

# PÓSTERS

Jueves, 16 de noviembre

## Sesión 1

Jueves, 16 de noviembre

09.00 h

## ZONA PÓSTERS

(Planta 01 – Pabellón 5 – Centro de eventos)

## Actividades preventivas

### P01 IMPACTO DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (PAPPS): ESTUDIO CUALITATIVO

L. Pérula de Torres, S. Alonso Arias, K. Bauzá Nicolai, M. Iglesias Rodal, J. Morán Pi y M. Martín Rabadán

Grupo de Evaluación del PAPPS. Semfyc-Papps. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

**Objetivos:** Evaluar el impacto del PAPPS en la APS de nuestro país  
**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Cualitativo (matriz DAFO o encuesta autocumplimentada contestada on-line). *Ámbito de estudio:* APS del territorio español. *Sujetos:* Se seleccionaron en base a los siguientes criterios de segmentación: Comunidad autónoma y tiempo de adscripción o conocimiento del PAPPS. Se estimó que con una muestra entre 36-42 participantes podría alcanzarse la saturación de la información. Selección por muestreo teórico, con la representación de profesionales de centros PAPPS, responsables del PAPPS y gestores de APS. *Mediciones e intervenciones:* La valoración de los resultados se hizo teniendo en cuenta las respuestas a las preguntas formuladas, y realizando un análisis cruzado entre fortalezas/amenazas y debilidades/oportunidades

**Resultados:** 62 participantes, el 38,7% en la técnica DAFO y el 61,3% mediante el formulario on line. Los participantes están de acuerdo en que el PAPPS ha tenido una gran influencia en el desarrollo de la APS, en que es fundamental tratar de dinamizar el programa, que la principal debilidad es la escasa implicación con el programa por falta de motivación y desgaste profesional, y que ha contribuido a mejorar la calidad asistencial.

**Conclusiones:** Según los participantes el PAPPS ha contribuido al desarrollo de la APS en nuestro País, dando significado al concepto integrador inherente al modelo de APS. La difusión del programa y la integración en el catálogo de prestaciones de las instituciones sanitarias resulta crucial. El PAPPS ha influido sobre la práctica profesional inculcando una cultura de prevención que antes no existía.

### P02 ESTUDIO DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS RECOMENDADAS POR EL PAPPS EN LA POBLACIÓN GENERAL DE UNA GRAN CIUDAD

J. Díaz Olalla, M. Esteban y Peña, M. Pérez Álvarez, A. Rivero García, F. Gutiérrez Fernández y J. Galván Romo

Grupo de Estudio de Salud de la ciudad de Madrid. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: manueldiazolalla@yahoo.es

**Objetivos:** Conocer la frecuencia de la correcta cumplimentación de algunas actividades preventivas incluidas en el PAPPS según edades y sexos de la población adulta de una gran ciudad, características de los no cumplimentadores y la asociación con algunas variables sociodemográficas.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio transversal descriptivo y analítico mediante Encuesta de Salud sobre población general. *Ámbito de estudio:* Población de una gran urbe. Encuesta en domicilio en los individuos seleccionados sobre cuestionario preestablecido. *Sujetos:* Muestra de 8.504 personas (error muestral de  $\pm 0,7\%$ ) representativa de la población general. *Mediciones e intervenciones:* Análisis descriptivo de las respuestas. La asociación entre variables dependientes de la correcta cumplimentación y los factores sociodemográficos se realiza según un modelo multivariante de regresión logística.

**Resultados:** El 75% y el 74% de la población realiza correctamente controles periódicos de tensión arterial y colesterol recomendados. La frecuencia aumenta con la edad y es más frecuente en las mujeres. No hallamos asociación significativa con la clase social. El 66% de las mujeres mayores de 15 años realiza una revisión ginecológica preventiva al menos una vez cada dos años, siendo mayor la realización al ascender en clase social y nivel de estudios. Una mujer de cada 5 mayores de 45 años no se ha realizado nunca una mamografía. Esto es más común en las de clase social baja. El 62% de las mujeres estudiadas se ha realizado una citología preventiva en los últimos dos años.

**Conclusiones:** Es interesante realizar este tipo de estudios en población general evitando el frecuente sesgo derivado de su realización en individuos institucionalizados.

### P03 PRIORIDAD DE UN PLAN DE PREVENCIÓN PRIMARIA PARA SANITARIOS DE UN ÁREA DE SALUD RURAL (PPPS-ASR)

M. Loira Rua, M. Laguna García del Moral, B. Guitián Pavón y E. Fernández Lagar

Centro de Salud Milladoiro. Santiago de Compostela. Galicia  
Correo electrónico: gctloira@wanadoo.es

**Objetivos:** Conocer la exposición percibida por los sanitarios de variables condicionantes de su salud y del resultado de su trabajo.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* ASR pequeña (80.000 habitantes) con Hospital Comarcal y 14 Centros de Atención Primaria. *Sujetos:* Médicos, Enfermería y Técnicos de Primaria y Especializada. *Mediciones e intervenciones:* Autocumplimentación de cuestionario previamente consensuado y validado en reuniones explicativas en los centros en horario laboral.

**Resultados:** 232 cuestionarios válidos: antigüedad  $12,4 \pm 7,8$  años y 76% de mujeres.

**Antecedentes personales:** Enfermedades mas prevalentes: Lumbalgia y Hernia discal (7,4%), TBP (11%), Ansiedad-Depresión (3,7%).

Ingresos hospitalarios (63%).

I.T. en último año (31%). Accidente Tráfico (21%).

Accidente Laboral (22%).

Inmunizaciones: Hepatitis B (90%), Tétanos (84%), Gripe (34%).

Estado de salud (0-100):  $82 \pm 17$  con 9% menor 50.

Dieta (1-5):  $3,6 \pm 0,9$  con 8,7% mala o muy mala.

IMC: Anorexia (2%), sobrepeso (27%), obesidad (8%).

Insomnio (38%).

Sedentarismo (30%).

Tabaco: Fumador (25%), Ex-fumador (30%). No recibió consejo médico (69%).

Alcohol: Bebedor (94%). Mas 35gr/día (22%).

Cannabis: 23%

Cocaína: 3%

**Trabajo:** Satisfacción laboral (0-100):  $69 \pm 23$ . Satisfechos (78%), Desmotivados (34%).

Causas: burocracia creciente (69%), sobrecarga (63%), insuficiencia retributiva (48%), escaso reconocimiento social (44%), cambios continuos planes (41%), ausencia carrera profesional (38%), falta de retos (37%). Manifiestan haber sufrido Acoso laboral (23%), sexual (3%), desgaste profesional (54%)

Otros: poco apoyo de sus jefes (69%), responsabilidad excesiva (80%), orgullosos de su trabajo (80%)

Manifiestan que la empresa no trata de mejorar su calidad de vida laboral: 90%

**Conclusiones:** Son motivos suficientes para elaborar e implementar PPPPS-ASR cuyo objetivo seria incrementar la salud y la eficiencia laboral de los sanitarios.

## P04 ¿HACEMOS BIEN LA EDUCACIÓN SANITARIA?

C. Cabeza Caixelós, S. Molina Moreno, A. Ribas Batllori, V. Zaborero Bellmunt, E. Juncadella García y L. Mestre Boleda

ABS Centre. L'Hospitalet de Llobregat. Cataluña.

Correo electrónico: cristinacabeza@hotmail.com

**Objetivos:** Estudiar los conocimientos de la población consultante, sobre los problemas de salud más frecuentes en atención primaria.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo, mediante encuesta que se distribuye en la sala de espera durante el mes de abril del 2006. *Ámbito de estudio:* Centro de atención primaria urbano (población adscrita: 34.000 personas). *Sujetos:* 338 encuestas. *Mediciones e intervenciones:* Encuesta autoadministrada y anónima, con 20 preguntas obtenidas de las hojas de información para pacientes de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria, con 2 posibles respuestas, verdadero o falso.

**Resultados:** La edad media es de 47,9 años (DT 18,3), un 65,5% mujeres. La media de aciertos es de 15,4/20 (DT 2,8). Sólo el 7,1% tiene puntuaciones menores o iguales a 10/20. No se han encontrado diferencias significativas por sexo. Se ha encontrado una relación inversa con significación estadística ( $p = 0,034$ ) entre la edad y la puntuación obtenida. Por cada 10 años de edad la puntuación total se reduce 0,2 puntos. Se han agrupado las preguntas en 7 temas. Los conocimientos sobre los temas osteomuscular y cardiovascular son los más escasos en la población encuestada, con un 22,5 y 34,3% respectivamente de respuestas correctas, y contrariamente, las cefaleas y la fotoprotección son sobre los que está más bien informada, con un 91,1 y un 67,5% respectivamente.

**Conclusiones:** La población es permeable a la educación sanitaria que se realiza en atención primaria. Los conocimientos disminuyen con la edad. Se debe insistir en la educación sobre los temas osteomuscular y cardiovascular.

## P05 LA PROMOCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO EN ATENCIÓN PRIMARIA, UNA ACTIVIDAD POCO DESARROLLADA

M. Romaguera Bosch, J. González Ares, H. Lorenzo Ruiz, G. Casas Güell, A. Carcaso Díaz y M. Tarrés Tapia

ABS Morera - Pomar. Badalona Serveis Assistencials Sa. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: Cataluña 28381mrb@comb.es

**Objetivos:** Conocer el registro de la variable ejercicio físico (EF) en las historias clínicas y su prevalencia en horas semana según edad y sexo.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal de datos poblacionales. *Ámbito de estudio:* Cuatro centros de salud urbanos, informatizados, uno de ellos docente. *Sujetos:* Población asignada > 14 años con historia abierta antes de 31/05/2006 (68.055 individuos). *Mediciones e intervenciones:* siguiendo las directrices del programa de actividades preventivas y promoción de la salud (PAPPS) consideramos físicamente activo al individuo que practica al menos tres sesiones semanales de 30 minutos, entre un 65-85% de la frecuencia cardiaca máxima teórica, aconsejando el inicio, mantenimiento o incremento de la actividad según proceda.

**Resultados:** El hábito consta en el 67,9% de historias clínicas (44,41% en la evaluación nacional del PAPPS). El 12% de nuestra población asignada practica ejercicio físico. (11,6% de las mujeres y el 12,4% de los hombres). La media de horas semana dedicadas a practicar EF es inferior en mujeres ( $5,5 \pm 3,9$  horas/semana), que en hombres ( $6,2 \pm 4,3$  horas/semana). Los mayores de 74 años son los más activos (27,2%), seguidos por los comprendidos entre los 65-74 años (26,7%).

**Conclusiones:** Los > 74 años son físicamente los más activos, atribuido al mayor tiempo libre disponible. Preocupa el bajo porcentaje de EF entre adultos jóvenes y mujeres, probablemente por falta de tiempo y de motivación. Proponemos un abordaje conjunto de la promoción de estilos de vida saludables desde las consultas de atención primaria para disminuir el riesgo cardiovascular y mejora de la calidad de vida.

## Alcohol y drogadicción

### P06 EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADICTIVA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO DE BARCELONA

S. González Martínez, L. Alemany Vilches, E. González Plaza, M. Devant Altimir, B. de Pedro Elvira y E. Blat Guimera

CAP Les Corts (gesclinic). Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: sgonzama@clinic.ub.es

**Objetivos:** Determinar La prevalencia de la conducta adictiva en la población atendida de un centro de atención primaria (CAP) urbano.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional, descriptivo y transversal. *Ámbito de estudio:* Revisión mediante consulta automática de 31013 historias clínicas en activo informatizadas, del total de la población activa atendida en un CAP con un nivel socio-económico medio-alto. *Sujetos:* Pacientes con episodios en su historia clínica (6081) de conductas adictivas (Tabaco, alcohol y/ drogas). *Mediciones e intervenciones:* Variables estudiadas: Edad, sexo, tabaquismo, alcoholismo y drogodependencias.

**Resultados:** Encontramos que la edad media de los pacientes es de 46,3 años con una desviación Standard (DE) de 16,9 y una proporción de hombres del 57,9%.

Los tipos de conductas adictivas encontrados fueron: Tabaquismo 86,02% (media de edad 46 años, DE:16,9, proporción de mujeres 45,7), abuso en el consumo de alcohol 10,5% (media de edad 53,1 años, DE:14,8, proporción de mujeres 19,8), y abuso de drogas estupefacientes el 3,4% (media de edad 32,6 años, DE: 13,5, proporción de mujeres 20,6).

Un porcentaje elevado de pacientes consumen tabaco en combinación con alcohol y tabaco en combinación con drogas de abuso. Es significativo el bajo consumo que hay en combinación de las 3 conductas adictivas analizadas.

En la mayoría de los casos el cribado se realiza en la primera visita.

**Conclusiones:** La atención primaria, es determinante para las actividades preventivas en la detección de la conducta adictiva: detección precoz, detección de situaciones y conductas de riesgo, reducción de riesgos, abordaje familiar e inicio de algunas desintoxicaciones.

### P07 ESTUDIO EN PACIENTES CON ABUSO CRÓNICO DE ALCOHOL

A. Granados Sánchez, M. Cano Arjona, R. López Palomar,

E. Martín Madruga, E. Donaire Jiménez y S. Pulido Fernández

CS Artilleros, área 1. Madrid.

Correo electrónico: Murciaamacaarsa76@hotmail.com

**Objetivos:** Conocer el grado de seguimiento y situación actual de los pacientes diagnosticados de abuso crónico de alcohol en nuestro centro de salud.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Todos los pacientes diagnosticados de consumo crónico de alcohol de un Centro de Salud. *Mediciones e intervenciones:* Variables: Edad, sexo, forma en que se obtuvo el diagnóstico de abuso de alcohol, situación social, número de recaídas, parámetros analíticos del pacientes (VCM, GOT, GPT, GGT, Ac úrico, Colesterol total, triglicéridos) y situación actual del paciente.

**Resultados:** Se obtuvieron un total de 110 pacientes con dicho diagnóstico de los cuales el 94,6% son varones. El 38,2% había sido captado por su MAP, el 5,5% había solicitado ayuda a sus familiares.

El 38,2% presenta un apoyo social adecuado. El 33,6% de los pacientes presenta un consumo excesivo, el 12,7% presenta disminución en el consumo, el 44,5% a pesar de su captación se encuentran sin seguimiento actual por su MAP. El 14,5% está tomando actualmente medicación para su adicción.

**Conclusiones:** El MAP es una excelente arma de captación para pacientes con problemas de alcoholismo, y con una pequeña intervención consigue resultados al menos en disminución del daño, sin embargo no realizamos la suficiente captación de pacientes dada la prevalencia ni el suficiente seguimiento de nuestros pacientes.

## Anciano

### P08 PREVALENCIA DE CAÍDAS EN LOS ANCIANOS QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD

E. Pérez, González, M. Buil Arasanz, F. Bobé Armant, A. Allué Buil, N. Gómez Gutiérrez y M. Mansouri

ABS La Granja-Torreforta. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: ebuil.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos:** Valorar prevalencia y características de las caídas en ancianos que viven en la comunidad.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional transversal descriptivo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Pacientes mayores de 64 años visitados en un cupo de atención primaria durante un periodo de 2 meses en el año 2006. *Mediciones e intervenciones:* Se analizan: edad, sexo, número de caídas en el último año, consecuencias. Recogida de datos mediante llamada telefónica y revisión de historia. Se realiza estadística descriptiva

**Resultados:** 106 pacientes. 55 hombres (52%) y 51 mujeres (48%). Edad media. 74,9 años (65-97). Al menos 1 caída en el último año: 13 (12,2% del total), de los cuales 10 (76,9%) tuvieron más de 1 caída. Consecuencias directas: 3 (23%) fractura (1 coxis, 1 costal, 1 con 2 caídas: 1 cadera+húmero y la otra pelvis), 1 (7,6%) hematoma subdural crónico. Uso de aparatos de apoyo (bastón, andador, silla de ruedas): 5 (38,4%) de los que se han caído, y 8 (8,6%) de los que no se han caído

**Conclusiones:** prevalencia elevada de caídas en ancianos que viven en la comunidad. 3 de cada 4 se vuelven a caer antes de acabar el año. 1 de cada 5 se fractura. Importante estar alerta a la posibilidad de complicaciones poco frecuentes pero muy graves, como el hematoma subdural crónico. Baja frecuencia de uso de aparatos de apoyo. Necesidad de implantar un programa de abordaje global de las caídas en los ancianos en nuestras consultas de atención primaria.

### P09 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS CAÍDAS EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES DE ÁMBITO RURAL

D. Baute Díaz, J. Gobierno Hernández, M. Madan Pérez, C. Manzanque Lara, M. de Luis Cabrera y T. Rufino Delgado

Consultorio El Escobonal; Consultorio La Zarza; UD de MFyC Zona Sur S/c de Tenerife. Güimar, S/c de Tenerife. Islas Canarias.  
Correo electrónico: jgobierno@comtf.es

**Objetivos:** Determinar los factores de riesgo asociados a caídas en una población de personas mayores en entorno rural previo a un estudio de intervención

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Consultorio de zona rural. *Sujetos:* Criterios de inclusión: mayores de 65 años, independientes para la movilización según índice de katz, sin enfermedad terminal, que se hayan caído en el último año (referido por anamnesis) criterios de exclusión: pacientes con deterioro cognitivo salvo que sean valorados con cuidador principal. *Mediciones e intervenciones:* Variables en relación a caídas, morbilidad y fármacos. Exploración física orientada a factores intrínsecos. Visita domiciliaria.

**Resultados:** Pacientes preguntados 194 (61% mujeres). Incluidos 70 (74% mujeres). Caídas una vez: 58%, no consultando al médico el 57%. Caídas múltiples 42%. Consecuencias: 47% no tuvo; un 8% fueron severas. Caídas fuera de domicilio: 69%; en domicilio: 48%.

Desencadenantes extrínsecos: resbalones (39%). Tropiezos (36%). Intrínsecos: inestabilidad (23%). No causa intrínseca aparente: 61%. Morbidades asociadas: cardiovascular (86%), articular (57%). Fármacos: 52% toman psicótropos. Exploración: 45% agudeza visual anormal; 24% test get up and go alterado, 22% hipotensión ortostática domicilios (N: 41): el 90% sin asideros en el baño. Edad media en varones: 77,4 años frente

a 74,5 en mujeres ( $p < 0,05$ ). No hubo diferencias según edad en el número de caídas. Un 17% de pacientes con test get up and go normal refería inestabilidad frente al 41% que la presentaba con el test alterado ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Las mujeres se caen más. Las caídas son mas frecuentes fuera del domicilio y por causas extrínsecas. un alto porcentaje no consulta por ellas. Existe una elevada prevalencia de déficit visual no corregido.

### P10 APARICIÓN DE DEPENDENCIA EN PERSONAS $\geq 75$ AÑOS ADSCRITAS A UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA, EN 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

I. Martín Lesende, N. Valle García, J. Arnaiz de las Revillas, M. Narváez Gómez, M. Martínez Gallegos y P. Varela González

CS Cotoño. Castro Urdiales. Cantabria.  
Correo electrónico: imlesende@telefonica.net

**Objetivos:** Analizar el paso a dependencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en  $> 75$  años de una consulta de atención primaria, 1-5-2001/1-5-2006.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* descriptivo longitudinal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* personas  $> 75$  años en 2001, no institucionalizados (criterio de exclusión). *Mediciones e intervenciones:* Puntuación anual del Índice de Barthel (normal/escasa alteración  $> 90$  puntos, moderada dependencia 90-61, severa 60-21, total  $< 21$ ). Edad-género. Causas de dependencia.

**Resultados:** Inicialmente 132 personas (54,5% mujeres), media 80,6 años (Percentil-75 83); 98 (74,2%) no tenían dependencia (incluyendo 6 dependientes moderados que posteriormente revirtieron). 26 nuevas dependencias en los 5 años, incidencia acumulada 26,0%; considerando intervalos de edad: 3 nuevas (11,6%) en 75-79 años, 17 (65,4%) en 80-85 años, 6 (23,0%)  $> 86$  años; predominio femenino (18 casos -p 0,12-); todas fueron de grado severo-moderado, 14 (53,8%) tuvieron previamente escasa alteración del Barthel; de los 6 dependientes severos, 5 tuvieron previamente dependencia moderada. En 20 casos se identificó un solo motivo de dependencia. Principales causas: osteoarticulares 9 (34,6%), neurológicas 7 (26,9%), cardiopatía 6 (23,0%), déficit visual 3 (11,5%), broncopatía 3 (11,5%).

**Conclusiones:** Incremento de nuevas dependencias en  $> 80$  años. Las personas dependientes inicialmente que revirtieron pudieron ser por procesos puntuales o efectos de intervenciones, y en  $> 50\%$  de casos de dependencia moderada-severa ha existido progresión desde escasa alteración en ABVD. Varias de las principales causas de dependencia observadas son potencialmente modificables. Estas consideraciones refuerzan la necesidad de estudios que evalúen la efectividad de estrategias dirigidas a una detección e intervención precoz que pudieran revertir o enlentecer la dependencia.

### P11 FACTORES ASOCIADOS A DEPENDENCIA EN MAYORES 65 AÑOS

M. Juárez Laiz, C. Bayona Faro, A. Sayed, J. Broicea, H. Trinchet Pupo y J. Blade Creixenti

ABS Valls Urbà. Valls. Cataluña.  
Correo electrónico: marimarjuarez@yahoo.es

**Objetivos:** Evaluar que factores están mas frecuentemente asociados a la dependencia funcional en mayores de 65 años

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* muestra aleatoria de 270 sujetos del censo poblacional. ABS urbana. *Mediciones e intervenciones:* Cuestionario administrado en visita domiciliaria. Instrumentos de medida: Test Lawton y Brody para evaluar dependencia en actividades instrumentales (AIVD), escala de Barthel para las básicas (ABVD) Variables estudiadas: edad, sexo, convivencia, instrucción, nivel económico, presencia de síndromes geriátricos, test "up and go" y unipodal para valorar marcha y equilibrio.

**Resultados:** 51% mujeres, edad: 76,8 años (DE 7,4). Para las AIVD, 24,8% presentan algún grado de dependencia y 15,6% tienen una dependencia total. El sexo masculino (OR = 7), edad (OR = 1,2), depresión (OR = 4) y caídas (OR = 3,5), han sido los factores asociados significativamente. Para las ABVD, son dependientes para alguna actividad un 20,8%, tienen dependencia moderada un 15,5% y severa/total un 5,2%.

Los factores asociados significativamente a la dependencia para las ABVD son: edad (OR = 1,2), alteraciones del equilibrio (OR = 17) y dependencia para las AIVD: (OR = 80)

**Conclusiones:** Muchos de nuestros ancianos tienen dificultad para vivir solos por presentar dependencia severa para las AIVD. También uno de cada 5, presentan una dependencia moderada/severa para las ABVD, que comporta un cuidador/a. La edad y sexo masculino, en las AIVD, parecen ser los factores asociados con más fuerza. Para las ABVD, aparte de la edad, también la depresión y la dependencia en AIVD son factores asociados de manera importante.

## P12 ELEVADA PREVALENCIA DE FRACTURAS DE CADERA EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES

P. González Romero, S. Quintana Arroyo, M. García Marrero, T. Rufino Delgado y F. Cuevas Fernández

UD de MFyC de Tenerife, Zona 1. CS Barrio de la Salud. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.

Correo electrónico: fjcuefer@canariastelecom.com

**Objetivos:** Investigar posibles factores asociados a una elevada prevalencia de fracturas de cadera (23%) en una residencia de mayores.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Residencia de mayores adscrita a un cupo de un Centro de Salud urbano. *Sujetos:* Todos los ancianos (n = 74) ingresados. *Mediciones e intervenciones:* Recogida de variables sociodemográficas (sexo, edad) y clínicas (índice de Katz, hipertensión, diabetes, dislipemia, demencia, ictus, cardiopatía, antecedentes psiquiátricos, comorbilidad, polimedicación, consumo de benzodiazepinas y neurolépticos (total/principio activo), ingresos hospitalarios, caídas, fracturas de cadera) mediante revisión de historias clínicas. Análisis con paquete estadístico SPSS 11.5

**Resultados:** 96% mujeres; edad =  $83,5 \pm 7,3$  años; Katz: 11%A, 11%B, 5%C, 5%D, 8%E, 27%F, 27%G, 4%H; 61% hipertensión; 35% diabetes; 37% dislipemia; 54% demencia; 12% ACV; 28% cardiopatía (20% fibrilación auricular, 7% otras arritmias); 23% antecedentes psiquiátricos; otra comorbilidad: 68% < 2, 32% > 3 procesos; 76% polimedicados; 62% benzodiazepinas (42% una, 19% dos, 1% tres; 16% clorazepato, 11% lorazepam, 10% alprazolam, 8% lormetazepam, 4% clonazepam, 3% diazepam, 4% otras, 15% clometiazol; 11% zolpidem; 1% zaleplón); 30% antipsicóticos (27% uno, 3% dos; 14% risperidona, 10% haloperidol, 4% clorpromazina, 2% otros); 59% con ingresos; 27% caídas; 23% fracturas de cadera.

**Bivariante.** Factores que alcanzaron o aproximaron a significación estadística ( $p < 0,05$ ): lormetazepam (0,02), clorazepato (0,05), diabetes (0,08), otras arritmias (0,08), ingresos ( $< 0,01$ ), fracturas de cadera ( $< 0,01$ ).

**Conclusiones:** Los resultados no difieren de los ya publicados, salvo la elevada proporción de caídas que produjo fracturas de cadera, lo que sugiere un bajo registro de las caídas. Los cuidadores y personal sanitario debemos implicarnos más en la detección de todas las caídas y así establecer medidas preventivas eficaces.

## P13 FACTORES PREDICTORES DE DETERIORO DE LA FUNCIONALIDAD EN ANCIANOS FRÁGILES

R. Cuenca del Moral, R. Bordallo Aragón, P. Vega Gutiérrez, M. Becerra Mayor, M. Ortiz Fernández y F. Muñoz Cobos

CS El Palo; UD de MFyC. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: rocio\_bordallo@yahoo.es

**Objetivos:** Describir los patrones evolutivos de modificación de la capacidad funcional en mayores de 65 años y determinar factores relacionados.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo longitudinal. Análisis multivariante. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* Pacientes mayores de 65 años pertenecientes a un cupo, con criterios de fragilidad, atendidos en consulta y/o domicilio entre Marzo 2003-Diciembre 2005 (N = 146). *Mediciones e intervenciones:* Edad, sexo, incapacitados en domicilio, patología que origina pérdida de funcionalidad, puntuaciones sucesivas escalas de Barthel, Lawton y Pfeiffer. Variable dependiente: patrón evolutivo Barthel (oscilante, descendente, estable). Análisis bivariable mediante test de Chi2-variables cualitativas, prueba de la t para comparación de medias y coeficiente de Pearson-variables cuantitativas.

Nivel de significación 0,05. Análisis multivariante según modelo de regresión de mayor poder explicativo.

**Resultados:** Edad  $86,62 \pm 5,72$ , varones 65,1%, incapacitados 57,3% intervalo confianza (49,3%-65,3%), patología: osteomuscular 42,7% (34,7%-50,7%), disneizante 23,2% (16,36%-30,4%), demencias 18,3% (12,3%-24,57%), neurológicas 15,9% (9,97%-21,83%), Barthel inicial  $75,65 \pm 26,70$ , Lawton  $3,98 \pm 2,7$ , Pfeiffer  $3,32 \pm 2,8$ , patrón: descendente 13,7% (8,13%-19,27%), oscilante 26% (18,89%-33,11%), estable 14% (8,38%-19,62%).

No hay relación patrón-edad ni patrón-Barthel, Lawton y Pfeiffer iniciales, o patrón-patología.

Existe diferencia significativa patrón-sexo: en el hombre predomina patrón descendente.

En el análisis multivariante (variable dependiente transformada a binaria: patrón descendente/patrón no descendente (oscilante-estable)), el modelo seleccionado es el más aceptable de los obtenidos (sensibilidad 33,3%, especificidad 91,1%).

Las variables en el modelo son incapacidad en domicilio y enfermedades neurológicas presentan coeficiente beta 4.097 y 3,69 respectivamente, influyendo en menor grado la mayor edad.

**Conclusiones:** Se puede predecir patrón descendente de la capacidad funcional en ancianos en caso incapacitados en domicilio por enfermedades neurológicas.

## P14 FRAGILIDAD GERIÁTRICA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO

F. Orfila Pernas, L. Belmonte Calderón, F. Cegri Lombardo, I. López Pavón, L. Carrés Esteve y C. Garrofé Amorós

SAP Muntanya; CAP Maragall; CAP Sta Coloma; BSA; CAP Gavarra; CAP Florida; CAP Ronda; CAP Poble Nou; CAP La Bisbal. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: forfila.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos:** Desarrollar un instrumento para la detección de ancianos frágiles, validándolo de forma concurrente frente a una valoración geriátrica integral (VGI).

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio transversal multicéntrico de validación. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Muestra aleatoria de 616 personas de 70 años o más, con historia abierta en los centros participantes. *Mediciones e intervenciones:* Instrumento de cribado evaluando las dimensiones: visión, audición, incontinencia, ingresos, caídas, funcional, movilidad, cognitiva, afectiva, social, comorbilidad, nutrición y salud percibida. Administración en la consulta, por médicos o enfermería. de forma independiente se realizó una VGI como gold estándar.

