semergen
GALICIA

XXI CONGRESO
20-21 MAYO 2022
SANXENXO

LIBRO DE COMUNICACIONES

SEMERGEN
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
AP Galicia

ÍNDICE DE COMUNICACIONES

MESA 1.

Viernes, 20 de mayo de 2022 – 10:00h – 11:30h

CO-3 | PACIENTE CON BRADICARDIA SINTOMÁTICA
Hernández S, Villar Carballo J, Castro Ansa O, López Paituvi G, Álvarez Sobrado B, Rodríguez Rivera A

CO-6 | PACIENTE ASMÁTICO CON TEMBLOR
Villar Carballo J, Hernández Dorta S, Castro Ansa O, López Paituvi G, Coheteux Lourido Á, Docasar Lourido A

CO-9 | INTOXICACIÓN POR VITAMINA D
Villar Carballo J, Hernández Dorta S, Castro Ansa O, Méndez Guerra A, Fernández Uzquiano I, Losada Quevedo J

CO-11 | A PROPÓSITO DE UN CASO. ICTUS ISQUÉMICO EN TERRITORIO VERTEBRO BASILAR DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.
Primo Pazos S

CO-17 | CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN.
Crespo Sabaris R, Iturralde Iriso , Piera Carbonell , Cubelos Fernández , Alonso Fernández , Ortega Osuna M, Peral Martínez I, Cachafeiro Vieites A

CO-18 | TRATAMIENTO DEL GRANULOMA PIOGÉNICO CON TIMOLOL TÓPICO
Ameixeiras Cundíns C, Danif Ferreira T, Rey Aldana D

CO-22 | ¿QUÉ FACTORES SE ASOCIAN A ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR? ESTUDIO IBERICAN
Sanz García , Martínez García F, Sánchez Rodríguez R, Lasso Oria V, Acevedo Vázquez J, Rey Aldana D, Cinza Sanjurjo S, García Carrero P

CO-24 | IATROGENIA INDUCIDA POR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS NO INDICADAS
Danif Ferreira T, Ameixeiras Cundins C, Rey Aldana D

MESA 2.

Viernes, 20 de mayo de 2022 – 10:00h – 11:30h

CO-4 | IMPACTO DE LA CONSULTA ELECTRÓNICA (E-CONSULTA) EN LOS INGRESOS HOSPITALARIOS DE LOS PACIENTES DERIVADOS A UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA.
González Veiga E, Mazón Ramos P, Portela Romero M, Agra Bermejo R, Rey Aldana D, González Juanatey J

CO-7 | UNA CEFALEA DISFRAZADA
Cobos García I

CO-10 | FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y RENAL EN ESPAÑA
Varela Rodríguez N, Cinza Sanjurjo S, Rey Aldana D, Prieto Díaz M, Mico Pérez R, Valls Roca F, Alonso Moreno F, Benítez Rivero J

CO-13 | ANÁLISIS DE LAS CONSECUENCIAS CLÍNICAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL DE DIABETES EN UN ÁREA SANITARIA DE GALICIA
Vázquez- Cotón R, Portela- Romero M, Cinza- Sanjurjo S, Rey- Aldana D, González- Juanatey J

CO-15 | IMPACTO DE LA CONSULTA ELECTRÓNICA (E-CONSULTA) EN LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES DERIVADOS A UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA
Pérez Taboada M, Mazón Ramos P, Portela Romero M, Rigueiro Veloso P, Rey Aldana D, Cinza Sanjurjo S, González Juanatey J

CO-19 | ¿QUÉ FACTORES SE ASOCIAN A ENFERMEDAD RENAL? ESTUDIO IBERICAN
Perez Maceiras L, Ruiz Garcia A, Aguirre Rodriguez J, Rama Martínez T, Mahmoud Atoui O, Abad Rodriguez R, Portela Romero M, Cinza Sanjurjo S

CO-21 | NEUROPATÍA MOTORA POR HERPES ZÓSTER: UN CASO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA
Sánchez Varela N, Portela Romero M

CO-25 | LIMITACIONES DE LA CONSULTA TELEFÓNICA: UN CASO CLÍNICO.
González Jiménez Z, Lires Fernández J

CO-27 | EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA CONSULTA ELECTRÓNICA (E-CONSULTA) EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA
Infante Naya R, RAMOS, PortelROMEROa M, VELOSO, ALDANA, SANJURJO, JUANATEY

MESA 3.

Viernes, 20 de mayo de 2022 – 10:00h – 11:30h

CO-5 | SEROLOGÍA EN LA MONONUCLEOSIS

Hernández Dorta S, Villar Carballo J, Castro Ansa O, López Paituvi G, Bartolomé García E, Espinosa Novelle P

CO-8 | PACIENTE ASMÁTICO CON TEMBLOR

Villar Carballo J, Hernández Dorta S, Castro Ansa O, López Paituvi G, Coheteux Lourido Á, Docasar Lourido A

CO-12 | EFICACIA Y SEGURIDAD DE UNA CONSULTA ELECTRÓNICA (E-CONSULTA) EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Pablo Ortega J, Mazón Ramos P, Portela Romero M, Rigueiro Veloso P, Rey Aldana D, Cinza Sanjurjo S, González Juanatey J

CO-14 | ¿QUÉ FACTORES SE ASOCIAN A DISLIPEMIA? ESTUDIO IBERICAN

Ramos Lois V, García Vallejo O, Ginel Mendoza L, Carrasco Carrasco E, Rey Aldana D, Portela Romero M, Martín Sánchez V, Cinza Sanjurjo S

CO-16 | COSTES Y POTENCIALES AHORROS DE LA CONSULTA ELECTRÓNICA Y SU RELACIÓN CON LA REDUCCIÓN DE CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA

Martínez García B, Reyes-santias F, Mazón Ramos P, Portela Romero M, Álvarez Álvarez B, Rey Aldana D, Cinza Sanjurjo S, Gonzalez Juanatey J

CO-20 | ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL DE DIABETES EN UN ÁREA SANITARIA DE GALICIA

Rio Pinto M, Portero Romero M, Cinza Sanjurjo S, Rey Aldana D, González Juanatey J

CO-23 | A PROPÓSITO DE UN CASO: ABSCESO CORNEAL POR PSEUDOMONA AERUGINOSA

Ares Furelos N, Fernández Berardi G, González De Oliveira F, Ramos González N

CO-26 | EFICACIA Y SEGURIDAD DE UNA CONSULTA ELECTRÓNICA (E-CONSULTA) EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Álvarez Losada A, Mazon Ramos P, Portela Romero , Iglesias Álvarez D, Rey Aldana D, Cinza Sanjurno S, González Juanatey J

CO-28 | EFECTOS EN VIDA REAL DEL INICIO DE TRATAMIENTO CON LA POLIPÍLDORA-CV A PARTIR DE FÁRMACOS EQUIPOTENTES SOBRE EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO

Peleteiro Pedraza L, Conde Sabarís P, Portela Romero M, Iglesias Álvarez D, Cinza Sanjurjo S, González Juanatey J

COMUNICACIONES

CO-3

PACIENTE CON BRADICARDIA SINTOMÁTICA

Hernández S*[1], Villar Carballo J[1], Castro Ansa O[1], López Paituvi G[1], Álvarez Sobrado B[1], Rodríguez Rivera A[1]
[1]*Atención Primaria, Centro de Salud Monforte de Lemos.*

PRESENTACIÓN

Se trata de una mujer de 81 años, con antecedentes de diabetes tipo 2, hipertensión arterial y glaucoma, a tratamiento con metformina, lisinopril/hidroclorotiazida y colirio de brinzolamida/timolol que consultó por disnea de medianos esfuerzos, de un mes de evolución, sin ortopnea, tos ni dolor torácico. Ocasionalmente, sufría sensación de mareo sin llegar a perder la conciencia.

DISCUSIÓN

A través de la anamnesis, la exploración física y pruebas complementarias básicas se excluyeron las causas más comunes de disnea, entre ellas la infección respiratoria, el tromboembolismo, la insuficiencia cardiaca y el evento coronario. La marcada disminución del ritmo cardiaco llevó a pensar en un efecto adverso medicamentoso. Se cambió el colirio por otro sin betabloqueante. Al cabo de unos días el ritmo cardiaco ya se encontraba en rangos normales y había mejorado sensiblemente la sensación de falta de aire.

Si bien están perfectamente descritos los efectos sistémicos de los betabloqueantes tópicos, con frecuencia no los tenemos en cuenta a la hora de sospechar reacciones adversas secundarias. Este caso, tan llamativo, nos invita a no obviar esta posibilidad.

Se notificó al Sistema de Farmacovigilancia y se solicitó a la paciente permiso para utilizar sus datos clínicos en la elaboración de esta comunicación.

DESARROLLO

En el momento de la exploración sus constantes vitales, incluida la SO2, eran normales; en la auscultación llamaba la atención una bradicardia rítmica sin soplos estando el murmullo vesicular conservado y sin ruidos sobreañadidos; las extremidades inferiores no mostraban signos de congestión venosa.

Se realizó, con carácter urgente, un análisis de sangre y una radiografía de tórax que no mostraron datos relevantes y un ECG en el que llamó la atención una bradicardia sinusal a 36 lpm sin alteraciones en la repolarización.

BIBLIOGRAFÍA

Bugarín R, Portela M, Maceira MC, López P, Bugarín C. Fenómeno de Raynaud secundario a un colirio antiglaucomatoso. DOI: 10.1016/j.semerg.2016.07.013

Azarga. Ficha técnica. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/08482001/FT_08482001.html [fecha de acceso: 28/04/2022]

CO-4

IMPACTO DE LA CONSULTA ELECTRÓNICA (E-CONSULTA) EN LOS INGRESOS HOSPITALARIOS DE LOS PACIENTES DERIVADOS A UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA.

González Veiga E*[1], Mazón Ramos P[2], Portela Romero M[1], Agra Bermejo R[2], Rey Aldana D[3], González Juanatey J[2]
[1]Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza, CS Concepción Arenal. [2]Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Servicio de Cardiología. [3]Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza, CS A Estrada.

OBJETIVOS

Analizar el impacto en los ingresos hospitalarios de un modelo de consulta electrónica (e-consulta) en la asistencia a los pacientes ambulatorios de un Servicio de Cardiología (SC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se registraron variables clínico-epidemiológicas de los pacientes derivados desde Atención Primaria (AP) entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2019. A partir de 2008 se implantó un modelo de consulta de acto único y, a partir de 2013, previamente a esta consulta, se realizaba un filtrado a través de una e-consulta, que permitía resolver telemáticamente una parte de la demanda.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 41.258 pacientes. También, durante el período de consulta de acto único, observamos una reducción progresiva del tiempo de espera de la consulta a Cardiología (-0.96 [95%CI: -0.951, -0.966], p<0,001), que se redujo ligeramente después de la implementación de la e-consulta (0.064 [95%CI: 0.043, 0.085], p<0,001). El análisis de series temporales interrumpidas mostró que, durante el período de consulta de acto único, los ingresos hospitalarios se incrementaban ligeramente (RR: 1,011 [IC95%: 1,003-1,018]), mientras que la implantación de la e-consulta frenó y estabilizó esta tendencia (RR:1.000 [95%CI: 0.985, 1.015]).

BIBLIOGRAFÍA

1. Martin D, Miller AP, Quesnel-Vallée A, Caron NR, Vissandjée B, Marchildon GP. Canada's universal ealth-care system: achieving its potential. Lancet. 2018;391:1718–1735. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30181-8
2. Rey-Aldana D, Cinza-Sanjurjo S, Portela-Romero M, López-Barreiro JL, Garcia-Castelo A, Pazos-Mareque JM, Mazon-Ramos P, Gonzalez-Juanatey JR. Universal electronic consultation (e-consultation) program of a cardiology service. Long-term results [published online February 9, 2021]. Rev Esp Cardiol. doi: 10.1016/j.rec.2020.11.017
3. Inglis SC, Clark RA, Dierckx R, Prieto-Merino D, Cleland JG. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 10:CD007228. doi: 10.1002/14651858.CD007228.pub3
4. Geissler KH. Differences in referral patterns for rural primary care physicians from 2005 to 2016. Health Serv Res. 2020;55:94–102. doi: 10.1111/1475-6773.13244
5. Blank L, Baxter S, Woods HB, Goyder E, Lee A, Payne N, Rimmer M. Referral interventions from primary to specialist care: a systematic review of international evidence. Br J Gen Pract. 2014;64:e765–e774. doi: 10.3399/bjgp14X682837
6. Liddy C, Moroz I, Mihan A, Nawar N, Keely E. A systematic review of asynchronous, provider-to-provider, electronic consultation services to improve access to specialty care available worldwide. Telemed J E Health. 2019;25:184–198. doi: 10.1089/tmj.2018.0005
7. Instituto Galego de Estadística (IGE) [internet]. Padrón municipal de habitantes. Ano 2019. Santiago de Compostela: IGE; 2020 (accessed: 10 de abril de 2020). Available at: ttps://www.ige.eu/igebdt/esqv.jsp?paxina=001&c=0201001002&ruta=verPpalesResultados.jsp?OP=1&B=1&M

