

089-O-P

Clasificación por enfermería: ¿un tema polémico?

Zamorano Bayarri E, González García RM, Coronado Samblás MJ, Rodríguez Moreno R, Casao Monteagudo C, Moreno Hernández I

OBJETIVOS

Conocer el grado de resolución de patología aguda atendida por enfermería en un centro de atención primaria. Conocer el grado de satisfacción pacientes y profesionales sanitarios.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo longitudinal de una población semi-rural durante 2008. La obtención de la muestra fue mediante muestreo aleatorio sistemático de pacientes que solicitaron visita urgente y fueron atendidos en primera instancia por enfermería. Las variables de estudio fueron: encuesta a usuarios (edad, sexo, quién visita, estar de acuerdo, disminución de calidad asistencial, satisfacción de la visita) y encuesta a profesionales (sexo, edad, categoría profesional, resolución por enfermería, disminución calidad asistencial, disminución de presión asistencial, satisfacción del programa) Los datos se obtuvieron mediante revisión de historias clínicas y encuestas. Se excluyeron los pacientes domiciliarios y los menores de 15 años.

RESULTADOS

Se seleccionaron 150 pacientes, 55% hombres (n=82/150), con promedio de edad de 42 años (16-82). Las patologías agudas atendidas: heridas 18,5%, infecciones urinarias 2,7%, odontalgias 6,7%, infecciones respiratorias de vías altas 3%, ojo rojo 7,1%, anticoncepción de emergencia 9,4%, odinofagia 2,3%, diarrea 3,2% quemaduras 4%, crisis hipertensivas 3%, entorsis 2,7%. Se encuestó a 8 profesionales y 150 pacientes. El 50% de los profesionales y 80% de los usuarios están satisfechos con la iniciativa del programa. El 45% de los profesionales y el 70% de los pacientes no creen que la calidad asistencial disminuya si se usan las guías /protocolos de actuación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería resuelven y gestionan toda la demanda espontánea/urgente producida en el centro y da respuesta a las patologías agudas leves más frecuentes dentro del marco de sus competencias con alto grado de resolución. Se concluye a través de las encuestas que los usuarios no ven disminuida la calidad asistencial y se encuentran satisfechos con la asistencia. La discrepancia observable en algunos profesionales disminuirá cuando los protocolos sean implantados definitivamente.

I34-O-P

Contando hipertrofias ventriculares izquierdas. Criterios de voltaje: pero, ¿cuántos?

Zardoya Zardoya M, Hernández Galindo M, Doiz Arriazu R, Doiz Arriazu M, Pozueta Diéguez G

OBJETIVOS

Realizar revisión sistemática de electrocardiogramas de pacientes crónicos hipertensos de nuestro equipo. Valorar la existencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) según distintos criterios de voltaje. Determinar si es aconsejable el uso de uno o varios criterios de voltaje en el diagnóstico de la HVI.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y transversal, realizado durante el mes de Abril 2009. Utilizamos estadístico Z, con un IC de confianza del 95% para una prevalencia del 16% y un grado de precisión de 0,06. La muestra se obtiene de dos cupos de pacientes hipertensos de los 7 existentes en nuestra zona básica, de forma aleatoria (n=150). Son excepciones: pacientes con necrosis miocárdica, BRI y derrame pericárdico; estas excepciones se reemplazan por el nombre siguiente de la lista. En la lectura de los ECG se incluyen los criterios de Sokolow-Lyon (SV1+RV5 >35mm), Cornell (RVL+SV3 >20mm en mujeres y >28mm en varones), Talbot (R >16mm en V2) y Koito-Spodik (RV6 > RV5). Como valores de referencia para

estudiar sensibilidad y especificidad se utilizó el criterio de Sokolow (25-43% de sensibilidad y 95% de especificidad).

