médico de Familia. Centro de Salud Zona III. Albacete.

(4) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo. Asturias.

(5) Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.

(6) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

(7) Médico de Familia. Albacete.

## OBJETIVOS:

Conocer el porcentaje de pacientes hipertensos con enfermedad cardiovascular (CV) y/o diabetes diagnosticadas, tratados con fármacos antihipertensivos y atendidos en los Centros de Atención Primaria (CAP) de todo el territorio español, que tienen cifras de presión arterial (PA) menores de 110 mmHg de PA sistólica ó menores de 70 mmHg de PA diastólica.

## METODOLOGÍA:

Estudio transversal, multicéntrico, realizado en hipertensos  $\geq 18$  años con tratamiento farmacológico antihipertensivo, de todo el territorio nacional, seleccionados consecutivamente. Las variables estudiadas fueron: Edad, sexo, presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), enfermedad CV, presencia de otros factores de riesgo y tratamiento farmacológico. Se consideró bien controlada la hipertensión si PA era menor de 140/90 mmHg y se consideró hipotensión si PAS era menor de 110 mmHg o PAD era menor de 70 mmHg. Enfermedad CV asociada si estaba registrado el

antecedente en la historia clínica del paciente (cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardíaca o arteriopatía periférica) y diabetes si estaba registrado o tratamiento con fármacos. Terapia combinada si el paciente tomaba 2 o más fármacos antihipertensivos.

## RESULTADOS:

En total, en España se incluyeron 12.961 hipertensos (52% mujeres), de ellos 5.892 (45,4%) tenían enfermedad CV o diabetes asociadas con una edad media de 69,1 (DE: 10,5) años y el 47,9% mujeres. Los valores medios de PA fueron 136,6 (DE: 15,3) y 78,4 (DE: 10,0) mmHg. Se consideró bien controlados a un 61,3% (IC95%: 59,7-62,9) de ellos (62,5% de los hombres y 59,8% de las mujeres,  $p > 0.05$ ). Un 21,5% de los pacientes tenían PA  $< 130/80$  mmHg (IC 95%: 20,8-22,2) y un 1,0% de los pacientes tenían cifras de PA  $< 110/70$  mmHg (IC 95%: 0,8-1,2).

Se puede considerar que tenían hipotensión (sistólica o diastólica) con el tratamiento un 16,6% de los pacientes (17,18% de los hombres y 16,1% de las mujeres,  $p > 0.05$ ). De ellos 2,1% tenían PAS menor de 110 mmHg y 15,9% PAD menor de 70 mmHg. Sus valores medios de PA fueron 126,8 (DE: 15,5) y 63,8 (DE: 4,6) mmHg.

En un análisis bivariante se observó una mayor prevalencia de hipotensión en los mayores de 65 años frente a los menores de 65 años (20% *versus* 8,8%,  $p < 0.001$ ) y no se observaron diferencias entre los que estaban con terapia combinada y los que estaban con monoterapia (17% *versus* 15,5%,  $p = 0.09$ ).

## CONCLUSIONES.

La prevalencia de hipotensión en pacientes hipertensos con enfermedad CV y/o diabetes asociadas, es baja. Se observa una mayor prevalencia en los mayores de 65 años. Por otra parte, el grado de control de la hipertensión está lejos de ser el deseado. Los médicos de Atención Primaria deberían priorizar el objetivo de control frente al riesgo de hipotensión con el tratamiento, especialmente en pacientes jóvenes.

## PREVALENCIA DE HIPOTENSIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR NI DIABETES ASOCIADAS. ESTUDIO PRESCAP 2010.

AUTOR PRINCIPAL: (1) División Garrote, Juan Antonio.

RESTO DE AUTORES: (2) Artigao Rodenas, Luis Miguel; (3) Molina Escribano, Francisca; (4) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (5) Llisterri Caro, José Luis; (6) Santos Altozano, Carlos; (7) División Hernández, María Ángeles.

*En representación del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Grupo HTA/SEMergen) y de los investigadores del Estudio PRESCAP 2010.*

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 3) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete.

(2) Médico de Familia. Centro de Salud Zona III. Albacete.

(4) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo. Asturias.

(5) Médico de Familia. Centro de Salud Joaquín Benlloch. Valencia

(6) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

(7) Médico de Familia. Albacete.

### OBJETIVOS:

Conocer el porcentaje de pacientes hipertensos sin enfermedad cardiovascular (CV) ni diabetes diagnosticadas, tratados con fármacos antihipertensivos y atendidos en los Centros de Atención Primaria (CAP) de todo el territorio español, que tienen cifras de presión arterial (PA) menores de 110 mmHg de PA sistólica ó menores de 70 mmHg de PA diastólica.

### METODOLOGÍA:

Estudio transversal, multicéntrico, realizado en hipertensos  $\geq 18$  años con tratamiento farmacológico antihipertensivo, de todo el territorio nacional, seleccionados consecutivamente. Las variables estudiadas fueron: Edad, sexo, presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), enfermedad CV, presencia de otros factores de riesgo y tratamiento farmacológico. Se consideró bien controlada la hipertensión si PA era menor de 140/90 mmHg y se consideró hipotensión si PAS era menor de 110 mmHg o PAD era menor de

## DOCTOR ME DUELEN LOS RIÑONES.

AAUTOR PRINCIPAL: (1) Ramírez de los Santos, Yahaira.

RESTO DE AUTORES: (2) Castillo Corporán, Aleyda; (3) Vera Nieto, Nancy; (4) Torres Casanova, Erick; (5) Villar Martínez, Marcos; (6) Merino González, Ana María.

CENTRO DE TRABAJO:

(1 y 2) Centro de Salud Ciudad Real I. Ciudad Real.

(3) Centro de Salud Ciudad Real II. Ciudad Real.

(4) Centro de Salud Ciudad Real III. Ciudad Real.

(5) Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Ciudad Real.

(6) Tutora. Centro de Salud Ciudad Real I. Ciudad Real.

70 mmHg. Enfermedad CV asociada si estaba registrado el antecedente en la historia clínica del paciente (cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardíaca o arteriopatía periférica) y diabetes si estaba registrado o tratamiento con fármacos. Terapia combinada si el paciente tomaba 2 o más fármacos antihipertensivos.