=&COD=4592&R=0[all]&C=9928[all];1[all]&F=T[1:0]&S=.
8. Parikh PJ, Mowrey C, Gallimore J, Harrell S, Burke B. Evaluating e-consultation implementations based on use and time-line across various specialties. Int J Med Inform. 2017;108:42–48. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2017.09.005
9. Kirsh S, Carey E, Aron DC, Cardenas O, Graham G, Jain R, Au DH, Tseng CL, Franklin H, Ho PM. Impact of a national specialty e-consultation implementation project on access. Am J Manag Care. 2015;21:e648–e654.
10. Eze ND, Mateus C, Cravo Oliveira Hashiguchi T. Telemedicine in the OECD: An umbrella review of clinical and cost-effectiveness, patient experience and implementation. PLoS One. 2020;15:e0237585. doi: 10.1371/journal.pone.0237585
11. McDowall D, McCleary R, Bartos BJ. Interrupted Time Series Analysis. Oxford University Press, 2019.
12. Fahrmeir L, Kneib T, Lang S, Marx B. Regression. Models, Methods and Applications. Berlin Springer, 2013.
13. Eilers PH, Marx BD. Flexible smoothing with B-splines and penalties. Statist Sci. 1996; 11:89–21. doi: 10.1214/ss/1038425655
14. McAdams M, Cannavo L, Orlander JD. A medical specialty e-consult program in a VA health care system. Fed Pract 2014;31:26–31.
15. Wasfy JH, Rao SK, Kalwani N, Chittle MD, Richardson CA, Gallen KM, Isselbacher EM, Kimball AB, Ferris TG. Longer-term impact of cardiology e-consults. Am Heart J. 2016;173:86–93. doi: 10.1016/j.ahj.2015.11.019
16. Rosen JM, Kun L, Mosher RE, Grigg E, Merrell RC, Macedonia C, Klaudt-Moreau J, Price-Smith A, Geiling J. Cybercare 2.0: meeting the challenge of the global burden of disease in 2030. Health Technol (Berl). 2016;6:35–51. doi: 10.1007/s12553-016-0132-8
17. Ruf B, Jenkinson P, Armour D, Fraser M, Watson AJ. Videoconference clinics improve efficiency of inflammatory bowel disease care in a remote and rural setting. J Telemed Telecare. 2020;26:545–551. doi: 10.1177/ 1357633X19849280
18. Mendell J, Bates J, Banner-Lukaris D, Horvat D, Kang B, Singer J, Ignaszewski A, Lear SA. What do patients talk about? a qualitative analysis of online chat sessions with health care specialists during a “virtual” cardiac rehabilitation program. Telemed J E Health. 2019;25:71–78. doi: 10.1089/tmj.2017.0206
19. Osman MA, Schick-Makaroff K, Thompson S, Bialy L, Featherstone R, Kurzawa J, Zaidi D, Okpechi I, Habib S, Shojai S, et al. Barriers and facilitators for implementation of electronic consultations (eConsult) to enhance access to specialist care: a scoping review. BMJ Glob Health. 2019;4:e001629. doi: 10.1136/bmjgh-2019-001629
20. Oseran AS, Wasfy JH. Early experiences with cardiology electronic consults: A systematic review. Am Heart J. 2019;215:139–146. doi: 10.1016/j. ahj.2019.06.013
21. Chamosa S, Alarcón JA, Dorronsoro M, Madruga FJ, Barrera J, Arrazola X, de la Cuesta P, Alkiza ME, Begiristain JM, Carrera I, et al. Predictors of enrollment in cardiac rehabilitation programs in Spain. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2015;35:255–262. doi: 10.1097/HCR.0000000000000126
22. Borren NZ, Conway G, Tan W, Andrews E, Garber JJ, Yajnik V, Ananthakrishnan AN. Distance to specialist care and disease outcomes in inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis. 2017;23:1234–1239. doi: 10.1097/MIB.0000000000001133
23. Skeith L, Mohamed M, Karovitch A, Liddy C, Afkham A, Archibald D, Keely E. The use of eConsults to improve access to specialty care in thrombosis medicine. Thromb Res. 2017;160:105–108. doi: 10.1016/j. thromres.2017.11.002
24. Gómez-Doblas JJ, Muñiz J, Martin JJ, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Awamleh P, Permanyer-Miralda G, Chorro FJ, Anguita M, Roig E; OFRECE study Collaborators. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del Estudio OFRECE. (Prevalence of atrial fibrillation in Spain.
Results of the OFRECE study). Rev Esp Cardiol. 2014; 67:259–269. doi:10.1016/j.recesp.2013.07.015
25. Stentzel U, Piegsa J, Fredrich D, Hoffmann W, van den Berg N. Accessibility of general practitioners and selected specialist physicians by car and by public transport in a rural region of Germany. BMC Health Serv Res. 2016;16:587. doi: 10.1186/s12913-016-1839-y

26. Julien HM, Eberly LA, Adusumalli S. Telemedicine and the forgotten America. Circulation. 2020;142:312–314. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA. 120.048535

CO-5

SEROLOGÍA EN LA MONONUCLEOSIS

Hernández Dorta S*[1], Villar Carballo J[1], Castro Ansa O[1], López Paituvi G[1], Bartolomé García E[1], Espinosa Novelle P[1]
[1]*Atención Primaria, Centro Salud Monforte De Lemos.*

PRESENTACIÓN

Se trata de una mujer de 46 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acude a la consulta por un cuadro de fiebre de predominio vespertino, de 1 semana de evolución, sin ningún síntoma focalizador.

DISCUSIÓN

Se trató, por tanto, de un síndrome mononucleósido. En nuestro medio, esta entidad está causada habitualmente por el VEB, aunque existen otros posibles agentes etiológicos como el CMV, la rubeola, el VIH o los virus de la hepatitis (A o B).

Hay que tener en cuenta que la determinación de VEB VCA-IgM puede ser positiva en los enfermos con infección por CMV y, a la inversa, también se ha observado que hasta en un 30% de las mononucleosis atribuidas al VEB pueden detectarse ac IgM específicos contra el CMV. Esto, sin duda, complica el diagnóstico.

DESARROLLO

Se constató una Tª de 37,6ºC, siendo la exploración física por aparatos completamente normal.

Un análisis inicial evidenció una linfocitosis relativa en la fórmula leucocitaria junto con una discreta elevación de las transaminasas (AST 102 UI/L; ALT 112 UI/L), estando el resto de los parámetros, incluidos los reactantes de la fase aguda, dentro de rango.

Se solicitaron pruebas serológicas que mostraron los siguientes datos de interés: Ac heterófilos negativos, Epstein Barr (VEB) VCA IgG +, VEB VCA IgM +, VEB EBNA IgG +, Citomegalovirus (CMV) IgG -, CMV IgGM +, el resto de los estudios serológicos (virus hepatotrofos, VIH) fueron negativos.

La fiebre cedió espontáneamente al cabo de 3-4 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

Mendoza J, Rojas A. Diagnóstico serológico de la infección por el virus de Epstein-Barr. Control calidad SEMC. Disponible en: https://seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/ebvrev.pdf [Fecha de acceso: 29/04/2022]

CO-6

PACIENTE ASMÁTICO CON TEMBLOR

Villar Carballo J*[1], Hernández Dorta S[1], Castro Ansa O[1], López Paituvi G[1], Coheteux Lourido Á[1], Docasar Lourido A[2]
[1]Atención Primaria, Centro Salud Monforte De Lemos. [2]Atención Primaria, PAC de Quiroga.

PRESENTACIÓN

Se trata de un varón de 44 años, asmático, sin consumo de sustancias de abuso, que refiere temblor en las manos desde hace años exacerbado con la administración de un inhalador beta2estimulante. La retirada del fármaco mejoró el cuadro clínico si bien no desapareció. Además, empeora con el estrés y la fatiga; el paciente no sabe precisar si tiene alguna influencia el alcohol.

DISCUSIÓN

El cuadro clínico es sugestivo de un temblor fisiológico aumentado. En el diagnóstico diferencial del temblor, el principal aspecto a tener en cuenta es la distinción del esencial de los secundarios, ya sean por afectación cerebelosa, del tronco cerebral o de los núcleos basales. Además, en el primer caso hay que tener en cuenta las posibles situaciones patológicas que lo pueden exacerbar (fármacos, enfermedades endocrinometabólicas).
El temblor esencial o fisiológico es el trastorno del movimiento más frecuente, se suele iniciar a los 35-45 años, es más frecuente en varones y puede ser hereditario. Suele ser bilateral, simétrico y predomina en las extremidades superiores. Solo está indicado su tratamiento (con propranolol o primidona) cuando es incapacitante.

DESARROLLO

Afecta exclusivamente a las manos, es postural y de acción y de una intensidad que no llega a producir incapacidad. No se acompaña de rigidez, dismetría ni de otra sintomatología neurológica.
Los resultados de un análisis mostraron un hipertiroidismo clínico primario. Se inició tratamiento con un fármaco antitiroideo. No se administró un betabloqueante, como tratamiento sintomático, por el antecedente de asma y por no ser, en la actualidad, un temblor incapacitante.

BIBLIOGRAFÍA

Gómez S, Gómez de León R, Martínez J, García J. Temblor ¿esencial?. Semergen. 2019;45:1399.

CO-7

UNA CEFALEA DISFRAZADA

Cobos García I*[1]
[1]*ATENCIÓN PRIMARIA, Centro Salud Ponferrada Ii.*

PRESENTACIÓN

La cefalea es el motivo de consulta neurológica más frecuente en AP. Generalmente es benigna y solo en pequeño porcentaje se relaciona con patología más grave. Las manifestaciones clínicas son variables y es fundamental reconocer los signos de alarma relacionados con su inicio y progresión.
Presento el caso de una paciente con cefalea y signos de alarma que van manifestándose progresivamente provocados por proceso metastásico de un tumor que no había dado señales y que se confunden inicialmente con posible covid o sinusitis.

DISCUSIÓN

La metástasis cerebrales constituyen la manifestación neurológica más frecuente en cáncer, siendo muchas veces su primera manifestación y la cefalea uno de sus síntomas principales. Frecuentes en cáncer de pulmón y mama por su alta prevalencia, siendo fundamental realizar exploración rigurosa y atender especialmente a signos de alarma.

DESARROLLO

Mujer 53 años, fumadora 20 cigarrillos diarios, sin otros antecedentes de interés, que se pone en contacto con equipo COVID por síntomas catarrales con congestión nasal y cefalea, a la que se indica aislamiento hasta resultado de PCR (negativa). Dos semanas después consulta por persistencia de cefalea frontal irradiada a ojo y astenia intensa. A la exploración molestias a la percusión de senos frontales. Se pide Rx de senos paranasales donde no se observan niveles pero sí aspecto gaseoso de seno paranasal derecho por lo que se sospecha sinusitis, se pauta antibiótico y se deriva a ORL. Se pone en contacto telefónico en dos ocasiones más por persistencia de cefalea y se la deriva a neurología. Una semana después vuelve a consultar por intensificación de cefalea, varios episodios diarios, despistes, dificultad para tareas básicas y disminución de agudeza visual. Exploración NRL normal. Se deriva a urgencias donde en Rx de tórax y TC craneal se evidencian lesión pulmonar y LOE parietal derecha con captación en anillo sugestiva de metástasis.

BIBLIOGRAFÍA

Kopel D, Peeler C, Zhu S. Headache Emergencies. Neurologic Clinics. 2021 May;39(2):355–72.
López D, Valle S, Ferrer AI, Coves J, Galán N, Gimeno J, et al. Complicaciones neurológicas del paciente con cáncer. Psicooncología. 2011 Jun 1;8(1).
Noh T, Walbert T. Brain metastasis: clinical manifestations, symptom management, and palliative care. Handbook of Clinical Neurology. 2018;75–88.

CO-8

PACIENTE ASMÁTICO CON TEMBLOR

Villar Carballo J*[1], Hernández Dorta S[1], Castro Ansa O[1], López Paituvi G[1], Coheteux Lourido Á[1], Docasar Lourido A[1]
[1]*Atención Primaria, Centro Salud Monforte De Lemos.*

PRESENTACIÓN

Se trata de un varón de 44 años, asmático, sin consumo de sustancias de abuso, que refiere temblor en las manos desde hace años exacerbado con la administración de un inhalador beta2estimulante. La retirada del fármaco mejoró el cuadro clínico si bien no desapareció. Además, empeora con el estrés y la fatiga; el paciente no sabe precisar si tiene alguna influencia el alcohol.

DISCUSIÓN

El cuadro clínico es sugestivo de un temblor fisiológico aumentado. En el diagnóstico diferencial del temblor, el principal aspecto a tener en
cuenta es la distinción del esencial de los secundarios, ya sean por afectación cerebelosa, del tronco cerebral o de los núcleos basales.
Además, en el primer caso hay que tener en cuenta las posibles situaciones patológicas que lo pueden exacerbar (fármacos, enfermedades endocrinometabólicas). El temblor esencial o fisiológico es el trastorno del movimiento más frecuente, se suele iniciar a los 35-45 años, es más frecuente en varones y puede ser hereditario. Suele ser bilateral, simétrico y predomina en las extremidades superiores. Solo está indicado su tratamiento (con propranolol o primidona) cuando es incapacitante.

DESARROLLO

Afecta exclusivamente a las manos, es postural y de acción y de una intensidad que no llega a producir incapacidad. No se acompaña de rigidez, dismetría ni de otra sintomatología neurológica. Los resultados de un análisis mostraron un hipertiroidismo clínico primario. Se inició tratamiento con un fármaco antitiroideo. No se administró un betabloqueante, como tratamiento sintomático, por el antecedente de asma y por no ser, en la actualidad, un temblor incapacitante.

BIBLIOGRAFÍA

Gómez S, Gómez de León R, Martínez J, García J. Temblor ¿esencial?. Semergen. 2019;45:1399.

CO-9

INTOXICACIÓN POR VITAMINA D

Villar Carballo J*[1], Hernández Dorta S[1], Castro Ansa O[1], Méndez Guerra A[2], Fernández Uzquiano I[3], Losada Quevedo J[1]

[1]Atención Primaria, Centro Salud Monforte De Lemos. [2]Atención Primaria, Facultad de Medicina. [3]Atención Primaria, Centro de Salud de Chantada.

PRESENTACIÓN

Se presentan dos casos en los que, por error, se administraron dosis de calcifediol (25-hidroxicolecalciferol) por vía oral muy superiores a las contempladas en la ficha técnica del producto.

Se trata de dos varones, uno de 50 y otro de 87 años, que ingirieron una cápsula blanda diaria de 15.960 UI de calcifediol, el primero durante 10 días y el segundo durante 7.

DISCUSIÓN

Ambos casos consistieron en una intoxicación accidental subaguda de 25-hidroxicolecaliferol, sin efectos adversos secundarios.

