

Comunicacións Orais XVIII Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria

Cad Aten Primaria
Año 2013
Volume 19
Páx. 225-227

COMUNICACIÓN DE EXPERIENCIAS | PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIA EN YOFF (SENEGAL): NUESTRA EXPERIENCIA

Felpete López P.¹; Teijo Vázquez T.²; Iglesias Piñeiro F.³; Zardoya Cabo E.⁴; Arias Amorín I.²; Carrodegua Santos L.²

Centro de Saúde de Vilanova de Arousa¹; área Sanitaria A Coruña²; Hospital de Cee³; PAC Vimianzo⁴

OBJETIVO: Prestación de asistencia sanitaria universal a la población de la localidad de Yoff durante el periodo de vacaciones de los colaboradores.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA: El programa médico tuvo tres pilares fundamentales: la Atención Primaria, que se realizó de forma gratuita a la gente sin recursos de la zona, las charlas de Educación en Salud y promoción de la misma y el conocimiento de las infraestructuras sanitarias en Senegal. Se atendía al total de los pacientes que se acercaban a las consultas cada día. El diagnóstico de las enfermedades fue clínico y el tratamiento empírico en todos los casos. Nuestras enfermedades diana eran las de etiología infecciosa, por el hecho de que podían ser curadas con un ciclo corto del tratamiento preciso, de ahí que los fármacos más utilizados fuesen los antibióticos, los antiparasitarios y los antifúngicos. En las personas mayores de 50 años objetivamos una gran prevalencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, alteraciones visuales, reflujo gastroesofágico, asma, estreñimiento y dolores articulares en probable relación con artrosis. Entre las consultas por problemas cutáneos más prevalentes destacaban las piодermias, dermatomycosis, los eczemas crónicos, la oncomycosis de larga data y el prurito, que en la mayoría de los casos no pudimos filiar. En Senegal la atención sanitaria tiene un coste que puede llegar a ser prohibitivo para muchas familias, por lo que enfermedades que podrían ser tratadas de forma relativamente sencilla son causa de una morbilidad importante.

COMUNICACIÓN DE EXPERIENCIAS | A SEMANA SEN FUME NO VAL MIÑOR

Marioni Otero B.J.¹; Romero Fresco G.²; Castañal Canto X.¹; Rodríguez-Ozores Sánchez R.²; Tato Fontaña M.¹; Tocino Martín P.¹

C.S. Gondomar¹; C.S. Val Miñor²

Os concellos Baiona, Gondomar e Nigrán conforman unha comarca cunha poboación de 43857 persoas censadas.

A XIV SEMANA SEN FUME, é a maior actividade comunitaria que se realiza na SEMFYC e tamén na AGAMFEC. A finalidade fundamental é a prevención do tabaquismo e a deshabitación das persoas que aínda fuman. Coa implicación

dos profesionais sanitarios de Atención Primaria e dos medios de comunicación tentamos acadar a maior repercusión posible na sociedade.

Entre as varias actuacións que se desenvolven, todos os anos, elaboramos unha enquisa para determinar a evolución da epidemia e o grao de conciación da poboación sobre este problema de Saúde Pública.

OBJECTIVOS: Implicar aos residentes e o resto de profesionais nas actividades da Semana sen fume.

DESCRIPCIÓN DA EXPERIENCIA: Nesta edición, propuxemos aos residentes de 1º ano que tomaran a iniciativa de facer enquisas, non so nos copos dos seus respectivos titores, tamén nos pacientes das sas de espera doutros profesionais dos centros de saúde do Val Miñor.

O nº de enquisas en España foi de 8496, das que 523 foron galegas, e delas, 377 do Val Miñor.

A porcentaxe de enquisas segundo a poboación foi: España: 0,01819%, Galiza: 0,01870% e Val Miñor: 0,859612%.

Os dous residentes que intervieron acadaron 163 enquisas (43.24%). O total de profesionais do Val que realizáronas foron 12.