### RESULTADOS:

En total, en España se incluyeron 12.961 hipertensos (52% mujeres), de ellos 6.609 (51%) no tenían enfermedad ni CV ni diabetes asociadas con una edad media de 63,6 (DE: 11,6) años y el 55,3% mujeres. Los valores medios de PA fueron 135,8 (DE: 15,6) y 77,8 (DE: 10,2) mmHg. Se consideró bien controlados a un 61,3% (IC95%: 59,7-62,9) de ellos (62,5% de los hombres y 59,8% de las mujeres,  $p > 0.05$ ) y un 0,6% de los pacientes tenían cifras de  $PA < 110/70$  mmHg (IC 95%: 0,41-0,79).

Se puede considerar que tenían hipotensión (sistólica o diastólica) con el tratamiento un 9,7% de los pacientes (8,8% de los hombres y 10,5% de las mujeres,  $p > 0.05$ ). De ellos 1,2 % tenían PAS menor de 110 mmHg y 9,1% PAD menor de 70 mmHg. Sus valores medios de PA fueron 126,8 (DE:14,7) y 63,9 (DE 4,3) mmHg.

En un análisis bivariable se observó una mayor prevalencia de hipotensión en los mayores de 65 años frente a los menores de 65 años (13,6% versus 6,2%,  $p < 0.001$ ) y también mayor prevalencia en los que estaban con terapia combinada frente a los que estaban con monoterapia (10,6% versus 8,7%,  $p = 0.0011$ ).

### CONCLUSIONES:

La prevalencia de hipotensión en pacientes hipertensos sin enfermedad CV ni diabetes asociadas, es baja. Se observa una mayor prevalencia en los mayores de 65 años y en los tratados con terapia combinada.

Por otra parte, el grado de control de la hipertensión está lejos de ser el deseado. Los médicos de Atención Primaria deberían priorizar el objetivo de control frente al riesgo de hipotensión con el tratamiento, especialmente en pacientes jóvenes.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Motivo de consulta: Presentamos un varón de 32 años que consulta por Dolor intenso en fosa lumbar derecha, no irradiado, sin predominio de horario, sensación distérmica, no náuseas, no vómitos, no otra clínica asociada.

Comenta en días anteriores haber tenido dolor en hipocondrio derecho de menor intensidad con desaparición espontánea.

Antecedentes de Interés:

Alergia a clavulánico.

Úlcus gástrico con tratamiento erradicador por H. pylori en

tratamiento con pantoprazol con Reflujo Gastroesofágico asociado.

**Exploración Física:** consciente, orientado, normo hidratado, buena coloración de piel y mucosas, eupneico en reposo, en posición antiálgica. Afebril, tensión arterial dentro de límites normales, buena saturación basal. Auscultación normal.

Abdomen: plano, blando, depresible, doloroso a la palpación en región peri umbilical, no visceromegalias, no se palpan masas, no defensas, gran timpanismo con puño percusión positiva derecha. Peristalsis presente y normal.

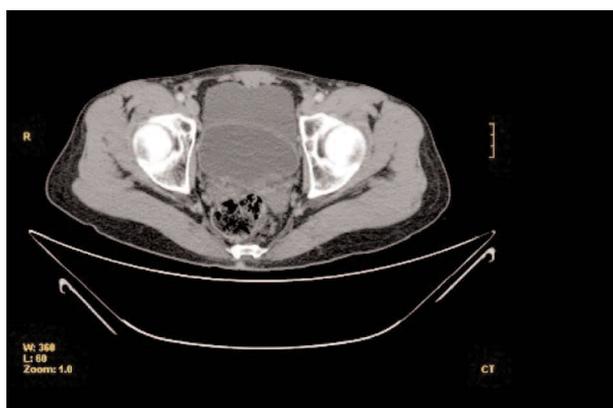
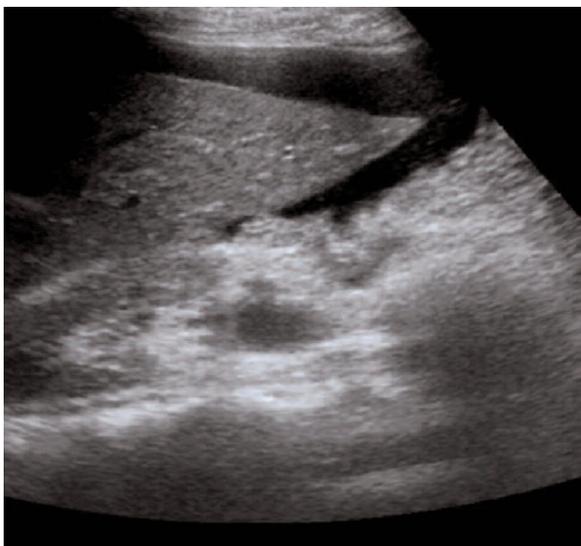
**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:**

- Cólico Renal
- Abdomen Agudo
- Mucocele apendicular

**EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA:**

Analitica de control: dentro de rangos normales.  
Rx de torax y abdomen: sin hallazgos.

TAC CÉRVICO-TORACO-ABDOMINAL Y ECOGRAFÍA ABDOMINAL. INFORME: A nivel cervical únicamente llama la atención la existencia de pequeñas adenopatías latero-cervicales bilaterales radiológicamente inespecíficas. En tórax no se observan hallazgos patológicos significativos. En abdomen se visualiza presencia de una moderada cantidad de líquido libre intraperitoneal visualizándose un contorno hepático irregular así como áreas de mayor densidad dentro del líquido libre intraperitoneal que ecográficamente corresponden a imágenes nodulares sólidas ecogénicas que pueden estar en relación con carcinomatosis peritoneal. En FID adyacente y medial a ciego se observa un efecto de masa con captación heterogénea de contraste que podría corresponder a apéndice. A descartar mucocele apendicular. Existe una pequeña ectasia piélica en riñón dcho visualizándose a nivel pélvico yuxtameatal dcho una imagen de densidad calcio que puede estar en relación con litiasis ureteral. Sin otros hallazgos significativos. Se realiza punción de líquido ascítico enviándose el material a Anatomía Patológica y Laboratorio. MI



Informe de Anatomía Patológica:  
Citología negativa para células malignas.  
Comentario: células sin atipia con contenido mucoso y fondo mucinosos. Se recomienda descartar tumor mucoproducción apendicular/gástrico.

