

VARIACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN DOMICILIO CON PROGRAMACIÓN DE CINCO DÍAS CONSECUTIVOS (RESULTADOS PRELIMINARES)

F. Valls, M. Montagud, V. Valero, A. Márquez, J.L. Llisterri, J. Aznar, en representación del Grupo de Investigación en AMPA de la Sociedad Valenciana de HTA y Riesgo Vascular

Objetivo:

Valorar las diferencias de presión arterial (PA) en domicilio según se mida ésta uno, dos, tres, cuatro o cinco días de la misma semana.

Métodos:

Obtuvimos una muestra de 110 pacientes hipertensos antiguos, con y sin tratamiento farmacológico, de 35 a 85 años, seleccionados por muestreo consecutivo en el ámbito de Atención Primaria (AP), a los que se entrenó en automedida de PA (AMPA), con monitor electrónico certificado. Todos los pacientes realizaron medida de la PA en su domicilio con determinaciones durante cinco días cuatro veces al día en los períodos matinal y vespertino. Para calcular la PA del día se promediaron las cuatro tomas. Se consideró como criterio de mal control en domicilio los valores de PA \geq 135 y/o 85 mmHg. Para la comparación de las PA en los diferentes días se utilizó la prueba de ANOVA para muestras apareadas con comparaciones múltiples si resultara significativo y la prueba de McNemar para comparar variables dicotómicas de muestras apareadas. Para observar el grado de concordancia en el control de la PA en los diferentes modelos propuestos se ha utilizado el índice kappa. Se estableció un nivel de significación de $p \leq 0,05$.

Resultados:

El grupo de estudio estuvo formado por 59 mujeres (53,6%) y 51 varones (46,4%), con una media de edad de 58,1 \pm 12,0 años y 54,5 \pm 10,6 años respectivamente. La media de la PA domiciliar obtenida en los cinco días fue de 147,12 \pm 18,80//86,46 \pm 9,26; 144,53 \pm 17,21//84,66 \pm 9,68; 143,00 \pm 17,82//84,59 \pm 9,51; 141,70 \pm 17,62//83,58 \pm 8,97; 142,34 \pm 17,47//84,30 \pm 8,66 mmHg de sistólica/diastólica respectivamente para los cinco días. La proporción de pacientes controlados en domicilio considerando los diferentes días fue de 18,8%, 21,6%, 27,7%, 29,7% y 23,0% respectivamente. Encontramos ANOVA significativo (F=11,318, p=0,000) en la PAS con diferencias post-hoc del primer día y los otros cuatro (día 2: 0,002; día 3: 0,000; día 4: 0,000; día 5: 0,000) y entre el segundo y cuarto (p=0,003). En la PAD ocurrió algo similar con ANOVA significativo (F=7,917, p=0,000) aunque sólo con diferencias entre el primer día y los otros cuatro (día 2: 0,000; día 3: 0,001; día 4: 0,000; día 5: 0,000). Existió heterogeneidad en los resultados obtenidos del grado de control del primero y del tercer día (McNemar: p=0,041), primer y cuarto (McNemar: p=0,004) y del segundo y cuarto día (McNemar: p=0,035), no siendo significativa ninguna otra relación. El índice kappa fue menor con el primer día (entre 0,485 y 0,604) que entre el resto de días entre sí (entre 0,612 y 0,737).

Conclusiones:

En pacientes hipertensos entrenados para realizar automedida domiciliar encontramos diferencias importantes en las mediciones de PA realizadas el primer día respecto a los otros cuatro programados. La mejor concordancia se obtiene entre los días 2, 3, 4 y 5, por lo cual proponemos que en la práctica clínica se descarten las mediciones del primer día para evaluar el grado de control de la HTA.

DIFERENCIAS EN LOS VALORES DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN DOMICILIO SEGÚN SEA MEDIDA POR UN PACIENTE O POR UN FAMILIAR (RESULTADOS PRELIMINARES)

M. Montagud, F. Valls, V. Valero, M. Bell, J. Aznar y J.L. Llisterri, en representación del Grupo de Investigación en AMPA de la Sociedad Valenciana de HTA y Riesgo Vascular.

Objetivo:

Valorar las diferencias de presión arterial (PA) en domicilio según se mida ésta por el propio paciente o por un familiar.

Métodos:

Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico realizado en una muestra de 110 pacientes hipertensos de 34 a 85 años, de Atención Primaria (AP), seleccionados consecutivamente a medida que acuden a consulta. Todos los pacientes fueron entrenados en la automedida domiciliar de PA (AMPA), con un monitor electrónico validado, para realizar medidas en su domicilio durante cinco días de la misma semana. Los días tercero y quinto la medición la realizaba el propio paciente y los días segundo y cuarto un familiar próximo (se excluyó el primer día). Cada día programado se midió la PA por la mañana en condiciones basales (promedio de dos tomas separadas cinco minutos) y por la noche antes de la cena en otras dos ocasiones (promedio de dos tomas separadas cinco minutos) y por la noche antes de la cena en otras dos ocasiones (promedio de dos tomas separadas cinco minutos). Se consideró como criterio de buen control de PA en el domicilio valores inferiores a 135/85 mmHg. Se compararon los promedios de PAS y PAD con AMPA con la «t» de Student para medidas repetidas y los de las variables cualitativas con la prueba de McNemar. Los resultados de las variables cualitativas se presentan en porcentajes e intervalos de confianza.

Resultados:

El grupo de estudio estuvo formado por 59 mujeres (53,6%) y 51 varones (46,4%). Las medias de las PA obtenidas realizadas por el propio paciente o por el familiar fueron 142,92 \pm 17,32//84,58 \pm 8,71 y 143,15 \pm 16,66//84,11 \pm 8,7 mmHg de sistólica/diastólica respectivamente. Tras aplicar la «t» de Student para datos apareados, resultó que las diferencias entre la PAS medida por paciente o familiar no fueron significativas (p=0,691), al igual que con la PAD media (p=0,194). La proporción de pacientes controlados en domicilio en las mediciones efectuadas por el paciente fue del 23,4% (IC 95%: 15,40-31,40) y por el familiar del 26,1% (IC 95%: 17,80-34,40), sin existir relación significativa (McNemar: p=0,549).

Conclusiones:

En pacientes hipertensos entrenados para realizar automedida domiciliar no encontramos diferencias en las mediciones de PA realizadas por los familiares de los pacientes hipertensos. El grado de control no varió cuando mide la PA un familiar. En función de nuestros hallazgos consideramos que no tiene trascendencia clínica que la medición de la PA en domicilio la realice el propio paciente o un familiar si excluimos el primer día en domicilio.

MEDIDA DE LA PA ¿EN DOMICILIO, EN FARMACIA, O EN CONSULTORIO? ESTUDIO ZANYCONTROL. RESULTADOS PRELIMINARES

J.L. Llisterri, J. Abellán, V.F. Gil, J. Merino, C. Sanchis, A. Navarro, en representación del Grupo de Trabajo ESTUDIO ZANYCONTROL

CAP de Andalucía, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla La Mancha, Castilla León, Cataluña, Murcia y Valencia.

Objetivo:

Analizar las diferencias de presión arterial (PA) según se realicen medidas en el medio domiciliario, farmacia o consultorio.

Material y métodos:

Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico, comunicado a la Agencia Española del Medicamento, realizado en el ámbito de la Atención Primaria española, en hipertensos esenciales diagnosticados consecutivamente de mal control de PA (≥ 140 y/o 90 mmHg). La PA se midió en tres ocasiones separadas tres minutos en posición sentada, en el domicilio del paciente, en el Centro de Salud y en la farmacia habitual. En todos los casos se utilizó un monitor electrónico automático validado (OMRON M4). La secuencia de tomas fue: primero en el domicilio, después en la farmacia y luego en la consulta. La prueba estadística utilizada fue la «t» de Student y la prueba de McNemar. Los datos recogidos en el cuestionario fueron procesados mediante el paquete SPSS 8.0 para Windows.

Resultados:

Se presentan los datos de 270 hipertensos (114 varones, 156 mujeres), con una edad media de 61,2 años. La PA sistólica (PAS) inicial media obtenida por AMPA fue 158,2 mmHg, en las farmacias de 158,9 mmHg y en las consultas 161,6 mmHg y la PA diastólica (PAD) inicial media por AMPA fue 93,2 mmHg, en las farmacias de 92,5 mmHg y en las consultas de 93,4 mmHg. Se obtienen diferencias significativas al comparar la PAS obtenida por AMPA y las medidas en las farmacias frente a la medida en las consultas ($p < 0,001$) pero no con las PAD medidas en los tres medios diferentes. La correlación obtenida entre la AMPA y las medidas en farmacia fue de 0,84, entre AMPA y consulta de 0,76 y entre ésta y farmacia de 0,8 ($p < 0,001$ en los tres casos).

Conclusiones:

Las mediciones de PA medidas en el domicilio o en las farmacias obtienen valores similares. Las mediciones obtenidas en las consultas sobrestiman los valores.

DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN DE BATA BLANCA EN LA CONSULTA

O. García Vallejo, M.L. Fernández, J. Segura, C. Campo, L. Guerrero y L.M. Ruilope

Unidad de Hipertensión. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Una de las principales indicaciones de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) durante 24 horas, es el diagnóstico de la hipertensión clínica aislada o hipertensión de bata blanca (HBB) definida como presión arterial (PA) más elevada en la consulta del médico que en el domicilio. Por otra parte, es sabido que un mayor número de mediciones de presión arterial en consulta (mPA) mejora la fiabilidad en el diagnóstico de hipertensión.

Objetivo:

El objetivo de este trabajo fue comparar la utilidad de un número elevado de mPA en consulta respecto a la MAPA en el diagnóstico de HBB.

Material y métodos:

Se incluyeron 145 pacientes remitidos de forma consecutiva a nuestro centro para la realización de una MAPA. A todos ellos se les realizó 10 mPA en consulta, programadas cada tres minutos, con un dispositivo automático oscilométrico (OMRON HEM-705-CP) previo a la colocación de la MAPA (monitor oscilométrico Spacelabs 90207).

Resultados:

Se observó una reducción progresiva tanto de la PA sistólica (PAS) como de la PA diastólica (PAD) (de $152,7 \pm 19$ a $133,5 \pm 5$ mmHg, y de $87,4 \pm 10,3$ a $82,7 \pm 9,8$ mmHg, respectivamente) entre la primera y la quinta mPA.

La prevalencia de HBB definida según las recomendaciones del VI informe del JNC como la existencia de una PA en consulta igual o superior a 140 mmHg para la PAS y/o 90 mmHg para la PAD,

junto con unos valores de la MAPA en el período diurno inferiores a 135/85 mmHg (PAS/PAD), fue del 33,1% al considerar sólo la primera mPA; del 20,3% al considerar el promedio de la segunda y tercera mPA; 16,5 % con el promedio de la segunda, tercera y cuarta mPA; 11,3% al considerar la media de la quinta, sexta y séptima mPA; y 8,3% si se consideraban las mPA octava, novena y décima. No se observó ninguna diferencia clínica que caracterizase a los pacientes diagnosticados de HBB según los diferentes promedios, salvo la existencia de unos valores iniciales más elevados de PAS en consulta (166 ± 13 mmHg frente a 151 ± 19 mmHg, $p < 0,05$) junto con la frecuencia cardíaca (88 ± 16 lpm frente a 77 ± 15 lpm, $p < 0,01$).

Conclusiones:

El número de mPA en consulta determina de forma clara la prevalencia de HBB. La realización de cinco o seis mediciones consecutivas mejora la evaluación de la hipertensión arterial en consulta, identificando la HBB pudiéndose reducir la necesidad de realizar una MAPA para su diagnóstico.

VALORACIÓN DE LA AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (AMPA). COMPARACIÓN CON LA TOMA EN CONSULTA (PAC) Y LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA (MAPA)

A. Covarsi^a, D. Díez^b, C. Martín^b, M.J. Baquero^b, I. Castellano^a y R. Novillo^a

^aUnidad HTA. Sección de Nefrología. Hospital S. Pedro de Alcántara. Cáceres. ^bCentro de Salud de Torrejoncillo.

Fundamento:

La automedida (AMPA) constituye una alternativa válida a la medida en la consulta médica (PAC), y está desprovista del fenómeno de la bata blanca. Comparada con la MAPA, facilita la adherencia al tratamiento y disminuye costes.

El objetivo del estudio es comparar la PAC de dos días con la AMPA del segundo y tercer días y con el registro MAPA.

Métodos:

Se seleccionaron 51 pacientes que fueron aleccionados y a los que se les proporcionó un aparato de automedida, dotado de registro de las PA.

Se realizaron en la consulta médica dos tomas en dos días diferentes (PAC-1 y PAC-2). El paciente se tomó la PA mañana y tarde durante tres días seguidos, registrándose la media de las PA del segundo y tercer día.

Finalmente la Sección de Nefrología realizó la MAPA.

Resultados:

Quedan reflejados en la tabla 1.

	PAC-1	PAC-2	AMPA	MAPA 24 h
PA sistólica	154	148,8	144,6	133,9
PA diastólica	86,2	83,2	80,1	78,5

La PA sistólica de la AMPA del segundo y tercer días fue significativamente diferente de la de la PAC-1 y con la MAPA. No hubo diferencias con la PAC-2.

La PA diastólica de la AMPA del segundo y tercer día fue significativamente diferente de la PAC-1 y PAC-2, pero no de la MAPA.

Conclusiones:

- 1) La AMPA no se diferencia de la PAC-2 (la segunda toma clínica hace innecesaria la AMPA).
- 2) La MAPA no se diferencia del AMPA del segundo y tercer días, pero sí de las tomas clínicas.
- 3) La AMPA no sustituye a la MAPA.

GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL EN EL ÁMBITO RURAL

P. González Murga y C. Pastor Oliver

Centro de Salud Morata de Jalón. Zaragoza.

La hipertensión arterial esencial (HTA) es una enfermedad poligénica cuya expresión clínica se produce al interactuar con diversos factores ambientales.

Objetivos:

Conocer el grado de control de HTA en función de variables como: factores de riesgo, enfermedades asociadas, hábitos dietéticos, nivel de conocimiento de la HTA y grado de satisfacción del paciente (pts.).

Metodología:

Estudio descriptivo retrospectivo y transversal realizado en dos consultorios locales, en 2001. Se estudiaron 110 pacientes. El diagnóstico de HTA y la estratificación del riesgo cardiovascular se realizaron según los criterios del Sexto Informe del *Joint National Committee*. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el estudio descriptivo de las variables, pruebas del Chi-cuadrado y coeficiente de regresión lineal.

Resultados:

El 79% de los pts. están controlados. El 48% realizan ejercicio físico. El 3% son sedentarios. El 51% presentan distintos grados de obesidad. Siguen dieta el 78%. Un 16% tienen lesión de órgano diana y un 18% trastorno clínico asociado. Sólo el 50% de los pacientes con sedentarismo están controlados siendo esta relación muy significativa ($p < 0,01$). Existe una relación altamente significativa ($p < 0,001$) entre el grado de satisfacción del paciente y el control de su HTA. El 82,14% de pacientes en régimen de monoterapia y el 73% en régimen de politerapia están controlados.

Conclusiones:

El tratamiento en régimen de monoterapia o politerapia no es determinante del control de la presión arterial (PA). Existe una relación entre el sedentarismo y el control de la PA. Los pacientes satisfechos con el tratamiento consiguen un mejor control de la PA.

IMPACTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ESPAÑA EN RELACIÓN CON EL TIEMPO DE INICIO DE LA FARMACOTERAPIA. ESTUDIO *proSTAR*

J.J. Cabanillas^a, J. Navarro^b, J. Franch^c, J. Díez-Espino^d y J. Arroyo^e

^aNovartis Farmacéutica S.A., Barcelona, ^bCentro de Salud Salvador Pau, Valencia, ^cABS Raval Sud, Barcelona, ^dCentro de Salud, Tafalla, Tafalla, ^eCAP II Sant Fèlix, Sabadell.

Fundamento:

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) afecta a la calidad de vida del paciente.

Objetivo:

Describir el impacto de la DM2 en España, según el tiempo transcurrido desde el inicio de la farmacoterapia.

Metodología:

ProSTAR es un estudio multicéntrico y de cohorte (CH); inicio la farmacoterapia a la inclusión (CH1), < 1 año (CH2), ≥ 1 año (CH3) y personas con glucemia basal alterada (CH4). Participaron centros de toda España. Los investigadores se estratificaron por edad, sexo y procedencia (urbana, semiurbana o rural). Se analizaron parámetros clínicos, metabólicos (glucemia basal, GB; hemoglobina glucosilada, A1C), calidad de vida (EuroQoL-5D, ADDQoL) y utilización de recursos.

