

COMUNICACIONES A LOS CONGRESOS DE LA SEMERGEN (1998-2001)

J. Mancera Romero, F. Paniagua Gómez, S. Giménez Basallote, L. Ginel Mendoza, F. Taboada González y J. Sasporte Genafó

Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga. Málaga.

Fundamentos:

Dentro de los programas científicos de los congresos médicos uno de los aspectos más destacados es la presentación de comunicaciones, lo que permite transmitir experiencias, estudios e ideas al resto de los colegas. Nuestro objetivo es conocer el número, ámbito profesional y origen geográfico del que provienen las comunicaciones presentadas a los congresos de la SEMERGEN (1998-2001).

Métodos:

Diseño: estudio descriptivo transversal. Atención Primaria. Se analizan las comunicaciones presentadas a los congresos de la SEMERGEN entre los años 1998 y 2001. Fuentes de información: los números extraordinarios de la Revista SEMERGEN (años 1998, 1999 y 2001) y el Libro de Ponencias y Comunicaciones (año 2000).

Resultados:

Se han presentado 496 comunicaciones: 294 de manera oral (59,93%) y 202 en paneles (40,7%). De Atención Primaria proceden 389 (78,4%), de hospitales 36 (7,3%), de los Distritos y Gerencias 11 (2,6%), de los servicios de urgencias extrahospitalarios 8 (1,6%), de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria 4 (0,8%) y de otros ámbitos sanitarios 44 (8,9%). Por Comunidades Autónomas Andalucía presentó 211 comunicaciones (42,5%), seguida de la Comunidad Valenciana con 99 (20%), Cataluña con 52 (10,5%), Madrid con 35 (7,1%) y Canarias con 19 (3,8%). Por provincias Málaga presentó 138 (27,8%), Valencia 46 (9,3%), Barcelona 45 (9,1%), Madrid 35 (7,1%) y Alicante 31 (6,3%).

Conclusiones:

La mayoría de las comunicaciones provienen de Atención Primaria. Andalucía y Málaga (en Comunidades Autónomas y provincias respectivamente) son los lugares que aportan un mayor número de comunicaciones.

¿SON SIEMPRE LOS MISMOS?

P. García, P. Beato, T. Rama, R. Alcolea, C. Lleal y J.L. Ródenas

Centro de Salud Badalona 6 - Lleftà.

Fundamentos:

¿Ocupamos mucho tiempo con unos pocos pacientes? El objetivo principal de nuestro estudio es valorar el número de visitas que genera la atención de los hiperfrecuentadores.

Entendemos como hiperfrecuentador al paciente que visita a su médico ≥ 10 ocasiones.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal realizado en un Centro de Salud de ámbito urbano, en el período marzo 01- febrero 02, partiendo de datos extraídos del sistema informático OMI- AP.

Población de estudio: población mayor de 15 años adscrita al centro.

Variables de estudio: edad, sexo, frecuentación e hiperfrecuentación al médico de familia. Visitas totales y visitas generadas por los hiperfrecuentadores.

Resultados:

Número de pacientes adscritos: 33.420. Número de visitas efectuadas: 110.107.

Frecuentación: 24.716 (73,95%) se han visitado al menos una vez en este período (53,9% mujeres). Pacientes adscritos hiperfrecuentadores: 2.983 (8,92%) que supone un 12,06% de los que se han visitado al menos una vez en este período. No han venido durante este año 8.704 (26,05%).

Los pacientes hiperfrecuentadores han generado 40.061 visitas (36,38%).

Conclusiones:

Las cifras de frecuentación coinciden con la bibliografía revisada. Se confirma que un pequeño porcentaje de nuestros pacientes ocupan una gran parte de las visitas realizadas.

Pensamos que es necesario conocer las características de la población hiperfrecuentadora y de las variables asociadas a esta hiperfrecuentación.

Intervenir sobre la hiperfrecuentación podría mejorar la sobrecarga asistencial.

EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS INCAPACIDADES TEMPORALES CONTROLADAS EN UN CENTRO DE SALUD

J. Iturralde Iriaso, S. Vera, R. Ruiz de Austri, A. Rodríguez, A. López de Viñaspre y E. Lapuente

Centro de Salud Casco Viejo Vitoria-Gasteiz.

Objetivo:

Analizar las características, duración y causas de la incapacidad transitoria (IT).

Diseño:

Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio:

Equipo de Atención Primaria urbano.

Sujetos:

Todos los episodios de IT presentados desde el 1-6-99 al 1-1-2001.

Mediciones:

Analizamos edad, sexo, duración de IT y diagnóstico de baja según la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) y registrado mediante el sistema informático OMI-AP.

Resultados:

Se analizaron 5.084 IT, con una duración de $21,1 \pm 43,9$ días. Los varones fueron un 54,52%, con una edad media $38,34 \pm 11,9$ y $20,09 \pm 41,36$ días por episodio de IT. Las mujeres fueron un 45,48%, con una edad media $39,6 \pm 10,2$ y $23,2 \pm 46,9$ días por episodio de IT. Los principales diagnósticos fueron gripe (14,04%), diarrea (8,24%), infección respiratoria aguda (5,06%), lumbalgia sin irradiación (4,56%), fiebre (3,68%). El 51,04% de las IT duran de 1 a 7 días. El 7,38% dura más de 10 semanas. Si se comparan las 3 más frecuentes con las recomendaciones de INSALUD para la duración estándar de los procesos de IT, el 74,22% de las IT por síndromes gripales, el 57,35% de las IT por diarrea, el 42,23% de las IT por infección respiratoria aguda, cumplen este criterio.

Conclusiones:

Discordancia en la duración de las IT y lo recomendado por expertos, aunque no está estudiado si influye el factor fin de semana. Hacer mayor hincapié, por la implicación social y económica de la IT, en su gestión y control.

MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA IMPLANTADORES DE DIU

R. Mérida Cano, L. Latorre Rus,
J. Cuevas López, J. Quintano Jiménez, A. Hidalgo Requena
y A. Sáez Lara
Centro de Salud de Lucena. Córdoba.

La implantación de DIU por facultativos de Atención Primaria, es una realidad tangible a día de hoy, a pesar del rechazo que pueda derivarse del especialista sin querer entrar a discutir si los intereses son científicos o crematísticos. Este método sencillo y asumible por A. Primaria no viene sino a demostrar, que en este nivel de asistencia sanitaria existen profesionales capacitados para asumir tareas hasta ahora vedadas y demostrar que nuestros resultados no sólo son muy aceptables, sino que pueden ser comparados con la especializada. Finalmente nuestra labor viene a ofertar más y mejor accesibilidad a nuestros pacientes, disminuyendo por otra parte las incomodidades derivadas de las listas de espera frecuentes en A. Especializada.

Material y métodos:

Estudio observacional descriptivo. Sujetos a estudio: mujeres en edad fértil entre 15-46 años del D. Sanitario Sur de Córdoba, que han sido derivadas por sus Médicos de Familia, a nuestra consulta de planificación, ubicada en el C. De Salud de Lucena (total 36.464). Muestra: 2.700 mujeres (total en población asistida: 125.000 habitantes: muestra 2,16% de población total; 7,4% de mujeres atendidas en edad fértil). El control de calidad de la fuente de datos se realizó mediante la detección de valores o fuera de rango y mediante la identificación de valores incompatibles resultando finalmente de 1.494 mujeres a estudio. Período de estudio: octubre de 1985 a diciembre de 1999. Variables estudiadas: antecedentes generales, antecedentes ginecológicos, datos pareja, hábitos toxicomedicamentosos, riesgo de implantación, modelo primer DIU insertado, histerometría, embarazo por fracaso del método. Los datos fueron analizados en paquete estadístico SPSS, estudiándose medidas de dispersión y centralización chi cuadrado y «t» de Student, se consideraron significativos valores de $p > 0,05$.

Resultados:

La edad media fue de 30,8 años, los C. De Salud que aportaron más mujeres fueron Lucena 34,2%; Puente Genil 12,7%; Baena 12,6%; Cabra 12% y Priego 11,6%. *Antecedentes generales:* sin interés 66%; otros antecedentes 25,9%; ETS 1%. *Antecedentes ginecológicos:* menarquía 13 años 27,1%, gestaciones anteriores 38,3%; anticoncepción anterior 84%; método anterior hormonal 44,4%. *Datos pareja:* edad 29-30 años 6,8%; profesión trabajadores agrícolas 24%; situación laboral 79,7% no parados. *Hábitos toxicomedicamentosos:* no fumadoras 74,4%; no ingieren medicamentos 95,6%; no drogadicción 100%. *Riesgo de implantación:* sin riesgo 76,5%. *Modelo primer DIU insertado:* 69% Multiload CU375 ST, 21% Novated, 10% sin determinar. *Histerometría:* 26,1% a 7,5 mm, efectuadas al 100% en la implantación. *Embarazo por fracaso de método:* 2,1%. *Ítem de calidad:* eco post-inserción 87,5% realizadas; citología cervicovaginal implantada en el último año, realizadas a 100% de implantaciones; 2,5% infección intercurrente que obligan a posponer inserción.

Conclusiones:

Se deduce que en Centro de Salud y por facultativos de A. Primaria, convenientemente entrenados, se pueden implantar DIU, sin detrimento de calidad asistencial siendo la accesibilidad ofertada un dato muy favorable. Todo lo cual hacen de este programa y de su aplicación un método anticonceptivo eficiente y poco complicado.

ESTUDIO SOBRE LAS MEDIDAS DE ACTUACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

A. M^a. Sánchez González, M. A. Rodríguez Acosta y M. Casado Perales

Centro de Salud "Valle del Golfo". La Frontera. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción y objetivos:

Las personas mayores (PM) representan un grupo de población con importante dependencia funcional y alta prevalencia de enfermedades, con una gran repercusión sociosanitaria. Nos proponemos en este trabajo clasificar a las PM, para adoptar las medidas necesarias que permiten actuar sobre los problemas de salud y priorizar sobre los mismos.

Material y métodos:

Estudio epidemiológico retrospectivo, que incluye a 452 PM de 65 años, a lo largo de un año en un Centro de Salud rural, con una población de 3.731 habitantes. Se clasifican según la Guía de Actuación en las Personas Mayores del Servicio de Regional de Salud en: persona mayor de riesgo (PMR) persona mayor no de riesgo (PMNR).

Resultados y discusión:

Existen 668 PM de 65 años. En el Programa del Anciano están incluidos 452 ancianos. Hay 142 PMR y 310 PMNR. La población anciana es del 17,90%, por debajo de la censada en 1991 (18,6%), viven solas 18 PM (4%), mientras que el 11% de PM en esta comunidad viven solas. Padecen demencia 12 PM (8,45%), con el 10%-12% de prevalencia en los mayores de 80 años, y de hasta el 30% entre las personas de 90 años y más. En esta comunidad autónoma se estima en alrededor del 7%. Las PM polimedicaadas son 107 (23,70%) aunque hasta más de un 30% de las personas mayores de 65 años consumen cuatro o más medicamentos. Así, el consumo de fármacos entre los ancianos parece ser algo mayor en esta comunidad que en el resto de España. Necesitan atención domiciliaria 43 PM, siendo 38 mayores de 80 años y 5 menores de dicha edad. Con demencia senil, o de otro tipo, se incluyen a 12 PM de 80 años. Las afecciones crónicas invalidantes afectan a ancianos (6%). Finalmente, en situación de riesgo social viven 14 PM.

Conclusiones:

- 1) Existen 142 PMR y 310 PMNR.
- 2) La mayoría de PMR es por ser mayor de 80 años y polimedicaadas.
- 3) Contamos con un 8% de ancianos que padecen demencia.
- 4) El 4% de las PM de nuestra serie viven solas.
- 5) Las afecciones invalidantes afectan al 6% de las PM de nuestro estudio.

AVISOS DOMICILIARIOS EN UN CENTRO DE SALUD

F. Paniagua Gómez, J. Mancera Romero, M. Miranda Vázquez, S. Giménez Basallote, L. Ginel Mendoza y M^a L. Fernández Tapia

Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga. Málaga.

Fundamentos:

Nuestro objetivo es conocer la distribución temporal, características sociodemográficas y registro de los datos tras adoptar un cambio en la organización de los avisos domiciliarios de nuestro Centro de Salud.

Métodos:

Estudio transversal descriptivo. Atención Primaria. CS urbano. 36.000 habitantes. Horario: de lunes a viernes desde las 8 a las 17 horas. Turno rotatorio entre los 18 médicos del CS. Variables: mes, día, hora, sexo, cupo médico y motivo del aviso. Fuente de

datos: programa informático TASS. Período de estudio: marzo 2001 a febrero 2002. Se cambia de un registro manual a uno informático.

Resultados:

Se realizaron 1.401 avisos (media de 116,75 al mes y 5,69 al día). Enero con 223 (15,9%) fue el mes con más avisos. Los lunes (24,6%) son los días con más avisos. Los turnos horarios de la mañana (8-11 horas y 11-14 horas) acaparan cada uno de ellos el 42% de los avisos. El 67,3% son mujeres. El rango de avisos entre los cupos es amplio (36-108). La patología respiratoria es el motivo del 21% de los avisos. Todas las variables se registran en el 100% de los casos, excepto el motivo (57%).

Conclusiones:

Enero concentra el mayor número de avisos. Gran predominio de las mujeres. El cambio en el sistema de registro ha permitido conocer todos los datos demográficos (con el anterior no se conocía el cupo en el 65% de los casos y la hora en el 28%). Hay que mejorar el registro de las actuaciones médicas.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA LOS SÁBADOS EN DOS ZONAS BÁSICAS DE SALUD

A. A. Gutiérrez Hernández^a, M.ªJ. Fuentes Galindo^b, Z. Morales Rodríguez^c, C. Aparicio Parrado^b y A. Afonso Pérez^b
^aZBS Icod de los Vinos. ^bGerencia de Atención Primaria. ^cZBS La Cuesta, Tenerife.

La atención que se oferta los sábados de 09:00 a 17:00 horas presenta diferencias con el resto de la semana; está cubierta por dos facultativos y dos enfermeras, en turnos rotatorios, no coincidiendo necesariamente el usuario con los profesionales que eligió y siendo atendido sin cita previa y sin Historia Clínica.

Objetivo:

Conocer las diferencias existentes entre dos Zonas Básicas de Salud, una rural y otra urbana, en este día peculiar de la semana.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal de 3.540 usuarios de ámbito rural y 2.696 urbanos, registrados desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2001 de los que valoramos: fecha, identificación, sexo, edad, profesional, hora, domicilio, motivo y si ha precisado parte judicial o derivación hospitalaria.

Resultados:

Ambas presentan igual volumen de utilización pero con mayores variaciones a lo largo del año en la ZBS urbana, acuden más del 90% con identificación en las dos Zonas y coinciden en más del 50% las usuarias femeninas así como la acumulación mayoritaria por tramos de edad (menores de 11 años el 21,8% en ZBS rural y 25,11% en ZBS urbana) y por tramos horarios (59% entre las 09:00 y 12:00 horas). No existen registros en la ZBS urbana de patología, parte judicial y derivación hospitalaria.

Conclusiones:

Es necesario en ambas ZBS potenciar la atención pediátrica y mejorar la calidad de los registros.

IMPLANTACIÓN DEL PAGO CAPITATIVO COMO INCENTIVACIÓN ECONÓMICA: OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES

P. Herrera Serena, F. Vico Ramírez, F. Gálvez Guerrero, F.J. Zerolo Andrey, M.A. Moreno Jiménez y M.J. Mateos Salido
Consultorio de los Villares. Jaén. Centro de Salud de Mancha Real Jaén.

Objetivo:

Conocer la opinión de los médicos tras la implantación del Pago Capiativo.

Diseño:

Estudio descriptivo.

Ámbito de estudio:

Centros de Atención Primaria de Jaén.

Sujetos:

Médicos y Pediatras que trabajan en Atención Primaria.

Mediciones:

Cuestionario autocumplimentado y validado de 29 preguntas con datos de caracterización y opinión sobre sus efectos.

Resultados:

Se realizaron 75 encuestas. 68% hombres, 32% mujeres, 1,5% 20-39 años, 13,1% 30-39 años, 71,2% 40-49 años, 12,1% 50-59 años, 2,1% 60 o más años. Actividad sólo pública 88%. MIR 30%. No MIR 70%. Distrito Jaén 51,5%. Linares-Andújar 25,8%. Ubeda 12,1%. Alcalá-Martos 9,1%. 38% consideran necesaria la capitación y el 33% no. El modelo más votado es: salario fijo actual + capitación + objetivos seguido del aumento salario igual para todos. 88% creen que no han sido consultados para su introducción. 38% manifiestan haberse beneficiado y 31,8% dicen estar peor. Mayoritariamente piensan que el número de pacientes no es adecuado, que el SAS nos gestionará adecuadamente la capitación y que las cargas de trabajo no están bien repartidas. La capitación bloqueará el desdoblamiento de los cupos, no se sienten motivados para trabajar mejor aún cobrando más. 57% opinan que los pacientes no saben qué médicos trabajan mejor y que la capitación traerá efectos no deseados siendo preciso tomar medidas para corregirlos. La capitación no ha compensado las diferencias con otras Comunidades ni marca diferencias con otros colectivos.

Conclusiones:

El nuevo modelo no consigue el resultado buscado a pesar de suponer para la mayoría un aumento salarial, no incentiva y traerá consecuencias adversas.

CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN UN ÁREA DE SALUD

F. Saiz Cáceres y B. Tarvilla Cerdán

Atención Primaria. Gerencia de Área de Cáceres.

Fundamentos:

Los indicadores de calidad de prescripción (ICP) permiten medir y evaluar la actividad prescriptora para su mejora. El objetivo es analizar ICP de médicos de EAP, estudiar si existen diferencias entre tipo de zona, formación MIR y su relación con la frecuentación (consulta por habitante/año).

Métodos:

Población: 143 médicos de los EAP de un área de salud. Los indicadores de calidad utilizados son: porcentaje de fármacos de baja utilidad terapéutica por población ajustada (UTB/PA), porcentaje de hinópticos/sedantes por población ajustada (HIP/PA) y porcentaje de genéricos (GEN). Análisis de la dependencia respecto el tipo de EAP al que pertenecen (rural o urbano) y la formación MIR (Sí/No); y correlación de los ICP con la frecuentación.

Resultados:

Médicos de zonas rurales 103 y 40 de zonas urbanas. Médicos con formación MIR, 17. Frecuentación rural, 11,67 y urbana, 5,45. Los ICP medios fueron:

	UTB/PA (%)	HIP/PA (%)	GEN (%)
Rural	6,52	9,68	6,37
Urbano	5,75	7,84	4,22
Total área	6,11	8,66	5,39
Pactado área	5,74	8,11	Máximo posible

Los HIP/PA y GEN fueron independientes a un nivel de significación del 5% entre EAP rurales y urbanos. No hubo diferencias sig-

nificativas entre indicadores de calidad y formación MIR. No se ha encontrado correlación entre ICP y frecuentación.

Conclusiones:

La prescripción de fármacos UTB y de hipnóticos/sedantes en el área es elevada, lo que evidencia una calidad de prescripción mejorable. En los EAP rurales es mayor la prescripción de hipnóticos/sedantes y genéricos.

REPERCUSIÓN SOBRE EL SERVICIO DE URGENCIA DEL CAMBIO DE HORARIO DE DOS CENTROS DE SALUD

J. Mancera Romero, J. F. Cárdenas del Río, M. Guerrero Moreno, F. Paniagua Gómez, L. Ginel Mendoza y A. Baca Osorio

Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga. Málaga.

Fundamentos:

Nuestro objetivo es conocer la influencia que tiene la ampliación del horario de apertura de dos centros de salud (CS) sobre la actividad del Servicio de Urgencia Extrahospitalario (SUE) que ambos comparten.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal (antes-después). *Ámbito:* SUE compartido por dos zonas básicas de salud (ZBS) de características mixtas (urbana y rural). Medida adoptada: Ampliar el horario de apertura de los dos centros de salud urbanos de lunes a jueves desde las 15 a las 21 horas. Se comparan los dos centros de salud en su zona urbana. Sujetos de estudio (muestra): pacientes atendidos en el SUE durante cuatro semanas (una semana de cada mes) antes de adoptar la medida e igual período al año siguiente. *Variables:* mes, día, hora, sexo, edad, cupo médico, derivación, lugar de la atención.

