

FRECUENCIA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER EN UNA ZONA RURAL

CASAL GONZÁLEZ R., RODRIGUEZ PÉREZ R., DE ANDRÉS DE PABLO M.ª J., GASCON ECHEBARRÍA E., FUSTERO FUSTERO I., WIEHO SANDOVAL G.

Médicos de Atención Primaria. Área Básica de Salud Falset. Tarragona.

Introducción: El cáncer constituye la segunda causa global de muerte en el Estado Español. El estudio de la incidencia de las diferentes localizaciones del cáncer permite generar hipótesis sobre los diferentes factores de riesgo.

HOMBRES	MUJERES
Pulmón 26,9%	Mama 18,2%
Estómago 9%	Estómago 9,8
Próstata 8,9%	Colon 9%
Colon 5,6%	Utero 6,2%
Vejiga 5,5%	Hígado 5,8%
Hígado 5,4%	Pulmón 4,4%
Laringe 4,1%	Ovario 3,8%
Esófago 3,2	Recto 3,4%
Resto 31,5%	Resto 38,3%

Mortalidad proporcional por tumores malignos en España 1992

Objetivos: Conocer cuáles son los tipos de cáncer más frecuentes en la zona de estudio y compararlo con mortalidad proporcional por tumores malignos en España 1992, tanto en hombres como en mujeres.

Métodos: Estudio descriptivo observacional. Se estudia una franja de población de la comarca del Priorat integrada por nueve municipios rurales con 2.462 habitantes. Los municipios son: Bellmunt del Priorat, El Molar, El Lloar, Gratallops, Porrera, La Figuera, Torroja del Priorat, La Vilella Alta, La Vilella Baixa y Cabacés. Datos obtenidos a partir de los casos registrados en la Historia clínica para la Atención Primaria, durante el período comprendido entre 1988 a 1998.

Resultados: En la zona de estudio, los tipos de cáncer más frecuentes son para los hombres: Pulmón (21,3%). Colon (19,6%). Próstata (18,7%). Leucemias y linfomas (8,1%). Hígado (6,5%). Laringe (6,5%). Seguidos en menor frecuencia de piel, renal, cerebral y esófago. Y para las mujeres: Mama (21,8%). Piel (17,2%). Útero (12,7%). Páncreas (8,5%). Leucemia y linfoma (8,5%). Seguidos en menor frecuencia de estómago, colon, pulmón, hígado, ovario, vía biliar y cerebral.

Conclusiones más relevantes: En nuestra zona (enumeramos los cuatro primeros) los tipos de cáncer más frecuente son para los hombres pulmón, colon, próstata y leucemias y linfomas. Para las mujeres son mama, piel, útero y páncreas.

En el caso de los hombres la frecuencia se adapta a los datos recogidos en España, pero en el caso de las mujeres difiere de los datos de España.

47

SÍNDROME DEMENCIAL ASOCIADO A TEMBLOR Y ALTERACIÓN DE LA MARCHA RÁPIDAMENTE PROGRESIVO

PIZARRO ROMERO G., MORENO RIPOLL F., ÁLVAREZ RODRÍGUEZ M. D., BRENES BERMÚDEZ F., LLEAL BARRIGA C., BEATO FERNÁNDEZ P.

Área Básica de Salud Llefià. Badalona. (Barcelona).

Mujer de 66 años con antecedentes de hipertensión, urticaria crónica idiopática, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia mixta y un trastorno distímico de larga evolución.

Motivo de consulta: Acude a consulta por un cuadro de tres meses de evolución de pérdida de memoria reciente, temblor en las cuatro extremidades, alteración progresiva de la marcha y sintomatología depresiva.