Resultados:

Se estudiaron 680 pacientes. La edad y el tiempo de evolución fue superior en la CH3 (64 años frente 60,4, 60,8 y 58,6, $p < 0,001$ y >75% diagnosticados ≥ 5 años. CH3 registró la mayor proporción

de complicaciones microvasculares, 28,7% (CH1=12,5%, CH2=11,6%, CH4=2,2%, $p < 0,01$). El 8,6% de los pacientes habían presentado una hipoglucemia en el último mes, máxima frecuencia en CH3 (14%, $p < 0,01$). Se observó un control glucémico deficiente en un ≥ 24% (A1C) y en un ≥ 78,1% (GB). CH1 requirió más análisis y CH3 más eco-dopplers, $p < 0,05$. Ni el EQ-5D, ni el ADDQoL mostraron diferencias en el estado de salud de los pacientes. Sin embargo, CH3 mostró una tendencia a un mayor impacto de la enfermedad.

Conclusiones:

Los pacientes DM2 en farmacoterapia ≥ 1 año, tienen una enfermedad más avanzada, mayor número de complicaciones microvasculares e hipoglucemias y una tendencia a una peor calidad de vida.

IMPORTANCIA DE LA GLUCEMIA CAPILAR POSPRANDIAL EN EL CRIBADO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN POBLACIÓN ASISTIDA. ESTUDIO *tranSTAR*

J. Díez-Espino^a, J. Franch^b, A. Goday^c, À. Costa^d y J. Mèndola^e

^aCentro de Salud Tafalla, Tafalla, ^bCentro de Salud Raval Sud, Barcelona, ^cHospital del Mar, Barcelona, ^dHospital Clínic i Universitari, Barcelona, ^eNovartis Farmacéutica S.A., Barcelona.

Fundamentos:

El impacto de la diabetes mellitus (DM) tipo 2 recomienda su cribado. La DM desconocida (DMd) afecta a un 4% de la población adulta.

Objetivos:

Evaluar la glucemia capilar posprandial (GCPP) para el cribado de DMd y la prevalencia de DMd, glucemia basal alterada (GBA) e hiperglucemia posprandial (HPP), en la consulta médica.

Pacientes y métodos:

En *tranSTAR*; estudio transversal, *on-line*, realizado en población asistida adulta, en período posprandial (1-3 h) y de ámbito nacional, se compararon personas DM2, con controles de igual sexo y edad. Se determinó el valor de la GCPP y se recogió un valor de glucemia plasmática basal (GB) del último año. Se estudió la sensibilidad (S), la especificidad (E) y el área bajo la curva (ABC) ROC de la GCPP. Se consideró "enfermos" los pacientes del grupo control con GB ≥ 126 mg/dl más aquellos del grupo DM2 sin farmacoterapia y con GB ≥ 126 mg/dl. Se consideró "no enfermo" a todos los pacientes del grupo control con GB < 126 mg/dl.

Resultados:

Se analizaron un total de 56 personas (enfermos) y 232 (no enfermos). Se halló un 2,2% de DMd, un 10,4% de GBA y un 21,9% de HPP entre los pacientes controles. Se estimó un ABC ROC=0,949, IC 95% [0,919-0,979]. Un valor de 147 mg/dl de GCPP fue equivalente a una GB = 126 mg/dl (regresión cuadrática, $R^2=0,545$), $S=0,93$, $E=0,85$.

Conclusión:

La GCPP constituye una excelente herramienta de cribado de DMd. La proporción de HPP, muy superior a la de GBA y DMd, probablemente indique una franja no diagnosticada de alteración de la glucemia.

PREVALENCIA DE INFECCIÓN EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS (ESTUDIO EPYAZIUR)

M.S. Moya Mir, M.A. Herrero Olivares, M. Mariné Blanco, en nombre del Grupo de EPYAZIUR

Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivo:

Conocer la prevalencia de la infección en la urgencia extrahospitalaria.

Método:

Se realiza un estudio prospectivo, observacional, multicéntrico de diciembre de 2000 a junio de 2001. Un día de cada uno de los seis meses de ese período se recogió el número de atenciones urgentes y de urgencias por problemas infecciosos atendidas en centros de salud distribuidos por toda España, recogiendo sus características en una hoja de recogida de datos.

Resultados:

Durante los seis días del estudio se atendieron 18.387 urgencias en 99 centros de salud, oscilando entre 3 y 286 urgencias en cada centro. De ellas presentaban una infección 5.824 (31,67 %), oscilando entre 1 y 86 por centro. Los porcentajes correspondientes a cada proceso infeccioso diagnosticado aparecen en la tabla 1.

Diagnóstico	%
Infección de vías respiratorias altas	24,9
Faringitis	15,9
Otitis media	15,4
Tonsilitis	11,9
Resfriado común	10,4
Gripe	7,2
Infección de piel y tejido celular subcutáneo	5,3
Bronquitis	4,9
Neumonía	4,2

Conclusiones:

- 1) La infección constituye más del 31% de las urgencias extrahospitalarias, en contraste con el 10% que se encuentra en los estudios de urgencia hospitalaria.
- 2) La infección respiratoria es la infección más frecuente y, dentro de ella, la infección de vías respiratorias altas.

OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LA INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

A. Aguado Jódar, F. López Simarro, P. Oriol Torón, A. Tobella Princep, C. Baiget Haro y J. Peligro Adarve
EAP Martorell. DAP Baix Llobregat Nord.

Fundamentos:

Conocer la opinión de los profesionales de un centro de Atención Primaria que trabaja habitualmente con OMI-AP sobre la informatización de la HCAP.

Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Ambito: Atención Primaria de Salud (APS).

Sujetos: Todos los profesionales de una ABS que trabajan con OMI-AP (médicos, pediatras enfermería, UAUU).

Mediciones: Cuestionario estructurado autocumplimentado y anónimo con preguntas cerradas y una escala de Likert.

Resultados:

Han respondido 36 profesionales (77%). Edad media 41,7a (DE 6,9), 63% mujeres, categoría: 31% médicos, 24% enfermería, 45% UAUU. Puntuación informatización sobre 10: media 5,6 (DE 1,5). Ha recibido formación adecuada (60% desacuerdo), opciones no utilizadas por desconocimiento (90% de acuerdo), soporte técnico adecuado (86% desacuerdo), problemas técnicos frecuentes (93% de acuerdo), preocupación seguridad datos (72% de acuerdo), interferencias relación pacientes (52% de acuerdo), facilita acceso información (97% de acuerdo). Útil en: recetas crónicas (90% de acuerdo), agudos (71% de acuerdo), programación (97% de acuerdo), IT (93% de acuerdo), registro patologías (96% de acuerdo), trabajos investigación (77% de acuerdo), gestión agendas (64% de acuerdo). Difícil manejo (72% desacuerdo), reducción cargas trabajo (46% desacuerdo), pérdida información de la HCAP en papel (50% de acuerdo), reducción tiempo consulta (47% desacuerdo).

Conclusiones:

Aunque se detectan deficiencias en formación y soporte técnico, la mayoría del personal reconoce la utilidad de la historia clínica informatizada.

UTILIDAD DE SILDENAFILO EN EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL SECUNDARIA A ANTIDEPRESIVOS

R. Albelda, F. Sánchez, J. Mir, J.M. Sanz, M.A. García, R. Solves, F. Giner y A.L. Montejo

Objetivos:

Valorar la eficacia de sildenafil en la disfunción eréctil (DE) provocada por el uso de antidepresivos, su tolerancia y su eficacia tras 3 meses de seguimiento.

Material y métodos:

Estudio abierto, prospectivo, multicéntrico, observacional, con una rama de tratamiento (toma de sildenafil al menos en 4 ocasiones). Se incluyen 55 pacientes varones (18-70 años) que toman antidepresivos y desarrollan DE relacionada con su uso, que mantendrán un mínimo de 4 relaciones sexuales previa toma de 50 mg de sildenafil (100 mg desde la sexta semana si no mejora la respuesta sexual).

Diagnóstico de DE: Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos (PRSexDQ) y/o el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF).

Valoración de evolución clínica: PRSexDQ y/o IIEF, Escalas Impresión Clínica Global, Diario del paciente. Análisis estadístico descriptivo. Pruebas de «t» de Student, McNemar y Chi cuadrado.

Resultados:

Pacientes incluidos: 55. Finalizan el estudio 54 (98,1%).

Evolución y eficacia:

1) PRSexDQ: mejoría significativa en todos sus ítems ($p < 0,0001$) muy manifiesta en el 7 (tolerancia a la disfunción sexual).

2) IIEF: mejoría significativa en las 5 dimensiones que evalúa (eréctil, orgásmica, deseo sexual, satisfacción del acto sexual y satisfacción global): $p < 0,0001$.

3) Escala impresión clínica global mejoría de la enfermedad: 2,2 (bastante mejor), E.E: $p < 0,0001$.

4) Escala impresión clínica global mejoría de la disfunción sexual: 1,3 (mucho mejor), E.E.: $p < 0,0001$.

5) Tasa de éxitos intentos de actividad sexual: con medicación: 93%, sin ella: 65%, diferencia E.E.: $p < 0,001$.

6) No se declaran acontecimientos adversos. Se mantiene la eficacia en el cambio de la función eréctil (en todas las categorías del IIEF: severa, moderada, leve, sin DE) tras 3 meses de seguimiento.

Conclusiones:

El sildenafil es eficaz en la DE provocada por los antidepresivos, mejorando significativamente las 5 dimensiones de la función sexual masculina. Durante el tratamiento con sildenafil los pacientes manifestaron mejoría significativa en la impresión clínica de la depresión por lo que supone un coadyuvante de esta patología. La tolerancia al fármaco es buena y mantiene la mejoría de la DE tras 3 meses de seguimiento.

DETECCIÓN DE RIESGO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS ANÓMALAS Y COMORBILIDAD ANSIOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA

J.M. Benítez^a, M.P. Cortés^a, T. Morató^a, M.D. Reina^b, P. Rodríguez^a y M. Tramunsa^a.

^aÁrea Básica de Salud 1 de Sta. Coloma de Gramenet, Barcelona.

^bSAP Sta. Coloma de Gramenet, Barcelona.

Fundamentos:

Los objetivos son la detección de rasgos de trastorno de la conducta alimentaria (TCA), comorbilidad ansiosa y variables in-

dicadoras de riesgo, ante la sospecha de casos subclínicos de conductas alimentarias desorganizadas en adolescentes y adultos.

Métodos:

Ámbito. Centro de Atención Primaria (CAP) urbano.

Sujetos. Población autóctona de ambos sexos y de 15 a 42 años sin diagnóstico psiquiátrico previo que acuden a consulta de AP.

Diseño. Estudio descriptivo transversal; se estimó un tamaño muestral de 195 sujetos. Durante 40 días, 7 profesionales del CAP administraron cuestionarios validados con escalas de ansiedad y de trastornos alimentarios a sujetos seleccionados aleatoriamente.

Mediciones. *Eating Disorder Inventory* (EDI): subescalas de impulso a la delgadez, sintomatología bulímica, insatisfacción corporal, ineffectividad y baja autoestima, y conciencia interoceptiva; Escala de Hamilton para la ansiedad (HARS), sexo, edad, índice de masa corporal (IMC) y situación laboral.

Resultados:

Doscientas cuarenta y ocho personas encuestadas: 64,5% mujeres. Edad media 27,83 años (15-42). El 8,5% presenta impulso a la delgadez: 90,5% mujeres ($p=0,008$). El 1,2% sintomatología bulímica. El 21,4% insatisfacción corporal: 86,8% mujeres ($p<0,001$) de las cuales, el 54,3% son laboralmente activas ($p=0,004$). El 2,8% ineffectividad y baja autoestima. Y el 10,1% inadecuada conciencia interoceptiva.

El impulso a la delgadez (76,2%), la insatisfacción corporal (54,7%), la baja autoestima (7,7%) y la inadecuada conciencia interoceptiva (68%) se asocian a ansiedad moderada/grave ($p<0,05$).

El IMC es superior en mujeres con impulso a la delgadez e insatisfacción corporal ($p<0,002$).

Conclusiones:

Mujeres laboralmente activas, con IMC >27 y ansiedad moderada/grave puntúan alto en las subescalas de impulso a la delgadez e insatisfacción corporal (EDI), constituyendo riesgo de TCA.

FIBRILACIÓN AURICULAR: ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO ANTIARRÍTMICO Y PREVENTIVO DEL ACCIDENTE TROMBOEMBÓLICO EN UN CENTRO DE SALUD

A. Sánchez, E. San Valero, J.M. Navarro y C. Almendro
Centro de Salud Torrent, Valencia.

Objetivos:

Conocer las características clínicas y tratamiento de los pacientes con fibrilación auricular crónica (FAC) pertenecientes a nuestro centro.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal. **Ámbito:** Atención Primaria (AP). **Población:** pacientes diagnosticados de FAC del Centro de Salud Torrent. **Muestreo:** sistemático consecutivo en 5 consultas seleccionadas al azar. **Período:** 15/10/2001 a 15/12/2001. **Criterio de inclusión:** diagnóstico electrocardiográfico de FA. **Criterio de exclusión:** FA de comienzo < 6 meses. **Variables:** 1) Edad. 2) Sexo. 3) Tratamiento farmacológico antiarrítmico. 4) Patología asociada a mayor riesgo tromboembólico. 5) Tratamiento preventivo antitrombótico. 6) Cumplimiento de los criterios preventivos publicados por la Sociedad Española de Cardiología.

Resultados:

Estudiados 70 pacientes. Edad promedio: 72,6, rango: 28-92 años. Distribución: 12,9% menores 60 años; 32,8% 60-74 años y 54,3% 75 años o más. Sexo: 61,5% mujeres y 38,5% varones. Origen de la FA: valvular 15,7%; otras cardiopatías: 84,3%. Patología asociada: HTA 52,9%, DM 25,7%; insuficiencia cardíaca 92,9%; cardiopatía isquémica 14,3%; embolismo previo 27,1%. Tratamiento antiarrítmico: digoxina 52,8%; amiodarona 25,7%; digoxina+amiodarona

7,1%; otros fármacos 2,8%; ninguno 11,6%; disfunción ventricular y FAC (sin digoxina 25,7%, sin antiarrítmicos 5,6%). Prevención tromboembólica: con criterios de tratamiento 100%; tratamiento (AAS a dosis recomendadas 8,5%; AAS infradosificados 10%; acenocumarol 52,9%; otros 24,3%; sin fármacos 4,3%). Idoneidad del tratamiento preventivo: correcto 57,1%; inadecuado 42,9%; siendo estos últimos 83,3% mayores de 75 años.

Conclusiones:

Importantes deficiencias en la terapia antiarrítmica y prevención tromboembólica de la FAC, similares a las obtenidas en trabajos anteriores publicados, sin observarse tendencia a mejorar. Se hace necesaria la información y habilidades personalizadas a nuestros cardiólogos y médicos de AP para corregir este problema.

CONOCIMIENTOS DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE TERAPÉUTICA ANTIAGREGANTE

E. Martín Aurioles^a, E. Márquez^a, J.P. de la Cruz^a, A. Guerrero^a, M. Olmedo^b y J.A. González Correa^b

^aCentro de Salud Miraflores, Málaga. ^bCentro de Salud San Roque, Cádiz. Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina, Málaga.

Fundamentos:

Objetivo: valorar el grado de conocimiento de los médicos sobre la terapéutica antiagregante.

Métodos:

Diseño: encuesta de conocimientos autoadministrada y anónima. **Ámbito del estudio y sujetos:** médicos de Centros de Salud de todo el territorio nacional. **Intervenciones y mediciones:** la encuesta constaba de 25 cuestiones (abiertas y cerradas) en relación con los conocimientos sobre farmacología, indicaciones, manejo clínico de los fármacos antiagregantes, y la cuantificación de su utilización. Análisis estadístico descriptivo y de frecuencias, mediante el paquete estadístico SPSS.