Resultados:

Se reflejan en la tabla.

	Antes	Después	Diferencia
Total urgencias	20.412	21.177	+03,7%
Muestra	392	491	+25,2%
Edad media	32,03	30,63	
Hombres	50%	45%	
Mujeres	50%	55%	
Derivaciones	8,4%	5,3%	-3,1%
Domicilio	13,8%	9%	-4,8%
CS 1	210	327	+55,7%
CS 2	139	130	-06,4%
CS 1 urbano	196	298	+52,7%
CS 2 urbano	137	127	-7,3%
CS 1 + CS 2 (rural)	60	65	+8,3%

Conclusiones:

El cambio organizativo ha supuesto un incremento en la actividad del SUE, a expensas sobre todo de una de las ZBS. Discreta disminución de las derivaciones al hospital y de la atención domiciliaria. Se hace necesaria una reevaluación posterior para conocer la verdadera repercusión de la medida adoptada.

POBLACIÓN, COBERTURA Y FRECUENTACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

J. Mancera Romero, F. Paniagua Gómez, M.^a R. Sánchez Pérez, M.^a L. Fernández Tapia, L. Linares Castro y S. Giménez Basallote

Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga.

Fundamentos:

Saber la población real asignada a cada médico es difícil, por lo que hay que recurrir a métodos indirectos. En nuestro centro se

conoce con seguridad el número de pacientes vistos, el número de consultas a demanda realizadas y, por estudios previos, la cobertura. Nuestro objetivo es conocer la población asignada (asumiendo una cobertura unificada del 85%) y la frecuentación de los cupos médicos del centro de salud.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria. Centro de Salud urbano. 36.000 habitantes. 18 médicos generales. Año 2001.

Resultados:

Se exponen en la tabla.

Cupo	Población (asumiendo una cobertura del 85%)	Pacientes distintos vistos	Nº de consultas a demanda	Frecuentación	Pacientes/día
1	1.395	1.186	9.059	7,63	36,97
2	1.580	1.343	9.869	7,34	40,28
3	1.818	1.546	11.689	7,56	46,44
4	1.800	1.530	11.378	7,43	47,71
5	1.682	1.430	9.856	6,89	40,22
6	1.918	1.631	12.803	7,84	52,25
7	1.584	1.347	8.488	6,30	34,64
8	1.768	1.503	11.445	7,61	46,61
9	1.687	1.434	12.007	8,37	49,00
10	1.584	1.347	9.527	7,07	38,88
11	1.412	1.201	9.206	7,66	37,57
12	1.802	1.532	10.366	6,76	42,31
13	1.651	1.404	14.364	10,23	58,62
14	1.732	1.473	9.797	6,65	39,98
15	1.641	1.395	10.342	7,41	42,21
16	1.409	1.198	8.156	6,80	33,28
17	1.321	1.123	7.462	6,64	30,45
18	1.744	1.483	10.809	7,28	44,11
Total	29.526	25.106	186.623	7,43	
Media	1.640	1.394	10.367	7,43	42,31
Mínimo	1.321	1.123	7.462	6,44	30,45
Máximo	1.918	1.631	14.364	10,5	58,62

Conclusiones:

La población asignada a cada cupo es alta y desigualmente distribuida. La cobertura es alta. La frecuentación es similar a la del área. Se hace necesaria la reducción de la población asignada a ciertos cupos y la redistribución en otros.

INFLUENCIA DE LOS FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES SOBRE EL CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN (ACO) EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

P. J. Caballero Vallés, M. López Rojas, N. Mula Rey y M. Fradua Guerrica

Centro de Salud Angela Uriarte. Madrid.

Fundamentos:

La ACO constituye la prevención idónea de la enfermedad tromboembólica. La introducción del INR ha facilitado su manejo y control en AP. Estudiamos la influencia de factores socio-demográficos en el control de anticoagulación en AP.

Métodos:

Fueron reclutados 6.867 pacientes por 4 médicos de AP de un distrito urbano, el 1% de los cuales (69) recibían tratamiento ACO.

Se diseñó una tabla para datos socio-demográficos (edad, sexo, estado civil, familiar y económico) y clínicos (diagnóstico causante de la indicación, nivel de INR) que codificados en variables cuantitativas se analizaron con el programa informático SPSS 10.0.

Resultados:

La edad media fue de 71 ±9 años, la mayoría mujeres (59%). El 62% casados, el 71% pertenecían a un nivel social medio-bajo y vi-

vían solos (12%). La principal indicación de ACO fue la fibrilación auricular (51%), seguida de las prótesis valvulares mecánicas, 14,5%. El 78% presentaron alteraciones en el INR que precisaron ajustar dosis.

Comparación (Chi-cuadrado) de las variables nivel de INR y: 1) género: $p=0,094$ (significativa), 2) situación familiar $p:0,436$ (NS) y 3) situación económica $p: 0,169$ (NS).

Conclusiones:

El género tiene influencia en el nivel de control de ACO, siendo los varones los peor controlados. La Situación Familiar no influye, así como tampoco la situación o nivel económico, aunque estimamos que esto podría variar si se ampliara el tamaño muestral, lo que aconseja posteriores estudios.

ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE AVISOS DOMICILIARIOS DEL C.S. CRUZ HUMILLADERO (MÁLAGA)

C. García Ruiz, R. González Delgado, A. Hormigo Pozo, A. Baca Osorio, S. Cuesta Toro y J. Rodríguez García

Centro de Salud Cruz de Humilladero. Málaga.

Objetivo:

Analizar las características sociodemográficas y de utilización del servicio de avisos domiciliarios de centro de salud urbano (C.S. Cruz Humilladero de Málaga).

Material y métodos:

Estudio prospectivo descriptivo de los avisos domiciliarios atendidos en el C.S. Gerona durante el periodo marzo-mayo de 2002. El centro tiene adscrita una población de 31.000 personas de características puramente urbanas. Los avisos son realizados por los profesionales de Lunes a Viernes y de 8 a 17 horas correspondiendo el resto del tiempo al Servicio de Urgencias Urbano. Se estableció una hoja de registro con las siguientes variables sexo, edad, hora de aviso y respuesta, situación de incapacidad y traslado hospitalario.

Resultados y conclusiones:

Están reflejados en las tablas.

Día	Avisos	Horas Aviso	%
lunes	19,70%	8 - 11 horas	49,9%
martes	19,70%	11 - 14 horas	29,1%
miércoles	18,40%	14 - 17 horas	21%
jueves	21,05%		
viernes	21,05%		

Tiempo de intervención minutos	%
< 30 min	17%
31 - 60 min	21,9%
61 - 90 min	26,8%
90 - 120 min	14,6%
> 120 min	19,5%

La media de edad fue de 71,5% (Rango 22-93) siendo el 85,4% > 60 años. La distribución por sexos es de 75,6% mujeres y 24,4% varones que difiere de la distribución de consulta: 68,30% mujeres y 31,64% mujeres. El tiempo de intervención medio fue de 83' (Rango 15-180'). Se consideraron incapacitados el 51,2% de los avisos, siendo la capacidad de resolución sin traslado del 87,9%. En base a los resultados nos planteamos: 1º distribución de profesionales adecuada por rangos horarios en base a la demanda de avisos, 2º instauración de un moledo programado de asistencia a incapacitados, 3º coordinación con los sistemas de atención a Ur-

gencias y Críticos para traslado de los pacientes (12,1% de los avisos), 4º dotación específica del Centro de material para realización de avisos y formación de los profesionales en atención a Urgencias.

ATENCIÓN DOMICILIARIA ESPONTÁNEA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

S. Reviriego Mazaira, R. Alcover Robles, M. Jiménez Grande, J.A. Torres Bueno, M.T. Lara Molina y M. Espinar Toledo
San Miguel. Torremolinos. Málaga.

Fundamento:

Analizar las características de los usuarios de la Atención Domiciliaria Espontánea en el Servicio de Urgencias, así como el sistema de activación utilizado y el grado de concordancia en la prioridad otorgada por el Equipo Coordinador de Urgencias y el Equipo Asistencial.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal de los pacientes que recibieron Atención Domiciliaria en marzo de 2002 por el Servicio de Urgencias de un Centro de Salud.

Resultados:

Se realizaron un total de 313 Atenciones a Domicilio (domicilio, residencias y vía pública), edad media 65 años, 4:3 mujeres y 24% de incapacitados en domicilio. El sistema de activación: 32% Centro Coordinador Emergencias (EPES 061), 54% llamada directa particular, 6% Policía y 8% Otros. La prioridad otorgada por el Equipo Asistencial fue: 11,5% Emergencias, 32,6% Urgencias No Demorables, 32% Urgencias Demorables y 23,9% No Urgentes. El grado de concordancia de la prioridad otorgada por el Centro Coordinador y el Equipo Asistencial fue del 75%. El 36% de los pacientes requirieron traslado hospitalario. Se aportará análisis por patologías atendidas.

Conclusiones:

En el Distrito Sanitario al que pertenece este Servicio de Urgencias se haya en fase de implantación del Centro Coordinador de Emergencias como único sistema de acceso a la Atención Urgente. En la actualidad más del 60% de las activaciones aún se realizan por otras vías alternativas. Más del 50% de las Atenciones realizadas son consideradas como No urgentes o Demorables por lo cual podrían ser asumidas por el EBAP dentro de su Programa de Atención Domiciliaria.

ANÁLISIS DE LAS DERIVACIONES REALIZADAS DESDE PRIMARIA A ESPECIALIDADES EN UN CENTRO DE SALUD DE ÁMBITO RURAL

J. Cuevas López, F.J. López Raya, R. Mérida Cano, L. Latorre Rus, J.A. Quintano y A. Saez Lara

Centro de Salud de Rute. Córdoba.

La Atención Primaria constituye la puerta de entrada de la comunidad al sistema sanitario, en un porcentaje aproximado del 90% al 95%. Una buena utilización de estas derivaciones mediante informes P-111 servirá para favorecer la calidad asistencial prestada y ayudará a controlar mejor la lista de espera al segundo nivel.

Objetivos:

Valoración estadística de derivaciones a especialidades desde un centro de salud, para evaluar la calidad, tiempo de espera, e incidencia.

Material y métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo. Unidad de análisis la hoja de informe P111 impresa en la historia clínica informatizada. Centro de Salud de ámbito rural, localidad de Rute (CÓRDOBA), Distrito Sanitario Sur de Córdoba con una población de 10.000 habitantes. Tiempo de recogida de datos: último trimestre del 2001. Variables

recogidas por seis médicos generales. Dicho Centro de Salud dispone de estudio radiológico. La distancia al hospital de referencia: 20 Km.

Resultados:

El número total de derivaciones fue de 502 (5,02%) incluyendo las derivaciones a urgencias y otras especialidades poco frecuentes como Neurocirugía, Nutrición o Inspección Médica. Por sexo el nº de mujeres fue de 258 (51,4%) y el de hombres fue de 164 (32,4%), sin embargo no se apreció tanta diferencia por debajo de los 30 años ni por encima de los 70 años. El rango de edad osciló entre los 12 años y los 86 años, estando la banda de mayor incidencia entre los 57 y los 68 años. Por especialidades las más utilizadas son: Traumatología con 63 (12,5%) de las que 38 fueron para mujeres (60,37%) y 25 para hombres (39,68%). Oftalmología con 53 (10,6%) de las que 33 fueron para mujeres (62,26%) y 20 para hombres (37,74%). OTR con 46 (9,2%) con 27 para mujeres (58,69%) y 19 para hombres (41,30%). Ginecología con 37 (7,4%), Digestivo con 33 (6,6%) de ellas 23 mujeres (69,70%) y 10 hombres (30,30%), Dermatología con 32 (6,4%) 12 mujeres (37,5%) y 20 hombres (62,5%), Cardiología con 25 (5,0%) 13 mujeres (52%) y 12 hombres (48%), Urología con 25 (5%), Cirugía general con 20 y la Unidad de Mama con 8, Salud mental con 20 (4%) con 13 mujeres (70%) y 6 hombres (30%). La media de edad osciló en 52 años. Por especialidades la media en Traumatología fue de 64 años y la de Cardiología de 66 años. Destaca la de Salud Mental con una media aproximada a los 38 años, Dermatología con 46 y Alergia con 28 años. El tiempo medio de espera para las citas fue de alrededor de tres meses, oscilando entre seis y siete meses para Oftalmología y tres semanas para Dermatología u OTR. Los diagnósticos más comunes que aparecían eran para Traumatología más de un 75% para artropatías degenerativas, disminución de la agudeza visual en un 70% para Oftalmología, en OTR casi un 50% lo ocupaban los procesos crónicos de garganta, y en Digestivo cerca del 70% era para dispepsia funcional.

Conclusiones:

Analizados otros trabajos de igual índole, los porcentajes que reflejan son muy similares a los realizados por nosotros en diversas zonas, tanto rurales como urbanas, por lo que concluimos que un acercamiento y un diálogo más fluido entre la primaria y la especializada podrían servir para incidir en la frecuencia en dichas derivaciones mejorando la calidad y priorización de las mismas

COORDINADORES DE CENTROS DE SALUD Y BURNOUT ¿ES PATOGENICA LA LABOR DIRECTIVA?

J. Recio Calzada^a y A. Reig Ferrer^b

^aCentro de Salud San Blas. ^bDepartamento de Psicología de la Salud. Alicante.

Fundamentos:

El trabajo que conlleva la coordinación de Centros de Salud (CS) convierte a los coordinadores en potenciales dianas para padecer el síndrome de estrés laboral asistencial o *burnout*.

Objetivo:

Evaluar la prevalencia del síndrome de *burnout* entre coordinadores médicos y de enfermería de CS de la Comunidad Valenciana.

Métodos:

Estudio transversal descriptivo mediante cuestionario anónimo autoadministrado: variables sociodemográficas y *Maslach Burnout Inventory* (mide cansancio emocional, CE, realización personal, RP, y despersonalización, DP).

Resultados:

Se detectó alto nivel de CE en el 29,20%, baja RP en el 18,90% y alta DP en el 15,60% de los coordinadores. El CE se relacionó inversamente con la voluntariedad en el puesto de coordinador ($p=0,004$), la situación laboral (mayor si plaza fija, $p=0,007$), y el horario de trabajo (menor en horario de mañana, $p=0,021$); la RP

dependió directamente del tiempo de trabajo como coordinador ($p=0,001$) y de la voluntariedad ($p=0,045$) y la DP inversamente de la voluntariedad ($p=0,015$). Únicamente 13 sujetos (5,35%) presentaron síndrome de *burnout* (afectación alta en las 3 dimensiones) dependiendo éste del estado civil (menos "quemados" entre casados, $p=0,028$), del grado de reconocimiento percibido (menor entre los "quemados", $p<0,001$) y del tiempo dedicado a la investigación (menor entre "quemados", $p=0,001$).

El análisis de los coordinadores "quemados" frente a aquellos con baja afectación en todas las dimensiones ("entusiastas"), permite detectar como factores protectores el estar casado ($p=0,038$), el tener hijos ($p=0,039$), la voluntariedad ($p=0,001$), la profesión (enfermería menor *burnout* que los médicos, $p=0,035$), el reconocimiento percibido ($p<0,001$) y el tiempo dedicado a la investigación ($p=0,005$).

Conclusiones:

La prevalencia de *burnout* entre coordinadores de CS es baja. Como factores protectores destacan la estabilidad familiar (casado con hijos), la voluntariedad en el cargo y el estar involucrado en otras actividades (especialmente investigación).

SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL(BURNOUT) EN PROFESIONALES SANITARIOS DE 7 CENTROS DE SALUD. PREVALENCIA Y RELACIÓN CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

EJ. Cuevas Fernández, M.J. Iglesias Girón, FJ. Hernández Díaz, R. Marrón Bernal, M. Castañeda Tavío y O.T. Gómez López

Unidad Docente MFyC Sta Cruz de Tenerife Zona 1.

Fundamentos:

El *burnout* es causa probable de desmotivación y cansancio psicológico en los sanitarios de Atención Primaria.

Objetivos: conocer el grado de *burnout* en sanitarios de siete Centros de Salud.

Estudiar influencia de factores sociodemográficos en *burnout*.

Métodos:

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Sujetos: médicos y enfermeras.

Ambito: siete Centros de Salud de un Área de Salud.

Mediciones: cuestionario autoadministrado con variables sociodemográficas(edad, sexo, estado civil, número de hijos, distancia domicilio-trabajo) y la adaptación española del *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que valora el *burnout* en tres subescalas (agotamiento emocional{AE}, despersonalización{D} y logros personales{LP}) como bajo, medio y alto. Con el paquete estadístico SPSS se compararon variables cualitativas mediante la prueba chi-2.

Resultados:

Tasa de respuesta = 77,71% (143/184); 53,5% médicos. Mediana edad = 42 años(34-46); 58,6% mujeres; 55,6% casados; 59,7% con hijos; 41,1% viven a más de 25 kilómetros del trabajo.

El 22,52% presentaron máxima afectación; 38% AE alto; 47,9 D alto; 46,5% LP alto; sólo 11,26% no presentaron *burnout*.

La relación entre *burnout* y las variables sociodemográficas no alcanzó diferencias significativas.

La despersonalización (fase inicial del *burnout*) fue menor en enfermeras (50% bajo, 28,8% alto) que en médicos (34,2% bajo, 46,1% alto), con significación estadística ($p<0,05$).

Conclusiones:

El *burnout* es máximo en más del 20% de los sanitarios de estos centros. La mayoría están afectados en alguna medida, lo que constituye un serio problema.

Contra la opinión de H. Freudenberguer, no están más afectadas las mujeres.

Las variables sociodemográficas analizadas no son las causas del *burnout*, éstas deben ser aclaradas mediante nuevos estudios.

SÍNDROME DE BURNOUT 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 prevalencia e intensidad del síndrome de *burnout* en colectivo sanitarios de AP de Salamanca.

Método:

Estudio descriptivo transversal. Análisis de varianza, prueba Student, coeficiente correlación Pearson. Análisis de regresión lineal múltiple para conocer variables predictoras; y regresión logística para cada variable con presencia o ausencia de *burnout*.

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

Variables: cuestionario de características socio-demográficas y laborales. *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Resultado:

Tasa respuesta 61,7%. Según clasificación de afectación definida por Maslach la media se ubica en nivel medio en despersonalización y realización personal; y bajo agotamiento emocional. Puntuación MBI: Agotamiento Emocional (EE): 17,18 (15,9-18,4); Despersonalización (DP): 6,59 (6,1-7,1); Realización Personal (PA): 34,63 (33,7%-35,5). Distribución porcentual: EE bajo 62,8%, medio 14,9%, alto 22,3%; DP: bajo 51,2%, medio 22,1%, alto 26,7%; PA: bajo 36,6%, medio 21,9%, alto 41,5%.

Mayor EE en sanitarios urbanos. Mayor DP con consumo excesivo alcohol. Mayor EE y DP sin mal estado de salud. No diferencias según sexo, edad, categoría profesional, antigüedad. EE correlaciona positivamente con TIS, horas asistencia/día, Nº pacientes/día; DP con Nº pacientes/día.

Variables predictoras de EE aparecen: sobrecarga laboral, regular/mal estado de salud, ser médico, dificultad para conciliar el sueño y fumar. Predictoras de DP: consumo excesivo de alcohol, no trabajar en ámbito rural, ser hombre y regular/mal estado salud.

Elevan riesgo de padecer grado extremo de *burnout*: consumo excesivo de alcohol, dificultad para conciliar el sueño, tarjetas adscritas y sentimiento de regular/mal estado de salud.

Conclusiones:

Colectivo con nivel medio-bajo de síndrome de *burnout*. Las variables demográficas no son determinantes del *burnout*. El perfil de alto riesgo sería: consumir alcohol de manera excesiva, la sobrecarga laboral y percibir un mal/regular estado de salud.

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UN EXAMEN DE SALUD EN INMIGRANTES

Y. Llopis, M^aE. Charte, M. Abad, D. Idáñez, M. Rodríguez y A. Allerana

Centro de Salud Santo Grial. Unidad Docente de Huesca.

Fundamentos:

Describir el perfil y los resultados de un examen de salud en inmigrantes pertenecientes a un cupo de un centro de salud urbano.

Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo realizado a 49 inmigrantes que han acudido a consulta desde mayo 2001 a febrero 2002. Se analizan variables incluidas en protocolo: datos socio-demográficos, proceso de inmigración, hábitos tóxicos, religión, estado vacunal, pruebas de laboratorio y Mantoux. Análisis estadístico descriptivo mediante paquete estadístico SPSS.

Resultados:

Un 51% eran varones, edad media ≤ 32 años, 67,3% con pareja, con ≤ 1 hijo en 57,1%, procedente de África el 44,9% y el 34,7% de Latinoamérica, el 72% inmigrantes recientes (< 5 años en España). El 57,1% conviven con familiares. Católicos el 46,9% y mu-

sulmanes el 30,6%. Con estudios primarios el 34,7%. Activos el 69%. Sin hábitos tóxicos el 59,2%. No consta el estado vacunal en el 63,3% y el Mantoux en el 65,3%. VHB+ el 20,4%. Existe gran dificultad en la anamnesis sobre antecedentes familiares, personales y estado vacunal debido a la barrera lingüística.

Conclusiones:

El perfil del inmigrante al que se le ha realizado el examen de salud, es de un varón africano y mujer latinoamericana, sanos, de ≤ 32 años, laboralmente activos, con pareja estable con la que no convive, con baja incidencia de hábitos tóxicos probablemente relacionado con la religión. Necesidad de fomentar la figura del mediador intercultural para facilitar la anamnesis y recogida de datos básicos relacionados con el proceso migratorio y su adaptación.

MORTALIDAD EN ALBACETE

P. Tarraga, A. Celada, A. Nanarro, M. Cerdán, M. López, A. Medrano y J. Solera

Centro de Atención Primaria. Casas Ibañez. Albacete.

Ámbito:

Área de Salud de Albacete en el año 1998.

Objetivo:

Conocer el patrón de causas de mortalidad del Área de Salud de Albacete y las tendencias de las principales causas.

Material y método:

Análisis casuístico del registro de Defunciones de la Provincia de Albacete en el año 1998, según patología codificada según CIE-9, sexo.

Resultados:

Las tasas brutas de mortalidad fueron de 1.046,45 por 100.000 habitantes año para hombres y 914,13 para mujeres. Las principales causas de muerte fueron: infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, neoplasia pulmón, neoplasia de próstata y neoplasia colon y recto para hombres y accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, infarto agudo de miocardio, diabetes mellitus y cáncer de mama para mujeres.

Conclusiones:

Ha disminuido la tasa de mortalidad para hombres permaneciendo estable la de mujeres. Enfermedades circulatorias y cáncer siguen siendo las principales causas de muerte.

MORTALIDAD POR PATOLOGÍA TUMORAL DIGESTIVA EN ALBACETE

P. Tarraga, A. Celada, A. Navarro, M. Cerdán, A. Medrano, M. López y J. Ocaña

Centro de Atención Primaria. Albacete.

Estudio:

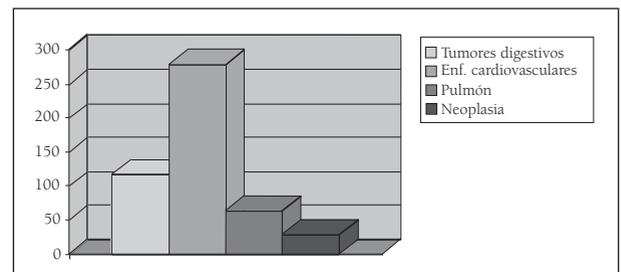
Descriptivo poblacional, tasas brutas de mortalidad

Ámbito:

Área de Salud de Albacete en el año 1998.

Objetivo:

Conocer las principales causas de muerte en relación con las causas por tumores digestivos.



Material y método:

Análisis casuístico del registro de Defunciones de la Provincia de Albacete en el año 1998, según patología codificada según CIE-9, y sexo.

Resultados:

La tasa bruta de mortalidad de la provincia de Albacete en el año 1998 es 1.960,58 por 100.000 habitantes/año, siendo 1.046,45 y 914,13 para hombres y mujeres respectivamente.

La tasa bruta de mortalidad por tumores digestivos fue 116,74 por 100.000 habitantes/año (detallándose la tasa de cada tumor en la tabla 1).

Localización	Tasa hombre	Tasa mujer	Total
Esófago	4,49	0	4,49
Estómago	14,02	12,22	26,24
Intestino delgado	0,56	0	0,56
Colorrectal	23,56	17,21	40,77

Conclusiones:

La mortalidad por CCR es la principal causa por tumores digestivos, siguiendo su tendencia de incremento anual.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Manasanch y J.M. Callejas por el grupo de estudio ETIC

Fundamentos:

Existen escasos datos epidemiológicos, en nuestro país, acerca de las características de los pacientes con insuficiencia venosa crónica de las extremidades inferiores (IVCEI) que acuden a la consulta de Atención Primaria por esta causa. El objetivo de este estudio es conocer dichas características y los factores precipitantes y de riesgo que presentan estos pacientes.

Métodos:

Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico. En todo el territorio español, y en consulta ambulatoria, participaron 609 médicos. Se registraron los datos de los pacientes que solicitaron consulta por IVCEI a lo largo de cuatro meses consecutivos, por medio de un cuestionario, incluyéndose: semiología de la IVCEI, datos antropométricos y antecedentes personales y familiares.

Resultados:

Se reclutaron 6.695 pacientes, de los que el 81,3% eran mujeres. El 47,2% refirió antecedentes familiares de IVCEI. Como factores desencadenantes del inicio de los síntomas de la IVCEI, referidos por los pacientes, destacan por orden de frecuencia: ninguno conocido, ortostatismo prolongado, incremento de peso y embarazo.

Los síntomas más frecuentemente descritos fueron: sensación de piernas pesadas (85,5%), hormigueo (54,6%), percepción de hinchazón de los tobillos (44,1%), algias difusas (42,1%), varículas/varicosidades (38,6%) y calambres nocturnos (32,5%). Las complicaciones más frecuentes fueron: lesiones dérmicas (19,6%) y flebitis (10,4%).

Conclusiones:

Las mujeres solicitan atención médica con mayor frecuencia que los hombres por causa de IVCEI. Los síntomas más frecuentes son: sensación de piernas pesadas, hormigueo y percepción de hinchazón de los tobillos. Entre las complicaciones de este grupo de pacientes destacan las alteraciones cutáneas como la más frecuente.

ESTUDIO DE LA COMPOSICIÓN DE LOS "BOTIQUINES" DE LOS PACIENTES DEL CONSULTORIO DE CALLE GERONA

A. Baca Osorio, R. González Delgado, A. Hormigo Pozo, C. García Ruiz, M. Bandera Donaire y M.J. Aparicio Cervantes
Consultorio Calle Gerona. Málaga.

Objetivo:

Analizar la composición de los medicamentos almacenados en los domicilios de los pacientes del Consultorio de Calle Gerona.

Material y métodos:

Estudio descriptivo de la composición de los "botiquines" domiciliarios encontrados en 41 avisos realizados durante los meses de marzo-abril en el Consultorio de Calle Gerona (Málaga) de características urbanas en sistema de Atención Tradicional que realiza atención a unas 29.000 personas. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, renta per capita, nº envases, distribución por grupos terapéuticos y fecha de caducidad.

Resultados y conclusiones:

EDAD	%	ENVASES	n	%
<60 años	14,6%	0 envases	3	7,3%
61-75 años	31,7%	1-5 envases	19	46,4%
76-85 años	34,1%	6-8 envases	11	26,9%
>85 años	19,5%	9-11 envases	6	14,6%
		>11 envases	2	4,8%

Grupos terapéuticos	n	%
Neurolépticos	9	4%
Venotónicos	9	4%
Antidepresivos	15	6,7%
Antiúlceras pept	22	9,8%
Antihipertensiv.	43	19,2%
Analgésicos	29	13%
AINE	19	8,5%
Antibióticos	6	2,7%
Crema	22	9,8%
Antiácidos	10	4,4%
Hipolipemiantes	6	2,7%
Pañales	14	6,2%
Vasodilatadores	10	4,4%
Otros	10	4,4%

La edad media es de 72 años (rango 31-89). Por sexos su distribución es 71,2% mujeres y 28,8% varones. La renta per cápita media es de 421 euros (70.142 pts). El nº medio de envases fue de 5,5 por domicilio con una distribución en la que destacan el grupo antihipertensivo, analgésicos, cremas y antiúlceras pépticas. El 2,7% de los envases estaba caducado. Existían interacciones farmacológicas en el 17,5% de los casos y el 26,4% no estaba recogido en hoja de medicación. No existía significación estadística entre rentas y nº envases en domicilio. Las conclusiones planteadas son: 1º análisis en los pacientes crónicos del botiquín existente en sus domicilios valorando adecuación del tratamiento y fechas de caducidad; 2º revisión de la medicación crónica valorando posibles interacciones; 3º realización de hoja informativo-educativa sobre almacenamiento y control de fármacos para usuarios Centro; y 4º creación dispositivo de recordatorio ajustado a las necesidades y habilidades de los pacientes.

CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA: 2 AÑOS DE EXPERIENCIA

P. Tarraga, A. Celada, M. Cerdán, J.M. Ocaña, M. López y J. Solera

Centro de Atención Primaria Albacete. Zona 6.

Objetivo:

Describir los resultados derivados de realizar cirugía menor (CM) por el médico de Atención Primaria (AP) y analizar el acuerdo diagnóstico prequirúrgico-anatomopatológico.

Diseño:

Estudio Prospectivo.

Participantes:

Intervenciones realizadas durante dos años por 2 médicos de AP.

Emplazamiento:

Centro de Salud y servicio de anatomía patológica hospitalaria.

Mediciones y resultados principales:

Se analizan variables descriptivas (edad y sexo, localización, diagnóstico lesión, motivo CM, tipo de intervención, tiempo de espera y resultados histológicos) de todas las intervenciones. Se compara (acuerdo simple) el diagnóstico previo respecto al anatomopatológico.

Se practicaron 425 intervenciones. Se obtuvieron datos completos en 404 personas (229 hombres y 105 mujeres; edad media 42,36 desviación típica 25,03). El motivo más habitual de CM fue el estético, seguido del miedo a malignidad y dolor. Las técnicas quirúrgicas más frecuentes fueron exéresis quirúrgicas 45,7% y electrocirugía 19,2%. Las lesiones tratadas fueron principalmente quiste epidérmico 43 casos, verrugas 77 casos y uñas 46 casos. Sólo se remitieron al servicio de anatomía patológica 87 casos y el acuerdo diagnóstico con su informe fue del 66,2%. El tiempo medio de espera fue de 12 días.

Conclusiones:

La realización de CM en AP es factible, asumiendo la correcta formación del médico de AP. Dicha actividad en nuestra unidad tiene bajos tiempos de espera y alta concordancia histopatológica.

¿SON EFECTIVAS NUESTRAS INFILTRACIONES EN PRIMARIA?

I. Sierra, M.A. García Lillo, N. Gómez, S. García Bevia, B. Jara y J. González

Centro de Salud Hospital Provincial-Pla. Alicante.

Objetivos:

Conocer la efectividad de las infiltraciones con corticoides en patología osteoarticular y tendinosa en ATP (Atención Primaria).

Diseño:

Estudio observacional de tipo descriptivo.

Material y métodos:

Se incluyeron todos los pacientes mayores de 14 años, que habían recibido alguna infiltración durante el periodo comprendido entre enero del 2002 y junio del 2002, y que no habían mejorado con tratamientos previos (aínes, analgésicos, etc.) y tomando como fuente de datos la historia clínica, se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, patología infiltrada, tratamiento previo y número de infiltraciones realizadas. El estudio se realizó en un Centro de ATP de carácter urbano de la Comunidad Valenciana.

Resultados:

El estudio es de tipo descriptivo, realizado mediante tablas de distribución de frecuencias y porcentajes. Se realizaron un total de 47 infiltraciones, con un predominio de mujeres. La edad media fue de 52 años y la patología que más se registró fue la bursitis olecránica seguida del espolón calcáneo y de la epicondilitis. En un 80% de los pacientes sólo precisaron de una única infiltración, en un 16%, dos y en un 4% tres. Consiguiéndose una mejoría de los síntomas en un 85%.

Conclusiones:

La infiltración local con corticoides es una técnica útil en ATP por su efectividad y sencillez de manejo, bajo coste y escasas complicaciones. Teniendo en cuenta que en nuestra Área el tiempo de espera para una interconsulta con Reumatología es de más de 6 meses y con Traumatología más de un mes, la infiltración puede incorporarse a la práctica del médico de familia, iniciándola aquellos que tengan experiencia previa.

LÓBULO AURICULAR RASGADO: SU ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.A. Díez, M.D. Rivas, R. del Amo, C. Burgos, C. Reina y M. Cáceres

Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid.

Fundamentos:**Objetivos:**

- Exponer la técnica empleada.
- Mostrar los resultados obtenidos.
- Evaluar la satisfacción de las pacientes.

Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo longitudinal.

Ambito del estudio: Centro de Salud urbano que atiende una población aproximada de 17.500 personas. Duración del estudio: 1 año. *Sujetos:* se incluye un total de 9 pacientes que presentaban lóbulo auricular rasgado y demandaron tratamiento, dentro del servicio de Cirugía Menor del Centro.

Intervenciones: la actuación quirúrgica se basa en el corte de una cuña del lóbulo que incluye la porción rasgada, con posterior sutura de bordes. Seguimiento posterior por personal médico y de enfermería del Centro de Salud, hasta cicatrización. Registro de eventos, positivos o adversos, en Historia Clínica.

Se ha realizado evaluación de satisfacción mediante cuestionario semiabierto.

Resultados:

–En todos los casos se consiguió la reparación total de la lesión, con excelentes resultados estéticos. Se presenta registro gráfico de los resultados.

–No se ha producido ninguna complicación grave: infección o necrosis.

–En la totalidad de los casos, el motivo aducido para demandar el tratamiento era de índole estético.

–El grado de satisfacción es total en todos los casos. Volverían a someterse a tratamiento todas las pacientes si fuera preciso.

Conclusiones:

–La oreja rasgada, problema inicialmente estético, incide negativamente en la autoestima de quien la sufre.

–Su resolución es sencilla en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, no suele presentar complicaciones y produce importante aumento de la satisfacción y adherencia de las pacientes.

FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD MENTAL DE LOS INMIGRANTES

I. Méndez del Barrio, A. Fernández Benítez y E. Hermoso Rodríguez

Centro de Salud Mirasierra de Granada y E.U. de Ciencias de la Salud de Granada.

Introducción:

Según datos del INE un 2,2% de la población total de nuestro país está formada por inmigrantes, sin olvidar la existencia de un alto porcentaje de inmigración ilegal. Diversos trabajos confirman la alta prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad en la población inmigrante.

Objetivo:

Se pretende conocer la prevalencia de trastornos mentales de un grupo de inmigrantes, en función de diversas variables: tiempo de residencia en nuestro país, familia, trabajo, estudios, etc.

Material y método:

El estudio se ha desarrollado sobre una muestra de 142 inmigrantes.

El método utilizado consta de:

–Recogida de datos sociodemográficos.

–*Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRYME-MD).

Resultados:

En comparación de muestras sólo se expresan los resultados con diferencias significativas.

		T. somatomorfos	T. ansiedad	T. afectivos	Abuso alcohol
Todos		32,6 %	92,4 %	61,8 %	32,2 %
Tiempo de residencia	< 1 mes	49,2 %	83,1 %	31,8 %	62,9 %
	> 1 mes	26,1 %	98,7 %	77,3 %	23,7 %
Familiares a su cargo	Sí	58,2 %			
	No	25,6 %			
Contrato laboral	Sí		88,9 %	42,5 %	26,4 %
	No		97,5 %	70,7 %	45,1 %
Situación legalizada	Sí		91,7 %	41,2 %	27,6 %
	No		99,9 %	89,9 %	68,2 %
Nivel estudios	Sup/Med			70,1 %	30,9 %
	Elem/Sin			33,9 %	61,7 %

Discusión:

El tiempo de estancia de los inmigrantes mejora la prevalencia de trastornos somatomorfos y el abuso de alcohol, sin embargo aumenta la ansiedad y depresión, atribuible posiblemente a la frustración que para el inmigrante representa el ver que no se cumplen las expectativas que traía al venir.

El tener familiares a su cargo aumenta la prevalencia de trastornos somatomorfos, debido posiblemente al estrés que supone la responsabilidad que esto representa.

Tener trabajo repercute positivamente sobre la prevalencia de ansiedad, depresión y abuso de alcohol.

El nivel de estudios refuerza el no consumo de alcohol y repercute negativamente sobre la depresión, lo que puede deberse a la frustración de tener que desempeñar funciones por debajo de su cualificación profesional.

Conclusión:

Son factores de riesgo modificables sobre la patología mental de los inmigrantes su situación laboral (paro), así como el trabajo que no se adecúa a su cualificación profesional.

COMPROBACIÓN DE FACTORES CLÍNICOS PREDICTORES DE DISMINUCIÓN DE MASA ÓSEA EN UNA POBLACIÓN FEMENINA RURAL EN EDAD POSTMENOPÁUSICA

F.J. Garrabella Puyal, J.M. Guiu Bardají, M.P. Urdániz Bondía y C.H. Lostes Domper

Consultorio Médico de Albesa. Albesa. Lleida.

Fundamento:

La osteoporosis es una enfermedad de alta prevalencia que se desarrolla de manera asintomática. Se ha investigado sobre los factores clínicos que pueden predecir su aparición, con vistas a poder iniciar tratamiento precozmente y evitar la práctica sistemática de las densitometrías para su diagnóstico. Se pretende conocer si estos factores son válidos en nuestra población.

Pacientes y métodos:

Ámbito: mujeres con menopausia de una localidad rural y agraria, de edad comprendida entre 45 y 75 años. Estudio transversal de

155 mujeres que consultan por otros motivos. Se recogió un cuestionario con datos antropométricos y de historia de fertilidad y se practicó una densitometría en calcáneo (Achilles Express 0492), que clasificó a las mujeres en: con masa ósea normal (N), $t > -2$ o con masa ósea disminuida (MOD), $t \leq -2$. Se comparó la presencia de los factores clínicos predictores: edad > 51 años, peso < 70 kg, años de vida fértil < 32 y paridad > 2 hijos en el grupo N y en el grupo MOD, mediante la ODDS RATIO (OR).

Resultados:

La OR para los factores predictores valorados individualmente, no fue significativa. En asociaciones, fue significativa "edad + años fértiles" (OR = 2,96; intervalo de confianza (IC) del 95% 1,02-8,87) y "edad + peso" (OR = 2,45; IC del 95% 1,21-5,01).

Conclusiones:

Los factores clínicos predictores propuestos en la bibliografía consultada, no presentan diferencias significativas entre nuestros grupos de mujeres con densitometrías normales y con MOD, excepto en las asociaciones de edad > 51 con años de vida fértil < 32; o con peso < 70 kg.

HIPODERMOCLISIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.D. Martínez Mazo, M. Artieda Lanas, S. Miranda Alcoz, B. Ochoa de Olza Tainta, C. García Erviti y A. Ganuza Armendáriz

Centro de Salud Rochapea. Pamplona.

Fundamentos:

Mostrar la utilidad de la hipodermocclisis en pacientes domiciliarios. Se trata de una serie de 5 pacientes consecutivos en los que, por diversos motivos, estaba indicada la hidratación, pero ellos y/o sus familias, deseaban permanecer en sus domicilios. La serie se extiende desde octubre-01 a mayo-02.

Resultados:

Fueron tres mujeres y dos varones, con edad entre los 63 y los 93 (media 81,8). Las indicaciones para la hidratación fueron fase aguda de accidente cerebro-vascular (1), vómitos (2 ocasiones en la misma paciente), deshidratación terminal (2) e ileostomía alta con gran riesgo de deshidratación (1). La paciente con vómitos recibió también metoclopramida 10 mg/ 8 horas por vía subcutánea; los demás no recibieron ninguna medicación. Se perfundieron una media de 1.000 cc de suero fisiológico al día, sin efectos secundarios ni complicaciones, excepto el arrancamiento de la vía en uno de ellos y obstrucción del Abocath en otro. Fallecieron en su domicilio dos de los pacientes (los que estaban en fase terminal); los demás siguieron una evolución sin complicaciones. La duración de la perfusión varió entre 3 y 11 días (media 5,1 días), con una duración total de 31 días. En el caso del arrancamiento, encontramos dificultades para su reinstauración por parte del servicio de urgencias, por desconocimiento de la técnica.