Exploración: Consciente y desorientada en el tiempo, bradilalia, ecolalia, mínima limitación a la mirada conjugada, sin déficits campimétricos ni alteración de los pares craneales, hipertonia leve, temblor en reposo y actitud en todas las extremidades, apraxia motora y dismetría de predominio izquierdo, reflejos osteotendinosos presentes y simétricos, ausencia de clonus y mioclonias, reflejo cutáneoplantar bilateral: flexor, sensibilidad superficial y artrocinética normal, dificultad para mantenerse en bipedestación. Resto de la exploración por aparatos anodina

Pruebas complementarias: Glucosa: 149 mg/dl, Colesterol: 252 mg/dl, Triglicéridos: 176 mg/dl. El resto de los parámetros analíticos en sangre y orina, incluida pruebas tiroideas, serología Lúes y HIV fue normal.

Mini-mental State Examination: 13/ 30

TAC craneal: Discreta asimetría ventricular izquierda y moderada dilatación de los surcos corticales.

Sin un diagnóstico concluyente y debido a la rápida progresión del cuadro clínico se remite a la paciente para estudio hospitalario; destacando los siguientes hallazgos:

Estudio del LCR: cultivo: negativo, albumina 53,8 mg/ dl (v.n.:10-20) glucosa 6.8 mmol/l (v.n.: 2.2-4.1) Determinación de la proteína 14-3-3 en LCR: positiva.

Inmunología: normal. Inmunocomplejos circulantes: 5.900 mg/ml (v.n.<1,5)

EEG: Trazado electroencefalográfico inespecífico. RNM craneal: compatible con atrofia córtico-subcortical. Discretas áreas hiperintensas periventriculares y en ambos tálamos.

SPECT cerebral: Déficit de perfusión cortical difuso en regiones frontales, parietales y temporales.

Estudio genético de la proteína priónica (PrP): Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) Esporádica

Macroscopia: múltiples microvesículas distribuidas en toda la sustancia blanca de menos de 1 mm de diámetro compatible con enfermedad esponjiforme. Pendiente de los resultados microscópicos.

Evolución: La evolución clínica fue desfavorable con aumento de la rigidez e imposibilidad para mantenerse en bipedestación, alteración de la mirada conjugada, mioclonias, trastorno de la deglución y deterioro cognitivo severo hasta la desconexión del medio. La paciente falleció a los cuarenta días de su ingreso en el hospital por un síndrome febril de origen pulmonar.

Comentario: La ECJ es un inusual trastorno neurodegenerativo de origen priónico (1 caso/millón/año) caracterizado por una demencia rápidamente progresiva, mioclonias, ataxia, sintomatología extrapiramidal y alteraciones visuales.

La mayoría de los casos son esporádicos (85%), el resto tienen antecedentes hereditarios o iatrogénicos. Tanto la clínica como la positividad de la proteína 14-3-3 sugieren el diagnóstico. Son datos de gran utilidad las alteraciones de hiperseñal en RNM en los

ganglios basales y los complejos de descargas pseudoperiódicos detectados por EEG.

El diagnóstico definitivo se realiza con la autopsia. La lesión histológica es una esponjiosis de la corteza y los ganglios basales.

89

PERFIL DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS Y TERMINALES EN UNA ZONA DE SALUD URBANA

VILLAMOR DE SANTIAGO T., AGÜERA MENGUAL F., DE CASAS FERNÁNDEZ X., RUIZ VEGUILLA E., MORALES LÓPEZ R., DE MIGUEL GÓMEZ A.

Centro de Salud "San Antón". Cartagena. (Murcia).

Introducción: Para un gran número de personas con grave incapacidad o próximos al final de su vida, su hogar es su mundo.

Sin embargo, la tendencia de nuestra sociedad no es conservar el entorno familiar de esta persona por muy diversas razones (viviendas inadecuadas, cuestiones económicas, obligaciones laborales, barreras arquitectónicas...). Esto nos obliga a hacer un análisis de nuestros pacientes, sus necesidades y deseos respecto a su ámbito de vida.

Objetivos: Establecer el perfil de los pacientes inmovilizados y terminales de una zona de salud urbana en función de variables de patología orgánica, situación sociofamiliar, independencia en las actividades cotidianas, nivel cognitivo.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio: Todos los pacientes incluidos desde junio de 1998 a marzo de 1999 en el programa de atención a pacientes inmovilizados y terminales de la zona urbana del C. S. de San Antón.