Resultados:

Se recibieron 1.203 cuestionarios cumplimentados (10% de respuesta). La media de pacientes antiagregados fue de 130 ± 5 por médico. Las indicaciones eran bien conocidas por los médicos salvo la claudicación intermitente (la desconocían un 40,6%). La dosis de AAS para la prevención secundaria de isquemia coronaria fue de 150 mg, y 200 mg en la profilaxis de la isquemia cerebral aguda. El 30% de los médicos no conocían el AAS de liberación sostenida, el de recubrimiento entérico, triflusal, dipiridamol y abiciximab como agentes antiagregantes. Un 40% de los pacientes prescriben tratamiento gastroprotector al prescribir aspirina. En relación con la ticlopidina, el 96% ignoran las pruebas analíticas necesarias para controlar el tratamiento, casi un 50% desconocen sus interacciones. Un 25% de los médicos usaría triflusal en un paciente alérgico a la aspirina.

Conclusiones:

Hay un elevado porcentaje de uso de antiagregantes junto a un conocimiento adecuado de las indicaciones, pero encontramos importantes lagunas en aspectos esenciales de esta terapéutica como contraindicaciones, interacciones, lo cual puede generar serias complicaciones en su manejo clínico.

¿SOBRETRATAMOS A NUESTROS PACIENTES DISLIPÉMICOS?

F. Escobedo, P. Tejero, J. Comin, M. Medina, M. Bayés y R. Ferrero

Centro de Salud La Salut, Badalona.

Fundamentos:

Determinar si el tratamiento farmacológico hipolipemiente se realiza de acuerdo con las recomendaciones del PAPPs.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal. Muestra aleatoria de 185 pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular (FRCV) o enfermedad cardiovascular. Recogemos las siguientes variables de la historia clínica: colesterol total y LDH, tratamiento hipolipemiente y otros FRCV. Se les calculó su riesgo coronario (RC) según Framingham y si deberían recibir tratamiento según las recomendaciones. Se utilizó el paquete estadístico SPSS y el índice de kappa.

Ámbito del estudio:

Centro de Salud urbano informatizado.

Resultados:

La concordancia entre el tratamiento hipolipemiente realizado y las recomendaciones del PAPPs es de 0,446 (44%) con una $p=0,000$. El 7% de los pacientes que recibían tratamiento no deberían recibirlo, el 50% de los pacientes que deberían recibir tratamiento no lo recibían. La concordancia en el grupo de prevención secundaria y diabéticos con RC superior al 20% fue de 0,34(34%) con una $p=0,000$, estando un 50% infratratados.

Conclusiones:

A pesar de la hipótesis de que sobretratamos la dislipemia, los resultados muestran un infratratamiento si tenemos en cuenta las recomendaciones de los expertos, especialmente en pacientes con riesgo coronario muy alto. Sugerimos planes de actuación en función del RC mediante sistemas informatizados como medida de mejora.

ENCUESTA SOBRE HÁBITOS DE LOS ALUMNOS DE UN INSTITUTO DE ENSEÑANZA MEDIA DE UN PUEBLO

E. de Haro Muñoz, D. Morillas Fernández, J. M. Resola Moral, G. Peralta Prieto, M. Buendía Eisman y L. Gea Rodríguez

Centro de Salud e Instituto de E. M. Sierra Magina de Mancha Real, Jaén

Estudio de hábitos de población estudiantil para valorar la conveniencia de instauración consulta informativa. Se realiza encuesta a 100 alumnos (50% varones, 50% mujeres), de ellos 25% de 14 años, 25% de 15, 25% de 16 y 25% más de 16 años.

Método:

Encuesta cerrada, 33 preguntas, entre 3 y 5 ítems.

Resultados:

Deportes. El 82% realizaban deportes, de ellos sólo 10% a diario.

Tabaco. El 47% sí fuma, con 28 alumnos a diario menos de 20c/d., más de la mitad desconoce los efectos del tabaco, 33% se consideran enganchados.

Alcohol. El 73,47% bebe fines de semana y fiestas, en la gran mayoría combinados de alta graduación, motivo desinhibición.

Conducen. Un 60,5% no conducen, conceden poca importancia a los medios de protección como el casco.

Son gregarios, un 60% forman en pandillas de más de 10 componentes.

Drogas. Conocen la existencia de las ilegales, 13% tienen amigos que las consumen, en un 89% distinguen alcohol y tabaco como drogas legales.

Nocturnidad. Un 32% regresan a casa entre las 2 - 3 de la mañana, 16% entre las 3 - 5.

Gasto medio 12 euros.

Conclusiones:

Los jóvenes encuestados no se desvían demasiado de la media de Andalucía.

Reconocen que alcohol y tabaco, aunque drogas legales, no son consideradas un problema de salud que les afecte.

La formación en salud en el ámbito escolar es deficiente.

ENTORNO SOCIAL Y TABACO EN POBLACIÓN ATENDIDA

P. García, P. Beato, R. Alcolea, A. Girona, G. Pizarro y T. Rama

Centro de Salud Badalona 6, Llefià.

Fundamentos:

Describir las características del entorno social en relación al hábito tabáquico de la población atendida en un Centro de Salud urbano.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal. Encuesta a 512 personas sistematizadas entre las que acuden a nuestro centro.

Variables. Edad, sexo, estado convivencial, nivel de estudios, situación laboral, consumo de tabaco, permisividad para fumar en domicilio, en trabajo y en lugares de ocio.

Análisis. Frecuencias y prueba de χ^2 para comparación de proporciones.

Resultados:

1) Edad media 49,3 años (15-89); 53,9% mujeres; 70,1% viven en pareja; 72,9% estudios primarios; 50,2% trabajan fuera del domicilio.

2) Fumadores:33,6%. De los que viven en pareja 18,7% son exfumadores frente al 4% del resto. Fuman un 47,2% de los trabajadores, un 42,1% de los parados y un 1,2% de las amas de casa. En mujeres fuman un 38% de las que trabajan fuera de casa frente a un 9,8% de las amas de casa. El 15,8% de mujeres con estudios primarios fuman por un 38,8% en el resto.

3) Se permite fumar en el 93,6% de domicilios de fumadores frente al 61% de no fumadores. El 79% pueden fumar en el trabajo (en fumadores: 83,2% frente al 73,3% en no fumadores). El 77,8% frecuentan lugares de ocio donde se permite fumar (en fumadores el 91,7%). El 82,9% de los fumadores dicen que la mayoría de sus amigos fuman por un 36,5% de los no fumadores.

Conclusiones:

1) Hay mayor permisividad en cuanto al consumo de tabaco en el entorno social de los fumadores.

2) En 4 de cada 5 lugares de trabajo se permite fumar.

3) En mujeres: mayor nivel de estudios y actividad laboral se asocian a mayor consumo de tabaco.

PROCESO DE ABANDONO DEL TABACO: ANÁLISIS DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL CAMBIO DE ACTITUD ANTE EL HÁBITO TABÁQUICO

M. Torrecilla García, M.A. Hernández Mezquita, M. Barrueco Ferrero, D. Plaza Martín, R. Ruano García y M. Martín Temprano

Centro de Salud San Juan, Salamanca. Servicio de Neumología del Hospital Universitario.

Fundamentos:

Valorar la intervención mínima sistematizada (IMS) en las distintas fases del proceso de abandono del tabaco.

Metodología:

Estudio prospectivo con 316 pacientes fumadores. Se determinaron las fases del proceso de abandono del tabaco según el esquema de Prochaska y DiClemente, valorándose la abstinencia tabáquica a los 2, 6 y 12 meses. En el grupo de la IMS ($n=216$) se entregó material de apoyo por escrito adecuado a la fase en la que se encontrasen. En el grupo control ($n=100$) sólo se ofreció el consejo antitabaco aislado. Se aplicó la prueba de Chi cuadrado.

Resultados:

La abstinencia observada en los que se realizó la IMS fue del 39,4% al año de la intervención y 11% en el grupo control. Por fases del proceso de abandono fue respectivamente del 28,4% (18,5%-

40,1%) entre los precontempladores, del 49,2% (36,6%-61,9%) entre los contempladores y del 42,6% (29,2%-56,8%) entre los que estaban en fase de preparación. Al año progresaron de fase el 13,5% de los precontempladores y el 3,1% de los contempladores. En el grupo de control la abstinencia observada al año del inicio del estudio fue del 2,4% (0,1%-12,9%) en los precontempladores ($p=0,002$), del 8,3% (1,8%-22,5%) en los contempladores ($p=0,00009$) y del 30,4% (13,2%-52,9%) entre los que estaban en fase de preparación ($p=0,4$).

Conclusiones:

La intervención antitabaco es eficaz en todo paciente fumador, esté o no decidido a abandonar el consumo de tabaco, pues en un porcentaje considerable dejan su consumo o realizan un cambio en su actitud ante el tabaquismo, lo que predispone al abandono definitivo de su hábito tabáquico.

EL FACTOR DE RIESGO TABACO. NUESTRA ASIGNATURA PENDIENTE

M.^aA. Izquierdo Cuartero, E. Muñiz Domínguez, P. Rebollo Blanco, P. Martínez Oporto, M. González Mínguez y R. Delgado Canencia

Felipe II, Móstoles.

Fundamento:

A través de este estudio tratamos de cuantificar el grado de intervención mínima que se realiza sobre el tabaco, como factor de riesgo, en la población asignada a nuestro Centro de Salud. En los pacientes fumadores con otros factores de riesgo, compararemos las actividades enfocadas al tabaco con las demás actividades recomendadas en el PAPPs, para los otros factores de riesgo.

Diseño:

Estudio descriptivo. *Sujetos:* muestra aleatoria con una precisión del 0,058 y un $\alpha = 0,05$ de 255 historias clínicas abiertas. *Variables:* edad, sexo, *intervención mínima:* 1) identificación del fumador, 2) diagnóstico fase de abandono, 3) consejo firme, 4) ayuda, 5) fijar fecha, 6) fijar visitas seguimiento, *número de veces consejo anti-tabaco,* número de analíticas durante toda la historia, número de tomas de PA, número de mediciones del peso, número de analíticas realizadas.

Resultados:

Consta *anamnesis consumo tabaco* en 237/255 (92,94%). Total de fumadores 79/255 (30,98% \pm 5,8%) IC 95%, no fuman 158/255 (7,05%). Se pregunta cada dos años si fuman al 50,63% (49/79) de los fumadores (F) y al 36,07% (57/158) de los no fumadores (NF). La media de antigüedad de las historias es de 6,8 años (F) y 7,33 años (NF). La media de número de veces que se da *consejo anti-tabaco* (CA) es de 2,5 (teórico 3,4 según recomendaciones del PAPPs) en los fumadores y 1,536 (teórico 3,6 años según PAPPs) en los no fumadores.

Grupo riesgo	Media medida PA	Media veces CA	Media n.º pesos	n.º analíticas
HTA F(7)	25,8	4,14	20,57	6,71
HTA NF(29)	44,10	1,93	37,89	7,92
HPL F(4)	11,25	4	7	10
HPL NF(29)	26,96	1,23	24,6	8,96
Obeso F(6)	9,83	2	7,16	5,8
Obeso NF(24)	31,58	1,46	28,83	6,85
Diabético F (1)	27	2	27	5
Diabético NF (7)	28,42	1,5	26,57	4,4

HPL: hiperlipidemia; (); número de pacientes.

Conclusiones:

El registro en las historias clínicas de la intervención mínima sobre el consumo de tabaco como factor de riesgo cardiovascular es deficiente en comparación con los registros de las actividades pre-

ventivas asignadas para los otros factores de riesgo. Debido a que el tabaco es la primera causa evitable de mortalidad prematura en nuestro medio, creemos necesario introducir las medidas correctoras desde nuestro trabajo para dar el mismo o más peso específico como actividad preventiva.

¿UTILIZAMOS LA TERAPIA COMBINADA EN DIABÉTICOS TIPO 2 DE LARGA EVOLUCIÓN?

S. Reviriego Mazaira, I. Domínguez Fernández y E. González
Consulta Externa Diabetes Hospital Carlos Haya, Málaga.

Objetivos:

Cuantificar la utilización de terapia combinada en diabéticos con sobrepeso de larga evolución.

Metodología:

Se seleccionan aleatoriamente 76 diabéticos tipo 2 con el siguiente perfil: edad media 70,05 años, 2/1 mujeres, media de años desde el diagnóstico 16,66, índice de masa corporal $29 \pm 2,5$, complicaciones micro-macrovasculares asociadas 56,94% (retinopatía diabética 43%, nefropatía 19,44%, neuropatía 18,05%, cardiopatía isquémica 15,27%, claudicación intermitente 12,5%, patología cerebrovascular 11,11% y pie diabético 11,1%), factores de riesgo cardiovasculares asociados (hipertensión arterial 45,83%, tabaquismo 27,77%, dislipemia 22,22%).

Resultados:

El 43,42% de ellos se encuentran con terapia insulínica exclusiva y el 26,31% siguen tratamiento con asociación de insulina con biguanidas (metformina). El resto se distribuyen de la siguiente manera: sulfonilureas 6,58%, biguanidas 3,95%, sulfonilureas+biguanidas 10,53%, insulina+sulfonilureas 3,95%, insulina+sulfonilureas+biguanidas 3,95%, troglitazona+biguanidas 1,32%.

Conclusiones:

Al 69,73% de los diabéticos tipo 2 seguidos en las consultas externas de Endocrinología les administran insulina y al 37,74% de ellos además les añaden biguanidas (IMC medio de 29), lo cual contrasta con las tasas de insulinización y tratamiento combinado con biguanidas referidos por estudios previos en Atención Primaria.

EFFECTOS DE LOS CAMBIOS AGUDOS GLUCÉMICOS EN EL PERFIL LIPÍDICO EN DIABÉTICOS TIPO 2. EFECTOS DEL TRATAMIENTO CON ESTATINAS

J.A. Paniagua, A. Ortiz, J. Fonseca, E. Martín J.C. Castro y R. Vígara

Centro de Salud Dr. Villamor de la Carlota. Córdoba.

Introducción:

El síndrome metabólico y la diabetes tipo 2 se asocian precozmente a alteraciones lipídicas, principalmente una hipertrigliceridemia unida a descensos del colesterol HDL. El que los cambios agudos glucémicos modifican este perfil lipídico es poco conocido. El tratamiento con estatinas puede mejorar estos parámetros pero sus efectos durante los cambios agudos glucémicos no están del todo valorados.

Objetivo:

Valorar los cambios que se producían en parámetros metabólicos en pacientes hiperlipémicos y con hipercolesterolemia con el tratamiento de cerivastatina 0,4 mg.

Material y métodos:

En un estudio doble ciego, randomizado, cruzado y controlado con placebo, 15 pacientes con obesidad central, diabetes moderada, estable y sin previo tratamiento, fueron tratados con cerivastatina 0,4 mg o placebo durante 3 meses. Se midió glucemia, triglicéridos, c-HDL y se calculó c-LDL mediante la fórmula de Friedewald en ayunas, durante un clamp-hiperglucémico (20 mmol/l) y durante un clamp euglucémico-hiperinsulinémico (5,4 mmol/l; 80 mU·m⁻²·min⁻¹).

Resultados:

Los niveles de c-HDL fueron disminuidos significativamente durante la hiperglucemia y no se modificaron durante la euglucemia, en comparación con el ayuno. El tratamiento con cerivastatina incrementó constantemente los niveles de c-HDL, comparados con placebo. Los niveles de colesterol total y de triglicéridos sufrieron cambios menos apreciables durante los cambios agudos glucémicos, aunque ambos lípidos fueron descendidos con la cerivastatina. Los niveles de c-LDL descendieron con el tratamiento de cerivastatina un 31% en ayunas, un 27% durante la hiperglucemia y un 31% durante la euglucemia, comparados con el placebo.

Conclusión:

La hiperglucemia aguda está asociada a descensos en el c-HDL que pueden estar relacionados con un desfavorable perfil lipídico de forma precoz en la fase posprandial de la diabetes tipo 2. La cerivastatina modificó favorablemente este perfil lipídico.

INTERVENCIÓN EN BEBEDORES DE RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA

V. López-Marina, G. Pizarro, R. Alcolea, P. Beato, I. Rama y E. Galindo

ABS Badalona 6, Llefià, Badalona.

Fundamentos:

Evaluar la efectividad de una intervención antialcohólica durante un año en pacientes bebedores de riesgo.

Métodos:

Diseño. Estudio prospectivo longitudinal de intervención.

Sujetos. Setenta y ocho pacientes de 18-65 años con criterios de bebedores de riesgo, seleccionados de una muestra aleatoria (n=681) que acuden a consulta espontánea entre octubre-noviembre de 2000.

Ámbito. Cinco consultas de un centro de Atención Primaria urbano.

Metodología. A los bebedores de riesgo diagnosticados, se les propuso una intervención a 12 meses para reducir el consumo de alcohol. Se excluyeron a los pacientes con dependencia alcohólica (CAGE \geq 2). Se valoró el grado de consumo de alcohol en la visita inicial, y a los 2 y 12 meses.