**Resultados:** Un 54,3% son mujeres. Media de edad 76,7. La media de dimensiones afectadas fue 2,7. Un 90% tenían una o más afectadas. Individualmente, cada dimensión del cribado concordó con su correspondiente en la VGI de forma moderada o débil (índices Kappa de 0,20 a 0,52). El análisis de sensibilidad del cribado respecto a la VGI mostró que el punto de corte más óptimo para establecer el cribado positivo era de 2 dimensiones afectadas (Sensibilidad 83%; Especificidad 50%; Valor Predictivo Positivo 72,3%). El análisis multivariante con las dimensiones del instrumento más edad y sexo mostró que una VGI positiva era explicada principalmente por las dimensiones: salud percibida, incontinencia, estado funcional y cognitivo.

**Conclusiones:** El instrumento resultó de aplicación sencilla. La validación concurrente del instrumento frente a la VGI se ve afectada por la ausencia de un buen gold estándar. Como cribado, sus propiedades apuntan al corte de 2 dimensiones para definir su positividad. La configuración definitiva del instrumento deberá ser confirmada mediante la validación prospectiva en curso.

## P15 FRAGILIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN EL ANCIANO

F. Orfila Pernas, E. Castell Friguls, M. Fuentes Pérez, O. Fariñas Balaguer, L. Gayolá Leuco y R. López Pisa

SAP Muntanya; CAP Maragall; CAP Gavarra; BSA; CAP Ronda; CAP Poble Nou; CAP Florida; CAP La Bisbal. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: forfila.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos:** Estudiar la asociación entre calidad de vida (QdV) y un instrumento de cribado de fragilidad en el anciano que atiende la consulta.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio transversal multicéntrico de validación. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Muestra aleatoria de 616 mayores de 70, asignados a centros de salud. *Mediciones e intervenciones:* Instrumento de cribado que evalúa las dimensiones: visión, audición, incontinencia, ingresos, caídas, funcional, movilidad, cognitiva, afectiva, social, comorbilidad, nutrición y salud percibida. Administración en la consulta, por médicos o enfermería. QdV medida de forma independiente mediante SF-12.

**Resultados:** Un 54,3% son mujeres. Media de edad 76,7. La afectación según dimensiones fue: visión 32,8%, audición 30,3%, incontinencia 42,9%, ingresos hospitalarios 12,3%, caídas 24,1%, funcional 18,9%, movilidad 13,8%, cognitiva 20,6%, afectiva 46,5%, comorbilidad 16,7% y social 6,3%. La media de dimensiones afectadas fue 2,7. La media del componente físico del SF-12 fue 43,8, y del mental 50,6. Mujeres y mayores puntuaron peor. La afectación de todas las dimensiones, menos la cognitiva, se asoció significativamente a peor QdV, tanto física como mental. A más dimensiones afectadas, peor QdV ( $p < 0,001$ ). El análisis multivariante con las dimensiones más edad y sexo, mostró que peor QdV física se asociaba significativamente a peor movilidad, capacidad funcional, depresión, comorbilidad, necesidad social e incontinencia. La peor QdV mental se asoció a depresión, necesidad social y sexo femenino.

**Conclusiones:** La peor QdV asociada consistentemente a las dimensiones afectadas de fragilidad, y empeorando a medida que éstas aumentan, es una forma de validar el instrumento de cribado.

Las dimensiones de movilidad, funcional, afectiva y social fueron las que más contribuyeron a la QdV.

FIS(PI031655)

## P16 PREVALENCIA DE GRUPOS DE ENFERMEDADES EN PACIENTES FRÁGILES DE UNA ÁREA BÁSICA DE SALUD QUE ACUDIERON A URGENCIAS HOSPITALARIAS

J. San José Mataró, M. Baraut Martínez, P. Martí Romero, M. Vinyes Miralpeix, J. Nogués Carbonell y A. Barellas Lavios

EAP Sabadell A-1. Sabadell. Cataluña.

Correo electrónico: 30416jsm@comb.es

**Objetivos:** Conocer en enfermos frágiles según criterios de Salgado modificado a mayores de 74 años que acuden a Urgencias hospitalarias en un año:

- Grupos de enfermedades más frecuentes según CIE-10.
- Enfermedad más prevalente.
- Mortalidad.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Área de salud urbana con una población asignada de 28.956 y un 11,6% mayores de 74 años. *Sujetos:* Todos los pacientes frágiles según los criterios de Salgado modificado a mayores de 74 años que acudieron a urgencias hospitalarias en 2005 ( $n = 288$ ). Se excluyen los cambios de domicilio. *Mediciones e intervenciones:* Grupos de enfermedades y diagnósticos (CIE-10) de población atendida en una área de atención primaria que acudieron a urgencias del hospital de referencia durante el año 2005.

**Resultados:** Muestra: 288 pacientes.

Grupos de enfermedades: 19, con un total de diagnósticos de 854:

- Sistema circulatorio (274 diagnósticos): 32,1% (Hipertensión arterial (HTA) 40,9% de los pacientes. Isquemia coronaria antigua 8,3%. Fibrilación auricular 6,9%)
- Metabólicas (124 diagnósticos): 14,5% (Diabetes mellitus II (DMII) 21,5%. Dislipemia 12,8%).
- Aparato digestivo (71 diagnósticos): 8,3% (Hernia hiato 5,2%. Estreñimiento 3,81%).
- Respiratorias (58 diagnósticos): 6,8% (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 9,7%). Tasa de mortalidad: 22,9%. Por tramos de edad:
  - 75-85 años: 40 éxitos de 194 (20,6%).
  - 86-95 años: 23 éxitos de 84 (27,3%).
  - > 95 años: 3 éxitos de 8 (37,5%).

**Conclusiones:** Los grupos de enfermedades más frecuentes en enfermos frágiles mayores de 74 años que acuden a urgencias hospitalarias fueron por orden: cardiovasculares, metabólicas y digestivas.

Las enfermedades de mayor prevalencia fueron: HTA, DM II y dislipemia.

La mortalidad fue del 10%, siendo similar entre los individuos de 75-85 años y entre los de 86-95 años.

## P17 DESNUTRICIÓN EN ANCIANOS FRÁGILES ¿SIEMPRE A PEOR?

R. Bordallo Aragón, R. Cuenca del Moral, P. Vega Gutiérrez, M. Becerra Mayor, M. Ortiz Fernández y F. Muñoz Cobos

CS El Palo. UD de MFyC de Málaga. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: rocio\_bordallo@yahoo.es

**Objetivos:** a) Determinar estado nutricional de personas mayores frágiles con riesgo de desnutrición. b) Describir comportamiento evolutivo de parámetros antropométricos. c) Valorar relación entre estado nutricional y capacidad funcional (índice de Barthel).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo longitudinal. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* Pacientes mayores de 65 años, con criterios de anciano frágil y algún factor de riesgo nutricional, detectado en consulta o domicilio entre 2003-2006. ( $N = 79$ ). *Mediciones e intervenciones:* Edad, sexo, factor riesgo nutricional, Índice Barthel, parámetros antropométricos (índice de masa corporal (IMC), pliegue tricipital (PT), perímetro braquial (PB), circunferencia muscular del brazo (CMB), perímetro de la pantorrilla (PP)) y analíticos.

Desnutrición > 2 parámetros antropométricos alterados. Tipos: calórica, protéica o mixta. Gravedad: leve, moderada o severa.

Análisis bivariable: t de student para muestras apareadas, coeficiente de correlación de Pearson, ( $\alpha = 0,05$ )

**Resultados:** Edad  $83,85 \pm 6,4$ , mujeres 67,1%, factor riesgo: patología crónica 45,6%, pérdida peso 35,4%. Analítica: Hb 12,39, Fe 65,65, linfocitos 1960, albúmina 3,67, transferrina 261

Tres evaluaciones ( $n1 = 79$ ,  $n2 = 53$ ,  $n3 = 31$ ) tiempo entre ellas ~ 7 m. Desnutrición (79,7%, 82,7%, 87%), predominio mixto (39,7%, 41,8%, 59,25%), leve-moderada (90,4%, 83,72%, 88,8%), Barthel (67,39 / 62,96 / 63,45).

Se mantienen valores medios de parámetros antropométricos 1ª-2ª-3ª eval. IMC (22,23 / 22,84 / 21,04), PT (13,45mm / 12,79 / 13,09), PB (23,03cm / 22,73 / 22,41), CMB (19,20 / 19,01 / 22,88), PP (29,63cm / 29,08 / 28,45). No existe correlación significativa Barthel-parámetros antropométrico ni Barthel-estado nutricional.

**Conclusiones:** La desnutrición es muy elevada en ancianos frágiles.

Existe una tendencia estable de los parámetros antropométricos en mediciones sucesivas.

No se detecta correlación desnutrición-capacidad funcional.

## P18 RIESGO DE MALNUTRICIÓN EN ANCIANOS Y FACTORES ASOCIADOS

M. Juárez Laiz, J. Blade Creixent, C. Bayona Faro, E. Recasens Oliva, M. Alvarez Luy e I. Hospital Guardiola

ABS Valls Urbà. Valls. Cataluña.

Correo electrónico: marimarjuarez@yahoo.es

**Objetivos:** Evaluar el riesgo de malnutrición de nuestros ancianos y los factores asociados a su aparición

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal de base poblacional. *Ámbito de estudio:* Atención primaria de Salud. *Sujetos:* Muestra aleatoria de 270 sujetos del censo poblacional de una ABS urbana. *Mediciones e intervenciones:* Mediante visita domiciliar se cumplimentaba por parte del entrevistador un cuestionario de elaboración propia y el Mini Nutritional Assessment test (MNA) para valorar riesgo de malnutrición. Variables estudiadas: edad, sexo, convivencia, instrucción, nivel económico, riesgo social (Escala socio-familiar de Gijón), dependencia funcional: test de Lawton y Brody para actividades instrumentales (AIVD) y escala de Barthel para las actividades básicas (ABVD).

**Resultados:** 51% mujeres, edad: 76,8 años (DE 7,4). Presentaban riesgo de malnutrición el 16,8% del total, 11,9% de los hombres y 18% de las mujeres, no siendo esta diferencia significativa. El riesgo aumenta con la edad de manera significativa siendo del 11,2% en el grupo entre 65-74 años, 12,1% en el de 75-80 años y del 25,6% en mayores de 80 años. Como variables asociadas al riesgo de malnutrición observamos que entre las variables estudiadas, solo la edad ( $OR = 1,2$ ) y la dependencia para las ABVD ( $OR = 9$ ) han mostrado ser significativas.

**Conclusiones:** El riesgo de malnutrición en los ancianos es una situación frecuente, sobre todo en los mayores de 80 años. La edad y la dependencia son los factores que aparecen como más significativamente asociados a su aparición. Creemos que sería necesario intensificar las medidas de prevención en estos grupos de pacientes



## P19 ESTADO NUTRICIONAL EN ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO

J. Cabrer Palomés, M. Martínez García y R. Brito Rodríguez

CS Camp Rodó. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: jf\_cabrer@hotmail.com

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de desnutrición y de riesgo de desnutrición en población anciana no institucionalizada.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano docente con 28.000 personas adscritas. *Sujetos:* Ancianos de 75 años o más. Muestra: 80 personas de un listado aleatorizado previamente seleccionado. *Mediciones e intervenciones:* Demográficas y cuestionario "Mini Nutritional Assessment" (MNA)(\*), versión española validada, que incluye un cribaje de 6 ítems, y una evaluación completa del riesgo de desnutrición de otros 12 ítems. Análisis: frecuencias relativas y absolutas con intervalo de confianza del 95% (IC95%) y test ANOVA para comparación de medias. (\*) Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of the elderly patients. Facts Res Gerontol 1994; 2:15-59.

**Resultados:** de los 80, 62,5% mujeres, edad 79,6  $\pm$  4,5 años, peso 67,2  $\pm$  12,1 kg, talla 158,4  $\pm$  9,1, IMC 26,8  $\pm$  4,0 kg/m<sup>2</sup>.

Hemos hallado 19 ancianos (23,8%; IC95%: 13,8-33,7%) con posible desnutrición según cribado. Completada la evaluación, no encontramos ningún caso de desnutrición. Sin embargo, 17 ancianos (21,3%; IC95%: 11,7-30,8%) en riesgo de desnutrición, según MNA.

El 16,7% de los hombres se encuentran en riesgo de desnutrición, frente al 24% de las mujeres. La media de edad era mayor en los pacientes con riesgo de desnutrición ( $p = 0,013$ ).

**Conclusiones:** A pesar de constatar que la desnutrición es infrecuente, uno de cada cuatro ancianos no institucionalizados estaría en riesgo de desnutrición. En Atención Primaria, con la ayuda del MNA, puede asumirse el cribado y la evaluación del riesgo de desnutrición para intervenir en caso necesario.

## P20 PERFIL MÉDICO DE LOS NONAGENARIOS Y CENTENARIOS EN UNA POBLACIÓN RURAL

E. Marqués Casasola, M. Miravalls Joan, M. Bria Forner, N. Cases Ariño, S. Galán González y M. Giménez Olmos

CAP Deltebre. Deltebre. Cataluña.  
Correo electrónico: monsmiravalls@hotmail.com

**Objetivos:** Analizar la comorbilidad, consumo de fármacos crónicos e ingreso en hospitales de agudos de la población mayor de 89 años de nuestra área rural.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Área rural. *Sujetos:* Se estudia toda la población mayor de 89 años adscrito a nuestro ABS. Se excluyen pacientes institucionalizados, no residentes en el municipio y situación agónica. *Mediciones e intervenciones:* Recogida de datos mediante entrevista y consulta de historia clínicas. Se recogió información sociodemográfica, comorbilidad (índice de de Charlson), prescripción crónica y número de ingresos en hospitales de agudos en el último año.

**Resultados:** Población estudiada: 56 ancianos, 2 pérdidas (1 éxito y 1 no quiso colaborar). Datos generales: 63% mujeres, 85,1% viudos, 13% casados; edad media 92,4 años.

La puntuación media del índice de comorbilidad fue 1,15 (máxima 6). La patología más prevalente: insuficiencia cardíaca (22,2%), enfermedad cerebrovascular, úlcera gastroduodenal y diabetes sin complicaciones tardías (11,1% cada una), enfermedad respiratoria crónica (7,4%), infarto agudo de miocardio, demencia, insuficiencia renal crónica moderada/severa y tumor/neoplasia sólida (5,6% cada una).

La prescripción crónica media es de 3,61 por persona. Los más frecuentes: antihipertensivos (57,4%), laxantes (44,4%), antiácidos (35,2%), antiinflamatorios (33,3%), neurolepticos (33,3%), terapia cardíaca (31,5%), antitrombóticos (31,5%).

El 94,4% no ingresó en el último año, el 1,9% un ingreso y el 3,7% dos.

**Conclusiones:** El perfil de nuestros nonanegarios es: señora viuda, con poca comorbilidad, bajo consumo de fármacos crónicos y pocos ingresos. Hay poca bibliografía, por lo cual pensamos que sería interesante continuar con el estudio para conocer mejor a nuestros pacientes más ancianos.

## P21 DIFERENCIAS EN LA MORTALIDAD SEGÚN EL GÉNERO EN UNA COHORTE DE PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS

M. Gildegómez-Barragán, E. Ramalle-Gómara y A. Trueba Castillo, F. Fernández Suárez, J. Olloqui Mundet, J. Ferrús Ciriza

UD de MFyC; Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria. Logroño. La Rioja  
Correo electrónico: jggomez@riojasalud.es

**Objetivos:** Analizar si existen diferencias según el género en la mortalidad en una cohorte de 65 años o más, e identificar qué factores explican estas diferencias.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio de supervivencia en una cohorte cerrada. *Ámbito de estudio:* Una Comunidad Autónoma (CA). *Sujetos:* 1.034 ancianos (444 hombres y 590 mujeres), representativos de la población de 65 años y más no institucionalizados. *Mediciones e intervenciones:* Entre mayo y julio de 1995 se realizó una entrevista en el domicilio utilizando un cuestionario multidimensional sobre salud percibida, capacidad funcional, utilización de servicios, convivencia y apoyo social y características sociodemográficas. A los cinco años se obtuvo información sobre la situación vital en el Registro de Mortalidad. Se utilizó un modelo de riesgos proporcionales de Cox. Se realizó un análisis separado por sexo.

**Resultados:** Se siguieron 1025 ancianos. El número de defunciones fue de 196 (19,1%); 16,2% mujeres, 23,0% varones ( $p = 0,007$ ). La dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria y la edad fueron predictores significativos de mortalidad en ambos sexos. En los varones, la hospitalización en el año anterior fue también un predictor de mortalidad.

**Conclusiones:** El nivel de discapacidad y la edad se asocian con un aumento de la mortalidad en varones y mujeres. No se observan diferencias relevantes en la mortalidad según el sexo.

## P22 EVALUACIÓN DEL EXCESO DE MORTALIDAD EN MAYORES DE 65 AÑOS CON PATOLOGÍA ASOCIADA

A. Romero Orenga, E. Borreguero Guerrero, M. García Sancho, R. Peláez Moreno, L. Puga y A. Romero

CAP La Granja-Torreforta. Tarragona. Cataluña  
Correo electrónico: aromerorenga@hotmail.com

**Objetivos:** Analizar la mortalidad general observada en población > 65 años en relación con la presencia de patología crónica y/o factores de riesgo.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional. Cohorte retrospectiva. *Ámbito de estudio:* 8 ABS de un sector sanitario urbano. *Sujetos:* 11240 pacientes > 65 años. *Mediciones e intervenciones:* Se consideran las muertes ocurridas por cualquier causa entre enero 2002 y diciembre 2004. Covariables: edad, sexo, presencia de comorbilidad (DM, Cardiopatía Crónica y/o EPOC) y posible inmunocompromiso (neoplasia activa, hepatopatía o nefropatía crónica severa).

**Resultados:** En el conjunto de la población estudiada la tasa de mortalidad general (por mil personas/año), fue de 43,4 (IC de 95%: 39,7-49,3). La mortalidad se incrementa sustancialmente por edad (19,5 en el grupo de 65-74 años, 53,9 de 75-84 años, 132 > 85 años,  $p < 0,001$ ) y en función del sexo (48,4 en varones, 39,5 en mujeres,  $p < 0,001$ ). Entre pacientes sin patología de base la mortalidad observada fue 35,1 y con alguna patología crónica fue de 45,5. La mortalidad alcanzó el 69,8 entre los pacientes con posible inmunocompromiso. Las mayores tasas de mortalidad se observaron en pacientes con neoplasia activa (88,8), nefropatía crónica severa (80,4), pacientes EPOC (69,3) y cardiopatías (67,1). En DM la tasa de mortalidad fue de 46,4.

**Conclusiones:** Evidentemente la mortalidad aumenta con la edad. Los varones presentan un exceso de mortalidad de 20,5% respecto a mujeres. Destacar que mientras la presencia de EPOC y/o cardiopatía crónica condicionan respectivamente un exceso de mortalidad de 59 y 54%, la DM sólo condiciona sorprendentemente un exceso de mortalidad del 6% en > 65 años.

## P23

### CONOCIENDO LA COMORBILIDAD Y LA VALORACIÓN GERIÁTRICA EN ANCIANOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Sarret Vilà, M. Solé Dalfó, M. Bandrés Minguez, C. Albuñ Alzina, X. Mas Garriga y D. Riera Cervera

ABS Santa Eulàlia Sud. Hospitalet del Llobregat. Cataluña.  
Correo electrónico: soniasarret@yahoo.es

**Objetivos:** Conocer la comorbilidad y la valoración geriátrica en ancianos en atención primaria (AP).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* AP urbana. *Sujetos:* mayores de 64 años. *Mediciones e intervenciones:* Se trata de una medida basal de una cohorte de pacientes mayores de 64 años, se recogió de forma aleatoria de la población anciana atendida del centro (3.273), incluyendo 176 pacientes. Se determinó variables sociodemográficas, las patologías crónicas más frecuentes en AP codificadas en HCAP y la valoración geriátrica global. Se excluyeron a los pacientes de Atención Domiciliaria, con parkinsonismo o/y demencia moderada-severa y los trastornos psiquiátricos mayores.

**Resultados:** Edad = 74,0 (DE: 6,2) 57,4% mujeres, 26,7% DM2, 67% HTA, 62% DL, 18,9% fumadores hombres  $p < 0,000$ , 36,9% patrón de bebedor de bajo riesgo, artrosis 55,1%, 13,1% patología reumática, depresión 19,9%  $p < 0,003$  IC95% (14-25,8), 18,8% ansiedad, 25,6% Insomnio, 15,9% incontinencia urinaria, 35,8% Obesidad  $p > 0,001$  IC95% (28,7-42,9), 22,7% patología cardiovascular, 22,5% osteoporosis en mujeres, 11,4% neoplasia maligna, 12,5% Insuficiencia renal, 13,7% patología tiroidea en mujeres 13,7%, 22,7% hipoacusia, 82,4% alteraciones en la visión, 65% 4-7 diagnósticos de comorbilidad, 60% más de 3 fármacos, 13,5% benzodiazepinas, 15% dependencia ligera en AIVD, 24,1% dependencia ligera en ABVD, 12% situación social intermedia, 17,3% deterioro cognitivo leve, 22,7% posible depresión, 26,5% riesgo moderado de malnutrición, 50% bipedestación cronometrado alterado, 17,6% algún ingreso hospitalario en el último año.

**Conclusiones:** La comorbilidad y la valoración geriátrica nos ayuda a conocer nuestra población anciana y nos permite identificar un grupo considerable de deterioros, en fases iniciales, para poder intervenir a nivel preventivo.

## P24 EVALUACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA DE LA POBLACIÓN NONAGENARIA

R. Sancho Agredano, A. Dalfó Pibernat, A. Calvet Barot, T. Herrera Vilches y J. Blanch Aubia

EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: rsancho@eapsardenya.net

**Objetivos:** Evaluar el estado cognitivo y funcional de la población nonagenaria, de un barrio de Barcelona, durante el año 2005.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* CAP urbano de Barcelona en el distrito de Horta-Guinardó. *Sujetos:* Muestra de 105 pacientes > 90 años en un CAP (N = 146). *Mediciones e intervenciones:* Edad y sexo. Evaluación estado cognitivo: cuestionario de Pfeiffer (SMPSQ). Capacidad funcional ABVD y AIVD: Índice de Barthel, Índice de Lawton. Tipo de paciente (CAP/ATDOM). Régimen de convivencia (solo/acompañado). Hábitos tóxicos. Polifarmacia. Estado vacunal. Alteraciones auditivo visuales. Caídas. Número de visitas de Enfermería y Medicina en el último año. Disposición de telealarma.

**Resultados:** Edad media: 93,17 años (DE: 2,592). 75,2% mujeres.

60% ATDOM. 17,1% vivían solos.

65,7% tomaba más de 4 fármacos.

49,5% se habían vacunado correctamente.

62,9% padecía alguna alteración visual, y 55,2% alguna auditiva.

9,5% de los pacientes ATDOM disponían de Telealarma.

El 39% se había caído durante los últimos 6 meses.

SPSMQ mostró una media de 2,74 (DE: 2,760). Respecto al Índice de Barthel una media de 76,62 (DE: 24,124).

El coeficiente de correlación entre Pfeiffer y Lawton y Bradie es -0,233 ( $r = -0,233$ ;  $p = 0,017$ ). El coeficiente de correlación entre Barthel y Lawton y Bradie es 0,512 ( $r = 0,512$ ;  $p = 0,01$ )

**Conclusiones:** La población de estudio presenta un deterioro funcional leve (donde principalmente se ven afectadas las actividades instrumentales de la vida diaria) y un deterioro cognitivo moderado. La causa de las caídas es multifactorial. Una buena valoración geriátrica integral, más una buena asistencia proporciona un buen estado de salud a la persona.

## P25 POLIFARMACIA Y CAÍDAS EN ANCIANOS

A. Casafont Ribalta, D. Parramon Font, L. Sala Trevejo, M. Quesada Sabate y R. Ramos Blanes

ABS Salt. Salt. Cataluña.

Correo electrónico: mquesadas@telefonica.net

**Objetivos:** Valoración de una intervención específica para reducir el consumo de  $\geq 4$  fármacos relacionados con las caídas en personas > 70 años.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio antes-después. Período de

estudio 1 año. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. Ámbito urbano. *Sujetos:* Todas las personas > 70a. que acudieron a la consulta a quien se efectuó la intervención en 1 año ( $n = 646$ ). *Mediciones e intervenciones:* Medidas: Cuantificación del consumo de fármacos más relacionados con las caídas obtenido de la historia clínica electrónica (cardiovasculares, hipotensores, neurolépticos, antidepresivos, hipnóticos, psicótropos, antidiabéticos y laxantes) Intervención: Incorporación de un recordatorio automático para todas las personas > 70a. en la historia clínica electrónica para efectuar un repaso exhaustivo y control de fármacos relacionados con caídas, que no se desactivaba hasta que estuviese efectuado.

**Resultados:** Porcentaje antes-después del consumo de  $\geq 4$  fármacos: 9,8% i 9,6%; hipotensores: 57,3% y 60,3%; fármacos cardiovasculares: 17,9 y 16,3%; neurolépticos 3,9% y 5%; antidepresivos 15,3% y 15%; hipnóticos 28,3% y 26,6%; psicótropos 1,6% y 1,1%; antidiabéticos 19,4% y 20%; laxantes 5% y 6,7%. Sin diferencias estadísticamente significativas en ningún caso.

**Conclusiones:** La intervención dirigida a reducir el consumo de fármacos más implicados en las caídas integrada en la actividad asistencial diaria no parece tener un efecto relevante, ni global ni específico por cada uno de los grupos farmacológicos aun cuando podría haber una tendencia a la reducción del consumo de psicofármacos. Como línea de trabajo futura planteamos la revisión del concepto de polimedicación, en contraposición a la cantidad de fármacos que son necesarios para el tratamiento adecuado de ancianos con pluripatología de base.

## Urología

### P338 ABORDAJE DE LAS URGENCIAS UROLÓGICAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

S. Crispí Cifuentes, S. Hernández Anadón, O. Calviño Domínguez, M. Pérez Bauer, C. Llor Vila y A. Leon Estella

ABS Jaume I- Tarragona 3. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: crispi7@hotmail.com

**Objetivos:** Analizar los episodios de urgencias urológicas atendidos en Urgencias Hospitalarias. Valorar su abordaje desde Atención Primaria.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo observacional transversal, 6 primeros meses 2005. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria-Urgencias Hospitalarias. *Sujetos:* 348 visitas atendidas en Urgencias Hospitalarias (sistema informático). *Mediciones e intervenciones:* Revisamos la historia clínica de cada paciente. *Variables a estudio:* edad, sexo, diagnóstico (informe de asistencia a urgencias), destino (alta-ingreso).

**Resultados:** 1-Cólico renal 89 (25,5%); ingresaron 11 cólicos obstructivos y 13 persistentes, 64 fueron alta. 2-Hematurias 50 (14,6%): 1 ingreso. 3-Retención urinaria 16 (4,5%). 4-Cambio sonda 9 (2,5%). 5-Cistitis aguda: 118 (33,95). 6-Pielonefritis 37 (10,3%): 18 ingresos. 7-Prostatitis: 8 (2,3%). 8-Uretritis 14 (4%). 9-Parafimosis: 4 (1,1%). 10-Orquiepididimitis: 3 (0,8%). La media de edad difería entre las distintas patologías. Fueron hombres el 55,6%.

**Conclusiones:** En base a nuestros resultados, la mayoría de las urgencias urológicas pueden y deben resolverse en el ámbito de la Atención Primaria. Únicamente requieren tratamiento hospitalario: cólicos persistentes-obstructivos, pielonefritis complicadas y algún primer episodio de hematuria. La patología más prevalente es la cistitis.

### P339 PREVALENCIA DE LOS SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR EN ATENCIÓN PRIMARIA (PRELUTS)

O. Arango, A. Alcaraz, S. López y M. Soria.

Servicio Urología, Hospital del Mar. Servicio de Urología y Trasplante Renal, Hospital Clínic I Provincial. Pharma-Consult Services. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: salva.lopez@saatchi-healthcare.es

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia y gravedad de síntomas del tracto urinario inferior en varones mayores de 50 años demandantes de asistencia médica en atención primaria por cualquier motivo.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio epidemiológico observacional, transversal en una muestra de 768 pacientes. *Ámbito de estudio:* Centros de asistencia primaria a nivel nacional. *Sujetos:* 768 pacientes deman-

dantes de asistencia médica por cualquier motivo. *Mediciones e intervenciones:* Las variables principales de valoración fueron la puntuación obtenida en la escala internacional de sintomatología prostática (IPSS) y en la escala de función sexual DAN-PSS.