Conclusiones:

La hipodermocclisis se muestra como un método eficaz para la atención de los pacientes en domicilio cuando está indicada una hidratación parenteral y no es recomendable o deseable su traslado a un centro hospitalario.

ASMA ALÉRGICA: VARIACIONES DE IgE CON LA EDAD

P. Ramos^a, R. Mérida^b, A. Montes^b, J. Cuevas^b, L. Latorre^b y J. Dieguez^b

^aFacultad de Farmacia, Vitoria. ^bÁrea de Salud de Lucena-Cabra-Montilla, Córdoba.

Fundamentos:

El asma afecta al 8% de la población, predominando el de tipo alérgico (85% de casos). Muchos enfermos muestran elevaciones de IgE total en sangre. Esta situación ha impulsado nuevas opcio-

nes terapéuticas utilizando anticuerpos anti-IgE. Para conocer mejor las modificaciones de IgE en asmáticos alérgicos, hemos cuantificado esta inmunoglobulina en diferentes grupos de edad.

Métodos:

Estudio multicéntrico, longitudinal y prospectivo cuantificando la IgE total en sangre (ELISA o Inmunonefelometría) de 1.089 asmáticos alérgicos estables (sin crisis asmáticas en el último mes; grupo A) y 725 personas sanas (grupo S). Tanto el grupo A como S han sido divididos en 7 subgrupos por edades: 1-4 años, >4-8; >8-18; >18-29; >29-39; >39-49 y >49 años. Estudio estadístico, "t de Student".

Resultados:

Las titulaciones medias de A se incrementan de 1-4 años hasta >8-18 años y luego se reduce lentamente. Estos resultados son superiores ($p < 0,05$) a los observados en el grupo S, respectivamente, para 1-4 años, $71,1 \pm 24,8$ UI/ml y $6,7 \pm 8,2$; para >4-8 años, $102,4 \pm 37,8$ y $78,6 \pm 22,8$; para >8-18 años, $243,2 \pm 108,1$ y $91,4 \pm 45,69$; para >18-29 años, $229,3 \pm 115,5$ y $102,4 \pm 53,7$; para >29-39 años, $172,8 \pm 87,7$ y $73,3 \pm 26,2$; para >39-49 años, $159,9 \pm 73,5$ y $66,3 \pm 26,5$; para >49 años, $132,8 \pm 73,9$ y $58,9 \pm 34,9$. El porcentaje de titulaciones >100 UI/ml es máxima en A entre >18-29 años con un 86% y luego decrece hasta el grupo >49 años con el 66%. En S estos porcentajes varían entre 0, para 1-4 años, y 42% para >18-29 años ($p < 0,05$).

Conclusiones:

Los cambios de IgE por edades en A estables podrían relacionarse con la evolución del sistema inmunitario unido a la propia reacción alérgica. Consideramos que estos datos son de interés para establecer pautas terapéuticas con anti-IgE en algunos casos de asma alérgica.

VARIACIONES DE IgE TOTAL EN SANGRE EN NIÑOS CON BRONQUITIS O ASMA

P. Ramos^a, J.A. Quintano^b, R. Mérida^b, A. Hidalgo^b, E. Pérez Yarza^c y A. Iturriz^c

^aFacultad de Farmacia, Vitoria. ^bÁrea de Salud de Lucena Cabra Montilla, Córdoba. ^cHospital Donostia, San Sebastián.

Fundamentos:

El 30% de las consultas de Pediatría se relacionan con procesos respiratorios, siendo más frecuentes los casos de bronquitis y asma, patologías que han aumentado considerablemente en los últimos años. Numerosos estudios relacionan la aparición previa de bronquitis con posteriores situaciones de asma infantil. Basándonos en este tipo de evolución hemos tratado de valorar las modificaciones de IgE total en sangre en niños sanos, con bronquitis o bien asma.

Métodos:

Estudio multicéntrico, longitudinal y prospectivo en el que hemos cuantificado la IgE total en sangre (ELISA, Sanofi-Pasteur, EE.UU. o Inmunonefelometría, Behring, EE.UU.) de 653 niños de 3 a 6 meses de edad y en diferentes situaciones: sanos (grupo S, n= 185), bronquitis recurrente (BR, n= 138), bronquitis sibilante (BS, n= 115) y asma alérgica (AA, n= 215). Estudio estadístico, "t de Student".

Resultados:

Las medias más elevadas de IgE han correspondido al grupo AA ($71 \pm 11,02$ UI/ml), seguido de BS ($34,1 \pm 61,6$ UI/ml), BR ($9,15 \pm 12,3$ UI/ml) y S ($6,7 \pm 6,12$ UI/ml). Hay diferencias significativas ($p < 0,05$) de S con AA y BS, pero no con BR. Situación similar se repite con los porcentajes de titulaciones de IgE < 15 UI/ml para cada grupo: en S, 83%; BR, 67%; BS, 62% y AA, 28% ($p < 0,05$ de S con el resto de los grupos).

Conclusiones:

Estos resultados sugieren cierto componente alérgico en la BS, situación que ayuda a entender una posterior evolución de BS hacia asma alérgica. En menor medida se contempla la misma situación

en el caso de la BR. El seguimiento de las concentraciones de IgE total en sangre podría colaborar a definir la evolución de este tipo de bronquitis y orientar modificaciones preventivas en el tratamiento.

HIPERCOLESTEROLEMIA Y ADECUACIÓN TERAPÉUTICA

R. Forés^a, M. Vilarrubí^a y M^aD. Reina^b

^aABS Riu Nord i Riu Sud. Sta. Coloma de Gramenet. ^bSAP. Sta. Coloma de Gramenet.

Objetivo:

Evaluar la adecuación terapéutica de pacientes hipercolesterolémicos según el riesgo cardiovascular (RCV).

Métodos:

Diseño: estudio transversal descriptivo.

Ámbito: centro de Salud urbano.

Sujetos: revisión de 1.554 historias clínicas de varones de 35- 65 años y mujeres de 45- 65 años desde 1993 a 2001.

Se seleccionaron los pacientes con colesterol total ≥ 250 sin clínica cardiovascular previa.

Mediciones: cálculo del RCV en el momento del diagnóstico, utilizando la tabla de Framingham. Se registró: sexo, tensión arterial, fracciones lipídicas, diabetes, tabaquismo e hipertrofia ventricular izquierda (HVI). Se valoró también antecedente de HTA. Se consideró adecuado el tratamiento farmacológico cuando RCV ≥ 20 o colesterol ≥ 300 o diabéticos con LDL ≥ 130 .

Resultados:

Se identificaron 326 pacientes con colesterol ≥ 250 (prevalencia 21%).

Varones 165 (50,61%), fumadores 95 (29,14%), hipertensos 104 (31,9%), diabéticos 33 (10,12%), HVI 2 (0,61%). El 85% de los pacientes presentaban un RCV ≤ 20 y el 15% un RCV > 20 . En estos últimos el 36,6% eran diabéticos, 100% tenían HVI, 67,3% eran fumadores, 63,3% eran hipertensos. Recibieron tratamiento farmacológico el 16%.

El 77% de las mujeres y el 55% de los varones estaban correctamente tratados ($p < 0,001$).

Se trataron incorrectamente 113 (34%) pacientes (23,85% con estatinas y 76% con dieta) y 216 (66%) correctamente (12% con estatinas y 88% con dieta).

El 82% de diabéticos se trató de manera incorrecta por no recibir tratamiento farmacológico ($p < 0,001$).

Conclusiones:

Dos tercios de los pacientes fueron correctamente tratados, el 80% sólo con dieta. De los tratamientos no adecuados el 75% correspondía a pacientes infratratados farmacológicamente. Dentro de este grupo son de intervención prioritaria los varones y fundamentalmente los pacientes diabéticos.

¿CUÁLES SON NUESTROS ESFUERZOS EN LA CORRECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN LOS DIABÉTICOS TIPO 1?

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

Objetivos:

Conocer la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares asociados a la diabetes tipo 1 y cómo intentamos corregirlos.

Metodología:

Se seleccionan 116 pacientes con diabetes tipo 1 con el siguiente perfil: edad media de 32,31 años, 6/5 varones, media de años desde el diagnóstico 13,77, complicaciones microvasculares 25%.

Resultados:

Tabaquismo 33%, hipertensión arterial 10% y dislipemia 6%. Asociación de dos o más factores de riesgo 7%. En el 98% de los pa-

cientes con dislipemia o HTA identificadas tienen prescritos tratamientos específicos. En el caso del tabaquismo, al 63% se le da consejo antitabaco a lo largo del seguimiento en consulta (1-3 revisiones anuales) pero no consta la realización de intervenciones específicas.

Conclusiones:

Factores de riesgo como la hipertensión y la dislipemia son tratados ampliamente en la consulta especializada pero el tabaquismo (de los tres factores estudiados el de prevalencia claramente más elevada) se aborda de manera insuficiente. Consideramos que es en Atención Primaria donde podríamos realizar estas intervenciones extremadamente rentables para mejorar la calidad y expectativas de vida de estos pacientes.

PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA EN ANCIANOS DEL MEDIO RURAL

J.M. Rubio^a, J.F. Pérez^b, L. Espinosa^a, L. González Tarrío^a, M. Blas^a y J. Salas^a

^aEquipos de Atención Primaria, Paracuellos del Jarama (Madrid) y ^bVillanueva de la Serena II (Badajoz).

Fundamentos:

La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) es un proceso frecuente en el anciano. En nuestro medio, son pocos los datos disponibles en cuanto a su prevalencia.

Objetivos:

1) Estimar la prevalencia de ICC en ancianos (edad ≥ 65 años) en el medio rural. 2) Conocer las características clínicas y epidemiológicas de estos pacientes.

Métodos:

Diseño: estudio descriptivo transversal. *Ámbito:* cuatro consultas de atención primaria de dos centros de salud rurales. *Sujetos:* pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de ICC según los criterios de Framingham.

Resultados:

Se incluyeron 441 pacientes con una media de edad de 75 (7) años. Un 54% son mujeres. La prevalencia de ICC observada ha sido de un 7,3 % (IC 95% 5,1-10,2%), su media de edad es mayor que los ancianos sin ICC (82 (9,2) frente 74 (7) años respectivamente $p < 0,001$). Por intervalos etarios de 5 años, la prevalencia aumenta con la edad pasando de un 3,5% en el intervalo de 65-70 años, a un 30,4% en el de mayores de 85 años $p < 0,001$. La Odds de prevalencias de la presencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y cardiopatía isquémica en los pacientes con ICC han sido de 5,8 (2,5-13,7) y de 4,5 (1,9 - 10,7) respectivamente $p < 0,001$. El 53% de los casos han sido diagnosticados por médicos de atención primaria. La mediana del tiempo de evolución es de 3 años (rango 0-7 años). La auscultación de estertores crepitantes (90,6%), presencia de cardiomegalia (75%), disnea de esfuerzo (97%) y los edemas en miembros inferiores (84%) son los criterios de Framingham más frecuentemente observados. Un 12,5% de los pacientes están inmovilizados por ICC. La hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica, solas o asociadas con otras causas, están implicadas en el 72% y 34% respectivamente de las ICC. Un 41% de los pacientes tienen realizada una ecocardiografía.

Conclusiones:

1) Un 7,3% de los ancianos del medio rural tienen ICC. 2) La edad la presencia de HVI y de cardiopatía isquémica son los factores que se asocian con mayor fuerza a la ICC. 3) La mayoría de los casos están diagnosticados por médicos de atención primaria. 4) La hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica son las causas más frecuentes de ICC en nuestro medio. 5) Es escaso el porcentaje de pacientes a los que se les realiza ecocardiograma.

¿ATENDEMOS CORRECTAMENTE A NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS?

I. Vallecillos Segovia

Consultorio Local Montejicar. Granada.

Objetivos:

Valorar la adecuación de nuestros diabéticos tipo 2, al control de calidad propuestos por el grupo de diabetes de la SAMFYC.

Métodos:

Indicadores de proceso: organización (visitas médicas, de enfermería e intervenciones educativas), exploración (peso, talla, tensión arterial, fondo de ojo y pulsos), de laboratorio (colesterol total, colesterol HDL, hemoglobina glucosilada y microalbuminuria) y de autocuidados (tabaquismo y autoanálisis). Indicadores resultados intermedios (control aceptable de tensión arterial, lípidos, hemoglobina glucosilada e ingresos hospitalarios) y a largo plazo (presencia enfermedad cardiovascular, retinopatía, pie diabético o nefropatía).

Diseño:

Estudio descriptivo trasversal.

Sujetos:

Noventa y cinco historias clínicas de diabéticos tipo 2 incluidos en el programa de diabetes. Seguimiento: 1 año. Selección mediante muestreo aleatorio estratificado. Cálculo de tamaño muestral para el caso más desfavorable $p=q=0,5$, precisión 0,05 y confianza 95%.

Ámbito de estudio:

Zona Básica de Salud de ámbito rural con 14 cupos médicos.

Resultados:

Los indicadores de calidad de mayor cumplimentación fueron: para datos de *Proceso*: número de visitas, tensión arterial, colesterol y hábito tabáquico. Los menos cumplimentados, talla, colesterol HDL, creatinina y microalbuminuria, fondo de ojo y pulsos.

Resultados intermedios: sólo cumplían criterios de control aceptable la tensión arterial (47,36%), lípidos (53,68%) y hemoglobina glucosilada (34,73%, inaceptable el 9,47%).

Resultados finales: presencia de enfermedad cardiovascular en el 14,73%.

Conclusiones:

Infrarregistro en las historias. Hemos de ser más incisivos en cumplimiento de los indicadores de proceso y de los criterios de calidad para los resultados intermedios, para conseguir resultados a largo plazo más favorables en el diabético.

DIABÉTICOS HIPERTENSOS Y NO HIPERTENSOS: ¿DIFERENTES?

P. Herrera Serena, F. Vico Ramírez, F. Gálvez Guerrero, F.J. Zerolo Andrey, M.A. Moreno Jiménez, M.J. Mateos Salido

Consultorio de los Villares. Jaén, Centro de Salud de Mancha Real. Jaén.

Objetivos:

Comparar diabéticos hipertensos y no hipertensos y establecer sus diferencias.

Diseño:

Estudio descriptivo.

Ámbito de estudio:

Centro de Salud Rural.

Sujetos:

Todos los diabéticos (n=426) correspondientes a 7 cupos de AP.

Mediciones:

Variables de caracterización (edad, sexo, IMC, actividad, comorbilidad, hábitos tóxicos...) y variables de control (PA, HbA1c, perfil lipídico, FC, función renal...) obtenidos de la Historia clínica informatizada TASS.

Resultados:

Cuatrocientos veintiséis diabéticos tipo 2, 60% hipertensos, mujeres hipertensas (70%), los hipertensos más sedentarios (60%), más

gorditos (IMC 31 frente 28), presentan cardiopatía (13% frente a 12%), ACVA 4,3% frente a 0,6%. Riesgo vascular 23 (EE9,63) frente a 20 (EE7,84), de similar control metabólico (HbA1c 7), colesterol 238 (EE42,40) frente a 227 (EE38,88), LDL 149 (43,05) frente a 147 (30,91), TG 184 (EE132,62) frente a 144 (EE64,79), PA sistólica 142 frente a 132, diastólica 78 frente a 75, más retinopatía 5% frente a 0%.

Conclusiones:

El 60% de los diabéticos son hipertensos, más las mujeres, presentan un perfil de riesgo vascular independiente de la HTA más elevado, no presentan diferencias respecto al control glucémico, son más sedentarios y los accidentes vasculares cerebrales son muy importantes en los hipertensos respecto a los que no lo son, también la retinopatía y la macroalbuminuria. El colesterol total y sobre todo los triglicéridos son más altos en los hipertensos.

Esto indica que sí en los diabéticos es necesario un control exhaustivo de los factores de riesgo vascular, en los hipertensos es ineludible el esfuerzo de intensificar las medidas preventivas y de tratamiento.

HIPERTENSIÓN PSEUDORRESISTENTE EN EL ANCIANO

J.M. Rubio^a, T. Sancho^b, V. Salcedo^a, M.A. Martínez^b, J. Salas^a y J. García-Puig^b

^aEquipo de Atención Primaria Paracuellos del Jarama. ^bUnidad de Riesgo Cardiovascular H. La Paz, Madrid. Grupo MAPA Madrid.

Fundamentos:

La hipertensión (HTA) pseudorresistente definida como cifras elevadas de presión arterial en consulta a pesar del tratamiento con dos o más fármacos antihipertensivos, y normales las obtenidas fuera de ella bien sea con automedicación domiciliaria (AMPA) o monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), es frecuente en nuestra práctica diaria, pero poco estudiado en ancianos.

Objetivos:

1) Estimar la prevalencia de HTA pseudorresistente en ancianos (edad ≥ 65 años). 2) Conocer las características clínicas y epidemiológicas de estos pacientes.

Métodos:

Diseño: estudio descriptivo multicéntrico.

Ámbito: Atención Primaria en coordinación con servicio de Medicina Interna.

Sujetos: hipertensos mayores de 65 años con mal control en la consulta (PA $\geq 140/90$ mmHg en tres determinaciones) a pesar del tratamiento con dos ó más fármacos. A todos ellos se les realizó MAPA 24H y AMPA con 27 determinaciones.

Resultados:

Se incluyeron 92 pacientes con una media de edad de 71,5 (4,8) años. Un 27,2% (IC 95%= 18,6- 37,6) tienen un buen control evidenciado con MAPA diurno (PA < 135/85 mmHg). La media de edad de los ancianos con HTA pseudorresistente es menor que los que tienen HTA sostenida (69,4 (4,23) frente 71,3 (4,77) años $p < 0,01$). Al categorizar la edad en intervalos de 65-70, 70-75 y > 75 años, la prevalencia de HTA pseudorresistente pasa de un 20,7% en el primer intervalo al 3,3% en cada uno de los siguientes $p = 0,013$. Un 56,5% de los ancianos con HTA sostenida tienen HTA sistólica aislada y ésta es predominante a partir de los 70 años $p < 0,01$. La media de presión arterial según las distintas técnicas ha sido:

		HTA pseudorresistente	HTA sostenida	p
Consulta:	PAS	151 (10)	165 (12,5)	<0,001
	PAD	87 (9)	86 (9)	NS
AMPA	PAS	137 (11)	155 (18)	<0,001
	PAD	80 (7,4)	81 (9,7)	NS
MAPA diurna	PAS	125 (8)	149 (12)	<0,001
	PAD	74 (6)	79 (9)	0,019

No hay diferencias en cuanto a sexo, tiempo de evolución de la hipertensión, factores de riesgo asociados y lesión en órganos diana se refiere.

Conclusiones:

1) Un 27% de los ancianos presentan HTA pseudorresistente, pero a partir de los 70 años es muy poco frecuente. 2) De los pacientes con mal control que presentan HTA sostenida, un 56% tienen HTA sistólica aislada. 3) La edad y la PA sistólica son menores en los ancianos con HTA pseudorresistente que en los que tienen HTA sostenida sin que se observen otras diferencias clínicas entre ellos.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN POBLACIÓN DISLIPÉMICA ASISTIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO TRANSTAR

M. Casado Goti^a y R. Marrón Bernal^b

^aCentro de Salud Ofra Delicias. ^bCentro de Salud Granadilla. Tenerife.

Objetivo:

Descripción de los grupos terapéuticos en pacientes dislipémicos atendidos en las Consultas de Atención Primaria (AP).

Ámbito:

Atención primaria de salud.

Diseño:

Estudio observacional descriptivo.

Sujetos:

Pacientes dislipémicos incluidos en el "Estudio TranSTAR" (N=330: N¹=209 diabéticos y dislipémicos; N²= 121 no diabéticos y dislipémicos).

Análisis:

Descripción porcentual de los grupos terapéuticos.

Resultados principales:

Quedan reflejados en la tabla.