Intervención. Consejo médico breve apoyado de material didáctico.

Mediciones. Sexo, edad, cuantificación del consumo de alcohol, criterios de bebedor de riesgo (hombre > 28 UBE/semana, mujer > 17 UBE/semana, hombre y mujer > 5 UBE/ocasión de consumo), cuantificación de bebedores de riesgo con sospecha de síndrome de dependencia alcohólica (SDA), grado de aceptación para la reducción del consumo, proporción de bebedores de riesgo a los 2 y 12 meses de la intervención. Análisis de los parámetros biológicos al inicio y final del estudio.

Resultados:

Se diagnosticaron 78 (11,5%) bebedores de riesgo del total de la muestra; 10 pacientes cumplían criterios de exclusión. El grado de aceptación para participar en el estudio fue de 44/68 (64,7%). Se diagnosticaron 11 pacientes con sospecha de SDA (25%). A los 2 y 12 meses de intervención, un 65,53% y un 53,8% de los bebedores de riesgo respectivamente dejan de serlo.

Conclusiones:

Existe una elevada aceptación a una propuesta de intervención a un año en bebedores de riesgo no dependientes. La efectividad de la Intervención Breve en la reducción de bebedores de riesgo de nuestro medio es alta.

Los resultados, no discordantes con otros estudios, sugieren la necesidad de incorporar de forma sistemática el cribado del consumo de alcohol y la Intervención Breve en bebedores con consumo de riesgo o perjudicial como una estrategia de prevención secundaria de base comunitaria.

RIESGO CARDIOVASCULAR Y PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS

J.C. Aguirre Rodríguez, M.D. Pelegrina Castillo, G.R. García-Valdecasas, L. García Nieves, I. Hernández Martínez y F. Morillas Javatera

Centro de Salud de Armilla, Granada.

Fundamentos:

Diversos estudios sobre el uso de hipolipemiantes sugieren que los pacientes tratados con estos fármacos no son los que más se podrían beneficiar, ni reciben las dosis recomendadas. Una hipercolesterolemia aislada no es motivo de tratamiento, sino que se deben valorar otros factores de riesgo cardiovascular (RC): tabaquismo, diabetes, hipertensión, etc.

Objetivo:

Analizar la prescripción de hipolipemiantes (estatinas) en nuestra zona básica y relacionarla con el riesgo cardiovascular de cada paciente.

Métodos:

Quinientos cuarenta y ocho pacientes (238 hombres y 310 mujeres) a los que se solicitó analítica por cualquier motivo. Se calculó su RC mediante la fórmula de Framingham y se analizó el uso de estatinas.

El análisis estadístico de datos valoró la sensibilidad (S) y especificidad (E) de la prescripción real de estatinas, en comparación con la prescripción teórica resultante del cálculo del RC, separando los datos por sexo. Y analizó los errores de prescripción tanto "por exceso" como "por defecto".

Resultados:

Quedan reflejados en las siguientes tablas:

	Elevado RC		Bajo RC		
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
Pacientes tratados	8	21	36	25	90
Pacientes no tratados	17	68	249	124	458
Total	25	89	285	149	548

	S	E	VPP	VPN	Error por defecto		Error por exceso	
					Relativo	Total	Relativo	Total
Total	25,4	85,9	32,2	81,4	74,6 %	15,5 %	14,1 %	11,1 %
Mujeres	32	87,4	18,2	93,6	68 %	5,5%	12,6 %	11,6 %
Hombres	23,6	83,2	45,7	64,6	76,4 %	28,6 %	16,8 %	10,5 %

Conclusiones:

- 1) Prescribimos las estatinas de forma inadecuada en relación al RC.
- 2) El error por exceso de prescripción es pequeño y semejante en ambos sexos.
- 3) El error por defecto de prescripción es importante y más acusado en los hombres.
- 4) En general las mujeres están más correctamente tratadas que los hombres.

¿CONOCEN NUESTROS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA LOS SÍNTOMAS DE ALARMA Y EL MODO DE ACTUACIÓN ANTE LOS MISMOS? ¿QUIÉN LES INFORMÓ?

J. López de la Iglesia, E. Martínez Ramos, L. Pardo Franco, A.M.^a González García, A. Mencía Mieres y F. Diez Burón.

Centro de Salud Condesa. Centro de Salud Cistierna y Centro de Salud Astorga. León.

Objetivo:

Conocer el grado de información que tienen los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) y su actuación ante situaciones de alarma

(dolor torácico de perfil isquémico en esfuerzo, en reposo, agravamiento en esfuerzo, de más de 20'), el manejo que hacen de la nitroglicerina sublingual (NTGSL) y la fuente de dicha información.

Diseño:

Estudio descriptivo transversal basado en entrevista personal y cuestionario de elaboración propia, durante septiembre-diciembre 2001.

Ámbito:

Atención Primaria. Seis consultas de tres Zonas Básicas de Salud (ZBS) urbanas.

Sujetos:

Muestra aleatoria de 98 pacientes con CI (angina estable, inestable, angina con infarto).

Resultados:

Encuestados: 93 (57V, 36M). Edad media 71±19. Con diagnóstico de infarto: 34. No disponen de NTGSL 17,2%. Desconocen cuándo acudir a urgencias hospitalarias con angina de esfuerzo y reposo el 77,4% y 81,8% respectivamente. El 37,8% con angina de esfuerzo progresiva acudiría urgentemente a su médico o al hospital. No recibió información ante angina de reposo, esfuerzo progresivo y de más de 20' el 100% de los pacientes. No existe diferencia sobre la actuación ante angina de esfuerzo entre pacientes informados por primaria o especializada, sí en el buen uso de NTGSL entre infartados y no (p=0,003).

Conclusiones:

Nuestros cardiopatas no reconocen con prontitud los síntomas de alarma, por tanto, no obtienen el máximo beneficio del tratamiento hospitalario. Ningún médico (primaria, especializada) les informó de la diferente actuación ante angina estable e inestable. Sólo una mínima parte usa bien la NTGSL en angina de esfuerzo y saben cuándo acudir a urgencias. Inminente necesidad de mejorar la educación sanitaria de nuestros cardiopatas.

RELACIÓN ENTRE CAMBIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN DIABÉTICOS TIPO 2 Y APARICIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES

J. Ojuel, A. Díaz Barroso, F. Escobedo, A. Busquets y E. Vargas

ABS Badalona 6, Llefià.

Objetivo:

Valorar si los cambios en el electrocardiograma (ECG) de pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) se asocian a la posterior aparición de eventos cardiovasculares.

Métodos:

Estudio longitudinal observacional. *Ámbito.* Atención Primaria. *Sujetos.* De la población de los DM2 de nuestro centro se escogió una muestra aleatoria de 282; aquellos que tenían 2 ECG en un intervalo de 2 años ± 6 meses. Se excluyeron los que tenían cardiopatía específica. Las variables analizadas: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, tratamientos, patología concomitante, PA, alteraciones electrocardiográficas según el código de Minnesota, eventos cardiovasculares y tiempo.

Los datos se procesaron con el paquete estadístico SPSS 8.0. Se realizó un estudio bivariado de supervivencia de cada una de las variables con cada uno de los eventos. Las significativas se incorporaron a un modelo multivariado de regresión de Cox para estudiar su efecto conjunto.

Resultados:

Los pacientes se siguieron una media de 5,4 años (DE= 2 años). La media de tiempo desde el primer ECG hasta el evento fue de 8,6 años (DE=7,8-9,5).

La incidencia de eventos cardiovasculares (n=82): cardiopatía isquémica (n=25), accidente vascular cerebral (AVC) (n=23), arritmia (n=16), insuficiencia cardíaca (n=18) y fallecimientos (n=15).

Tabla 1. Modelos multivariantes ajustados para cada evento.

		N	p	Odds ratio	IC95% OR
Evento cardiovascular	Taquicardia	278	0.0087	3.14	1.33-7.41
	C.isquémica	278	0.0000	2.72	1.68-4.39
	BRIIHH	278	0.0028	2.36	1.34-4.16
	Edad	278	0.0100	1.03	1.00-1.05
AVC	Edad	280	0.0049	1.06	1.02-1.11
	Dislipemia	280	0.0456	3.09	1.02-9.38
	Taquicardia	280	0.0254	5.74	1.24-26.5
	C.isquémica	280	0.0143	2.96	1.24-7.07
Insufi. cardíaca	BRIIHH	268	0.0210	3.98	1.23-12.89
	TAD	268	0.0302	1.06	1.00-1.13
	Edad	268	0.0380	1.07	1.00-1.15
	EPOC	268	0.0025	5.86	1.86-18.4
C.isquémica	C.isquémica	281	0.0040	4.51	1.94-10.46
Fallecimiento	Edad	282	0.0040	1.07	1.02-1.13

Conclusiones:

En pacientes con DM2 existe asociación entre cambios electrocardiográficos: taquicardia, bloqueo incompleto de rama izquierda (BRIIHH+hembloqueo anterior) y signos de cardiopatía isquémica, con el aumento en la incidencia de eventos cardiovasculares: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y AVC.

EFFECTIVIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN CON EL INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS) - SERTRALINA

J.M. Sáez Pérez, P. Pérez Ortín e I. Espinosa Freire

Centro de Salud Malvarrosa, Valencia.

Objetivos:

Evaluación de la efectividad y la calidad de vida de pacientes con depresión leve-moderada en tratamiento con sertralina.

Diseño:

Estudio prospectivo, de intervención sin asignación aleatoria antes-después. Análisis estadístico con programa SPSS.

Sujetos:

Treinta y ocho pacientes con depresión leve-moderada tratados con sertralina durante 12 meses.

Ámbito:

Centro de salud urbano.

Intervención:

Utilización del test de Hamilton (TH) de 17 ítems para la depresión y del test de calidad de vida (CV) de 34 ítems para la depresión, antes y después del tratamiento con sertralina. El tratamiento se inició con 50 mg, ajustando la dosis según la evolución a 25 mg, 75 mg ó 100 mg.

Resultados:

La tabla muestra los datos descriptivos más relevantes:

	Media	Desviación típica	Error típico
TH antes	23,7632	2,1237	0,3445
TH después	7,0000	1,4142	0,2294
CV antes, ítems negativos	13,5263	2,2629	0,3671
CV después, ítems negativos	22,2368	2,5935	0,4207
CV antes, ítems afirmativos	19,8947	2,4138	0,3916
CV después, ítems afirmativos	10,7105	1,7228	0,2795

La prueba T para muestras relacionadas encontró diferencias significativas (p<0,001) en las mediciones antes-después, tanto en el TH como en el test de CV. No hubo diferencias significativas en la puntuación final de ambos tests entre los 4 grupos de pacientes (según dosis).

Conclusiones:

El fármaco sertralina es efectivo en el tratamiento de la depresión, mejorando la calidad de vida de los pacientes tratados. El ajuste de la dosis del fármaco permite conseguir una efectividad y mejora de la calidad de vida similar en los 38 pacientes de nuestro estudio.

EL MOBBING. UNA ENFERMEDAD DE ORIGEN LABORAL

C. Almendro, J. Yuste, E. San Valero, C. Valero y R. Ordovas
Centro de Salud Torrente, Valencia.

Objetivos:

Describir tres formas de presentación de *mobbing*, sus síntomas y su abordaje en un Equipo de Atención Primaria.

Metodología:

Tipo de estudio. Descriptivo de tipo narrativo.

Población de estudio. Dos consultas de Atención Primaria.

Criterios de inclusión. Pacientes que presenten *mobbing* según escala de *mobbing* de Iñaki Piñuel.

Resultados:

Se describen tres formas de presentación de *mobbing* o acoso psicológico en el trabajo: como estilo de dirección, como medida organizativa y como forma de relación entre compañeros. Los síntomas más frecuentes son los relacionados con la ansiedad y depresión, que se pueden encuadrar en un síndrome de estrés posttraumático (DSM IV). Se dan normas para su sospecha diagnóstica. Por las implicaciones legales se describe su correcto registro en la historia clínica y normas de derivación a segundo nivel. Las implicaciones legales y dificultades para su inclusión como accidente de trabajo. Se describen las terapias breves de tipo cognitivo conductual en consulta. Se dan normas para una correcta información al paciente.

Conclusiones:

El *mobbing* es una patología frecuente e infradiagnosticada, que puede tener unas implicaciones legales importantes para el profesional de Atención Primaria. Es esencial la información al paciente y la derivación a segundo nivel.

EL PARTE DE LESIONES INICIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Antón Cortés, F. Paniagua Gómez, M.L. Fernández Tapia, L. Linares Castro, R. Sánchez Pérez y J. Mancera Romero
Centro de Salud Ciudad Jardín, Málaga.

Fundamentos:

El parte de lesiones es el documento médico-legal mediante el cual el facultativo da cuenta al juez de la asistencia prestada a los lesionados. Presenta una serie de carencias que limita su utilidad para el juez. Nuestro objetivo es conocer la cumplimentación del parte de lesiones en nuestro centro y proponer un nuevo modelo.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria. Centro de Salud urbano. 36.157 habitantes. Dieciocho médicos generales y 5 pediatras.

Resultados:

Durante el año 2000 se emitieron 62 partes. Cumplimentación completa: 43. Los datos administrativos (nombre del lesionado, fecha y hora de la asistencia, nombre y número del facultativo) aparecen reflejados en todos los casos. Las causas de las lesiones (accidente casual 21, agresión 17, accidente de tráfico 20, accidente de trabajo 4) se cumplimentan siempre. En cambio, las siguientes informaciones, aun siendo de gran relevancia, sólo aparecen de forma minoritaria: delimitación de datos objetivos 35, antecedentes clínicos 5, registro de aspectos psicoafectivos 4, asistencia prestada 4 y tratamiento administrado 2.

Conclusiones:

Hay una serie de datos importantes para el juez que no aparecen reflejados en la mayor parte de los partes de lesiones. Nuestra propuesta de parte de lesiones incluye, además de los ya contemplados, los siguientes datos: datos del acompañante, historia clínica, anamnesis, exploración (signos, síntomas y aspectos psicoafectivos), asistencia prestada y tratamiento administrado.

ESTUDIO DE LA DEFICIENCIA DE YODO EN LA POBLACIÓN GESTANTE DE LOS PIRINEOS

J. Muñoz Márquez^a, L. Vila^b, A. García^c, G. Legaz^d, A. Julia^e y J. Durán^f

^aABS S.Urgell, ^bS.Endocr.H.CR BCN, ^cS.Gine, ^dPuigcerdà, ^eVielha, ^fTremp, ^gLa Seu.

La deficiencia de yodo (DY) durante la gestación puede producir alteraciones en el desarrollo cerebral del feto. Es importante conocer el grado de yodación de la población gestante (PG) de zonas de riesgo.

Objetivos:

Conocer la yoduria de la PG de los Pirineos Catalanes, el consumo de sal yodada (SY) y de pescado marino (PM).

Material y métodos:

Estudio transversal. El número de gestantes estimado necesario fue 200, distribuyéndose proporcionalmente según la población de referencia de los Hospitales Comarcales, realizándose un cuestionario para conocer el consumo de SY y PM y recogiendo una muestra de orina para determinar yoduria.

Resultados:

Tabuladas 182 gestantes (edad media 29,4 DE 5,3), con media de 8,6 (DE 2,9) semanas de gestación. La yoduria se analizó a 148 mujeres.

El resumen de resultados queda reflejado en la tabla:

	Media Yoduria µg/l	%≤200	%≤100	%≤50	% Consumo Sal Yodada	% Consumo p ≤ 2 v/sem
Global	172	54,7	33,8	15,5	54,9	81,4
Vielha	133	80	40	17,1	77,1	91,4
Tremp	76	77,8	61,1	31,5	24,1	83
La Seu	274	13,1	2,6	0	71,7	73,9
Puigcerdà	240	28,6	9,5	0	57,9	78,9

La PG que consume SY tiene una yoduria superior (202,2 µg/l frente a 135,5 µg/l; p<0,0001). El mayor consumo de pescado no supuso yoduria mayor.

Conclusiones:

El 54,7% PG tienen yoduria <200µg/l (inferior a la recomendada) y un 15,5% presenta situación de alto riesgo (<50 µg/l). La yoduria, entre las distintas comarcas, no es homogénea, destacando Tremp con la media más baja, que coincide con el menor consumo de SY.