**Resultados:** La puntuación media IPSS fue de 14,3 puntos (DE 7,8; intervalo 0-35). El 20,6% padecía síntomas prostáticos leves (IPSS < 8), el 54% síntomas prostáticos moderados (IPSS: 8-19) y el 25,4% síntomas prostáticos graves (IPSS > 19). Se observó una mayor gravedad en la sintomatología prostática en función de la edad del paciente ( $p < 0,0001$ ), diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata (HBP) ( $p < 0,0001$ ), gravedad de la HBP ( $p < 0,0001$ ), volumen prostático ( $p < 0,05$ ), tacto rectal ( $p < 0,0001$ ), antígeno prostático específico (PSA) ( $p < 0,0001$ ) y función sexual DAN-PSS ( $p < 0,0001$ ). El 67% de los pacientes participantes ya había sido diagnosticado previamente de HBP. Destacó un 48% de diagnósticos por el médico general. Un 45% recibía tratamiento con alfa-bloqueantes. Los alfa-bloqueantes mostraron menos efectos negativos sobre la función sexual.

**Conclusiones:** El estudio pone de manifiesto la gravedad de la STUI en pacientes > 50 años demandantes de asistencia médica en atención primaria. Destaca el creciente papel de MG en el diagnóstico y tratamiento de la STUI.

### P340 ¿Y CON LOS PAÑALES QUE?

S. Sánchez Villacampa, F. Gavilán Martínez, F. Anguera-Cugat, C. Celdran Campo, Y. Fernández Gregorio y M. Gilaberte Ferrus

ABS La Riera. Badalona. Cataluña.  
Correo electrónico: svillacampa@bsa.es

**Objetivos:** Analizar la prescripción de material absorbente de incontinencia (MAI) y evaluar si se ajusta a los criterios propuestos por la guía de práctica clínica (GPC) "Recomendaciones para el uso de pañales en la incontinencia urinaria" (Institut Català de la Salut, 2002).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. (Estudio de control y mejora de la calidad). *Ámbito de estudio:* Área básica de salud urbana. *Sujetos:* Pacientes registrados como incontinentes urinarios. *Mediciones e intervenciones:* Variables de estudio: Sexo, edad, tipo de incontinencia (TI), cuantía de las pérdidas (CP) y tipo de absorbente (TA).

**Resultados:** Se incluyen 721 pacientes; 80,85% mujeres; edad media de 73,2 años en mujeres y 72,4 años en hombres; TI: 59% esfuerzo, 23% urgencia, 12% mixta y 6% otras; CP: 36% pequeña, 31% mediana y 33% grande; TA usado: 47% día (D), 13% noche (N) y 40% súper noche (SN). TA usado en función de la CP: si CP pequeña: 80,76% D, 11,53% N y 7,72% SN; si CP mediana: 54,8% D, 43,36% N y 1,78% SN; si CP grande: 24,12% D, 34,82% N y 41,06% SN.

**Conclusiones:** Existe una notable concordancia entre la prescripción de MAI realizada y las recomendaciones de la GPC, debiéndose intentar reducir el uso de SN sobre todo en pacientes con CP pequeña. El resultado actual se debe a la gran implicación de Enfermería en la adecuación de la prescripción de MAI a las características del paciente.

## Uso adecuado de medicamentos

### P341 PREVALENCIA Y VALORACIÓN DEL RIESGO DE INTOXICACIÓN DIGITALICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

B. Bregon García, J. Martínez Superviola y A. Ramos Martín

CS Guayaba; Gerencia de AP-Unidad formación e investigación. Madrid.  
Correo electrónico: Madridfjmartinez@teleline.es

**Objetivos:** La digoxina es un fármaco de prescripción habitual en las consultas de atención primaria. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de intoxicación digitalica en un centro de salud y valorar el seguimiento actual por parte de los médicos de familia de los pacientes en tratamiento con digoxina.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Se seleccionó a todos los pacientes en tratamiento con digoxina, durante el periodo de tiempo de un año, pertenecientes a nuestro Centro de Salud. Se evaluaron de forma retrospectiva los diferentes factores de riesgo para intoxicación digitalica (mujer, > 74 años, IMC < 20, intoxicación digitalica previa, digoxinemia > 2,

creatinina > 1,2, potasemia < 3,5, TSH < 0,4 o > 4 meq/l, hipo o hipertiroidismo, tratamiento con un fármaco que interaccione con digoxina). *Ámbito de estudio:* Zona Básica de Salud. *Sujetos:* Fueron incluidos 103 pacientes. *Mediciones e intervenciones:* Valoración del paciente en riesgo de intoxicación digitalica: Se ha usado una tabla de puntuación compuesta por los factores de riesgo analizados en este estudio.

**Resultados:** Un 5% sufrió un episodio de intoxicación digitalica; prevalencia inferior a la existente en estudios previos realizados a nivel hospitalario. Por otro lado, el 44% de la población estudiada tiene al menos nueve factores de riesgo de los diez considerados en el trabajo, constándose que casi la mitad de los pacientes en tratamiento con digoxina tienen alto riesgo de sufrir toxicidad.

**Conclusiones:** Por tanto habría que aumentar la vigilancia sobre estos pacientes con 9 o más factores de riesgo, para intentar minimizar el número de intoxicaciones a nivel de atención primaria.

### P342 ESTUDIO DEL PERFIL DEL PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR DIGITAL

O. Pérez Quintana, H. Ibañez Bargues, M. Benavent Company, M. Cervera Lloret, C. Catalan Oliver y V. Palop Larrea

Departamento 11 de Salud. Alzira. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: ccatalan@hospital-ribera.com

**Objetivos:** Conocer el perfil del paciente con intoxicación digitalica (ID) para una correcta orientación clínica y derivación desde atención primaria al hospital de referencia.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* descriptivo de carácter retrospectivo de análisis de historias clínicas informatizadas. *Ámbito de estudio:* Servicio de Urgencias (SU) de un hospital comarcal de referencia de un área de salud. Periodo entre 1/1/2000 y 5/5/2005. *Sujetos:* Pacientes atendidos en el SU con el diagnóstico de ID. *Mediciones e intervenciones:* Características de los pacientes, comorbilidad, motivo de consulta, niveles de digoxina, función renal, alteraciones electrocardiográficas, remisión.

**Resultados:** 154 pacientes, mujeres 124 (80,52%), edad media 81,38 años (rango: 61-96); edad media hombres 81,17 años (rango: 64-100). Presentan alta comorbilidad, las más frecuente son: fibrilación auricular (65,58%), hipertensión arterial (53,25%), insuficiencia cardiaca (44,16%) y diabetes (29,22%). El principal motivo de consulta fueron vómitos: 56 (36,36%), náuseas: 48 (31,18%) y disnea: 40 (25,97%). Los niveles de digoxina, oscilaron entre 2,1 y 9,7 ng/ml. (media: 3,17 ng/ml). La función renal esta alterada (creatinina media: 1,67 mg/dl, urea media: 83,38 mg/dl). En 45 (29,22%) pacientes se objetivaron alteraciones electrocardiográficas sugestivas de ID. 134 (87,01%) ingresaron (31,95%) en la UCI; fueron éxitos 5 (3,25%). Se remitieron directamente al médico de cabecera 14 (9,09%) pacientes.

**Conclusiones:** La intoxicación digitalica es una entidad frecuente potencialmente grave. El medico de familia es el responsable del seguimiento de pacientes con tratamientos crónicos. Debe tener en cuenta ante todo paciente con comorbilidad cardiovascular y edad avanzada en tratamiento con digoxina y una clínica tan inespecífica como las náuseas y los vómitos esta posibilidad.

### P343 EVALUACIÓN DE APLICABILIDAD Y EFICACIA DE INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN. DIFERENCIA ENTRE MÉDICO RURAL Y URBANO

F. Ramos Martínez y C. Valentín-Gamazo Valle

Grupo de Calidad Terapéutica. Sanofi-Aventis. Madrid.  
Correo electrónico: fernando.ramosmartinez@sanofi-aventis.com

**Objetivos:** La prescripción es un acto médico común a la medicina de atención primaria rural y urbana. El ejercicio en ámbitos tan diferentes puede originar diferentes modos de concebir la prescripción. Comprobaremos si existe una visión diferente sobre validez y eficacia de los indicadores de prescripción y su impacto en el terreno profesional.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Entrevistas telefónicas mediante cuestionario estructurado, con pilotaje previo del cuestionario para asegurar la comprensión de las preguntas. *Ámbito de estudio:* Todo el territorio español, considerando rurales poblaciones de menos de 10.000 habitantes. *Sujetos:* 909 Médicos de Atención Primaria en ejercicio. *Mediciones e intervenciones:* Analizaremos la valoración de los Indicadores de Calidad de Prescripción, herramienta que pretende objetivar compor-



tamientos de prescripción diferentes y puede servirnos para encontrar diferencias entre médico rural y urbano sobre:

-validez y eficacia de indicadores para conseguir un Uso Racional del Medicamento

-frecuencia con que prescinden de su uso en la práctica clínica

-criterios para su adecuado diseño

-seguimiento de evolución de cumplimiento: frecuencia y repercusiones profesionales.

Para el análisis de resultados, se utilizó el Test de Pearson

**Resultados:** No hemos encontrado diferencia significativa entre médicos rurales y urbanos para ninguna valoración.

**Conclusiones:** Al no encontrar una diferencia significativa entre el enfoque que realiza el médico rural y el urbano sobre las herramientas de evaluación de la calidad de prescripción, podemos concluir que, en este ámbito tan relevante de la práctica clínica, el médico rural y el urbano muestran una concepción del ejercicio de la medicina que puede considerarse similar.

### P344 PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Jové Massó, G. Bendaban Barchilón, R. Casas Moré, P. Cortés Pérez, M. Gual Corts y L. Valdivia González

ABS Sant Antoni; Àrea Tècnica SAP Esquerra de Barcelona. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: amjove@camfic.org

**Objetivos:** Conocer la prescripción en el ámbito de la atención primaria  
**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio transversal descriptivo. *Ámbito de estudio:* Atención primaria urbana. *Sujetos:* Revisamos las recetas prescritas en una consulta de atención primaria urbana (1.878 pacientes) durante el primer año de su informatización (15-05-2003 a 20-05-2004). *Mediciones e intervenciones:* Para cada prescripción registramos: código del fármaco, fecha, número de recetas y paciente.

A partir del código asignamos a cada prescripción su nombre farmacológico y posteriormente clasificamos según el sistema europeo de codificación de sustancias farmacéuticas y medicamentos, la Anatomical, Therapeutic, Chemical Classification System (ATC). Utilizamos el programa estadístico SPSS 12.0.

**Resultados:** Analizamos 12.938 recetas.

Reciben una o más prescripciones 1.174 personas (64% mujeres).

El 71% pertenecen a 4 de los 14 grupos de la ATC: -sistema nervioso (benzodiazepinas 918, anilidas 770, ISRS 546), -sistema cardiovascular (IECAs 487, inhibidores de la HMG-CoA reductasa 386), -tracto alimentario y metabolismo (inhibidores de la bomba de protones 821) y -sistema musculoesquelético (AINEs 489).

En todas las edades y grupos ATC las mujeres reciben más prescripciones, excepto en 4 de ellos (sangre y órganos hematopoyéticos, sistema genitourinario y hormonas sexuales, antiinfecciosos para uso sistémico y sistema respiratorio), en que son superadas por los varones en la franja de 75-84 años. Con la edad de los pacientes aumenta progresivamente el número de recetas indicadas.

**Conclusiones:** Deberíamos revisar las prescripciones de nuestros pacientes, sobretudo ancianos y mujeres, principalmente las relacionadas con el sistema nervioso.

Estos resultados coinciden con los estudios publicados excepto que el consumo de fármacos del sistema nervioso es superior en el nuestro.

Conocer las indicaciones farmacológicas es muy importante aportando elementos para futuras intervenciones.

### P345 ¿SE AJUSTA LA MEDICACIÓN INDUCIDA A LOS OBJETIVOS SANITARIOS?

A. Altès Boronat, B. Sarasa Sola, M. Sánchez Serna, M. Pedra Benaiges, M. Minguez Lázaro y M. Martínez Vicente

CAP Sants. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: ypedro1@terra.es

**Objetivos:** Evaluar la calidad de la prescripción inducida en un ABS por parte de centros sanitarios ajenos al mismo según los criterios establecidos por el departamento autonómico de salud.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* ABS urbana. *Sujetos:* Población atendida durante el primer

trimestre de 2006 en seis consultas de un ABS que solicita medicación prescrita por centros sanitarios ajenos al mismo. *Mediciones e intervenciones:* Edad, sexo, origen de la prescripción: especialista de referencia (ER), hospital de referencia (HR), médicos privados/mútuas (PM) y otros centros (O), grupo terapéutico, grupo evaluado por los objetivos farmacéuticos del ABS (GEO) o no, ajuste a las indicaciones del departamento de salud, valoración por el CANM (Comité de evaluación de nuevos medicamentos) y especialidad farmacéutica genérica (EFG) o no.

**Resultados:** 664 prescripciones en 307 pacientes. La edad media de 59,6 años, 56% mujeres. El origen era: 56% P/M, 20% HR, 7,2% ER y 16% O. El ajuste global fue del 56,8%, siendo el 54,7 en P/M, 56,3% en ER, 56,9% en HR, 64,2% en O. En GEO fue del 46,2% (46,6% en P/M, 38,4% en ER, 41,4% en HR, 55,5% en O). Los grupos con peor ajuste fueron: antidepresivos 14,7%, hipolipemiantes 22,2%, antibióticos 36,7% y antihipertensivos 42,2%. Cumplían el CANM el 90,7%, siendo el 89,5% en P/M, 89,6% en ER, 89,1% en HR, 97,2% en O. Era EFG el 14% (12,6% en P/M, 10,4% en ER, 20,4% en HR, 12,3% en O).

**Conclusiones:** El ajuste es muy bajo y esto influye de forma determinante en el cumplimiento de los objetivos de farmacia del ABS

### P346 CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN CRÓNICA (CPMC) ¿PODEMOS HACERLO MEJOR?

A. Alberdi Leniz, N. Sánchez Ruano, M. Anaya, B. Valero, M. Casasayas y L. Alemany

Capse. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 31806nsr@comb.es

**Objetivos:** Revisar y analizar CPMC, para detectar posibles errores, mejorar en la calidad de prescripción crónica (MC) y optimizar el circuito

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal realizado en 2 EAP urbanos con 69.000 usuarios. *Ámbito de estudio:* 2 EAP urbanos con 69.000 usuarios. *Sujetos:* Pacientes incluidos en CPMC. *Mediciones e intervenciones:* Se elaboró un protocolo de revisión de MC que se incorporó al programa OMI-AP. El protocolo recoge 3 ítems: existencia de incidencias, retirada de fármacos y exclusión del paciente del circuito.

Se analizaron también variables demográficas y clínicas asociadas (SPSS 11.0; análisis descriptivo y bivalente).

**Resultados:** Se revisaron 12056 pacientes, de 16.021 con PMC (75%). Incidencia en fármacos: 21%, diferencias estadísticamente significativas (d.e.s) para sexo, edad, patologías y número de visitas realizadas. Tipo incidencia: fármaco asociado a episodio incorrecto 87%, posología incorrecta 6%, episodio cerrado con fármaco crónico 2%, infradosificación 1%, sobredosificación 1%. Fármacos retirados sí: 5% sólo d.e.s para edad y nº visitas. Motivos: duración excesiva 35%, no adecuado 21%, duplicidad 18%, indicación no aprobada 6%, contraindicación 2%, interacción 1%. Pacientes excluidos del circuito 12%, d.e.s según sexo, edad, patologías y nº visitas. Motivos: incumplir recogida de recetas 86%, desestabilización de patología 3%, incumplimiento de la pauta 3%.

**Conclusiones:** La revisión de MC de nuestros pacientes nos permite detectar errores en la dosificación, adecuación, duración y duplicidad farmacológica y detectar pacientes que incumplen la recogida de recetas, y adecuar la prescripción a los pacientes cumplidores

### P347 ¿CÓMO ES EL MALETÍN DE DOMICILIOS DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA?

A. Roca Casas, M. Caldentey Tous, L. Gorreto López y J Llobera Cánaves

CS Coll d'en Rebassa; CS Trencadors; Gerencia AP Mallorca. Palma de Mallorca. Illes Balears.

Correo electrónico: mcaldentey@ibsalut.caib.es

**Objetivos:** Para atender domicilios urgentes o programados el médico de atención primaria (AP) necesita un equipamiento adecuado, el maletín personal del médico (MM).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Revisión de la literatura de los 10 años previos. Consenso por grupo de expertos. *Ámbito de estudio:* los 39 centros de salud (CS) de nuestra área de salud. *Sujetos:* se analizaron una muestra de 103 MM. *Mediciones e intervenciones:* Visita sin anunciar a los CS donde, de manera anónima y previo consentimiento,

**Resultados:** 35 médicos no tenían MM. Ningún MM llevaba todo lo imprescindible. Sólo la mitad llevaban bolígrafo, recetas u hojas de deriva-

ción. El 64,1% llevaban esfigmomanómetro, 61,2% estetoscopio, 32% glucemia capilar, o termómetro (17,5%). Las drogas de reanimación cardiopulmonar y nitroglicerina oral estaban en menos de 1/3 de MM. El 80% no contenían ningún comprimido de captopril. Las medicaciones más frecuentemente halladas fueron: ampollas de metoclopramida (43,7%), metamizol (45,6%) y diclofenaco (41,7%). Ninguno llevaba ceftriaxona parenteral. Sólo el 15,5% llevaba dos o más ampollas de glucosa al 50%. Entre la medicación no presente en el consenso hallamos: neurolépticos (26,2%), antidotos (35%), cloruro mórfico (18,4%), y antiarrítmicos (4,9%).

**Conclusiones:** El material y medicación para atender emergencias sólo lo llevaba una pequeña proporción de MM, pero muchos disponían de medicaciones para patologías banales. La mayoría no incluían material para la administración de la medicación disponible, ni podrían tomar las constantes vitales. Existe falta de homogeneidad en la preparación y revisión de los MM.

### P348 MEDICALIZACIÓN AL VOLANTE: EL CONSEJO MÉDICO ES VIDA

E. Pérez Cano, M. Ponce de León Roca, C. Asenjo Vázquez, I. Escalante Isar, R. Corio Andujar y O. Otero Bermejo

ABS Martí i Julià. Cornellà de Llobregat. Cataluña.  
Correo electrónico: 932198865@terra.es

**Objetivos:** Analizar el consejo médico ante enfermedades y fármacos prescritos que alteran la capacidad de conducción.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* ABS urbana con 31.800 pacientes. *Sujetos:* Pacientes conductores que acuden al centro en dos meses. *Mediciones e intervenciones:* Encuesta escrita autoadministrada a conductores incluyendo: sexo, edad, conducción con alcohol o drogas, déficit visual y auditivo, enfermedades y fármacos prescritos que alteran la capacidad de conducción, y si dejan de conducir ante enfermedad o fármacos por consejo médico, farmacéutico, prospecto o decisión propia.

**Resultados:** 305 encuestas, 51,1% varones, edad media 40,8 años, 14,4% conducen con alcohol y 2,6% con drogas, 36,5% presentan déficit visual, 4,6% auditivo, 45,6% enfermedades (15,7% depresivo-ansiosas, 12,1% alérgicas, 6,6% hipertensión, 6,2% diabetes, 5,9% cardíacas, 3,6% vértigo, 2,6% apnea-sueño, 1,85% obesidad, 0,7% epilepsia) y 37,7% fármacos (14,8% psicofármacos, 11,1% antihistamínicos, 8,2% hipotensores, 7,5% antitusígenos, 3,6% antidiabéticos, 0,3% anticomiciales), 27,8% dejan de conducir ante enfermedad (64,7% decisión propia, 34,1% consejo médico, 1,2% consejo farmacéutico) y 16,2% ante fármacos (42,6% prospecto, 29,6% decisión propia, 27,8% consejo médico).

**Conclusiones:** Nuestros pacientes conductores dejan de conducir pocas veces ante enfermedad que limita la conducción, habiendo recibido poco consejo médico al respecto, y aún menos consumiendo medicamentos que pueden provocar accidentes de tráfico (antihistamínicos y psicofármacos sobre todo), siendo gracias al prospecto y a su propia decisión y no por consejo médico. Como médicos de familia deberíamos tener presentes los aspectos médicos relacionados con la capacidad de conducción e informar al paciente conductor.

### P349 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE "UTILIZACIÓN ADECUADA DEL MEDICAMENTO"

I. Sastre Gervás, R. de Dios del Valle, J. Brea Corral y R. Arbizu Rodríguez

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Oviedo. Asturias.  
Correo electrónico: ricardo.dedios@sespa.princast.es

**Objetivos:** Evaluar la efectividad del Programa de Educación Sanitaria sobre "Utilización adecuada del medicamento"

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo Transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria (3 áreas). *Sujetos:* Mayores de 65 años voluntarios. *Mediciones e intervenciones:* El programa se compone de 3 unidades didácticas de una hora de duración ("Generalidades sobre medicamentos", "Publicidad", "Botiquines y automedicación"). Pretende que se aprenda a utilizar adecuadamente los medicamentos. Se realiza el programa en 5 grupos. Se realiza encuesta anónima para valorar la satisfacción. Para valorar la adquisición de conocimientos se realiza una evaluación pre y post en cada grupo. Octubre a Diciembre de 2005. Se describe la muestra utilizando para las cuantitativas media y desviación estándar; y cualitativas con distribución porcentual de frecuencias. Análisis biva-

riante: t Student, ANOVA u otras pruebas no paramétricas para las cuantitativas. Nivel de significación estadística del 95%.

**Resultados:** 167 encuestas. Edad: 69,14 años (DE: 6,31). Mujeres 84,1% (IC95%: 77,6-89,3%). Los asistentes puntuaron: consecución de objetivos 9,61 (DE:1,04); cumplimiento de expectativas, 9,65 (DE:0,94); interés del tema, 9,79 (DE: 0,74); utilidad, 9,71 (DE:1,14); claridad, 9,87 (DE:0,63). Encontramos diferencias significativas en la puntuación en las evaluaciones iniciales y finales en los tres talleres. Así, en el primero la puntuación al inicio fue 5,04 (DE: 1,62) y final 6,17 (DE: 1,46),  $p < 0,001$ ; en el segundo la puntuación fue de 4,58 (DE: 1,45) frente a 5,95 (DE: 1,35) al final,  $p < 0,001$ ; y el tercer obtuvo 6,29 (DE: 1,30) frente al 6,97 (DE:1,06)  $p = 0,022$

**Conclusiones:** Alta satisfacción, ha influido las intervenciones basadas en dinámicas participativas. Se ha producido un incremento en el nivel de conocimientos adquiridos de forma significativa. Es imprescindible acompañar las actividades con elementos de refuerzo que permitan mantener los conocimientos adquiridos.

### P350 CRISIS EPILÉPTICAS COMO REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS

Ó. Esteban Jiménez, F. González Rubio, M. Marcos Calvo, F. Fuertes El Musa y C. Navarro Pemán

CS Delicias Sur; Centro de Farmacovigilancia de Aragón. Zaragoza. Aragón.  
Correo electrónico: Aragónoscarej@hotmail.com

**Objetivos:** Estudio de las crisis epilépticas como reacciones adversas a medicamentos en España.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo retrospectivo. *Ámbito de estudio:* España. *Sujetos:* Todos los casos que constan en la base de datos del Sistema Español de Farmacovigilancia cuyas reacciones adversas corresponden a crisis epilépticas. *Mediciones e intervenciones:* Variables analizadas: edad, sexo, grupo terapéutico y principio activo de los medicamentos implicados, medicación concomitante, gravedad y desenlace de la reacción, factores contribuyentes y causalidad.

**Resultados:** Se hallaron 402 notificaciones, la mayoría en el grupo de edad de 19-65 años (49,25%). Edad media 44,05 años.

El 52,2% varones.

Medicamentos implicados: 578 correspondientes a 200 principios activos. Grupos terapéuticos más numerosos:

Sistema Nervioso (SN) (225), Antiinfecciosos -incluye vacunas- (206) y Antineoplásicos (57).

Principios activos más frecuentes: clozapina (34), imipenem (31), vacuna de meningitis C (16), vacuna triple vírica (15) y bupropion (14). En 78 ocasiones la reacción se produjo por interacción medicamentosa. El 64,9% de las reacciones fue de gravedad moderada. Hubo recuperación sin secuelas en el 84,65% de los casos. En el 7,9% de los pacientes existían factores de riesgo (antecedentes de epilepsia - 40,6%, insuficiencia renal -18,7%-). La relación de causalidad fue posible/probable en el 93% de los casos.

**Conclusiones:** 1) Los adultos varones son el grupo más afectado. 2) Los principios activos que actúan sobre el SN son los de mayor potencial epileptógeno. 3) Destaca el alto número de notificaciones relacionadas con imipenem. 4) Las crisis epilépticas de origen medicamentoso son reacciones adversas moderadas, que suelen recuperarse sin secuelas. 5) Debería prestarse mayor atención a la presencia de factores de riesgo y a las interacciones farmacológicas.

### P351 CONSUMO DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS EN AP

J. Cortés Moreno, C. Medina Bailón, S. Moreno Muñoz y M. Fradua Guerraichevarría

CS Federica Montseny. Madrid.  
Correo electrónico: Madridjoselucortes@yahoo.es

**Objetivos:** Analizar la prescripción de benzodiacepinas en la población mayor de 75 años en un centro de salud urbano, con idea de mejorar la calidad asistencial de la población anciana.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional transversal. *Ámbito de estudio:* Estudio realizado en un centro de salud urbano. *Sujetos:* Los participantes son pacientes a partir de 75 años de edad del centro de salud extraídos del programa informático OMI mediante muestra

aleatoria significativa con  $n = 159$ . **Mediciones e intervenciones:** Registro de variables: edad, sexo, estado civil, número de consultas en el último año, grupo familiar, grado de movilidad, consumo actual y pasado de benzodiazepinas, tipo de benzodiazepina, número de años de consumo, diagnóstico CIE-10 de prescripción, consumo de otros psicofármacos, interacciones, efectos secundarios, contraindicaciones, origen de la prescripción y prescripción por facultativo del centro.

**Resultados:** El 30,1% de nuestros pacientes consumen benzodiazepinas, siendo el sexo femenino el predominante. La edad media es de 80,57 años. La benzodiazepina más usada es Bromazepam con 34,7%, seguida de Lorazepam con el 30,6%, ambas de vida media intermedia (77% del total). El origen mayoritario de la prescripción es en A. P. Los diagnósticos más frecuentes son ansiedad e insomnio. El 10% presenta efectos secundarios, siendo los más frecuentes las caídas. El 30,6% consume otros psicofármacos, siendo los más frecuentes los antidepresivos. El 44,9% han presentado tanto consumo pasado como actual.

**Conclusiones:** Se observa una elevada prescripción de benzodiazepinas en la población anciana, superior al hallado en otros estudios. Sin embargo, el tipo de benzodiazepina utilizada, de vida media, sí se ajusta a las recomendaciones actuales.

### P352 PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DESDE 1992 A 2005: MÁS DE LO MISMO

C. Llor Vilà, J. Cots Yago, M. Alay Romero, M. Gaspar Caro, E. Nin Julve y A. Vila Córcoles

Servicio de Farmacia SCS. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: carles.ller@urv.cat

**Objetivos:** Analizar el consumo de antibióticos en Cataluña y su tendencia en el periodo comprendido entre los años 1992 y 2005.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Análisis observacional retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Prescripciones antibióticas efectuadas por todos los médicos de atención primaria de Cataluña durante los 14 años. *Mediciones e intervenciones:* A partir de los datos proporcionados por la base de datos de farmacia del Servicio Catalán de la Salud en DHD (DDD por 1.000 habitantes y año) para el periodo 1992-2005 se analiza la evolución en la utilización de los diferentes subgrupos antibacterianos y principios activos.

**Resultados:** El consumo total de antibacterianos se ha mantenido estable durante esta última década, con una disminución del 6,8% (1992: 16,75 DHD, 2005: 15,61). El máximo consumo se alcanzó en 1999 (17,78 DHD). Durante estos 14 años han aumentado las penicilinas (del 56,79% de 1992 al 63,41% del 2005), quinolonas (16,43 a 17,32) y cefalosporinas (8,51 a 9,63); en cambio, han bajado macrólidos (18,27% a 9,62%). El principio activo más consumido en el 2005 fue amoxicilina (8,28 DHD) seguido de amoxicilina + ácido clavulánico (5,18 DHD) aunque los incrementos desde 2002 fueron del 44,5% y del 84% respectivamente. Penicilina V alcanzó en 2005 su máximo consumo (0,027 DHD).

**Conclusiones:** No hay cambios importantes en la evolución de la prescripción de antibióticos en los últimos 14 años salvo la disminución de macrólidos y un ligero aumento de penicilinas. Sigue siendo necesario fomentar el uso racional de antibióticos (reducir la prescripción de antibióticos en general) y utilizar los de menor espectro posible.

### P353 PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS ¿PUEDEN SERVIRNOS LAS ALERTAS FARMACOLÓGICAS?

R. Herraiz Cristóbal, C. Paino Arteaga, E. Fernández Nuevo, J. Fernández Horcajuelo, M. García Fernández y M. del Cura González

CS Mendiguchia Carriñe. Leganés. Madrid  
Correo electrónico: mcurag@yahoo.es

**Objetivos:** Evaluar la adecuación de la prescripción de amoxicilina-clavulámico (AC) tras la publicación de una alerta farmacológica de la Agencia Española del Medicamento (AGEMED).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* zona básica de salud. *Sujetos:* prescripciones de amoxicilina-clavulámico registradas en OMI en el periodo del 1 de enero al 28 de febrero del. *Mediciones e intervenciones:* profesional prescriptor, pauta, motivo (CIAP2). Evaluación por pares de la indicación de la prescripción en historia clínica según los criterios de la AEM y guía de infecciones SEMFYC. En los casos no indicado se revisó la elección correcta.