La administración de vitamina D a dosis altas puede producir hipercalcemia, hipercalciuria, hiperfosfatemia e insuficiencia renal. Como síntomas iniciales de la intoxicación pueden aparecer debilidad, fatiga, somnolencia, cefalea, anorexia, sequedad de boca, sabor metálico, náuseas, vómitos, espasmos abdominales, poliuria, estreñimiento o diarrea, vértigos, tinnitus, ataxia, exantema, hipotonía, dolor muscular u óseo e irritabilidad.

Como conclusión, se puede desprender que, en este fármaco, existe un amplio margen de seguridad entre sus dosis terapéuticas y sus dosis tóxicas.

DESARROLLO

Ambos acudieron a su médico de familia el día en el que se percataron del error. Ninguno de los dos mostró síntoma alguno.

A los dos pacientes se les realizó un análisis general que incluyó la función renal, la calcemia, la fosfatemia y los niveles séricos de 25-hidroxivitamina D. Tanto la función renal como el calcio y el fósforo se encontraban en rangos normales y los niveles del principio activo fueron, respectivamente, 97,9 y 65,2 ng/mL

BIBLIOGRAFÍA

Hidroferol. Ficha Técnica. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/80095/80095_ft.pdf [Fecha de acceso: 02/05/2022]

Albalate M. Nefrología al día. Hipercalcemia. Intoxicación por vitamina D. Disponible en:bhttps://www.nefrologiaaldia.org/358 [Fecha de acceso: 02/05/2022]

CO-10

FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y RENAL EN ESPAÑA

Varela Rodríguez N*[1], Cinza Sanjurjo S[2], Rey Aldana D[3], Prieto Díaz M[4], Mico Pérez R[5], Valls Roca F[6], Alonso Moreno F[7], Benítez Rivero J[8]

[1]Área sanitaria Santiago y Barbanza, Centro Salud Ordes. [2]Área sanitaria Santiago y Barbanza, Centro Salud Porto Do Son. [3]Área sanitaria Santiago y Barbanza, CS A Estrada. [4]Valladolid, Centro Salud La Florida. [5]Valencia, Consultorio Local Fontanars Dels Alforins. [6]Valencia, CS Beniganim. [7]Toledo, Centro Salud Silleria. [8]Cádiz , Centro Salud La Laguna.

OBJETIVOS

El objetivo es analizar qué variables se asocian con la presencia de hipertensión arterial (HTA) en la muestra de pacientes de IBERICAN (Identificación de la población española de riesgo cardiovascular y renal).

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional y multicéntrico en el que se han incluido 8.066 pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España, que serán seguidos durante al menos 5 años. La definición de los factores de riesgo, así como las lesiones subclínicas de órgano diana (LOD/S) y enfermedad cardiovascular se definieron según los criterios de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Hipertensión.

Se muestran los resultados del análisis multivariante realizado con los datos recogidos en la visita de inclusión

RESULTADOS

La edad media de los sujetos incluidos en el estudio fue de 57,8±14,8 años, y el 54,5% eran mujeres. El 55,6% tenían obesidad abdominal, el 50,3% dislipemia, el 48% hipertensión arterial, el 35,2% eran obesos y el 20,2% diabéticos. El 25,5% de la muestra tenían alguna lesión subclínica de órgano diana, el 16,3% tenían enfermedad cardiovascular previa.

La presencia de obesidad y diabetes mellitus duplicaron el riesgo de padecer HTA, así como la enfermedad renal, que elevaba el riesgo un 83,7%, la dislipemia, que elevaba el riesgo un 69,5%, o los antecedentes familiares que elevaron el riesgo un 40,6%.

BIBLIOGRAFÍA

- Navarro-Pérez J, Orozco-Beltran D, Gil-Guillen V, Pallares V, 763 Valls F, Fernandez A, et al., ESCARVAL Study Group. Mortality 764 and cardiovascular disease burden of uncontrolled diabetes in a 765 registry-based cohort: The ESCARVAL-risk study. BMC Cardiovasc 766 Disord. 2018;18:180.
- Ruiz-García A, Arranz-Martínez E, García-Álvarez JC, Morales- 697 Cobos LE, García-Fernández ME, de la Peña-Antón N, et al., 698 en nombre del Grupo de investigación del Estudio SIMETAP. Población y metodología del estudio SIMETAP: Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, enfermedades cardiovascu- lares y enfermedades metabólicas relacionadas. Clin Investig Arterioscler. 2018;30:197-208.
- Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fer- 653 nández E, et al., Colaboradores de GBD en España. The burden 654 of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 655 2016. Med Clin (Barc). 2018;151:171-90.

CO-11

A PROPÓSITO DE UN CASO. ICTUS ISQUÉMICO EN TERRITORIO VERTEBRO BASILAR DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Primo Pazos S*[1]
[1]*Residente de Medicina de Familia, Centro Salud Valga.*

PRESENTACIÓN

El infarto cerebral es una enfermedad con una alta prevalencia en los países desarrollados, suponiendo la causa más frecuente de invalidez y la tercera causa de muerte.
Se describe el caso de un varón de 45 años que consulta en Atención Primaria por lumbalgia con posterior hemiparesia derecha e incapacidad de la marcha y que días después tras pruebas complementarias, resultó ser un infarto de la arteria cerebelosa posteroinferior (PICA).

DISCUSIÓN

El reconocimiento precoz de los síntomas es fundamental para su adecuado tratamiento y reducir o evitar secuelas posteriores. En este sentido es clave realizar una minuciosa anamnesis y exploración física en Atención Primaria.

DESARROLLO

El infarto cerebeloso representa una forma infrecuente de presentación de ictus pero se comporta como una entidad potencialmente grave.
Hay ictus que presentan sintomatología confusa o poco habitual por lo que pueden ser infradiagnosticados, suponiendo hasta un 20-30% de los casos. Si no se revierte en un plazo breve, puede dejar secuelas funcionales importantes, de ahí la importancia del diagnóstico precoz en Atención Primaria.
El médico de familia es primordial para el diagnóstico precoz de sospecha del ictus.

BIBLIOGRAFÍA

1. V.P. Moreno , A. García-Raso , M.J. García-Bueno , C. Sánchez-Sánchez , E. Meseguer , R. Mata , P. Llamas. Factores de riesgo vascular en pacientes con ictus isquémico. Distribución según edad, sexo y subtipo de ictus. REV NEUROL 2008; 46 (10): 593-598.
2. Accidente cerebrovascular isquémico - Trastornos neurológicos – Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2019 [cited 27 January 2019].
3. Berenguer Guarnaluses Lázaro Jorge, Pérez Ramos Argelio. Factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares durante un bienio. MEDISAN [Internet]. 2016 Mayo [citado 2019 enero 27]; 20 (5): 621-629.
4. Samwel Msigwa. A narrative review of contemporary global perspectives into epidemiology, treatment and prognosis of vertebrobasilar strokes. Rwanda Journal of Medicine and Health Sciences Vol.4 No.3, December 2021. 418-429.
5.Demel SL, Broderick JP. Basilar Occlusion Syndromes: An Update. The Neurohospitalist 2015, Vol. 5(3) 142-15

CO-12

EFICACIA Y SEGURIDAD DE UNA CONSULTA ELECTRÓNICA (E-CONSULTA) EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Pablo Ortega J*[1], Mazón Ramos P[2], Portela Romero M[3], Rigueiro Veloso P[4], Rey Aldana D[5], Cinza Sanjurjo S[6], González Juanatey J[4]

[1]Atención primaria, C. S. Porto do Son. [2]Cardiología, Hospital clínico Santiago de Compostela. [3]Atención Primaria, C. S. Concepción Arenal. [4]Cardiología, Hospital Clínico Santiago de Compostela. [5]Atención Primaria, C. S. A Estrada. [6]Atención Primaria, C. S. Porto do Son.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto clínico de la implantación de una consulta electrónica (e-consulta) en los pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) comparado con el modelo asistencial clásico de consulta de acto único.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se registraron los datos de 47.337 pacientes derivados a nuestro servicio entre 2010 y 2019. Se clasificaron como pacientes con ECV cuando presentaban antecedentes personales de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebro-vascular. Entre 2008 y 2012 el modelo de consultas correspondía al acto único, y a partir de 2013 se implementó un modelo de e-consulta universal, que incluye una primera consulta no presencial (e-consulta) previa al acto único. Se realizó un análisis de series temporales interrumpidas para comparar las diferencias entre ambos modelos.

RESULTADOS

Se analizaron los 5.350 (29,6%) con ECV. Los pacientes con ECV eran mayores (73.4 [11.5] vs 60.2 [19.3], p <0.001). Los pacientes con ECV requirieron más visitas de seguimiento (69.8% vs 40.8%, p <0.001). El análisis de series temporales interrumpidas mostró que desde la implantación de la e-consulta, se redujeron los tiempos de espera (p<0,001) y, en consecuencia, se redujeron las asistencias en urgencias (p<0,001), ingresos hospitalarios (p<0,001) y mortalidad (p<0,001).

BIBLIOGRAFÍA

(1) Martin D, Miller AP, Quesnel-Vallée A, et al. Canada's universal health-care system: achieving its potential. The Lancet 2018; 391: 1718–35.

(2) Bekfani T, Fudim M, Cleland JGF, Jorbenadze A, von Haehling S, Lorber A, et al. A current and future outlook on upcoming technologies in remote monitoring of patients with heart failure Eur J Heart Fail. 2020. Online ahead of print.

(3) Frederix I, Vanhees L, Dendale P, Goetschalckx K. A review of telerehabilitation for cardiac patients. J Telemed Telecare. 2015; 21: 45-53.

(4) Imran HM, Baig M, Erqou S, et al. Home-Based Cardiac Rehabilitation Alone and Hybrid With Center-Based Cardiac Rehabilitation in Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Heart Association. 2019; 8 (16).

(5) Amorim P, Brito D, Castelo-Branco M, et al. Telehealth opportunities in the COVID19 pandemic early days: What happened, did not happen, should have happened, and must happen in the near future? Telemed J E Health. 2020. Epub ahead of print.

(6) Rey-Aldana D, Cinza-Sanjurjo S, Portela-Romero M, López-Barreiro JL, GarciaCastelo A, Pazos-Mareque JM, et al. Programa de consulta electrónica universal (econsulta) de un servicio de cardiología. Resultados a largo plazo. Rev Española Cardiol. 2020; in press.

(7) Gillum RF. From papyrus to the electronic tablet: a brief history of the clinical medical record with lessons for

the digital age. Am J Med. 2013; 126: 853-7.
(8) WMA - The World Medical Association-WMA Statement on the Ethics of Telemedicine. Wma.net. 2021 [cited 21 January 2021]. Available from: https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-ethics-of-telemedicine/
(9) McDowall D, McCleary R, Bartos BJ. Interrupted time series analysis. New York, NY: Oxford University Press, 2019.
(10) Oseran AS, Wasfy JH. Early experiences with cardiology electronic consults: A systematic review. Am Heart J. 2019; 215: 139–46.
(11) Koehler F, Koehler K, Deckwart O, et al. Telemedical Interventional Management in Heart Failure II (TIM-HF2), a randomised, controlled trial investigating the impact of telemedicine on unplanned cardiovascular hospitalisations and mortality in heart failure patients: study design and description of the intervention. Eur J Heart Fail. 2018; 20:1485-93.
(12) Bekfani T, Fudim M, Cleland JGF, Jorbenadze A, Haehling S, Lorber A, et al. A current and future outlook on upcoming technologies in remote monitoring of patients with heart failure. Eur J Heart Fail. 2020; ejhf.2033.
(13) Vimalananda VG, Orlander JD, Afable MK, Fincke BG, Solch AK, Rinne ST, et al. Electronic consultations (E-consults) and their outcomes: a systematic review. J Am Med Informatics Assoc. 2020; 27: 471–9.
(14) Inglis SC, Clark RA, Dierckx R, Prieto-Merino D, Cleland JGF. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 2015(10).
(15) Cinza-Sanjurjo S, Micó-Pérez RM, Velilla-Zancada S, Prieto-Díaz MA, RodríguezRoca GC, Barquilla García A, et al. Factores asociados al riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular y renal en el estudio IBERICAN (Identificación de la poBlación Española de RIesgo CArdiovascular y reNal): resultados definitivos. Med Fam Semer. 2020; 46: 368-78.

CO-13

ANÁLISIS DE LAS CONSECUENCIAS CLÍNICAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL DE DIABETES EN UN ÁREA SANITARIA DE GALICIA

Vázquez- Cotón R*[1], Portela- Romero M[2], Cinza- Sanjurjo S[3], Rey- Aldana D[4], González- Juanatey J[5]
[1]Santiago de Compostela y Barbanza, CS Noia. [2]Santiago de Compostela y Barbanza, CS Concepción Arenal. [3]Santiago de Compostela y Barbanza, CS Porto do Son. [4]Satiagode Compostela y Barbanza, CS A Estrada. [5]Santiago de Compostela y Barbanza, Cardiología.

OBJETIVOS

Analizar las estrategias terapéuticas utilizadas tras la implantación de un plan de gestión del proceso de diabetes sobre el grado de control de la HbA1c.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se plantea un análisis longitudinal desde la implantación del proceso de diabetes en nuestra Área Sanitaria que monitorizaba un indicador de proceso como es el grado de control de HbA1c. Se seleccionaron los pacientes diabéticos con prescripción de algún fármaco en 2016, obteniéndose un total de 29.705 pacientes. Para analizar el impacto del programa se analizó porcentaje de pacientes con HbA1c<8%, tasa de hipoglucemias, y porcentaje de pacientes con determinación anual de HbA1c, a lo largo del seguimiento de dos años.