PREVALENCIA DE PATOLOGÍA TIROIDEA EN EL EMBARAZO. PREVENCIÓN SECUNDARIA

S. Reviriego Mazaira^a, I. Domínguez Fernández^b, M.J. Valdés Pavón^c, F. Soriguer Escofet^d, M.J. Garriga^e y G. Rojo^d

^aCentro de Salud San Miguel. Torremolinos. ^bCentro de Salud Rincón de la Victoria. ^cCentro de Salud Palma Palmilla. ^dServicio de Endocrinología y Nutrición ^eServicio de Laboratorio y Análisis Clínicos. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Fundamentos:

Justificar la inclusión de determinaciones de hormonas tiroideas y anticuerpos antitiroideos en el protocolo analítico de seguimiento de embarazo dada la alta prevalencia de patología subclínica detectada en la población estudiada.

Metodología:

Diseño observacional descriptivo. *Ámbito de estudio.* Dos centros de salud urbanos. *Sujetos y mediciones.* Se realizan 445 determinaciones de hormonas tiroideas (TSH, LT4 y FT3) y 199 de anticuerpos antitiroideos (TPO) en el primer trimestre de gestación.

Resultados:

1) Prevalencia de hiper e hipotiroidismo analítico en el primer trimestre de gestación:

Hipotiroidismo (TSH>5 mcU/ml)	1,5%
Hipertiroidismo (TSH<0,2 mcU/ml)	2,6%

2) Prevalencia de hiper e hipotiroidismo entre las mujeres embarazadas con TPO positivo en el primer trimestre:

Hipotiroidismo (TSH>5 mcU/ml)	13,3%
Hipertiroidismo (TSH<0,2 mcU/ml)	1,2%

Conclusiones:

1) El 15% de las gestantes de primer trimestre analizadas presentan TPO positivos. Este hallazgo es un marcador de trastorno funcional tiroideo, especialmente de hipofunción, incluso con TSH normal.

2) El interés de incluir estas determinaciones en la analítica rutinaria que realizamos durante la gestación se justifica por la alta prevalencia de estos trastornos y las repercusiones demostradas para el desarrollo neuropsicológico del feto (y otros problemas maternofiliales asociados).

3) La detección de casos de hipotiroidismo durante el embarazo es importante por la posibilidad de plantear intervenciones terapéuticas durante el mismo.

USO DE LA ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL HORMONAL (LEVONORGESTREL) EN UN CENTRO DE URGENCIAS

J.C. Pérez Sánchez, F.J. Serrano Guerra, A. Bandera Florido, J. López García, M.A. García Rodríguez y R. González Delgado

Centro de Salud Rincón de la Victoria, Málaga.

Objetivos:

Descripción de la población que acude a urgencias solicitando la anticoncepción postcoital.

Método:

Se realiza un estudio descriptivo de los 5 primeros meses del año 2002; para ello recogimos las encuestas que el médico de urgencias realiza al paciente que solicita el fármaco, anotando edad, uso anterior de dicho fármaco, método anticonceptivo habitual y motivo de solicitud.

Resultados:

Se pautaron un total de 80 tratamientos hormonales con levonorgestrel, siendo la distribución por edades: menor de 14:0; 14-16: 23,5%; 17-19: 22,2%; 20-24: 25,9%; 25-29: 13,6%; mayor de 30: 13,6%. Un 28,4% de los casos habían utilizado dicha pauta anteriormente. La mayoría de las pacientes (88,9%) reconocen el preservativo como método anticonceptivo habitual, aunque un 9% de los casos no usan ningún método. El motivo de solicitud del fármaco más frecuente fue la «rotura de preservativo»: 58 casos (71,6%) y preservativo retenido 9 (11,1%).

Conclusiones:

El perfil de la población que acudió a urgencias solicitando la píldora postcoital en los 5 primeros meses del año sería una chica de edad entre los 14 y 24 años, que usaba previamente el preservativo como método anticonceptivo habitual y que no había utilizado previamente este método. No tuvimos ningún caso de menor de 14 años solicitando dicha actuación.

CORRELACIÓN ENTRE LA ECOGRAFÍA CUANTITATIVA ÓSEA Y LA DENSITOMETRÍA DE CADERA EN EL DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA

A. Gimeno, A. Cervera^a, E. Galindo^b, T. Rama^b, A. Cama^c y E. Arriaza^d.

Centro de Salud L'Alcudia, Valencia. ^aCM Gran Via. ^bABS Llefià. ^cABS Via Roma, Barcelona. ^dLilly S.A., Madrid.

Fundamento:

El uso de la ecografía cuantitativa ósea ha experimentado un gran auge en los últimos años. Sin embargo, no existen guías diagnósticas ni de actuación clínica consensuadas derivadas de esta técnica, a diferencia de lo que ocurre con la densitometría ósea.

Objetivos:

Evaluar la concordancia diagnóstica de la ecografía cuantitativa ósea y la densitometría en una población de mujeres posmenopáusicas.

Diseño:

Estudio observacional, transversal.

Ámbito del estudio:

Tres CAPs de Barcelona.

Sujetos:

Doscientas sesenta y siete mujeres ≥ 65 años que otorgaron su consentimiento informado.

Mediciones:

Factores de riesgo de osteoporosis y fracturas, ecografía cuantitativa (QUS) de calcáneo y densitometría (DXA) de cadera. Análisis curvas ROC para determinar puntos de corte óptimos de la QUS. Coeficiente de correlación intraclase e índice kappa para evaluar la concordancia diagnóstica entre QUS y DXA.

Resultados:

La prevalencia de osteoporosis utilizando el punto de corte de $\leq -2,5$ del *T-score* fue 55,8% y 10,1% para DXA y QUS respectivamente. Mediante curvas ROC, estableciendo el punto de corte óptimo en -1,55 para el *T-score* de QUS, se observó sensibilidad 61,1%, especificidad 65,8% para el diagnóstico de osteoporosis, y una pobre concordancia (kappa 0,213) entre las dos técnicas. Un 49% de las mujeres de la cohorte presentaban valores de *T-score* de QUS $\leq -1,55$. El área bajo la curva de los diferentes parámetros ofrecidos por la QUS osciló entre 0,671 y 0,678. Los coeficientes de correlación intraclase entre los parámetros de QUS y DXA de cadera estaban comprendidos entre 0,45 y 0,47 ($p < 0,001$). La presencia de osteoporosis diagnosticada por DXA se asoció significativamente con mayor edad (73,6 frente a 71,3 años), menor índice de masa corporal (27,2 frente a 29,1 kg/m²), antecedente de fractura osteoporótica (29,5% frente a 16,1%), y antecedente de menopausia quirúrgica (16% frente a 7,3%). Ajustando por edad, todos los parámetros de QUS fueron inferiores en las mujeres diagnosticadas de osteoporosis mediante DXA ($p < 0,001$).

Conclusiones:

Los criterios diagnósticos de osteoporosis basados en DXA no son aplicables a la QUS. Un valor de *T-score* $< -1,55$ con el ecógrafo muestra los mejores valores de correlación diagnóstica de osteoporosis con DXA.

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA ÓSEA EN EL CRIBADO DE OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA: ANÁLISIS MEDIANTE RAZONES DE VEROSIMILITUD

M. Abizanda, C. Carbonell^a, R. Alcolea^b, C. Olmos^a, J. Vila^c y A. Pérez-Romero^d

CAP Gran Via, ^aABS Via Roma, ^bABS Llefià, ^cIMIM, Barcelona. ^dLilly, S.A., Madrid.

Fundamento:

La utilización de la ecografía cuantitativa ósea para el diagnóstico y cribado poblacional de la osteoporosis ha experimentado un

gran desarrollo en los últimos años, merced a la introducción de equipos sencillos y rápidos. Sin embargo, no se han desarrollado algoritmos consensuados para su utilización como herramienta de cribado.

Objetivos:

Analizar el rendimiento de la ecografía cuantitativa ósea en el cribado diagnóstico de la osteoporosis posmenopáusica.

Diseño:

Estudio observacional, transversal.

Ámbito de estudio:

Población general demandante de tres CAPs de Barcelona.

Sujetos:

Doscientas sesenta y siete mujeres ≥ 65 años evaluadas consecutivamente que otorgaron su consentimiento informado.

Mediciones:

Ecografía cuantitativa (QUS) de calcáneo y densitometría por absorción dual de rayos X (DXA) de cadera. Análisis de los puntos de corte óptimos de los 5 parámetros ofrecidos por la QUS, mediantes las razones de verosimilitud (*likelihood ratios*, LR) para establecer ($LR > 5$) o descartar ($LR < 0,2$) el diagnóstico de osteoporosis, utilizando como patrón oro la definición de la OMS (*T-score* de la densidad mineral ósea en cuello femoral $\leq -2,5$).

Resultados:

De los 5 parámetros de QUS evaluados (atenuación de la onda ultrasónica: BUA, velocidad de la onda sonora: SOS, índice de rigidez: QUI, y estimación de la densidad mineral ósea de calcáneo: valores absolutos y *T-score*), el que demostró el mejor rendimiento diagnóstico al aplicar las LRs fue el *T-score* de la densidad mineral ósea estimada en calcáneo (Est. Heel BMD *T-score*). Valores de este parámetro $> -0,05$ descartaban el diagnóstico de osteoporosis (LR 0,18), mientras que valores $< -2,50$ apoyaban el diagnóstico de osteoporosis (LR 5,98), con una sensibilidad del 97% y especificidad del 94%. Aplicando estos valores de corte se lograban clasificar el 22,1% del total de mujeres, correctamente en el 85% de los casos.

Conclusiones:

La QUS puede ser utilizada en el cribado de osteoporosis posmenopáusica en el ámbito de la consulta de Atención Primaria, siendo útil para establecer un diagnóstico en el 22% de las mujeres, en las cuales se evitaría la derivación para la realización de una DXA.

¿CÓMO Y POR QUÉ TRATAMOS LA OSTEOPOROSIS?

A. Adam Ruiz, S. Muñoz Gil, F.J. Roig Sena, R. Enguita Prosper, J.A. Durá García y J.M. Meseguer Gil

Centro de Salud Salvador Allende y Centro de Salud Pública, Valencia.

Fundamentos:

La osteoporosis es un problema de salud en constante aumento cuyo tratamiento supone una parte importante del gasto sanitario. La evolución demográfica, en tanto a factor de riesgo de osteoporosis, nos hace pensar que este gasto se verá incrementado. Maximizar la eficiencia de una actuación supone, entre otras medidas, ajustar la prescripción a los sujetos susceptibles. El objetivo del presente estudio es determinar la idoneidad de los tratamientos prescritos frente a osteoporosis en mujeres.

Método:

Estudio transversal descriptivo. Población: 817 mujeres de 45 a 69 años obtenidas de 21 centros de Atención Primaria. Variables: medición de la densidad ósea en calcáneo mediante un analizador ultrasónico de contacto para obtener las medidas de atenuación ultrasónica de banda ancha (BUA) en dB/MHz, menopausia (edad y tipo) e idoneidad del tratamiento valorando BUA, tipo de menopausia y edad a la misma.

Resultados:

De las 817 mujeres, 421 presentaban BUA normal (31,6% con tto) y 396 un BUA menor del valor medio para su edad (68,8% sin tto).

322 no menopáusicas, 199 BUA normal (12,56% con tto) y 123 BUA menor del valor medio para su edad (78,86% sin tto). 495 menopáusicas, 222 BUA normal (48,65% sin tto) y 273 BUA menor del valor medio para su edad (63,36% sin tto). 218 menopausia menor 45 años, 22% sin tto, 25% tto incorrecto, 53% tto correcto.

Conclusiones:

Sería necesario un protocolo que unificara los criterios a seguir para la instauración de tratamientos frente a la osteoporosis en mujeres.

¿MODIFICA LA VIDA RELIGIOSA EL RIESGO DE OSTEOPOROSIS?

R. Belenguer Prieto, S. Muñoz Gil, A. Salazar Cifre, R. Arocas Pérez, S. Gasull Insertis y F.J. Giner Albors

Centro de Salud Algemesi y Centro de Salud Pública, Valencia.

Fundamentos:

Consideramos la paridad un elemento condicionante de la pérdida de masa ósea. Los estudios clínicos y poblacionales contemplan el número de hijos y embarazos como variable predictiva. Objetivo: determinar el peso que esta variable tiene en la distribución de la masa ósea.

Métodos:

Dentro de un Estudio de Prevalencia de Osteoporosis en Mujeres Sanas, se obtuvieron facilidades para acceder a los Conventos de religiosas católicas en las zonas estudiadas. Variables: peso, talla, hijos, nivel estudios, determinación de atenuación ultrasónica en hueso (BUA). Diseño: Estudio Caso-Control (proporción 1:2) en mujeres. Apareamiento por año de nacimiento, tipo y edad de menopausia. Estadísticos: Chi cuadrado, "t"-student, ANOVA, y Odds Ratio.

Resultados:

Doscientas cincuenta y tres mujeres (98 religiosas y 155 seculares). BUA sistemáticamente más elevada en religiosas (67,01) que en población general (65,10). Máxima diferencia en 60-64 años (72,78u./60,88u.). Según nivel estudios: sin estudios 78,00u./65,62u., estudios superiores 66,21u./65,10u. Las religiosas de clausura presentaron valores más elevados que mujeres inactivas. La menopausia redujo diferencias: No-Menopausia 87,92u./79,60u.; Menopáusicas 65,92u./64,10u. La sobrecarga ponderal mantuvo estas diferencias: 77,27/65,73u. La multiparidad (3 hijos) igualó valores con religiosas. La frecuencia de osteopenia en población general femenina frente a religiosas fue mayor del doble (OR= 2,76; IC95%:1,42-5,17, $p < 0,05$).

Conclusiones:

Edad y menopausia son el factor determinante de la pérdida de masa ósea en ambos grupos. En general las religiosas presentan valores BUA superiores, sin diferencia significativa. Sólo procesos hormonales intensos (multiparidad) parecen influir en la limitación de la pérdida de calcio óseo. Como hipótesis explicativa se propone los diferentes hábitos higiénico-dietéticos.

¿HACEMOS PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS?

A. Brossa Torrella, J. Ginesta Gil, C. Muñoz Gil, A. Reixach Puigvert, J. Tobías Ferrer y M. Vila Martorell

Centro de Atención Primaria Lepanto, Manresa, Barcelona.

Fundamentos:

Conocer si hubo medidas de diagnóstico, tratamiento y preventivas de la osteoporosis (OP) en pacientes con fractura de la extremidad proximal del fémur (FEPF).

Material y método:

Estudio observacional retrospectivo.

Sujetos y mediciones:

Pacientes mayores de 50 años, procedentes de hospitales de referencia, residentes en nuestra comarca, con FEFP de baja energía y con alta hospitalaria del año 2000.

Mediante encuesta telefónica con el paciente o su cuidador principal recogimos: edad, sexo, densitometría previa, tratamiento previo con fármacos para la OP -profilaxis o tratamiento-, y recepción de consejos en los dos años previos a la fractura respecto a la mejora de la capacidad física, al aumento de la ingesta de calcio y a las adaptaciones en la arquitectura y mobiliario de la casa.

Resultados:

Muestra: 194 pacientes, 40 hombres y 154 mujeres, con una media de edad de 83 años. Diez presentaban densitometría previa; 37 utilizaron fármacos, de los cuales: 16 tomaron calcio, 4 calcio y vitamina D, 13 calcitonina, 2 bifosfonatos y 2 tiacidas. Ciento cincuenta y seis nunca tomaron fármacos; 67 recordaban haber recibido consejos sobre incrementar el ejercicio; 36 sobre el incremento de la ingesta de Ca y 36 consejos relacionados con el mobiliario y la arquitectura de la casa.

Conclusiones:

No existieron, salvo casos aislados, medidas diagnósticas, de tratamiento o preventivas para la OP en pacientes que posteriormente sufrieron una FEFP en nuestro medio.

LOS ESTRÓGENOS PROTECTORES DE LA DEPRESIÓN Y DE OTROS FACTORES DE RIESGO EN LA MUJER ¿MITO O REALIDAD?

M.C. Martínez Altarriba, M. López Grau, M.E. Teixido Fontanillas y M.L. Rodríguez Morato

Centro de Atención Primaria Horta, Barcelona.

Fundamentos:

Según los estudios nacionales e internacionales, las tasas de depresión en la mujer son doble que en el hombre. Los pocos años anteriores a la menopausia pueden ser un momento de alto riesgo por las fluctuaciones hormonales.