**EVOLUCIÓN:**

Paciente ha sido intervenido quirúrgicamente realizándose

laparotomía en la que se realizó gastrectomía parcial, con hepatectomía parcial, resección anastomótica de íleon, hemicolectomía derecha y posteriormente con QT intraoperatorio.  
En espera de nueva intervención por extensión de tejido mucoso en región pélvica.  
(Actualmente ingresado).

## DISCUSIÓN:

El adenocarcinoma apendicular presenta mayor afectación mucosas, atipia, un patrón infiltrativo más complejo e irregular y ausencia de caracteres de diferenciación neuroendocrina. Los criterios histológicos no están bien delimitados, pues en el apéndice se producen una serie de lesiones que solo tienen de común el origen en un epitelio productor de moco.

El adenocarcinoma apendicular constituye un capítulo limitado dentro de la patología neoplásica apendicular. Su predominio en el sexo masculino y la aparición entre los 50-70 años de edad, se evidencia en distintas series y revisiones. Su incidencia, según el reporte de Collins es de 0,08% (57 de 71.000 apendicetomías).

La neoplasia más frecuente del apéndice cecal es el tumor carcinoide, que representa el 85% de todos los tumores de este órgano, presentándose entre el 0,02 y el 1,5% de las cirugías apendiculares.

El primer caso de carcinoma del apéndice fue descrito por Berger en 1882, pero no es hasta 1943 cuando Vihlein clasifica por primera vez los carcinomas primarios del apéndice en: a) tumores carcinoideos (85%), b) cistoadenocarcinoma mucinoso (8,39%) y c) adenocarcinoma primario del apéndice (3,5%). Más tarde, en 1956 Sieracki clasifica entonces el adenocarcinoma de apéndice como: 1) Invasivo: aquel que se extendía más allá de la mucosa; 2) No invasivo: aquella lesión limitada a la mucosa.

Por la sintomatología poco específica que presentan o por la asociación a otros procesos intraabdominales, el diagnóstico de estas lesiones apendiculares suele ser intraoperatorio; como en el caso que presentamos.

Las técnicas de imagen como la ecografía y la TAC pueden incrementar la posibilidad de un diagnóstico pre-operatorio.

Está bien descrita la asociación de tumores mucinosos del apéndice y ovario con pseudomixoma peritoneal. En la actualidad, este término se define, como la enfermedad caracterizada por la presencia de sustancia mucinosa libre en la cavidad abdominal, asociada a una tumoración mucinosa primaria e implantes en peritoneo y epiplón de epi-

telio columnar productores de mucina.

Desde el punto de vista oncológico, dada la diseminación abdominal de estos tumores, la hemicolectomía derecha, múltiples resecciones orgánicas abdominales y QT intraabdominal durante la cirugía es el tratamiento de elección.

## DIAGNÓSTICO:

Adenocarcinoma Mucosecretor Apendicular.

## BIBLIOGRAFÍA:

-Iñaguazo Sanchez DA, Cobos Mina J.

Adenocarcinoma mucoprodutor del apéndice cecal. A propósito de un caso. Arch Cir Gen Dig 2005 Dic 19. Disponible en:

<http://www.cirugest.com/revista/2005/23/2005-12-19.htm>

- Darwin Iñaguazo Sánchez, Javier Mora Lazo, Lenin Carrillo. Neoplasia del apéndice: reporte de un caso de adenocarcinoma. Gaceta mexicana de oncología Año: 2007 Volumen: 6 Número: 1 Páginas: 24-26.

<http://www.artemisaenlinea.org.mx/articulo.php?id=5248&arte=a>

- Dr. Pedro Rosales Torres\*; Dr. Rafael Pila Pérez\*\*; Dr. Rafael Pila Peláez. ADENOCARCINOMA DEL APÉNDICE. REPORTE DE UN CASO.

<http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n1-2006/992.htm>

- Wilmer Manuel Tovío-Almanza, Francisco Herrera-Sáenz. Cáncer de apéndice: incidencia en los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Universitario del Caribe entre enero de 2007 y julio de 2009. Rev.cienc.biomed.2010; 1 (2): 168 -172.

<http://revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revcienc-biomed/article/view/5>

- García García, M.a. Trivez Boned, J. Oliva Encina, A. García de Jalón Martínez, P. Gil Martínez, L.A Rioja Sanz. CISTOADENOMA MUCINOSO APENDICULAR. Actas Urol Esp. 26 (2): 139-142, 2002.

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/292/292v26n02a13144616pdf001.pdf>

## ESTIMACIÓN DE INSUFICIENCIA RENAL OCULTA MEDIANTE LAS ECUACIONES MDRD Y CKD-EPI.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Arenas García, Ana María.

RESTO DE AUTORES: (2) Robles Monroy, María Teresa; (3) Vera Nieto, Nancy; (4) Lozano Suárez, César; (5) Villar Martínez, Marcos; (6) Morales Cano, José Manuel.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 2 y 3) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real II. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Ciudad Real.

(4 y 5) Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Ciudad Real.

(6) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Real II. Ciudad Real.

## OBJETIVOS:

Estimar, en la población general >65 años, la prevalencia

de insuficiencia renal oculta (IRO) (coexistencia de creatinina sérica normal y  $FG < 60$ ), con la fórmula MDRD abreviada y CKD-EPI y analizar las posibles diferencias entre ambas ecuaciones a la hora de clasificar los estadios de IRC.

## DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio observacional descriptivo, transversal. Para una proporción esperada del 10% en una población infinita, Confianza 99%, potencia 95%, será necesario un tamaño muestral de 237 pacientes.

## EMPLAZAMIENTO:

Zona Básica de Salud Ciudad Real 2.

**PARTICIPANTES:**

237 pacientes mayores de 65 años seleccionados por muestreo consecutivo entre una base de datos que contiene a toda la población mayor de 65 años ordenada aleatoriamente. Criterios de inclusión: Edad  $\geq 65$  años. Determinación de creatinina sérica en el año 2012. Criterios de exclusión: Insuficiencia renal diagnosticada, peso corporal extremo (IMC inferior a  $19 \text{ kg/m}^2$  o superior a  $35 \text{ kg/m}^2$ ), alteraciones importantes en la masa muscular (amputaciones, pérdida de masa muscular, enfermedades musculares o parálisis), hepatopatía grave, edema generalizado o ascitis.