RESULTADOS

La prevalencia de diabetes en nuestra área sanitaria fue del 11,8% y el 71,3% de ellos recibían algún tratamiento farmacológico. En el año 2016, en el ASISC, el 59,6% (IC95%: 57,9%-61,2%) de los pacientes presentaban una HbA1c inferior a 8%, con un incremento acumulado de 7,1% (IC95%: 5,9%-8,2%) en los dos años siguientes. La tasa anual de hipoglucemias incrementó de manera no significativa pasando de 2,8 (IC95%: 2,22-3,35) en 2016 al 3,0 (IC95%: 2,44-3,56) en 2018 (p=0,399). El 75,3% de los pacientes tenían al menos una determinación de HbA1c en 2016 con un incremento acumulado del 2,1±1,2% tras 2 años de programa.

BIBLIOGRAFÍA

1. International Diabetes Federation. Diabetes atlas [consultado 5 Jul 2019]. Disponible en: https://diabetesatlas.org/.
2. Wens J, Dirven K, Mathieu C, Paulus D, Van Royen P. Quality indicators for type-2 diabetes care in practice guidelines: an example from six European countries. Prim Care Diabetes.2007;1:17–23.
3. Ballesta M, Carral F, Olveira G, Giron´ JA, Aguilar M. Economic cost of type II diabetes in Spanish Patients. Eur J Health Econ. 2006;7:270–5.
4. UKPDS Group: Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet. 1998;352:837–53.
5. Helmer DA, Tseng CL, Brimacombe M, Rajan M, Stiptzarov N, Pogach L. Applying diabetes-related prevention quality indicators to a national cohort of veterans with diabetes. Diabetes Care. 2003;26:3017–23.
6. Davies MJ, d'Alessio DA, Fradkin J, Kernan WN, Mathieu C, Mingrone G, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia. 2018;61:2461–98.
7. García Soidán J, Alemán Sánchez JJ, Artola Menéndez S, Ávila Lachica L, Barrot de la Puente J, Barutell Rubio L, et al. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la redGDPS. Fundación redGDPS;; 2018.
8. Fundación redGDPS. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la redGDPS. 2018. p. 1-261 [consultado 11 Mar 2020]. Disponible en: www.redgdps.org/gestor/upload/colecciones/Guia DM2 web.pdf
9. Garzón G, Gil Á, Álvaro A, Rodrigo R, Cerezo MJC, Domínguez C. Asociación entre indicadores de proceso

medidos sobre historia electrónica y resultados intermedios en salud, en pacientes con diabetes. Rev Calid Asist. 2013;28:207–16.
10. ATC/DDD index 2020. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology [consultado 11 Mar 2020]. Disponible en: https://www.whocc.no/atc ddd index/.
11. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. En: Informe Nacional de Estadísticas de la Diabetes, 2017. Atlanta: Georgia: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; 2017.
12. Roca-Rodríguez MM, Carral-San Laureano F, Baena-Nieto G, Aguilar-Diosdado M. Evaluación del grado de consecución de objetivos de control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Endocrinol Nutr. 2010;57:434–9.
13. Vélez JM, García R, Pina E, Morales C, Escalera C, Ortega A, et al. Eficacia de una estrategia para mejorar los indicadores de calidad del Proceso Asistencial Integrado Diabetes Mellitus 2 en el Centro Avanzado de Diabetes Macarena. Aten Primaria. 2019;51:18–23.
14. Franch Nadal J, Artola Menéndez S, Diez Espino J, Mata Cases M, en representación de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo2 en atención primaria (1996-2007). Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Med Clin (Barc). 2010;135:600–7.
15. Abbas AS, Dehbi HM, Ray KK. Cardiovascular and noncardiovascular safety of dipeptidyl peptidase-4 inhibition: A meta-analysis ofrandomized controlled cardiovascular outcome trials. Diabetes Obes Metab. 2016;18:295–9.
16. Zelniker TA, Wiviott SD, Raz I, Im K, Goodrich EL, Bonaca MP, et al. SGLT2 inhibitors for primary and secondary prevention of cardiovascular and renal outcomes in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis of cardiovascular outcome trials. Lancet. 2019;393:31–9.
17. Kristensen SL, Rørth R, Jhund PS, Docherty KF, Sattar N,
Preiss D, et al. Cardiovascular, mortality, and kidney outcomes with GLP-1 receptor agonists in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis of cardiovascular outcome trials. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019;7:776–85.
18. Informe de Utilización de Medicamentos U/AN/V1/03092015. Utilización de medicamentos antidiabéticos en Espana˜ durante el período 2000-2014. Agencia Espanola ˜ del Medicamento y Productos Sanitarios, 3 de septiembre del 2014.
19. Overbeek JA, Heintjes EM, Prieto-Alhambra D, Blin P, Lassalle R, Hall GC, et al. Type 2 diabetes mellitus treatment patterns across Europe: A population-based multi-database study. Clin Ther. 2017;39:759–70.
20. Prestación Farmacéutica. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.
21. Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social. Datos de facturación de. [consultado 5 Jul 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/datos/ diciembre2017.htm.
22. Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social. Datos de facturación de Receta Médica [consultado 5 Jul 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2018.htm.
23. Goring SM, Hawkins N, Wygant G, Roudaut M, Townsend R, Wood I, et al. Dapagliflozin compared with other oral anti-diabetes treatments when added to metformin monotherapy: A systematic review and network meta-analysis. Diabetes Obes Metab. 2014;16:433–42.
24. Gray A, Raikou M, McGuire A, Fenn P, Stevens R, Cull C, et al. Cost effectiveness of an intensive blood glucose control policy in patients with type 2 diabetes: economic analysis alongside randomised controlled trial (UKPDS 41) United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. BMJ. 2000;320: 1373–8.
25. Messina J, Campbell S, Morris R, Eyles E, Sanders C. A narrative systematic review of factors affecting diabetes prevention in primary care settings. PLOS ONE. 2017;12:e0177699.

CO-14

¿QUÉ FACTORES SE ASOCIAN A DISLIPEMIA? ESTUDIO IBERICAN

Ramos Lois V*[1], García Vallejo O[2], Ginel Mendoza L[3], Carrasco Carrasco E[4], Rey Aldana D[5], Portela Romero M[6], Martín Sánchez V[7], Cinza Sanjurjo S[8]

[1], Centro Salud Santa Comba. [2], Centro Salud Comillas. [3], Centro Salud Ciudad Jardín. [4], Centro Salud AbarÁn. [5], Centro Salud Estrada. [6], Centro Salud Concepcion Arenal. [7], Universidad de Leon. [8], Centro Salud Porto Do Son.

OBJETIVOS

El objetivo especifico de la presente comunicación es analizar qué variables se asocian con la presencia de dislipemia en la muestra de pacientes de IBERICAN.

MATERIALES Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se han incluido 8.066 pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. La definición de los factores de riesgo, así como las lesiones subclínicas de órgano diana y enfermedad cardiovascular se definieron según los criterios de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Hipertensión. Se muestran los resultados del análisis multivariante realizado con los datos recogidos en la visita de inclusión.

RESULTADOS

La edad media de los sujetos incluidos en el estudio fue de 57,8±14,8 años, y el 54,5% eran mujeres. El 50,3% tenían dislipemia. El 25,5% de la muestra tenían alguna lesión subclínica de órgano diana, el 16,3% tenían enfermedad cardiovascular previa, siendo la cardiopatía isquémica (44,5%) la más frecuente. La diabetes mellitus duplicó el riesgo de dislipemia, mientras que la hipertensión arterial incrementó el riesgo un 66%, los antecedentes familiares de ECV un 42,4%, y el bajo nivel de estudios y el sexo femenino un 14% cada uno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2016. Nota de prensa publicada 19/12/2018 [consultado 19 Mar 2019]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm 2017.pdf.
2. European Core Health Indicators, 2017 [consultado 19 Nov 2019]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/dyna/echi/datatool/index.cfm?indlist=13.
3. Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fer- nández E, et al., Colaboradores de GBD en España. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. Med Clin (Barc). 2018;151:171-90.
4. O'Flaherty M, Buchan I, Capewell S. Contributions of treat- ment and lifestyle to declining CVD mortality: Why have CVD mortality rates declined so much since the 1960s? Heart. 2013;99:159-62.
5. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud. España 2017. 26 Jun 2018 [consul- tado 19 Mar 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017 /ENSE2017 notatecnica.pdf.
6. Villar F, Banegas JR, Donado J, Rodríguez Artalejo F. Las enfer- medades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2007. Madrid: Sociedad Española de Arteriosclerosis;; 2007.
7. Dzau V, Braunwald E. Resolved and unresolved issues in the pre- vention and treatment of coronary artery disease: A workshop consensus statement. Am Heart J. 1991;121:1244-63.
8. Cinza Sanjurjo S, Martín Sánchez V, Prieto Díaz MA, Bar- quilla García A, Polo García J, Velilla Zancada S, et al. Descripción de la muestra, diseño y métodos del estudio para la identificación de la población española de riesgo cardiovascular y renal (IBERICAN). Semergen. 2019;46:4-15, http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2019.10.006.
9. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al., Task Force Members. 2016 European

Guidelines on car- diovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clini- cal Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2016;37:2315-81.
10. Kovacic JC, Moreno P, Hachinski V, Nabel EG, Fuster V. Cellu- lar senescence, vascular disease, and aging: Part 1 of a 2-part review. Circulation. 2011;123:1650-60.
11. Libby P, Ridker P, Maseri A. Inflammation and atherosclerosis. Circulation. 2002;105:1135-43.
12. Wittchen HU, Glaesmer H, März W, Stalla G, Lehnert H, Zei- her AM, et al., DETECT-Study Group. Cardiovascular risk factors in primary care: Methods and baseline prevalence rates-the DETECT program. Curr Med Res Opin. 2005;21:619-30.
13. Ruiz-García A, Arranz-Martínez E, García-Álvarez JC, Morales- Cobos LE, García-Fernández ME, de la Peña-Antón N, et al., en nombre del Grupo de investigación del Estudio SIMETAP. Población y metodología del estudio SIMETAP: Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, enfermedades cardiovascu- lares y enfermedades metabólicas relacionadas. Clin Investig Arterioscler. 2018;30:197-208.
14. Palomo L, Félix-Redondo JL, Lozano-Mera L, Pérez-Castán JF, Férnandez-Bergés D, Buitrago F. Cardiovascular risk fac- tors, lifestyle, and social determinants: A cross-sectional population study. Br J Gen Pract. 2014;64:e627-33, http://dx.doi.org/10.3399/bjgp14X681793.
15. Bilal U, Diez J, Alfayate S, Gullón P, del Cura I, Esco- bar F, et al. Population cardiovascular health and urban enviroments: The Heart Healthy Hoods exploratory study in Madrid, Spain. BMC Med Res Methodol. 2016;16:104, http://dx.doi.org/10.1186/s12874-016-0213-4.
16. Spence JD, Pilote L. Importance of sex and gender in atherosclerosis and cardiovascular disease. Atherosclerosis. 2015;241:208-10.
17. Hausmann R, Tyson LD, Bekhouche Y, Zahidi S. The Global Gender Gap Report. 2012:2015 [consultado 22 Ene 2020]. Disponible en: http://www3.weforum.org/ docs/GGGR12/MainChapter GGGR12.pdf.
18. Shen Y, Cai R, Sun J, Dong X, Huang R, Tian S, et al. Diabetes mellitus as a risk factor for incident chronic kidney disease and end-stage renal disease in women compared with men: A sys- tematic review and meta-analysis. Endocrine. 2017;55:66-76.
19. Cea-Calvo L, Moreno B, Monereo S, Gil-Guillén V, Lozano JV, Martí-Canales JC, et al. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población española de 60años o más y factores relacionados. Estudio PREV-ICTUS. Med Clin (Barc). 2008;131:205-10.
20. Dich N, Head J, Hulvej Rod N. Role of psychosocial work factors in the relation between becoming a caregiver and changes in health behaviour: Results from the WhitehallII cohort study. J Epidemiol Community Health. 2016;70:1200-6, http://dx.doi.org/10.1136/jech-2015-206463.
21. Stewart RAH, Held C, Krug-Gourley S, Waterworth D, Stebbins A, Chiswell K, et al. Cardiovascular and lifestyle risk factors and cognitive function in patients with stable coronary heart disease. J Am Heart Assoc. 2019;8:e010641.
22. Schneider HJ, Friedrich N, Klotsche J, Pieper L, Nauck M, John U, et al. The predictive value of different measures of obesity for incident cardiovascular events and mortality. J Clin Endo- crinol Metab. 2010;95:1777-85.
23. Cosín Aguilar J, Hernándiz Martínez A, Masramón Morell X, Arís- tegui Urrestarazu R, Aguilar Llopis A, Zamorano Gómez JL, et al. Overweight and obesity in hypertensive Spanish patients. The CORONARIA study. Med Clin (Barc). 2007;129:641-5.
24. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Stefanadis C. Dietary patterns: A Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2006;16:559-68.
25. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al., PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of car- diovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. N Engl J Med. 2018;378:e34.

26. Pandey A, Salahuddin U, Garg S, Ayers C, Kulinski J, Anand V, et al. Continuous dose-response association between sedentary time and risk for cardiovascular disease: A meta-analysis. JAMA Cardiol. 2016;1:575-83.
27. Redon J, Tellez-Plaza M, Orozco-Beltran D, Gil-Guillen V, Pita Fernandez S, Navarro-Pérez J, et al., ESCARVAL Study Group. Impact of hypertension on mortality and cardiovascular disease burden in patients with cardiovascular risk factors from a gene- ral practice setting: The ESCARVAL-risk study. J Hypertens. 2016;34:1075-83.
28. Navarro-Pérez J, Orozco-Beltran D, Gil-Guillen V, Pallares V, Valls F, Fernandez A, et al., ESCARVAL Study Group. Mortality and cardiovascular disease burden of uncontrolled diabetes in a registry-based cohort: The ESCARVAL-risk study. BMC Cardiovasc Disord. 2018;18:180.
29. Cosín Aguilar J, Rodríguez Padial L, Hernándiz Martínez A, Arístegui Urrestarazu R, Masramón Morell X, Armada Peláez B, et al. Cardiovascular risk in diabetes mellitus and hyper- tension in Spain. The CORONARIA study. Med Clin (Barc). 2006;127:126-32.
30. Tellez-Plaza M, Orozco-Beltran D, Gil-Guillen V, Pita-Fernandez S, Navarro-Pérez J, Pallares V, et al., ESCARVAL Study Group. Renal function and attributable risk of death and cardiovascular hospitalization in patients with cardiovascular risk factors from a registry-based cohort: The Estudio Cardiovascular Valencia- risk study. J Hypertens. 2016;34:2266-73.