RESULTADOS

Criterio de Sokolow: sensibilidad de 31,25%, especificidad de 100%, valor predictivo positivo de 100% y valor predictivo negativo de 84,28%. Criterio de Cornell: sensibilidad de 90,90%, especificidad de 81,24%, valor predictivo positivo de 45,45% y valor predictivo negativo de 98,11%. Criterio de Koito-Spodik: valor predictivo positivo de 25,58% y valor predictivo negativo de 76,56%. Tan sólo 2 electros tienen criterio de Talbot positivo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El ECG es la herramienta básica en el manejo del paciente hipertenso y la aplicación de criterios de voltaje puede ayudar en la práctica diaria diagnóstica de la hipertensión arterial, como se recomienda en las guías de práctica clínica. Los mejores resultados se obtienen aplicando el criterio de Sokolow y de Cornell, y no se obtiene ni mejor sensibilidad ni mejor especificidad usando, además de éstos, ninguno de los otros criterios analizados.

I4I-O-O

Promoción de actividad física en ancianos. Experiencia de colaboración interinstitucional

Zuazagoitia Nubla JF, Vergara Martincorena I, Río de Frutos X, Idoiaga Arrospide M, Pérez Rodríguez V, Ibáñez B

OBJETIVOS

Describir los beneficios de un programa reglado de actividad física en pacientes con factores de riesgo. Programa de 20 sesiones que se desarrolla a lo largo de 3 meses en las que se trabajan las cualidades físicas básicas junto con la coordinación y el equilibrio.

METODOLOGÍA

Se seleccionaron 85 sujetos de edad superior a 65 años y con presencia de factores de riesgo cardiovascular elegidos mediante técnica de muestreo consecutivo en consultas de control de sus factores de riesgo en el Centro de Salud, tanto de medicina como de enfermería. Se diseñó un programa de actividad física de tres meses de duración. El programa se desarrolló en las instalaciones del centro de salud y fue ejecutado por un licenciado IVEF. El programa era progresivo en cuanto a las características de los ejercicios planteados.

RESULTADOS

El nivel de actividad física (AF) se incrementó una media de $\beta=2.000$ puntos por persona ($p<0,001$).

Esta mejoría se mantuvo en el tiempo. La diferencia entre el control realizado inmediatamente tras la intervención y a los 3 meses de su finalización no fue significativa ($p=0,473$), pero significativa a los 3 meses con respecto al valor basal ($p<0,001$), con una media de 2.465 puntos de incremento total. Son las personas más sedentarias las que más modifican su AF. Los valores de PAS muestran decremento significativo entre el momento pre y el momento post intervención de aproximadamente 5 puntos de media ($p<0,001$). En cuanto a la evolución de la autovaloración de salud percibida a lo largo del seguimiento, tanto EVA como el Termómetro muestran incrementos positivos de calidad de vida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Resultado positivo en el incremento de actividad física con efecto positivo mantenido en el tiempo. Mejoría de la autopercepción del estado de salud. Descenso de la presión arterial sistólica. La actividad física reglada resulta beneficiosa para aumentar la calidad de vida de las personas de edad avanzada y para mejorar algunos factores de riesgo cardiovascular.

I45-O-P

El tabaco en la escuela

Gombáu Aznar E, Bueno Lozano M, Pérez Beriáin R, Lasheras Díaz G, Sandúa Sada M, Guerra Martínez MP

OBJETIVOS

En el marco de la promoción de la salud nos dirigimos a la población escolar con el interés de promover la educación para la salud, prevenir inicio del consumo de tabaco en las escuelas e impulsar ambiente libre de humo de tabaco y conductas sanas.

METODOLOGÍA

Desde 2004, coincidiendo con el "Día Mundial sin Tabaco", a iniciativa de la Comisión de Educación para la Salud y en coordinación con los centros escolares de Cascante, Monteagudo y Ablitas, se desarrolló dicha actividad dirigida a los escolares de 5º y 6º de Primaria. Se realizó un concurso de carteles y/o redacciones con el tema "lo perjudicial que supone para la salud el fumar". Los trabajos fueron expuestos en los respectivos consultorios y centros de salud. Hubo premios para los considerados mejores y un pequeño detalle para los demás participantes.