Objetivos:

Estudiar la influencia de los estrógenos y progestágenos en los estados afectivos de la mujer menopáusica, y también en otros factores de riesgo como osteoporosis, hipertensión, hipotiroidismo e hipercolesterolemia.

Metodología:

Se realizó un estudio prospectivo comparativo en 850 mujeres, 425 no estaban en tratamiento hormonal y 425 sí, a lo largo de un año, en un Área Básica de Salud Urbana. Se practicó entrevista y exploración clínica, se valoraron los estados afectivos por los cuestionarios DSM-IV, la osteoporosis por densitometría, la hipertensión por la toma de presión arterial, la patología tiroidea por analítica y exploración clínica, la hipercolesterolemia por analítica.

Resultados:

En el grupo sin tratamiento hormonal había un 33% con trastornos afectivos, de ellos un 33% ansiedad, un 30% depresión, un 18% insomnio, un 4% trastorno bipolar y un 15% otros. Tenían osteoporosis un 12,5%, hipertensión arterial un 25%, patología tiroidea 17,05%, hipercolesterolemia 30,68%, factores de riesgo cardiovascular 7,99%. En el grupo con estrógenos hubo un 12% con ansiedad, 2% depresión, 2% hipertensión, 1% hipercolesterolemia. Con tibolona, 15% ansiedad, 10% depresión, 1% hipertensión. Con raloxifeno, 28% ansiedad, 20% depresión, 1% osteoporosis, 1% hipercolesterolemia. Con progestágenos, 18% ansiedad, 19% depresión. Con progestágenos+estrógenos, 15% ansiedad, 13% depresión.

Conclusiones:

Los estrógenos, principalmente los transtérmicos, protegen de los trastornos afectivos, osteoporosis, hipertensión arterial, hipercole-

sterolemia y patología tiroidea. Los progestágenos tienen influencia negativa en los trastornos afectivos. La tibolona y el raloxifeno también puede que protejan de los trastornos afectivos y factores de riesgo, pero en menor medida que los estrógenos.

INFLUENCIA DEL ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL DOLOR CRÓNICO SOBRE VARIABLES CLIMÁTICAS

M.D. Martínez Mazo, F. Górriz Herranz, A. Andueza, B. Ochoa de Olza Tainta, C. García Erviti y A. Ganuza Armendáriz

Centro de Salud Rochapea, Pamplona.

Fundamentos:

Averiguar la influencia del abordaje psicológico del dolor crónico sobre las variables relacionadas con el clima mediante un estudio longitudinal de medidas repetidas realizado en Atención Primaria en 14 pacientes afectados de dolor crónico no maligno. Las variables estudiadas fueron: intensidad del dolor evaluada por el paciente, gravedad del dolor según el médico de familia, consultas por dolor, tiempo de incapacidad laboral, depresión, ansiedad, afectación funcional, afectación del sueño, consumo de analgésicos e hipnóticos, locus de control interno, creencias sobre el dolor y estrategias de afrontamiento. Estas variables fueron evaluadas en marzo, junio, septiembre y diciembre de 1998 y marzo de 1999. Entre septiembre y diciembre se aplicó un tratamiento psicológico que consistió en una adaptación para Atención Primaria del programa de C. Phillips de 1988.

Resultados:

El tratamiento produjo cambios favorables estadísticamente significativos en las variables no afectadas por el clima. En las variables afectadas por éste pero de forma no significativa, el tratamiento originó variaciones estadísticamente significativas en intensidad del dolor, síntomas depresivos, consultas por dolor, creencia en la constancia del mismo y utilización de autoinstrucciones para afrontarlo. En las variables afectadas por el clima de forma significativa, los pacientes mantienen los beneficios al llegar los meses fríos.

Conclusiones:

El abordaje psicológico aporta beneficios que se mantienen pese a las condiciones climáticas desfavorables, tanto en las variables afectadas por clima como en las que no lo están.

ACTIVIDAD ANALGÉSICA DEL TRAMADOL POR VÍA SUBCUTÁNEA (VSC) EN REAGUDIZACIONES DEL DOLOR POR CÁNCER

M.R. Bosca, F.J. Pascual, J. Lavernia, A. Mancheño, S. Fons y J. Ferrando

Centro de Salud de Orba, Alicante. Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO), Valencia.

Fundamentos:

Evaluar la eficacia y seguridad del tramadol por vsc en pacientes oncológicos y que sufrían ataques agudos de dolor moderado-severo y que estaban en tratamiento con analgésicos del primer y segundo escalón de la OMS.

Métodos:

Se incluyeron en el estudio a 28 pacientes hospitalizados (11 varones) y 47 ambulatorios (21 mujeres) que acudieron al servicio de urgencias del IVO, con diferentes tipos de tumores, y una media de edad de 63,6 años (rango 43-78) entre julio y diciembre de 2001. Se valoró la intensidad del dolor mediante una escala verbal (sin dolor, poco dolor, dolor moderado y dolor severo) y la escala visual analgésica (EVA) de 0 a 10, al aviso de dolor en los pacientes hospitalizados y al ingreso (en urgencias), y a los 15, 30 y 60 minutos de la administración de 100 mg de tramadol vsc en la región deltoidea.

Resultados:

El control del dolor se produjo de forma adecuada entre 15' y 20' tras la administración de tramadol vsc (rango de 10' a 70'). En 12 (16%) pacientes hubo de administrarse una segunda dosis de tramadol a los 30' por persistencia de dolor de intensidad severa. Como efectos secundarios aparecieron mareo 7 (9,3%), sudación 4 (5,3%) y náuseas 2 (2,6%).

Conclusiones:

Tramadol es un analgésico opioide de acción central. A las dosis utilizadas y con los datos recogidos, nos muestra que tramadol es un analgésico bien tolerado, útil, de fácil administración y seguro en pacientes oncológicos que sufren reagudizaciones de su dolor.

VALORACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE COLELITIASIS EN EL PACIENTE OBESO. ¿DIAGNOSTICAR O PESCAR?

J.M. Guiu Bardaji, F.J. Garrabella Puyal, P. Urdániz Bondía, M. Batlle Bosch y C. Marion Navasa

Área Básica de Salud Lleida Rural, Puigverd de Lérida, Lérida.

Fundamentos:

Se conoce la colelitiasis como una patología prevalente en los mayores de 40 años (entre el 10/20%*) y los criterios de sospecha o regla de las 4F (*forty, female, fat, fertile*).

Objetivo: ver la incidencia en la población que cumpla los 4 criterios de sospecha y comprobar su coste-eficiencia y coste-utilidad.

Material y métodos:

Diseño: estudio prospectivo transversal aleatorio.

Sujetos: mujeres con IMC>30, con al menos 1 hijo y edad > 40 años.

Muestra: selección aleatoria un total de 492 mujeres que cumplieran criterios 4F y acudían a consulta nutricional.

Mediciones: se realizó ecografía Hepatobiliar, determinación de IMC e impedanciometría bioeléctrica (IMG).

Resultados:

Quedan reflejados en las siguientes tablas:

Edad:→	Incidencia/por edad			
	40/50	50/60	60/70	>70
Nº	202	181	75	34
Incidencia	10	14	6	4
%	4,9	7,7	8	11,7

IMC→	Incidencia/ por IMC		
	30/35	35/40	>40
Nº	213	157	122
Incidencia	14	10	10
%	6,5	6,4	8,2

IMG→	Incidencia/ por IMG		
	30/35	35/40	>40
Nº	324	101	67
Incidencia	21	8	9
%	5,2	7,9	13,4

Conclusiones:

La ecografía es una técnica barata con demostrada especificidad (98%) y sensibilidad (97,5%) en el diagnóstico de colelitiasis, en el presente estudio muestra una incidencia de un 6,9% con un valor predictivo positivo bajo (< 1/15) con coste-efectividad y coste-utilidad bajos que no justifican su uso estandarizado en el paciente con criterios 4F.

Aumentando la incidencia con la edad (del 5% al 12%), con el IMC (6,5 a 8,2) y con el IMG (5,2 a 13,4) sin ser estadísticamente significativos.

A pesar de creer que, en un futuro nada lejano, la ecografía estará integrada como rutinaria en la semiología exploratoria básica y al alcance de todos los profesionales de primaria, actualmente su uso *cash finding* en esta patología no parece justificado.

INFILTRACIONES EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA; TRES AÑOS DE EXPERIENCIA

J.M. Verdú Rotellar, M. Domínguez Tarragona, M. J. Bernáldez Sánchez, A. Conesa García, C. Mayorgas Mayorga y N. Comas Silvente

Centro de Atención Primaria San Martí, Barcelona.

Fundamento:

Describir la respuesta obtenida en pacientes con patología articular y periarticular tratados con infiltraciones locales.

Métodos:

Diseño: estudio descriptivo prospectivo.

Sujetos: pacientes con patología articular o periarticular que no cedió tras 7 días de tratamiento con diclofenaco que fueron infiltrados por dos médicos del equipo con experiencia previa en esta técnica entre abril 1999-abril 2002.

Intervenciones: se infiltraron 128 pacientes con acetónido de triamcinolona. Se cuantificó respuesta a las dos semanas y tres meses y al año en excelente, buena, escasa y mala según escala que contemplaba dolor e incapacidad.

Resultados:

La edad media fue de 58,2 años. El 51,21 mujeres y el 48,79 hombres. Infiltraciones: 65,62% hombro (46,87% supraespinoso, 17,18% subescapular, 1,56% infraespinoso); 18,74% codo (15,62% epicondilitis, 3,12% epitrocleititis); 3,12% fasciitis plantar, 1,56% mano-muñeca y 3,12% rodilla, 7,81% tendinitis trocánterea. Respuesta a las dos semanas: 73,17% excelente, buena 24,39% y escasa 1,44%. Se realizaron reinfiltraciones si respuesta parcial, siendo la media de 2,01 por paciente, al año de la infiltración presentaban la misma respuesta salvo dos pacientes que pasaron de buena a escasa. No se produjeron complicaciones en ningún caso. Fueron infiltrados 5 pacientes diabéticos sin cambios reseñables en su control glucémico tras la infiltración.

Conclusiones:

Dado el bajo coste, alta efectividad y escasas complicaciones y teniendo en cuenta que en nuestro área los tiempos de espera para interconsulta con reumatología son superiores a 45 días y en traumatología y rehabilitación a 90 días, pensamos que las infiltraciones locales deben incorporarse a la práctica del médico de familia, iniciándola aquéllos con experiencia previa, evitando derivaciones y esperas innecesarias.

PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE DE UNA ZONA URBANA

M.A. Camdra, M. Ghelichkhani, I. Sánchez, A. Anaya, J. López y E. Pagán

Centro de Salud Cartagena-Casco, Cartagena, Murcia.

Objetivo:

Conocer características socioculturales, demográficas y salud de la población inmigrante ≥14 años asistida en centro de salud (CS).

Diseño:

Estudio descriptivo-prospectivo.

Ámbito:

CS urbano-docente, entre 1/7/2001 al 31/3/2002.

Sujetos, material, método:

Población-diana: total inmigrantes ≥ 14 años de una zona básica de salud (ZBS) (N=1626). Población-muestral (n =156) obtenida con intervalo de confianza (IC)=95% (alfa=5%), precisión (e=7,5%).

Criterios-exclusión: pacientes inmigrantes que acuden al servicio de urgencias del centro (viajeros ocio) y <14 años.

Variables: edad, sexo, estado-civil, número hijos, conocimiento idioma castellano, lugar de origen, tiempo permanencia en España, religión, vivienda, hábitos tóxicos, lugar habitual asistencia-sanitaria, estudios, situación laboral, primer motivo consulta, antecedentes personales.

Método: entrevista clínica, realizada en consulta demanda/programada, mediante hoja recogida datos diseñada al efecto, previo pilotaje.

Análisis estadístico: distribución frecuencias, medidas tendencia central-dispersión.

Resultados:

Edad media=33,6 años (32-35,2)(50,6% mujeres); 40,6% (44,6%-55,4%) sin pareja estable; 49,4% (41,4%-42,4%) sin hijos y 16,6% (10,6%-22,6%) con 3 o más a su cargo; 32,7% (26,7%-38,6%) no entienden nada del idioma castellano; 57,7% (50,7%-60,1%) proceden del Norte de África, 31,4% (23,4%-35,4%): Centro-Sudamérica, 7,1% (6,3%-15,1%): Centro-Sudáfrica y 3,8%: Asia. El 15,6% (11,6%-19,6%) son analfabetos y 13% (5%-17%) poseen estudios superiores. Media habitantes/domicilio=3,71 (moda=3) (media en la misma habitación=1,7). El 2,6% reconocen consumir drogas ilegales. El 15% (11,3%-19,4%) reconocen estar en paro. El lugar más habitual de trabajo: agricultura (32%). 83,9% (85,3%-87,9%): lugar habitual de asistencia-sanitaria el CS, 11%: urgencias, farmacia=5,2%. En el 76,3% (72,3%-80,3%), primer motivo de consulta:patología aguda (16,1% presentan patología osteomuscular, 20% digestiva).

Conclusiones:

Dificultad principal en la entrevista clínica: el idioma. La mayoría, personas de origen norteafricano, joven, soltera, sin hijos a su cargo. Un pequeño grupo tiene estudios superiores. No existe hacinamiento en las viviendas. Un porcentaje significativo está sin trabajo. Acude frecuentemente al CS cuando precisa asistencia. Patologías más frecuentes: digestivas y osteomusculares.

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.J. Aparicio Cervantes, J. Morales, M.C. Gómez, J. Gil, J.L. Doña y P. Luque.

Centro de Salud Alameda Perchel, Málaga.

Fundamentos:

Los factores psicosociales son condiciones relacionadas con la organización y contenido del trabajo capaces de afectar al trabajador en su salud o bienestar como en el desarrollo de su trabajo.

Objetivo: evaluar el riesgo de factores psicosociales en los profesionales que trabajan en Atención Primaria (AP).

Métodos:

Diseño: estudio descriptivo observacional.

Sujetos: todos los profesionales de un Centro de Salud. N: 69.

Ámbito: Centro de Salud Urbano.

Material: censo de trabajadores. Método de evaluación de riesgo de factores psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del trabajo.

Metodología: autoadministración de cuestionarios. Valoración: 7 F. Psicosociales: Carga Mental(CM), Autonomía Temporal(AT), Contenido del trabajo(CT), Supervisión-participación(SP), Definición de rol(DR), Interés por el trabajo(IT), relaciones Personales(RP).

Obtención de 4 perfiles: Perfil 1(valoración global del centro), Perfil 2(Médicos), Perfil 3(Enfermería) y perfil 4(administrativos-UAU).

Resultados:

Contestados 51 (73,91%), no contestados 18 (26,08%).

Perfil 1 : situación satisfactoria (0-4 puntos)(A): 3 ítems (CT, DR, RP). Situación intermedia (4-7 puntos) (B): 4 ítems (CM,AT,SP, IT). Situación nociva: (7-10 puntos)(C) 0 ítems.

Perfil 2: (A) 4 ítems (CT, DR, IT, RP). (B) 2 ítems (AT, SP). (C) 1 ítem (CM).

Perfil 3: (A) 4 ítems (CT,SP,DR,RP), (B): 3 ítems (CM,AT,IT).

Perfil 4: (A) 3 ítems (CT,DR RP), (B): 2 ítems (SP, IT). (C) 2 ítems (CM, AT).

Conclusiones:

Globalmente no son necesarias intervenciones urgentes. Sí en médicos y UAU, en nuestro centro.

El conocimiento de estos factores es de gran interés, ya que repercuten negativamente en la salud y rendimiento del trabajador y en el funcionamiento de la empresa.

RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA EN RELACIÓN CON LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Encinas, A. Fuertes, J. A. Maderuelo y A. Romero

Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Salamanca.

Fundamentos:

La infección VIH/SIDA sigue siendo un problema de salud de primer orden mundial. Sin embargo, la cobertura en Atención Primaria (AP) es muy baja. Determinaremos actitud, nivel de conocimientos de los médicos de AP frente a estos pacientes, y el impacto de un intervención formativa.

Métodos:

Estudio cuasiexperimental de intervención comunitaria con comparación antes y después, entre la fase 1 (previa a la intervención) y la fase 2 (posterior a la intervención). Envío postal de cuestionario autocumplimentado anónimo a 350 facultativos, ámbito rural y urbano, que desarrollan su actividad en AP de un área de salud.