	Total (N=330)	DIABÉTICOS (N ₁ =209)	NO DIABÉTICOS (N ₂ =121)
Pravastatina	12,0%	10,5%	14,9%
Atorvastatina	15,0%	15,3%	13,2%
Simvastatina	11,2%	10,5%	12,3%
Cerivastatina	6,0%	6,2%	7,4%
Lovastatina	4,5%	4,8%	4,1%
Fluvastatina	0,6%	0,5%	0,8%
Resinas	1,2%	0,9%	1,6%
Fibratos	2,7%	3,3%	1,6%
No tto.Fcológico	53,0%	52,1%	54,5%

Conclusiones:

Destaca la no intervención farmacológica en más de la mitad de los casos de pacientes dislipémicos. El grupo terapéutico más utilizado son las «estatinas», no siendo homogénea la distribución entre los diferentes subtipos.

PERFIL LIPÍDICO EN POBLACIÓN ASISTIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO TRANSTAR

M. Casado Goti^a y R. Marrón Bernal^b.

^aCentro de Salud Ofra-Delicias. ^bCentro de Salud Granadilla. Tenerife.

Objetivo:

Describir el perfil lipídico en pacientes diabéticos y no diabéticos atendidos en las consultas de Atención primaria (AP).

Ámbito:

Territorio español.

Diseño:

Estudio descriptivo transversal, caso-control.

Sujetos:

Pacientes incluidos en el «Estudio tranStar» (N1=371 diabéticos; N2=371 no diabéticos).

Análisis:

I) Descripción del perfil lipídico de ambos grupos a través de estadísticos descriptivos relevantes (media, DS), II) Estimación de la prevalencia de diagnóstico de dislipemia por intervalo de confianza al 95% (IC95%). La diferencia de prevalencias entre los grupos se estimó teniendo en cuenta el apareamiento del diseño. Análisis de las diferencias entre ambos grupos a través de comparación de medias basado en el estadístico t de Student para datos apareados. III) Estimación de la proporción poblacional de dislipemia en ambos grupos (chi cuadrado).

Resultados principales:

I) y II)	Pacientes DM2	Pacientes controles	P
Colesterol total(mg/dl)	225,1 ±40,6	218,3 ±39,7	ns
Colesterol LDL (mg/dl)	142,5 ±38,3	142,1 ±37,3	ns
Colesterol HDL (mg/dl)	50,2 ±15,6	51,5 ±14,7	ns
Triglicéridos(mg/dl)	157,5 ±72,3	138,1 ±70,0	0,0046

III)			P
Diagnóstico de dislipemia	(47,51%-57,29%)	(25,77%-34,83%)	p<0,05

Conclusiones:

No existen diferencias en cuanto a los promedios de los parámetros lipídicos entre ambos grupos. Sin embargo destaca la diferencia de diagnóstico de dislipemia en ambos grupos.

UN AÑO SIN TABACO

A. Castro Torres, A. González Jiménez, S. Pelayo Bando, C. Escolar Carrión y M^aJ. Pastor Zambrano
Centro de Salud Dos Hermanas A. Sevilla.

Fundamentos:

En esta sociedad en la que vivimos, el tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo para la salud pública, así como el gran consumo de asistencia médica y económica que precisa. En este trabajo pretendemos evaluar los resultados obtenidos tras un año de intervención en un programa de deshabitación al tabaco.

Métodos:

Diseño: estudio prospectivo cuasiexperimental.

Ámbito: consulta programada antitabaco de un centro de salud.

Sujetos: de los 277 pacientes incluidos en el programa antitabaco, se seleccionaron a 35 pacientes que cumplieran el año de intervención antes de mayo del 2002.

Mediciones: las variables analizadas fueron el sexo, edad, n° cigarrillos/día, test Fagerström, tiempo hábito tabáquico, tipo intervención y resultados al año.

Se realizó una entrevista semiestructurada donde se analizaba el deseo de abandono del hábito tabáquico, se le realizaba una intervención mínima y terapia sustitutiva con nicotina si precisaba. Al año se le realiza entrevista telefónica.

Resultados:

El 66% eran hombres, con una edad media de 46 a. ± 12 a. (rango 10 – 50 a.), fumaban desde hacia 27 a ± 12 a. (12 - 52), con un test de Fagerström de 6 puntos. El 40% recibió terapia sustitutiva con nicotina.

Después de un año el 20% había dejado de fumar, de ellos el 29% fueron mujeres y el 71% hombres.

Conclusiones:

Los hombres son los que más se deciden a dar el paso de aban-

donar el tabaco y siempre tras muchos años de hábito y con un test de Fagerström alto. Con una mínima intervención un porcentaje importante de fumadores abandona el hábito.

INFLUENCIA DEL PROGRAMA DE AYUDA AL FUMADOR EN LA DISMINUCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

A. Salat Veneciana, O. Barba Ávila, D. Pedrico Ferre, F. Vizcarro Bosch, M. Artigau Rofes y R. Ruiz Sales

Área Básica de Salud El Vendrell. Tarragona.

Objetivos:

Evaluar el grado de disminución del riesgo cardiovascular (RCV) mediante la aplicación del programa de ayuda al fumador (PAF) en un Área Básica semiurbana de 26.266 habitantes mayores de 15 años.

Material y métodos:

A los fumadores mayores de 15 años se les abría una ficha específica de fumador, registrando: categoría inicial (exfumador, fumador disonante y consonante), situación inicial y actual (ganador, solo, ayuda, retardar, disminuir, dudoso, pendiente y negativa), n° de visitas, sexo, edad. A uno de cada 8 incluidos en el programa se le calculó el riesgo cardiovascular fumando y sin fumar (se excluyeron los que habían padecido algún evento cardiovascular previo) según la tabla de Framingham modificada: RCV bajo <10, medio 10-20 y alto >20.

Resultados:

De los 733 pacientes incluidos al PAF se calculó el RCV a 92 (70,7% hombres, 29,3% mujeres). Un 25% tenían entre 45-54 años y el 23,9% entre 35-44 años. Un 51,1% presentan hábito disonante, un 32,6% consonante y un 15,2 son exfumadores. De los 92 pacientes un 22,8% han abandonado el hábito, no siendo procedente en el 14,1%. Con tabaco un 22,8% presentan un RCV bajo, un 43,5% medio y un 33,6% alto. Sin tabaco un 39,2% RCV bajo, un 36,6% medio y un 25% alto. La media del RCV con tabaco es de 21,67% y sin tabaco del 15,81%.

Conclusiones:

La disminución del RCV con y sin la presencia del hábito es estadísticamente significativo, observando una reducción de alto RCV a medio RCV si abandonase el hábito tabáquico.

GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

F. Díaz Paquez, C.M. Afonso Navarro, J. Duque Hernández^a, J. Bethencourt Marante, J.D. Delgado Santana y V.F. Barrera Torres

Centro de Atención Primaria Arona Costa II, Arona. Tenerife.
^aServicio de Urgencias Los Gladiolos. Tenerife.

Fundamentos:

El objetivo fue valorar el grado de control (GC) de la presión arterial de nuestros hipertensos.

Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo-transversal de la población hipertensa de un Centro de Salud de Atención Primaria, durante un período de 15 meses. Se revisaron todas las historias clínicas de hipertensos del centro (697 pacientes). Se estableció como único criterio de exclusión, la no constancia de 3 tomas, como mínimo, en el período del estudio. Las variables sometidas a estudio fueron las que hacían referencia a edad, sexo, cifras tensionales, presión arterial media, enfermedad cardiovascular establecida y otros factores de riesgo. Se tomó como referencia para control de presión arterial cifras ≤ 140/90 mmHg en no diabéticos y ≤ 130/85 mmHg en diabéticos (JNC VI-1997). Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS.

Resultados:

La muestra quedó constituida por un total de 417 hipertensos (177 hombres y 240 mujeres), donde el 44,6% estaban bien controlados. La presencia de factores de riesgo asociados a la hipertensión empeoró el GC de la misma. Los pacientes diabéticos presentaron peor GC, 27,43% que aquellos con obesidad o dislipemia ($p < 0,01$). Los hipertensos que estaban sometidos sólo a medidas higiénico-dietéticas tuvieron un GC muy superior (77,10%), al de aquellos sometidos a farmacoterapia (40,0%, $p < 0,001$).

Conclusiones:

Ni el número de fármacos, ni los principios activos prescritos parecieron determinar un mejor o peor GC de nuestros hipertensos, por tanto, se debe insistir en el cumplimiento higiénico-dietético, con actitudes más intervencionistas.

DIABETES EN EL ANCIANO

J. Avilés Puertas, M.A. Fernández Soriano y M^ªC. Avilés Escudero

Centro de Salud La Cañada. Almería.

Fundamentos:

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de gran parte de la mortalidad en los pacientes mayores de 65 años, a medida que aumenta la esperanza de vida es mayor la proporción de población que supera dicha edad. Nos planteamos conocer la prevalencia de un factor de riesgo como la diabetes y su relación con otros factores.

Métodos:

Se escogen al azar 141 pacientes mayores de 65 años, procedentes de un Centro de Salud periférico a una ciudad, pero eminentemente rural. A todos los pacientes se les aplicó el mismo protocolo de actuación consistente en entrevista, exploración física y pruebas complementarias. Al final del estudio todos los datos se trataron estadísticamente. La edad media de la muestra fue de 72,6 años. El 59,4% de los pacientes eran mujeres y el 40,6% hombres.

Resultados:

La proporción de pacientes diabéticos fue del 21%, siendo superior entre las mujeres 27% frente a los hombres 12% ($p < 0,05$). El 97% de los diabéticos tenía presente al menos otro factor de riesgo cardiovascular, y el 80% dos o más factores. La prevalencia de la hipertrigliceridemia era superior en los pacientes diabéticos (43%) frente a los no diabéticos (20%) ($p < 0,05$), también la obesidad pero de forma no significativa (60% frente al 43%, $p = 0,07$). Tras seguimiento de los pacientes durante un año, se consiguió solamente mantener con cifras en ayunas por debajo de 160 mg/dl al 58% de las pacientes. Se utilizó en el 45% de los casos antidiabéticos orales, insulina en el 35% y ambos en el 20%. El tratamiento de los mismos no supuso empeorar otros valores bioquímicos, sin embargo sí descendieron los valores medios de urea y aumentaron los de colesterol HDL.

Conclusiones:

La diabetes es un factor de riesgo extendido entre los ancianos de nuestro medio y más entre las mujeres. Su control es bastante dificultoso a estas edades por los comportamientos dietéticos y el estilo de vida. Los diabéticos presentan una alta probabilidad de presentar otro factor de riesgo cardiovascular.

OBESIDAD EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

J. Avilés Puertas, M.A. Fernández Soriano y M^ªC. Avilés Escudero

Centro de Salud La Cañada. Almería.

Fundamentos:

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de gran parte de la mortalidad en los pacientes mayores de 65 años, a medida que aumenta la esperanza de vida es mayor la proporción de población

que supera dicha edad. Nos planteamos conocer la prevalencia de un factor de riesgo como la obesidad y su relación con otros.

Métodos:

Se escogen al azar 141 pacientes mayores de 65 años, procedentes de un Centro de Salud periférico a una ciudad, pero eminentemente rural. A todos los pacientes se les aplicó el mismo protocolo de actuación consistente en entrevista, exploración física y pruebas complementarias. Al final del estudio todos los datos se trataron estadísticamente. La edad media de la muestra fue de 72,6 años. El 59,4% de los pacientes eran mujeres y el 40,6% hombres.

Resultados:

Al determinar la talla de los pacientes en estudio, se encontró que los hombres eran significativamente más altos que las mujeres. Los varones presentaron un índice de Quetelet (IQ) medio de 27,9 frente a 32,1 en las mujeres ($p < 0,001$). La proporción de obesos (IQ > 30) fue del 46,8% de los casos, siendo inferior entre el grupo de hombres (29,6%) frente al de mujeres (65,3%) ($p < 0,001$). El 89% de los pacientes obesos tenía al menos otro factor de riesgo cardiovascular asociado, el 73% tenía dos o más factores, tan sólo el 11% no tenía factores asociados. De todos los factores de riesgo cardiovascular el único que se presentó de forma más frecuente en los obesos frente a los normopesos fue la hipertensión (61% frente al 41%, $p < 0,05$).

Conclusiones:

La obesidad es un factor de riesgo extendido entre los ancianos de nuestro medio y más entre las mujeres, relacionándose de forma significativa con la hipertensión arterial.

PRIMERA EVALUACIÓN ON-LINE DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y DE LA HIPERGLUCEMIA POSPRANDIAL EN POBLACIÓN ASISTIDA EN ESPAÑA. ESTUDIO TRANSTAR

J. Mediavilla^a, I. Fernández^b, H. de la Calle^c, J. Méndola^d y J. Arroyo^e

^aCentro de Salud Pampliega, Pampliega. ^bCentro de Salud Camas, Camas. ^cHospital Ramón y Cajal, Madrid. ^dNovartis Farmacéutica S.A., Barcelona. ^eCentro de Atención Primaria St. Felix, Sabadell.

Fundamentos:

El control metabólico de la glucemia, en especial la hiperglucemia posprandial (HPP), es importante para la prevención de complicaciones macrovasculares.

Objetivos:

1) Evaluar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en población asistida y su posible relación con la HPP, 2) describir el control glucémico de los pacientes DM2.

Métodos:

En tranSTAR; estudio caso-control, transversal, *on-line*, realizado en población asistida de 40 a 75 años y de ámbito nacional, se compararon pacientes DM2 con un control (no diabético) de igual sexo y edad. Se recogieron datos sobre: edad, sexo, glucemia capilar, glucemia basal (GB) y hemoglobina glucosilada (A1C), antecedentes personales de HTA, dislipemia, tabaquismo y enfermedad cardiovascular (ECV) previa y familiar. Se consideró mal control metabólico: A1C > 8%, GB > 125 mg/dl y HPP > 140 mg/dl.

Resultados:

Se estudiaron 742 pacientes (371 parejas DM2 / controles) de 61,0 ± 8,5 años y 55% hombres.

	Pac. DM2 (%)	Controles no-DM2 (%)	p
AP HTA	56,3	38,3	<0,0001
AP dislipemia	53,1	29,6	<0,001
Tabaquismo	25,9	28,3	ns
AP ECV	18,6	10,9	0,004
AF ECV	29,5	26,4	ns

El AF de ECV y el AP de HTA incrementaron el riesgo de presentar HPP (odds ratio de 1,72 y 1,52 respectivamente, $p < 0,05$). Presentaron un mal control glucémico el 81,2% (GB), el 88,8% (HPP) y el 26,0% (A1C) de los pacientes.

Conclusiones:

En la población asistida, 1) los FRCV son más frecuentes entre los pacientes con DM 2, 2) éstos incrementan el riesgo de HPP, 3) el control glucémico es insuficiente.

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

P. González Murga, C. Pastor Oliver y J.I. Gaspar Escayola

Centro de Salud de Morata de Jalón, Zaragoza. Departamento de Cirugía, Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de la Diputación General de Aragón.

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 la 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 el 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 realizó utilizando el estudio descriptivo de las variables, prueba del Chi-cuadrado y coeficiente de regresión lineal.

Resultados:

El 79% de los pts están controlados. El 48% realizan ejercicio físico. El 13% 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 tensión arterial. Existe una relación entre el sedentarismo y el control de la tensión arterial. Los pacientes satisfechos con el tratamiento consiguen un mejor control de la tensión arterial.

GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

F. Díaz Paquez, C.M. Afonso Navarro, J. Duque Hernández, J. Bethencourt Marante, J.D. Delgado Santana y V.F. Barrera Torres

Centro de Atención Primaria Arona Costa II, Arona. Tenerife.

Fundamentos:

El objetivo fue valorar el grado de control (GC) de la tensión arterial de nuestros hipertensos.

Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo-transversal de la población hipertensa de un Centro de Salud de Atención Primaria, durante un

período de 15 meses. Se revisaron todas las historias clínicas de hipertensos del centro (697 pacientes). Se estableció como único criterio de exclusión, la no constancia de 3 tomas, como mínimo, en el período del estudio. Las variables sometidas a estudio fueron las que hacían referencia a edad, sexo, cifras tensionales, tensión arterial media, enfermedad cardiovascular establecida y otros factores de riesgo. Se tomó como referencia para control de tensión arterial cifras $\leq 140/90$ mmHg en no diabéticos y $\leq 130/85$ mmHg en diabéticos (JNC VI-1997). Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS.

Resultados:

La muestra quedó constituida por un total de 417 hipertensos (177 hombres y 240 mujeres), donde el 44,6% estaban bien controlados. La presencia de factores de riesgo asociados a la hipertensión empeoró el GC de la misma. Los pacientes diabéticos presentaron peor GC, 27,43% que aquellos con obesidad o dislipemia ($p < 0,01$). Los hipertensos que estaban sometidos sólo a medidas higiénico-dietéticas tuvieron un GC muy superior (77,10%), al de aquellos sometidos a farmacoterapia (40,0%, $p < 0,001$).

Conclusiones:

Ni el número de fármacos, ni los principios activos prescritos parecieron determinar un mejor o peor GC de nuestros hipertensos, por tanto, se debe insistir en el cumplimiento higiénico-dietético, con actitudes más intervencionistas.

¿QUIÉN GANA MÁS PESO TRAS EL ABANDONO DEL TABACO?

M. Torrecilla García, R. Ruano García, M.Á. Hernández Mezquita, M. Barrueco Ferrero, D. Plaza Martín y J.Á. Maderuelo Fernández

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

Fundamentos:

Valorar qué variables influyen en la ganancia de peso tras el abandono del tabaco.

Metodología:

Estudio prospectivo con 322 pacientes fumadores (181 varones y 141 mujeres). Las variables fueron: edad, sexo, peso, cigarrillos/día y grado de dependencia nicotínica, en función de la cual se formaron los grupos de intervención, intervención mínima sistematizada (IMS) o terapia sustitutiva con nicotina (TSN). Se valoró la abstinencia tabáquica a los 2, 6 y 12 meses. Se aplicó la prueba de chi cuadrado y el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados:

Tanto del 43,6% de los varones y del 38,3% de las mujeres que al año consiguieron dejar de fumar, ganaron peso el 55% (38,5%-70,7%), con un incremento medio de $3,8 \pm 2,1$ kg en los primeros frente a $3,1 \pm 1,8$ kg en las mujeres ($p = 0,3$). El incremento medio de peso en el grupo de IMS fue de 3,5 kg y en de TSN de 3,4 kg ($p = 0,8$). El consumo medio de cigarrillos/día entre los que tras dejar de fumar ganaron peso era de 25,1 frente a los 18,5 de los que no ganaron peso ($p = 0,002$). En función del grado de dependencia ganan peso: el 22,2% con dependencia baja, el 29,3% con dependencia moderada y el 43,8% con dependencia alta ($p = 0,1$). Los coeficientes de correlación al relacionar la edad, cigarrillos/día y dependencia nicotínica con ganancia de peso fueron de 0,11, 0,42 y 0,44 respectivamente.

Conclusiones:

El hecho de fumar más cigarrillos y tener mayor dependencia nicotínica está relacionado con la ganancia ponderal al abandonar el consumo de tabaco. El ser mujer podría conllevar un menor incremento de peso.

«ESTUDIO EVENTO»: MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE ALTO RIESGO SEGUIDOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA (ASPECTOS METODOLÓGICOS)

F.J. Alonso, G.C. Rodríguez, J.A. División, J.V. Lozano, O. García y J.L. Llisterri, en representación de los investigadores del estudio EVENTO

Objetivos:

El objetivo general es analizar la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular en la población española de alto riesgo controlada en Atención Primaria (AP) y determinar la efectividad del tratamiento preventivo en la incidencia de eventos cardiovasculares (angor, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ACV, aneurisma, arteriopatía periférica, insuficiencia renal y diabetes).

Como objetivos específicos se fijan: a) cuantificar la proporción de eventos cardiovasculares prevenibles en el período de seguimiento de los pacientes; b) determinar la proporción atribuible a los distintos tratamientos preventivos de eventos cardiovasculares; c) cuantificar los años potenciales de vida perdidos según los diferentes grupos de tratamiento y su cumplimiento, y d) estimar los años de vida ganados ajustados por calidad según los diferentes tratamientos observados.