RESULTADOS

El éxito de participación por parte de los escolares

fue del 100% (los 120 alumnos de la zona, de 5º y 6º de Primaria, se concienciaron de lo perjudicial del consumo de tabaco). La colaboración y apoyo por parte de los padres de dichos escolares fue del 99%. Las Asociaciones de Padres quedaron muy satisfechas (100% reconocieron el éxito de la actividad y expresaron su interés en que se repita en años posteriores). Aportación económica por parte de los Ayuntamientos (33%) de cara a mejorar los premios. Agradecimiento al profesorado. Hubo Notas de Prensa en "La Voz de la Ribera" y en el "Diario de Navarra" que destacaban el éxito del concurso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El nivel de satisfacción tras el concurso fue del 100%. Desde el Departamento de Salud en colaboración con el de Educación el abordaje del tabaquismo se basa en medidas en los centros escolares, promoción de espacios libres de humo y promoción del abandono del tabaco entre los fumadores. ¿Por qué los escolares? Puntos de venta incontables, "probar lo desconocido". Afrontar situación tan compleja requiere medidas intersectoriales.

I46-O-0

Evolución de las intoxicaciones agudas por drogas en el área sur de la Comunidad de Madrid

Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S

OBJETIVOS

Presentar las variaciones epidemiológicas de las intoxicaciones agudas por drogas (IAD) en el periodo 1979-2004. Divulgar el programa VEIA y estimular el interés de los médicos generales y de familia por las IAD, patología para la que somos requeridos en primera instancia o seguimiento, y cuyos patrones de comportamiento se definen en VEIA.

METODOLOGÍA

Revisión de las historias clínicas de todos los pacientes asistidos por IAD en los años 1979, 85, 90, 94, 97, 2000 y 2004. Valoración de sexo, edad, tipo de droga, asociaciones con otros tóxicos, intencionalidad, distribución semanal y posterior destino de los pacientes. Los resultados de cada año son comparados con los restantes. Se trata de un estudio transversal en el que se han aplicado técnicas básicas de estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se estudian 6.095 casos de intoxicaciones, de ellos 832 (13,7%) fueron IAD (34/100.000 habitantes). En 1979 fueron 15 pacientes (13 hombres y 2 mujeres); en 1985, 59 (51/8); 283 en 1990 (241/42); en 1994,

57 (44/13); 83 en 1997 (64/19); 116 en 2000 (83/33) y 219 en 2004, último revisado (167/52). La media aritmética de la edad 21, 22, 25, 28, 29 y 29 años, respectivamente. El cannabis fue droga principal en 82 casos: 5, 5, 5, 2, 14, 18 y 33, respectivamente. Cocaína 2, 2, 27, 13, 44, 59 y 172 casos, respectivamente (total 279); heroína en 457 casos: 3, 49, 268, 42, 39, 36 y 20, respectivamente; LSD en 22 1, 0, 4, 4, 8, 5 y 0, respectivamente. Las anfetaminas fueron causa en 44 casos: 1, 0, 1, 1, 5, 14 y 22, respectivamente. Por último, un grupo de "otras" con 34 casos: 1, 4, 0, 0, 5, 9 y 15, respectivamente. Asociaron alcohol 25%. Fármacos 10% y otras drogas 20%. Fin suicida: 10%; 2% accidentales. Fallecieron 5/1000.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En los 25 años revisados la incidencia ha aumentado de modo importante en ambos sexos, más los casos en mujeres, que en 2004 ya representan una cuarta parte. La edad aumenta gradualmente. Por tóxicos hay 4 periodos diferenciados: 1979-90 (cannabis y menos heroína, cocaína y LSD, pocos casos), 1990-94 (ascenso de la heroína parenteral), 1997-2000 (la cocaína es causa de la mayor parte de las urgencias) y a partir de 2000, además de aumentar los casos por cocaína, aparecen nuevas drogas.