Sujetos: 153 pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y 10 incluidos en el programa de atención a pacientes terminales.

Material y métodos: De la historia clínica, hemos recogido las variables: motivo de inclusión, valoración sociofamiliar, según la escala de registro en la historia clínica, valoración funcional según I. de Katz y valoración clínico-patológica. Los resultados se expresan en medias y porcentajes y se realiza estudio estadístico mediante aplicación de paquete estadístico SPSS.

Resultados: En nuestra población encontramos una media de edad de 81,5% con una desviación estándar de 9,09, de los cuales 53 (33%) son varones y 110 (67%) mujeres, 153 (94%) son inmovilizados y 10 (6%) son terminales.

El motivo de inclusión fue en 93% por enfermedad crónica invalidante que dificulta la asistencia al centro. Encontramos un grado de independencia medido mediante el I. de Katz: A 17 (11%), B 30 (20%), C 40 (27%), D 15 (10%), E 18 (12%), F 17 (11%), otros 11 (7%).

En cuanto a la valoración clínica hemos encontrado pacientes con enfermedad cardiovascular 114 (70%), enfermedad endocrina 79 (48%), EPOC 32 (20%), enfermedad osteoarticular 66 (40%), Parkinson 10 (6%).

Los porcentajes de hipoacusia y déficit visual son del 17 y 21% respectivamente.

El 19% de nuestros pacientes están diagnosticados de demencias.

El porcentaje de polimedición corresponde a un 47% de la población de estudio.

Conclusiones: El motivo de inclusión en el programa de inmobilizados y terminales fue mayoritariamente el padecimiento de una enfermedad crónica que dificulta la asistencia al centro.

Hemos encontrado en nuestros pacientes un grado de independencia aceptable.

Debemos facilitar la estancia en su hogar a los pacientes que lo desean asegurando la asistencia sanitaria y promoviendo intervención social y cuidados domiciliarios.

91

FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PRE Y POST INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

ALCAIDE DOMINGO J., ALMENAR CUBELLS E., GIMENO TORTAJADA M.^ª J., SÁNCHEZ GÓMEZ V., IBORRA IVARS J., LACUESTA BONET E.

C. Salud Picanya (Valencia) y C. Salud Benicarló (Castellón).

Objetivos: Estudiar las variaciones respiratorias preoperatorias el grado de disnea y de los valores ventilatorios (Capacidad Vital, Vems, Índice de Tiffenau) y a los 12 meses tras la intervención. Observar la concordancia y/o discordancias entre tales variaciones.

Material y métodos: Hemos estudiado 30 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica y que se intervenía quirúrgicamente de pontaje Aorta-Coronario. A los cuales se realiza una valoración de la disnea según la clasificación de la N.Y. A continuación se realizan las pruebas funcionales respiratorias empleando un espirógrafo "ferris" sellado con agua de absorción de CO_2 dotado de una velocidad lenta de 30 a 60 mm. Por minuto para la obtención de pruebas estáticas (capacidad vital) y de una velocidad rápida 5 a 25 mm. Por segundo para la obtención de trazados de la curva espiración forzada (volumen espiratorio máximo por segundo) y se vuelven a realizar a los 12 meses de la intervención quirúrgica.

Resultados: De los 30 pacientes 25 eran varones y 5 eran hembras, la edad media fue de 54.77 con una Ds. 7.56 con un rango de 30 en relación a los grados de la disnea de la NYHA en GD-1 habian 7 pacientes; GD-2 habian 8 pacientes; GD-3 habia 1 paciente y con GD-4 habian 3; realizamos una t de Student en relación a la capacidad vital para muestras relacionadas con una $t=1.836$, con $gl=29$, $P=0.077$

En cuanto al VEMS realizamos también un t Student para muestras relacionadas con una $t=3.324$, $gl=29$, $P=0.002$: en cuanto al índice de Tiffenau presenta una $t=-1.238$, $gl=29$, $P=0.226$.