CO-15

IMPACTO DE LA CONSULTA ELECTRÓNICA (E-CONSULTA) EN LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES DERIVADOS A UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Pérez Taboada M*[1], Mazón Ramos P[2], Portela Romero M[1], Rigueiro Veloso P[2], Rey Aldana D[3], Cinza Sanjurjo S[4], González Juanatey J[2]

[1]Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza, CS Concepción Arenal. [2]Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. [3]Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza, CS A Estrada. [4]Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza, CS Porto do Son.

OBJETIVOS

Analizar el impacto en la accesibilidad de un modelo de consulta electrónica (e-consulta) en la asistencia a los pacientes ambulatorios de un Servicio de Cardiología (SC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se registraron variables clínico-epidemiológicas de los pacientes derivados desde Atención Primaria (AP) entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2019. En el año 2013 se instauró una e-consulta previa a la consulta de acto único de nuestro Servicio de Cardiología que realizaba un filtrado para resolver telemáticamente una parte de la demanda. Se ha analizado el impacto en la tasa de derivaciones desde cada ayuntamiento de nuestra área sanitaria en los períodos previos y posterior a esta implantación.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 41.258 pacientes. Tras la implantación de la e-consulta, se observó un incremento de la demanda en los ayuntamientos más alejados (7.2 ± 2.4 vs 10.1 ± 4.8 ratios por 1.000 habitantes-año, p <0.001). También, durante el período de consulta de acto único, observamos una reducción progresiva del tiempo de espera de la consulta a cardiología (-0.96 [95%CI: -0.951, -0.966], p<0,001), que se redujo ligeramente después de la implementación de la e-consulta (0.064 [95%CI: 0.043, 0.085], p<0,001).

BIBLIOGRAFÍA

1. Martin D, Miller AP, Quesnel-Vallée A, Caron NR, Vissandjée B, Marchildon GP. Canada's universal health-care system: achieving its potential. Lancet. 2018;391:1718–1735. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30181-8

2. Rey-Aldana D, Cinza-Sanjurjo S, Portela-Romero M, López-Barreiro JL, Garcia-Castelo A, Pazos-Mareque JM, Mazon-Ramos P, Gonzalez- Juanatey JR. Universal electronic consultation (e-consultation) program of a cardiology service. Long-term results [published online February 9, 2021]. Rev Esp Cardiol. doi: 10.1016/j.rec.2020.11.017

3. Inglis SC, Clark RA, Dierckx R, Prieto-Merino D, Cleland JG. Struc- tured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 10:CD007228. doi: 10.1002/14651858.CD007228.pub3

4. Geissler KH. Differences in referral patterns for rural primary care phy- sicians from 2005 to 2016. Health Serv Res. 2020;55:94–102. doi: 10.1111/1475-6773.13244

5. Blank L, Baxter S, Woods HB, Goyder E, Lee A, Payne N, Rimmer M. Referral interventions from primary to specialist care: a systematic review of international evidence. Br J Gen Pract. 2014;64:e765–e774. doi: 10.3399/bjgp14X682837

6. Liddy C, Moroz I, Mihan A, Nawar N, Keely E. A systematic review of asynchronous, provider-to-provider, electronic consultation services to improve access to specialty care available worldwide. Telemed J E Health. 2019;25:184–198. doi: 10.1089/tmj.2018.0005

7. Instituto Galego de Estadística (IGE) [internet]. Padrón municipal de habi- tantes. Ano 2019. Santiago de

Compostela: IGE; 2020 (accessed: 10 de abril de 2020). Available at: https://www.ige.eu/igebdt/esqv.jsp?paxina=001&c=0201001002&ruta=verPpalesResultados.jsp?OP=1&B=1&M=&COD=4592&R=0[all]&C=9928[all];1[all]&F=T[1:0]&S=.
8. Parikh PJ, Mowrey C, Gallimore J, Harrell S, Burke B. Evaluating e-consulta-tion implementations based on use and time-line across various specialties.Int J Med Inform. 2017;108:42–48. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2017.09.005
9. Kirsh S, Carey E, Aron DC, Cardenas O, Graham G, Jain R, Au DH, Tseng CL, Franklin H, Ho PM. Impact of a national specialty e-consultation implementation project on access. Am J Manag Care. 2015;21:e648–e654.
10. Eze ND, Mateus C, Cravo Oliveira Hashiguchi T. Telemedicine in the OECD: An umbrella review of clinical and cost-effectiveness, patient experience and implementation. PLoS One. 2020;15:e0237585. doi: 10.1371/journal.pone.0237585
11. McDowall D, McCleary R, Bartos BJ. Interrupted Time Series Analysis. Oxford University Press, 2019.
12. Fahrmeir L, Kneib T, Lang S, Marx B. Regression. Models, Methods and Applications. Berlin Springer, 2013.
13. Eilers PH, Marx BD. Flexible smoothing with B-splines and penalties. Statist Sci. 1996; 11:89–21. doi: 10.1214/ss/1038425655 14. McAdams M, Cannavo L, Orlander JD. A medical specialty e-consult pro-gram in a VA health care system. Fed Pract 2014;31:26–31.
15. Wasfy JH, Rao SK, Kalwani N, Chittle MD, Richardson CA, Gallen KM, Isselbacher EM, Kimball AB, Ferris TG. Longer-term impact of cardiology e-consults. Am Heart J. 2016;173:86–93. doi: 10.1016/j.ahj.2015.11.019 16. Rosen JM, Kun L, Mosher RE, Grigg E, Merrell RC, Macedonia C, Klaudt-Moreau J, Price-Smith A, Geiling J. Cybercare 2.0: meeting the challenge of the global burden of disease in 2030. Health Technol (Berl). 2016;6:35–51. doi: 10.1007/s12553-016-0132-8
17. Ruf B, Jenkinson P, Armour D, Fraser M, Watson AJ. Videoconference clinics improve efficiency of inflammatory bowel disease care in a remote and rural setting. J Telemed Telecare. 2020;26:545–551. doi: 10.1177/ 1357633X19849280
18. Mendell J, Bates J, Banner-Lukaris D, Horvat D, Kang B, Singer J, Ignaszewski A, Lear SA. What do patients talk about? a qualitative analy- sis of online chat sessions with health care specialists during a “virtual” cardiac rehabilitation program. Telemed J E Health. 2019;25:71–78. doi: 10.1089/tmj.2017.0206
19. Osman MA, Schick-Makaroff K, Thompson S, Bialy L, Featherstone R, Kurzawa J, Zaidi D, Okpechi I, Habib S, Shojai S, et al. Barriers and facilitators for implementation of electronic consultations (eConsult) to enhance access to specialist care: a scoping review. BMJ Glob Health. 2019;4:e001629. doi: 10.1136/bmjgh-2019-001629
20. Oseran AS, Wasfy JH. Early experiences with cardiology electronic con- sults: A systematic review. Am Heart J. 2019;215:139–146. doi: 10.1016/j. ahj.2019.06.013
21. Chamosa S, Alarcón JA, Dorronsoro M, Madruga FJ, Barrera J, Arrazola X, de la Cuesta P, Alkiza ME, Begiristain JM, Carrera I, et al. Predictors of enrollment in cardiac rehabilitation programs in Spain. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2015;35:255–262. doi: 10.1097/HCR.0000000000000126
22. Borren NZ, Conway G, Tan W, Andrews E, Garber JJ, Yajnik V, Ananthakrishnan AN. Distance to specialist care and disease outcomes in inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis. 2017;23:1234–1239. doi: 10.1097/MIB.0000000000001133
23. Skeith L, Mohamed M, Karovitch A, Liddy C, Afkham A, Archibald D, Keely E. The use of eConsults to improve access to specialty care in thrombosis medicine. Thromb Res. 2017;160:105–108. doi: 10.1016/j. thromres.2017.11.002
24. Gómez-Doblas JJ, Muñiz J, Martin JJ, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Awamleh P, Permanyer-Miralda G, Chorro FJ, Anguita M, Roig E; OFRECE study Collaborators. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resul- tados del Estudio OFRECE. (Prevalence of atrial fibrillation in Spain. Results of the OFRECE study). Rev Esp Cardiol. 2014; 67:259–269. doi:10.1016/j.recesp.2013.07.015

25. Stentzel U, Piegsa J, Fredrich D, Hoffmann W, van den Berg N. Acces- sibility of general practitioners and selected specialist physicians by car and by public transport in a rural region of Germany. BMC Health Serv Res. 2016;16:587. doi: 10.1186/s12913-016-1839-y
26. Julien HM, Eberly LA, Adusumalli S. Telemedicine and the forgotten Amer- ica. Circulation. 2020;142:312–314. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA. 120.048535

CO-16

COSTES Y POTENCIALES AHORROS DE LA CONSULTA ELECTRÓNICA Y SU RELACIÓN CON LA REDUCCIÓN DE CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA

Martínez García B[1], Reyes-santias F*[2], Mazón Ramos P[3], Portela Romero M[4], Álvarez Álvarez B[3], Rey Aldana D[5], Cinza Sanjurjo S[6], Gonzalez Juanatey J[3]

[1]Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza., Centro Salud Noia. [2], Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS).. [3]Servicio de Cardiología Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. , Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. [4]Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza., Centro Salud Concepcion Arenal. [5]Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza., CS A Estrada . [6]Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza., Centro Salud Porto Do Son.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto económico de la consulta electrónica como medio de comunicación entre atención primaria y un servicio de cardiología de un hospital terciario, en particular, el coste de la reducción de la contaminación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron los costes directos e indirectos de todas las interconsultas entre atención primaria y un servicio de cardiología, comparando el período de implantación de la e-consulta (desde 2013 a la actualidad) y el período previo en el que todos los pacientes derivados a una consulta de acto único. El coste de la contaminación causada por los vehículos a motor privados en el viaje al hospital fue analizado utilizando la función de costes de Cobb–Douglas.

RESULTADOS

El coste total por paciente, incluido el coste de la mortalidad, representa un ahorro en el modelo de la e-consulta del 25,6%. El valor económico de la reducción de la contaminación fue del 12,86% por paciente.

CO-17

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN.

Crespo Sabaris R[1], Iturralde Iriso [2], Piera Carbonell [3], Cubelos Fernández [4], Alonso Fernández [5], Ortega Osuna M[6], Peral Martínez I[7], Cachafeiro Vieites A*[8]

[1]C.S. Grañón, La Rioja, C.S. Grañón, La Rioja. [2]C.S. La Habana, Álava, C.S. La Habana, Álava. [3]C.S. Luanco-Gozón, Asturias, C.S. Luanco-Gozón, Asturias. [4]C.S. José Aguado I, León, C.S. José Aguado I, León. [5]C.S. La Eria, Asturias, C.S. La Eria, Asturias. [6]UGC Fuensanta, UGC Fuensanta. [7]Centro de Salud Puerto Lumbreras, Puerto Lumbreras, Murcia, Centro de Salud Puerto Lumbreras, Puerto Lumbreras, Murcia. [8]C.S Santa Comba, Centro Salud Santa Comba.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo fue analizar la edad, el sexo y la raza de los pacientes con diabetes mellitus (DM) incluidos en el estudio IBERICAN en las distintas Comunidades autónomas (CCAA).

MATERIALES Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se incluyen pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. Se presentan los datos de los 1623 pacientes con diabetes incluidos en la primera visita del estudio IBERICAN (8.046), distribuidos por comunidades autónomas.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes con DM fue de 65,93+/- 10,14 años, con predominio de la raza blanca (95,8%) y del sexo masculino (54,5%). La edad media fue similar en todas las comunidades excepto en la ciudad de Melilla que fue ligeramente inferior (53,83 +/- 11,3 años). El sexo presenta una distribución homogénea en comunidades como Comunidad Valenciana (51,9% varones, 48,1% mujeres), Castilla La Mancha (49,2% varones, 50,8% mujeres) y Cataluña (52,7% varones, 47,3% mujeres), y en otras muy heterogénea como Cantabria (69,2% varones, 30,8% mujeres), Aragón (25% varones, 75% mujeres) o Galicia (64,8% varones, 35,2% mujeres). La raza predominante fue la blanca (más del 90% en todas las comunidades autónomas).

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe INE, 30 de marzo de 2016 [consultado 25 May 2016]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/np963.pdf

2. Dzau V, Braunwald E. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease: A workshop consensus statement. Am Heart J. 1991;121:1244–63.

3. Flores-Mateo G, Grau M, O'Flaherty M, Ramos R, Elosua R,
Violan-Fors C, et al. Análisis de la disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria en una población mediterránea: Espana˜ 1988-2005. Rev Esp Cardiol. 2011;64:988–96.

CO-18

TRATAMIENTO DEL GRANULOMA PIOGÉNICO CON TIMOLOL TÓPICO

Ameixeiras Cundíns C*[1], Danif Ferreira T[1], Rey Aldana D[1]
[1]*Medicina, Centro Salud Estrada.*

OBJETIVOS
MATERIALES Y MÉTODOS
RESULTADOS
BIBLIOGRAFÍA
PRESENTACIÓN
Mujer de 48 años, sin antecedentes de interés salvo cesárea reciente, acudió por una lesión dolorosa en el pulpejo del 5º dedo de la mano derecha. Tres semanas antes había sufrido un traumatismo por cizallamiento, y dos días antes había iniciado tratamiento con antibiótico tópico.

DISCUSIÓN

El granuloma piogénico es un tumor vascular benigno de la piel que rara vez regresa espontáneamente. El tratamiento habitual es quirúrgico con escisión de la lesión o mediante destrucción física. La falta de accesibilidad a un dermatólogo nos obligó a realizar una búsqueda bibliográfica sobre las alternativas disponibles, entre las cuales se encuentran los betabloqueantes tópicos. Esta indicación se encuentra fuera de ficha técnica, y así se le explicó a la paciente.