Resultados:

Tasa de respuesta similar en ambos envíos, en torno al 45%. Alfa de Crombach de 0,7003. La actitud fue positiva en un 79% de los casos en el primer envío y en un 83% en el segundo, y la media de actitud en una escala de 1 a 5 fue de 3,53 y 3,47 respectivamente, sin que estas diferencias sean estadísticamente significativas; el porcentaje de respuestas correctas al cuestionario de conocimientos en el primer envío fue de 50% y en el segundo de 62,5% y la media del número de respuestas correctas entre 0 y 8 fue de 3,58 y 4,61, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones:

El nivel de conocimientos de los médicos de AP de este área imposibilita un seguimiento adecuado de estos pacientes, pero esta situación puede mejorarse con medidas de intervención apropiadas. La actitud es positiva desde el inicio y no se ha modificado significativamente con la intervención.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO SOBRE PRE-CÁNCER Y CÁNCER DE PIEL. RESULTADOS PRELIMINARES

M. Vicente, J. García, D. Asensio, J.L. Garavís, E. Botella y J.A. Mirón

Centro de Salud Vitigudino. Salamanca.

La exposición solar es un factor de riesgo establecido para carcinoma basocelular y escamoso de piel. Estos cánceres se han aso-

ciado a la exposición solar acumulada a lo largo de la vida y asientan en las partes del cuerpo más expuestas.

El *objetivo* del estudio es conocer la prevalencia del pre-cáncer y del cáncer de piel en una Zona Básica de Salud de la provincia de Salamanca.

Se realizó un *estudio transversal* a una muestra representativa de la población sometida a estudio (Zona Básica de Salud). La población atendida en dicha zona es de 6.078 habitantes. La muestra, con un error del 5%, quedó constituida por 384 individuos. Para la selección de cada unidad muestral se realizó un muestreo aleatorio estratificado según edad y sexo. Como instrumento de medida y recogida de datos se utilizó un protocolo clínico-epidemiológico constituido por 30 ítems.

Entre los *resultados* destacan, el 52% son mujeres y el 48% varones. El 69% tiene estudios primarios y el 46,5% se encuentra en situación inactiva (jubilados). El 57% refiere padecer enfermedad crónica. El 56% valora su salud como *buena* y al 81% su estado de salud *no le causa problemas*. El 45% declara no tener antecedentes familiares de tumores cutáneos. El 45% presenta un fototipo III. El 44% refiere exposición solar de más de 6 horas. El 81% declara haber tenido quemaduras solares. Exposición a braseros, el 80%. El 93% ha recibido consejos preventivos y el 55% refieren adoptar medidas de protección. El tipo de lesión encontrada, en orden de frecuencia, 37% pigmentada, 31% queratósica y 12% nodular. En el 71% su crecimiento es estable, sin sangrado en el 99% y con bordes delimitados el 92% de las lesiones. El diagnóstico más frecuente es de dermatitis actínica crónica (40%) y nevus pigmentocelular (25,5%). El 16% no han recibido tratamiento y el 7,7% han sido derivados al Servicio de Dermatología.

CUIDADORES DE PACIENTES INMOVILIZADOS DE UN CENTRO DE SALUD URBANO

J. Mancera Romero y F. Paniagua Gómez

Centro de Salud Ciudad Jardín, Málaga.

Fundamentos:

Los cuidadores de los pacientes inmovilizados representan un importante colectivo por, entre otras, dos razones: son una ayuda imprescindible para los cuidados de los pacientes y por otro lado pueden verse afectados por patologías específicas. Nuestro objetivo es conocer el perfil de los cuidadores de los pacientes incluidos en el programa de inmovilizados del centro de salud.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria. *Sujetos*: cuidadores de pacientes incluidos en el programa de inmovilizados durante el año 2000 completo. Se realiza entrevista personal. *Variables*: sexo, edad, estado civil, parentesco, nivel cultural, lugar de residencia.

Resultados:

Cumplían los criterios de inclusión en el estudio 235 pacientes, de los que 213 (90,63%) disponían de algún cuidador. Eran mujeres 186 (87,3%). Edad media: 55,96 años (DE: 15,58, rango:18-86). Estado civil: 160 (75,8%) casados, 29 (13,7%) solteros, 16 (7,6%) viudos. Parentesco: 102 (46,2%) hija, 45 (20,4%) esposa, 13 (5,9%) esposo. Nivel cultural: 114 (53,5%) estudios primarios, 74 (34,7%) sin estudios. Lugar de residencia: 172 (80,8%) vivían en el mismo domicilio.

Conclusiones:

El perfil del cuidador de los pacientes inmovilizados de nuestro centro es el de una mujer, de 56 años, casada, hija del inmovilizado, con estudios primarios y que vive en el mismo domicilio.

EL CUIDADOR: PACIENTE OCULTO

M.J. Aparicio Cervantes, M.C. García, A. Hormigo, S. Giménez, J. Morales y M.J. Aguilar

Centro de Salud Alameda Perchel, Málaga.

Fundamentos:

La llamada "sobrecarga asistencial" de los cuidadores es una entidad real, que es necesario que el médico de Atención Primaria (AP) sepa reconocer, ya que es causa de muchos de los trastornos físicos y psíquicos que presentan. Por tanto el cuidador es un "paciente oculto" que habrá que abordar y prestar el apoyo necesario. *Objetivo*: evaluar la existencia de sobrecarga en los cuidadores de los pacientes incluidos en un programa de atención domiciliaria.

Métodos:

Diseño: estudio descriptivo observacional.

Sujetos: todos los cuidadores del total de incapacitados de un cupo de AP N: 86.

Ámbito: Centro de Salud Rural.

Material: historias clínicas informatizadas. Censo de incapacitados. Test Zarit.

Metodología: citación telefónica a los cuidadores, autoadministración de los cuestionarios y evaluación posterior de los resultados.

Resultados:

Cuestionarios contestados: 100%. Total de incapacitados: 90.

Variables estudiadas: Sexo: 8 varones (9,30%), 78 mujeres (90,69%). Media de edad: 52,39 años, varones (53,35 años), mujeres (51,42 años). Nueve cuidadores tienen igual o más de 70 años.

Cuatro cuidadores atendían a su vez a 2 incapacitados.

Test Zarit: no sobrecarga (menos de 47 puntos) 76 (89,20%).

Sobrecarga moderada (47-55 puntos): 10 (11,65%). Sobrecarga grave (más de 55 puntos): 0 (0%),

Conclusiones:

Predominio de cuidadores de sexo femenino.

Porcentaje nada despreciable de cuidadores ancianos y de existencia de sobrecarga asistencial.

Merece la pena conocer desde AP este problema, para poner en marcha intervenciones y reajustar los recursos socio-sanitarios disponibles, en resumen, *cuidar al cuidador*.

SATISFACCIÓN DE LOS INMIGRANTES CON LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

M. Fuentes Leiva, B. Henares Sánchez, A. Aguado Jodar, F. López Simarro, P. Oriol Torón y N. Alarcón Latre

Equipo de Atención Primaria Martorell. Unidad Docente Costa de Ponent, Barcelona.

Fundamentos:

La inmigración ha presentado un gran crecimiento en nuestro medio. Objetivos: Estudiar la rapidez en acudir a urgencias de Atención Primaria de la población inmigrante y el nivel de satisfacción con la atención recibida.

Métodos:

Diseño: estudio de casos y controles.

Sujetos: inclusión de 53 casos nacidos fuera de España visitados en urgencias de nuestro centro y 102 controles.

Ámbito: centro de Atención Primaria.

Población asignada: 23.058.

Casos y controles después de ser atendidos fueron entrevistados sobre el tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas, y el nivel de satisfacción con la atención recibida a través de preguntas cerradas con 5 opciones de respuesta según una escala de Likert. Se evaluó la rapidez, tiempo dedicado, explicaciones, respeto a la intimidad, comodidad y limpieza. Se aplicó la prueba de Chi

cuadrado de tendencia lineal, y regresión logística ajustando por edad y sexo.

Resultados:

Casos (N= 53): 73% hombres, edad media: 30,3 (DE: 11). Controles (N= 102): 46% hombres, edad x: 40,6 (DE: 16,7). Horas desde inicio síntomas: <12: 17% (controles: 22%); 12-24h: 17% (26%); 25-72h: 21% (27%); 73-100h: 28% (22%); >1 mes: 17% (5%). Chi cuadrado de tendencia lineal ajustado por edad y sexo: $p=0,01$.

Regresión logística: comodidad OR: 5 (IC 95%: 1,3 – 18), limpieza: OR: 5,5 (IC 95%: 1,7 – 17), atención recibida: OR: 7,1 (IC 95%: 1,5 – 34).

Conclusiones:

Los inmigrantes tardan más en acudir a urgencias, posiblemente por una falta de utilización de la cita previa de este colectivo. Valoran mejor la atención recibida en urgencias, así como la limpieza y comodidad del centro.

PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y FAMILIARES: ¿DETECTABLES EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA?

M.J. Aparicio Cervantes, M.C. García, A. Hormigo, S. Giménez, R. González y A. Baca

Centro de Salud Alameda Perchel, Málaga.

Fundamento:

Cada vez es más frecuente que el médico de AP atienda demandas de síntomas mal definidos, hiperconsultores, hiperutilizadores de servicios y un largo etc., en las cuales no es raro no saber abordarlas. Por ello habría que preguntarse si tras esas demandas, al parecer no muy bien justificadas, pudieran existir eventos o problemas de índole familiar y/o psicosociales.

Objetivo: detectar problemas psicosociales y/o familiares en los pacientes que demandan consulta de un cupo de AP.

Método:

Diseño: estudio observacional transversal descriptivo.

Ámbito: Centro de Salud rural.

Sujetos: todos los pacientes que acudieron a la consulta a demanda durante 5 días de un cupo de AP.

Material: HC informatizadas. Lista de motivos de consulta que sugieren problema psicosocial.

Resultados:

Total de consultas realizadas: 257 (media: 51,4 pacientes diarios), excluyéndose 20 por acudir en más de una ocasión.

Finalmente el total de consultas realizadas fue de 237, de las resultaron ser sospechosas de problemas psicosocial 123 (51,8%). Destacando : problemas de salud mental (24,05%) y síntomas mal definidos (16,87%) como motivo de consulta.

Conclusiones:

El porcentaje detectado de sospecho de problemas psicosociales no difiere de otros estudios realizados al respecto.

Se puede decir que en un porcentaje elevado de sujetos es causa de hiperutilización y de problemas de salud mental.

Es necesario poner al alcance de AP instrumentos para en un primer lugar detectar la sospecha y luego intervenir y profundizar en la problemática del paciente.

PERFIL DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE INMOVILIZADOS DE UN CENTRO DE SALUD URBANO

F. Paniagua Gómez y J. Mancera Romero

Centro de Salud Ciudad Jardín, Málaga.

Fundamentos:

Los pacientes que no pueden acudir de manera habitual al centro de salud representan un porcentaje discreto de la población pero

requieren cuidados más continuados y frecuentes. Nuestro objetivo es conocer algunas características de los pacientes incluidos en el programa de inmovilizados del centro de salud.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria. Sujetos: pacientes incluidos en el programa de inmovilizados durante el año 2000. Centro de salud urbano; 36.000 habitantes; 18 médicos de familia; 15 enfermeros. Variables: sexo, edad, estado civil, domicilio, inmovilizado, incontinencia, cuidados de enfermería, cuidadores, soledad.

Resultados:

Cumplían los criterios de inclusión 235 pacientes. Mujeres: 165 (70,2%). Edad media: 78,22 años (DE: 11,16, rango: 30-98). Había 120 (51,1%) viudos y 95 (40,4%) casados. Alternaban domicilio (ancianos golondrinas) 20 pacientes. Eran incontinentes 119 (50,6%). Necesitaban cuidados de enfermería de manera permanente 27 de los inmovilizados. Vivían solos 25 y 213 (90,63%) disponían de algún tipo de cuidador.

Conclusiones:

El perfil del paciente inmovilizado de nuestra zona es una mujer, de 78 años, viuda, que vive habitualmente en el mismo domicilio, que no precisa cuidados específicos permanentes de enfermería, vive acompañada y dispone de cuidador.

SÍNDROME DE BURNOUT (SB) Y SATISFACCIÓN LABORAL (SL) EN PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALAMANCA

P. Moreno González, J.A. Maderuelo Fernández, A. Almaraz Gómez y M.J. González Casado

Centro de Salud La Alamedilla, Salamanca.

Objetivos:

Analizar la importancia de la satisfacción laboral en la aparición del síndrome de *burnout* en sanitarios de AP de Salamanca.

Método:

Estudio descriptivo transversal. Para conocer relación entre SL y SB se calculó coeficiente correlación Pearson; con SL como variable dicotómica la t-Student. Regresión lineal múltiple para conocer aspectos de SL predictores de cada una de las tres dimensiones de *burnout*; y una regresión logística para cada dimensión de SL con presencia o ausencia de *burnout*.

Sujetos: médicos y enfermeras de AP de Salamanca (336/260).

Variables estudio: cuestionario de satisfacción laboral (Rango 1-6), Maslach Burnout Inventory (MBI).

Resultado: tasa respuesta 61,7%. Puntuación media global satisfacción laboral: 3,21 (IC95% 3,16-3,25).

Puntuaciones MBI y niveles de satisfacción global: dimensiones de Agotamiento Emocional (EE) y Despersonalización (DP) del MBI alcanzan niveles más altos estadísticamente significativos en los insatisfechos; y en Realización Personal (RP) más bajos: EE: Satisfechos 13,6 (IC95% 12,3-14,9), Insatisfechos 25,2 (IC95% 22,7-27,6%); Despersonalización (DP): Satisfechos 5,4% (IC95% 4,9-5,9), Insatisfechos: 9,2 (IC95% 8,1-10,2); RP: Satisfechos 36,7 (IC95% 35,7-37,7), Insatisfechos: 30,0 (IC95% 28,2-31,8).

Aspectos de insatisfacción laboral que se muestran predictores de altas puntuaciones de EE y DP son: organización, relación con pacientes y reconocimiento. Insatisfacción en relación con pacientes, reconocimiento y relación con administración se muestran predictoras de baja puntuación en PA.

Insatisfacción en relación con pacientes, con organización y con el reconocimiento obtenido se asocia con riesgo elevado de padecer un grado alto de *burnout*.

Conclusiones:

El nivel de satisfacción global es bajo. La insatisfacción laboral se encuentra estrechamente relacionada con la aparición del síndrome de *burnout* en el colectivo estudiado, especialmente en los aspectos intrínsecos de la profesión.

EL CLIENTE INTERNO DE UN ÁREA DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA: NIVEL DE DESGASTE PROFESIONAL

A. Ballesteros, A. García, J. Fontcuberta, F. Pérez y J.A. Barragán Martínez

Centro de Salud Cartagena – Casco y Gerencia AP Cartagena, Murcia.

Un profesional satisfecho es más receptivo a las propuestas que le hagan para mejorar los objetivos de su empresa.

Objetivos:

- 1) Conocer principales áreas de insatisfacción de los profesionales (sanitarios/nosanitarios) de un Área de Salud(AS) en Atención Primaria(AP).
- 2) Analizar factores relacionados con el desgaste profesional (*burnout*) de dichos profesionales.

Diseño:

Estudio descriptivo-transversal.

Ámbito:

AS con 19 Zonas Básicas Salud(ZBS).

Sujetos:

N=423. La población muestral(n)=334, obtenida mediante nivel de confianza=95% ($\alpha=5\%$) y precisión(e)=5%, mediante muestreo estratificado por centro de salud (cs) y categoría profesional (médico, enfermería, personal administrativo). Criterios exclusión: sustitutos en el momento de la encuesta o que lleven 6 o menos meses en la plaza.

Material y método:

Encuesta anónima autocumplimentada sobre Burnout(22 ítems) con 7 opciones de respuesta(0=nunca,7=todos los días), que mide 3 dimensiones:cansancio emocional,despersonalización,logros personales. *Variables:* socio-demográficas, tiempo trabajado en Sistema Nacional Salud (SNS). *Análisis estadístico:* descripción de variables, Chi-cuadrado, “t”-Test, ANOVA, regresión lineal.