Conclusiones: A los 12 meses de la intervención quirúrgica (pontaje Aorta-Coronario) hay una mejoría clínica, tanto de la disnea como del grado funcional de la NYHA. No hay alteraciones significativas en cuanto a la Capacidad Vital y al índice de Tiffenau aunque sí hay alteraciones significativas en el VEMS.

96

CONCORDANCIA DE 2 MÉTODOS PARA HALLAR EL ÍNDICE DE YAO

MENEU MONTOLIU V., CERDÁN GARCÍA M., VALLS IBÁÑEZ M. R., HERRANZ FERNÁNDEZ M., CASTILLO GARCÍA V., CERDÁ ALFONSO V.

Centro de Salud Onda. Castellón.

Introducción: Los métodos no invasivos permiten detectar precozmente, en el ámbito extrahospitalario, gran parte de la patología vascular. La afectación del sistema vascular aumenta con el paso de los años, por lo que la patología vascular de miembros inferiores es cada vez más frecuente en la consulta de Atención Primaria. Así pues, es necesario adoptar métodos de exploración

del sistema vascular periférico capaces de valorar el compromiso vascular. Una prueba para la evaluación de este compromiso es la determinación del índice de presión tobillo/brazo o índice de Yao, que se puede realizar por auscultación, o de forma más precisa con la sonda Doppler. Como la auscultación de la arteria pedía resulta, en muchas ocasiones, dificultosa, analizamos un procedimiento con oscilómetro para obtener dicho índice.

Objetivos: Evaluar la técnica de obtención del índice de Yao mediante oscilómetro, respecto al procedimiento patrón mediante Doppler en los pacientes con vasculopatía periférica.

Diseño: De intervención.

Ámbito de estudio: Atención Primaria. Centro de Salud de una población de 19.000 habitantes.

Sujetos: 36 pacientes con diversa patología (HTA, diabetes, tabaquismo) elegidos mediante muestreo sistemático. El tamaño de la muestra ha sido calculado para detectar diferencias inferiores al 10% y con una potencia del 80%.

Intervenciones: A cada sujeto se le determinó el índice tobillo/brazo mediante manguito de mercurio o aneroido calibrado y sonda Doppler, y con oscilómetro. La determinación con sonda Doppler se efectuó acoplado ésta sobre la arteria pedía y midiendo la presión a la que se empezaba a detectar el paso de sangre. Para la determinación con oscilómetro se midió la presión en la que la aguja de éste empezaba a oscilar.

Resultados: La concordancia entre los dos métodos medida con el coeficiente de Kappa es del 70%, haciendo el corte del índice de Yao en 0,6 para la transformación en dos variables cualitativas. No hay diferencias superiores al 10% en la obtención del índice entre los dos tipos de procedimientos.

Conclusiones: La determinación del índice tobillo/brazo mediante oscilómetro, utilizando el procedimiento descrito (anotando la presión cuando empieza a oscilar la aguja), es adecuado, ya que no existen diferencias considerables con el método de referencia y siendo, además, más asequible y fácil de realizar en Atención Primaria.

97

MENINGITIS POR CRIPTOCOCO EN PACIENTE HIV+

CERDÁN GARCÍA M., CASTILLO GARCÍA M., RIBES VERDÍA M. D., FENOLLOSA TAMARIT M. D., CERDÁ ALFONSO V., MENEU MONTOLIU V.

Centro de Salud de Onda. Castellón.

Introducción: La infección por VIH es actualmente un problema de salud prioritario. El papel de la Atención Primaria es clave para abordar la prevención, detección y manejo de los casos diagnosticados, ya que los pacientes con infección por VIH y sida pasarán la mayor parte del tiempo fuera del hospital. Los médicos de Atención Primaria deben coordinarse con los hospitales para una asistencia integral de estos pacientes.

Objetivos: Presentación de un caso clínico como modelo de coordinación sistematizada entre la Atención Primaria y el Hospital.