**Resultados:** se prescribió AC por 254 motivos, los más frecuentes infecciones respiratorias de vías altas (IRA) 27,8%, urinarias no complicadas (ITU) 14%, dentales 13, 5%, piel 6,9%, amigdalitis aguda 7,1%, otitis media 5,1% y sinusitis 3%. El 37,5% de las prescripciones fueron indicadas. Se consideraron adecuadas 57,6%. En el 42,4% no indicado, en un 48% de los casos no se debía haber prescrito antibiótico, en un 23% amoxicilina. En el 41% de las prescripciones no adecuadas era el fármaco de segunda elección. El uso de AC en IRA, ORL y piel se asocia con prescripción inadecuada ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** La prescripción de AC primera elección no es adecuada en un elevado porcentaje de procesos.

Las IRA, infecciones ORL y de piel son las patologías en las que con más frecuencia estamos empleado inadecuadamente el fármaco.

La publicación de la alerta farmacológica nos ha permitido identificar puntos de mejora en la prescripción de antibióticos

### P354 PERFIL DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

F. Orellana Lozano, M. Gallego Parrilla y M. García Martínez-Cañavate

CS Alhaurín El Grande. Málaga. Andalucía.  
Correo electrónico: f.j.orellana@hotmail.com

**Objetivos:** 1. Conocer el perfil demográfico del paciente y las causas del tratamiento anticoagulante oral (TAO) en un centro de salud (C.S.) rural. 2. Conocer el lugar de seguimiento del TAO (C.S. vs. Hospital), grado de control y anticoagulante tomado.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Zona básica rural de 20000 habitantes. *Sujetos:* Los sujetos de estudio fueron TODOS los pacientes con TAO de la zona básica. *Mediciones e intervenciones:* Las variables del estudio fueron el sexo, la edad, la patología causa del TAO, INR recomendado, control del INR, lugar de seguimiento del TAO y anticoagulante oral tomado.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 173 pacientes. El 55,8% fueron mujeres, y el 44,2% varones. La edad media fue 69,22 años, con un rango de 10 a 90 años. Las causas del TAO fueron: Fibrilación Auricular 55,8%, Valvulopatía 15,8%, Accidente cerebrovascular 5,8%, Trombosis Venosa Profunda 11,66%, Hipertensión Pulmonar 0,83%, otras patologías 10%. Sólo el 35% sigue controles en el C.S. frente a un 65% seguido en el hospital. El 97,1% toma acenocumarol, el 2,9% warfarina y son extranjeros, con tratamiento iniciado en su país.

**Conclusiones:** El perfil del paciente con TAO en nuestro C.S. es similar al de los estudios publicados.

La causa principal de tomarlo es la Fibrilación Auricular.

Los pacientes en seguimiento en el C.S. son escasos, habría que hacer captación activa de dichos pacientes para su mayor comodidad y satisfacción.

Desconocemos el grado de control, al no constar en la Historia Clínica, de los pacientes con seguimiento hospitalario.

### P355 ANTICOAGULACIÓN ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. EXPERIENCIA DESCENTRALIZACIÓN

F. Ortiz Díaz, M. Martínez Luna y M. Botella Rodríguez

Consultorio Auxiliar de San Gabriel; CS Babel. Alicante. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: fortizd@coma.es

**Objetivos:** Evaluar y describir la organización del programa de control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) en el Consultorio Auxiliar de San Gabriel a los 6 meses de su puesta en marcha.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Pacientes y estudio: Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. Consultorio Auxiliar de San Gabriel. *Sujetos:* Se incluyeron todos los pacientes en TAO y que se controlaron en el Consultorio Auxiliar de San Gabriel durante el año 2005. Se excluyeron los que llevaban menos de un mes de tratamiento y los que no tuvieron al menos tres determinaciones durante el periodo de estudio. *Mediciones e intervenciones:* Se evaluó la razón normalizada internacional (INR) en rango terapéutico según la indicación. Se obtuvieron otras variables como edad, sexo, patología que justifica la indicación, porcentaje de días que un paciente está en rango y media de días que un paciente permanece en rango terapéutico.

**Resultados:** Se observó un 75,36% de días en que cada paciente estuvo en rango (75,7% para los hombres y 74,9% para las mujeres). La media

de días en que un paciente permanece en rango fue de 67,4 días. La media de días en que un paciente fuera de rango permanecía en esta situación fue de 16,7 días.

**Conclusiones:** El control del TAO en atención primaria es posible contando con los medios y recursos necesarios. Supone un avance muy importante para los pacientes. Y es imprescindible una organización específica para llevar a cabo dicho control.

### P356 EFECTIVIDAD ALTA+EDUCACIÓN SANITARIA BAJA = INTERCEPCIÓN POSTCOITAL

F. Cantero Gómez, S. Alpañez Abanades, S. Juan Ezquerro, C. Moriana Olla, A. Font Bosque y M. Just Mallart

ABS Igualada Urbana. Igualada. Cataluña.

Correo electrónico: fcantero.cp.ics@gencat.net

**Objetivos:** Describir el perfil de la población que solicita intercepción post-coital (IPC) con levonorgestrel, conocer su eficacia y la reincidencia de su utilización.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Área básica de salud urbana. *Sujetos:* Pacientes atendidas en un servicio de atención continuada de un centro de salud urbano, que solicitaron IPC entre enero y diciembre del 2005. *Mediciones e intervenciones:* Edad, día de la semana, días des de la fecha última regla(FUR), acompañantes, pareja estable, uso preservativo, IPC previa, visita posterior al servicio planificación familiar, necesidad de 2ª dosis por efectos secundarios, embarazo post-IPC.

**Resultados:** N = 116, edad media: 23,1(13% menores edad), día de la semana: viernes+sábado+domingo (72,4%), días des de la FUR: 15,9. Tipo de acompañante:

Sola (26,7%), pareja (55,1%), amiga (16,4%), padre y/o madre (0,9%). Relación pareja estable (87,1%). Uso preservativo: ruptura (75%), mal uso (9,5%), no uso (15,5%). Número de IPC previas: ninguna (50%), una (35,3%), 2 ó mas (13,6%). Visita posterior servicio planificación familiar (6%), necesidad de segunda dosis por efectos secundarios (0%), embarazo post-IPC (0%).

**Conclusiones:** El perfil de usuaria de la IPC es una mujer joven, con pareja estable, que acude por problemas con el uso del preservativo. Todos los tratamientos fueron administrados dentro de las 72 horas recomendadas y no consta ninguna administración de segunda dosis por efectos secundarios como tampoco embarazo posterior a la IPC, cosa que demuestra una alta efectividad. La mitad de las usuarias ya había recibido anteriormente la píldora, una cuarta parte de las mismas realizan un mal uso del preservativo y un escaso porcentaje consulta posteriormente al servicio de planificación familiar, por lo que creemos fundamental incidir en la educación sanitaria.

### P357 ESTRATEGIA ANTIPIRÉTICA EN NIÑOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Rosety Rodríguez y S. Moreno Merino

CS La Merced; UD de MFyC. Cádiz. Andalucía.

Correo electrónico: jesusr@ono.com

**Objetivos:** Comparar el beneficio del tratamiento con paracetamol o ibuprofeno en mono terapia frente a la alternancia de ambos, en niños de 6 meses a 3 años.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio intervencional, prospectivo. *Materiales:* se utilizaron termómetro de mercurio y software de base de datos. *Ámbito de estudio:* Unidad Docente MFYC Hospital Universitario Puerta del Mar. Y C.S. La Merced. *Sujetos:* 60 niños comprendidos entre 6 meses y 3 años con fiebre. *Mediciones e intervenciones:* El grupo A (n = 20) recibió tratamiento con paracetamol (12,5 mg/kg por dosis cada 6h), grupo B (n = 20) recibió tratamiento con ibuprofeno (5 mg/kg por dosis cada 8h) y grupo C (n = 20) recibió alternancia de ambos cada 4 horas.

**Resultados:** El grupo C (alternando) se caracterizó por una mayor rapidez en la bajada de la temperatura en comparación con los otros grupos, siendo todas las diferencias estadísticamente significativas (P < 0,001). Ninguna de las tres pautas se asoció con un aumento en el número de visitas a Servicio de Urgencias (P = 0,65), ni complicaciones por el tratamiento.

**Conclusiones:** La alternancia de paracetamol (12,5 mg/kg por dosis) y Ibuprofeno (5 mg/kg por dosis) cada 4 horas durante 3 días parece ser mas efectiva que la monoterapia para disminuir la fiebre en niños. Aunque el uso de antipiréticos combinados conduce a un mayor índice de errores en su dosificación, con el potencial riesgo de falta de eficacia por

no alcanzar o sobrepasar los valores plasmáticos necesarios. Consideramos más racional que la administración alternante, el acortar el intervalo de administración o el incremento de uno solo de los antipiréticos sin sobrepasar la dosis máxima establecida.

### P358 PATRÓN DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO FARMACOLÓGICO EN SUJETOS HIPERTENSOS Y/O DISLIPÉMICOS EN EL ÁMBITO AMBULATORIO

A. Sicras Mainar, R. Navarro Artieda, J. Fernández de Bobadilla Osorio y M. García Vargas

Badalona Serveis Assistencials, Sa. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: mercedes.garcia@euroclin.net

**Objetivos:** La falta de adherencia al tratamiento es uno de los principales factores que contribuyen a una inadecuada consecución de los objetivos terapéuticos de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). El objetivo es evaluar el grado de cumplimiento terapéutico del tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial leve-moderada (HTA), y/o hipercolesterolemia (DL), en práctica clínica habitual en el ámbito de la atención primaria (AP), y determinar sus factores asociados.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional retrospectivo-multicéntrico. *Ámbito de estudio:* Cinco centros de AP durante el año 2005. *Sujetos:* Pacientes con criterios de inclusión: HTA leve-moderada: JNC-VII, British-Hipertensión-Society; y DL: NCEP-ATP III. *Mediciones e intervenciones:* El cumplimiento se calculó como el número de comprimidos dispensados entre el número de comprimidos recomendados o prescritos, asumiendo que la dispensación no supone consumo. Se obtuvieron variables demográficas, comorbilidades, parámetros clínicos y recursos sanitarios. Se efectuó un análisis bivariante y de regresión logística-lineal múltiple para la corrección del modelo.

**Resultados:** de un total de 15.606 pacientes (HTA: 41,7%; DL: 23,1%; HTA/DL: 35,2%) se obtuvo un cumplimiento del 85,9% (IC = 85,4-86,4%), 81,6 (IC = 81,0-82,2%) y 84,9 (IC = 84,3-85,5%) respectivamente, p = 0,000 (Scheffé). Las variables explicativas de un mejor cumplimiento en el análisis multivariante (beta = 0,832; t = 59,1; p = 0,000) fueron con relación directa: edad, inactividad laboral, gasto farmacéutico; e indirecta con glucemia, triglicéridos, LDL y número de principios activos (p = 0,000).

**Conclusiones:** Los pacientes dislipémicos muestran un peor cumplimiento que los hipertensos, además la dislipemia es un FRCV asociado a un peor cumplimiento en hipertensión. Determinados parámetros clínicos, la edad y el tipo de fármaco empleado se asocian al cumplimiento terapéutico.

## Violencia social

### P359 VIOLENCIA SOCIAL Y CUMPLIMENTACIÓN DE COMUNICADOS JUDICIALES EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Aguayo Benito, B. Satué Vallvé, S. Nadela Lapeira, Y. Aguayo Benito, M. Portolés Furió y C. Aguilar Martín

ABS Sant Carles de la Ràpita. SAP Terres de l'Ebre. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: maguayo.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos:** Conocer los motivos de expedición de los comunicados de lesiones al juzgado de guardia en un centro de atención primaria de una localidad urbana de 12.000 habitantes durante el año 2005 y su relación con la violencia social.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Comunicados expedidos en el centro de salud. *Mediciones e intervenciones:* Datos recogidos de los comunicados judiciales: edad, sexo, estado civil, nacionalidad, lugar de residencia, motivo de asistencia y lesiones.

**Resultados:** 142 comunicados registrados. Varones 60%, mujeres 40%. Edad: < de 15 años: hombres 14,1%, mujer 5,2%, 15-35 H68,2%, M57,8%, 36-50 H12,9%, M12,2%, > 50 H7%, M17,8%. Estado civil: solteros H74,1% M90%, casados H20% M29,8%, separados H4,7% M5,2%, viudos H1,1% M3,5%; Nacionalidad: española H69,4% M89,4%, marroquí H22,9% M3,5%, rumana H4,7% M4%, ucraniana H2,3% otros H2,3% M3,4%.

Motivos de asistencia: hombre agresiones-peleas H74,7% (1,1% agresión sexual) M63,1% (38,8% violencia en la pareja y de genero), accidentes de



tráfico-atropello H19,8% M29,8%, mordeduras animales H8,4% M1,7%, caídas en vía pública M4%. Diagnósticos: policontusiones 90%, mordeduras 6,4%, fracturas 2,5%, violación sexual 1,1%

**Conclusiones:** La mayoría de comunicados remitidos al juzgado de guardia reflejan conflictos entre individuos de la misma población, nacionalidad y comunidad, especialmente solteros entre 15 y 35 años.

Policontusiones causadas por peleas y agresiones habitualmente en cara. Mayoría de hombres extranjeros, fuera del domicilio, en especial bares. En mujeres 50% de agresiones relacionadas con compañeros/ex-compañeros sentimentales.

Desde nuestro ámbito es importante plantearse “la atención primaria orientada a la comunidad” identificando situaciones y personas de riesgo (vulnerabilidad, trastornos psicopatológicos víctima-agresor) implantando un sistema de registro con apoyo de diferentes instituciones facilitando el abordaje del problema (educación escolar, vial, integración social, medidas punitivas...).

### P360 INCIDENCIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA INMIGRANTE MARROQUÍ

J. Bernad Suárez, J. Gerhard Pérez, A. Vázquez Duran, M. Viñes Silva, A. Casas Benz, M. Carol Bertrán

CAP Vilassar de Mar. Vilassar de Mar. Cataluña  
Correo electrónico: jesusbernadsuarez@camfic.org

**Objetivos:** Conocer las diferencias de distribución de las frecuencias de casos de Violencia contra la mujer (VCM) en la comunidad española y en la marroquí.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* -Estudio prospectivo de cohortes 01-01-2002 hasta 01-01-2006. *Ámbito de estudio:* Municipios del Área Básica de Salud -Padrón Municipal Ayuntamiento -Registro asistencia urgente víctimas VCD nuestro CAP. *Sujetos:* -Población: mujeres 15-65 años Cohorte A: españolas. Cohorte B: marroquíes. *Mediciones e intervenciones:* -Variables: edad, nacionalidad, haber padecido VCM con necesidad de atención urgente en nuestro CAP. -Análisis: probabilidad de padecer VCM según la nacionalidad. Se calcula la Odds Ratio entre padecer VCM en el grupo de marroquíes respecto al de las españolas. Se calcula z y p por edades según su  $X^2$ .

**Resultados:** 44 casos de VCM (34 en cohorte A y 10 en cohorte B). OddsA = 0,004935 y oddsB = 0,072463. OddsB/A = 14,68. Comparación grupos:  $X^2 = 91,5294$  ( $p < 0,001$ ). Por grupos edad  $X^2$  también significativa ( $p < 0,001$ ); intervalo 26-30 años ( $p < 0,05$ ). La IC de diferencias de proporciones  $0,062656 \pm 0,020649$  ( $\alpha = 95$ );  $z = 3,0343$  ( $p < 0,0006$ ).

No discrepancias entre medias de edad y sus D.S. en cohortes ni en grupos de víctimas

**Conclusiones:** 1) Ser mujer marroquí residente en nuestro municipio es factor de riesgo de padecer VCM que precisa atención urgente, 14,68 veces más elevado que una mujer española del mismo municipio. 2) Se tendrían que estudiar estrategias detección VCM en la Atención Primaria antes de que se diera la necesidad de visita urgente, especial atención para colectivo marroquí.

### P361 CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

M. López Álvarez, I. Tomás Castillo, C. de Diego Cabanes, M. Muniain Díaz de Cerio, J. Boj Casajuana y B. Fernández Larrea

ABS Torreforta-La Granja. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: mjlovi@wanadoo.es

**Objetivos:** Conocer las características y el registro de la población diagnosticada de violencia doméstica.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Zona básica de salud urbana. *Sujetos:* 29.297 personas. *Mediciones e intervenciones:* Utilizamos la historia clínica informatizada y la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (Y07.0 maltrato por su marido o pareja/ T74 maltrato, sin especificar el agresor/ Z63.0 problemas en la relación de pareja). Variables estudiadas: médico asignado, edad, sexo, nacionalidad, otros diagnósticos, consumo de fármacos, absentismo laboral, número de consultas en el último año.

**Resultados:** Encontramos 60 personas con problemas de violencia doméstica: 54 mujeres y 6 varones. El 57% de las mujeres con maltrato por

su marido o pareja están en el grupo de 15 a 45 años. Un 51,6% toma medicación ansiolítica y/o antidepressiva. Un 30% toma analgésicos. El 82% acudió al centro en el último año más de 10 veces. Diversos estudios recogen la prevalencia de la violencia por compañero íntimo en las mujeres que acuden a las consultas de atención primaria en España en un 32%. Nosotros no alcanzamos el 1%.

**Conclusiones:** Detectamos un infra-registro de esta patología por parte del equipo. Es necesario sensibilizar a los profesionales sanitarios hacia este problema, lo que conducirá a mejorar su intervención. Entre las características de las víctimas de violencia de género destacar que son jóvenes y más de la mitad toma antidepressivos y ansiolíticos.

### P362 CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTINUADA ATENDIDAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

E. Fernández Romero, R. Espino Pérez, C. Galán Doval, M. Aguilera Peña, J. Recio Ramírez y M. Pablo Vázquez

Hospital de Montilla. Montilla. Andalucía.  
Correo electrónico: efernandez@montilla.ephag.es

**Objetivos:** Describir las características que diferencian los casos de violencia doméstica en que existen agresiones previas.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Observacional, descriptivo. *Ámbito de estudio:* Servicio de urgencias de un hospital comarcal. Población rural. *Sujetos:* Pacientes atendidos durante un año (15/4/03 al 14/4/04) en el servicio urgencias de nuestro hospital por violencia doméstica. *Mediciones e intervenciones:* Encuesta sociodemográfica y entrevista médico-legal durante la atención sanitaria. Variables estudiadas: Existencia de Agresiones Previas (AP), Tiempo desde la Primera Agresión. Variables socio-demográficas de víctima y agresor y relacionadas con la agresión.

**Resultados:** Se incluyeron 58 casos, 8 varones y 50 mujeres, con edad (media; DT) (35,3; 13) años. Variables con significación estadística para Agresiones Previas: Trabajo de la víctima (existe AP en amas de casa en el 92,9%), Relación con agresor (cónyuge, AP en 76%; padres, en 100%), Tipo de agresión (agresión sexual 100%; agresión física y psíquica 85,5%), Tiempo de relación con agresor, Objetos en la agresión (con objeto, AP en el 90,9%), Amenaza de muerte (95,2%). Tiempo trascurrido desde la primera agresión (diferencias significativas): Trabajo de la víctima (ama de casa: el 50% 6 o más años), Relación con el agresor, Edad del agresor (agresor mayor de 60 años: el 80% 6 o más años); Sexo del agresor (más si es hombre), Amenaza de muerte (mayor tiempo si existe).

**Conclusiones:** Apreciamos mayor incidencia de agresiones previas y mayor duración de las mismas en víctimas amas de casa, violencia procedente del cónyuge y existencia de amenaza de muerte. El agresor tipo sería varón mayor de 60 años con larga relación con la víctima.

## Sesión 2

Jueves, 16 de noviembre

12.00 h

ZONA PÓSTERS

(Planta 01 – Pabellón 5 – Centro de eventos)

## Atención a la mujer / Embarazo / Planificación familiar

### P26 INFLUENCIA DEL CICLO MENSTRUAL EN LOS NIVELES DE FERRITINA SÉRICA

A. Sarrión Bono, J. Tenías Burillo y V. Fuentes Leonarte

Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: asarrión@comv.es

**Objetivos:** Identificar la utilidad de las características del ciclo menstrual para predecir el déficit del metabolismo del Hierro.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio analítico observacional de cohortes retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Se realiza entre las trabajadoras en edad fértil de un hospital que acuden a los exámenes periódicos de salud del servicio de preventiva. *Sujetos:* Mediante muestreo consecutivo se seleccionan 110 historias clínicas que cumplen los criterios de inclusión. *Mediciones e intervenciones:* La asociación entre las diferentes variables independientes con la variable respuesta se analizó con X2. Se construyó un modelo multivariante de regresión logística para valorar la aportación independiente de la historia ginecológica con la presencia de déficit de hierro.

**Resultados:** El 12,7% presentó anemia y el 17,3% ferropenia. El 31,1% de mujeres con reglas > 5 días de duración presentaban ferropenia frente al 7,9% de mujeres con reglas < 5 días ( $p = 0,002$ ). El 61,5% de mujeres con flujo abundante tenía ferropenia frente al 12,2% de mujeres con flujo normal ( $p = 0,003$ ). Con el modelo de regresión logística, incluyendo la intensidad del flujo menstrual y la duración de la menstruación como variables independientes, se construyó una matriz de probabilidades. Las probabilidades de ferropenia variaron desde el 0,02% (flujo escaso + duración menstruación < 5 días) a un 63,6% (flujo abundante + duración menstruación > 5 días).

**Conclusiones:** La intensidad del flujo menstrual y la duración de la menstruación son predictores independientes del estado de ferropenia. Con la anamnesis sobre el ciclo menstrual es posible estimar el riesgo de ferropenia antes de obtener las pruebas de laboratorio.

## P27 EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONTROL DEL EMBARAZO DE BAJO RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Gallego Gómez-Carreño, V. Gómez Hernando, J. Ortiz Sánchez, M. Sousa Rodríguez, L. del Río Martín y E. Barrera Linares

EAP San Blas. Parla. Madrid.

Correo electrónico: rsanchez.gapm10@salud.madrid.org

**Objetivos:** Determinar el grado de control del embarazo de bajo riesgo con seguimiento en AP, en función del protocolo específico del área

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria (AP). *Sujetos:* Todos los embarazos de bajo riesgo seguidos en cuatro consultas de AP durante dos años. *Mediciones e intervenciones:* Variables incluidas en el protocolo específico del Área recogidas de la historia clínica: antecedentes, exploración, clínica, variables hematológicas y bioquímicas, ecografías.

**Resultados:** (Provisionales): n: 39 mujeres. Edad media: 28,9 años. Visitas totales:  $8,4 \pm 1,4$ . En la primera visita se recogen antecedentes en más de 90%. La FUR, FPP, Peso y TA en 100%. El 97% recibió tratamiento con ácido fólico y en el 51,3% consta entrega de consejos. El registro de constantes por visita se realizó en el 92,3% y ecografía por trimestre en el 97,4%. Las pruebas de laboratorio rondan el 95%, excepto la valoración de función tiroidea. Se realizó sobrecarga oral de glucosa con 50 gr en el 100% y el 66,7% de las mujeres realizó preparación al parto. El 82,1% realizó la visita posparto a los 7 días y el 69,2% durante el primer mes. No se registró ningún aborto. El 71,8% de los partos fueron eutócicos con un peso medio del recién nacido de  $3207 \pm 421$  gr.

**Conclusiones:** El grado de control del embarazo de bajo riesgo en AP parece adecuado, aunque algunos aspectos deben mejorar, como las visitas de seguimiento postparto, la entrega de consejos a las embarazadas y la valoración de la función tiroidea.

## P28 ESTUDIO DE DETERMINANTES ASOCIADOS A LA EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS DE EMBARAZO

L. Carrascal García, L. García Molina y J. Ruiz-Giménez Aguilar

CS Vicente Soldevilla. Madrid.

Correo electrónico: scicyro@yahoo.es

**Objetivos:** Describir los embarazos acontecidos en un año y establecer modelos de asociación entre sus determinantes y la evolución de los mismos.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Cohortes, retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Registro de los episodios de OMI asociados a embarazo confirmado ( $n = 340$ ) de 1/07/2003 a 1/07/2004 en nuestro Centro de Salud. *Mediciones e intervenciones:* Prevalencia de embarazo deseado (ED), no deseado (END), adolescencia, gestación de riesgo, edad media y nacionalidad de origen de las madres. Se registró su evolución final: recién nacido vivo sano (RNVs), aborto espontáneo (Abort), parto complicado (Pcomplic) y aborto provocado (IVE).

**Resultados:** 61,8% españolas ( $31,3 \pm 5,04$  años de media) y 38,2% extranjeras ( $28,4 \pm 6,25$  años) con IC de 1,68-4,12 años de la diferencia ( $p = 0,05$ ). Extranjeras: 48,5% ecuatorianas; 15,4% marroquíes; 20% resto América Latina; 3,8% chinas; 5,4% Europa del Este; 2,3% Europa Occidental y 4,6% África Subsahariana. Fueron END el 4,3% de los embarazos españoles y el 25,4% de los extranjeros. Las españolas tuvieron tasas de 1,9% de IVE, 9% Abort, 13,3% Pcomplic y 11,4% sin datos. Las extranjeras 6,9% IVE, 10% Abort, 6,2% Pcomplic y 20% sin datos. El 69,2% de los IVE fueron de extranjeras. Los métodos de regresión logística dan, para padecer IVE, OR con IC de 0,99-1,20 a la edad de gestación; 10,4-339,47 a los END y 0,21-4,42 ser extranjero ( $p = 0,05$ ).

**Conclusiones:** Las extranjeras tienen embarazos más jóvenes y mayores tasas de END que las españolas. Esto explica los elevados índices de IVE en extranjeras. Disminuir los END en las inmigrantes debiera ser fundamental en la planificación familiar.

## P29 ESTUDIO DESCRIPTIVO, PROSPECTIVO EN NUESTRAS EMBARAZADAS

C. Hidalgo Cabrera, O. Fernández Martínez, B. García del Río García, S. Sirvent Castro, E. Burgos Garrido e I. García Gallardo

CS La Chana. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: carmenhica@fundacionhvn.org

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas, clínicas y los resultados obstétricos de una muestra de embarazadas en nuestro centro de salud.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Embarazadas de bajo riesgo obstétrico seguidas en nuestro centro de salud. *Mediciones e intervenciones:* Durante un año de estudio se recogieron las embarazadas que acuden a consulta en nuestro centro de salud, se recogieron variables como edad, antecedentes previos, antecedentes familiares, consumo de alcohol y tabaco, patologías concurrentes en tres momentos del embarazo, en cada uno de los trimestres y resultados obstétricos.

**Resultados:** Obtuvimos una muestra de 278 embarazadas, la edad media de las embarazadas fue de 30,97 La mayoría, 93,9, de nacionalidad española (4% marroquíes, 1,8% rumanas, 0,4% inglesas). En cuanto al consumo de alcohol destaca que ninguna de nuestras embarazadas reconoce haber tomado algo de alcohol durante el embarazo. El 80% niegan haber fumado algo durante el embarazo. Un 8,3% ha fumado 10 o menos cigarrillos al día y un 8,3% han fumado entre 10 y 20 cigarrillos al día. En cuanto al consumo de alcohol destaca que ninguna de nuestras embarazadas reconoce haber tomado algo de alcohol durante el embarazo. El 70% de los partos fueron a término. Un 5,6 por ciento son prematuros.

**Conclusiones:** Nuestra población de embarazadas es muy semejante a la de otros estudios. Es importante el papel del médico de familia en diversos puntos prevalentes en este tipo de pacientes, como son el control antitabaco y la detección de patologías durante el embarazo.

## P30 LA PÍLDORA POSTCOITAL: AYER Y HOY

M. Virgós Bonfill, E. Tapia Barranco, B. Segura Cañada, M. Español Pons, C. Chanco Rodríguez y N. Brull López

ABS Reus-2. Cap Sant Pere. Reus. Cataluña.

Correo electrónico: mvirgos.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos:** Características de mujeres que solicitan la píldora postcoital. Comparativa después de su gratuidad.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional descriptivo. *Ámbito de estudio:* Centro de atención continuada (CAC), área urbana de 100000 habitantes. *Sujetos:* Mujeres que solicitan píldora postcoital en CAC. *Mediciones e intervenciones:* Revisión de visitas realizadas en CAC de octubre a diciembre de 2004 y Enero 2005 y de octubre a diciembre de 2003 y Enero 2004. Variables: edad, fecha de administración, hora de consulta, día de la semana, tiempo transcurrido, método anticonceptivo previo, si es o no la primera vez, si su domicilio es la misma ciudad.