**MEDICIONES Y RESULTADOS:**

VARIABLES INCLUIDAS creatinina, edad, sexo y raza. Media de edad  $76 \pm 7,11$  años. 66,8% mujeres. Creatinina media  $0,87 \pm 0,26$  mg/dl. FG medio por CKD-EPI  $74,15 \pm 16,03$ . FG medio por MDRD4  $77,08 \pm 20,70$ . IRC oculta por CDK-EPI 19% vs MDRD4 17,7%. No hubo diferencias por sexos en la proporción de IRC, sea por CKD ( $X^2 \text{ p}=0,735$ ) o MDRD4

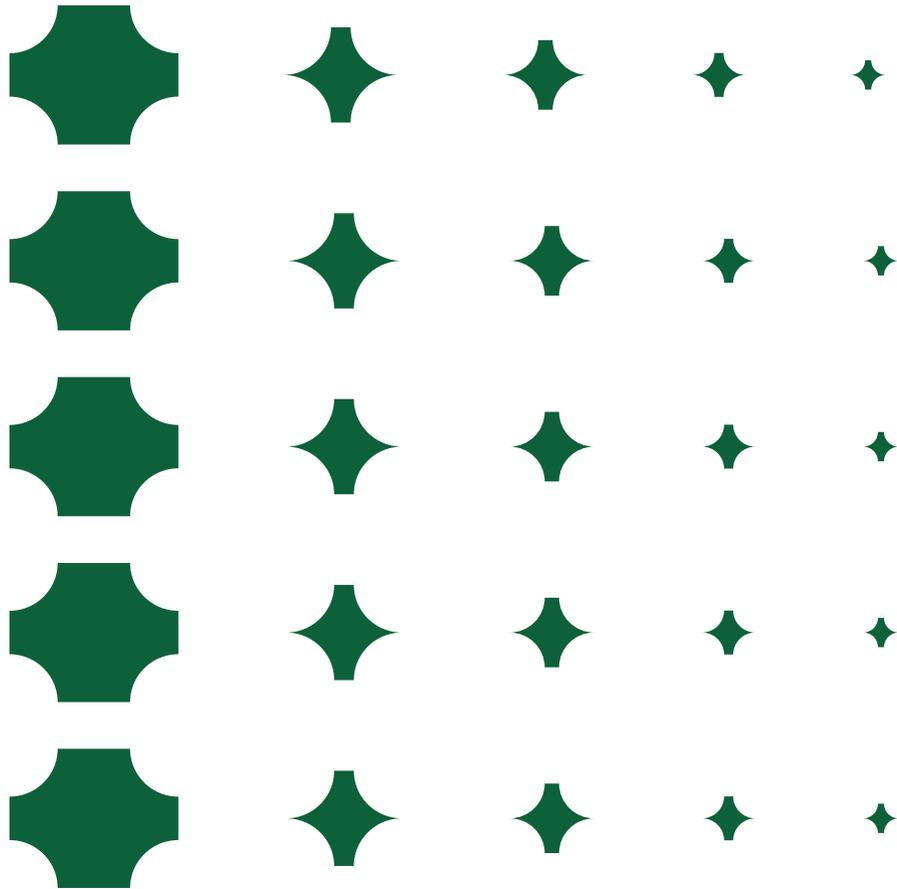
( $X^2 \text{ p}=0,605$ ). La concordancia entre ambos métodos fue muy buena, Kappa=0,91  $\text{p}<0,0001$ . La clasificación por estadios fue (CKD/MDRD): I (13,9%/24,1%) II (66,2%/57%) III (18,6%/18,1%) y IV (1,3%/0,8%).

**CONCLUSIONES:**

La prevalencia estimada de IRC oculta supera el 15%. Para evitar problemas de seguridad con medicamentos sería importante sistematizar el uso de ecuaciones de estimación del FG. No se observa la tendencia en estudios previos de sobreestimación de IRC por la fórmula MDRD.

**PALABRAS CLAVE:**

Enfermedad renal oculta; Filtrado glomerular; Ecuaciones.



## Resumen de las Comunicaciones Formato Póster

## SÍNCOPES DE REPETICIÓN DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Páez Herrera, Enriqueta.  
RESTO DE AUTORES: (2) Martínez Irazusta, Juncal; (3) Morán Escudero, Ana; (4) Soria Díaz, María Teresa; (5) Vílchez Fernández, Darío Javier; (6) Hornero Benito, Aroa.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 4, 5 y 6) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

(2 y 3) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 75 años, diagnosticado de Síncope Ortostático por exceso de medicación antihipertensiva tras haber presentado dos síncope de causa desconocida, avisa la familia por sensación opresiva epigástrica que irradia a tórax y cuello, acompañada de sudoración y visión borrosa con pérdida de conocimiento de segundos de duración, sin movimientos anormales ni relajación de esfínteres. No fiebre, mareo o palpitations. Antecedentes personales de Hipertensión Arterial, Cardiopatía Isquémica Crónica estable, Diabetes Mellitus tipo II, Dislipemia, portador de marcapasos. A nuestra llegada se encuentra consciente y orientado, constantes vitales normales, no edemas, fuerza y sensibilidad conservada, meníngeos negativo, decidiéndose traslado a Hospital para nueva valoración.

### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS:

En Hospital se realiza Rx Tórax, analítica, estudio electrofisiológico, electrocardiograma, ecocardiograma, Holter, Doppler, angiología, coronariografía, estudio ORL y TAC craneal normales. En TAC cuello se objetiva obstrucción arterial que podría relacionarse con su componente epiléptico. Estudio Psiquiatría normal.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Dada la sintomatología del paciente se sospecha fallo de

## CRISIS CONVULSIVA.

AUTOR PRINCIPAL: (1) Soria Díaz, María Teresa.  
RESTO DE AUTORES: (2) Vílchez Fernández, Darío Javier; (3) Páez Herrera, Enriqueta; (4) Hornero Benito, Aroa; (5) Martínez Irazusta, Juncal; (6) Morán Escudero, Ana.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 2, 3 y 4) Centro de Salud Cogolludo. Guadalajara.

(5 y 6) Centro de Salud Torrejón de Ardoz. Madrid.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Aviso a domicilio por paciente de 91 años con antecedentes de epilepsia que nunca ha presentado crisis, en tratamiento con Gabapentina 400 mg (1-1-1). Antecedentes personales de Hipertensión Arterial y deterioro cognitivo leve. Paciente que cuando llegamos al domicilio se encuentra inconsciente, la familia refiere que, encontrándose previamente bien comienza con rigidez y mirada fija, tras lo cual presenta movimientos tónico-clónicos de dos minutos de duración sin relajación de esfínteres, con desviación de comisura labial sin clara focalidad neurológica. A nuestra

marcapasos, síncope de origen cardiogénico, crisis de ausencia y ansiedad.