Resultados:

El 64,07% contestaron la encuesta (36,7% médicos, 30,7% enfermeros, 32,6% administrativos). Edad media:40,4 años; tiempo trabajado en el Sistema Nacional Salud: 14,6 años y en su lugar de trabajo:6,2 años. Cansancio emocional “moderado”(22,4±12,24). Realización personal:“moderada/baja”(37,98±8,15). *Despersonalización:* “moderada”(7,4±6,03). El profesional-hombre se siente con más despersonalización que la mujer ($p=0,011$). El médico es el profesional “más cansado”(medio/alto; $X=24,5$; IC95%:21,6-27,3) con respecto a enfermeros(bajo; $X=19,4$; IC=95%:13,6-18,4) y administrativos(medio/bajo; $X=19,4$; IC95%:16,5-22,4). Igual tendencia con la dimensión “despersonalización”:el médico, el profesional con mayor índice($p=0,007$), nivel medio/alto ($X=8,68$; IC95%: 7,2-10,2), con respecto a los administrativos(moderado; $X=7,67$; IC95%: 6,2-9,1) o los enfermeros (bajo; $X=5,58$; IC95%: 4,46-6,7). No diferencias si se mide “realización-personal”.

Conclusiones:

- 1) El profesional del Área se siente “moderadamente-quemado”, con moderada/baja competencia profesional y realización personal.
- 2) El profesional “más quemado” es el médico; menos quemado, el enfermero/a.

MEJORA EN LA EFICACIA DE LA TERAPIA INHALADA, TRAS ADIESTRAMIENTO EN LA UTILIZACIÓN DE INHALADORES. PERFIL DEL PACIENTE ASMÁTICO

T. Fuster Bellido, N. Chafer Plasencia, J.M. Villalba Soto, P. Alonso Díaz, V. Ivañez Bernabéu y M. Bao Sánchez

Equipo de Atención Primaria Gandía-Beniopa, Valencia.

Objetivos:

- 1) ¿Existen diferencias espirométricas, pre y post adiestramiento, en pacientes asmáticos?

2) Conocer la prevalencia de la técnica inhaladora incorrecta y nivel sanitario de control.

3) Perfil sociodemográfico.

Diseño: 1º Estudio descriptivo transversal. 2º Estudio pretest-intervención-postest. (En el paquete estadístico SPSS 6.1 t de Student para datos apareados).

Emplazamiento:

Pacientes mayores de 14 años, diagnosticados de asma y que utilizan sistemas inhalados de dos consultas de AP.

Sujetos:

Setenta pacientes diagnosticados de asma y que utilizan inhaladores.

Método:

Se elaboró un cuestionario (13 ítems) para conocer las características de los pacientes, la enfermedad y el tratamiento. Mediante la escala de valoración de la técnica inhaladora de Newman se calificó la técnica como correcta, aceptable o incorrecta. Posteriormente se les practicó una espirometría (3 mediciones, utilizando el mejor valor). Adiestramiento. A las 4 semanas post-adiestramiento se les repitió la espirometría, valorando los cambios.

Resultados:

n=70. Edad media: 40 (25-82). Sexo: 35% H, 65% F. Años de evolución: 9,30 (1-30). Consumo de tabaco: 51,4% no fumador, 28,8% fumador, 22,8% exfumador. Sin estudios: 34,28%, Primarios: 37,1%, Bachiller/FP: 17,14%, Super: 11,5% Nivel sanitario: 42% Esp. 42% AP, 15% ambos, 1% nadie. Nivel de adiestramiento y técnica: AP- correcta-aceptable: 82%, incorrecta: 8,6%, ESP:correcta-aceptable: 70,6%, incorrecta: 14,2%. Total técnica incorrecta: 28,5% (20). Satisfacción en el sistema: 100%. El error más frecuente: 1º la falta de apnea, 2º no esperar entre dosis, 3º la inspiración máxima. Efectos secundarios: 56% 1º. Más frecuente: irritación faringea, 2º: glositis, 3º: aumento de expectoración. Utilizan : 42,8 sistemas presurizados, 17,2 TBH, 14,3 accuha, 25,7 mixto. El sistema que más efectos adversos provoca : 1º:presurizado: 37,6%, 2º TBH: 25%, Mixto: 25%, Acch. :12%. De los pacientes con técnica incorrecta (28,5%) el 50% (10) mejoran los valores espirométricos tras adiestramiento. Media FEV1 (PrA) :63,7 (DS 22,24). Media (PoA): 96,2(DS 26,46). $t=-5,26$, $p=0,001$.

Conclusiones:

- 1) Alta prevalencia de utilización incorrecta del sistema.
- 2) Mejores resultados en AP que en ESP.
- 3) El adiestramiento es una herramienta útil y necesaria en los pacientes asmáticos.
- 4) No existen diferencias significativas entre los pacientes con mala técnica y el nivel de instrucción.

ESTUDIO DEL SEGUIMIENTO DEL HIJO DE MADRE ADOLESCENTE

D.C. Pineda Dorado, A. Gracia Alfonso, R. Jiménez Ales, M. J. Ortiz Delgado y M.A. Castillo Rodríguez

Consultorio de Bodalatos. ZBS de Estepa. Sevilla.

Fundamentos:

El objetivo del estudio es analizar la diferencia entre el hijo de madre adolescente(14-19años)(A) y el de un grupo control(20-35años considerado edad óptima para tener un hijo según la OMS)(GC).

Material y métodos:

Diseño: estudio descriptivo transversal retrospectivo. Como método estadístico se ha utilizado la X^2 con corrección de Mantel-Haenszel y la prueba exacta de Fisher.

Sujetos: 30 hijos de madre A y 30 de un GC, entre 1990-1999.

Ámbito: Atención Primaria. Ámbito rural.

Fuente de datos: historias clínicas infantiles.

Variables: edad de la madre, peso del recién nacido, ingreso en neonatos(NN), lactancia, vacunación y seguimiento del Programa

Control del Niño Sano(CNS), según Criterios Óptimos(CO) y Estándares de Calidad(EC).

Resultados:

La edad media de la madre es 17,6 años para A y 27,4 para GC. El peso más frecuente del RN fue 3-3,5Kg en ambos grupos, con una incidencia de bajo peso (<2.500gr) del 6,67%, igual para ambos grupos. Ingresaron en NN el 17% de los hijos del GC frente al 7% de A (p=0,21). Para la lactancia materna cumplieron los objetivos de la OMS (≥ 6 meses) el 6,67% de A y 10% del GC (p=0,50). La vacunación fue del 100% en ambos grupos. Siguió el CNS en el primer año y según CO el 53% del GC y el 30 % de adolescentes (p=0,079), y según EC el 100% del GC y el 83% de A (p=0,06). A los 4 años de edad y según CO el 100% del GC siguió el CNS frente al 20% de A (p=0,02), siguiéndolo según EC el 100% del GC y el 83% de A (p=0,03).

Conclusiones:

La única diferencia significativa la encontramos en el seguimiento del CNS, CO y EC, a los 4 años con p<0,05, y, aunque sea llamativo no es significativo el mayor número de ingresos en NN de los hijos del GC.

La mujer adolescente está preparada para tener hijos sanos, aunque parece haber una menor preparación que en el grupo control para los cuidados.

PREVALENCIA DE PACIENTES CONSUMIDORES DE DROGAS QUE ACUDEN AL SEDU DE ALICANTE EN UN AÑO (OCT 2000-OCT 2001)

L. Ortiz de Saracho y Sueiro, J. Belda, C. Murcia, E. Martínez, B. Ayus, A. Gómez Gras y M. Monllor

Servicio Especial de Urgencias. Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción:

Es importante el porcentaje de pacientes que son atendidos por clínica relacionada de alguna manera con el consumo de drogas parenteral (CDVP) o no parenteral (CDVNP), en el SEDU. Un análisis de los mismos valoramos importantes para un actuación preventiva y coordinada con los servicios de salud pública de nuestro medio.

Objetivos:

Conocer las características sociodemográficas y patrones de consumo de los pacientes consumidores de drogas que acuden al servicio de urgencias extrahospitalaria.

Material y métodos:

Se han analizado el total de asistencias realizadas a los pacientes que acudieron al servicio durante 12 meses (1/10/2000 al 1/10/2001), y que refirieron adicción a cualquier tipo de droga, tanto legal como ilegal. Analizando edad, sexo, estado civil, tipo de dependencia, estancia en programa de desintoxicación (metadona), forma de acceso (voluntario, judicial), clínica presentada, tipo de droga consumida. Los pacientes se dividieron en dos grupos: CDVP, sola o asociada y CDVNP sola o asociada. El análisis estadístico se realizó con DBASEIII plus y EPIINFO analizando medias y Chi cuadrado para datos cuantitativos.

Resultados:

Se han analizado un total de 2.190 pacientes, que representó el 2,88% del total de visitas al Servicio de urgencias. Fueron 1.576 grupo de CDVP (72%) y 614 de CDVNP (28%), con una franja de edad entre 16 y 45 años a destacar el 39,9% entre 16 y 25 años), el 75% fueron varones y el 25% mujeres, sin diferencias por sexo en los dos grupos. En el resto de variables la gran diferencia entre los dos grupos hace necesaria su separación, así tenemos que en el grupo de CDVP el 92% refiere estar en paro frente al 32% de los CDVNP, no acabaron los estudios básicos el 98% frente al 14%, están en abandono familiar el 82% frente al 4%, presentan deterioro físico el 87% frente al 0% y psíquico un 37% frente al 0%. La dro-

ga más consumida fue la heroína, seguida de heroína más cocaína para los CDVP y en el grupo de CDVNP el primer lugar corresponde a la cocaína, seguida de cocaína más medicamentos. Todos refirieron consumo abusivo de alcohol y tabaco. La sintomatología por la que acudieron fue diversa y muy relacionada con el tipo de droga consumida.

Discusión:

Los pacientes que refirieron uso de la v.p. para su consumo nos parece importante dados los últimos informes de la S. G. de la lucha para la droga. Los datos de sexo y edad coinciden con la bibliografía analizada, así como el resto de variables clínicas y sociales. El deterioro es más evidente en el grupo que consume la droga inyectada y queremos destacar el inicio del consumo a edades tempranas.

Conclusiones:

Valoramos importante ese 2,88% de carga laboral en urgencias extrahospitalarias en el período analizado. El porcentaje de consumidores que refirieron uso de la vía venosa para su consumo es elevado y creemos necesaria una formación del personal en la sintomatología y recursos a ofrecer a estos pacientes que acuden a los servicios de urgencia solicitando asistencia a veces no solamente médica.

CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN EN DISCAPACITADOS PSÍQUICOS

M. Simarro, M.D. Giménez, M.C. Ortiz, L. Fraile, A. Manjavacas y E. García

Centros de Salud: zona III, IV, V-B, Albacete.

Fundamentos:

Objetivos: describir los conocimientos sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual (ETS) en discapacitados psíquicos.

Métodos:

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio: centro de ocio urbano para discapacitados psíquicos.

Sujetos: discapacitados psíquicos con capacidad para la expresión escrita, adscritos a centro urbano de ocio.

Mediciones/Intervenciones: encuestas antes-después de charla-taller sobre anticoncepción, impartidas por residentes de Medicina de Familia.

Resultados:

Asistieron a las charlas 17 personas; el 52,9% (9) eran hombres y la edad media fue 31,82 años (DS 9,15). Conocían la anatomía masculina el 70,6 % (12) y la femenina el 76,5 % (13). El 41,2% (7) conocía algún método anticonceptivo, siendo el preservativo el más nombrado: 85,7% (6). La información procedía de: familia en 30,4% (7), amigos en 21,7% (5), colegio en 21,7% (5) y medios de comunicación en 13,0% (3). La mayoría recibe información de más de una fuente. Conocían alguna ETS un 29,4% (5), siendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida la más mencionada. Las charlas tenían interés en 88,2% (15) y un 94,1% (16) se mostró satisfecho al finalizar las mismas. En la fase poscharla un 52,9% (9) todavía presentaba dudas; los métodos considerados más seguros fueron el preservativo en un 45,4% (10) y la ligadura de trompas en un 18,2% (4), aunque el 13,6% (3) no conocía ningún método seguro.

Conclusiones:

Es importante promover campañas sobre anticoncepción entre los discapacitados psíquicos porque los conocimientos sobre métodos anticonceptivos y ETS son escasos, a pesar de que generan mucho interés.

Sería beneficioso dirigir campañas formativas a las familias porque son la principal fuente de información según este colectivo.

ATENCIÓN AL EMBARAZO EN POBLACIÓN AUTÓCTONA E INMIGRANTE: ¿SIMILAR O DIFERENTE?

E. Jurado Escamez, R. Moriana Feria, M.J. Sánchez Gómez, B. Ridaura Ruiz, J. F. Marcos Serrano y A.M. Martínez Belchí

*Centro de Salud Torre Pacheco, Murcia.***Objetivos:**

Evaluar la cumplimentación de Normas Técnicas Mínimas (NTM) de los Servicios de Atención al Embarazo en población autóctona e inmigrante de nuestra zona de salud. Analizar si existen diferencias para ambos grupos de poblaciones.

Diseño:

Estudio descriptivo observacional retrospectivo.

Ámbito de estudio:

Población semiurbana de 25.000 habitantes.

Sujetos:

Total de embarazadas controladas hasta el parto adscritas a 10 cupos de medicina de familia, desde 1-1-2000 al 30-6-2001 (N=274: 242 autóctonas, 32 inmigrantes).

Material y métodos:

De la hoja de registro de embarazo se recogieron las siguientes variables: edad; país de origen; ausencia/presencia de cumplimentación de NTM para los Servicios 200-201 (captación, valoración y seguimiento de la mujer embarazada) de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del INSALUD-2000. Análisis estadístico univariante y bivariante (Chi-cuadrado y t-test).

Resultados:

Autóctonas 88,3%; Inmigrantes (ecuatorianas 6,9%; marroquíes 2,9%). Edad media 28,07±5,33SD. NTM Servicio 200: primera visita antes de 12 semana de gestación 83,2%; NTM Servicio 201: número adecuado de visitas 62,8%; auscultación del latido fetal 70,4%; maniobras de Leopold 69,7%; número de ecografías adecuado 75,5%; Consejo-información en todas las visitas 64,6%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con valores inferiores a los esperados en inmigrantes en NTM Servicio 200: primera visita antes de 12 semana de gestación (p=0,00012); NTM Servicio 201: número adecuado de visitas (p=0,000001); dos controles antes semana 20 (p=0,0003); dos controles entre 20-28 semana (p=0,000001); número de ecografías adecuado (p=0,0016).

Conclusiones:

Deficiencia de cumplimentación de NTM en los servicios estudiados, especialmente en embarazadas inmigrantes. Creemos prioritario establecer medidas de carácter institucional para aumentar captación precoz y seguimiento de las mismas.

TOPOGRAFÍA DEL CÁNCER EN UN MUNICIPIO RURAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

C. García Contreras, M. García Muñoz, E. Mariño Pfeiffer, E. Santiago y M. Sonseca.

*Centro de Salud de Villanueva de la Cañada, Madrid.***Fundamentos:**

Durante los años 1999 y 2000 se diagnosticaron 5 casos de cáncer entre los 178 vecinos de una misma calle. Con el fin de establecer si la – en principio- excesiva incidencia de la enfermedad en una zona del pueblo era debida o no al azar, se realizó el presente estudio.

Material y métodos:

Estudio descriptivo observacional de la incidencia del cáncer entre la población de un municipio rural de 12.300 habitantes (año 2001) de Madrid, según el lugar de residencia dentro del municipio.

Para ello se calcularon y compararon las tasas estandarizadas (TE) de casos y muertes por cáncer ocurridas en los últimos 10 años, en cada zona del pueblo.

Los sujetos del estudio fueron los asignados a los cuatro médicos de familia y dos pediatras del Municipio.

Como nivel de desagregación geográfica disponible, se utilizó la sección electoral, según consta en el padrón municipal.

Las tasas de incidencia de cada una de las secciones se estandarizaron por el método directo, utilizando, como población estándar, la del municipio. Las tasas de incidencia y mortalidad en cada sección se compararon con las del total del municipio, calculando para ello los índices de morbilidad y mortalidad comparadas (IMC).

Además se calcularon las TE, según población estándar europea, a fin de realizar comparaciones del municipio con España según estimaciones del IARC.

La comparación de TE se realizó mediante una prueba de significación, utilizándose un nivel de $\alpha=0,05$.

Resultados:

La TE de casos de cáncer en la sección problema, fue la que resultó más alta, de 281 frente a 189 del municipio (IMC de 148).

Otra sección del pueblo mostró una TE de mortalidad elevada de forma estadísticamente significativa (TE = 193 frente a 98, con un IMC del 198 %).

Conclusiones:

1) La alta incidencia de casos de cáncer en una zona del pueblo no es debida al azar.

2) Establecida la significación estadística, queda por determinar la significación biológica de los hallazgos.

3) Los registros en primaria deben retomar el espíritu de conocimiento exhaustivo del medio con el que nacieron.