DESARROLLO

En la cara anterior del 5º dedo de la mano derecha se apreciaba una lesión dérmica eritematosa y friable que extruía a través de la epidermis, de aproximadamente 0,5x0,5cm.
Diagnóstico diferencial: granuloma piogénico, sobreinfección, tumor glómico, melanoma amelanótico, angiomatosis bacilar.
La diagnosticamos de granuloma piogénico y se hicimos una e-consulta al servicio de dermatología.
Dada la demora de la consulta especializada, decidimos tratarla de forma tópica con timolol 5mg/ml colirio, la única presentación de betabloqueante tópico disponible, a dosis de 2 gotas cada 8 horas.
La evolución fue favorable, y a las 4 semanas la lesión se había resuelto.

BIBLIOGRAFÍA

Reyes-Ramírez B, Rodríguez-Villa Lario A, Pericet-Fernández L. Tratamiento con timolol del granuloma piógeno: a propósito de un caso clínico. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2021;47:131-132.
Patra AC, Sil A, Ahmed SS, et al. Effectiveness and safety of 0.5% timolol solution in the treatment of pyogenic granuloma: A randomized, double-blind and placebo-controlled study. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2021;1-9.

CO-19

¿QUÉ FACTORES SE ASOCIAN A ENFERMEDAD RENAL? ESTUDIO IBERICAN

Perez Maceiras L*[1], Ruiz Garcia A[2], Aguirre Rodriguez J[3], Rama Martínez T[4], Mahmoud Atoui O[5], Abad Rodriguez R[6], Portela Romero M[7], Cinza Sanjurjo S[8]

[1]Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza., Centro salud Val do Dubra. [2]Madrid., Centro Salud Pinto. [3]Granada., Centro Salud Casería De Montijo. [4]Barcelona., CAP El Massnou-Alella. [5]León., Centro Salud Bembibre. [6]Asturias., Centro Salud Pola De Siero. [7]Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza., Centro Salud Concepcion Arenal. [8]Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza., Centro Salud Porto Do Son.

OBJETIVOS

El objetivo de la presente comunicación es analizar qué variables se asocian con la presencia de enfermedad renal en la muestra de pacientes de IBERICAN.

MATERIALES Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se han incluido 8.066 pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España, que serán seguidos durante al menos 5 años. La definición de los factores de riesgo, así como las lesiones subclínicas de órgano diana y enfermedad cardiovascular se definieron según los criterios de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Hipertensión. Se muestran los resultados del análisis multivariante realizado con los datos recogidos en la visita de inclusión

RESULTADOS

La edad media de los sujetos incluidos en el estudio fue de 57,8±14,8 años, y el 54,5% eran mujeres. El 55,6% tenían obesidad abdominal, el 50,3% dislipemia, el 48% hipertensión arterial, el 35,2% eran obesos, el 20,2% diabéticos. El 25,5% de la muestra tenían alguna lesión subclínica de órgano diana, el 16,3% tenían enfermedad cardiovascular previa, siendo la cardiopatía isquémica (44,5%) la más frecuente. La hipertensión arterial fue la variable asociada con más fuerza a la enfermedad renal (83,0%) seguida de la diabetes que incrementó el riesgo en un 42,8%, bajo nivel de renta, 36,3% y el hábitat urbano, un 32,6%.

CO-20

ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL DE DIABETES EN UN ÁREA SANITARIA DE GALICIA

Rio Pinto M*[1], Portero Romero M[2], Cinza Sanjurjo S[1], Rey Aldana D[3], González Juanatey J[4]
[1]Centro Salud Porto Do Son. [2]Centro Salud Concepcion Arenal. [3]Centro Salud Estrada. [4]Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS

Analizar las estrategias terapéuticas utilizadas tras la implantación de un plan de gestión del proceso de diabetes sobre el grado de control de la HbA1c.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron 29.705 pacientes diabéticos con prescripción de algún antidiabético oral o inyectable. El plan de gestión del proceso de diabetes monitorizaba un indicador de proceso como es el porcentaje de pacientes con HbA1c<8%. Para analizar la utilización de fármacos se calculó la Dosis Diaria Definida (DDD) por 1.000 Habitantes Día (DHD) de cada grupo terapéutico de antidiabéticos.

RESULTADOS

La prevalencia de diabetes en nuestra área sanitaria fue del 11,8% y el 71,3% de ellos recibían algún tratamiento farmacológico. En el año 2016, en el ASISC, el 59,6% (IC95%: 57,9%-61,2%) de los pacientes presentaban una HbA1c inferior a 8%, tras el inicio del programa, se alcanzó el 63,8% (IC95%: 62,5%-65,2%), en 2018; con un incremento acumulado de 7,1% (IC95%: 5,9%-8,2%) en los dos años analizados.

El análisis por grupos terapéuticos evidenció el descenso de fármacos clásicos como acarbosa, sulfonilureas, pioglitazona y glinidas, 33,6%, 23,8%, 22,2% y 11,9%, respectivamente; y el incremento de nuevas moléculas como arGLP-1, iSGLT2 e iDPP4 con variaciones del 136,0%. 122,3% y 25,8%, respectivamente. Por otra parte, el uso de insulinas se mantuvo bastante estable durante el período de observación.

BIBLIOGRAFÍA

1. International Diabetes Federation. Diabetes atlas [consultado 5 Jul 2019]. Disponible en: https://diabetesatlas.org/.
2. Wens J, Dirven K, Mathieu C, Paulus D, Van Royen P. Quality indicators for type-2 diabetes care in practice guidelines: an example from six European countries. Prim Care Diabetes. 2007;1:17–23.
3. Ballesta M, Carral F, Olveira G, Giro´n JA, Aguilar M. Economic cost of type II diabetes in Spanish Patients. Eur J Health Econ. 2006;7:270–5.
4. UKPDS Group: Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet. 1998;352:837–53.
5. Helmer DA, Tseng CL, Brimacombe M, Rajan M, Stiptzarov N, Pogach L. Applying diabetes-related prevention quality indicators to a national cohort of veterans with diabetes. Diabetes Care. 2003;26:3017–23.
6. Davies MJ, d'Alessio DA, Fradkin J, Kernan WN, Mathieu C, Mingrone G, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia. 2018;61:2461–98.
7. García Soidán J, Alemán Sánchez JJ, Artola Menéndez S, Ávila Lachica L, Barrot de la Puente J, Barutell Rubio L, et al. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la redGDPS. Fundación redGDPS;; 2018.
8. Fundación redGDPS. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la redGDPS. 2018. p. 1-261 [consultado 11 Mar 2020]. Disponible en: www.redgdps.org/gestor/upload/colecciones/GuiaDM2 web.pdf

9. Garzón G, Gil Á, Álvaro A, Rodrigo R, Cerezo MJC, Domínguez C. Asociación entre indicadores de proceso medidos sobre historia electrónica y resultados intermedios en salud, en pacientes con diabetes. Rev Calid Asist. 2013;28:207–16.
10. ATC/DDD index 2020. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology [consultado 11 Mar 2020]. Disponible en: https://www.whocc.no/atc ddd index/.
11. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. En: Informe Nacional de Estadísticas de la Diabetes, 2017. Atlanta: Georgia: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; 2017.
12. Roca-Rodríguez MM, Carral-San Laureano F, Baena-Nieto G, Aguilar-Diosdado M. Evaluación del grado de consecución de objetivos de control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Endocrinol Nutr. 2010;57:434–9.
13. Vélez JM, García R, Pina E, Morales C, Escalera C, Ortega A. et al. Eficacia de una estrategia para mejorar los indicadores de calidad del Proceso Asistencial Integrado Diabetes Mellitus 2 en el Centro Avanzado de Diabetes Macarena. Aten Primaria. 2019;51:18–23.
14. Franch Nadal J, Artola Menéndez S, Diez Espino J, Mata Cases M, en representación de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo2 en atención primaria (1996-2007). Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Med Clin (Barc). 2010;135:600–7.
15. Abbas AS, Dehbi HM, Ray KK. Cardiovascular and non cardiovascular safety of dipeptidyl peptidase-4 inhibition: A meta-analysis of randomized controlled cardiovascular outcome trials. Diabetes Obes Metab. 2016;18:295–9.
16. Zelniker TA, Wiviott SD, Raz I, Im K, Goodrich EL, Bonaca MP, et al. SGLT2 inhibitors for primary and secondary prevention of cardiovascular and renal outcomes in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis of cardiovascular outcome trials. Lancet. 2019;393:31–9.
17. Kristensen SL, Rørth R, Jhund PS, Docherty KF, Sattar N, Preiss D, et al. Cardiovascular, mortality, and kidney outcomes with GLP-1 receptor agonists in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis of cardiovascular outcome trials. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019;7: 776–85.
18. Informe de Utilización de Medicamentos U/AN/V1/03092015. Utilización de medicamentos antidiabéticos en España durante el período 2000-2014. Agencia Espa˜nola del Medicamento y Productos Sanitarios, 3 de septiembre del 2014.
19. Overbeek JA, Heintjes EM, Prieto-Alhambra D, Blin P, Lassalle R, Hall GC, et al. Type 2 diabetes mellitus treatment patterns across Europe: A population-based multi-database study. Clin Ther. 2017;39:759–70.
20. Prestación Farmacéutica. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.
21. Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social. Datos de facturación de. [consultado 5 Jul 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2017.htm.
22. Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social. Datos de facturación de Receta Médica [consultado 5 Jul 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2018.htm.
23. Goring SM, Hawkins N, Wygant G, Roudaut M, Townsend R, Wood, et al. Dapagliflozin compared with other oral anti-diabetes treatments when added to metformin monotherapy: A systematic review and network meta-analysis. Diabetes Obes Metab. 2014;16:433–42.
24. Gray A, Raikou M, McGuire A, Fenn P, Stevens R, Cull C, et al. Cost effectiveness of an intensive blood glucose control policy in patients with type 2 diabetes: economic analysis alongside randomised controlled trial (UKPDS 41) United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. BMJ. 2000;320: 1373–8.
25. Messina J, Campbell S, Morris R, Eyles E, Sanders C. A narrative systematic review of factors affecting diabetes prevention in primary care settings. PLOS ONE. 2017;12:e0177699.

CO-21

NEUROPATÍA MOTORA POR HERPES ZÓSTER: UN CASO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Sánchez Varela N*[1], Portela Romero M[1]
[1]*Medicina Familiar y Comunitaria, Centro Salud Concepcion Arenal.*

PRESENTACIÓN

Mujer de 71 años, alérgica a anestésicos locales del grupo de las caínas. Entre los antecedentes personales destacan fibrilación auricular, dislipemia y enfermedad por reflujo gastro-esofágico.

DISCUSIÓN

La neuropatía motora por herpes zóster es una complicación poco frecuente (1-5%). Se manifiesta como una paresia asimétrica del miotoma correspodiente al dermatoma afectado por la infección. El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

El diagnóstico diferencial de esta entidad incluye múltiples patologías potencialmente graves, como puede ser causa tumoral, tuberculosis, lepra, enfermedad de Lyme, fármacos, lupus, polineuropatía desmielinizante crónica, traumática, idiopática. Entre las pruebas complementarias tienen especial relevancia las pruebas de imagen y, sobre todo, la ENMG. El tratamiento consiste en el propio de la infección y rehabilitación, consiguiendo una recuperación al menos parcial en el 75% de los pacientes.

DESARROLLO

Acude por por omalgia derecha de una semana de evolución. A la exploración se identifica eritema y vesículas en región supraescapular derecha (dermatomas C6-C7-C8). Ante la sospecha de infección por herpes zóster se inicia tratamiento con famciclovir y analgesia de segundo escalón de la OMS. A la semana siguiente acude nuevamente por paresia de extremidad superior derecha que relaciona con inicio del dolor. Se explora a la paciente evidenciando una debilidad 3/5 de predominio proximal en dicha extremidad, con disminución de los reflejos.

Dada la clínica se decide derivación al hospital de referencia para ampliar estudio, ingresando en Neurología ante la sospecha de una polirradiculitis cervical con paresia braquial derecha por herpes zóster. En TC y RMN cerebral no se identifican alteraciones que justifiquen la clínica de la paciente. La ENMG evidencia una disminución del patrón de reclutamiento en los músculos con raíz común C5-C6-C7, lo que apoya la sospecha diagnóstica inicial.

BIBLIOGRAFÍA

Ying Meng MD el al. Segmental Zoster Paresis: A Literature Review. Pain Physician. 2021;253-261

CO-22

¿QUÉ FACTORES SE ASOCIAN A ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR? ESTUDIO IBERICAN

Sanz García [1], Martínez García F[2], Sánchez Rodríguez R[3], Lasso Oria V[4], Acevedo Vázquez J[5], Rey Aldana D[6], Cinza Sanjurjo S[7], García Carrero P*[8]

[1]Alicante , C.S La fábrica. [2]León , C.S. Astorga III. [3]Asturias, C.S. Siero Sariego . [4]Madrid, C.S. Orcasitas. [5]Sevilla, C.S. Ginés . [6]Área sanitaria de Santiago de compostela e Barbanza, C.S A Estrada . [7]Área sanitaria de Santiago de compostela e Barbanza, C.S. Porto do Don . [8]Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza, CS Padrón.

OBJETIVOS

El objetivo específico de la presente comunicación es analizar qué variables se asocian con la presencia de enfermedad cardiovascular (ECV) en la muestra de pacientes de IBERICAN.