### EVOLUCIÓN:

Durante su estancia en el Hospital el paciente presenta varias crisis similares a las anteriores siendo todas las pruebas que se le realizan normales, llegando a un diagnóstico de sospecha de epilepsia pautando tratamiento de Levetiracetam 500 mg (1-0-1).

### DIAGNÓSTICO FINAL:

Crisis focales vegetativas con probable foco periopercular secundariamente generalizadas. Epilepsia secundaria. Probables crisis del lóbulo temporal. Síndrome Depresivo. En estudio actualmente.

### DISCUSIÓN:

Tras el primer alta del paciente y volviendo a presentar los mismos síntomas, se deriva de nuevo a Hospital por no estar de acuerdo con el diagnóstico realizado al no concordar con la clínica del paciente, resultando que tras 20 días de ingreso hospitalario y numerosas pruebas persiste la no filiación del cuadro a fecha de hoy.

### PALABRAS CLAVE:

Epilepsia; Síncope; Crisis.

### BIBLIOGRAFÍA:

[http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/crisis\\_epilepticas.htm](http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/crisis_epilepticas.htm)

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000696.htm>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003092.htm>

llegada presenta episodio de movimiento tónico de 1 minuto de duración que se resuelve con 20 mg de Diazepam vía rectal y es trasladada a Hospital con tratamiento de Amiodarona 150 mg en 250 ml de Suero Salino a pasar en 30 minutos y oxigenoterapia a 3 litros por minuto.

### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS:

Tensión Arterial: 180/95 mm Hg, Frecuencia Cardíaca: 65, Glucemia 213 mg/dl, Saturación O<sub>2</sub>: 88%. Afebril. Glasgow 7. Electrocardiograma: Fibrilación Auricular de origen incierto.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Teniendo en cuenta la sintomatología del paciente hay que descartar entre: hipoglucemia, hiperglucemia, FA (Fibrilación Auricular), crisis epiléptica y ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), no descartando cualquier otra patología neurológica.

## EVOLUCIÓN:

La paciente es trasladada al Hospital en el cual se realiza TAC (Tomografía Axial Computerizada) sin evidenciar lesión aguda, salvo lesión lítica en calota. Analítica normal. Durante su estancia nuevo episodio comicial por lo que se inicia perfusión de Ácido Valproico. Comienza con fiebre y mantiene mioclonias de predominio braquial izquierdo. Tras RMN hallazgos sugestivos de encefalitis herpética permaneciendo en coma.

## DIAGNÓSTICO FINAL:

Encefalitis Isquémica.

## DISCUSIÓN:

Aunque en un primer momento la clínica hacía sospechar

## MÉDICO DE FAMILIA (NUNCA MEJOR DICHO).

AUTOR PRINCIPAL: de Dios Perrino, Sofía.

RESTO DE AUTORES: Sánchez León, Francisco José; Sáez Sanz, Luis; García Bermejo, Samuel; Abanses Sanz, Ana Delia; Juárez Casalengua, Inés.

CENTRO DE TRABAJO:

Centro de Salud de Mondéjar. Guadalajara.

## FINALIDAD U OBJETO DE LA EXPERIENCIA:

El atender, vía telefónica, el problema de salud de un familiar me hizo reflexionar sobre la importancia de la comunicación médico-paciente y el uso de las nuevas tecnologías de la información.

## CARACTERÍSTICAS DE LA EXPERIENCIA:

Mujer de 50 años diagnosticada de migraña sin otras enfermedades de interés. Desde hacía tres meses cumplía tratamiento profiláctico de sus jaquecas con topiramato. Consultó porque notaba que le faltaba el aire al hacer su actividad habitual. Había acudido a su médico de familia que, tras una exploración física, analítica habitual y electrocardiograma normales, la había derivado al segundo nivel. Una de sus amigas había comentado que "estaba mal desde que tomaba el tratamiento para el dolor de cabeza".

## RESULTADOS:

Tras la conversación telefónica realicé una búsqueda en Internet encontrando que el topiramato puede originar dis-

una crisis convulsiva de su enfermedad de Epilepsia, las pruebas complementarias realizadas subjetivan que se trata de un síntoma de un cuadro de Encefalitis Isquémica.

## PALABRAS CLAVE:

Epilepsia; Inconsciente; Tónico-Clónica.

## BIBLIOGRAFÍA:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/epilepsy.html>

[http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/accidente\\_cerebrovascular.html](http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/accidente_cerebrovascular.html)

[http://kidshealth.org/parent/en\\_espanol/medicos/seizure\\_esp.html](http://kidshealth.org/parent/en_espanol/medicos/seizure_esp.html)

nea por producir acidosis metabólica. Con el fin de establecer la relación causal entre el medicamento y el acontecimiento adverso indiqué a mi familiar la necesidad de realizar una gasometría arterial donde se objetivó una acidosis metabólica compensada. Con estos hallazgos se solicitó consulta con el neurólogo que fue disminuyendo progresivamente la dosis de topiramato hasta suspenderlo con desaparición de la clínica y normalización de la gasometría.

## CONCLUSIONES Y APLICABILIDAD:

1) Un concepto clásico siempre útil: la importancia de escuchar al paciente. 2) La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación suponen un claro beneficio para mejorar la atención en el campo de las Ciencias de la Salud. 3) La atención sanitaria es un sistema tan complejo como lo pueda ser la industria nuclear o la aeronáutica. La seguridad del paciente debe ser un objetivo prioritario. En este contexto, nunca debemos olvidar que los fármacos pueden producir reacciones adversas. El médico de familia está situado en un lugar estratégico para su detección.

## PALABRAS CLAVES:

Topiramato; Reacciones adversas por medicamentos; Tecnologías de la información y comunicación.

## FRACTURA DE ESTERNÓN TRAS CAÍDA ACCIDENTAL EN PACIENTE CON OSTEOPOROSIS.

AUTOR PRINCIPAL: Juárez Casalengua, Inés.

RESTO DE AUTORES: Abanses Sanz, Ana Delia; García Bermejo, Samuel; Sáez Sanz, Luis; Sánchez León, Francisco José; de Dios Perrino, Sofía.