**Resultados:** El 54,7% adolescentes, su motivo más frecuente: ruptura de preservativo. Desde su gratuidad: 1. Doblamus la demanda de píldoras postcoitales. 2. Edad incrementada:  $20,6 \pm 3,7$  a  $22,8 \pm 6,5$  años ( $p = 0,034$ ). 3. Antes la demanda se concentraba entre los primeros y los últimos días de la semana, se ha observado que el mismo período de 2004

la demanda no se polariza tanto. 4. Las mujeres acuden antes: en el 2003 el 58,2% de las mujeres acudían a las 12h, en el 2004 sólo el 39%. 5. En 2004: El 86,1% utilizan un método anticonceptivo previo versus el 96,6% del 2003 ( $p = 0,048$ ). 6. El motivo predominante continúa siendo la ruptura de preservativo. 7. No hay diferencias significativas en cuanto a la ciudad de procedencia. 8. Incremento de la demanda matutina ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los adolescentes solicitan más la píldora, pasadas menos horas, más los fines de semana y en el turno de noche. Desde su gratuidad la píldora postcoital ha aumentado su demanda y se ha observado un aumento de la edad media de las solicitantes.

## Atención al inmigrante

### P31 EL AUMENTO DE LAS CONSULTAS A URGENCIAS Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO INMIGRATORIO

H. Juan Gallinari, E. González González, A. Sacristán Rubio, L. Palma Bellido, C. Di Martino y L. de Nicolás Muñoz

Servicio de Urgencias N°10. Moratalaz. Madrid.  
Correo electrónico: hdujuan@hotmail.com

**Objetivos:** Determinar el lugar de origen de los pacientes que acuden a consulta.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo, prospectivo. Los datos se incluyeron los datos en una base de File Maker 4.0 y fueron analizados los datos con SPSS 11.0. *Ámbito de estudio:* Servicio de Urgencias N°10 de Moratalaz. *Sujetos:* de Julio a Septiembre de 2005, sobre un total de 6900 consultas. *Mediciones e intervenciones:* Se analizaron edad; sexo; país de origen (agrupados en españoles, resto de Europa, europeos del este, sudamericanos y orientales). Además se analizó si presentaban cartilla médica de la seguridad social, DNI o nada al momento de la consulta.

**Resultados:** El 55% eran de sexo femenino, con una edad media de  $29 \pm 16$  años. Se presentaron a la consulta sin identificación el 12%, con la cartilla de la seguridad social el 80% y con DNI el 8%. Según el país de origen la prevalencia de consultas por españoles representó el 70% (gitanos 24%); Sudamérica (Perú, Bolivia) 10%, Europa del Este 8% (Rumania, países de la antigua URSS), y Oriente 6% (China, Japón), África (Marruecos) 5% y resto de Europa 1% (Portugal, Italia).

**Conclusiones:** Las consultas de españoles fue la más frecuente. La inmigración de los últimos años en nuestro país explica, al menos en parte, el llamativo aumento en la demanda observada en nuestro centro, una tercera parte del total.

### P32 UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAGREBÍ EN UN ÁREA BÁSICA DE SALUD (ABS)

X. Aubia Floresvi, C. Mangrané Guillén, P. Luque Martí, B. Segura Cañada, C. Mangrané Guillén y E. Tapia Barranco

ABS Reus-2. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: miespanol@eresmas.com

**Objetivos:** Conocer la utilización de los servicios sanitarios de la población adulta magrebi de nuestra ABS. Conocer los motivos de consulta más frecuentes.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo longitudinal. *Ámbito de estudio:* Área Básica de Salud. *Sujetos:* Población magrebi de más de 14 años que acude a ABS. *Mediciones e intervenciones:* Edad, sexo, filiación a la Seguridad Social (NASS), domicilio, número visitas/año, horario de las visitas, motivo de consulta.

**Resultados:** Se realizaron 2413 visitas correspondientes a 446 pacientes. El 85% fueron hombres. El 49% estaban domiciliados, y el 80% tenían NASS. *Tipo de visita:* el 53,5% consulta espontánea, y el 27% entre las 15 y las 24 horas del servicio de atención continuada. El 37,8% de los pacientes, sólo se habían visitado una vez. El motivo de consulta más frecuente fue la patología osteomuscular: 16,5%, seguido de consultas de en-

fermería: 16,2%, aparato respiratorio: 9,1%, dermatológicas: 7,8%, digestivo: 6,7%, genito-urinario: 3,8%, consulta administrativa: 3,1%, atención a la mujer: 1,2%

**Conclusiones:** La población magrebi de la nuestra ABS es fundamentalmente masculina. Aproximadamente la mitad tienen los papeles en regla, porcentaje similar a los que utilizan la cita previa. Hay un elevado porcentaje de pacientes que sólo se han visitado una vez, lo cual encaja con la idea de población transitoria. El problema de salud más prevalente es la patología osteo-muscular. Llama la atención la ausencia de patología mental, probablemente porque no se puede valorar en una visita puntual del servicio de atención continuada.

### P33 ESTUDIO DE FRECUENTACIÓN SEGÚN FRANJA HORARIA, DEPENDIENDO DE LA PROCEDENCIA Y LA EDAD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE QUE CONSULTA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN CONTINUADA

D. Sabaté Lissner, R. Sagarra Álamo, A. Losilla Casanova, P. Castellari, J. Piñol y J. Magriña

ABS Reus-2. Reus. Aragón.  
Correo electrónico: rsagarra@semfyc.es

**Objetivos:** Determinar la frecuentación de los inmigrantes según franja horaria, edad y origen en un centro de atención continuada (CAC) de atención primaria de un área urbana.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo observacional de tipo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Inmigrantes que acuden al CAC de un área urbana en mayo del 2006. *Mediciones e intervenciones:* Análisis de las historias clínicas de los inmigrantes atendidos en el CAC. *Variables:* 1. Datos demográficos (sexo, edad -lactantes, infancia, adolescentes y adultos-). 2. Procedencia (Magrebi, Sudamericana, Europa del Este, otros). 3. Hora de visita (noche-madrugada, mañana, tarde). *Análisis estadístico:* Chi cuadrado con SPSS 12.

**Resultados:** 3008 usuarios visitados, de los cuales 352 (11,77%) eran inmigrantes (60,2% hombres). *Edades:* 6% lactantes, 15,1% niños/as, 8% adolescentes y 71% adultos.

*Procedencias:* 66,1% magrebis, 12,4% sudamericanos, 16,1% Europa del Este y 5,2% resto de Europa. Considerando el horario de visita según su procedencia, magrebis: 33,3% noche-madrugada, 21,4% mañana y 45,3% tarde; suramericanos: 15,9% noche-madrugada, 27,3% mañana y 56,8% tarde; Europa del Este: 35,1% noche-madrugada, 21,1% mañana y 43,9% tarde.

**Conclusiones:** Un gran número de inmigrantes visitados en el CAC hubieran podido ser atendidos en sus ABS. Los inmigrantes acuden sobretudo fuera de su horario laboral. Es necesaria continuar e intensificar la educación sanitaria para que sus demandas asistenciales utilicen de forma apropiada los distintos recursos del sistema sin ser colapsados.

### P34 DIFICULTAD EN LA COMUNICACIÓN CON LOS INMIGRANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿ES SOLO UN PROBLEMA DE IDIOMA?

B. Pérez Rodríguez, C. Ros Bertomeu, C. Daufi Subirats, S. Borràs Freixas y F. Rodríguez Casado

Xarxa sanitària i social Santa Tecla. ABS Tarragona 4 Llevant; ABS Torredembarra. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: bperez@xarxatecla.net

**Objetivos:** Conocer la necesidad de traducción en las consultas de atención primaria (A.P.) con los inmigrantes y analizar si es realmente el idioma la causa de la dificultad de comunicación.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* 5 Áreas básicas. Población de 95.000 habitantes. *Sujetos:* Inmigrantes que acuden a las consultas de A.P. Noviembre 2002-Diciembre 2004 y que llevan menos de dos años en el país. *Mediciones e intervenciones:* En el formulario informatizado del programa de atención al inmigrante (PAI) se registra el área de procedencia, núcleo de convivencia, año salida del país, ruta migratoria, idioma contacto, necesidad de traducción, nivel de instrucción, religión, retornos país de origen, condiciones laborales actuales, elaboración duelo y realización de analítica de cribaje.

**Resultados:** Captamos 934 inmigrantes adultos. Edad media 35. Hombres 46,7%. *Área procedencia:* 44,8% América latina, 31,9% Magreb, 14% países este Europa, 9% procedencias diversas. Necesitan traducción 218 (19,2%). Hombres 48,6%. *Área procedencia:* Magreb: 62,4%, Países este: 26,1%, América latina: 2,8%, Asia: 2,3%, Subsaharianos: 0,9%. *Núcleo convivencia:* Familia: 77,1%, Amigos: 15,6%, solo: 2,3%. *Religión:* Musulmana 39%, no consta: 51,8%. Idioma contacto el castellano: 39%.

**Conclusiones:** Objetivamos que la necesidad de traducción es solo necesaria en un 19,2% de los inmigrantes, pero en cambio la experiencia nos dice que la percepción de los profesionales en cuanto a la dificultad de comunicación es mucho más elevada, por lo que nos planteamos que tal vez no sea exclusivamente un tema de idioma, sino de la necesidad de profesionales culturalmente competentes y del apoyo de las instituciones para disponer de tiempo y los recursos necesarios en nuestras consultas.

### P35 PROTOCOLO DEL PACIENTE INMIGRANTE: ¿LO CUMPLIMENTAMOS CORRECTAMENTE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA?

A. Estafanell Celma, V. Vázquez Ortega, M. Faro Colomé,  
M. Sender Palacios, M. Iglesias Rodríguez y E. Jovell Fernández

CAP Terrassa Nord. Terrassa. Cataluña.  
Correo electrónico: annaestafanell@hotmail.com

**Objetivos:** Valorar la cumplimentación del protocolo del paciente inmigrante y determinar los motivos de consulta.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro Atención Primaria urbano. *Sujetos:* Inmigrantes mayores de 15 años (marzo 2005-abril 2006). *Mediciones e intervenciones:* Variables: zona origen, edad, sexo, motivo y número consultas, asistencia a visitas, cumplimentación protocolo inmigrante.

**Resultados:** Muestra de 423 inmigrantes. Edad: 38 años (DE 13). Mujeres: 61,7 (261). Procedencia: África 47,3% (200) (83% Magreb, 17% Sub-sáhara), Latinoamérica 33,1% (140), Europa 5,4% (23), Asia 0,2% (1), no constaba 13,9% (28).

Cumplimentación protocolo: totalmente 19,3% (84), parcialmente 44,7% (189), nada 35,5% (150). de las 15 unidades básicas asistenciales (UBAs) estudiadas, dos concentran el mayor número de inmigrantes (42,6%), siendo éstas las que cumplimentaron más el protocolo ( $p = 0,001$ ).

Visitas no presentadas 26,5% (112). de los presentados, un 41,2% (128) consultaban por dos o más motivos, que fueron: patología osteoarticular 18,1% (88), gineco-obstétrica 10,1% (49), digestiva 7% (34), salud mental 5,8% (28), respiratoria 4,9% (24). Comparando africanas y latinoamericanas, las segundas consultaban más por patología ginecológica ( $p = 0,02$ ). No se observaron diferencias entre las otras patologías y la procedencia.

**Conclusiones:** Comparado con otros estudios, nuestros pacientes consultan más por patología osteoarticular y menos por problemas respiratorios. Destaca una baja cumplimentación global del protocolo, siendo ésta superior en las UBAs con mayor población inmigrante. Se tendría que conseguir aumentar la sensibilización de los profesionales sanitarios en relación a la atención a la población inmigrante, con el fin de llevar a cabo una mejor detección de la patología específica de la misma.

### P36 TE CUIDAS (HISTORIA CLÍNICO - OBSTÉTRICA DE LA MUJER INMIGRANTE)

E. Rodríguez Fernández, T. Lorca González y M. López Jordán

CS Totana. Murcia  
Correo electrónico: algomo@cajamurcia.es

**Objetivos:** Conocer en la mujer inmigrante de nuestra Zona de Salud: 1. Motivos de consulta y 2. Historia clínico - obstétrica.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Zona Básica de Salud. *Sujetos:* Participaron 185 mujeres inmigrantes mayores de 14 años, que acudían a demanda; en tres consultas de MFyC desde el 1 de enero al 30 de mayo de 2006. *Mediciones e intervenciones:* Encuesta estructurada: variables sociodemográficas, historia clínico - obstétrica y motivos de consulta. Se calculó el porcentaje e intervalo de confianza (95%). Medias, desviación estándar y Pearson.

**Resultados:** A. *Variables sociodemográficas:* 1. Edad media  $30,36 \pm 7,98$  años (el 75,7%,  $n = 140$ , tenían < de 36 años). 2. El 15,7% ( $n = 29$ ) residían < de 3 años en España. 3. El 75,1% ( $n = 139$ ) son ecuatorianas. B. *Historia clínico - obstétrica:* 1. Entre el primer y último embarazo transcurren una media de 5 años. 2. El 40,5% ( $n = 75$ ) han tenido hijos

en España. 3. El 31,5% ( $n = 58$ ) entre los años 2003-2005. 4. El número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVES) aumenta al estar en España: 6,4% ( $n = 12$ ) en su país, frente al 26,7% ( $n = 31$ ) en España (Pearson 0,016). 5. El 59,5% ( $n = 110$ ) habían recibido información en el país de origen sobre métodos anticonceptivos. 6. El 30,3% ( $n = 56$ ) no utilizan método anticonceptivo. C. *Motivos de consulta:* El 51,9% ( $n = 96$ ) acudían por motivos gineco - obstétricos (planificación familiar  $n = 33$ ).

**Conclusiones:** 1. En su mayoría son suramericanas (ecuatorianas), < de 36 años y con > de 3 años de residencia en España. 2. El 40,5% tienen hijos en España. Aumento del número de IVES en España, a pesar de que el 88,6% ( $n = 164$ ) tienen información sobre regulación de la natalidad. 3. El motivo de consulta más frecuente es la planificación familiar.

## Atención bucodental

### P37 EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN BUCODENTAL A DISCAPACITADOS PSÍQUICOS

A. Escribano Hernández, T. Hernández Corral, E. Ruiz Martín  
y J. Porteros Sánchez

Gerencia de AP. Salamanca. Castilla y León.  
Correo electrónico: aescribano@gapsa06.sacyl.es

**Objetivos:** Las personas con discapacidad tienen el mismo derecho que el resto de la población a recibir las prestaciones sanitarias que requieran, pero en ocasiones tienen dificultades para ello. En Castilla y León se ha publicado un decreto que garantiza la coordinación entre Atención Primaria y Especializada, para que las personas con discapacidad psíquica que precisen tratamientos odontológicos bajo sedación o anestesia, lo reciban correctamente. Nuestro objetivo es evaluar en nuestro Área los resultados de la aplicación de dicho decreto a través de un protocolo específico.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo. *Ámbito de estudio:* Un Área de Salud durante un año. *Sujetos:* Pacientes discapacitados psíquicos que, tras ser atendidos en las unidades de salud bucodental de Atención Primaria, son derivados al hospital de referencia por precisar anestesia general para su tratamiento. *Mediciones e intervenciones:* Edad, sexo, discapacidad psíquica padecida (agrupada en 4 categorías según el protocolo), diagnósticos odontológicos e intervenciones a las que se somete cada paciente.

**Resultados:** Accedieron al programa 110 pacientes (51% varones), con 31 años de edad media. El 62% presentaban retraso mental profundo, el 16% enfermedad mental con discapacidad, el 10% parálisis cerebral y el 3% autismo. Las patologías bucodentales más frecuentes eran la caries (80%) y la placa dental (57%). Las intervenciones más habituales fueron exodoncias (59%), obturaciones (49%) y tartrectomías (43%).

**Conclusiones:** Se consiguió que un número importante de discapacitados accedieran a intervenciones necesarias, que de otro modo no hubieran recibido. La organización e implantación del protocolo supuso un reto de coordinación de gerencias y profesionales. Queda por hacer un análisis de los costes y efectividad de las intervenciones y de la satisfacción de los usuarios.

### P38 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN LA POBLACIÓN ADULTA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Martínez Rodríguez, M. Tapias Ledesma y J. Muñoz García

CS El Soto. Madrid.  
Correo electrónico: mc\_martrod@yahoo.es

**Objetivos:** El Objetivo del estudio es conocer la prevalencia de la disfunción temporomandibular (DTM) en pacientes de una consulta de Atención Primaria y factores asociados a la misma.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Se ha realizado un estudio epidemiológico observacional transversal. *Ámbito de estudio:* Consulta de A. Primaria a demanda. *Sujetos:* 302 pacientes entre 14 y 84 años. *Mediciones e intervenciones:* Se ha efectuado una exploración de la ATM y un



cuestionario sobre síntomas y signos de DTM según los criterios de la OMS, así como variables sociodemográficas, de estado dental y afecciones psicológicas. Mediremos la prevalencia de DTM y realizaremos una distribución de frecuencias de las variables comparándolas, y un análisis bivalente de las mismas. Hallaremos la Chi Cuadrado de Pearson y el Odds Ratio (OR) con sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Utilizaremos el SPSS para realizar los cálculos epidemiológicos.

**Resultados:** La prevalencia de la DTM obtenida es del 46,7%. El 38,1% de los pacientes presentan signos de DTM. El 25,2% refiere síntomas. Las mujeres tienen un OR de 1.94. Los pacientes con trastornos psíquicos presentan un riesgo tres veces mayor de padecer DTM.

**Conclusiones:** La prevalencia de DTM es muy alta y el 25,2% de los pacientes refiere síntomas. Las mujeres tienen 2 veces más riesgo que los hombres de padecer DTM. Los pacientes con trastornos psíquicos presentan un riesgo 3 veces mayor de padecer DTM.

## Atención domiciliaria

### P39 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA AGUDA REALIZADA DURANTE EL INVIERNO 05-06 EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ÁMBITO URBANO

C. Bernades Carulla, D. Prieto Albambra, L. de Marcos Hernández, C. Jané Julió, A. Hidalgo y L. Giménez Jordán

ABS Passeig Sant Joan. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: dprieto@camfic.org

**Objetivos:** Describir las patologías más frecuentes tributarias de atención domiciliaria aguda durante el invierno en un centro urbano de medicina primaria. **Objetivos secundarios:** distribución horaria de los domicilios, edad y sexo de los usuarios y número de derivaciones hospitalarias

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* descriptivo, transversal, observacional. *Ámbito de estudio:* Centro de Atención Primaria de ámbito urbano. *Sujetos:* Muestra de todas las visitas a domicilio por causas agudas desde el 21 de Diciembre del 2005 hasta el 20 de Marzo del 2006 en nuestro centro de salud (n = 562). *Mediciones e intervenciones:* Variables: edad (años), género, hora de llamada, diagnóstico, derivación a urgencias (sí/no) y tipo de visita (domicilio, centro, telefónica).

**Resultados:** Diagnósticos más frecuentes: Viriasis y Patología ORL (18,3%), Gastroenteritis Aguda y dolor abdominal (17,8%), y Bronquitis aguda e infección respiratoria de vías altas (7,8%). El 74,4% de los pacientes fueron mujeres. El 59,3% de los domicilios se activaron entre las 8 y las 11h AM. En el 90,4% de los casos se acudió al domicilio del paciente, en el 4,4% se solucionó la incidencia telefónicamente y un 3,9% de los pacientes acudieron a visitarse al centro. En un 6,4% de los casos se derivó el paciente a un servicio de Urgencias Hospitalarias. La edad media de los pacientes fue de 70,61 años (desviación típica 23,16).

**Conclusiones:** Las infecciones respiratorias banales, y las causas víricas leves fueron el motivo más frecuente de atención domiciliaria aguda, tal y como ya se describía en estudios anteriores. Destaca el alto porcentaje de mujeres visitadas, y la avanzada edad de los pacientes, concordante con datos previos publicados.

### P40 COORDINACIÓN EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

R. González Espadas, F. Silvestre Pascual, A. Dasí Arce, C. Pérez Cervellera, J. Gallud Romero y V. Suberviola Collados

CS Republica Argentina, Hospital de Sagunto, Hospital Clínico, CS Nazaret.

Valencia y Sagunto. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: r\_gonzalez2@ozu.es

**Objetivos:** Un grupo multidisciplinar de expertos estudia los procesos de los agentes domiciliarios: PAD (programa de atención domiciliaria), UHD (hospitalización a domicilio) y SES (servicio emergencias sanitarias); valorando la continuidad informativa, asistencial y referencial para el análisis de problemas y propuestas de mejora.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo. *Ámbito de estudio:* atención domiciliaria en las Áreas básicas de salud. *Sujetos:* Pacientes domiciliarios. *Mediciones e intervenciones:* Se utiliza la metodología de Gestión por Procesos, elaboración de flujogramas (flujo de entradas, actuaciones,

salidas e interrelación entre los profesionales implicados), identificación y clasificación de los problemas mediante Isikawa y el diagrama de Pareto para la ponderación de los problemas.

**Resultados:** Las áreas de mejora detectadas son: 1. Coordinación intra-PAD. 2. Coordinación entre PAD, UHD, SES, Salud Mental y Especializada. 3. Cumplimentación de información clínica en el domicilio. 4. Ausencia de herramientas para la coordinación: sistema de información, TIC, protocolos de derivación, vías clínicas. Y las propuestas de mayor impacto: 1. Definición del proceso de coordinación de agentes domiciliarios. 2. Disponibilidad de aparatos en el centro para autocontrol: tensiómetros. 3. Atención preferente a los cuidadores de grandes discapacitados 4. Introducir indicadores de continuidad en los complementos de productividad variable.

**Conclusiones:** de los tres agentes implicados en el ámbito de la atención domiciliaria se considera que el elemento más ligado al paciente y sin embargo más débil del sistema es el PAD, sin tiempo preestablecido para la atención domiciliaria de pacientes crónicos o de pacientes cuyo lugar idóneo de tratamiento es el domicilio.

### P41 DOCTOR ¿CUÁNDO VIENE A MI CASA?

E. de Prado Peña, M. Masamunt París, L. Rodríguez Blanco, M. Monclús González, A. Albert Casado y R. Carrillo Muñoz

ABS Florida Sud. Hospitalet de Llobregat. Cataluña.

Correo electrónico: montsemp@mixmail.com

**Objetivos:** Describir características de la población que demanda asistencia domiciliaria aguda, motivos de consulta, diagnósticos más frecuentes y evolución posterior.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano ubicado a 250m del inicio del área de asistencia. *Sujetos:* Pacientes con HCAP abierta informatizada que solicitaron desde marzo 2005-febrero 2006 asistencia domiciliaria aguda de 9:00am a 17:00pm. *Mediciones e intervenciones:* Hoja de recogida de datos por revisión historias clínicas: sexo, edad, antecedentes patológicos, fecha domicilio, franja horaria, motivo, resolución, diagnóstico final, topografía del domicilio y demanda posterior.

**Resultados:** N: 919. Edad media: 67,47 (IC: 95% 66,1-68,9), 63% mujeres. Se acudió a 773 domicilios (146 resueltos por otras vías). *Almanaque:* lunes 24,4%, martes 24,3%, viernes 14,6%. Enero 15% y los menos frecuentes fueron junio y julio con un 4% respectivamente. Franja horaria de mayor registro: 9:00-11:00am con 46%. *Topografía:* domicilios cercanos (250m-500m respecto ABS): 37,75%; lejanos (500m-1000m): 62,25% (un tercio sin patología de base). *Antecedentes patológicos:* 27% crónicos-domiciliarios, 47,1% patología crónica y 24% sin antecedentes de interés. *Motivos frecuentes:* 18,06% catarral, 14,7% diarreas, 13,7% fiebre, 11,7% dolor osteomuscular, 7,07% mareo, 5,2% disnea. *Diagnósticos:* gastroenteritis aguda 14,2% (7,2% pacientes sin antecedentes), bronquitis 10,2% (6,6% pacientes patología crónica), viriasis y patología osteomuscular 6,7%, resfriados 5,33%, vértigos 4,5%, dolor torácico 0,4% 49% genera nueva valoración en menos de 7 días.

**Conclusiones:** Gran requerimiento de visitas domiciliarias, sobre todo en las primeras horas del día. Alta demanda de patología digestivo-infecciosa aunque precisa poca intervención por parte del profesional. A pesar del programa de atención crónicos-domiciliarios se detecta una solicitud frecuente de este colectivo. Reconsulta en corto periodo de tiempo.

### P42 BUSCANDO NECESIDADES DE SALUD EN EL CUPO: RECAPTACIÓN DE PACIENTES ANCIANOS CON NECESIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

O. Lorenzo Prozzo, N. Lorenzo Prozzo, J. Pérez Valencia y M. Ascanio León

Centro Periférico de Agua García y de San Juan Perales. Tacoronte. Islas Canarias.

Correo electrónico: oswaldolorenzo@yahoo.es

**Objetivos:** Conocer el significado clínico de la baja cobertura del servicio a confinados/inmovilizados

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Evaluativo transversal, en el contexto de un proceso de gestión clínica. *Ámbito de estudio:* Dos cupos de atención primaria. *Sujetos:* Todos los >80 años no incluidos en el servicio de confinados/inmovilizados. *Mediciones e intervenciones:* Fuentes: historias clínicas,

registros admisión Hospitalaria (visitas urgencias/ingresos), cuestionario diseñado al efecto aplicado mediante entrevista telefónica (contexto social, dificultades de acceso, autonomía/dependencia). Se estableció como criterio de alto riesgo de confinamiento (ARC) no haber salido del domicilio en los últimos seis meses o referir dificultad para acceder al Centro y además haberlo hecho menos de seis veces en el último año y siempre acompañados. Posteriormente, se realizó una valoración integral de los pacientes con ARC para decidir su inclusión en servicio de atención domiciliaria.

**Resultados:** Total pacientes 149; 37 pérdidas (26,9%). Mediana de 84 (82,5-88) años, 60% mujeres. El 85% vivían en su casa, 19 (17%) pacientes vivían solos. Respecto a la dificultad para acceder al Centro: 11 pacientes (9,8%) no habían salido de casa en los 6 últimos meses, 10 (8,9%) no visitaron la consulta en el último año, 46 (41,1%) lo hicieron en menos de 6 ocasiones y 52 (46,4%) fueron siempre acompañados. Cumplieron criterios de ARC 37 pacientes (33%), los cuales eran más dependientes ( $p = 0,005$ ), recibieron más visitas domiciliarias ( $p = 0,004$ ) y su media de ingresos y visitas a urgencias fue el doble. Se incluyeron en servicio de atención domiciliaria 16 pacientes (43,24%) que poseían mayoritariamente dificultades de acceso de tipo mental (70%).

**Conclusiones:** El estudio permitió detectar un número importante de pacientes con dificultades de acceso y necesidades de salud, y su inclusión en el servicio de atención domiciliaria.

### P43 CALIDAD DE VIDA DE VIDA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE FAMILIARES CON DEPENDENCIA Y FACTORES DETERMINANTES

A. Pérez Peñaranda, L. García Ortiz, I. Ramos Carrera, M. Martín Ballesteros, M. Ballesteros Río y N. Sánchez Ramajo

Grupo de Trabajo de Atención al cuidador informal. Unidad de Investigación de AP La Alamedilla. Salamanca. Castilla y León.  
Correo electrónico: lgarcia@usal.es

**Objetivos:** El propósito del presente estudio fue analizar las variables que determinan la calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes con dependencia.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo-transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria en el área de atención domiciliaria. *Sujetos:* Fueron seleccionados los 92 cuidadores principales de personas inmovilizadas atendidas por un Centro de Atención Primaria. *Mediciones e intervenciones:* Se realizó una entrevista en el domicilio de los pacientes. Las variables incluidas en el estudio se evaluaron con los siguientes instrumentos: el perfil sociodemográfico se determinó con un cuestionario de elaboración propia, la calidad de vida se evaluó con el test de Baca-Ruiz, 1993, el apoyo social con el cuestionario Duke-unk y la salud mental con el test de Goldber12.

**Resultados:** Predomina el sexo femenino, siendo el 79% mujeres, con promedios de edad de 64 años, ocupación oficios del hogar (93%), con estudios primarios (57,6%), siendo la mayoría casados (63%). Las enfermedades mentales y las cardiovasculares son las más frecuentes de los cuidadores (51,1%). La puntuación media global de la calidad de vida obtenida fue de 3,38 (IC95: 3,35-3,51) ubicándose en el rango de positiva, sin diferencias entre sexos. Siendo las áreas de mayor fortaleza el apoyo social y la de mayor vulnerabilidad la sobrecarga y carencia de tiempo libre. Las variables que se incluyeron en el análisis multivariante, como determinantes de la calidad de vida (variable dependiente) fueron el apoyo social y la salud mental ( $R^2 = 0,706$ ).

**Conclusiones:** La calidad de vida está determinada fundamentalmente por las variables de Apoyo Social y Salud Mental percibidas.