Criterios de inclusión:

Hombres y mujeres de edad comprendida entre los 55 y 75 años y alto riesgo de desarrollar un accidente cardiovascular mayor lo que comprende enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica, accidente vascular cerebral o diabetes tipo 1 ó 2 asociada a hipertensión arterial, hipercolesterolemia, colesterol HDL bajo, colesterol LDL elevado, tabaquismo o microalbuminuria.

Diseño:

Estudio de cohortes con seguimiento de sujetos, sanos o enfermos, a lo largo de un período de tiempo suficiente para que se observe la aparición de los eventos para los que fue diseñado (estudio de carácter observacional con registro continuado de datos durante tres años). En este estudio se analizan los sujetos que abandonan el tratamiento y los que lo continúan, así como los que no cumplen el tratamiento y los que sí lo cumplen. El tamaño muestral se calculó considerando una tasa de morbilidad (ingresos hospitalarios por enfermedad cardiovascular) de 1.015/100.000 habitantes y una tasa de mortalidad de 32,22% (39% de los fallecimientos población general), resultando necesaria una población de 3.695 a 8.200 pacientes ($\beta=1$ al 1,5% y $\alpha=95\%$). Se realizará un análisis descriptivo, otro basado en recuentos (univariante, longitudinal y multivariante) y uno basado en momentos (univariante con análisis de supervivencia, contraste de curvas de supervivencia por logrank test y multivariante con modelo de riesgos proporcionales de Cox).

Organización del estudio:

Participan en el estudio 400 médicos de AP que seleccionarán a los pacientes entre el 15 de abril y el 15 de julio de 2002. Se realizarán ocho visitas en las que se cumplimentarán los procedimientos reflejados en el cuaderno de recogida de datos del estudio, utilizándose para ello una metodología e-clinical, con recogida de datos a través de internet. El período de finalización oscilará entre el 15 de abril y el 15 de julio del año 2005.

CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

J.V. Lozano^a, O. García Vallejo^a, O. Vegazo^b, J.A. Divison^a, G. Rodríguez^a y J.L. Llisterri.

^aGrupo HTA SEMERGEN. ^bDepartamento Médico Astrazeneca. Madrid.

Fundamentos:

La prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) es 1,5 a 2 veces superior en los pacientes con diabetes mellitus (DM). El objetivo del

estudio fue conocer el estado del control de la PA en los pacientes con DM atendidos en el ámbito de la Atención Primaria (AP) del Sistema Sanitario Español.

Métodos:

Estudio de corte transversal y multicéntrico. Participaron 87 médicos de AP, que incluyeron 888 diabéticos con edad media de $64,8 \pm 11,8$ años (IC 95%: 63,9-65,5). Para el diagnóstico de HTA se siguieron criterios del VI-JNC ($PA \geq 130/85$ mmHg). Se registraron datos del centro de trabajo, datos sociodemográficos de los pacientes, parámetros analíticos básicos, PA y el tratamiento antihipertensivo. Los datos se procesaron con el paquete estadístico SPSSWIN 10.0.

Resultados:

El 83,3% (n=75) de los médicos trabajaban en Centros de Salud (CS) y el 58,9% en poblaciones urbanas. La experiencia profesional fue de $17 \pm 5,7$ años (IC 95%: 15,8-18,2). El 91,1% (n=797) de los pacientes eran DM tipo 2. Hubo 512 mujeres (57,8%), con mayor índice de masa corporal que los hombres (IMC: $28,9 \pm 4,2$ frente a $30,3 \pm 5,1$; $p < 0,01$). El factor de riesgo cardiovascular asociado más frecuente a la DM fue la HTA. El 66,7% (n=593) de los diabéticos tenían HTA conocida y solamente el 13,6% tenían la PA controlada ($< 130/85$ mmHg). La mediana de fármacos antihipertensivos utilizados fue de 1 (IC 95%: 1-2). Los más utilizados fueron los IECA (40,9%) y diuréticos (23,4%). En análisis multivariante, las variables asociadas con la existencia de HTA en los pacientes diabéticos fueron la edad, el IMC y el colesterol (a mayor edad, IMC y niveles de colesterol mayor probabilidad de HTA en los diabéticos) ($p < 0,001$). Los diabéticos atendidos en CS (frente a Consultorios) y en los CS con programa de formación continuada tuvieron un mejor control de la PA ($p < 0,001$; $p < 0,01$, respectivamente). No existieron diferencias en el control de la PA entre los diabéticos de ámbito urbano y ámbito rural.

Conclusiones:

En nuestro estudio, el 66,8% de los diabéticos tienen HTA conocida y sólo el 13,6% tienen un control óptimo de la PA. La edad, el IMC y el colesterol se asocian con la presencia de HTA en los diabéticos.

IMPACTO DE LA DIABETES EN LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA EN UN ÁREA SANITARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO BARBANZA 2000

M. Sánchez Loureiro^a, M^ªJ. Eiris Cambre^b, A. Lado Llerena^a y A. Nores Lorenzo^a

^aCentro de Salud de Serra de Outes, A Coruña. ^bCentro de Salud de Pobra do Caramiñal, A Coruña, en representación del Grupo Barbanza.

Fundamento:

Estudio transversal realizado en un área de Atención Primaria que pretende conocer el impacto de la diabetes en las cardiopatías.

Métodos:

Se registraron de forma prospectiva, datos demográficos, clínicos, tensionales y terapéuticos de 6.325 pacientes durante dos meses por 21 médicos.

Resultados:

El 15,6% de la muestra (959) eran diabéticos. De éstos el 11,9% presentaba cardiopatía isquémica, el 6,6% fibrilación auricular, el 9,3% arritmias, el 6,8% insuficiencia cardíaca, el 1,4% valvulopatías. El 59,7% del total de diabéticos eran hipertensos, el 46,9% dislipémicos, el 10,5% fumadores, el 12,7% tenían hipertrofia ventricular izquierda, el 37,6% obesidad y el 25,8% eran sedentarios. Un 10% de los diabéticos con cardiopatía tenían un LDL inferior a 100 mg/dl y un 32% tenían un colesterol total menor de 200 mg/dl. Un 60% presentaba valores de presión arterial diastólica menores de 85 mmHg con una presión arterial sistólica menor de 135 en un 50% de la muestra. Aproximadamente el 55% de los

diabéticos hipertensos con enfermedad cardíaca recibía un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina y un 12% un ARA II. Recibía tratamiento con betabloqueantes el 10% de los hipertensos y el 28,2% estaban tratados con calcioantagonistas. Sólo el 35% estaba tratado con estatinas.

Conclusiones:

La diabetes está asociada a más del 15% de pacientes con cardiopatía. Sólo la mitad de los diabéticos con cardiopatía cumplen objetivos tensionales recomendados y escasa proporción con los objetivos de lípidos plasmáticos. El empleo de fármacos de beneficio pronóstico probado en diabéticos con cardiopatía sigue siendo limitado.

DIFERENTE EFECTIVIDAD DE LAS ESTATINAS EN EL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE

J. Mussoll Segura, E. Pous Saltor y M. Gordillo Tardío

Área Básica de Salud Cirera Molins. Mataró. Barcelona.

Fundamento:

Conocer la efectividad de los diferentes grupos de estatinas sobre el control lipídico.

Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo, en un Centro de Salud urbano. Participaron en el estudio 132 pacientes dislipémicos conocidos (72 mujeres y 60 hombres) de entre 49 y 84 años, escogidos de manera aleatoria, existiendo un período de blanqueamiento previo de otros fármacos hipolipemiantes de 3 meses. Se registraron las cifras de colesterol, HDL, LDL y triglicéridos previos al inicio del tratamiento y tras 6 meses de uso continuado y no asociado a otros tratamientos farmacológicos hipolipemiantes. Fueron excluidos aquellos pacientes que abandonaron el tratamiento.

Resultados:

Se produjo una reducción de las cifras de colesterol media de 58,67 mg/dl y de LDL de 50,94 mg/dl. No se encontraron diferencias significativas en la reducción de colesterol, triglicéridos, HDL y LDL entre ambos sexos. Se evidenció una mayor reducción de colesterol con la edad ($p<0,05$), y un menor aumento de HDL ($p<0,05$). No se observó relación entre los diferentes grupos de edad y la reducción de HDL o triglicéridos. La atorvastatina fue el fármaco utilizado que más aumentó la HDL y presentó una mayor reducción de triglicéridos que el resto de grupos ($p<0,00$). No se observaron diferencias significativas entre los grupos de estatinas utilizados en cuanto a la reducción de LDL y colesterol.

Conclusiones:

La atorvastatina presenta en nuestro estudio mayor efectividad que el resto de estatinas, en cuanto a la reducción de triglicéridos y el aumento de HDL, no existiendo diferencias significativas entre grupos para la reducción de colesterol total y el aumento de LDL.

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN DIABETES TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD. ¿POR QUÉ NO SE ALCANZAN LOS OBJETIVOS DE CONTROL? ¿DÓNDE INTERVENIR?

M^a I. Sánchez Antigüedad, L. Mateo Gutiérrez, A. Plaza Cobo, I. Malmierca Vegas y J. González Rico

Centro de Salud M^a Auxiliadora. Bejar. Salamanca.

Fundamentos:

Justificación: la evaluación inicial reveló que no se consiguen niveles aceptables de calidad en el seguimiento de nuestros diabéticos tipo 2.

Objetivos: identificar las causas o factores condicionantes.

Métodos:

Diseño: análisis causal basado en la opinión de los profesionales.

Problemas de calidad: no se determinan de manera habitual hemo-

globina glucosilada, colesterol LDL, microalbuminuria, ni se explora el fondo de ojo. No se consiguen niveles aceptables de tensión arterial ($<140/90$ mmHg.). Se identificaron causas de primer y segundo orden mediante un diagrama de Ishikama. Posteriormente se utilizó una técnica de votaciones múltiples: cada profesional valoró (1 a 3 puntos) dos aspectos de cada causa: trascendencia (T) y vulnerabilidad interna (V). La puntuación total se expresó en cruces (1 a 3). Seleccionamos las causas votadas con 3 cruces en T y verificamos su V.

Ámbito: EAP semiurbano compuesto por 20 médicos de familia y 16 enfermeras/as.

Han participado en el estudio los profesionales que lo han deseado: 5 médicos de familia y 5 enfermeras.

Resultados:

Causas de primer orden	Causas de segundo orden	T	V
<i>Formación</i>	Ausencia de programa de formación intracentro	+++	++
	Dificultades en la selección de información	+++	++
<i>Organización</i>	Ausencia de definición de circuitos asistenciales	+++	+++
	Sistema de registro poco eficiente	+++	++
	Inadecuada organización de la consulta	+++	+++
<i>Motivación</i>	Ausencia de programa de EPS estructurado	+++	++
	Idiosincrasia personal	+++	+
	Desgaste profesional	+++	+
<i>Con relación al paciente</i>	Bajo nivel de trabajo en equipo	+++	+
	Ausencia de co-responsabilidad en el paciente	+++	+
<i>Recursos</i>	Excesiva presión asistencial en algunos cupos	+++	+

Conclusiones:

Los objetivos de control no se consiguen por causas muy diversas que implican a profesionales, pacientes y gestores. La intervención debe basarse en aspectos organizativos y formativos.

CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE TRES ZONAS BÁSICAS DE SALUD

J.L. Cabrera Mateos^a, M.C. Mendoza Luzardo^a, F. Gutiérrez Riquelme^b

^aCentro de Salud Yaiza. ^bCentro de Salud San Bartolomé-Tinajo.

Fundamento:

Conocer el consumo de alcohol en los adolescentes, así como la percepción de consumo en su entorno y actitudes y creencias respecto al mismo.

Métodos:

Estudio transversal, mediante cuestionario autoadministrado a 927 alumnos de 12 a 18 años de los institutos de tres Zonas Básicas de Salud.

Resultados:

El 66,9% ha probado alguna vez el alcohol (intervalo de confianza 95%: 63,87-69,93). El 30% bebe menos de una vez al mes, el 13,6% más de una vez al mes, el 6,8% una vez/semana, el 2,5% varias veces y el 1,4% a diario. Cuando el padre no bebe, el 55,3% de adolescentes tampoco lo hace, frente al 27,5% cuando lo hace a menudo. Cuando la madre no bebe, el 52,8% de adolescentes tampoco, frente al 17,4% si bebe a menudo. El 81,5% de adolescentes no beben si sus amigos tampoco beben, frente al 13,3% si todos sus amigos consumen alcohol. Tampoco beben el 53,5% de

adolescentes cuyos hermanos mayores tampoco lo hacen, frente al 27,4% si beben. Respecto a las actitudes positivas hacia el alcohol los no bebedores presentan una puntuación media de 1,31 sobre 8, frente a 5,58 en los bebedores a diario.

Conclusiones:

La prevalencia de consumo de alcohol en los adolescentes es elevada, sin que existan diferencias entre sexos. Existe una clara relación entre hábito y percepción de consumo en el entorno, así como entre actitudes y creencias positivas y frecuentación de consumo.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍAS EN UN ÁREA SANITARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO BARBANZA 2000

A. Lado^a, M. Sánchez^a, M^aJ. Eirís^b y A. Nores^a

^aCentro de Salud de Serra de Outes, A Coruña. ^bCentro de Salud Pobra do Caramiñal, A Coruña, en representación del Grupo Barbanza.

Fundamento:

Estudio transversal realizado en Atención Primaria, que pretende conocer la situación de las enfermedades cardiovasculares.

Métodos:

Se registraron de forma prospectiva, datos demográficos, clínicos, tensionales y terapéuticos, de 6.325 pacientes durante un período de dos meses por 21 médicos.

Resultados:

El 31% de la muestra total tenía hipertensión arterial, el 13,4% antecedentes de cardiopatía. La hipertensión acompañaba al 71% de los pacientes con insuficiencia cardíaca, al 69% de la cardiopatía isquémica (angina e infarto de miocardio) y al 67% de los pacientes con fibrilación auricular.

Más del 50% de los hipertensos con cardiopatías (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y fibrilación auricular) mostraban valores de presión arterial sistólica iguales o mayores de 140 mmHg. El 90% de los pacientes con cardiopatía isquémica mostraba valores de colesterol LDL superiores a 100 mg/dl y del 65% superiores a 130 mg/dl.

El 54,8% de los pacientes con insuficiencia cardíaca recibía un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, el 27,2% de los pacientes con cardiopatía isquémica estaba tratado con un betabloqueante y el 32% de los pacientes con fibrilación auricular estaban anticoagulados.

Conclusiones:

La insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, y fibrilación auricular se asocian en gran frecuencia con hipertensión arterial. El control tensional de los hipertensos cardiopatas es muy limitado. El empleo de fármacos de indicación obligada en hipertensos con cardiopatías es escaso.

Es necesario promover estrategias de información y coordinación entre la asistencia primaria y especializada para mejorar la asistencia de pacientes con enfermedades cardiovasculares.

ESTUDIO NUTRICIONAL. COMPORTAMIENTO DE VARIOS PARÁMETROS ANTE LA DESNUTRICIÓN. ¿COLESTEROL BAJO ES UN RIESGO?

M. Durán Serantes^a, M^aR. Martínez Guillen^b, M. Jiménez Sánchez^c, A. Gordón del Río^d y E. Arévalo Jiménez^d

Z.B.S. La Carlota, Córdoba. Z.B.S. la Rambla. DCCU, Montilla. H.U. Reina Sofía, Córdoba.

Introducción:

La desnutrición en nuestros pacientes se presenta de forma habitual no siendo detectada en numerosas ocasiones. En trabajos en pacientes ingresados oscilan entre el 15% y 80%.

Objetivo:

El objeto de este trabajo es evaluar el estado nutricional de los pacientes con patologías diversas en Atención Primaria y que presentan cuadros agudos que precisan ingreso hospitalario de forma urgente.

Material y método:

De forma prospectiva y aleatoria se realiza la selección de los 209 pacientes con una prevalencia estimada de 44% y nivel de confianza P menor de 0,05. Se realiza el estudio nutricional mediante pruebas antropométricas, hematológicas y bioquímicas antes de transcurrir 24 horas de su ingreso. Para el diagnóstico nutricional se utiliza el método de Chang que clasifica a nuestros pacientes en los diversos tipos de estados nutricionales. Normal, obeso y desnutrido. Se realiza el seguimiento de las estancias generadas y su relación con los niveles de colesterol al ingreso. Se comparan diversos parámetros entre desnutridos y no desnutridos. T student.

Resultados:

En nuestro estudio un 29,1% de los pacientes tienen un estado nutricional normal. Un 21,1% de ellos son obesos y el 49,8% de los enfermos se encuentran desnutridos. La situación nutricional normal genera estancias del 42,60% menores de 4 días, mientras que solo el 24,03% de los pacientes desnutridos tienen esta estancia. La media del colesterol de los pacientes con estancia menor es de 4 días fue de 180 mg/dl mientras que las estancias de los pacientes con más de 7 días fue de 169 mg/dl. Los pacientes que fallecieron cifras de media de 142 mg/dl de colesterol. Se detectan además otros parámetros con t student nivel de asociación <0,05.

Discusión y conclusiones:

En nuestro estudio los desnutridos tienen una mortalidad mayor que los pacientes con situación nutricional normal u obesa. Se detectó esta situación en el 49,8% de los pacientes. Las cifras medias de colesterol al ingreso se relacionan de forma inversa al tiempo de estancia y mortalidad. Cifras inferiores a 150 mg de colesterol se asocian a mayor número de complicaciones.

IMPACTO DE LA HIPERTENSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

O. García Vallejo^a, O. Vegazo^b, E.J. Jiménez^b, J.A. Santos^a, F.J. Alonso^a y J.V. Lozano^a

^aGrupo HTA SEMERGEN. ^bDepartamento Médico Astrazeneca. Madrid.

Fundamentos:

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) constituye el último objetivo de todas las intervenciones sanitarias. Los pacientes con Diabetes Mellitus (DM) tienen una peor CVRS que la gente sin enfermedades crónicas. El objetivo del estudio fue estudiar la CVRS de pacientes con DM atendidos en el ámbito de la Atención Primaria y la influencia que la Hipertensión Arterial (HTA) pueda tener en dicha CVRS.

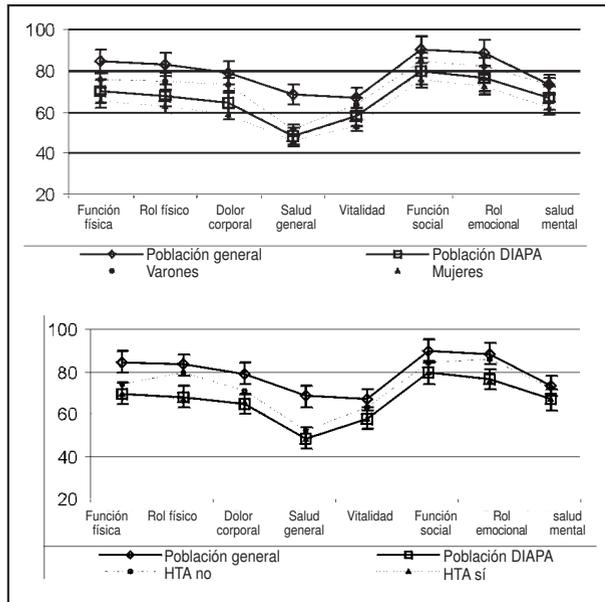
Métodos:

Estudio de corte transversal y multicéntrico. Se incluyeron 888 diabéticos con edad media de 64,8 ± 11,8 años (IC 95%: 63,9-65,5). Para la medición de la CVRS se utilizó el cuestionario SF-36 en su versión validada al español. El cuestionario está compuesto de 36 ítems, agrupados en 8 dimensiones. Los ítems se transformaron en una escala desde 0 (el peor estado de salud) hasta 100 (el mejor estado de salud), como se describe en el manual de puntuación e interpretación del SF-36. Para el diagnóstico de HTA se siguieron criterios del VI-JNC (PA ≥ 130/85 mmHg). Los datos se procesaron con el paquete estadístico SPSSWIN 10.0.