CENTRO DE TRABAJO:

Centro de Salud de Mondéjar. Guadalajara.

## PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 81 años que consulta tras sufrir una caída accidental en su domicilio. Refiere dolor intenso en tórax que aumenta con los movimientos, la inspiración y el decúbito.

No disnea, ni fiebre, ni tos. Entre sus antecedentes personales destacan: diabetes mellitus, cardiopatía hipertensiva, enfermedad renal crónica y osteoporosis con múltiples aplastamientos en las vértebras dorsales que han originado una hipercifosis. Tiene una disminución de la agudeza visual y, con frecuencia, se cae. En la exploración tiene una zona con tumefacción sobre el esternón, con dolor a la palpación, sin apreciar crepitación. No se objetivan movimientos anormales del tórax con la respiración. No signos de insuficiencia cardíaca.

## EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS:

Con la sospecha de fractura de esternón se deriva al servicio de urgencias del hospital dónde se realiza radiografía de tórax, analítica y electrocardiograma. La radiografía confirma la fractura del cuerpo del esternón, la normalidad del electrocardiograma y de la analítica permiten descartar afectación miocárdica.

## EVOLUCIÓN:

Se decide tratamiento conservador en domicilio con analgesia (metamizol). Tras 8 semanas desde la caída, la paciente continúa con dolor en la zona del esternón y de la columna dorsal. Durante este período no han aparecido complicaciones cardiopulmonares pero si hay un empeoramiento de su capacidad funcional. La paciente ha estado realizando tratamiento con alendronato y vitamina D desde hace diez años. Se decide derivar a consulta de reumatología para valorar nueva actitud terapéutica para su osteoporosis.

## DISCUSIÓN:

La causa más frecuente de las fracturas de esternón son los traumatismos torácicos de alta energía. No obstante,

se debe considerar también la posibilidad de este tipo de fracturas en pacientes con osteoporosis. En este caso, creemos que la hipercifosis dorsal que presentaba nuestra paciente ha influido en el mecanismo de producción de esta fractura.

## PALABRAS CLAVE:

Fractura; Esternón; Osteoporosis.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Min JK, Sung MS. Insufficiency fractures of the sternum. Scand J Rheumatol 2003; 32(3):179-80.
2. Soubrier M, Dubost JJ, Boisgard S, Sauvezie B, Gaillard P, Michel JL, Ristori JM. Insufficiency fracture. A survey of 60 cases and review of the literature. Joint Bone Spine. 2003 Jun; 70(3):209-18.
3. Huang ZY, Yi BL, Liu HY. Sternal insufficiency fractures of post-menopausal women: retrospective analysis of 17 cases. Chin Med Sci J. 2012 Jun; 27(2):101-5.
4. Sapherson DA, Mitchell SC. Atraumatic sternal fractures secondary to osteoporosis. Clin Radiol. 1990 Oct;42(4): 250-1.

## NIVELES DE EMPATÍA EN MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO.

AUTOR PRINCIPAL: Rodríguez Álvarez, Jesús.

RESTO DE AUTORES: Moreta Cuevas, Josué; Uribe Mancilla, Martha Milagros; Turea, Natalia.

CENTRO DE TRABAJO:

Centro de Salud El Balconcillo. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Guadalajara.

## OBJETIVOS:

Evaluar niveles de empatía en los médicos internos residentes de primer año, empleando como instrumento la "The Jefferson Scale of Physician Empathy" (EEMJ).

## MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Población: Médicos internos residentes de primer año de provincia Guadalajara.

Criterios de inclusión: médicos internos residentes de primer año que realizan el curso de Introducción a la relación clínica.

Variables: Sexo, año de nacimiento, especialidad, valores en la escala de empatía.

Instrumentos: Valoración de niveles de empatía a través de una escala validada, "The Jefferson Scale of Physician Empathy", que consta de 20 ítems formulados como pre-

guntas, divididas en 10 con sentido positivo y 10 con sentido negativo.

Método de recogida de datos: A través de la cumplimentación anónima e individual de las encuestas distribuidas a los médicos internos residentes que asistieron al curso de "Introducción a la relación clínica" celebrado en Guadalajara.

Análisis estadístico: Análisis descriptivos de la muestra, frecuencias para variables cualitativas y medias y DS para variables cuantitativas.

## RESULTADOS:

N: 62 médicos internos residentes, edad media 32,67 con desviación típica de 7,27, promedio de empatía de 5,66 (1-7).

## CONCLUSIONES:

Se estiman niveles altos de empatía en médicos internos residentes de primer año, con mayor predominio en mujeres y sin diferencias significativas según la especialidad elegida.

## PALABRAS CLAVE:

Empathy; Relationship patients doctors; Hospital residents.

## POR SI ACASO...

AUTOR PRINCIPAL: (1) Coca Gonzales, Cindy Patricia.

RESTO DE AUTORES: (2) Núñez Jurado, Clara Isabel; (3) Piñero Cartagena, John Caleb; (4) Dinzey de Rojas, Eunice Altagracia; (5) Alva Téllez, Dina Erika.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 2 y 5) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de

Salud Cuenca III. Cuenca.

(3 y 4) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca I. Cuenca.

## OBJETIVOS:

Conocer la efectividad de una intervención de Educación

Para la Salud (EPS) en el manejo de la fiebre y el uso racional del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).

#### **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Estudio antes-después.

#### **EMPLAZAMIENTO:**

SUAP entre Noviembre de 2012 y Abril de 2013.

#### **PARTICIPANTES:**

Padres que consultan por fiebre en niños <14 años.

#### **INTERVENCIÓN:**

Una intervención puntual de EPS.

#### **MEDICIONES Y RESULTADOS:**

Se cumplimenta un cuestionario recogiendo datos socio-demográficos y sobre conocimientos, habilidades y actitudes respecto a la fiebre y control telefónico en tres meses. El control de la frecuentación a través de la aplicación de historia clínica informatizada (Turriano).

Acudieron 245 niños con fiebre y participaron 239 padres (Tasa respuesta: 97,8%).

Edad media: 3,5+/-2.9 años, 51,5% niñas.

Un 27.5% mejoraron conocimientos sobre la fiebre.

Un 90% no consideran la fiebre una enfermedad sino un mecanismo de defensa/manifestación de enfermedad. La percepción de cuanto más alta la fiebre más grave la enfermedad disminuyó un 19,9%.