CONCLUSIÓN: A participación activa dos residentes en actividades comunitarias, consegue: 1. Maior nº de actuacións, 2. Maior formación neste campo e 3. A implicación doutros profesionais médicos e de enfermería.

COMUNICACIÓNS CIENTÍFICAS | VALIDEZ DE LA PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA COMPARADA CON LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Reino González S. N.¹; Pita Fernández S.²

CS Adormideras. A Coruña¹; Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Universidade de A Coruña²

PROPÓSITO: Determinar la validez de la medida de la presión arterial en el ámbito de Atención Primaria (AP) en comparación con la medida mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA).

MÉTODOS: Se estudiaron pacientes hipertensos (n=137) en Atención Primaria. Tras determinar la medida manual de la PA de cada paciente con dos determinaciones por la enfermera, el mismo día se colocó el dispositivo de MAPA.

La onicomycosis es la infección de la uñas por hongos, infrecuente en la edad pediátrica. La forma clínica mas común es la onicomycosis subungueal distal y lateral. La uña comienza a afectarse por su extremo libre distal (o hiponiquio) y los bordes laterales, apareciendo manchas amarillas o blanquecinas que van progresando en sentido proximal. Se acompaña de hiperqueratosis subungueal, que puede causar onicólisis. La lámina se engrosa, con pérdida de brillo, y se torna frágil y quebradiza. El examen directo al microscopio de escamas ungueales con una preparación de KOH al 10-20% confirma la presencia de hongos.

La onicorrexis hace referencia a la rotura o fisuración múltiple de la uña en sentido longitudinal, de una forma aparentemente espontánea y que origina el desprendimiento de fragmentos ungueales, dando al borde libre una apariencia astillada o en sierra. Muy a menudo existen estrías, fisuras o acanalamientos múltiples a lo largo de toda la lámina ungueal.

La coiloniquia es una inversión en la curvatura de la lámina ungueal que le confiere un aspecto cóncavo dorsal (cuchara). Es muy frecuente en la infancia, especialmente en el primer dedo del pie, aunque se puede ver en los demás dedos. No suele ser un indicador de deficiencia de hierro y cistina como en el adulto, en el que además se puede asociar a anemia por déficit de cobre, síndrome de Plummer-Vinson, hemocromatosis, enfermedad de Raynaud, lupus eritematoso sistémico, traumatismo, síndrome uña-rótula y o bien ser de causa ocupacional.

La onicomadesis consiste en el despegamiento indoloro sin inflamación de la lámina del lecho ungueal en la zona proximal, apareciendo por debajo una uña nueva. Puede afectar tanto a las uñas de los dedos de las manos como a las de los pies. La naturaleza es similar a la de las líneas de Beau, que consisten en surcos transversales que van desde un pliegue ungueal lateral al otro, y ocurre como resultado de la interrupción temporal en el crecimiento de la lámina ungueal. La onicomadesis representa una forma extrema de líneas de Beau en la que el agente nosológico actúa durante más tiempo, ocasionando afectación de todo el espesor de la placa ungueal con su consecuente separación del lecho ungueal. Ambas son reversibles cuando cesa el agente desencadenante. Un daño permanente en la matriz ungueal ocasionaría la pérdida definitiva de la uña.

Entre las posibles causas se incluye el estrés agudo, los fármacos, algunas enfermedades sistémicas y dermatológicas graves (que en estos casos afectan a las 20 uñas) y causas locales que suelen afectar a una o pocas uñas. Los agentes locales más frecuentes son el trauma local y la paroniquia aguda, como ocurre en el caso presentado.

En los últimos años, se ha descrito la asociación de onicomadesis con procesos virales, algunos tan comunes en la infancia como la

enfermedad boca- mano- pie. Así, en el caso de un brote de esta enfermedad podemos asistir a una epidemia de onicomadesis en las semanas siguientes, con la consiguiente alarma de familiares y personas en el entorno de los menores.

