

I74-O-P

Buscando el perfil de nuestros hiperfrecuentadores

Romero Fernández Y, Andreu Oliete I, Sorribes Capdevila M, Rodríguez Pérez E

OBJETIVOS

Conocer quiénes son hiperfrecuentadores de nuestro Centro de Salud y sus necesidades, para poder planificar intervenciones que reduzcan la hiperutilización de las consultas de atención primaria.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal realizado en centro de salud urbano con 30.720 usuarios. Se selecciona aleatoriamente una muestra de pacientes en función del número de médicos del Centro para una prueba piloto que según resultados se ampliará en otros estudios. En el grupo de 14-34 años mujeres con más de 9 visitas y hombres con más de 7; en el de 35-44 años mujeres con más de 12 y hombres con más de 9; en el de 45-64 mujeres con más de 21 y hombres con más de 17; en mayores de 64, mujeres con más de 29 y hombres con más de 28; todo lo anterior referido a 2008. Registro de las historias clínicas de los sujetos estudiados, recogiendo edad, sexo, nacionalidad, visitas totales, visitas al médico (M), visitas a enfermería (E), número de problemas de salud y diagnóstico de patología psiquiátrica.

RESULTADOS

De los 56 pacientes hiperfrecuentadores, 51,8% (29)

son mujeres y 82,1% (46) son de nacionalidad española. Edad media de la muestra: 50 años . Número de visitas: 7 a 66, rango 59. La media de visitas totales es de 24,34; de éstas 15 son para el médico y 8 para enfermería. Cada uno tiene una media de 6,29 problemas de salud y presentan diagnóstico de patología mental 30,4%. No hay diferencias estadísticamente significativas entre la media de visitas al médico, enfermería y totales entre mujeres y hombres ($p=0,397$, $p=0,810$ y $p=0,460$, respectivamente). Hay diferencias estadísticamente significativas entre la media de visitas totales a medicina y a enfermería entre grupos de edad; los más jóvenes visitan menos al médico y enfermera que el resto. El 41,4% de las mujeres y 18,5% de los hombres presenta un problema de salud mental.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es difícil establecer un único perfil de paciente hiperfrecuentador. Tanto hombres como mujeres presentan una utilización similar. El número de visitas totales de media anual es de dos veces al mes al Centro de Salud. Las visitas para el médico son superiores a las de enfermería, aunque ésta recibe más visitas de los mayores de 65 años. Destaca la mayor prevalencia de los problemas psiquiátricos en el grupo de los más jóvenes y en las mujeres.

179-C-P

Eccema atópico peribucal en edad pediátrica

Bueno Lozano M, Gombáu Aznar E, Pérez Beriáin R, Sánchez Miramón F, Guerra Martínez MP, Lasheras Díaz G

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad que supone un gasto económico enorme como consecuencia de su carácter crónico, su comienzo en edades muy tempranas, su prevalencia cada vez mayor en los países industrializados y por la necesidad de seguimiento y cuidados constantes.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Niña de 10 años de edad, con antecedentes familiares de ASA (asma, poliposis nasal e intolerancia a la aspirina). Desde el año de vida ha presentado lesiones en las superficies extensoras de extremidades y episodios frecuentes de hiperreactividad bronquial. Viene por presentar lesión peribucal eritematodescamativa muy pruriginosa y queilitis. Diagnóstico diferencial con: eccema seborreico y dermatitis alérgica. La presencia de lesiones en otras partes del cuerpo nos hizo pensar en eccema atópico. Se pautó tratamiento con hidrocortisona en crema 2 veces al día sólo 3 días, después pimecrolimus crema al 1%, 2 veces al día durante 10 días, y emolientes, lo que logró la remisión de la lesión.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Después de informar a la familia del carácter

crónico de la enfermedad, de las características de la piel atópica y del particular círculo prurito - rascado - inflamación - infección - prurito, se ofreció una serie de consejos. Son preferibles duchas cortas con agua templada y jabón de baño neutro. A continuación crema emoliente, que debe repetirse en otros momentos del día. Se pueden usar glucocorticoides tópicos de potencia intermedia o pequeña durante menos de 15 días. El tratamiento con pimecrolimus al 1% permite controlar el prurito en una semana y favorece que se utilicen tandas más cortas de corticoides tópicos. En nuestro caso, bastaron 10 días para tener prácticamente resuelta la lesión.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: eccema, dermatitis, atópica, inmunomoduladores. 1.- McCall CO, Lawley TJ. Eccema, psoriasis, infecciones cutáneas, acné y otros trastornos cutáneos frecuentes. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL et al (eds). Harrison: Principios de Medicina Interna. 17º ed. México, DF 2008;312-3. 2.- Leonart Bellfill R, Nevot Falcó S. Tratamientos inmunomoduladores en la dermatitis atópica. *Alergol Inmunol Clin* 2001;16 (Extraordinario 1): 31-7.