Descripción del caso: Hombre de 24 años usuario de drogas por vía parenteral, en seguimiento en el Centro de Salud por ser VHB, VHC y HIV positivo. Acude a consulta a demanda por presentar fiebre, cefalea frontal, visión borrosa y diplopía. A la exploración presenta parálisis del VI par y edema de papila bilateral, no rigidez de nuca, maniobra de Kerning/Brudzinsky negativo. Se practica analítica de urgencia con 7.400 leucos, Hb 13,1, hto 36,9, VCM 106, 272.000 plaquetas, urea 23, creatinina 1,1, GOT 22, VSG 124. La radiografía de tórax no presenta hallazgos valorables. Tras contacto con hospital se remite para punción lumbar y técnicas de imagen diagnósticas. En LCR aparecen 190 células con

predominio linfocitario, glucosa 30, proteínas 133 y ADA 5,7. El cultivo del LCR fue positivo para criptococo, iniciándose tratamiento etiológico con fluconazol intravenoso evolucionando satisfactoriamente. Se sigue el control y tratamiento en el Centro de Salud con fluconazol oral, isoniacida y antirretrovirales.

Discusión y conclusiones: En un paciente con VIH+ con fiebre, el primer objetivo es detectar el foco pirógeno mediante la historia clínica, exploración física detallada y exploraciones iniciales: analítica inicial, CD4, hemocultivos y serología Toxoplasma, RPR y Leishmania. Si no encontramos focalidad y el estudio inicial es negativo los pasos siguientes son: hemocultivos, esputo y orina para micobacterias, en el ámbito hospitalario. Si CD4<50 mm antigenemia CMV, serología criptococo, punción lumbar, Eco/TAC abdominal, biopsia médula ósea.

Si no obtenemos diagnóstico se inicia tratamiento antituberculoso en espera de resultados. Si estos no son diagnósticos y hay estabilidad clínica, se pauta tratamiento con AINE y se realiza seguimiento del paciente. Si clínicamente está inestable reiniciamos el estudio.

107

¿CUÁNTOS PACIENTES BRONQUÍTICOS CRÓNICOS TIENEN OBSTRUCCIÓN AL FLUJO AÉREO?

MONTEJANO JUAN J., SÁNCHEZ GARCÍA J., SERRANO SELVA E. M., SÁNCHEZ GONZÁLEZ J. I., JORRO LLAGARIA A., BLASCO PARDOS M.

Centro de Salud de la Font de Sant Lluís. Valencia.

Objetivos: Conocer la prevalencia de bronquitis crónica (BC)

en nuestro medio y si padecen obstrucción al flujo aéreo (OFA).

Métodos: Estudio descriptivo transversal en un Centro de Salud urbano que atiende a una población de 30.000 sujetos.

Del total de historias de pacientes entre 40 y 75 años, se obtuvieron mediante muestreo aleatorio sistemático 1.675 historias, entre las que se identificaron 132 sujetos con criterios clínicos de BC (definida ésta según la OMS como tos y expectoración al menos tres meses durante un mínimo de dos años consecutivos).

Se realizó entrevista personal y posterior espirometría forzada con prueba broncodilatadora a 115 sujetos (87%).

Resultados: La prevalencia de BC en nuestro medio fue de 7,88% (6,38% en hombres, 1,49% en mujeres). El 74,6% eran varones con una media de edad de 63 años. El 33% tenía antecedentes de enfermedad pulmonar previa, siendo las más prevalentes neumonía (15,9%), tuberculosis pulmonar (11,1%), apnea del sueño (1,6%) y bronquiectasias (0,7%). Un 86,9% eran fumadores/exfumadores, mientras que el 13% no fumaban. El 75% tomaba tratamiento inhalado efectuando una técnica inhalatoria incorrecta el 36,7%. La prevalencia de OFA (definida como FEV1<80% y FEV1/FVC<70%, según la SEPAR) en los sujetos con criterios clínicos de BC fue de 67% (44,69% en hombres, 13,63% en mujeres).

Conclusiones: La prevalencia de BC y de OFA en nuestro medio es alta, sobre todo en varones en la sexta década de la vida, la mayoría fumadores/exfumadores. Efectuando una gran parte de ellos una técnica inhalatoria correcta.