La temperatura media considerada peligrosa: 39,1+/-0.7°C.

## **TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS: CONSUMO EN ALUMNOS DE 2º DE E.S.O. (CENTRO DE SALUD URBANO).**

AUTOR PRINCIPAL: Gascueña Luengo, M.

RESTO DE AUTORES: Caballero Moreno, M.Ll.; Calvo Orduña, M.J.; Azagra Antín, A.; Marín Vega, S.; Palomares Muñoz, I.

CENTRO DE TRABAJO:

Centro de Salud Guadalajara-Sur. Guadalajara.

#### **OBJETIVO:**

Determinar la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en alumnos de 2º E.S.O. de centros escolares adscritos al C.S.

#### **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Estudio descriptivo transversal.

#### **INTERVENCIONES:**

Encuesta cerrada que se entrega a los tutores para que sea cumplimentada anónimamente en el aula. El período de recogida de información ha sido a la semana de su entrega a los tutores.

#### **EMPLAZAMIENTO:**

En centros escolares de Zona Básica de Salud de un centro urbano.

71,4% consideraba  $T \geq 40^\circ\text{C}$  produce convulsiones y 48.6% después.

Un 46,3% trataba de forma correcta (con malestar general o dolor) mejorando a 65.6%; la alternancia Paracetamol /Ibuprofeno disminuyó de 28% a 19,9%.

23,7% suspendieron medios físicos para bajar la temperatura (55,7% a 32%). Del 57,8% que despertaban al niño para administrar antipiréticos disminuyó a 39,4%. Del 79,1% que los desabrigan pasan a 67,5%.

52.7% esperaban menos de una hora para controlar la temperatura y 38.1% después.

Los motivos de demanda a urgencias por fiebre con diferencias estadísticas significativas son:

-Temperatura  $>38^\circ\text{C}$ : antes 70.7%, después 49.4%.

-No baja fiebre tras 1h antitérmico: antes 64.9%, después 54.5%.

-Respiración rápida-agitada: antes 84.1%, después 94.8%.

En menores de un año la frecuentación media fue 0.69+/-0.91 y posteriormente 2.21+/-1.77. En mayores de un año la media fue 1.22+/-1.37 y después 1.55+/-1.24.

#### **CONCLUSIONES:**

Los resultados nos demuestran que la intervención de EPS fue efectiva con respecto a los conocimientos, actitudes y habilidades de los padres frente al manejo de la fiebre en domicilio. Sin embargo la frecuentación a los servicios de urgencias sigue siendo elevada.

#### **PALABRAS CLAVES:**

Fiebre; Niños; Educación para la Salud.

#### **PARTICIPANTES:**

205 Jóvenes de 13 a 15 años (100 HOMBRES Y 105 MUJERES) que cursan estudios de 2º de Enseñanza Secundaria Obligatoria de un total de 224 alumnos de 4 colegios.

#### **MEDICIONES Y RESULTADOS:**

No consumen ninguna sustancia estudiada: 59% (IC:49.39%-68.63%) varones y 64.7% (IC:55.55%-73.84%) mujeres; Fuman: 2% (IC:0%-4.74%) varones y 1.9% (IC:0%-4.51%) de mujeres. Beben alcohol: 27% (IC:18.29%-35.70%) varones y 12.38% (IC:6.08%-18.67%) mujeres. Consumen alguna droga: 1% (IC:0%-2.95%) varones y 1.9% (IC:0%-4.51%) mujeres. Consumen alcohol y tabaco: 9% (IC:3.39%-14.60%) varones y 3.8% (IC:0.143%-7.45%) de mujeres. Consumen alcohol y drogas: 3% (IC:0%-6.34%) varones y 0.95% (IC:0%-2.80%) de mujeres. Consumen las 3 sustancias: 2% (IC:0%-4.74%) de varones y 4.76% (IC:0.68%-8.83%) de mujeres.

#### **CONCLUSIONES:**

Más de la mitad de los jóvenes de ambos sexos no consumen las sustancias tóxicas estudiadas. Importante consumo de las 3 sustancias en ambos sexos. Existe predominio de hombres sobre mujeres que consumen alcohol. La pre-

valencia de consumo de las tres sustancias es más elevada en las mujeres que en los hombres. Según nuestros datos hemos observado que desde 1998 existe una importante disminución del consumo de tabaco y aumento del consumo de drogas y alcohol.

## **EXPERIENCIA PROFESIONAL: VALORACIÓN GERIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

**AUTOR PRINCIPAL:** (1) Longinos Rodríguez, Paloma.  
**RESTO DE AUTORES:** (2) Vargas Gómez, María de la Cabeza; (3) Urteaga Bardales, Luis; (4) Arribas Aguirregaviria, Francisco Javier.

**CENTRO DE TRABAJO:**  
(1, 2 y 3) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.  
(4) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

### **OBJETIVO:**

Valoración médica de nuestros pacientes geriátricos inmovilizados para establecer un plan de cuidados regular, con visitas regladas y conseguir un mejor control de sus patologías evitando ingresos hospitalarios.

### **CARACTERÍSTICAS:**

En los últimos tres meses hemos realizado una valoración médica y social de nuestros pacientes geriátricos inmovilizados. Cada semana hemos acudido al domicilio de 1-2 pacientes para comprobar su situación actual mediante escalas de valoración funcional, psicoafectiva y sociofamiliar. Hemos revisado la medicación del paciente y cuantificado el tiempo invertido en cada paciente, incluyendo el trayecto.

### **RESULTADOS:**

13 pacientes se encuentran incluidos en el protocolo de pacientes inmovilizados, con una edad media de 84,46 años. El 84.6% de nuestros pacientes son mujeres. La enfermedad neurológica es la causa de inmovilismo en el 53,9% . El 69,2% de ellos obtiene una puntuación de Barthel inferior a 65, que supone una dependencia severa.

## **EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ANTIPARKINSONIANOS EN UN ÁREA DE SALUD.**

**AUTOR PRINCIPAL:** Ortiz García, Rosalía.  
**RESTO DE AUTORES:** González Zarega, Andrea Paola; López Gosling, Iñaki; Guzmán Tasayco, Ángel.

**CENTRO DE TRABAJO:**  
MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara-Sur. Guadalajara.

### **OBJETIVOS:**

1. Determinar la distribución del consumo de medicación antiparkinsoniana en un Área de Salud según criterios geográficos, sociodemográficos y clínicos, 2. Evaluar el coste por persona de este consumo en el total del Área y según ZBS, 3. Hallar la prevalencia de la enfermedad de Parkinson en el Área y la tipología de la misma.