### P44 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON EL NIVEL DE SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES DE ANCIANOS CONFINADOS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS)

C. Luis Ruiz, R. Rodríguez Padilla, E. Real Valcárcel, M. Benítez del Rosario, M. Castañeda Tavío y E. Santana Hernández

CS Taco. Tenerife. Islas Canarias.  
Correo electrónico: cristinalr@comtf.es

**Objetivos:** Valorar el perfil y los factores que influyen en el nivel de sobrecarga, de los cuidadores de ancianos confinados de una ZBS.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* ZBS. *Sujetos:* Analizamos 80 cuidadores de ancianos domiciliarios confinados, seleccionados por muestreo consecutivo. *Mediciones e intervenciones:* Escala de Zarit para valorar el nivel de sobrecarga del cuidador. Analizamos del confinado: sexo; edad; patología confinamiento; ayuda domici-

liaria; grado de dependencia (Barthel); tiempo de encamamiento/día. del cuidador: sexo; edad; estado civil; nivel de estudios; parentesco; cuidadores secundarios; horas cuidado/descanso; vacaciones; convivientes; motivo para ser cuidador; n°-edad de los hijos; años como cuidador. *Análisis:* SPSS 12.0.

**Resultados:** Perfil del cuidador: mujer, 59+14,5 años, hija del confinado, casada, ama de casa, estudios primarios, 8,23 años (DT = 5,6) como cuidadora. El 31,25% algún nivel de sobrecarga (16% sobrecarga-intensa). Las variables relacionadas en el análisis bivariado con algún nivel de sobrecarga, e incluidas en la regresión logística, fueron: n° de hijos ( $p = 0,02$ ); cuidadores secundarios ( $p = 0,03$ ); convivientes ( $p = 0,02$ ); motivo de ser cuidador ( $p = 0,01$ ); Barthel ( $p = 0,03$ ). Resultando: percepción de sobrecarga y ser cuidador por obligación-deber OR = 4,9 (IC95% 1,4-17,3). El disponer de cuidadores secundarios actúa como protector de la sobrecarga OR = 0,4 (IC95% 0,1-0,9). El grado de dependencia OR = 4,3 (IC95% 0,9-19) y el n° de convivientes OR = 0,6 (IC95% 0,1-1,0), no están relacionados con la sobrecarga.

**Conclusiones:** El perfil de nuestro cuidador es similar al encontrado por otros investigadores. El disponer de cuidadores secundarios protege de la sobrecarga del cuidador. Esta depende del motivo por el que se es cuidador. La asistencia al cuidador debería integrarse en la atención al paciente.

### P45 CUIDAR UN ENFERMO CRÓNICO DEPENDIENTE PUEDE LLEGAR A SER PERJUDICIAL PARA LA SALUD

E. Ras Vidal, G. Puig Ponsico, C. Ferrando López, A. Bascuñana Boix, L. Campo Estaun y D. Martínez Riazza

CAP Jaume I. Vilanova i La Geltru. Cataluña.  
Correo electrónico: temescar@teleline.es

**Objetivos:** Conocer el disconfort que viven nuestros usuarios cuidadores de pacientes dependientes y describir su estado de salud

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio observacional y transversal. *Ámbito de estudio:* ABS Urbana. *Sujetos:* Muestra aleatoria 65 cuidadores de pacientes incluidos programa de atención domiciliaria (ATDOM). Calculada con riesgo alfa 0,05 y precisión  $\pm 9\%$ . *Mediciones e intervenciones:* Encuesta elaboración propia recogemos datos sociodemográficas. Para evaluar el estado de salud actual (escala visual analógica de 0 a 100), nivel depresión y ansiedad (escala Goldberg) y percepción función familiar (cuestionario Apgar familiar). *Análisis estadístico:* Chi cuadrado.

**Resultados:** Edad media cuidador 60  $\pm 15$  años. 80% mujeres, 43,1% amas de casa. Parentesco: 50,8% hija, 30,8% conyugue. 76,9% familias normofuncionales. Pasan juntos 19,02  $\pm 4,18$  horas al día de hace 6,91  $\pm 7,8$  años. Valoran su estado de salud en 57,46  $\pm 17,63$ . Afirman no tener tiempo libre 81,5%, que le ha cambiado la vida 90,8%. El hecho de cuidar ha comportado: 52,3% problemas psíquicos, 50,8% problemas de salud física, 56,8% problemas relación social y 56,9% gastos extras. La ansiedad y la depresión se relacionan proporcionalmente con la dependencia física del paciente. Ansiedad: 2,6% pacientes independientes, 46,1% dependencia leve-moderada, 51,2% grave-total (no diferencias estadísticamente significativas). Depresión: 2,6% independientes, 31,6% leve-moderada, 65,8% grave-total ( $p < 0,02$ ). No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre depresión, ansiedad y disfunción familiar.

**Conclusiones:** Los pacientes dependientes presentan una importante demanda de cuidados que en la mayoría de los casos recae sobre una única persona. Asumir este rol llega a afectar de forma negativa en la salud y en su esfera social.

### P46 ESTADO DE SALUD DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS EN DOMICILIO

L. Carrascal García y J. Ruiz-Giménez Aguilar

CS Vicente Soldevilla. Madrid.  
Correo electrónico: scicyro@yahoo.es

**Objetivos:** Describir el estado de salud de los cuidadores principales de los pacientes inmovilizados de nuestra Zona Básica de Salud (ZBS), comparados con un grupo control.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Cohortes, retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Identificación del cuidador principal de nuestros inmovilizados ( $n = 270$ ) por parte de los profesionales responsables de su atención. Se excluyeron 110 pacientes y hubo 6 pérdidas. *Mediciones e intervenciones:* Durante 6 meses (25/7/05 a 25/1/06), comparamos las dolencias de tipo físico y psíquico, prescripciones de AI-

NES, analgésicos, benzodiacepinas y antidepresivos; frecuentación y el número de órdenes clínicas generadas basándonos en el registro OMI.

**Resultados:** Cuidadores (n = 154): 79,9% mujeres; edad media:  $64,6 \pm 12,9$  años. 39,6% parejas, 46,8% hijos naturales y 6,5% hermanos. Los cuidadores tuvieron de media 1,3 algiás frente a 0,8 de los controles (p = 0,004), con un RR de 1,46 (p = 0,002). Presentaron de media de 0,55 motivos psíquicos frente a 0,15 de los controles (p = 0,001), con un RR de 2,69 (p = 0,001). La prescripción de AINES fue de media 1,45 frente a 0,98 de los controles (p = 0,1); 2,57 frente a 2,15 de analgésicos (p = 0,4); 1,39 frente a 1,32 de benzodiacepinas (p = 0,8); 0,52 frente a 0,24 de antidepresivos (p = 0,1). Frecuentación: media de 9,4 veces frente a 7,1 de los controles (p = 0,006) y se emitió una media de 1,6 órdenes clínicas frente a 1,2 de los controles (p = 0,03).

**Conclusiones:** Los cuidadores principales presentaron mayor morbilidad, mayor frecuentación, y consumo de medicamentos que el grupo control, lo que podría deberse a la sobrecarga que padecen y que los planes de apoyo debieran paliar y aliviar.

#### P47 LA SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA: ¿SE CORRELACIONA CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN?

M. García Vagué, M. Boira Costa, T. Aviñó Llopis, P. Escoda Fuentes, M. Ferré Ferraté y T. Sangrà Rodes

ABS Flix - Àmbit Terres de L'Ebre. Flix. Cataluña  
Correo electrónico: miboira@yahoo.es

**Objetivos:** Conocer si cuidadores de pacientes ATDOM (Atención Domiciliaria) presentan ansiedad y/o depresión. Observar si existe relación entre ansiedad y/o depresión de los cuidadores y su grado sobrecarga medido con Test de Zarit.

**Material y métodos:** *Diseño:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Área Básica Salud Rural que atiende 9217 usuarios. *Sujetos:* Cuidadores incluidos programa ATDOM. *Variables:* datos sociodemográficos cuidador, meses como cuidador, nº pacientes a cuidar, Test Zarit tres ítems: no sobrecarga (NS), sobrecarga ligera (SL), sobrecarga intensa (SI), antecedentes patológicos cuidador (APC), ayudas al cuidador, Test de Golberg para depresión y ansiedad.

**Resultados:** N = 53 cuidadores, edad media  $58 \pm 12$  años (77,4% tienen entre 30-65 años), 84,9% (45) mujeres, 86,8% (46) casadas, 54,7% (29) amas de casa, 37,7% (20) entre 51-100 meses como cuidador, 86,8% (46) familiar directo, 86,8% (46) estudios primarios, 81,1% (43) cuidan un paciente, 77,4% (41) reciben ayuda de familiares, APC 28,3% (15) ninguno, 35,8% osteoarticulares, 15,1% (8) psiquiátricos. Resultados Zarit 47,2% (25) NS, 26,4% (14) SL, SI un 26,4% (14). Resultados test golberg para ansiedad y/o depresión (sobre 53 pacientes): 47,2% (25) presentan ansiedad y 41,5% (22) depresión. Análisis estadístico chi-cuadrado significativo: (basado sobre una N = 45 al excluir 8 pacientes con antecedentes psiquiátricos previos). Golberg ansiedad: NS 78,3% (18) no ansiedad, SL 58,3% (7) presentan ansiedad, SI 80% (8) presentan ansiedad con p < 0,004. Golberg depresión: NS 73,9% (17) no depresión, SL 41,7% (5) depresión, SI 60% (6) depresión. No significativo.

**Conclusiones:** Perfil cuidador: mujer casada < 65 años, ama casa, estudios primarios, familiar directo, APC osteoarticular, tiempo cuidadora 51-100 meses de un paciente, ayuda familiar. Más de la mitad cuidadores presentan sobrecarga, casi la mitad ansiedad y/o depresión. Existe correlación entre presentar ansiedad y/o depresión y el grado de sobrecarga; a más sobrecarga aumenta la probabilidad de tener depresión y/o ansiedad.

#### P48 ESTUDIO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN ANCIANOS CON DEMENCIA EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

M. Arizcuren Domeño, F. Uriz Otano, M. Mercapide Idoate, Y. Burguete Vidondo y J. Uriz Otano

Residencia Landazábal. Hospital Provincial de Navarra. Hospital Virgen del Camino. Burlada, Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: geriatria@setenasa.es

**Objetivos:** Conocer el estado de sobrecarga de nuestros ancianos con demencia de nuestra área básica de salud y su posible relación con otros elementos de la valoración geriátrica.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Zona básica salud. *Sujetos:* 46 ancianos con demencia. *Mediciones e*

*intervenciones:* Datos demográficos (edad, sexo, estado civil, cuidador principal); médicos (Número y tipo de patologías médicas, Síndromes Geriátricos, Polifarmacia), Estado cognitivo (Tipo de Demencia, MMSE, GDS Reisberg, ADAS Cog), Trastorno conductual (NPI Cummings). Deterioro funcional (Barthel, RDSR1, FAQ), en función de la presencia o no de sobrecarga del cuidador (Zarit). Análisis de los datos con las pruebas de Chi cuadrado, t student.

**Resultados:** Estudio de 45 residentes: Edad media 77,4 años, 53,3% mujeres. Estado civil: 48,9% casados, 46,7% Viudos, 4,4% Solteros. Cuidador principal: 40,9% mujer/marido, 45,5% hijo/hija, 6,8% cuidador externo, 6,8% otros. Pluripatología: 93%, Polifarmacia: 84,4% (Psicotropos: 86,6%). Estado Cognitivo: 71,1% Alzheimer, 8,8% Vascular, 57% Deterioro cognitivo moderado grave (Medias: GDS: 5.28, MMSE: 11.31 ADAScog: 34,8). Situación funcional: 62,2% Dependencia Leve-moderado (Barthel: 72,91, RDSR: 34,73, FAQ: 27,9), Sin alteración conductual importante (NPI: 11.55). Un 46,7% presentaba sobrecarga al ingreso (Zarit > 30). Los ancianos con sobrecarga presentan mayor deterioro funcional (< Barthel, >RDSR1), Inmovilidad, mayor consumo de antidepresivos (p < 0,05) No se han encontrado diferencias significativas en el resto de los parámetros (edad, sexo, cuidador, estado cognitivo, patologías médicas, polifarmacia etc.) (p > 0,05).

**Conclusiones:** Hay un alto porcentaje de ancianos que presentan al ingreso sobrecarga del cuidador En nuestro medio el deterioro funcional, la inmovilidad junto al consumo de antidepresivos se asocia a una mayor sobrecarga del cuidador.

#### P49 ¿SOBRETRATAMOS A LOS PACIENTES DOMICILIARIOS?

V. Sabaté Cintas, L. Clotet Romero, R. Andreu Alcover, E. Pablos Herrero y M. Baré Mañas

ABS Creu Alta. Sabadell. Cataluña.  
Correo electrónico: vicsabate@hotmail.com

**Objetivos:** Conocer el perfil de los pacientes incluidos en atención domiciliaria (ATDOM). Evaluación del tipo y cantidad de medicación que toman.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Área de salud urbana con 26250 habitantes. Integra 2 barrios: A (nivel socioeconómico medio-alto y envejecido) y B (nivel bajo y población joven). *Sujetos:* Se incluyen todos los pacientes ATDOM durante 2005 (n = 131). *Mediciones e intervenciones:* Revisión de historiales informatizados. Variables: Sexo, edad, barrio, polifarmacia (> 5 fármacos) y tipo de medicación.

**Resultados:** 131 pacientes analizados: 37 hombres (28%) y 94 mujeres (72%). Media edad  $83 \pm 10$ . 94 del barrio A (72%), 37 del B (28%). Barrio A: 21% hombres, 79% mujeres. Media edad  $85 \pm 8$ . Barrio B: 46% hombres, 54% mujeres. Media edad  $78 \pm 13$ . Media de fármacos por paciente  $9,5 \pm 4$ . 93% pacientes con polifarmacia (122): 59% con 5-10 fármacos, 23% con 11-15, 10% con 16-20, 0,5% >20 fármacos. 71% pacientes tomaban psicofármacos (benzodiacepinas, neurolepticos o antidepresivos): 37% 1, 19% 2, 12% 3, 3% >4. Media 0,4 por paciente: Predominan antidepresivos en el barrio A y benzodiacepinas-neurolepticos en el barrio B. 78% tomaban antihipertensivos, 47% diuréticos, 63% analgésicos crónicos, 59% inhibidores bomba de protones.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes ATDOM pertenecen al barrio A. Predominio de mujeres y mayores de 80 años. Elevada polifarmacia y fármacos considerados de riesgo en el paciente frágil. Destacar el número de pacientes con psicofármacos y/o antihipertensivos. Sería necesaria una revisión sistemática de la medicación para evitar iatrogenia y polifarmacia.

### Dislipemias / Nutrición / Obesidad

#### P104 ¿SABE MÁS EL DIABLO POR VIEJO, QUE POR DIABLO?

M. Español Pons, N. Brull López, C. Mangrané Guillen, X. Aubia Floresvó, E. Tàpia Barranco y M. Campani Peiró

ABS Reus-2. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: miespanol@eresmas.com

**Objetivos:** Determinar el grado de conocimientos dietético-teóricos y de estilo de vida sobre colesterol, en pacientes dislipémicos (DSLIP), según años de evolución, patología asociada y niveles de colesterol.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional transversal. *Ámbito de estudio:* 6 consultas de Atención Primaria. *Sujetos:* Pacientes dislipémicos, seleccionados aleatoriamente. *Mediciones e intervenciones:* Confeccionamos un test de 20 preguntas: 11 sobre recomendaciones dietéticas, 5 sobre estilo de vida (EV) y 4 sobre conocimientos teóricos, rellenados en la consulta. Consideramos conocimientos suficientes (CS) acertar >9 preguntas sobre temas dietéticos, 5 sobre EV y >3 sobre conocimientos teóricos. Recogemos datos sociodemográficos, antecedentes de cardiopatía isquémica (CI), obesidad, diabetes mellitas (DM), últimas cifras de Colesterol (c-total/c-HDL/c-LDL) y tiempo de evolución de la DSLP (>5 años). Contrastamos con X<sup>2</sup>.

**Resultados:** 134 pacientes. Edad media: 62,4 ± 10,1 años. Mujeres: 52,8%; CS: 62,7%; Media (mg/dl) colesterol: 236,7; c-LDL: 146,8; c-HDL: 61,9. Relación conocimientos-niveles colesterol (mg/dl): Dietéticos: c-total: 241,06 ± 47,6; c-LDL: 149,2 ± 50,9; c-HDL: 60,9 ± 17,3; Teóricos: c-total: 241,4 ± 47,7; c-LDL: 152,8 ± 47,7; c-HDL: 59,5 ± 16,3; EV: c-total: 236,9 ± 47,5; c-LDL: 147,4 ± 49,7; c-HDL: 58,9 ± 16,6; \*p<0,05. *Relación conocimientos-años evolución:* Los DSLP > 5 años evolución (35,8%) de forma global tienen más conocimientos (70,8%), con diferencias estadísticamente significativas (p < 0,02) a nivel de conocimientos teóricos (87,5%), y de EV (97,9%). *Relación conocimientos-patología asociada:* El 66,7% de los pacientes DSLP con CI presentaban CS versus (vs.) el 62,5% de los no cardiopatas (p = 0,837). El 53,8 de los DM vs. 64,8% de los no DM (p = 0,299). El 65,8% de los obesos vs. el 61,5% de los no obesos (p = 0,640). El mismo patrón se observó en los diferentes subapartados del cuestionario.

**Conclusiones:** El grado de conocimientos es mayor a niveles más altos de colesterol y a más años de evolución de la DSLP (de forma estadísticamente significativa). Los cardiopatas y obesos presentaron conocimientos superiores al resto, aunque de forma no estadísticamente significativa.

## P105 DISLIPEMIA Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR. ¿CONSEGUIMOS LOS OBJETIVOS DE CONTROL?

C. Pardo Fonfría, J. Tobías Ferrer, C. Morales Coca, X. Puigdemongas Armengol, M. Fusté Gamisans e I. Roig Grau

Associació del Bages-Berguedà per Estudi de Lípids (ABBEL). CAP Sagrada Família; CAP Plaça Catalunya; Unitat de RCV Althaia; CAP Sant Fruitós; CAP Sant Joan de Vilatorrada. Manresa, Sant Fruitós, Sant Joan de Vilatorrada. Catalunya.

Correo electrónico: cpardof@teleline.es

**Objetivos:** Analizar el porcentaje de grado de control en pacientes dislipémicos con enfermedad cardiovascular (ECV), según objetivos de la Guía de Práctica Clínica en Hipercolesterolemia del Institut Català de la Salut ICS, después de 1 año y 9 meses de su difusión.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio transversal descriptivo. *Ámbito de estudio:* 14 Centros de salud (C.S.). *Sujetos:* Dislipémicos con edades comprendidas entre 35 (hombres) o 45 (mujeres) y 74 años, seleccionados sistemática y proporcionalmente entre los C.S. y analizando aquellos con ECV (isquemia coronaria, vasculopatía periférica, AVC). *Mediciones e intervenciones:* Datos sociodemográficos, factores de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes, tabaquismo) y datos de proceso (TA, glicemia, perfil lipídico, práctica ECG). Análisis con el SPSS. Presentación de la Guía.

**Resultados:** Muestra de 702 dislipémicos; 124 con ECV. El 63% (78/124) hombres y edad media 63,2 ± 8,1 años. La ECV era: 53,7% (65/124) isquemia coronaria, 20,7% (25/124) vasculopatía periférica y 25,6% (31/124) AVC. El 74,8% hipertensos, 39,8% diabéticos, 19,1% fumadores. Registrado 96,4% hábito tabáquico; 94,9% TA; glicemia 87,7%; Colesterol Total 86,3%, LDLc 81,5%, HDLc 84,7%, TG 83,1%, realización ECG 59,8% y de ellos HVI 40,8%. de los 124 con ECV, 121 registrado datos sobre dislipemia y tratamiento. de estos 81% (98) tratados con hipolipemiantes, de ellos 50% tiene LDLc < 130 (subóptimo) y 20,4% LDLc < 100 (óptimo). de los 121 hay 56,2% (68) con LDLc > 130 y sin tratamiento el 27,9%. de los 121 hay 82,6% (100) con LDLc > 100 y sin tratamiento el 22%.

**Conclusiones:** Buen porcentaje del registro de datos. Objetivos de grado de control escasos. Deberían tratarse más intensamente.

## P106 HIPERCOLESTEROLEMIA ¿CUMPLIMOS OBJETIVOS?

A. Sánchez Arias, M. Sotto Claude, I. Hernández Beltrán, R. Fragua Gil y E. Barrios Martos

CS Arroyo de la Media Legua. Madrid.

Correo electrónico: sannysbns@yahoo.es

**Objetivos:** Estimar el porcentaje de pacientes que diagnosticados de hipercolesterolemia incluidos en Cartera de Servicios, cumplen los objetivos terapéuticos propuestos por Protocolo de Dislipemias del Área 1, es decir, mantienen cifras de colesterol por debajo de los valores recomendados para cada grupo de riesgo. Determinar si existe diferencia de riesgo cardiovascular al aplicar las tablas de Framingham y Score.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional, descriptivo y transversal. *Ámbito de estudio:* C.S. Arroyo de la Media Legua, EAP Aldebarán; Área 1-Madrid. *Sujetos:* Población diana: 3321 pacientes incluidos en Cartera de Servicios como Hipercolesterolémicos. Se obtienen 274 pacientes por muestreo aleatorio. *Mediciones e intervenciones:* Se recogen los siguientes datos registrados en OMI-AP: Edad, sexo, tabaco. Historia familiar de enfermedad coronaria precoz. HTA o tratamiento antihipertensivo, Diabetes Mellitus, enfermedad coronaria establecida y equivalentes de riesgo cardiovascular. Mediciones de: TAS/TAD, colesterol total, HDL-col, LDL-col y triglicéridos. Según Protocolo de Dislipemias del Área 1 se clasifican los pacientes en 5 grupos de riesgo cardiovascular y se establece para cada grupo un objetivo terapéutico en función de cifras de LDL-col y triglicéridos. Cálculo del riesgo en base a tablas de Framingham y Score. El análisis de los datos se realiza según programa SPSS.

**Resultados:** de 274 historias se excluyen 103 por protocolos incompletos. El 58,2% de los pacientes analizados cumplen objetivos independientemente del grupo al que pertenecen. Según Framingham hay un 7,1% de pacientes de alto riesgo y según Score un 5,3%.

**Conclusiones:** A mayor riesgo cardiovascular encontramos peor cumplimiento de objetivo de LDL-col, es decir, tenemos infla-tratados los pacientes con mayor riesgo. En nuestros pacientes Framingham sobreestima el riesgo con respecto a Score.

## P107 ¿POR QUÉ PRESCRIBIMOS ESTATINAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA? CUANDO LOS HECHOS SE AJUSTAN POCO A LAS RECOMENDACIONES CIENTÍFICAS

J. Baena Díez, N. Bermúdez Castillo, C. Serra Carbonell, M. Ribas Fàbrega, E. Alberto Márquez y L. Escobar García

CS La Marina; CS Dr. Carles Ribas. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: jmbaena.pben@ics.scs.es

**Objetivos:** Estudiar factores asociados al uso de estatinas en pacientes de prevención primaria.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* 881 pacientes de 35-84 años, seleccionados por muestreo aleatorio simple de los pacientes asignados a dos Centros de Salud. *Mediciones e intervenciones:* Se estudiaron las siguientes variables asociadas al uso de estatinas: edad, sexo, tabaquismo (consumo diario de tabaco), hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia y hipertrigliceridemia (criterios PAPPs), diabetes mellitus (DM) con criterios ADA-97 y riesgo cardiovascular elevado (RCVE), definido como >20% a 10 años mediante Framingham-Wilson. Se calcularon las odds ratio (OR) crudas y ajustadas mediante modelos de regresión logística.

**Resultados:** La edad media fue de 57,5 años (DE 12,4), con un 60,3% de mujeres. La prevalencia de hipercolesterolemia fue del 26,3% (IC95% 23,5-29,3), siendo superior (p = 0,02) en mujeres (29,2%) que en varones (22,0%). Recibían estatinas 90 pacientes (10,2%; IC95% 8,4-12,2). Las OR crudas fueron: edad > 65 años 1,89 (IC95%: 1,21-2,92); sexo masculino 0,78 (IC95%: 0,49-1,22); tabaquismo 0,73 (IC95%: 0,44-1,20); HTA 1,71 (IC95%: 1,11-2,66); hipercolesterolemia 10,35 (IC95%: 6,30-17,03); hipertrigliceridemia 1,35 (IC95%: 0,74-2,45); DM 1,81 (IC95%: 1,01-3,01); RCVE 2,13 (IC95%: 1,20-3,74). En el modelo de regresión seleccionado las OR fueron: edad > 65 años 1,29 (IC95%: 0,78-2,13); HTA 1,28 (IC95%: 0,78-2,10); hipercolesterolemia 9,10 (IC95%: 5,48-15,01); DM 1,34 (IC95%: 0,74-2,42); RCVE 1,47 (IC95%: 0,79-2,75).

**Conclusiones:** La prescripción de estatinas se asocia sobre todo al diagnóstico de hipercolesterolemia. Sorprende la escasa influencia del RCVE



y la DM, como aconsejan priorizar las sociedades científicas y algunos estudios y su superior utilización en pacientes > 65 años, donde las evidencias científicas no son tan sólidas.

### P108 ¿SON IGUAL DE EFECTIVAS LAS ESTATINAS GENÉRICAS QUE LAS ORIGINALES? ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

J. Baena Díez, M. García Laveo, J. Cots Yago, C. Simón Mena, Z. García Rey e Y. Sierra Aguilar

CS La Marina. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: jmbaena.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos:** Determinar si las estatinas genéricas son igual de efectivas que los fármacos originales en el control de parámetros lipídicos.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Casos y controles. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud urbano. *Sujetos:* Los casos fueron 101 pacientes, tratados con una estatina genérica, seleccionados por muestreo aleatorio sistemático de los listados de prescripción del centro. Los controles fueron asimismo 101 pacientes, tratados con la misma estatina original a la misma dosis, seleccionados de igual manera y apareados por edad y sexo. *Mediciones e intervenciones:* Se estudiaron como variables de respuesta el colesterol total (variable principal), el colesterol-LDL y el colesterol-HDL. Las medias se compararon mediante la T de Student. Los niveles iniciales de colesterol total antes de iniciar el tratamiento se tuvieron en cuenta como variable confusora.

**Resultados:** La edad media fue de 68,2 años (DE 10,5), con un 55,2% mujeres. No se hallaron diferencias entre casos y controles en edad y sexo, aunque los casos tenían un nivel inicial más elevado de colesterol total ( $p = 0,01$ ). Los fármacos más frecuentes fueron la simvastatina (79,2%) y la lovastatina (16,8%). No se hallaron diferencias entre casos y controles en el colesterol total (206,6 mg/dl y 202,2 mg/dl mg/dl, respectivamente,  $p = 0,370$ ), en el colesterol-LDL (116,3 mg/dl y 114,8 mg/dl, respectivamente,  $p = 0,719$ ), ni en el colesterol-HDL (57,7 mg/dl y 59,5 mg/dl, respectivamente,  $p = 0,427$ ).

**Conclusiones:** Las estatinas genéricas estudiadas no presentaron diferencias significativas respecto a los fármacos originales en las variables de resultado intermedias estudiadas.

### P109 ASOCIACIÓN ENTRE TIPOS DE OBESIDAD Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M. Bergua Llop, C. Álvarez Sastre, A. Arce Sentelles, M. Martí Maurici, A. Villanueva Marín y J. Pujol Salud

Grupo de Trabajo de Endocrinología y Diabetes de Lleida. CAP II Prat de la Riba. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: jpujols@medynet.com

**Objetivos:** Conocer la asociación entre tipo de obesidad y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y la presencia de Síndrome Metabólico en obesos usando criterios del NCEP-ATPIII.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Población atendida en una consulta de obesidad en el último trimestre de 2005. *Mediciones e intervenciones:* Se analizaron: sexo, edad, IMC, perímetro de cintura (PC), Colesterol total (COL), HDL-COL, LDL-COL, Triglicéridos (TG), presencia de HTA, Diabetes Mellitus (DM) y tabaquismo. Se clasificó la obesidad según criterios de la Sociedad Española de Obesidad: grado I: IMC entre 30-34,9, grado II: 35-39,9 y grado III >40.

**Resultados:** Se estudiaron 56 hombres y 57 mujeres. Distribución por tipos de obesidad en hombres: I: 51,78%, II: 30,35%, III: 17,85%; en mujeres: I: 43,85%, II: 29,82%, III: 26,31%. Fueron más jóvenes los obesos y obesas del tipo III: media de edad: 49,65 IC95% (45,27-54,12). El LDL-COL fue superior en obesas respecto a obesos del tipo II (131,82 IC95% (121,35-142,59) frente a 108,70 IC95% (98,07-119,34)) y el HDL-COL superior en obesas respecto a obesos de tipo III (49,50 IC95% (45,37-53,62) frente a 58,13 IC95% (53,95-62,31)), igual sucedió con los triglicéridos (119,70 IC95% (104,14-139,25) frente a 180,60 IC95% (143,38-217,81)). La prevalencia de tabaquismo fue mayor en hombres 15% frente a 7%. Un 96,4% de obesos presentaba PC >102cm y el 100% de obesas PC >88cm. La presencia de tres o más FRCV en un mismo individuo en obesos fue de 67,8% y en obesas de 66,6%.