Resultados:

El 91,1% (n=797) de los pacientes eran DM tipo 2 y el 57,8% (n=512) eran mujeres. El 66,7% (n=593) de los diabéticos tenían

HTA conocida y solamente el 13,6% tenían la PA controlada (<130/85 mmHg). La CVRS de los diabéticos fue significativamente menor en los 8 dominios del SF-36 en comparación con los valores de referencia de la población española ($p < 0,0001$). Las mujeres diabéticas (frente a hombres, $p < 0,001$) y los diabéticos hipertensos (frente a diabéticos no hipertensos, $p < 0,001$), tuvieron peor CVRS en todos los dominios del SF-36



Conclusiones:

La diabetes supone un impacto negativo sobre la CVRS, siendo este impacto significativamente mayor en las mujeres y en los diabéticos con hipertensión arterial asociada.

¿CUÁL ES EL RIESGO CARDIOVASCULAR DE NUESTROS HIPERTENSOS?

F. Carbonell Franco, F. Ramón Carretero y F. Martínez Ques

Centro de Salud de Mislata. Valencia.

Fundamentos:

El cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) como guía para modular la intervención médica en los pacientes hipertensos es una necesidad ampliamente reconocida. Sin embargo creemos que esta práctica aún no se ha extendido en las consultas de Atención Primaria (AP).

Objetivos: Estimar el RCV de los hipertensos de un cupo médico atendidos en consulta programada.

Métodos:

Diseño: descriptivo transversal.

Ámbito: centro de salud urbano.

Sujetos: hipertensos, con edades entre 30 y 74 años, incluidos en programa de HTA durante los años 2000-2001, excluyendo pacientes con evento cardiovascular previo. Registramos sus factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Método: mediante el programa informático CRC (Salvador Lou Arnal-Semergen-BMS-2001) calculamos el RCV, y el riesgo comparado (RC: RCV que correspondería suprimiendo los FRCV). Valoramos el exceso de riesgo calculando el riesgo relativo (RR: razón entre RCV y RC). Asentamos los datos en una base Access y los analizamos con SPSS.

Resultados:

Muestra: compuesta de 71 mujeres y 88 varones, edad media 57,5 años. Un 20,8% son fumadores, el 23,3% diabéticos, y sólo el 3,1% presenta HVI.

Riesgo cardiovascular: el RCV medio es 17,4 (IC95% 15,8-19,0), doble del previsto para muestras similares sin FRCV (RR medio 2,3 IC95% 2,1-2,5). Como esperábamos el RCV es mayor en varones que en mujeres, y aumenta con la edad. No observamos diferencias significativas en el RR por sexos, ni incremento con la edad. Tabaquismo y diabetes mellitus aumentan significativamente el RCV y el RR.

Conclusiones:

El RCV de nuestros hipertensos es similar al descrito previamente en la literatura. El programa CRC constituye una buena herramienta para generalizar el cálculo del RCV en las consultas de AP.

ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EXACERBACIÓN AGUDA DE LA BRONQUITIS CRÓNICA CON TELITROMICINA O CEFUROXIMA-AXETILO

Fundamentos:

Se hizo un análisis farmacoeconómico para comparar la eficiencia de dos tratamientos en la exacerbación aguda de la bronquitis crónica (EABC): telitromicina y cefuroxima-axetilo.

Métodos:

Análisis retrospectivo, modelizado mediante un árbol de decisiones. La eficacia de los tratamientos se estimó a partir de un ensayo clínico, aleatorizado y doble ciego, en el que se compararon 800 mg/día (5 días) de telitromicina con 1.000 mg/día (10 días) de cefuroxima-axetilo en pacientes con EABC (140 y 142, respectivamente). La utilización de recursos se estimó a partir del ensayo clínico y de fuentes españolas y los costes unitarios mediante una base de datos de costes sanitarios. El modelo fue validado por un panel de expertos clínicos españoles.

Resultados:

Debido a que el ensayo clínico se diseñó para demostrar equivalencia, no hubo diferencias significativas de eficacia entre los tratamientos (con una tasa de curación clínica del 86,4% y el 83,1%, respectivamente) por lo que se hizo un análisis de minimización de costes. En el caso básico, el coste medio de la enfermedad por paciente fue de 174,83 Euros con telitromicina y de 194,68 Euros con cefuroxima-axetilo (diferencia de 19,85 Euros). Los resultados fueron estables en el análisis de sensibilidad, con diferencias favorables a telitromicina que oscilaron entre 18,04 y 22,25 Euros.

Conclusiones:

Con telitromicina se podrían ahorrar hasta 22 Euros por paciente con EABC, con comparación con cefuroxima-axetilo.

OSTEOPOROSIS EN MUJERES Y NIVEL EDUCATIVO

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

Centro de Salud Algemesí. Centro de Salud Pública Valencia.

Fundamento:

Clásicamente la osteoporosis se asocia a la edad y los cambios hormonales derivados de la menopausia. No obstante otros factores como la capacidad de autocuidados debe influir en su evolución natural.

Objetivo: determinar si el nivel educativo se halla asociado a la densidad ósea.

Método:

Estudio descriptivo. **Población:** mujeres residentes Áreas de Salud 10-11-13, obtenidas del Sistema Información Poblacional (Conselleria Sanidad. Comunidad Valenciana). Tamaño muestral calculado a partir de prevalencia de osteoporosis estimada para España, se asignó por municipios, seleccionándose 21 Centros Atención Primaria. Densitometría por analizador ultrasónico de contacto en calcáneo.

Estadísticos: chi-cuadrado, "t"-student, correlación Pearson y test linealidad.

Resultados:

Media DMO: 73,13 unidades BUA. El nivel educativo presentó media de 68,73 BUA (Sd: 14,84) en el grupo sin estudios y de 76,82 (Sd: 17,37) en el más elevado. La correlación nivel educativo y BUA presentó R: 0,1467, "t"-student: 3,316 y $p < 0,001$. Las mayores diferencias se observan en el grupo de edad 45-49 (sin estudios presentan valores proporcionalmente más bajos respecto de los niveles educativos superiores). Se establece clara linealidad para el nivel de estudios en todos los grupos de edad (F: 4,52; $p = 0,0038$).

Conclusiones:

La edad constituye el elemento determinante de la osteoporosis. No obstante consideramos que la aceleración en la pérdida de masa ósea se halla condicionada, también, por factores sociales y educativos que sí son modificables. Lo que hará operativas acciones de educación sanitaria tendentes a la prevención en edades premenopáusicas.

PREVALENCIA DE OSTEOPENIA-OSTEOPOROSIS EN POBLACIÓN SANA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA DE 45 A 69 AÑOS

S. Muñoz Gil, F.J. Roig Sena, P. Muñoz Mira, M^aJ. Trull García, P. Martínez Martínez y M. Guillem Machi

Centro de Salud Lluxent. Centro de Salud Moixent. Centro Salud Pública Valencia.

Fundamentos:

El incremento de la esperanza de vida plantea la necesidad de adecuar los cuidados médicos a patologías o carencias biológicas que considerábamos "naturales" y ligadas a la edad. Objetivo: determinar Prevalencia de Osteopenia/Osteoporosis en mujeres sanas de 45-69 años.

Métodos:

Estudio descriptivo. *Población:* mujeres residentes Áreas de Salud 10-11-13, obtenidas del Sistema Información Poblacional (Conselleria Sanidad. Comunidad Valenciana). Tamaño muestral calculado a partir de prevalencia de osteoporosis estimada para España, se asignó por municipios, seleccionándose 21 Centros Atención Primaria. Densitometría por analizador ultrasónico de contacto en calcáneo.

Clasificación cualitativa comparando la desviación típica (DT) de Densidad Mineral Ósea (DMO) respecto a media de referencia de mujeres adultas jóvenes.

- Normal: DMO < 1 DT por debajo referencia.
- Osteopenia: DMO entre -1 y -2,5 DT por debajo referencia.
- Osteoporosis: DMO -2,5 DT o más por debajo de referencia.
- Osteoporosis grave: osteoporosis con una o más fracturas por fragilidad.

Resultados:

	45-49 (%)	50-54 (%)	55-59 (%)	60-64 (%)	65-69 (%)	Prevalencia (%)
Normal	61,5	48,5	38,1	28,7	21,4	46,7
Osteopenia	32,6	42,1	44,3	44,2	39,3	38,9
Osteoporosis	5,3	8,6	15,9	19,4	21,4	11,1
Riesgo Fract.	0,5	0,9	1,7	7,8	17,9	3,2
Muestra	377	233	176	129	84	999

Conclusiones:

Debería adoptarse medidas preventivas que permitieran atajar el problema de salud pública que supone una población de 45 años con un 47% de osteopenia/osteoporosis y que, a largo plazo, consiguiera disminuir la elevada prevalencia (17,9%) de mayores de 64 años con alto riesgo de fractura.

EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON DEPRESIÓN TRATADOS CON VENLAFAXINA RETARD.TESEO 5000

E. Baca Baldomero^a, S. Cervera Enguix^b, A. Fernández Velasco^c, R. Prieto López^c, Grupo de Estudio Teseo 5000

^aDepartamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universitaria, Universidad de Navarra. ^bServicio de Psiquiatría, Hospital Puerta de Hierro, Madrid. ^cDepartamento Médico Wyeth.

Introducción y objetivos:

Tanto la ansiedad como la depresión son los trastornos mentales que con mayor frecuencia son motivo de consulta en Atención Primaria (AP). En más del 50% de casos, los pacientes experimentan una combinación de síntomas de ansiedad dentro de un cuadro de enfermedad depresiva. El objetivo de este estudio consiste en valorar la evolución de los síntomas de ansiedad, en pacientes ambulatorios con depresión mayor, asistidos en centros de AP de todo el territorio nacional, que reciben tratamiento con venlafaxina retard (VR) durante 24 semanas.

Material y métodos:

Se elaboraron un protocolo y un cuaderno de datos que recogía aspectos de la historia clínica, exploración, valoración de la depresión mayor, mediante la Escala de Hamilton para la Depresión (HAM-D) y la impresión clínica global y se distribuyó en los 882 centros de AP que aceptaron participar en el estudio. Se recogieron datos de 4.320 pacientes de forma prospectiva, con diagnóstico de depresión mayor, que recibieron VR durante 24 semanas con evaluaciones en las semanas 4, 8 y 24.

Resultados:

Inicialmente, el 67,8% de los pacientes presentaban de moderada a intensa ansiedad psíquica (ítem 10 de la Escala HAM-D), reduciéndose de forma significativa ($p < 0,0001$) hasta un 5,2% a las 24 semanas del comienzo del tratamiento con VR. Del mismo modo, la ansiedad somática (ítem 11 de la Escala HAM-D), de moderada a intensa, se encontraba presente en el 60,9% al comienzo del tratamiento, disminuyendo dicho porcentaje, de forma significativa ($p < 0,0001$) hasta sólo un 5% al final del mismo.

Conclusiones:

Venlafaxina retard es una terapia efectiva en el control de los síntomas de ansiedad, en pacientes con depresión mayor asistidos en centros Atención Primaria.

EFFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD DEL IBUPROFENO-ARGINATO EN EL TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA PRIMARIA

C. Castelo-Branco, J. Manasanch, G. Casals y J. Haya, por el grupo de estudio IADP

Fundamentos:

El ibuprofeno-arginato (IA) presenta una mayor rapidez de absorción que el ibuprofeno (I), obteniéndose mayor rapidez analgésica y superior tolerabilidad gastrointestinal que el I. El objetivo del estudio es valorar la efectividad y tolerabilidad del IA en el tratamiento de la dismenorrea primaria (DP).

Métodos:

Estudio observacional, multicéntrico, longitudinal, prospectivo y abierto. Las pacientes seleccionadas, 1.039 mujeres afectas de DP en consulta ambulatoria y con un seguimiento de 3 ciclos menstruales consecutivos, fueron tratadas con una dosis de 600 mg de IA al iniciarse el dolor (dosis máxima diaria de 2.400 mg según sintomatología) y registraron la evolución de la intensidad del dolor por medio de una escala analógica visual. La variable principal fue la seguridad y tolerabilidad. También se valoraron: necesidad de medicación concomitante y afectación de la actividad laboral o estudiantil a causa del dolor.

Resultados:

De las pacientes incluidas, 838 fueron evaluables para eficacia y 854 para tolerabilidad. De éstas, 38 mujeres (4,4%), de las que 30 recibieron otros fármacos, presentaron algún acontecimiento adverso, mayoritariamente de tipo gastrointestinal, de intensidad leve o moderada.

El 82,2% y el 97,6% de las pacientes refirió alivio del dolor a los 15 y 30 minutos, respectivamente, de la primera toma de IA ($p < 0,001$). El absentismo laboral y/o estudiantil se redujo del 39% al 22% de los casos ($p < 0,001$).

Conclusiones:

El IA presenta una importante efectividad, reduciendo sensiblemente el período de tiempo de alivio del dolor y la actividad cotidiana perdida por la DP, mostrándose como un tratamiento seguro.

ESTUDIO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN MEDIANTE LA ESCALA DE GOLDBERG(EADG) EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.J. Luque Hernández, E. Márquez Gutiérrez, S. Palma Rodríguez, N. Segura Domínguez, J.M. Ruiz San Basilio y F. Leiva Fernández

Centro de Salud El Palo, Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga. Unidad Docente de MFyC de Málaga.

Objetivos:

1) Estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en la población general de un Centro de Salud. 2) Valoración de factores relacionados.

Material y métodos:

Descriptivo transversal. Muestreo aleatorio simple, 617 sujetos > 18 años (Base de datos informática del Centro de Salud). Escala de ansiedad y depresión de Goldberg(EADG), heteroadministrada, 9 preguntas para cada patología; (probable ansiedad ≥ 4 respuestas afirmativas, probable depresión > 3). Variables independientes: sociodemográficas, antecedentes personales. Análisis estadístico descriptivo, ji-cuadrado, medidas de asociación.

Resultados:

Finalmente entrevistados 252 (40,85%), edad 48,6 (DE 15,8) años, 61,5% mujeres. Perdidos 365 (59,15%); edad 44,9 (DE 16,8) años ($p = 0,000$), 55,9% mujeres, no significativo. Causas de pérdidas: errores base de datos (24,9%), faltan a cita telefónica (24,1%), no acuden a cita por correo postal (22,9%).

Prevalencia de probable ansiedad 33,3% y depresión probable 19,3%. La ansiedad probable se relaciona significativamente con: sexo (40,9% mujeres, 21,1% hombres, $p = 0,001$), OR 2,59 (IC95% 1,4-4,6); edad ($p = 0,012$); estado civil ($p = 0,004$); nivel económico ($p = 0,045$); medicación crónica ($p = 0,035$). No significación con nivel cultural, ningún factor de riesgo cardiovascular excepto obesidad ($p = 0,022$), ni con enfermedades crónicas.

Asociación significativa de probable depresión con: sexo (24,7% mujeres, 10,5% hombres, $p = 0,006$), OR 2,78 (IC95% 1,3-5,8); medicación crónica ($p = 0,00$) y patología osteoarticular ($p = 0,00$). Mayor proporción en separados ($p = 0,07$). No significación con resto de variables.

Conclusiones:

1) Probable ansiedad y depresión de 33,3% y 19,3% respectivamente. Las diferencias en edad de los perdidos puede infravalorar la proporción de ansiedad detectada, más prevalente en jóvenes.

2) Asociación significativa de ansiedad con sexo, edad, estado civil, nivel económico, medicación crónica y obesidad; de depresión con sexo, medicación crónica y patología osteoarticular. Las mujeres presentan riesgo para ansiedad doble que los hombres.

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA SERTRALINA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y/O DIABETES

A. Hormigo Pozo, R. González Delgado, A. Baca Osorio, C. García Ruiz, M. J. Aparicio Cervantes y F. Blanca Barba

Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

Objetivo:

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con sertralina en pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus diagnosticados de depresión.

Material y métodos:

Estudio observacional y prospectivo, de 31 pacientes de ambos sexos que cumpliendo los criterios de inclusión, consultaron en una de las consultas del Centro de Salud Puerta Blanca (Málaga, urbano con 23.568 hab) y que no rechazaron ser incluidos durante 12 meses (septiembre 2000-agosto 2001). Se le administró sertralina 50 mg, recogiendo los datos al inicio, mes y 6 meses de tratamiento de filiación, tiempo de diagnóstico de la enfermedad, tratamiento antihipertensivo y/o diabetes, toma de tensión, bioquímica, realización de ECG, valoración de la depresión mediante Escala de Beck y de interacciones medicamentosas. Se elaboró una base de datos en Dbase III con análisis mediante paquete SPSS con contraste de hipótesis bilateral, asumiendo un error alfa del 5% para todas las pruebas estadísticas.

Resultados y conclusiones:**Tabla 1. Distribución de las características de la muestra**

	Género	Edad	Peso	Talla	Antecedentes personales
Hombre	32,3%	51,26 años	74,96 kg	170,03 cm	HTA 77,4%
Mujer	67,7%	(DE: 12,54)	(DE: 11,75)	(DE: 8,2)	DM-1 9,7%
					HTA+DM 2 12,9%

Tabla 2. Variables presión arterial y electrocardiograma

Registro	Inicio estudio	Final estudio	Sig. estadística
PAS (mmHg) ¹	139,19 \pm 11,48	136,77 \pm 9,79	0,177
PAD (mmHg) ¹	85,06 \pm 10,68	82,74 \pm 6,81	0,113
ECG normal (%pacientes)	67,7%	67,7%	N.S.

¹ Los valores se expresan como media \pm desviación estándar.

Entre las conclusiones del estudio están: 1º) No se produjeron durante el tratamiento con sertralina modificaciones de la presión arterial ni del ECG. 2º) Los parámetros bioquímicos de los pacientes no sufrieron modificaciones durante el mismo, reseñando una disminución de los niveles finales de glucemia capilar en el grupo de diabéticos tipo 1. 3º) No aparecieron interacciones medicamentosas en los pacientes del estudio que se trataban con insulina, antidiabéticos orales y/o antihipertensivos. 4º) Aparición de efectos secundarios en el 12,9% de tipo leve y pasajero no precisando suspensión del tratamiento. 5º) Mejoría estadísticamente significativa de los síntomas depresivos subjetivos medidos a través de la Escala de Beck.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL CONTENIDO DE SACAROSA, SODIO Y LACTOSA EN LOS EXCIPIENTES DE LOS FÁRMACOS ORIGINALES FRENTE COPIAS Y GENÉRICOS

J.M. Andrade, G. Prats^a, C. Garcés^a, T. Durante^a, A. Muñoz^a y M.V. Alcaraz^a

Centro de Salud Trinidad.^a Centro de Salud Miraflores.

Fundamentos:

Desde la masiva aparición de las copias de medicamentos y de las especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) han aparecido gran

cantidad de preparados en los que se "garantizan" o se supone la bioequivalencia de los principios activos. Sin embargo, no se conocen en la mayoría de los casos los excipientes que contienen dichos preparados. Estos excipientes pueden hacer que cambien las características del fármaco y pueden repercutir en otras patologías concomitantes del paciente, como es el caso de la sacarosa, sodio y lactosa. Este estudio pretende dar a conocer qué fármacos copias o genéricos, conteniendo el mismo principio activo y con la misma presentación, contienen o no estas sustancias en sus excipientes.

Métodos:

Se ha elaborado un estudio descriptivo en el que se han comparado las fichas técnicas de los medicamentos originales frente a copias frente a EFG del mismo principio activo e igual presentación. Se han estudiado diversas sustancias de los grupos terapéuticos más utilizados en los pacientes diabéticos, como son:

- Antihipertensivos : captopril/ enalapril/ atenolol/ doxazosina.
- Hipolipemiantes: simvastatina/ lovastatina/ gemfibrozilo.
- SNC: fluoxetina/ alprazolam/ zolpiden/ zopiclona/ lormetazepam.

Resultados:

Por determinar.

Conclusiones:

Esperamos determinar qué fármacos conteniendo el mismo principio activo y con la misma presentación pueden ser intercambiados con seguridad para los enfermos sin que les repercuta en otras patologías concomitantes.

PERFIL DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS EN EL RESFRIADO COMÚN

M. Gentil Adarve

Consultorio Local Montejicar. Granada.

Objetivos:

Conocer las características de la prescripción en casos diagnósticos de resfriado común.

Métodos:

Composición y grupo terapéutico de los medicamentos prescritos en los casos de catarro común. Las estimaciones se dan con un intervalo de confianza del 95%.