I58-C-P

Parsonage-Turner: el síndrome simulador

Villamor de Santiago MT, Bueno Valdés MD, Delgado Rodríguez MJ

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Parsonage-Turner o neuritis braquial es una entidad poco frecuente, de etiología y patogenia desconocidas, escasamente descrita. Presenta una incidencia de 1,5 casos/100.000 habitantes, con predominio del sexo masculino (2:1), principalmente en la segunda y tercera décadas de la vida.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 28 años, albañil. Presenta dolor intenso en hombro derecho (D) sin relación con los esfuerzos, de 10 días de evolución, sin antecedentes traumáticos ni vacunas. No hábitos tóxicos. Exploración física: limitación funcional tanto activa como pasiva sobre todo para elevación y abducción del hombro D. Hipoestesia en región deltoidea D y primer dedo de mano D. Amiotrofia de predominio en deltoideos, tríceps y supra e infraespinoso D. En las pruebas complementarias destaca electromiograma con datos de denervación aguda que indican neuropatía axonal. Se pautó prednisona a dosis altas durante 8 días, con pauta descendente posterior. Se completó con tratamiento rehabilitador. Actualmente asintomático.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En atención primaria se dan con frecuencia consultas relacionadas con algias de tipo mecánico. Aunque casi siempre la etiología es banal, existen casos menos frecuentes, pero de mayor importancia, para los que es imprescindible un correcto diagnóstico diferencial. En el caso que nos ocupa es esencial comprobar que no existe antecedente traumático y sí presencia de síntomas acompañantes menos frecuentes, como disminución de tono y fuerza muscular y alteraciones sensitivas.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras clave: braquial, plexus, neuritis. 1.- Wendling D, Bouchaud-Chabot A, Chabroux A, Toussirot E, Bardin T, Michel F. Parsonage-Turner syndrome revealing Lyme borreliosis. *Joint Bone Spine* 2009;76:202-4. 2.- Watts G, Falder S, Rea S, Silbert P, Wood F. Parsonage-Turner syndrome in a major burns patient. *Burns* 2008; Epub al principio de la impresión. 3.- Valdivieso EF, Sanz SM, Lázaro. Parsonage-Turner syndrome. *Atención Primaria* 2007; 39:622.

I59-0-0

Valoración de la utilidad de la rejilla de Amsler en la consulta de atención primaria para la detección de la degeneración macular asociada a la edad

Bucheli Figueroa EJ, Aranda Arias M, Ortiz Monzó F, Durán Garrido E, Villar Salazar LA, Cobo de la Cruz

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad de la exploración con la rejilla de Amsler en pacientes mayores de 50 años para el diagnóstico precoz de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), así como su relación con algunos factores de riesgo cardiovascular.

METODOLOGÍA

El estudio se realizó en el Centro de Salud "Eloy Gonzalo" de Madrid. Se hizo un muestreo aleatorio por conglomerados en tres de nuestras consultas a todos los pacientes que acudieron durante una semana por motivo distinto de problema visual. Fueron explorados con la rejilla de Amsler y los que tenían alteración se remitieron a la consulta de oftalmología para su valoración de afectación macular retiniana. Con la edad se recogieron otras variables como sexo y presencia de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus y patología coronaria. El estudio multivariante se realizó mediante regresión múltiple con el programa G-Stat versión 2.0.

RESULTADOS

La población de la zona de salud en el momento del estudio era de 24.547 habitantes. De ellos tenían

más de 50 años 9.391. En las tres consultas donde se realizó el estudio los mayores de 50 años eran 577, 629 y 758, respectivamente. Durante dicho periodo de tiempo se exploró con la rejilla de Amsler a 40, 35 y 69 pacientes, respectivamente, de los cuales se remitieron a oftalmología por presentar alteración visual a 2, 5 y 4, respectivamente. De los 11 que fueron a oftalmología se objetivó afectación de DMAE en 6. La estimación de nuestra prevalencia ha resultado del 4%. En el estudio multivariante que se realizó no hemos observado significación estadística en las variables estudiadas; sólo tener edad de 60 a 90 años ha resultado próximo a la significación estadística ($p=0,06$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio, realizado para valorar la eficiencia de la utilidad en la consulta como cribado para el diagnóstico precoz de la DMAE, ha resultado positivo, aunque hay que realizar varios matices respecto a su uso, como aumentar la edad para obtener suficientes estudios positivos. Como se conoce de otros estudios, tampoco hemos encontrado relación con factores de origen cardiovascular. La utilización de la rejilla de Amsler puede ser un método valioso en atención primaria.