**Conclusiones:** La dislipemia se asocia con obesidad tipo II y III en mujeres. Dos tercios de todos los obesos cumplen criterios de Síndrome Metabólico.

### P110 CALIDAD DIAGNÓSTICA DE OBESIDAD EN LA INFANCIA

L. Navarro Vila, L. Casa Ruiz, F. Ramos Pérez, S. Calero Muñoz, C. Valero García y A. Romaguera Llisó

AP Costa Ponent. Hospitalet de Llobregat. Cataluña.

Correo electrónico: aromaguera.cp.ics@gencat.net

**Objetivos:** Describir la frecuencia y calidad del diagnóstico de obesidad en la historia clínica de atención primaria (HCAP), en población infantil en un Àmbit del ICS.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* 6 Servicios de Atención Primaria (SAP) (población asignada 1.324.398 habitantes, de ellos 192.571 (14,5%) menores de 15 años). *Sujetos:* Se seleccionó una muestra aleatoria de 17.298 niños de 7-14 años (400 niños de cada centro de salud (CS)), para auditorias de calidad asistencial, enero 2005. *Mediciones e intervenciones:* Las variables (SAP, CS, sexo, edad, diagnóstico obesidad y calidad diagnóstica), se recogen de HCAP informatizada (50%) o de papel. Criterios de calidad diagnóstica: registro en HCAP del peso y talla, IMC, percentil y valoración pediátrica o visita programada en pediatría para tratar el problema.

**Resultados:** En el 7,71% niños de 7-14 años constaba el diagnóstico de obesidad en la HCAP. El 6,19% el diagnóstico obesidad era con criterios de calidad diagnóstica. El 80,3% de los diagnósticos de obesidad cumplen criterios de calidad diagnóstica, diferencias entre SAP (valores entre 90,8% y 63,8%) ( $p < 0,0001$ ). Considerando solo diagnósticos con criterios de calidad, la prevalencia era de 6,05% en niños y 6,34% en niñas. Por grupos de edad: 7-10 años 5,15%; 11-14 años 7,24% ( $p < 0,0001$ ). En niños la prevalencia pasa de 4,6% a 7,4% al aumentar la edad ( $p < 0,0001$ ); en niñas de 5,7% a 7,0% ( $p = 0,009$ ).

**Conclusiones:** Las prevalencias de obesidad observadas son las esperadas, con cifras superiores en los niños adolescentes. Es necesario mejorar la calidad del registro en el diagnóstico de obesidad en la HCAP.

### P111 ¿COMEMOS DE MANERA SALUDABLE?: ENCUESTA DIETÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

P. Cortés Durán, B. López Serrano, P. Medina Cuenca y E. Santiago Llorente

CS M<sup>a</sup> Ángeles López Gómez; CS Pintores. Parla, Leganés. Madrid.

Correo electrónico: artep03@hotmail.com

**Objetivos:** Conocer las costumbres dietéticas de nuestra población. ¿Se come de manera cardiosaludable?, definimos el concepto.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* transversal, descriptivo. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud urbano. *Sujetos:* 200 pacientes: 114 mujeres y 86 hombres, con una media de edad de 45,8 años. *Mediciones e intervenciones:* El 38,5% desayunan bollería industrial. El 16% nunca desayuna. El consumo medio de carne roja es de al menos 3 veces por semana en el 23%, el 24,5% consumen la misma cantidad de pescado. En cuanto al consumo de legumbres el 55,5% la consumen dos veces por semana, el 14,5%. Toma pan integral y el 45,5% toma más de 3 piezas de fruta al día. El 16% come fuera de casa, el 100% en población activa.

**Resultados:** Se consume demasiada bollería industrial, incrementando así el aporte de ácidos grasos trans, aumentando el LDL colesterol, el mismo efecto produce consumir carne roja 3 veces por semana (17%), el consumo de pescado es adecuado en el 24,5%. La ingesta de fibra aportada por las legumbres y el pan integral puede ser suficiente, pero cada vez se tiende a comer menos estos productos. La ingesta de 5 piezas de vegetales al menos al día no se cumple.

**Conclusiones:** No se come de manera cardiosaludable.

### P112 ESTUDIO DE LOS EFECTOS DE UN PROGRAMA EDUCACIONAL EN DESAYUNO INFANTIL

A. García García, J. Berlanga Rubio, J. Pastor Espinosa, M. Serrano Joven, C. Betrán Lacasta y C. Colas Colas

Unidad Docente Alcañiz. CS Alcañiz. Alcañiz. Aragón.

Correo electrónico: dralfredogarcia@hotmail.com

**Objetivos:** Debido a la importancia de una alimentación adecuada como un instrumento de protección de la salud y prevención de la enfermedad, planteamos un proyecto de educación en niños de primaria basado en la alimentación y dieta mediterránea. Evaluar resultados tras intervenir en un colegio sobre desayuno escolar.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Encuesta sobre el desayuno de ese mismo día realizada entre de dos colegios de una misma ciudad. Obtenemos

86 encuestas entre los que se realizó la intervención, 92 de las realizadas a alumnos del mismo colegio pero donde no se intervino y 109 en alumnos de otro colegio de la misma ciudad utilizado como control. Se realiza análisis de las diferencias de proporciones mediante prueba de Chi Cuadrado. *Ámbito de estudio:* Colegios de Primaria de similares características. *Sujetos:* Alumnos de enseñanza primaria. *Mediciones e intervenciones:* Análisis de las diferencias de proporciones mediante prueba de Chi Cuadrado.

**Resultados:** No se encontraron diferencias significativas en alumnos a los que no se realizó intervención, comparando entre dos colegios similares de una misma ciudad. Entre los que se realizó intervención y los que no se realizó, encontramos que: *a.* No desayunaba o desayunaba solo leche: "Intervención" 23%. "Control" 23%. *b.* Consumía Lácteos\*: "Intervención" 17%. "Control" 9%. *c.* Consumía Zumo Natural\*: "Intervención" 38%. "Control" 20%. *d.* Consumía Fruta\*: "Intervención" 36%. "Control" 17%. *e.* Realizaba un desayuno completo\*: "Intervención" 33%. "Control" 16% (\*p < 0,05).

**Conclusiones:** Un programa educacional consigue cambios sobre la nutrición escolar. Después de intervenir, la mejora resulta insuficiente, es necesario un trabajo continuado, frente actuaciones puntuales. Se debe recalcar la necesidad de un desayuno completo y mejorar la calidad de la alimentación a mitad de mañana, aumentando el consumo de fruta.

## Enfermedad renal

### P113 EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN A PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA MODERADA

P. Cordero Puebla, S. Ayala Luna, P. Ruiz Sánchez, I. Martínez Mateo, D. Manso López y M. Medina Díaz

CS Los Ángeles. Madrid.

Correo electrónico: sayalal@hotmail.com

**Objetivos:** Analizar características y evaluar calidad de la asistencia prestada a pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) moderada, de acuerdo a criterios de "K/DOQI guidelines for chronic kidney disease" de la National Kidney Foundation (NKF) 2002, y proponer medidas de mejora como parte inicial del ciclo de calidad.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* 110 pacientes <85 años con criterios de IRC moderada (aclaramiento creatinina entre 30-59 ml/mi según fórmula Cockcroft-Gault) en el último trimestre del año 2004.

*Mediciones e intervenciones:* Variables sociodemográficas, enfermedades relacionadas con IRC, cumplimentación de criterios de calidad de acuerdo a la guía de la NKF 2002. *Fuente de datos:* historias clínicas individuales.

**Resultados:** Edad 75 ± 6 años. Hombres: 65%. Aclaramiento creatinina: 48,7 ± 9 ml/mi. Comorbilidad: HTA en 82% (74-89%), Diabetes 33% (24-42%), Dislipemia 54% (44-63%), Tabaquismo 11% (5-17%), Hipertrofia prostática varones 22% (12-32%). Consta diagnóstico de IRC en 50% (40-60%), y la posible causa de IRC en 22% (14-30%). Consta resultado de prueba de imagen de estudio de IRC en 11% (5-17%). Seguimiento en 2005: Registro de Tensión Arterial 77%, Función Renal 71%, Perfil lipídico 58%, Hb glicosilada 64% de diabéticos, Hemograma/iones 46%, Sedimento urinario 41%. Criterios de control año 2005: TA<130/80 en 43,5%, tratamiento con IECA/ARA-2 si HTA/microalbuminuria en 71,4%, HbA1c <7 en 69,5%, LDL-C<100 si diabetes o prevención 2ª en 58%, LDL-C<160 en prevención 1ª en 88%.

**Conclusiones:** Existe infradiagnóstico de IRC moderada, pese a ser pacientes con elevada prevalencia de Fact. Riesgo Cardiovascular. Consideramos necesaria la implantación de medidas de mejora en los puntos débiles detectados (parámetros de revisiones anuales, control de TA, control glucémico y lipídico, tratamiento con IECA/ARA-2) como parte inicial del ciclo de calidad.

### P114 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN RENAL DETECTADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Miguel Barquero, G. Ruiz Ares, M. del Valle Roth, L. Lorca Blanco, J. Pérez Pérez y J. Tovar Méndez

CAP El Carmel. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mrodal@menta.net

**Objetivos:** Describir los factores asociados a la disfunción renal detectada en un centro de atención primaria (CAP).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio transversal. *Ámbito de estudio:* CAP urbano que atiende a una población aproximada de 23.000 personas de clase social media baja. *Sujetos:* Personas atendidas en el centro de las que se disponía de datos para calcular el filtrado glomerular (FG) mediante la fórmula de Cockcroft (creatinina y peso) entre 2003 y 2005. *Mediciones e intervenciones:* Además de estos datos, se recogieron de la historia clínica la edad, el sexo, la presencia de HTA y diabetes, las cifras de colesterol y el hábito tabáquico. Se clasificó a los pacientes como normales (FG>90), insuficiencia renal ligera (FG 60-90), moderada (FG 30-60) y grave y terminal (FG <30).

**Resultados:** 4030 personas cumplían los criterios de inclusión. La edad media fue de 61,8 años y un 56,5% eran mujeres. El FG medio fue de 82,5 ml/min. Y un 64,8% tenían un FG<90 sugestivo de insuficiencia renal. En el análisis bivariente, la función renal fue peor en las personas de edad avanzada, sexo masculino, que no habían fumado nunca y con HTA o diabetes. En el análisis multivariante las variables asociadas significativamente a una peor función renal fueron la edad avanzada, el sexo masculino, la HTA y el colesterol.

**Conclusiones:** El empeoramiento de la función renal se relaciona con los factores de riesgo cardiovasculares clásicos.

### P115 RELACIÓN ENTRE LA DISFUNCIÓN RENAL Y LA INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES

L. Lorca Blanco, M. del Valle Roth, G. Ruiz Ares, M. Miguel Barquero, F. Orfila Pernias y M. Iglesias Rodal

CAP El Carmel. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mrodal@menta.net

**Objetivos:** Estudiar la relación entre la disfunción renal y las enfermedades cardiovasculares.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio transversal. *Ámbito de estudio:* CAP urbano que atiende a una población de 23.000 personas de clase social media baja. *Sujetos:* Personas atendidas con información para calcular el filtrado glomerular (FG) mediante la fórmula de Cockcroft (creatinina y peso) entre 2003 y 2005. *Mediciones e intervenciones:* Se recogieron de la historia clínica la edad, el sexo, presencia de HTA y diabetes, cifras de colesterol y hábito tabáquico. Se clasificó a los pacientes como normales (FG>90), insuficiencia renal ligera (FG 60-90), moderada (FG 30-60) y grave y terminal (FG <30). La variable de resultado principal fue la presencia de un nuevo diagnóstico entre 2003-2005 de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, AVC o claudicación intermitente.

**Resultados:** 4030 personas cumplían los criterios de inclusión. La edad media fue de 61,8 años y un 56,5% eran mujeres. Y un 64,8% tenían un FG<90 ml/min. Un 6,6% presentaron un evento cardiovascular durante el periodo de estudio. Los eventos se asociaron en el análisis bivariente a edad, sexo masculino, HTA, diabetes y a disminución del FG. En el análisis multivariante, edad, diabetes y filtrado glomerular se asociaron de forma significativa a la aparición de un evento cardiovascular.

**Conclusiones:** La presencia de insuficiencia renal diagnosticada a partir de la estimación del FG mediante la fórmula de Cockcroft se asocia, independientemente del resto de factores analizados, a un mayor riesgo de presentar un evento cardiovascular.

### P116 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS DE UN CUPO MÉDICO

F. Carbonell Franco, F. Martínez Ques, D. Martínez Ques, F. Ramón Carretero, M. González Álvarez y R. Pérez Carrascosa

CS Mislata. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: carbonpac@famcm.jazztel.es

**Objetivos:** La enfermedad renal crónica (ERC) es un proceso prevalente y confiere elevado riesgo cardiovascular. A menudo aparece como enfermedad renal oculta, identificándose mediante la estimación del filtrado glomerular (FG). Puede detectarse y tratarse en Atención Primaria. Existen pocos datos sobre su prevalencia en España. El objetivo de este estudio es calcular la prevalencia de ERC entre los diabéticos tipo 2 de un cupo médico seguidos mediante atención programada.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Diabéticos tipo 2 de un cupo médico seguidos en consulta programada. *Mediciones e intervenciones:* Durante la

visita de evaluación del año 2005 registramos las variables: talla, peso, edad, género y creatinina sérica; para calcular el FG mediante la fórmula de Cockcroft-Gault (FCG).

**Resultados:** Nuestro grupo está compuesto por 146 pacientes: 63 mujeres (43,2%) y 83 varones (56,8%). Edad media de  $64,67 \pm 11,04$  años. La creatinina sérica media es  $0,96 \pm 0,26$  mg/dl; aunque sólo 5 pacientes muestran elevaciones significativas ( $> 1,4$  mg/dl mujeres o  $1,5$  mg/dl varones). Sin embargo el FG estimado es menor de  $90$  ml/min/ $1,73$  m<sup>2</sup> en el 71,9% de los casos, siendo la media de  $82,07 \pm 32,23$  ml/min/ $1,73$  m<sup>2</sup>. El 28,1% de nuestros pacientes presentan un FG normal ( $>90$  ml/min/ $1,73$  m<sup>2</sup>). El 50% presentan un FG entre  $60$  y  $89,99$  ml/min/ $1,73$  m<sup>2</sup>, (ERC grado 2 según los criterios de la Nacional Kidney Foundation). Un 21,9% presentan un FG menor de  $60$  ml/min/ $1,73$  m<sup>2</sup> (ERC grado 3).

**Conclusiones:** La presencia de ERC es la norma entre nuestros diabéticos (afecta casi al 72%). Los médicos generales debemos incorporar la estimación del FG a nuestra práctica clínica.

## P117 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR E INSUFICIENCIA RENAL OCULTA

E. García Ramón, C. Crespo González, I. Esteban Sáez, A. Cuellar Martín, B. Fernández Sánchez y Y. Granja Garrán

CS Arturo Eyries. Valladolid. Castilla y León.  
Correo electrónico: elpiyo127@hotmail.com

**Objetivos:** 1) Conocer la prevalencia de insuficiencia renal oculta en diabéticos. 2) Conocer los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en los pacientes diabéticos y su relación con la insuficiencia renal oculta.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal realizado mediante examen directo de la historia clínica de los pacientes diabéticos de nuestro Centro de Salud, registrándose todos los datos necesarios para el análisis. Ámbito de estudio: Zona Básica de Salud urbana de 19.876 habitantes, con un total de 826 pacientes mayores de 14 años registrados como diabéticos. Sujetos: El tamaño de la población sujeto de estudio fue de 826 pacientes, con un 51,1% de mujeres y un 48,9% de varones. Mediciones e intervenciones: Porcentaje de pacientes con insuficiencia renal oculta. FRCV asociados a la diabetes. Resultados por edad y sexo. En todos los casos se aplicó la fórmula de Cockcroft y Gault para calcular el aclaramiento de creatinina.

**Resultados:** 1. El 28,47% de los diabéticos presentaba insuficiencia renal oculta. 2. La prevalencia fue de 22,66% en varones y 30,04% en mujeres. 3. El 81,80% de los pacientes además de diabetes presentaba otros FRCV, y de ellos el 68,50% presentaba 2 o más. La hipertensión arterial es el factor de riesgo más frecuentemente asociado, estando presente en el 72,70% de los casos.

**Conclusiones:** 1. Existe una elevada prevalencia de insuficiencia renal oculta entre los pacientes diabéticos. 2. Es importante, además de la diabetes, controlar los demás factores de riesgo, sobre todo la hipertensión arterial. 3. Cuando no dispongamos del aclaramiento de creatinina, es útil aplicar la fórmula de Cockcroft y Gault.

## P118 INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

I. Marcos Sánchez, C. Prieto Granado, L. Velando Cabañas, G. de la Fuente, A. Guerra Bobo y M. Álvarez González

CS Segovia 1. Segovia. Castilla y León.  
Correo electrónico: imarcos26@yahoo.es

**Objetivos:** Analizar prevalencia de Insuficiencia Renal Oculta (IRO) en centro salud urbano, su asociación a factores de riesgo cardiovascular (FRC), enfermedad cardiovascular (ECV) y evolución a insuficiencia renal evidente (IRE).

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo. Ámbito de estudio: Tres cupos de Medicina General en Centro Salud Urbano. Sujetos: Obtuvimos por muestreo aleatorio sistemático 171 individuos, excluyéndose aquellos sin creatinina, peso próximo y talla, además de aquellos con creatinina  $>1,6$ . Mediciones e intervenciones: Calculamos prevalencia IRO (creatinina  $<1,6$  y aclaramiento por fórmula de Cockcroft-Gault sin (fórmula) y corregida para superficie corporal de  $1,73$  m<sup>2</sup> (formulador)) en últimos 5 años. Analizamos discrepancia entre fórmula y formulador, asociación entre IRO, edad, sexo, FRC, ECV (todo con test  $\chi^2$ ), y asociación de

IRO previa e IRE (test exacto de Fisher). Realizamos los cálculos con paquete estadístico SPSS 11,0 y calculamos los intervalos de confianza (IC) para significación del 95%.

**Resultados:** Diferencia entre fórmula y formulador ( $\chi^2$  109,726;  $p = 0,00$ ). Prevalencia IRO 46,2% (IC 39-54). Mayor prevalencia mujeres: 73,4% (IC 66-80;  $\chi^2$  6,643;  $p = 0,010$ ; Odds Ratio 0,43). Dependencia IRO de edad ( $\chi^2$  64,32;  $p = 0,00$ ). No asociación significativa a FRC ni ECV. Asociación significativa de IRE con IRO previa (Fisher  $p = 0,036$ ).

**Conclusiones:** 1. Se debe usar la fórmula corregida por superficie corporal. 2. Hay diferencias en IRO según sexo y edad. 3. No encontramos asociación de IRO con FRC ni ECV. 4. Se encuentra asociación de IRE con IRO previa.

## P119 FIABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LAS TIRAS REACTIVAS PARA LA DETECCIÓN DE ALBÚMINA EN ORINA (MICRALTEST®) EN PACIENTES DIABÉTICOS EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

M. Velasco Ruiz, M. García Rodríguez, B. San Antonio San Román y M. Salinero

CS Cirajas I. Área IV Salud. Madrid.  
Correo electrónico: pillarno2@hotmail.com

**Objetivos:** Conocer en condiciones de práctica clínica habitual, el valor predictivo de las tiras Micraltest® en pacientes diabéticos, ya sean valoradas por personal entrenado (enfermería) o no entrenado (médicos residentes).

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio transversal con evaluador ciego. Ámbito de estudio: Tres consultas de medicina de atención primaria. Sujetos: Criterio de Inclusión: pacientes consecutivos (15-1-06 hasta 1-5-06) diagnosticados previamente de diabetes. Se excluyeron pacientes con hiperglucemia aguda, ejercicio reciente, infección de tracto urinario, fallo cardíaco y fiebre. Mediciones e intervenciones: Las tiras reactivas fueron valoradas por enfermería y un médico residente, sin conocer la historia clínica del paciente. El gold-standard fue el índice albúminuria/creatinuria.

**Resultados:** Se incluyeron en el análisis de fiabilidad diagnóstica 191 pacientes. Las características de la muestra obtenida son: edad media, 71,10 (DE: 11,64; rango: 24-89); 51,60% varones; años desde el diagnóstico de DM, 10,12 (DE: 9,457; 0-47). Se confirmó proteinuria mediante el cociente albúmina/creatinina en el 20,5%. Las tiras reactivas mostraron una sensibilidad y especificidad del 87,2% (76,7-97,7) y 75,5% (68,6-82,4) respectivamente cuando eran valoradas por enfermería y sólo del 87,2% (76,7-97,7) y 68,9% (61,5-76,3) cuando la lectura la realizaba un residente. El valor predictivo positivo fue de 47,9% (36,3-59,5) para enfermería y del 42% (31,2-52,7) para los residentes.

**Conclusiones:** La sensibilidad diagnóstica de las tiras Micraltest® es elevada tanto en personal entrenado como en no entrenado, la especificidad de la misma es menor en los residentes. A la luz de los resultados, el cribado con tiras reactivas puede ser útil para descartar proteinuria, aunque siempre será necesario aplicar otras técnicas más específicas para confirmar el diagnóstico.

## Hipertensión arterial

### P187 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DIFERENTES DIHIDROPYRIDINAS EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PRÁCTICA CLÍNICA. ESTUDIO TOLERANCE

J. Honorato Pérez, J. Llisterri Caro, M. de la Figuera Von Wichmann, A. Calderón Montero, V. Barrios Alonso y J. Segura de la Morena

Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: teresa.hernando@biometrica-group.com

**Objetivos:** Valorar la tolerabilidad de lercanidipino a altas dosis con respecto a otras DHPs de frecuente utilización, con especial énfasis en las reacciones adversas (RA) ligadas a vasodilatación.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio observacional, transversal y multicéntrico. Ámbito de estudio: Centros de Atención Primaria. Sujetos: Criterios de inclusión: pacientes  $>18$  años, con hipertensión arterial esencial, en tratamiento durante al menos un mes con lercanidipino 20 mg,

amlodipino 10 mg o nifedipino GITS 60 mg, previamente tratados y no controlados con la mitad de la dosis del fármaco correspondiente durante al menos un mes. **Mediciones e intervenciones:** Las reacciones adversas fueron detectadas mediante un cuestionario específico de 16 ítems.

**Resultados:** 650 pacientes incluidos: 68,6% con lercanidipino y 31,4% con amlodipino (n = 113) o nifedipino (n = 91). Se observó una menor frecuencia de RAs en el grupo de lercanidipino (60,8% vs. 76,8%, p < 0,001). Las RAs ligadas a vasodilatación más comunes fueron menos frecuentes con lercanidipino: edema (39,7% vs. 57,3%); hinchazón (25,7% vs. 44,1%); sofocos (26,5% vs. 45,0%); y cefalea (25,4% vs. 41,6%); p < 0,001 para todas ellas. Presión arterial controlada (<140/90 mmHg): 46,4% con lercanidipino vs. 38,1% con otras DHPs (p = 0,059). El tratamiento se mantuvo sin modificar en el 91,2% de los tratados con lercanidipino y en el 56,1% de los tratados con otras DHPs (p < 0,001).

**Conclusiones:** Lercanidipino a dosis altas se asocia a un mejor perfil de tolerabilidad que otras DHP y mejor control de PA que el obtenido con otras DHP. Estos resultados podrían explicar la menor necesidad de modificar el tratamiento en los pacientes tratados con lercanidipino en este estudio.

## P188 PERFIL CLÍNICO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN HIPERTENSOS ATENDIDOS EN AP

M. Gijón Conde, C. Rodríguez Martín-Millanes, I. Pitillas Robledo, E. Mingueta Puras, M. Ramírez Ariza y S. Jones Dougan

Proyecto Cronopres. CS Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid.  
Correo electrónico: condemaita@terra.es

**Objetivos:** Conocer el perfil de riesgo cardiovascular y control de presión arterial (PA) de hipertensos atendidos en atención primaria.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud urbano con 19 consultas de Medicina general. *Sujetos:* Hipertensos mayores de 18 años. *Mediciones e intervenciones:* Realización de perfil de riesgo cardiovascular (RCV) según los criterios ESH/ESC 2003.

**Resultados:** Se incluyó 170 pacientes. La edad media fue 59,98 (13,1) años. El 53,3% fueron varones. Las medias de presión arterial sistólica (PAS)/presión arterial diastólica (PAD) fueron 147 (14,1)/87,38 (8,7). El 24% tenían la PAS controlada (<140) y 53% la PAD controlada (<90). El 31% fueron obesos (IMC>30) y se encontró obesidad abdominal en 56,8% (Perímetro abdominal >88cm en mujeres y >102 en varones). Un 17% fumaban, 33% tenían dislipemia y 16% eran diabéticos. En 13% había antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz y 14% tenían antecedentes personales. La edad fue factor de riesgo en 55,9% de casos (>55 años en varones y >65 en mujeres). Un 23% tenía más de 4 factores de riesgo asociados, 7% tres, 16,5% dos, 36,5% uno y 29% ninguno. Un 13% tenía lesión de órgano diana y 16% condiciones clínicas asociadas a la hipertensión (Ictus 32%, Insuficiencia renal 8%, Insuficiencia cardíaca 20% y cardiopatía isquémica 48%). Tras estratificación se encontró que 14,5% tenían RCV muy elevado (>8%), 17,6% elevado (5-8%), 42,5% moderado (4-5%), 19,7% ligero (<4%) y 4% normal. No se encontraron diferencias por sexo.

**Conclusiones:** Existe un alto RCV en la población estudiada. Casi las tres cuartas partes presentan como mínimo un riesgo moderado. Sería deseable determinar el RCV de todos los pacientes hipertensos y mejorar el nivel de control sobre todo de la presión arterial sistólica.

## P189 FUNCIÓN RENAL ESTIMADA MEDIANTE FÓRMULAS Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGUIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

P. Herrero Puente, M. Gorostidi Pérez, R. Marín Iranzo, F. Fernández-Vega, J. Vázquez Álvarez y M. Prieto Díaz

Grupo Estudio FRESHA. Hospital Universitario Central de Asturias; Hospital San Agustín; CS de Vallobín. Oviedo, Avilés. Asturias.  
Correo electrónico: pabloherrero71@hotmail.com

**Objetivos:** Evaluar la relación del Riesgo Cardiovascular (RCV) con distintos grados de Función Renal estimada (FRE) en pacientes con Hipertensión (HTA).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio multicéntrico, observacional y transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Se incluyeron de modo consecutivo 25 pacientes con HTA no seleccionados por parte de los

médicos participantes en el estudio. **Mediciones e intervenciones:** Se estudiaron datos de comorbilidad vascular y la función renal se estimó mediante las fórmulas del filtrado glomerular del estudio MDRD (FG\_MDRD) y de Cockcroft-Gault (CCr). Se hicieron 4 grupos en la muestra según FRE: igual o >75, de 60-74,9, de 45-59,9 y <45 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

**Resultados:** Se estudiaron 2.130 pacientes (edad media 65,6 ± 11 años, 53% mujeres). La cardiopatía isquémica en los grupos de FG\_MDRD fue 13,9%, 15,6%, 18,1% y 26,5% (p < 0,01), la enfermedad cerebrovascular 4,5%, 8,3%, 8,4% y 14,3% (p < 0,01), la insuficiencia cardíaca 4,5%, 5,7%, 11,6% y 28,6% (p < 0,01), la arteriopatía periférica 7,6%, 6,8%, 15,5% y 21,7% (p < 0,01) y la hipertrofia ventricular izquierda 13,4%, 16,3%, 21,5% y 38,6% (p < 0,01). Los resultados para CCr fueron similares. La prevalencia de enfermedad cardiovascular global fue 27,3%, 41,4%, 53,3% y 69,7% (p < 0,001) con FG\_MDRD y 32,3%, 38,8%, 49,6% y 73,5% (p < 0,001) con CCr. El análisis multivariante muestra asociación independiente entre RCV y deterioro de la FRE.

**Conclusiones:** Los pacientes con HTA muestran una relación continua, inversa y gradual entre la función renal estimada por fórmulas y el RCV con igual intensidad para FG\_MDRD o el CCr. El FG\_MDRD o el CCr estimados constituyen un reflejo del status vascular del paciente hipertenso.

## P190 ¿SOBREDIAGNOSTICAMOS LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ANCIANO?

A. Vila Córcoles, C. de Diego Cabanes, O. Ochoa Gondar, X. Ansa Echeverría, N. Saín Casas y J. Daniel Díez

Unitat de Recerca-SAP Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: cintadde@tinet.org

**Objetivos:** Analizar la prevalencia de hipertensión arterial registrada entre la población >65 años.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio multicéntrico observacional transversal. *Ámbito de estudio:* 8 Áreas Básicas de Salud (7 urbanas y 1 rural) con historia clínica (HCAP) informatizada al menos desde 2002. *Sujetos:* Toda la población >65 años (n = 11.241) asignada a 53 médicos de familia. *Mediciones e intervenciones:* Se consideró una persona como hipertensa cuando en su HCAP electrónica constaba algún código diagnóstico de hipertensión arterial acorde con las clasificaciones CIE-9 (código 401) o CIE-10 (código I10).