### **PALABRAS CLAVE:**

Sustancias; Tóxicas; Jóvenes.

En la escala de Pfeiffer el 69,2% comete menos de 5 errores, deterioro cognitivo leve. Escala de Gijón para la valoración sociofamiliar, riesgo social 7,7% de nuestros pacientes. Todos viven en domicilio propio o de sus hijos. El 100% toma 4 o más medicamentos. El tiempo invertido en cada visita alcanza una media de 29,6 minutos.

### **CONCLUSIONES:**

Existen varios pacientes incapacitados para acudir al centro por dificultades de movilización. En estos pacientes es frecuente que tras las hospitalizaciones se les remita a otros especialistas a los que probablemente no puedan acudir y que en ocasiones acumulen múltiples medicaciones pautadas desde distintos servicios. Si pudiéramos acudir a sus domicilios de forma frecuente para revisar la evolución de sus dolencias sería posible establecer y revisar medidas que mejoraran su calidad de vida.

### **APLICABILIDAD:**

Valorando a los pacientes inmovilizados pretendemos crear un programa de visitas periódicas para controlar las principales patologías, en la mayoría de los casos crónicas, problemas y cuidados y así intentar que se mantengan estables y sin necesidad de ingresos. En nuestro caso, teniendo 13 pacientes inmovilizados y con un tiempo medio por visita de unos 30 minutos podríamos establecer 2 visitas a la semana y éstos serían revisados aproximadamente bimensualmente; así seríamos capaces de comprobar de manera más cercana la necesidad o no de tratamientos y cuidados que reciben nuestros pacientes y promover hábitos de vida saludables para optimizar sus condiciones de vida y que se encuentren confortables.

### **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Estudio descriptivo transversal.

### **EMPLAZAMIENTO:**

Estudio realizado en el ámbito de la Atención Primaria, en toda el Área de Salud.

### **PARTICIPANTES:**

1265 personas de ambos sexos, de todas las edades, siendo el criterio de inclusión el consumir medicación antiparkinsoniana y el de exclusión, el no figurar en su historia clínica alguna de las variables estudiadas.

**INTERVENCIONES:**

Muestreo aleatorio simple. Utilización de base de datos de la Unidad de Farmacia de la Gerencia e historia clínica.

**MEDICIONES Y RESULTADOS:**

Mayor consumo en personas de 80 a 89 años (32,9%,  $p < 0,01$ ), mujeres (50,9%, NS), en medio rural (0,53% de la población, NS), en la ZBS de Alcolea (3,27% de la población,  $p < 0,001$ ) y debido fundamentalmente a la enfermedad de Parkinson (50,6%,  $p < 0,001$ ), siendo la medicación más consumida la levodopa/carbidopa (33,9%,  $p < 0,001$ ). La media del coste de este consumo por persona es de 514,37 euros en el Área, correspondiendo el mayor coste a la ZBS de Cogolludo (837,79 euros,  $p < 0,001$ ). La preva-

lencia de la enfermedad de Parkinson en el Área es de 0,27%, siendo el tipo más prevalente el II de Yahr (43,4%).

**CONCLUSIONES:**

Consumo de antiparkinsonianos con características similares a las de otras zonas de España, mayor en ancianos y sin diferenciación de sexo y medio. Elevada desproporción del coste por persona en algunas ZBS respecto a la media del Área. Prevalencia media de la enfermedad de Parkinson, inferior a otros estudios consultados.

**PALABRAS CLAVE:**

Antiparkinsonianos; Coste; Prevalencia enfermedad Parkinson.

**SITUACIÓN LABORAL DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA FORMADOS EN LA UNIDAD DOCENTE DE CIUDAD REAL.**

AUTOR PRINCIPAL: (1) Vera Nieto, Nancy.

RESTO DE AUTORES: (2) Robles Monroy, María Teresa; (3) Arenas García, Ana María; (4) González Correales, Ramón; (5) Villar Martínez, Marcos; (6) Ciudad Rodríguez, María del Carmen.

CENTRO DE TRABAJO:

(1, 2 y 3) MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real II. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Ciudad Real.

(4) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Real II. Ciudad Real.

(5 y 6) Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Ciudad Real.

**OBJETIVOS:**

Conocer la situación laboral de los médicos de familia que se forman en una unidad docente.

**DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Estudio descriptivo, transversal mediante encuesta por correo y telefónica.

**EMPLAZAMIENTO:**

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Ciudad Real.

**PARTICIPANTES:**

Todos los médicos de familia formados en esta Unidad Docente ( $n = 324$ ). Respuestas: 189. Tasa de respuesta 58,3%.

**MEDICIONES Y RESULTADOS:**

Mujeres 69,8%, media de edad  $39,6 \pm 4,6$  años sin diferencias por sexos, extranjeros 4,2% (5,5% desde 2003). Optaron por una segunda especialidad un 12,2%. El 48,7% trabajan como MF en E.A.P., le siguen las plazas de urgencia hospitalaria (17,1%). El 32,3% tienen la plaza en propiedad, de los que el 65,9% son interinos y el 34,1% eventuales. El tiempo medio en conseguir un contrato estable fue de  $1,6 \pm 1,8$  años ( $2,2 \pm 2,2$  en la década 1993-2003 Vs.  $1 \pm 1,2$  de 2004 a 2012. T Student.  $p < 0,0001$ ). Han ocupado, en algún momento, cargos de libre designación en áreas de atención primaria el 16,8% y desarrolla actividades de docencia el 64,7%.

**CONCLUSIONES:**

Algo más de la mitad de los antiguos residentes no trabaja como médico de familia en equipos de atención primaria. El predominio en la especialidad es femenino y con una baja proporción de ocupación de plazas en propiedad.

**PALABRAS CLAVE:**

Médicos residentes; Unidad Docente; Situación laboral.



## ENTIDADES COLABORADORAS



### SECRETARÍA TÉCNICA

MUNDICONGRES, SL.

C/ Iturbe, 5 - 3º B - 28028. Madrid.

Tel.- 91 411 6996. Fax.- 91 557 2175

[mundicongres@mundicongres.com](mailto:mundicongres@mundicongres.com) [www.mundicongres.com](http://www.mundicongres.com)