I60-O-P

Perfil del hipertenso incumplidor en el ABS de Santa Perpetua de Mogoda

Martí Martínez MC, Herranz Fernández M, Herrero Alonso C, Perallón Solans N, Tomás Lachos M, Carmona Segado JM

OBJETIVOS

Valoración del perfil de los pacientes hipertensos incumplidores y/o no controlados en su seguimiento en el Centro de Atención Primaria de Santa Perpetua de Mogoda, población semiurbana de 22.500 habitantes.

METODOLOGÍA

Se realiza estudio observacional y transversal realizado en un cupo médico de 1.700 pacientes, de los que 456 tienen hipertensión arterial de más de un año de evolución, sin o con 1 ó 2 factores de riesgo cardiovascular (hombres mayores de 55 años, mujeres mayores de 65 años, fumadores, dislipémicos, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura y obesidad abdominal). Se usó el juicio médico para la clasificación del incumplidor y la cifra de tensión arterial (TA) menor o igual a 140/90 mmHg como niveles de control de la TA. Se realizan contrastes divariados con T-Student y Chi-cuadrado, ambos con nivel de error I del 5%.

RESULTADOS

El juicio médico detectó 27,2% de incumplimiento terapéutico y 43,6% tenían cifras de TA mayores de 140/90 mmHg. La edad media de los cumplidores es de 60 +/-15 años ($p < 0,0001$) y la de los incumplidores es de 53 +/-15 años ($p < 0,0001$). Los cumplidores tienen estudios medios en 28,3% ($p < 0,0001$) y los incumplidores en 42,7% ($p < 0,0001$). En los cumplidores el médico que prescribe era de atención primaria en 59,9% ($p < 0,0001$) y en el resto especialistas ($p < 0,0001$); en los incumplidores el médico que prescribe era de atención primaria en 77,4% ($p < 0,0001$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la valoración del juicio Médico, los incumplidores tienen como perfil mediana edad, estudios medios y son tratados por el médico de atención primaria.

161-O-P

Factores menores de riesgo de osteoporosis y densitometría ósea en mujeres de entre 45 y 65 años

Medina de la Casa R, Hispán Calles R, Martínez López-Alcorocho A, Rodríguez Fernández M, Delgado Moreno-Arrones A, Martín Torres MJ

OBJETIVOS

Valorar densitometría ósea mediante absorciometría digital de calcáneo computarizada de doble energía a rayos X (DXA) en mujeres de entre 45 y 65 años. Analizar posibles variables que puedan intervenir en el desarrollo de la osteoporosis. Poner en marcha actividades protectoras para evitarla.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Realización de densitometría ósea mediante DXA en nuestro centro de salud a mujeres entre 45 y 65 años. Interpretación según t-score: normal ≥ -1 ; osteopenia entre -1 y -2 ; osteoporosis < -2 . Valoración de parámetros: edad, menopausia precoz, tabaco, lácteos, café, ejercicio, alcohol.

RESULTADOS

De 169 mujeres, 40,24% tienen entre 55-64 años

y 42,01% entre 45-54 años. Presentan menopausia precoz 8,9%, osteopenia 63,9%, osteoporosis 4,1%, ingestión de lácteos 97,6%, hacen ejercicio físico habitual 59,8%, fuman 13%, toman café 49,1%, consumen alcohol 7,1%. Realizando el estadístico de Fisher, agrupando osteopenia y osteoporosis, se alcanza significación estadística únicamente con la edad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Sólo un tercio de las DMO realizadas están en rango de la normalidad. En nuestro estudio, debido a que el tamaño muestral es pequeño, sólo es significativa la variable de la edad en el desarrollo de la osteoporosis. Nos ha dado un pequeño porcentaje de osteoporosis con la DXA del calcáneo que se ha corroborado con la realizada por la técnica DXA en columna lumbar y cadera. Se dan consejos para la prevención primaria: hábitos dietéticos, ejercicio físico y eliminación de hábitos tóxicos (café, tabaco y alcohol).