No es necesaria ninguna maniobra terapéutica en las uñas afectadas, salvo mantener las zona limpia y evitar nuevos traumatismos. La uñas se recuperan ad integrum al cabo de varias semanas.

CONCLUSIÓN

La detención total o parcial en el crecimiento de las uñas es un síntoma que sin duda produce alarma entre los familiares y cuidadores de los niños ya que no es un hecho frecuente. La anamnesis retrospectiva tiene un especial interés en esta entidad. Un diagnóstico correcto es fundamental, pues nos va a permitir dar una información adecuada al mismo tiempo que disminuimos la natural preocupación de padres y del resto de personas del entorno del niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabeza Martínez R, Leis Dosil V, Suárez Fernández R. Uñas y enfermedades sistémicas. *Piel*. 2006;21(9):430-4.
2. Romano C, Papini M, Ghilardi A, Gianni C. Onychomycosis in children: a survey of 46 cases. *Mycoses*. 2005; 48: 430-437.
3. Goettmann-Bonvallet S. Clinical types of onychomycosis. *Ann Dermatol Venereol*. 2003; 130(Pt12): 1.237-1.243.
4. Fonseca E. Uñas frágiles y quebradizas. Formación Médica Continuada en Atención Primaria [Internet]. 2005 [consultado el 07 de Julio de 2012]. Disponible en <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/1/1v60n1381a12003413pdf001.pdf>
5. Peyrí Rey J. Alteraciones de las uñas. *Protocolos de Dermatología* 2007. [consultado 07/08/2012]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/unas.pdf>
6. Hernández A. La piel del recién nacido. En: Torrelo A, editor. *Dermatología en Pediatría General*. Madrid: Grupo aula médica SL; 2007.p.15-38.
7. Barán R, Tosti A. Nails. Fitzpatrick's dermatology in general medicine, En: Freedberg I.M., Eisen A.Z., editores, Wolff K, 5 ed, 1999, McGraw-Hill, NuevaYork, p. 572-578.
8. DeBerker D. What do Beau's lines mean? *Int J Dermatol* 1994;33:545-546.
9. Bodman MA. Nail dystrophies. *Clin Podiatr Med Surg* 2004; 21: 663-87.
10. Meseguer Yebra P, Meseguer Yebra C, Cid Fernández E. Onicomadesis y enfermedad boca-mano-pie. *Acta Pediatr Esp*. 2011; 69(6): 304-307

función renal, tipo de fractura y demora quirúrgica objetivamos que la única variable con efecto independiente para predecir dependencia es la edad. Si además consideramos la puntuación del Barthel objetivamos que la variable que modifica significativamente dicha puntuación a los 90 días es el valor basal del índice.

La prevalencia de independencia para AIVD en el momento basal es del 11% y a los 90 días se reduce al 2,2% ($p < 0,0001$). Hay un descenso en la independencia en todas las actividades. El mayor descenso se objetiva en la capacidad para realizar compras (76,4%) seguido de hacer la comida (50,3%). La variable que modifica la dependencia para AIVD a los 90 días tras considerar las covariables del estudio es el valor basal de dicho índice.

CONCLUSIONES: La variable predictora de la independencia para las ABVD y AIVD después de tener en cuenta edad, sexo, comorbilidad, tipo de fractura, demora quirúrgica, función renal es la puntuación basal de los índices de Barthel y Lawton.