MATERIALES Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se han incluido 8.066 pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España, que serán seguidos durante al menos 5 años. La definición de los factores de riesgo, así como las lesiones subclínicas de órgano diana y enfermedad cardiovascular se definieron según los criterios de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Hipertensión. Se muestran los resultados del análisis multivariante realizado con los datos recogidos en la visita de inclusión

RESULTADOS

La edad media de los sujetos incluidos en el estudio fue de 57,8±14,8 años, y el 54,5% eran mujeres. El 55,6% tenían obesidad abdominal, el 50,3% dislipemia, el 48% hipertensión arterial, el 39,8% síndrome metabólico, el 35,2% eran obesos, el 20,2% diabéticos. El 16,3% tenían enfermedad cardiovascular previa, siendo la cardiopatía isquémica (44,5%) la más frecuente, seguida de fibrilación auricular (35,6%), enfermedad arterial periférica (29,4%), ictus (24,6%) e insuficiencia cardíaca (19,0%). El antecedente familiar de ECV incrementó el riesgo en cuatro veces, mientras que otras variables también influyeron incrementando el riesgo, aunque en menor medida, como el sexo femenino (89,9%), enfermedad renal (79,0%), la hipertensión (54,7%) o la dislipemia (38,9%)

BIBLIOGRAFÍA

1. Cinza Sanjurjo S, et al. Factores asociados al riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular y renal en el estudio IBERICAN (Identificación de la poBlación Española de RIesgo CArdiovascular y reNal): resultados definitivos. Semergen. 2020. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.027

2.Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2016. Nota de prensa publicada 19/12/2018https://www.ine.es/prensa/edcm 2017.pdf.

3. European Core Health Indicators, 2017.
http://ec.europa.eu/health/dyna/echi/datatool/index.cfm?indlist=13.

4. Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fernández E, et al., Colaboradores de GBD en España. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. Med Clin (Barc). 2018;151:171–90.

5. O'Flaherty M, Buchan I, Capewell S. Contributions of treatment and lifestyle to declining CVD mortality: Why have CVD mortality rates declined so much since the 1960s? Heart. 2013;99:159–62.

6. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud. España 2017. 26 junio 2018. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017 notatecnica.pdf.

7. Villar F, Banegas JR, Donado J, Rodríguez Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2007. Madrid: Sociedad Española de Arteriosclerosis;; 2007.
8. Dzau V, Braunwald E. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease: A workshop consensus statement. Am Heart J. 1991;121:1244–63.
9. Cinza Sanjurjo S, Martín Sánchez V, Prieto Díaz MA, Barquilla García A, Polo García J, Velilla Zancada S, et al. Descripción de la muestra, diseño y métodos del estudio para la identificación de la población española de riesgo cardiovascular y renal (IBERICAN). Semergen. 2019;46:4–15, http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2019.10.006.
10. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al., Task Force Members. 2016 European Guidelines on cardiovascular
disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2016;37:2315–81.
11. Kovacic JC, Moreno P, Hachinski V, Nabel EG, Fuster V. Cellular senescence, vascular disease, and aging: Part 1 of a 2-part review. Circulation. 2011;123:1650–60.
12. Libby P, Ridker P, Maseri A. Inflammation and atherosclerosis. Circulation. 2002;105:1135–43.
13. Wittchen HU, Glaesmer H, März W, Stalla G, Lehnert H, Zeiher AM, et al., DETECT-Study Group. Cardiovascular risk factors in primary care: Methods and baseline prevalence rates-the DETECT program. Curr Med Res Opin. 2005;21:619–30.
14. Ruiz-García A, Arranz-Martínez E, García-Álvarez JC, Morales- Cobos LE, García-Fernández ME, de la Peña-Antón N, et al., en nombre del Grupo de investigación del Estudio SIMETAP. Población y metodología del estudio SIMETAP: Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, enfermedades cardiovasculares y enfermedades metabólicas relacionadas. Clin Investig Arterioscler. 2018;30:197–208.
15. Palomo L, Félix-Redondo JL, Lozano-Mera L, Pérez-Castán JF, Férnandez-Bergés D, Buitrago F. Cardiovascular risk factors lifestyle, and social determinants: A cross-sectional population study. Br J Gen Pract. 2014;64:e627–33, http://dx.doi.org/10.3399/bjgp14X681793.
16. Bilal U, Diez J, Alfayate S, Gullón P, del Cura I, Escobar F, et al. Population cardiovascular health and urban enviroments: The Heart Healthy Hoods exploratory study in Madrid, Spain. BMC Med Res Methodol. 2016;16:104, http://dx.doi.org/10.1186/s12874-016-0213-4.
17. Spence JD, Pilote L. Importance of sex and gender in atherosclerosis and cardiovascular disease. Atherosclerosis. 2015;241:208–10.
18. Hausmann R, Tyson LD, Bekhouche Y, Zahidi S. The Global Gender Gap Report. 2012:2015. http://www3.weforum.org/docs/GGGR12/MainChapter GGGR12.pdf.
19. Shen Y, Cai R, Sun J, Dong X, Huang R, Tian S, et al. Diabetes mellitus as a risk factor for incident chronic kidney disease and end-stage renal disease in women compared with men: A systematic review and meta-analysis. Endocrine. 2017;55:66–76.
20. Cea-Calvo L, Moreno B, Monereo S, Gil-Guillén V, Lozano JV, Martí-Canales JC, et al. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población española de 60 años o más y factores relacionados.
Estudio PREV-ICTUS. Med Clin (Barc). 2008;131:205–10.
21. Dich N, Head J, Hulvej Rod N. Role of psychosocial work factors in the relation between becoming a caregiver and changes in health behaviour: Results from the Whitehall II cohort study. J Epidemiol Community Health. 2016;70:1200–6, http://dx.doi.org/10.1136/jech-2015-206463.
22. Stewart RAH, Held C, Krug-Gourley S, Waterworth D, Stebbins A, Chiswell K, et al. Cardiovascular and lifestyle risk factors and cognitive function in patients with stable coronary heart disease. J Am Heart Assoc. 2019;8:e010641.
23. Schneider HJ, Friedrich N, Klotsche J, Pieper L, Nauck M, John U, et al. The predictive value of different measures of obesity for incident cardiovascular events and mortality. J Clin Endocrinol Metab.

2010;95:1777–85.
24. Cosín Aguilar J, Hernándiz Martínez A, Masramón Morell X, Arístegui Urrestarazu R, Aguilar Llopis A, Zamorano Gómez JL, et al. Overweight and obesity in hypertensive Spanish patients. The CORONARIA study. Med Clin (Barc). 2007;129:641–5.
25. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Stefanadis C. Dietary patterns: A Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2006;16:559–68.
26. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al., PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. N Engl J Med. 2018;378:e34.
27. Pandey A, Salahuddin U, Garg S, Ayers C, Kulinski J, Anand V, et al. Continuous dose-response association between sedentary time and risk for cardiovascular disease: A meta-analysis. JAMA Cardiol. 2016;1:575–83.
28. Redon J, Tellez-Plaza M, Orozco-Beltran D, Gil-Guillen V, Pita Fernandez S, Navarro-Pérez J, et al., ESCARVAL Study Group. Impact of hypertension on mortality and cardiovascular disease burden in patients with cardiovascular risk factors from a general practice setting: The ESCARVAL-risk study. J Hypertens. 2016;34:1075–83.
29. Navarro-Pérez J, Orozco-Beltran D, Gil-Guillen V, Pallares V, Valls F, Fernandez A, et al., ESCARVAL Study Group. Mortality and cardiovascular disease burden of uncontrolled diabetes in a registry-based cohort: The ESCARVAL-risk study. BMC Cardiovasc Disord. 2018;18:180.
30. Cosín Aguilar J, Rodríguez Padial L, Hernándiz Martínez A, Arístegui Urrestarazu R, Masramón Morell X, Armada Peláez B, et al. Cardiovascular risk in diabetes mellitus and hypertension in Spain. The CORONARIA study. Med Clin (Barc). 2006;127:126–32.
31. Tellez-Plaza M, Orozco-Beltran D, Gil-Guillen V, Pita-Fernandez S, Navarro-Pérez J, Pallares V, et al., ESCARVAL Study Group. Renal function and attributable risk of death and cardiovascular hospitalization in patients with cardiovascular risk factors from a registry-based cohort: The Estudio Cardiovascular Valenciarisk study. J Hypertens. 2016;34:2266–73.

CO-23

A PROPÓSITO DE UN CASO: ABSCESO CORNEAL POR PSEUDOMONA AERUGINOSA

Ares Furelos N*[1], Fernández Berardi G[1], González De Oliveira F[2], Ramos González N[3]
[1]MIR I MFYC, Hospital do Salnés. [2]MIR II MFYC, Hospital do Salnés. [3]SUH, Hospital do Salnés.

PRESENTACIÓN

Paciente de 26 años, NAMC. No AP/AF de interés. No FRCV. Tratamiento domiciliario: ACHO, usuaria de lentes de contacto (LC) mensuales.
EA: acude por hiperemia, secreción, edema y disminución AV en OD. A tratamiento con Gentamicina y Terracortil desde hace 24 horas con empeoramiento de los síntomas iniciales. No traumatismo. LC cambiadas hace 1 semana; solución única lleva 3 meses abierta. No piscina, se ducha con las LC.

DISCUSIÓN

El absceso corneal es una entidad poco frecuente pero que por su gravedad debe de incluirse en el DD del ojo rojo. Su etiología más frecuente, especialmente en portadores de LC, es la PA. Un germen aerobio gram negativo con virulencia suficiente para generar perforación del globo ocular o ceguera permanente.
En la patología del segmento ocular anterior debemos de esmerar la anamnesis, realizar una exploración ocular minuciosa valorando la recogida de muestras para estudio. En cuanto al tratamiento, son de elección los colirios fortificados (vancomicina, ceftazidima, amikacina).
Es clave la educación sanitaria ante procesos oculares agudos y, especialmente en portadores de LC (incluso información por escrito).

DESARROLLO

EF: Afebril. OD: edema palpebral que impide apertura completa con restos de exudado purulento, hiperemia conjuntival y lesión blanquecina redondeada de aprox. 3x4mm que alcanza superficie pupilar a las 10-11 horas.
PPCC: AV OD: MM - AV OI: 1,0. Fluotest sin captación, Seidel negativo.
DD: Queratitis infecciosa bacteriana (Pseudomona aeruginosa, Acanthamoeba) vs queratitis infecciosa fúngica (Fusarium spp, Aspergillus spp) ó coinfección de las anteriores vs granuloma piógeno >> Se deriva a OFT para valoración.
JC (confirmado por Microbiología): absceso corneal por Pseudomona Aeuruginosa (PA).

BIBLIOGRAFÍA

-Absceso corneal por Pseudomonas aeruginosa: Reportes de casos y consideraciones prácticas. Desio D et al. Arch. Argent. Oftalmol. (Disponible: www.sao.org.ar)
-Complications of contact lenses. Kaz Soong H et al. UptoDate. (Disponible:www.uptodate.com/contents/complications-of-contact-lenses?search=queratitis%20infecciosa%20pseudomona&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H26).
-Pseudomonas aeruginosa infections of the eye, ear, urinary tract, gastrointestinal tract, and central nervous system. Kanj S S et al. UptoDate. (Disponible: www.uptodate.com/contents/pseudomonas-aeruginosa-infections-of-the-eye-ear-urinary-tract-gastrointestinal-tract-and-central-nervous-system?search=queratitis%20infecciosa%20pseudomona&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1).

CO-24

IATROGENIA INDUCIDA POR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS NO INDICADAS

Danif Ferreira T*[1], Ameixeiras Cundins C[1], Rey Aldana D[1]
[1]*Centro de Salud de A Estrada.*

PRESENTACIÓN

Paciente de 43 años atendido en centro médico privado por dolor abdominal, vómitos y diarrea de 24 horas de evolución sin fiebre asociada. No otra clínica asociada Antecedentes Personales: HTA, dislipemia y trastorno obsesivo compulsivo.

DISCUSIÓN

Una prueba complementaria mal indicada induce la realización de dos pruebas radiológicas con contraste y una prueba invasiva como la colonoscopia, que no están exentas de posibles riesgos.
Las pruebas complementarias deben guiarse por una sospecha clínica.

DESARROLLO

Las constantes son normales y en la exploración física solo destaca una leve molestia a la palpación de mesogastrio y flancos. Se solicita una analítica en la que todos los parámetros son normales.
Sin un motivo aparente se solicita un dímero D, obteniendo un resultado de 82 969. Esto obliga a solicitar un angioTAC para descartar un TEP, siendo el resultado estrictamente normal y una ecografía de abdomen también normal.

Diagnóstico diferencial y Juicio clínico:
El paciente es dado de alta con el diagnostico de GEA con un dímero D de 82969.

Discusión:
La solicitud de estudios complementarios como el dímero D con valores anormales y no guiados por una sospecha clínica obligan a realizar pruebas complementarias innecesarias. Además, pueden agravar enfermedades de base como el TOC de nuestro caso.

El paciente acude a su MAP para ajuste de la medicación psiquiátrica y orientación sobre el resultado de los estudios mal indicados y este se ve obligado a descartar otras posibles causas de una elevación tan llamativa del dímero D, por lo que es remitido a una consulta de medicina interna donde se le realizan los siguientes estudios: Ecodoppler de EEII normal; TAC abdominopélvico con divertículos, barro biliar y una mínima cantidad de líquido paracólico y rectovesical; Colonoscopia con un micropólipo y divertículos colónicos llegando al diagnóstico final de diverticulitis aguda.

BIBLIOGRAFÍA

Rosero HM, Blanco JL, Cárdenas KMG. Dímero D: utilidad diagnóstica y aplicación en la clínica. Rev médica Risaralda [Internet]. 2010 [citado el 9 de mayo de 2022];16(2):57–66. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3950837

CO-25

LIMITACIONES DE LA CONSULTA TELEFÓNICA: UN CASO CLÍNICO.

González Jiménez Z*[1], Lires Fernández J[2]
[1]MIR, Centro Salud Muros. [2]Familia, Centro Salud Muros.

PRESENTACIÓN

Consulta telefónicamente un varón de 84 años con antecedentes de dislipemia, HTA y sobrepeso. Refiere molestias en el oído derecho. Recomendamos que acuda a consulta presencial. Al llegar, tiene tapón de cerumen. Gestionamos retirada en enfermería. Durante exploración física advertimos lesión en zona supraciliar desde hace un año, costrosa, a veces sangrado, no pruriginosa. Revisando historia clínica, aparecen células uroteriales atípicas en citología de orina solicitada por microhematuria persistente.