I64-C-P

Uretritis en el varón

Pérez de Prado M, Muñoz Cabañero G, Medina de la Casa R, Hispán Calles R, Martínez López-Alcorocho A, Delgado Moreno-Arrones A

INTRODUCCIÓN

La uretritis gonocócica y no gonocócica se presenta básicamente en población joven y se relaciona con promiscuidad. Hábitos sexuales como inserción oral y anal aumentan el riesgo de infección gonocócica. Se diagnostica uretritis cuando hay secreción mucopurulenta disuria y enrojecimiento del meato.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Paciente de 25 años, homosexual con pareja estable, que manifiesta que desde hace 10 días presenta secreción mucopurulenta, disuria y enrojecimiento del meato. Se toma muestra de exudado uretral para tinción de Gram y cultivo y se solicita analítica y serología (VIH, RPR y hepatitis). Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica dentro de la normalidad; serología: sífilis, hepatitis B, C y VIH negativas. Se aísla *Neisseria gonorrhoeae* sensible a cefotaxima, cefuroxima y ciprofloxacino.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Es importante el diagnóstico precoz para instaurar el tratamiento inmediato y evitar complicaciones.

Es enfermedad de declaración obligatoria individualizada. Ante varón sexualmente activo con historia sospechosa de uretritis, hay que tomar muestras de la secreción uretral y poner tratamiento empírico inmediato en dosis únicas. En nuestro caso, ceftriaxona 125 mg IM y azitromicina 1 g por posible coinfección con *Chlamydia*. Se le indica abstención de relaciones sexuales hasta desaparición de sintomatología. Hay que examinar a todos los contactos sexuales que se hayan tenido durante los 60 días previos; en nuestro caso fue imposible por negarse la pareja a ser estudiada.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras clave: adolescents, gonorrhoea, urethritis. 1.- Bignell CI. Antibiotic treatment of gonorrhoeae. Clinical evidence for choice. *Genitourin Med* 1996;77:315-20. 2.- Newman LM, Moran JS, Workowski KA. Update on the management of gonorrhoea in adults in the United States. *Clin Infect Dis* 2007;44 Suppl 3:S84-101. 3.- Simpson T, Oh MK. Urethritis and cervicitis in adolescents. *Adolesc Med Clin* 2004;15:253-71.

I67-O-P

Descripción de la población en tratamiento con Sintrom de la zona básica de Cascante

Lasheras Díaz G, Pérez Beriáin R, Gombáu Aznar E, Guerra Martínez MP, Bueno Lozano M, Sandúa Sada M

OBJETIVOS

Desde hace unos años en la zona básica de Cascante se viene realizando el control de pacientes en tratamiento con Sintrom por la determinación del INR. El objetivo del trabajo es conocer la distribución de este grupo de población según sexo, edad y población a la que pertenecen.

METODOLOGÍA

Se realizó una recogida de datos un día determinado de todos los pacientes en tratamiento con Sintrom dentro de nuestra área de salud. Se procedió a distribuirlos según sexo, rangos de años de nacimiento, cupo y municipio al que pertenecen. La zona básica comprende los municipios de Cascante con 2 cupos, Murchante con 2 cupos, Ablitas con 2 cupos y Monteagudo con 1 cupo. En la distribución por cupos y municipios a que pertenecen sólo se ha tenido en cuenta los que son de la zona y tienen médico asignado.