COMUNICACIÓN CIENTÍFICA | RESPUESTA GLUCÉMICA POST-PRANDIAL EN LAS PERSONAS NO DIABÉTICAS

Rey García J.¹; Pugés Dorca M. A.¹; López Pérez F.¹; Amigo Soto L.¹; Fernández Merino C.¹; Vázquez Fernández L.²

Centro de Saude A Estrada¹; Departamento Estadística USC²

OBJETIVO: El objetivo de este estudio es analizar la respuesta glucémica en las personas no diabéticas en relación con la ingesta de macronutrientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Muestra aleatoria de una población no diabética. Se excluyeron aquellas personas diagnosticadas previamente de diabetes, glucemias ≥ 126 mg/dL en ayunas, o hemoglobina glicosilada $\geq 6,5\%$. Durante 5 días todos ellos llevaban un dispositivo con monitorización continua de la glucosa intersticial, y se recogió exhaustivamente la ingestión de alimentos durante la cena, que fueron cuantificados en macronutrientes: Kcal totales, hidratos de carbono, grasas y proteínas, cuantificadas en gramos y en porcentajes. En 31 sujetos, se describen los perfiles de la glucosa intersticial desde la cena hasta 8 horas después, y la influencia de los macronutrientes sobre la carga glucémica, medida mediante el área bajo la curva.

RESULTADOS: La ingesta mediana fue de 704 Kcal (rango intercuartílico: 468, 609). La mediana de carbohidratos ingeridos fue 46%, lípidos 33% y proteínas 18%. Se encontró una mayor carga glucémica con una mayor ingesta de carbohidratos ($p < 0,001$). No se halló asociación entre la carga glucémica y los otros macronutrientes, ni con la edad, sexo o el índice de masa corporal.

CONCLUSIONES: En sujetos no diabéticos, la carga glucémica sólo varía en relación con la cantidad absoluta de hidratos de carbono ingeridos. Sin embargo, ni los demás macronutrientes, ni la edad, el sexo o el grado de obesidad, parecen ejercer influencia.

Agradecimientos: Este trabajo fue realizado con una ayuda del Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI11/02219).

COMUNICACIÓN CIENTÍFICA | PAPEL DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER COLORRECTAL

Seijo Besteiro R.¹; González Santamaría P.²; Pértiga Díaz S.¹; López Calviño B.¹; Seoane Pillado T.¹

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña¹; Centro de Salud de Teixeira²

OBJETIVOS: Determinar la participación del médico de atención primaria (AP) en el diagnóstico de pacientes con cáncer colorrectal (CCR), en términos de: consultas, exploraciones, pruebas y demora en derivación a Atención Especializada (AE).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio: Cohortes retrospectivo.

Ámbito: Área sanitaria A Coruña.

Periodo: 2006-2012.

Muestra: $n=1285$ casos incidentes de CCR (Precisión= $\pm 2,75\%$; Seguridad= 95%) (Edad: $69,1 \pm 11,1$; 61,4% varones)

Fuentes de información: Historia de AP.

Mediciones: Consultas, síntomas, exploraciones y pruebas, derivaciones a AE.

Análisis: Descriptivo.

RESULTADOS: El 64,7% de los pacientes consultaron en AP por clínica relacionada con CCR antes del diagnóstico (Media= $2,8 \pm 3,0$ consultas), siendo los síntomas más frecuentes: rectorragia (36,2%), dolor abdominal (29,2%), diarrea (18,1%) y estreñimiento (12,9%).

Se realizó exploración abdominal al 50,1%, y tacto rectal al 32,1%. Se solicitó hemograma al 53,0%, sangre oculta en heces 37,0% y enema opaco 14,3%. Un 74,6% de los pacientes fueron derivados a AE (Digestivo 33,7% y Urgencias 31,9%).

La mediana de tiempo entre la primera consulta en AP hasta la derivación a AE fue de 13 días. La demora en derivar a AE fue menor en pacientes con rectorragia (Mediana=0 días), tenesmo (0 días) y vómitos (5 días), y mayor con anemia (22 días) y estreñimiento de nueva aparición (16 días).

En la historia consta alguna orientación diagnóstica en el 48,8%, siendo correcta en el 50,2%.

CONCLUSIONES: Los pacientes con CCR suelen consultar en AP por rectorragia, dolor abdominal o cambios en hábitos intestinales. La demora en la derivación a AE varía según los síntomas presentados.