DISCUSIÓN

El caso de este paciente ejemplifica las limitaciones de la consulta telefónica. Aunque ha resultado ser una herramienta útil y necesaria, especialmente los primeros meses de pandemia, la prevalencia que sigue teniendo no está justificada. El teléfono no puede ser el nuevo fonendo.

Otro aspecto remarcable es el papel fundamental de la ecografía en nuestras consultas. En este caso, el aneurisma no cumplía criterios quirúrgicos y que tampoco tenía riesgos de rotura inminente. Sin embargo, la realización de la ecografía reglada en el servicio de radiología (que también solicitamos) tardaba 6 meses. En otros pacientes, ese tiempo habría sido clave para evitar consecuencias irreversibles. No se trata de una ecografía sistemática como hacen los radiólogos, sino un modelo “Point of Care” en el que podamos responder rápidamente a una cuestión clínica.

DESARROLLO

Ante estos hallazgos, realizamos ecografía clínica en el centro de salud encontrando quistes en ambos riñones, próstata aumentada de tamaño y aorta abdominal ectásica con dos ecogenicidades distintas.

Nuestro paciente acude por un tapón en el oído y, después de derivar a especialistas hospitalarios respectivos, diagnosticamos de carcinoma basocelular supraciliar izquierdo, hipertrofia de próstata obstructiva (se inicia tratamiento) y aneurisma en aorta abdominal con trombo mural (en seguimiento).

BIBLIOGRAFÍA

Calvo Cebrián A, López García-Franco A, Short Apellaniz J. (2018). Modelo Point-of-Care Ultrasound en Atención Primaria: ¿herramienta de alta resolución? Atención Primaria. 2018; 50(8):500–508.

CO-26

EFICACIA Y SEGURIDAD DE UNA CONSULTA ELECTRÓNICA (E-CONSULTA) EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Álvarez Losada A*[1], Mazon Ramos P[2], Portela Romero [3], Iglesias Álvarez D[2], Rey Aldana D[4], Cinza Sanjurno S[5], González Juanatey J[2]

[1]CS Concepción Arenal, Área sanitaria Santiago de Compostela y Barbanza. [2]Cardiología, Chus. [3], Cs Concepción Arenal. [4], Cs A estrada. [5], CS Porto do Son.

OBJETIVOS

Describir los resultados en salud de la implantación de la e-consulta en pacientes con diagnóstico previo de insuficiencia cardíaca que fueron derivados a un servicio de cardiología

MATERIALES Y MÉTODOS

En el año 2013 incorporamos una e-consulta como paso previo a la posible consulta presencial, de acto único, que permitía al cardiólogo priorizar la valoración presencial en los que lo precisan; utilizando la información clínica aportada por el médico de atención primaria que incluye las pruebas complementarias, como ECG y analítica reciente. Para el análisis (impacto de la e-consulta sobre la demora en las consultas, asistencia a urgencias hospitalarias, necesidad de hospitalización y mortalidad producidas al año de la consulta) hemos utilizado el método de series temporales interrumpidas

RESULTADOS

Se incluyeron 47.377 pacientes, de los que el 10,8% de los pacientes tenían diagnóstico previo de IC. Al ponerse en marcha la e-consulta observamos una significativa reducción de la necesidad de acudir a urgencias 9.9% (IC 95%: 5,9-13,9%), hospitalización (10,0% [IC95%: 5,1-14,9%]) y mortalidad (12,2% [IC95%: 6,4-18,0%]).

BIBLIOGRAFÍA

1. Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. N Engl J Med. 2020;382:1679-1681.
2. Zhu Y, Gu X, Xu, C. Effectiveness of telemedicine systems for adults with heart failure: a metaanalysis of randomized controlled trials. Heart Fail Rev. 2020;25:231-243.
3. Gallagher BD, Moise N, Haerizadeh M, Ye S, Medina V, Kronish IM. Telemonitoring Adherence to Medications in Heart Failure Patients (TEAM-HF): A Pilot Randomized Clinical Trial. J Card Fail. 2017;23:345-349.
4. Bordoy TE. Mejora de la comunicación entre atención primaria y atención especializada con una historia clínica electrónica compartida [Tesis Doctoral]. Universidad de Zaragoza; 2009. Disponible en: https://zaguan.unizar.es/record/3015/files/TESIS-2009-042.pdf
5. Rey-Aldana D, Cinza-Sanjurjo S, Portela-Romero M, et al. Universal electronic consultation (econsultation) program of a cardiology service. Long-term results. Rev Esp Cardiol. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rec.2020.11.017.
6. McDowall D, McCleary R, Bartos BJ. Interrupted time series analysis. New York, NY: Oxford University Press, 2019.

CO-27

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA CONSULTA ELECTRÓNICA (E-CONSULTA) EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Infante Naya R*[1], Ramos[2], Portel Romero M[2], Veloso[3], Aldana[4], Sanjurjo[5], Juanatey[3]
[1]C.S MUROS. [2]CONCEPCION ARENAL. [3]CARDIOLOGIA CHUS. [4]C.S A ESTRADA. [5]CS PORTO DO SON.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto clínico de la puesta en marcha de un modelo de atención ambulatoria que incluye una consulta electrónica (e-consulta) inicial comparándolo con un modelo presencial de acto único.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron pacientes con al menos una consulta al Servicio de Cardiología entre 2010 y 2019. Entre 2008 y 2012 se implanta un modelo de consultas de acto único, en el que el cardiólogo realiza en la misma jornada la consulta y las pruebas complementarias necesarias. A partir de 2013 se implementó un modelo de e-consulta universal, que incluye una primera consulta no presencial (e-consulta) previa, que permite resolver algunas consultas telemáticamente. Mediante un modelo de regresión de series temporales interrumpidas, comparamos ambos modelos para analizar el impacto de la incorporación de la e-consulta en el modelo asistencial.

RESULTADOS

Analizamos 47.377 pacientes: 61,9% atendidos incorporando la e-consulta y el 38,1% en el modelo de consulta presencial de acto único. El tiempo de demora de la atención en el modelo de e-consulta (mediana [RIC]: 7 días [5-13]) fue menor que en el modelo presencial (mediana [RIC]: 33 días [14-81]), $p < 0,001$). Además, la incorporación de la e-consulta redujo la demora de la atención, con menos ingresos hospitalarios (0,9% frente a 1,2%, $p = 0,0017$) y menos mortalidad (2,5% frente a 3,9%, $p < 0,001$).

BIBLIOGRAFÍA

1. Pen˜a-Gil C, Comı´n-Colet J. Integracio´n de a´mbitos asistenciales. Rev Esp Cardiol Supl. 2007;7(Supl C:):21–29.
2. Vimalananda VG, Gupte G, Seraj SM, et al. Electronic consultations (e–consults) to improve access to specialty care: a systematic review and narrative synthesis. J Telemed Telecare. 2015;21:323–330.
3. Oseran AS, Wasfy JH. Early experiences with cardiology electronic consults: A systematic review. Am Heart J. 2019;215:139–146.
4. Zambrana Garcı´a JL, Jime´nez-Ojeda B, Marı´n Pato´n M, Almaza´n Gonza´lez S. La consulta u´ nica o de alta resolucio´n como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. Med Clin (Barc). 2002;118:302–305. 5. Falces C, Sadurnı´ J, Monell J, et al. One-stop outpatient cardiology clinics: 10 years' experience. Rev Esp Cardiol. 2008;61:530–533.
6. Salguero-Bodes R, Solı´s-Martı´n J, Tello-de-Meneses R, Vatico´n-Herreros C, ArribasYnsaurriaga F. La primera consulta de cardiologı´a: no sin ecocardiograma. REC CardioClinics. 2020. [En prensa].
7. McDowall D, McCleary R, Bartos BJ. Interrupted time series analysis. New York: Oxford University Press; 2019.
8. The Comprehensive R Archive Network. CRAN-R. Disponible en: https://cran.r-project.org/. Consultado 15 Jun 2020.9. Anderson D, Villagra V, Coman EN, et al. A cost-effectiveness analysis of cardiology
eConsults for Medicaid patients. Am J Manag Care. 2018;24:e9–e16.
10. Olayiwola JN, Anderson D, Jepeal N, et al. Electronic consultations to improve the primary care-specialty care interface for cardiology in the medically underserved: a cluster-randomized controlled trial. Ann Fam Med. 2016;14:133–140.

11. Wasfy JH, Rao SK, Kalwani N, et al. Longer-term impact of cardiology e-consults. Am Heart J. 2016;173:86–93.
12. Herna´ndez-Afonso J, Facenda-Lorenzo M, Rodrı´guez-Esteban M, Herna´ndez-Garcı´a C, Nu´ n˜ez-Chicharro L, Vin˜as-Pe´ rez AD. New model of integration between primary health care and specialized cardiology care. Rev Esp Cardiol. 2017;70:873–875.
13. Winchester DE, Wokhlu A, Vilaro J, et al. Electronic consults for improving specialty care access for veterans. Am J Manag Care. 2019;25:250–253.
14. Asociacio´n de Hospitales de Galicia (AHOSGAL) . Diagno´ stico de la sanidad de Galicia 2019. Disponible en: http://ahosgal.es/wp-content/uploads/2019/12/Diagn%C3%B3stico-de-la-Sanidad-en-Galicia-2019.pdf. Consultado 15 Jun 2020.

CO-28

EFECTOS EN VIDA REAL DEL INICIO DE TRATAMIENTO CON LA POLIPÍLDORA-CV A PARTIR DE FÁRMACOS EQUIPOTENTES SOBRE EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO

Peleteiro Pedraza L*[1], Conde Sabarís P[2], Portela Romero M[3], Iglesias Álvarez D[4], Cinza Sanjurjo S[2], González Juanatey J[4]

[1]Centro Salud Boiro. [2]Centro Salud Porto Do Son. [3]Centro Salud Concepcion Arenal. [4]Hospital Clínico Santiago.

OBJETIVOS

Analizar el impacto del inicio del tratamiento con la polipíldora-cardiovascular (CV) del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC-Ferrer), en las cifras de presión arterial (PA) y colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL

MATERIALES Y MÉTODOS

Se registraron todos los pacientes de nuestra Área Sanitaria (Santiago de Compostela) que a 31 de diciembre de 2019 tenían una prescripción activa de polipíldora-CV. La fecha índice fue la de inicio de prescripción de polipíldora-CV, y se analizaron los fármacos que previamente recibía el paciente para dislipemia e hipertensión arterial, clasificándose por equipotencias con atorvastatina y ramipril. Se analizó mediante la prueba de t-Student para muestras apareadas las variaciones de c-LDL y PA.

RESULTADOS

Analizamos 547 pacientes con una edad media de 71,5±11,5 años y mayoría de varones (60,6%). La mediana de seguimiento de la muestra fue de 55 (15, 118) meses. En los pacientes (n=471) que iniciaron la polipíldora-CV, a partir de dosis previas equipotentes de atorvastatina observamos un significativo descenso del c-LDL (-10,6 [IC95%: -7,0, -14,3], p<0,001). En los pacientes (n=360) con inicio a partir de dosis equipotentes de ramipril, documentamos una reducción significativa de la PA sistólica (-3,7 [IC95%: -0,4, -6,9], p=0,029).

BIBLIOGRAFÍA

1. Wald NJ, Law MP. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. BMJ. 2003;326:1419.

2. Yusuf S, Pais P, Afzal R, Xavier D, Teo K, Eikelboom J, et al. Effects of a polypill (Polycap) on risk factors in middle-aged individuals without cardiovascular disease (TIPS): a phase II, double-blind, randomised trial. Lancet. 2009;373:1341–51.

3. Thom S, Poulter N, Field J, Patel A, Prabhakaran D, Stanton A, et al. Effects of a fixed-dose combination strategy on adherence and risk factors in patients with or at high risk for CVD. The UMPIRE randomized clinical trial. JAMA. 2013;310:918–29.

4. Yusuf S, Joseph P, Dans A, Gao P, Teo K, Xavier D, et al. Poly pill with or without aspirin in persons without cardiovascular disease. N Engl J Med. 2021;384:216–28. Castellano JM, Sanz G, Penalvo JL, Bansilal S, Fernández-Ortiz ˜ A, Álvarez L, et al. A polypill strategy to improve adhe rence. Results from the FOCUS projects. J Am Coll Cardiol. 2014;64:2071–82.

6. González-Juanatey JR, Tamargo J, Torres F, Weisser B, Oudo venko N. Pharmacodynamic study of the cardiovascular polypill. Is there any interaction among the monocomponents? Rev Esp Cardiol. 2021;74:51–8.

7. Castellano JM, Verdejo J, Ocampo S, Rios MM, Gómez-Álvarez E, Borrayo G, et al. Clinical effectiveness of the cardiovascular polypill in a real-life setting in patients with cardiovascular risk: The SORS Study. Arch Med Res. 2019;50:31–40.

8. Gómez-Álvarez E, Verdejo J, Ocampo S, Ponte-Negretti CI, Ruíz E, Ríos MM. The CNIC-polypill improves atherogenic dyslipi demia markers in patients at high risk or with cardiovascular disease: Results from a real-world setting in Mexico. IJC Hear Vasc. 2020;29, 100545.

9. Gómez-Álvarez E, Verdejo J, Ocampo S, Ruiz E, Martinez-Rios MA. Reaching blood pressure guideline targets with the CNIC polypill in patients with a previous cardiovascular event in Mexico: a post hoc analysis of the SORS study. Future Cardiol. 2020;16:53–60.
10. Matchar DB, McCrory DC, Orlando LA, Patel MR, Patel UD, Patwardhan MB, et al. Systematic review: comparative effec tiveness of angiotensin- converting enzyme inhibitors and angiotensin ii receptor blockers for treating essential hyperten sion. Ann Intern Med. 2008;148:16–29

SEMERGEN
Sociedad
Española
de Médicos
de Atención
Primaria
AP
Galicia