Diseño:

Transversal de tipo multicéntrico.

Sujetos:

Muestra, estratificada por cupo, de los casos diagnosticados de catarro común en sujetos sin enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía, ni inmunodepresión de base.

Ámbito de estudio:

Muestra aleatoria de un Centro de Salud.

Resultados:

La prescripción de monofármaco se realiza en el 33,5% ($\pm 5,6$) de los tratamientos. En este caso los medicamentos más utilizados han sido los antibióticos (34,7% $\pm 6,4$) y los expectorantes (30,2% $\pm 6,4$), seguidos de los antitusígenos (15,8% $\pm 5,4$) y los antitérmicos (10,7% $\pm 4,9$). Los descongestionantes nasales tópicos se utilizaron en una menor proporción (3,2% $\pm 2,9$). En los casos de polifarmacia las combinaciones más utilizadas incluyen expectorantes y antibióticos con otros fármacos o entre sí (81,2% $\pm 5,1$), seguidos de los antitérmicos junto con otros fármacos (9,2% $\pm 3,1$).

Conclusiones:

La elevada proporción de prescripciones no indicadas (antibióticos), así como de medicamentos de utilidad terapéutica baja (expectorantes) en una enfermedad tan frecuente en Atención Primaria y en apariencia sencilla como es el catarro común implica un gasto sanitario ineficiente, el riesgo de efectos colaterales y el incremento de las resistencias bacterianas. Deberíamos de evaluar la política de prescripción de antibióticos en nuestro centro de salud.

PATRÓN BIOQUÍMICO EN EL TRATAMIENTO CON EL INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS) - SERTRALINA

J. Espinosa Freire, P. Pérez Ortín y J.M. Sáez Pérez

Centro de Salud Malvarrosa. Valencia.

Objetivos:

Comparar las determinaciones en sangre de urea, creatinina, aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT), fosfatasa alcalina (FA) y gammaglutamiltranspeptidasa (GGT) en pacientes con depresión leve-moderada, antes y después de ser tratados 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:

Determinaciones en sangre de urea, creatinina, AST, ALT, FA y GGT antes y después del tratamiento con sertralina. El tratamiento se inició con 50 mg, ajustando la dosis durante el estudio 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
AST antes	25,6316	7,2127	1,1701
AST después	26,6053	5,5873	0,9064
ALT antes	26,7632	6,4155	1,0407
ALT después	25,8684	7,2342	1,1735
FA antes	188,7105	22,4763	3,6461
FA después	187,4211	18,9189	3,0691
GGT antes	27,7368	9,9422	1,6128
GGT después	26,4737	6,5625	1,0646
Urea antes	29,7895	8,0107	1,2995
Urea después	28,8158	6,6286	1,0753
Creatinina antes	0,9053	0,1888	3,063E-02
Creatinina después	0,9026	0,1867	3,029E-02

La prueba T para muestras relacionadas no encontró diferencias significativas ($p > 0,1$) en las mediciones antes-después de las variables en estudio. Tampoco hubo diferencias entre los 4 grupos (según dosis).

Conclusiones:

La utilización del fármaco sertralina es segura a nivel bioquímico, con una incidencia nula en nuestro estudio de alteraciones de la bioquímica hepática y renal.

PATRÓN ELECTROCARDIOGRÁFICO EN EL TRATAMIENTO CON EL INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS) - SERTRALINA

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

Centro de Salud Malvarrosa. Valencia.

Objetivos:

Comparar las mediciones de la frecuencia cardíaca, intervalo PR, complejo QRS e intervalo QT en pacientes antes y después de ser tratados con el fármaco ISRS sertralina.

Diseño:

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

Sujetos:

Treinta y ocho pacientes con criterios de episodio depresivo mayor tratados con sertralina durante 12 meses.

Ámbito:

Centro de salud urbano.

Intervención:

Realización de electrocardiograma (ECG) y medición de frecuencia cardíaca (FC), intervalo PR, complejo QRS, intervalo QT y existencia de arritmias antes y después del tratamiento con sertralina. El tratamiento se inició con 50 mg, ajustando la dosis durante el estudio según la evolución a 25 mg, 75 mg ó 100 mg.

Resultados:

Los datos descriptivos relevantes se muestran en la tabla siguiente:

	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza 95%
FC antes	77,5263	5,66	0,91	75,6642 - 79,3884
FC después	77,7368	6,4460	1,0457	75,6181 - 79,8556
PR antes	0,1584	2,563E-02	4,158E-03	0,1500 - 0,1668
PR después	0,1537	2,716E-02	4,405E-03	0,1448 - 0,1626
QRS antes	0,432	0,158	2,561E-02	0,380 - 0,483
QRS después	0,4000	0,1740	2,822E-02	0,3428 - 0,4572
QT antes	0,3079	3,206E-02	5,201E-03	0,2974 - 0,3184
QT después	0,3163	3,444E-02	5,587E-03	0,3050 - 0,3276

La prueba T de comparación de medias para muestras relacionadas no encontró diferencias significativas ($p < 0,001$) en las mediciones antes-después de las variables en estudio.

Conclusiones:

La utilización del fármaco sertralina es segura a nivel cardiovascular, con una incidencia nula en nuestro estudio de arritmias y de alteraciones en las mediciones de los intervalos PR, QT, complejo QRS y FC.

CONTROVERSIA EN LAS DIFERENTES MEDIDAS DE CRIBAJE EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

S. Hernández Sánchez y M. Abad Hernández^a

Unidad Docente de MF y C. Salamanca. *“Servicio de Anatomía Patológica, Biología Celular y Patología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.”*

Fundamentos:

La controversia desatada en torno a la validez del *screening* mamográfico y las edades que debería cubrir ha suscitado la revisión de casos bajo cribado mamográfico por numerosos autores en el deseo de conocer si la mamografía es una técnica necesaria en el diagnóstico precoz del cáncer de mama que permita aplicar en cada caso particular los protocolos terapéuticos adecuados con el fin de disminuir la mortalidad por cáncer de mama y aumentar la supervivencia.

Objetivo:

¿La mamografía es útil en el diagnóstico precoz del cáncer de mama?

Métodos:

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Ámbito de estudio: Hospital Universitario de Salamanca.

Sujetos: 159 pacientes con el diagnóstico anatomopatológico de cáncer de mama.

Mediciones: mediante el paquete estadístico SPSS 10.0 se determinó la distribución en frecuencia del comienzo clínico y/o mamográfico de lesiones sospechosas de malignidad, así como, la relación entre la medida de cribaje preventiva utilizada y la edad al diagnóstico.

Resultados:

En un 69,1% de los casos el comienzo fue a través de la observación de signos de malignidad, palpación de “masa” (lo que no

indica que en todos los casos se realizara de forma reglada una correcta autoexploración mamaria) o síntomas característicos de fases avanzadas del carcinoma mamario. Estas pacientes fueron captadas para la realización de estudio mamográfico y/o ecográfico. De entrada, se incluyeron bajo cribado mamográfico (20,7%) las pacientes sometidas a controles anuales por patología benigna subyacente (principalmente mastopatía fibroquística) (6,3%); bianual por el programa de Prevención de la Junta de Castilla y León (11,3%) y las demandadas en centros privados (3,1%).

Conclusiones:

Resulta obvio el marcado influjo que sobre la captación diagnóstica tiene la propia paciente; lo que plantea, a pesar de la desestimación de la autoexploración mamaria, la promoción de la misma como medida adyuvante en el diagnóstico (“no precoz”) del cáncer de mama. El escaso porcentaje de pacientes captadas por el programa de prevención de la Junta, plantearía estudiar las deficiencias del mismo o la escasa relevancia diagnóstica de la mamografía en la prevención precoz del cáncer de mama.

VALORACIÓN GERIÁTRICA DE UNA POBLACIÓN ANCIANA RURAL

F. Saiz Cáceres e I. Gosálvez Mariño

Centro de Salud Santiago de Alcántara. Cáceres.

Fundamentos:

La valoración geriátrica integral (VGI) es una técnica diagnóstica dirigida a identificar problemas médicos, psicosociales y funcionales en el anciano. El objetivo del estudio es describir la VGI de los mayores de 75 años de una población rural.

Métodos:

VGI de una población de 79 sujetos. Se recogieron: edad, sexo, fragilidad (cuestionario de Barber), nº enfermedades crónicas, nº fármacos, valoración funcional (Barthel, Lawton, movilidad), valoración psíquica (Pfeiffer, ánimo), problemática social, déficit auditivo y visual, incontinencia urinaria, caídas, ingresos hospitalarios y valoración nutricional.

Resultados:

Edad media 80,62 (DE 4,32), mujeres 59,5%, ancianos frágiles 75,9%, nº enfermedades crónicas 2,71 (DE 1,32), nº fármacos 3,18 (DE 2,07), Barthel 96,01 (DE 7,09), Lawton 5,73 (DE 2,41). Movilidad: 69,6% autónomos, 29,1% con bastón y el 1,3% con ayuda. Cognitivo: 75,9% sin deterioro cognitivo, 21,5 deterioro leve y 1,3% moderado. El 31,6% se sentían deprimidos. El 26,6% vivían solos y el 25,3% no tenía apoyo familiar. Déficit visual 53,4%, déficit auditivo 41,4%, incontinencia urinaria 39,2%, caídas 25,6%, hospitalización último año 16,2%. Riesgo de malnutrición 31,2% y mal estado nutricional 2,6%.

Conclusiones:

Los ancianos de nuestro medio tienen edad avanzada, la mayoría son frágiles, presentan grado leve de incapacidad funcional, polimedicación, pluripatología y diversos síndromes geriátricos: déficits auditivos y visuales, caídas, incontinencia urinaria, malnutrición y problemática social. La VGI permite detectar problemas no diagnosticados previamente y facilita una terapéutica más acertada para evitar la yatrogenia.

MUJER POSTMENOPÁUSICA: ¿ESTÁ USTED EN RIESGO DE SUFRIR OSTEOPOROSIS?

J.F. Pastor Oliver y J.M. Hernández Ramos

Centro de Salud de Xàbia. Alicante.

Objetivo:

Identificar mujeres postmenopáusicas con riesgo de sufrir osteoporosis.

Métodos:

Realizamos un estudio observacional en la que se incluyeron 146 pacientes, seleccionadas mediante muestreo consecutivo de las mujeres postmenopáusicas (MPM) que acudieron sucesivamente a nuestra consulta de Atención Primaria, demandando asistencia médica por cualquier motivo, durante un período de tres meses. Fueron excluidas las mujeres con demencia, dificultad idiomática y las que no quisieron participar en el estudio. Se diseñó una ficha epidemiológica para la recogida de los datos y se les pasó el test "IOF One-Minute Osteoporosis Risk Test".

Resultados:

Fueron excluidas 32 pacientes. La muestra final quedó configurada con 114 pacientes. Edad media: 64 ± 11 años (rango: 36-90). Un 35,09% de las MPM tuvieron una menopausia precoz, un 26,3% refirieron una historia familiar previa de osteoporosis, un 12,28% de los familiares de primer grado habían sufrido una fractura osteoporótica previa, un 10,53% fumaban ≥ 20 cigarrillos/día y un 8,77% habían sufrido una fractura traumática previa, habían disminuido ≥ 3 cm su talla o habían permanecido amenorreicas ≥ 12 meses que no fuera por embarazo. Por otra parte, un 79,67% de dichas mujeres no habían recibido ningún consejo ni atención médica previa sobre osteoporosis.

Conclusiones:

Un alto porcentaje de las mujeres postmenopáusicas en nuestro medio tienen factores de riesgo de osteoporosis, sin embargo, en su mayoría, no son conocedoras de ello. Disponemos de herramientas sencillas y fáciles de aplicar para identificar y poder tratar a estas mujeres.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL DETERIORO COGNITIVO DE DIABÉTICOS EN UNA ZONA RURAL

R. Arrebola Bolaños y M^aA. Ruiz Castillo

Consultorio Villanueva del Rosario. Málaga.

Introducción - objetivos:

Se pretende describir los casos de deterioro cognitivo en una población diabética rural.

Material y método:

Se realiza estudio descriptivo de deterioro cognitivo en una población diabética rural, valorando en los 104 adscritos al programa de diabetes del Centro de Salud el resultado del *Mini-Mental Test* (FOLSTEIN ET ALL, 1975) y relacionándolo con la edad, sexo, Hgb glucosidada, nivel de estudios y presentación de otras patologías.

Diagnóstico de deterioro cognitivo: M - M $\leq 28 \leq 65$ años
M - M $\leq 24 > 65$ años

Resultados:

Número de individuos estudiados 104. Mujeres 50. Varones 54. Mayor de 65 años 61. 65 años o menos 43. M-M normal 79. Deterioro cognitivo 25.

	Total	Varón	Mujer	Analfab.	Estudios	Patolog.	Sin patol.	Glucos?7	Glucos<7
Det.Cognit. ≤ 65 años	9	6	3	8	1	8	1	6	11
Det.Cognit. > 65 años	16	1	15	15	1	14	2	3	5

Discusión-conclusiones:

Es más frecuente, en general, la normalidad en cuanto a deterioro cognitivo siendo más prevalente el deterioro cognitivo en mujeres mayores de 65 años y varones mayores de 65 años, en analfabetos, en pacientes con patologías acompañantes y en pacientes con hemoglobina glucosidada 7 o mayor de 7.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS Y TRASTORNOS MENTALES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD, EDAD, SEXO, LUGAR DE RESIDENCIA Y PROFESIÓN

M.T. Peñuela Ruiz, A.M. González Álvarez y F.J. Martín Fajardo

Centro de salud de Villanueva de la Concepción. Málaga.

Objetivos:

Determinar prevalencia de patología psiquiátrica y trastornos mentales, según tipo de enfermedad, edad, sexo, lugar de residencia y profesión.

Métodos:

Estudio descriptivo observacional de una población rural de 3.800 habitantes, recogiendo un total de 183 casos.

Resultados:

Hay un total de 183 casos patológicos detectados (4,81% de la población). De ellos el 71,5% son mujeres y el resto varones.

Las edades están comprendidas desde 0 a >80 años. El mayor porcentaje de patología está en el tramo de 51 a 70 años, predominando siempre en mujeres.

Hay 45 pacientes que residen en diseminados (36 mujeres).

Hay 65 pacientes pensionistas, 43 trabajadoras de cooperativa textil, 43 amas de casa y el resto en varias profesiones.

La patología más frecuente es la depresión (36,6%) con mayoría femenina; le siguen la depresión mayor, demencia, ansiedad-depresión, ansiedad y la esquizofrenia.

Conclusiones:

La patología predomina en mujeres entre 50 y 80 años.

La depresión mayor y menor son las más frecuentes, seguida de ansiedad-depresión y la ansiedad que se da más en mujeres al igual que fobias y la anorexia.

En el varón predomina alcoholismo, celotipias, esquizofrenia, psicosis e hipocondría.

La esquizofrenia se distribuye en 3 familias, debido a la consanguinidad existente.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN MAYOR TRATADOS CON VENLAFAXINA RETARD. ESTUDIO TESEO 5000

S. Cervera Enguix^a, E. Baca Baldomero^b, R. Prieto López^c, A. Fernández Velasco^c, Grupo de Estudio Teseo 5000

^aDepartamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universitaria, Universidad de Navarra; ^bServicio de Psiquiatría Hospital Puerta de Hierro, Madrid ^cDepartamento Médico Wyeth.

Introducción y objetivos:

La calidad de vida es un aspecto importante a tener en cuenta en el tratamiento de los pacientes con depresión, al deteriorarse a nivel personal y afectar al entorno familiar, laboral y social. En este estudio se plantea el impacto del tratamiento con venlafaxina retard (VR) sobre la calidad de vida de los pacientes con depresión mayor que acuden a las consultas ambulatorias de Atención Primaria (AP) de todo el territorio nacional.

Material y métodos:

Se recogieron datos del grado de calidad de vida, mediante la versión española autorizada de S. Cervera, N. Ramírez y N. Girala (Clínica Universitaria de Navarra) de la Escala de Calidad de Vida para la Depresión de Hunt y McKenna (1992), así como la evolución de la depresión mediante la Escala de Hamilton para la Depresión de 17 ítems (HAM-D), de una muestra de 4.320 pacientes con diagnóstico de depresión mayor, que acudieron a las consultas de 882 centros de AP. Además de la evaluación inicial, se realizaron revisiones de la evolución de los pacientes a la 4, 8 y 24 semanas, desde el comienzo del tratamiento antidepressivo.

Resultados:

Partiendo de una media de $24,8 \pm 6,5$ puntos en la Escala de calidad de vida, los pacientes evolucionaron positivamente a lo largo del estudio reduciéndose hasta $5,6 \pm 6,6$ puntos, a las 24 semanas de tratamiento; correlacionándose de forma significativa ($p < 0,01$) con la evolución de la puntuación en la Escala HAM-D (r de Spearman = 0,678).

Conclusiones:

La evaluación de la calidad de vida en los pacientes con depresión mayor es un aspecto importante a la hora de establecer el grado de eficacia del tratamiento instaurado. Venlafaxina retard permite controlar los síntomas de depresión mayor de forma efectiva y segura y contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida en los pacientes que sufren este trastorno.

UTILIDAD DE AZITROMICINA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

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

Urgencias. Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

La antibioterapia que se prescribe en urgencias es generalmente empírica por lo que debe utilizarse un fármaco activo frente a los gérmenes que habitualmente son la causa del proceso infeccioso que hay que tratar. Azitromicina se ha mostrado eficaz en el tratamiento de las infecciones que se suelen presentar en las urgencias extrahospitalarias. Ello, unido a la comodidad de administración, hace pensar que sea un antibiótico muy útil para el manejo de la infección en urgencias extrahospitalarias

Objetivo:

Conocer la eficacia, adherencia al tratamiento y tolerabilidad del tratamiento con azitromicina en las infecciones que se atienden en los servicios de urgencias de Atención Primaria en condiciones de uso clínico habitual.

Métodos:

Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico realizado durante seis meses (diciembre-2000 a junio-2001) con participación de 95

centros de salud. Un día de cada uno de esos seis meses, en cada centro se seleccionaba un enfermo que acudió con carácter urgente y presentaba otitis media, faringoamigdalitis, agudización de bronquitis crónica, neumonía o infección cutánea. No se podían seleccionar más de dos casos con el mismo diagnóstico en cada centro. Los enfermos debían ser mayores de 18 años, expresar su consentimiento informado y no presentar ninguna contraindicación para tratamiento con azitromicina. Las características de cada paciente se recogían en una hoja de recogida de datos y recibían comprimidos de 500 mg de azitromicina por vía oral cada 24 horas, durante 3 días y se hacía un seguimiento a los 10 días (más o menos 3 días).

Resultados:

Se incluyeron 629 enfermos de los que no se pudo hacer seguimiento posterior en 7. Los 622 restantes tenían una edad media de 45 años (entre 18 y 100) y el 52% eran hombres. En el 65% el seguimiento se hizo en consulta y en resto por teléfono. Los resultados de los 621 enfermos en los que se disponía de todos los datos aparecen en la tabla.

	Otitis media	Faringo-amigdalitis	Bronquitis crónica	Neumonía	Inf cutánea	Total
Curación	86,7%	91,7%	54,9%	66,7%	76,4%	475 (76,5%)
Mejoría	12,0%	7,7%	45,1%	30,6%	20,8%	138 (22,2%)
Fracaso	0,7%	0,6%	0%	2,8%	2,8%	7(1,1%)
Cumplimiento						
bueno	99,3%	96,8%	98,6%	97,3%	97,2%	607(97,9%)
Buena tolerancia	95,8%	94,8%	97,9%	95,9%	98,1%	597 (96,4%)
Total	143	156	144	72	106	621

El 98,7% de los enfermos fueron tratados con éxito. En el 3% de los enfermos aparecieron efectos adversos leves, en el 1,5% moderados y en un enfermo grave. Se suspendió el tratamiento (por dolor abdominal) en un enfermo.

Conclusiones:

1) Azitromicina es un antibiótico eficaz en el tratamiento de las infecciones atendidas en las urgencias de primer nivel. 2) La adherencia al tratamiento es excelente. 3) Tiene una buena tolerabilidad, con un 4,5% de efectos adversos, la mayoría leves.