RESULTADOS

La población total es de 19.118 pacientes, de los que 340 están en tratamiento con Sintrom; de ellos, 309 son de la zona y tienen médico en ella, 2 son de

la zona sin médico y 29 son desplazados. Según sexo: 184 son hombres y 156 mujeres (54% y 46% respectivamente). Por fecha de nacimiento: nacidos entre 1900-1909 fue 1 (0,3%), de 1910-1919 fueron 13 (3,8%), de 1920-1929 137 (40,3%), de 1930-1939 113 (33,2%), de 1940-1949 50 (14,7%), de 1950-1959 13 (3,8%), de 1960-1969 4 (1,2%), de 1970-1979 5 (1,5%), de 1980-1989 0 (0%), de 1990-1999 1 (0,3%) y de 2000-2009 fueron 3 (0,9%). Según los cupos: en los de Cascante eran 50 (16%) y 39 (13%), en los de Murchante 65 (21%) y 34 (11%), en los de Ablitas 49 (16%) y 19 (6%), en el de Monteagudo 50 (16%) y en el del Pediatra 3 (1%). En Cascante había 92 (30%), en Murchante 99 (32%), en Ablitas 68 (22%) y en Monteagudo 50 (16%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Basándonos en los datos podemos decir que la mayoría de los pacientes de la zona básica de Cascante en tratamiento con Sintrom son los hombres nacidos entre 1920 y 1929 y que pertenece al 1er cupo del municipio de Murchante.

Por lo contrario, el grupo con menos pacientes en tratamiento con Sintrom son mujeres nacidas entre 1980 y 1989 que pertenecen al segundo cupo de Ablitas.

I69-C-P

Precaución en el uso de timolol maleato combinado con teofilina en asmáticos o bronquíticos crónicos

Medina de la Casa R, Muñoz Cabañero G, Dona A, Almansa Martín MJ, Cobos Soler J, García Cervigón J

INTRODUCCIÓN

Algunas interacciones farmacológicas se producen entre antagonistas de los receptores betaadrenérgicos y las teofilinas, aunque el riesgo de broncoespasmo es más importante cuando se administra a asmáticos o pacientes con bronquitis crónica.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 71 años que refiere que a raíz de instilación de un colirio que le habían recetado en consulta de oftalmología por tensión ocular presenta gran empeoramiento de su disnea con expectoración blanquecina y afebril. Auscultación pulmonar: hipoventilación generalizada, roncus más audibles en bases. Hemograma: hematocrito 48,0%, hemoglobina 16,2; bioquímica, coagulación y electrolitos dentro de parámetros normales. Gasometría arterial: pCO₂ 34,0, pO₂ 64,2, HCO₃ 22,9, SatO₂ 92,5%. Antecedentes personales: EPOC grave, fibrilación auricular, poliglobulia, hernia de hiato, claudicación intermitente y dislipemia. En tratamiento con clopidogrel, teofilina, digoxina, simvastatina, salbutamol, tirotrópico, budesonida/formoterol. Diagnóstico: hiperreactividad bronquial en paciente EPOC grave probablemente secundaria a timolol.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Los pacientes con asma o EPOC no deben tomar antagonistas de los receptores betaadrenérgicos no cardioselectivos, como el timolol. El efecto sobre las vías respiratorias de estos antagonistas es menor, pero aun así pueden causar broncoconstricción. Los broncoespasmos pueden aparecer tras administrarlos por cualquiera de las vías, incluso después de instilar un colirio. Por tanto, lo recomendable es evitarlos, ya que están contraindicados. En este caso se retira de inmediato el colirio junto con las teofilinas, con lo que mejora el cuadro clínico.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras clave: theophylline, chronic bronchitis, beta-adrenergic. 1.- Conrad KA, Nyman DW. Effects of metoprolol and propranolol on theophylline elimination. *Clin Pharmacol Ther* 1980;28:463-7. 2.- Miners JO, Wing LMH, Lillywhite KJ, Robson RA. Selectivity and dose-dependency of the inhibitory effect of propranolol on theophylline metabolism in man. *Br J Clin Pharmacol* 1985;20:219-23. 3.- Minton NA, Turner J, Henry JA. Pharmacodynamic and pharmacokinetic interactions between theophylline and propranolol during dynamic exercise. *Br J Clin Pharmacol* 1995;40: 521P.