I81-O-P

Dimensión de la sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia en relación con las circunstancias sociofamiliares del cuidador y el estadio evolutivo del enfermo

Angulo Fernández-Larrea B, Goñi Imizcoz M, De las Heras Balbás V, Cortés Arrabal H, Cordero Guevara J, De Andrés Arranz B

OBJETIVOS

La sobrecarga en los cuidadores se relaciona con su salud, con la calidad de los cuidados y con la institucionalización del enfermo. Medir la sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia teniendo en cuenta sus circunstancias sociofamiliares y el estadio de la demencia.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Participaron en el estudio todos los cuidadores de enfermos con demencia citados en una consulta de Neurología en 2008 y tres asociaciones de familiares de enfermos con Alzheimer. Los enfermos presentaban desde un defecto cognitivo leve, Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS) 3, hasta uno muy grave, GDS 7. Denominamos cuidador al familiar que presta cuidados sin recibir compensación económica. Medimos su sobrecarga con la Escala de Zarit. Se realizó encuesta sociofamiliar, incluyendo variables de edad, sexo, parentesco, relación previa y convivencia, entre otras. Análisis estadístico: SPSS versión 15.0.

RESULTADOS

Se entregó el cuestionario a 178 cuidadores y

contestaron 173 (97,2%). Edad media 60,3 (entre 25-85 años). El 67,6% eran mujeres. El 73,1% vivían en el mismo domicilio, 28,3% trabajaban a jornada completa, 82,7% reconocieron una relación previa cercana, 36,5% no disponían de ayuda en el cuidado, 52,9% de los enfermos acudían a un centro de día. Las diferencias no fueron significativas ($p=0,408$) en la sobrecarga de padres/hijos (Zarit medio: 56), esposo (54,1), hermano (3,6) y familia política (60,3). Se encontraron diferencias ($p=0,053$) en la sobrecarga entre los cuidadores que vivían en el mismo domicilio (57,2) y los que permanecían menos de 2 horas, 5 días por semana (45,1). Se observó una relación lineal baja entre la sobrecarga de los cuidadores y el GDS de los enfermos: coeficiente de correlación de Pearson 0,148 ($p=0,057$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mayor convivencia se relaciona con mayor sobrecarga, si bien la sobrecarga parece menor en parientes más próximos. El grado de deterioro del enfermo se correlaciona débilmente con el nivel de sobrecarga del cuidador. En la sobrecarga del cuidador participan complejas circunstancias del enfermo y del cuidador que podrán ser objeto de otros estudios.

182-C-P

Varón de 47 años con hipertensión arterial, nicturia y alteración de la función renal

Fernández Muñoz S, Fornieles Medina M, Mascarell Cortés E, Saperas Pérez C, Marín Valencia C, Díaz-Peñalver Nieto R

INTRODUCCIÓN

Un diagnóstico precoz en la insuficiencia renal crónica (IRC) permite tomar medidas para retrasar su progresión a la fase terminal, pero en atención primaria (AP) el diagnóstico se realiza frecuentemente en fases tardías. Nos planteamos cuáles son las causas y cómo se podría prevenir.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón, 47 años, marroquí, sin antecedentes de interés, que consulta en AP tras revisión laboral con detección de cifras tensionales elevadas y alteraciones analíticas. Destaca la de la función renal con MDRD-4 de 8 ml/min/, con nicturia de larga evolución. En la exploración abdominal se palpan masas prominentes en ambas fosas renales. Tras verificar las alteraciones, se deriva con orientación de IRC de causa desconocida de urgencia a nefrología, donde ingresa para estudio con diagnóstico tras ecografía de IRC terminal por grave poliquistosis renal bilateral. Precisa tratamiento de alteraciones secundarias a la IRC presente y el paciente es tributario de tratamiento sustitutivo.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Presentamos una causa poco frecuente de IRC,

detectada en fase terminal. Al encontrarnos en esta fase lo indicado es derivarlo a nefrología, con control analítico, sedimento de orina y ecografía renal. El manejo terapéutico se basa en tratamiento de las alteraciones derivadas de la IRC, junto con el tratamiento sustitutivo. Al encontramos ante una nefropatía hereditaria, el médico de AP puede colaborar realizando consejo genético y cribado de la enfermedad entre los familiares. Desde la AP también es clave el diagnóstico de la IRC en fases precoces, pocas veces posible. La formación en AP y una mejor interrelación entre AP y Nefrología son algunas medidas para mejorar la situación.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras-clave: insuficiencia renal crónica, atención primaria, poliquistosis renal. 1.- López Abuin JM et al. Guía clínica de la insuficiencia renal en Atención Primaria. Nefrología 2001;21:14-57. 2.- Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson JL et al. Harrison: Principios de Medicina Interna. 15ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill 2004. 3.- Torra R, Ballarín J. Enfermedades renales hereditarias. Papel de la asistencia primaria. Nefrología 2005;25:89-91.