170-C-P

Distrofia simpática refleja o síndrome de Sudeck

Medina de la Casa R, Muñoz Cabañero G, Leal Tejada F, Villaseñor González M, Assi S, Ortega Rodríguez P

INTRODUCCIÓN

Síndrome caracterizado por dolor sostenido, trastornos vasomotores y manifestaciones atróficas y dis-tróficas, en cuyo origen y/o mantenimiento está impli-cado el sistema nervioso simpático. Puede afectar a una o más regiones articulares. Los traumatismos y las fracturas son las causas más frecuentes.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 42 años que acude a urgencias por presen-tar herida contusa en primer dedo de pie izquierdo, atri-buido a torsión y golpe contra un bordillo. En radiografía de pie no se aprecia fractura. Se realiza tratamiento reha-bilitador en la compañía de seguros; a los 3 meses pre-senta edema delimitado alrededor de la región dolorosa, calambres y sensación de presión en el talón y planta del pie que aumenta al inicio de la marcha. En RNM tobillo/pie: edemas óseos en astrágalo y cambios edematosos en fascia plantar. A los 7 meses mejoría con plantillas de descarga y ejercicios de estiramiento todos los días.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Hay que establecer el diagnóstico por sus caracte-rísticas clínicas: dolor urente, disestesias, tumefacción,

edema, piel enrojecida y sudoración y con una gran impotencia funcional, pues no existe ninguna prueba de laboratorio para diagnosticarla. Es crucial el diag-nóstico temprano para su mejor rehabilitación. El fisio-terapeuta enseñará a usar la extremidad afectada durante las actividades diarias. Son muy útiles la nata-ción y los ejercicios en la piscina. El diagnóstico dife-rencial se hace con patología venosa obstructiva de las piernas, cáncer de seno con extensión a los gan-glios linfáticos, entre otras. En casos dudosos hay que realizar gammagrafía ósea, en la que es constante la hipercaptación gammagráfica.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras clave: distrofia simpático-refleja, trauma-tismos, diagnóstico temprano. 1.- Alegre López J, Álvarez Lario B. Síndrome de dolor regional complejo. Distrofia simpático-refleja. En: Alonso Ruiz A, Álvaro-Gracia Álvaro JM et al (eds). Manual SER de las enfer-medades reumáticas. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana 2000;625-7. 2.- Paice E. Fortnightly Review: reflex sympathetic dystrophy. BMJ 1995; 310:1645-8. 3.- Bruscas C, Medrano M, Simón L. El diagnóstico de la distrofia simpático-refleja. An Med Interna 1999;15:308-14.

I73-O-P

Prevalencia de hipertensión arterial en la Ribera Navarra

Guerra Martínez MP, Sandúa Sada M, Lasheras Díaz G, Pérez Beriáin R, Gombáu Aznar E, Bueno Lozano M

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de la hipertensión arterial en la zona básica de Cascante (Navarra). Se destaca el envejecimiento de la población y el alto consumo de verduras de la zona como característica diferenciadora de otras regiones de España.

METODOLOGÍA

El trabajo de campo se realiza sobre 4 municipios rurales. De una población de 7.561 habitantes mayores de 15 años, tenemos 1.550 habitantes diagnosticados de hipertensión arterial. Los diferenciamos según edad y sexo. Consideramos necesaria la tasa porcentual de estas dos variables dado el alto número de habitantes mayores de 80 años residentes en la zona.

RESULTADOS

En el grupo de población de 15-50 años encontramos

3% de hipertensos entre los varones y 2,3% entre las mujeres, Este porcentaje sube a 19% entre la población de 50-60 años en ambos sexos. En el tramo de 60-70 años llegamos a 34% de hipertensos, sin diferencias entre sexos. En la siguiente década encontramos más mujeres hipertensas (46%) que varones (39%). A partir de los 80 años encontramos que 57% de las mujeres y 55% de los varones son hipertensos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el análisis de los datos se manifiesta que hay 1% más de varones hipertensos entre la población menor de 50 años que se iguala a la proporción de mujeres en la década de los 60 años, para ser ligeramente inferior en personas mayores de 80 años. Dado que más del 50% de la población mayor de 80 años padece hipertensión, es necesario un estricto control en este grupo de edad.