**Resultados:** El 53,3% (IC 95%: 52,4-54,2) de toda la población estudiada está diagnosticada de hipertensión. La prevalencia varía significativamente (p < 0,001) por género, con un 45,7% en varones (IC 95%: 44,3-47,1) y un 59,1% en mujeres (IC 95%: 57,9-60,3). Las prevalencias varían también significativamente en función del grupo etario (p < 0,001), registrándose prevalencias del 52,2% (IC 95%: 51,0-53,5) en 65-74 años, del 56,9% (IC 95%: 55,3-58,5) en 75-84 años, y 47,1% (IC 95%: 44,2-49,0) en personas >85 años.

**Conclusiones:** Con los criterios diagnósticos actuales más de la mitad de la población >65 años está catalogada como hipertensa. Cuestiones relativas a la "normalidad" de la distribución de las cifras tensionales en el anciano, el posible exceso de medicalización, y el grado de efectividad/eficiencia de las intervenciones debieran ser planteadas, especialmente si tenemos en cuenta la tendencia hacia la reducción cada vez mayor del dintel diagnóstico de las cifras tensionales para el diagnóstico de la hipertensión.

## P191 MANEJO Y PERFIL DE NUESTROS HTA

C. Poblet Calaf, C. Chanco Rodríguez, B. Segura Cañada, E. Mayol Racero, A. Donado-Mazarrón Romero y M. Campani Peiró

ABS Reus-2. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: miespanol@eresmas.com

**Objetivos:** Manejo del paciente hipertenso (HTA) de nuevo diagnóstico: describir las características epidemiológicas, patología de riesgo asociada, incidencia de HTA. Revisión del diagnóstico y tratamiento según la guía de práctica clínica del Instituto Catalán de la Salud (ICS).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo a partir de auditoria de calidad. *Ámbito de estudio:* Área Básica de Salud urbana de 30.000 habitantes. *Sujetos:* Los diagnosticados de HTA del 2005. *Mediciones e intervenciones:* Sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados: Diabetes Mellitus 2(DM), dislipemia (DLP), obesidad, hábito

tabáquico, consumo enólico de riesgo (>40g/día hombres, >24g/día mujeres); manifestaciones en órganos diana: Hipertrofia ventrículo izquierdo (HVI), cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardíaca (IC), enfermedad vascular cerebral, nefropatía, enfermedad arterial periférica); diagnóstico correcto y estadije HTA, Crisis/emergencia HTA. Realización electrocardiograma (ECG), análisis básico de sangre (A/S)/orina (A/O), microalbuminuria (MAO), automedida HTA ambulatoria (AMPA) y tratamiento inicial (modificar estilo de vida o farmacológico) X2. **Resultados:** Nuevos HTA 119; Incidencia: 4,75 casos/1000 habitantes; Edad media 58,1 ± 11,85 años; Mujeres: 47,2%. Fumadores 17,5%; Bebedores de riesgo: 6,7%; DM: 10,9%; DLP: 37,8%, Obesidad: 50,40%. RCV>20: 14,3%. ECG: 68,1%; A/S: 91,6%; A/O: 71,4%; MAO en DM: 75%. AMPA: 15,1%. Cifras>210/120 mmHg en 5,9% de HTA. HTA estadio 1 (55,50%), 2 y 3 (38,7%); Tratamiento inicial: 97,5% modificaciones estilo vida y 65,3% farmacológico (Diuréticos 30,3%, IECA 23,5%, betabloqueantes 13,4%, ARA II 3,4%, calcioantagonistas 2,5%). La actuación terapéutica se ajusta a las recomendaciones en 53,8% con diferencias estadísticamente significativas entre los 2 sexos (mujeres 56,3%, hombres 43,8%). El 84,9% de las prescripciones farmacológicas han tenido en cuenta la presencia de contraindicaciones. Derivación especialistas: 1,7%.

**Conclusiones:** El tratamiento farmacológico es adecuado a las recomendaciones (ICS). El diagnóstico se considera correcto sólo en la mitad de los casos. La mayoría de HTA pertenecen al estadio 1. El FRCV mas prevalente es la obesidad.

## P192 MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL ¿ESTAMOS CONTROLANDO A NUESTROS HIPERTENSOS?

M. Gijón Conde, C. Rodríguez Martín-Millanes, M. Ramírez Ariza, C. Sosa Díaz-Saavedra, I. Pitillas Robledo y E. Tolmo Estela

Proyecto Cronopres. CS Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid.  
Correo electrónico: condenaite@terra.es

**Objetivos:** Conocer el nivel de control de los hipertensos atendidos en atención primaria con monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA).

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud urbano con 19 consultas de Medicina general. *Sujetos:* Hipertensos a quienes se realizó MAPA por mal control, sospecha de hipertensión (HTA) de bata blanca, refractaria, lábil y de alto riesgo. *Mediciones e intervenciones:* Media de 2 tomas de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) en consulta, 24 horas, descanso y actividad, niveles de control, proporción de HTA aislada en consulta y HTA aislada ambulatoria.

**Resultados:** Se incluyó 170 pacientes. La edad media fue 59,98 (13,14) años. El 55,3% fueron varones. En 69% de lo casos se realizó para valorar eficacia de tratamiento. Se sospechó HTA de bata blanca en 9%, HTA alto riesgo en 3,5% y lábil en 20%. Las medias de PAS/PAD en consulta fueron 145,7/87,56, en 24 horas 129,46/76,61, en actividad 133,33/80,08 y en descanso 120,29/68,47. Se encontraron diferencias entre las medias en consulta y periodo de actividad ( $p < 0,05$ ). Los promedios de control PAS/PAD fueron: en consulta (<140/90) 30,6%/57,1%, en actividad (<135/85) 59,4%/72,9%, en 24 horas (<125/80) 59%/63% y en descanso (<120/75) 53,5%/74,1%. Se encontraron diferencias entre los niveles de control en consulta y actividad ( $p < 0,05$ ). La proporción de HTA de bata blanca fue 34,7% y de HTA aislada ambulatoria de 6,5%.

**Conclusiones:** Existen diferencias importantes en el nivel de control según consideremos las cifras aisladas en consulta y la MAPA. Es mejorable el nivel de control, sobre todo de las presiones arteriales sistólicas, tanto en la consulta como en la MAPA.

## P193 URGENCIAS HIPERTENSIVAS DERIVADAS DE ATENCIÓN PRIMARIA A UN SERVICIO DE URGENCIAS

P. Berenguel Martínez, M. Cid Ruiz, M. García Martín, J. Fernández Ayala, C. Rodríguez Cervantes y F. Gallega Ortiz

Hospital de Poniente. El Ejido. Andalucía.  
Correo electrónico: pabloberenguelmartinez@hotmail.com

**Objetivos:** Determinar el perfil clínico del paciente que acude al servicio de urgencias por crisis hipertensiva.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio prospectivo. *Ámbito de estudio:* Marzo-2005 hasta Febrero-2006 en las urgencias del hospital. *Sujetos:* 620 pacientes con crisis hipertensiva. *Mediciones e intervenciones:* Encuesta personal con datos administrativos, clínicos y sociales. Análisis con métodos estadísticos de variables continuas con medidas de tendencia central y dispersión, y para categóricas descripción de tablas de frecuencia.

**Resultados:** El 56,2% de la muestra eran mujeres, el 43,8% eran hombres, la edad media era 56,3 ± 17,3 años. El 81,3% de los pacientes fueron derivados desde A. Primaria, donde fueron tratados con Captopril el 79,8%, con Nifedipino el 12,4% y un 8,6% con furosemida i.v. o i.m. El 68,2% eran obesos, un 48,3% hiperlipémicos, 42,1% diabéticos tipo II, 76% sedentarios, 37,5% fumadores, 28,5% bebedores de alcohol. El 41,8% no cumplían el tratamiento correctamente, el 18,6% nunca han sido diagnosticados de hipertensión. Respecto a las cifras de tensión arterial media eran T.A.S 192 ± 26,3 mmHg; T.A.D. 110,3 ± 20,1 mmHg; P.P 70 mmHg. R. El 68,2% presentaban signos de hipertensión en el ECG. Un 35,4% signos radiológicos, un 60,5% afectación visceral crónica. Y un 19,2% afectación de órganos diana de forma aguda.

**Conclusiones:** El paciente con crisis hipertensivas suele venir derivado desde A. Primaria, con un primer escalón de tratamiento. Suele ser mujer entre cincuenta y sesenta años con patología concomitante, factores de riesgo mal controlados, y afectación visceral.

## P194 FACTORES DE RIESGO VASCULAR COMO INDICADORES EN LA CRISIS HIPERTENSIVA

P. Berenguel Martínez, C. Rodríguez Fernández, F. Gallega Ortiz, M. Cid Ruiz, M. García Martín y J. Fernández Ayala

Hospital de Poniente. El Ejido. Andalucía.  
Correo electrónico: pabloberenguelmartinez@hotmail.com

**Objetivos:** Identificación de los factores de riesgo vascular en los pacientes con Emergencia y Urgencia hipertensiva.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio prospectivo. *Ámbito de estudio:* periodo de estudio comprendido entre el 1/08/05 al 1/03/06. *Sujetos:* Dos grupos homogéneos de pacientes hipertensos que presentaron cifras tensionales comprendidas entre 210-230 mmHg de PAS y 110-130 PAD. El grupo I (63 individuos) manifestaron Emergencia Hipertensiva, El grupo II (78) pacientes no se objetivo afectación orgánica. *Mediciones e intervenciones:* Se recogieron datos administrativos, clínicos y pruebas complementarias. Posterior análisis estadístico.

**Resultados:** En el grupo I el 63,3% de la muestra eran varones, con una edad media de 66,2 ± 15,1 años. Estilos de vida 68,5% fumadores habituales, 22,1% consumían alcohol, 23,2% bebedores habituales de café, 98,6% actividad física sedentaria, media de índice de masa corporal 30,7 (86% obesos). 62% con HVI, 29,7% diabéticos y 34,6% hiperlipémicos. 81,6% asociaban 3 o más factores de riesgo vascular. Grupo II 58,7% mujeres, edad media de 54,7 ± 10,5 años. Estilos de vida: 31,3% fumadores, 19,4% consumían alcohol y 21,3% café. 96,5% actividad física sedentaria, media del índice de masa corporal 26,3 (37,8% eran obesos). 21,5% presentaban HVI, 10,7% diabéticos, 10,1% hiperlipémicos. 18,5% asociaban 3 o más factores de riesgo vascular.

**Conclusiones:** La Emergencia hipertensiva se da con más frecuencia en pacientes con asociación de varios factores de riesgo vascular, la asociación más frecuente en nuestra muestra. Edad, sexo, obesidad, hipertrofia ventricular izquierda. La modificación de los estilos de vida es fundamental en el manejo del paciente hipertenso.

## P195 CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTE HTA SEGÚN TENSIÓN ARTERIAL CLÍNICA VS AMPA. DIFERENCIAS Y ACTITUDES

J. Thalamos Atienza, M. Urreiztieta Díaz, G. Estévez Martínez, B. Pereda Goikotxea, I. Lizaso Ubea y S. Lecuona Regodon

Unidad de AP Lezo-Donibane. Lezo. País Vasco.  
Correo electrónico: thalamos@apge.osakidetza.net

**Objetivos:** Valorar el efecto de la denominada "Reacción de Alerta" sobre los pacientes hta mal controlados (según clasificación JNC VI) y las diferencias en la clasificación con el AMPA, así como diferentes actitudes medicas. Análisis de los tratamientos empleados, combinaciones, factores de riesgos asociados.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo "antes y después" de la intervención (valoración HTA con el AMPA) sobre pacientes HTA mal



controlados de los 3 médicos del CS Lezo durante el periodo Junio-Diciembre 05. Análisis de datos estadísticos con SPSS 12.1. **Ámbito de estudio:** Pacientes HTA mal controlados durante el periodo Junio-Diciembre 05 de los 3 médicos del CS. **Sujetos:** Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de HTA y mal controlados de la población. **Mediciones e intervenciones:** Medición de la farmacología (tipo, número, combinaciones), otros factores de riesgo asociados a la HTA, antecedentes familiares y personales de ECV. Diferencias en la clasificación de la HTA pre y post intervención (AMPA), valoración del impacto de la "Reacción de Alerta". Diferentes actitudes médicas.

**Resultados:** Número de pacientes estudiados fueron 68 con edad media 64 y predominio mujeres (56%). El 55,9% polimedicados con 2 fármacos siendo los diuréticos (50%) y los IECAS (48,5%) los mas utilizados. La Dislipemia (44%) y la Obesidad (33%) como factores de riesgo mas prevalentes. Tensión Arterial Clínica media de 163/88 y Tensión Arterial AMPA media de 145/79 con p: 0,00. Clasificación de la HTA (JNC VI) con un descenso de los Grados II y III pre (47% y 15%) y post (14% y 3%) con aumento Grado I (50%). Actitud más conservadora con menor intervención farmacológica. Reacción de Alerta del 20%. Índice Kappa 0,54.

**Conclusiones:** Mejor clasificación de los pacientes HTA con AMPA, con una menor intervención farmacológica y actitud conservadora. Impacto importante de la "Reacción de Alerta".

## P196 ¿PODEMOS MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE NUESTROS PACIENTES HIPERTENSOS?

F. Cuevas Fernández, M. Marco García, C. Rodríguez Álvarez, M. Iglesias Girón y A. Aguirre-Jaime

CS Barrio de la Salud; UD de MFyC y Biomedical Research Center del Hospital Universitario Candelaria; Universidad de la Laguna. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.

Correo electrónico: fjcuefer@canariastelecom.com

**Objetivos:** Conocer factores asociados a la calidad de vida (CV) de pacientes con hipertensión (HTA).

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo transversal. **Ámbito de estudio:** Centro de Salud urbano. **Sujetos:** 361 pacientes hipertensos elegidos aleatoriamente. **Mediciones e intervenciones:** CV mediante cuestionario PECVEC, con siete escalas: listado síntomas (LS), función física (FF), función psicológica (FP), estado ánimo positivo (EAP), estado ánimo negativo (EAN), función social (FS), bienestar social (BS) y posibles factores asociados sociodemográficos (sexo, edad, pareja, estudios, situación laboral), clínicos (control HTA, dieta, ejercicio físico, fármacos HTA, evolución HTA, tabaco, dislipemia, diabetes) y moduladores (apoyo social (AS), eventos adversos semana previa (EAd), alteración sexual (ASex)). Análisis con paquete estadístico SPSS 11.5.

**Resultados:** A. PECVEC (puntos): LS = 3,47, FF = 2,37, FP = 2,37, EAP = 2,00, EAN = 2,87, FS = 2,33, BS = 3,00. B. Factores: 57,3% mujeres, mediana edad = 68 años, 67% emparejados, 72,6% sin estudios/primarios, 82,8% inactivos laborales, 77,9% fase 0/1 JNC-7, 75,1% dieta, 58,2% ejercicio, 89,9% fármacos HTA, mediana evolución HTA = 9 años, 12,7% fumadores, 74,5% dislipémicos, 36,6% diabéticos, 94,5% AS, 34,1% EAd, 57% ASex. C. Análisis bivariable: Para cada escala PECVEC resultaron estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ): LS: sexo, edad, ejercicio, dislipemia, AS, Ead, ASex. FF: sexo, actividad laboral, ejercicio, evolución, AS, EAd, ASex. FP: sexo, ejercicio, AS, Ead, ASex. EAP: sexo, actividad laboral, ejercicio, evolución, AS, Ead, ASex. EAN: sexo, ejercicio, AS, Ead, ASex. FS: control, ejercicio, AS, EAd. BS: estudios, control, AS, EAd.

**Conclusiones:** Los profesionales sanitarios (médicos de familia y enfermeras) debemos saber que la prescripción de ejercicio físico es la única medida terapéutica que se asocia al aumento de CV de hipertensos en las esferas biológica, psicológica y social. La mayoría de los factores asociados con la CV de nuestros pacientes hipertensos rebasan el ámbito sanitario.

## P197 EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE HIPERTENSO, SEGÚN CRITERIOS DE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

R. Abásolo Galdós, E. López Garciarena, E. Hernández Ragpa, M. Sebastián Aparicio, A. Sabater Gil y J. Gil Martín

Aranbizkarra II. Vitoria. País Vasco.

Correo electrónico: rosaba@euskalnet.net

**Objetivos:** Evaluación del grado de cobertura de hipertensión arterial (HTA), control de presión arterial (PA) y adecuación del tratamiento farmacológico, según patologías asociadas.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo, transversal. **Ámbito de estudio:** Centro de salud urbano. Nivel socioeconómico medio-bajo. **Sujetos:** Hipertensos, mayores de 14 años o más, incluidos en protocolo HTA. **Mediciones e intervenciones:** Muestreo sistemático, estratificado por médico (6 cupos). N = 180. Se establecieron criterios normativos de la Guía de práctica clínica sobre HTA de Osakidetza.

**Resultados:** Mujeres: 54,4% (47,1-61,7). Edad: >64 años 54,2% (46,9-61,5), 40-64 años 45,8% (38,5-53). Porcentaje HTA: 11,3% (6,7-15,9). Cobertura: 38%. Control HTA: Pacientes sin enfermedad asociada: 66,6% (59,7-73,5). Buen control (BC) (PA <140/90 mmHg): 43% (34,1-51,8). Con enfermedad asociada: 33,3% (23,1-39,9), BC: 48,3% (35,6-60,9); Diabéticos: 14% (19,5-32,4) BC (PA <130/80 mmHg): 28% (11,4-46,2); Insuficiencia renal: 4,4 (0-17,6), BC (PA <130/80 mmHg): 62,9%. Tipo tratamiento: Dieta: 17% (11,5-22,5). Monoterapia: 59% (51,8-66,2). Grupos farmacológicos toda la muestra: Diuréticos 45,6% (39,3-58,8), IECA 39,4% (32,2-46,5), Betabloqueantes 13,9% (8,8-18,9), ARA-II 16,1% (11,4-22,4), Antagonistas calcio 13,5% (8,5-18,5), Alfabloqueantes 4,4% (1,4-7,4), Alfabetabloqueantes 0,6%. Adecuación tratamiento según patología asociada: Sin patología: Recomendado: 54,1% (45,2-63), alternativo: 39,1% (30,4-47,8), no indicado: 18,3% (12,8-26,6). Diabéticos: Recomendado: 92,3% (73,4-98,6), alternativo: 3,8% (3,5-11,1), no indicado: 3,8%. Insuficiencia cardiaca: Recomendado: 60% (29,6-90,4), alternativo: 30% (16-58,4), no indicado: 0. Cardiopatía isquémica: Recomendado: 69,23% (44,2-94,4), alternativo: 7,6% (0-22). Insuficiencia renal: Recomendado: 50% (22,3-77,1), no indicado: 50% (22,3-77,1).

**Conclusiones:** Debemos intensificar el cribado de HTA. Grado de control más elevado que el observado en otros estudios, pero mejorable. Es caso control en diabéticos, probablemente debido a falta de aceptación de las cifras objetivo, por parte de los médicos y enfermeras. Debemos incrementar la utilización de terapia combinada. La adecuación del tipo de tratamiento, según patología asociada es alta, aunque mejorable. Mayor adecuación del tratamiento en pacientes con enfermedad asociada.

## P198 PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN POBLACIÓN HIPERTENSA CON GLUCEMIA BASAL ALTERADA

S. Tranche Iparraguirre, R. Marín Iranzo, J. Lozano Vidal, P. Rodríguez Ledo, J. Mediavilla y A. Galgo Nanfria

Grupo MAGAL. CS El Cristo; Unidad de Hipertensión del Hospital Universitario Central de Asturias; CS Serrera 2; CS. Fingo; CS. Pampliega; CS Espronceda. Valencia, Oviedo, Lugo, Burgos, Madrid. Comunidad Valenciana, Asturias, Galicia, Castilla y León, Madrid.

Correo electrónico: stranchei@medynet.com

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de insuficiencia renal oculta y analizar su relación con la enfermedad cardiovascular en población hipertensa con glucemia basal alterada (GBA) seguida en atención primaria.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio transversal, multicéntrico, con participación de 1.723 médicos. **Ámbito de estudio:** Atención Primaria. **Sujetos:** Pacientes hipertensos con GBA (glucemia en ayunas 100-125,9 mg/dl). Se recogieron datos demográficos, clínicos, prevalencia de factores de riesgo y enfermedad cardiovascular. **Mediciones e intervenciones:** Se definió Insuficiencia Renal (IR) según valores de creatinina sérica > 1,3 mg/dl en mujeres y > 1,4 mg/dl en varones y para filtrado glomerular (FG) estimado por fórmula MDRD <60 L/min./1,73m<sup>2</sup>. Y como IR oculta a los pacientes con creatinina normal y FG reducido.

**Resultados:** Se incluyeron 3.010 pacientes de 62,9 (9,9) años de edad media (DE), 48,4% varones. La prevalencia de IR por valores de creatinina sérica fue del 5,5% y por MDRD del 15,5%. Los pacientes con IR oculta comparados con los que tenían creatinina y FG normal, eran de mayor edad [67,3 (8,0) vs. 62,1 (10,0) años,  $p < 0,001$ ], con predominio del sexo femenino (86,6% vs. 47,6%,  $p < 0,001$ ), mayor prevalencia de dislipemia (42,3% vs. 37%,  $p = 0,03$ , y excreción urinaria de albúmina más elevada (3,4 (1,7-8,5) vs. 2,3 (1,7-6,8) mg/mmol,  $p < 0,001$ ). Así como mayor prevalencia de insuficiencia cardiaca (5,9 % vs. 3,7%,  $p = 0,002$ ) y enfermedad arterial periférica (9,35% vs. 6,4%,  $p = 0,008$ ).

**Conclusiones:** Uno de cada 7 pacientes hipertensos con glucemia basal alterada presenta insuficiencia renal según estimación del filtrado glomerular por MDRD. Los pacientes con FG reducido, presentan mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular.

## P199 MODIFICACIÓN DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS

R. Wolgeschaffen Torres, J. Méndrida Rodríguez, R. Ramírez Arrizabalaga y A. Criado Millán

CS Presentación Sabio. Móstoles. Madrid.  
Correo electrónico: rosawolges2@yahoo.es

**Objetivos:** Entre Junio y diciembre de 2004 realizamos un estudio epidemiológico, denominado PULSAR, con el fin de describir las características generales de la población española con HTA esencial y, especialmente, las de los pacientes con Presión de Pulso elevada.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* El estudio fue transversal (una sola visita) y multicéntrico de ámbito nacional (España). *Ámbito de estudio:* Consultas de Atención Primaria del SERMAS. *Sujetos:* Se recogió información de un total de 3203 pacientes diagnosticados de HTA esencial, con tratamiento antihipertensivo ya establecido o de nuevo diagnóstico. *Mediciones e intervenciones:* En todos los pacientes, los investigadores respondieron a la pregunta ¿Ha cambiado en esta visita la estrategia terapéutica?

**Resultados:** En los 3203 pacientes, se decidió cambiar el tratamiento en 1548 pacientes (48,3%). Las razones del cambio, a veces coexistentes, fueron por orden de importancia: Falta de control de PA sistólica en el 64,3%. Falta de control de PA diastólica en el 39%. Efectos secundarios con el tratamiento previo en el 11,6% (edema en 32,7% de los casos y tos en el 30,7%). Ausencia de cumplimiento con el tratamiento previo en el 5,2%. Otras en un 13,8%.

**Conclusiones:** El cambio de la estrategia terapéutica de los pacientes con HTA seguidos en las consultas de Atención Primaria es muy frecuente, casi en la mitad de los pacientes. Las razones comunicadas fueron principalmente las relacionadas con falta de control de la presión arterial, especialmente en su componente sistólico, mientras que las debidas a efectos secundarios fueron minoritarias.

## P200 INDICADORES DE CALIDAD EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. CÓMO SELECCIONAR UN INDICADOR

C. Tejedo Català, V. Palop Larrea, J. Navarro Pérez, J. González Perales, J. Minguez Platero y P. Redón Más

CS Catadau; CS Algenesi; CS Salvador Pau; Hospital de la Ribera; Hospital Clínico Universitario. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: ctejero@hospital-ribera.com

**Objetivos:** La hipertensión arterial (HTA) es la principal causa de morbilidad y mortalidad en España. La intervención mediante protocolos de actuación ha demostrado mejor control de la misma. El objetivo es estandarizar los indicadores de calidad mínimos para evaluar adecuadamente a la población hipertensa en Atención Primaria.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Selección de indicadores de calidad mínimos en HTA a partir de guías nacionales e internacionales: Protocolos de Actuación Médica. Sexto informe del Joint National Committee. Guía para el manejo de la hipertensión arterial ligera en Nueva Zelanda. Guía de la Sociedad Británica de hipertensión para el manejo de la hipertensión arterial. Recomendaciones canadienses para el manejo de la hipertensión. Directrices de la Organización Mundial de la Salud y de la Sociedad Internacional de hipertensión para el tratamiento de la hipertensión. 2003 Guía de la Sociedad Europea de Hipertensión-Sociedad Europea de Cardiología para el manejo de la hipertensión arterial. Séptimo informe del Joint National Committee. Guía Europea de Hipertensión. Establecimiento de criterios de selección de indicadores: concordancia entre guías, evidencia clínica y actualización. Definición del indicador: basada en las normas existentes para la creación de los mismos. Clasificación de los indicadores: de primera visita y visita anual. *Ámbito de estudio:* Guías nacionales e internacionales. *Sujetos:* No procede. *Mediciones e intervenciones:* Concordancia entre guías.

**Resultados:** Se han seleccionado 32 indicadores: anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias y tratamiento. 15 corresponden a la primera visita y 17 a las visitas anuales.

**Conclusiones:** La intervención mediante los indicadores de calidad mínimos en HTA debería ser el primer paso para el control y seguimiento del paciente hipertenso en Atención Primaria.

## P201 PREVALENCIA DE HTA Y GRADO DE CONTROL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

A. Carrasco García, M. Fernández Marrube, M. Frá Pérez, G. Rodríguez Martínez, M. Vázquez Aira y S. Villa Fernández

CS Puerto de Vega- Navia; CS Castropol- San Tirso; CS Lluarca. Jarrio-coaña. Asturias.  
Correo electrónico: 33484acg@comb.es

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) en pacientes con anticoagulación oral. Grado de control de HTA en estos pacientes.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo observacional y transversal. *Ámbito de estudio:* Área Sanitaria. *Sujetos:* 220 pacientes con anticoagulación oral. Seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. *Mediciones e intervenciones:* Variables: sociodemográficas, presión arterial, INR, peso, talla, indicación anticoagulación oral, tratamientos antihipertensivos, antecedentes personales (enfermedades cardiovasculares...). *Análisis descriptivo:* variables cuantitativas: media y desviación estándar. Cuantitativas: distribución de frecuencias. *Análisis bivariante:* cuantitativas: t de student y ANOVA. Cualitativas: chi cuadrado. *Análisis multivariante:* regresión logística. Nivel de significación estadística: 95%.

**Resultados:** La prevalencia de HTA es del 73,6%. Detectamos 3,6% (IC95%: 1,7-6,8) de hipertensos no diagnosticados. En pacientes HTA conocidos, un 42,9% presentaron cifras  $> 140/90$ . Las variables relacionadas con mal control en el análisis bivariante es la edad ( $p: 0,04$ ), y se muestra tendencia con la variable sexo (varón) ( $p: 0,16$ ). En el análisis multivariante observamos que la edad es la variable que se asocia al control de presión arterial, a mayor edad peor control ( $p: 0,017$ ). Entre los pacientes con mal control de INR ( $> 3$ ) existe un 34,8% (IC95%: 22,13-42,3) con cifras de presión arterial mayor o igual de 140/90.

**Conclusiones:** La prevalencia de HTA es similar a la descrita en estudios realizados en población mayor de 65a. y en el único estudio publicado con población anticoagulada. Los pacientes en tratamiento anticoagulante oral tienen mejor control de la presión arterial que la población general, sin embargo, más del 40% presentaron cifras superiores o iguales a 140/90. El peor control se relaciona con la edad, a tener en cuenta dado el aumento de tratamientos anticoagulantes en edad avanzada.

## Reumatología

## P257 EDUCACIÓN SANITARIA EN EL TRATAMIENTO DE LUMBALGIAS AGUDAS

E. Mañes López y C. Rodríguez Martínez

Capse. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: elenaja@mixmap.com

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de la educación sanitaria (es) por parte de enfermería en atención primaria, como soporte al tratamiento analgésico (AINES) en lumbalgias agudas.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio experimental de intervención enero-abril 2005. *Ámbito de estudio:* Centro urbano de atención primaria. *Sujetos:* Población adulta de 215 pacientes diagnosticados de lumbalgia aguda en el CAP. *Mediciones e intervenciones:* Obtuvimos una muestra aleatoria de 70 pacientes distribuidos en 2 grupos: A. Tratados con aines y B. Tratados con AINES+ES (taller educativo de medidas analgésicas no medicamentosas, higiene postural, ergonomía y ejercicios). Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, dolor, percepción de la salud a nivel físico, emocional y social, evaluados con escala EVA y test sf-12 antes de los tratamientos y 15 días después.

**Resultados:** Grupo A: edad media 70,8 (de: 11,8) 82,9% mujeres media EVA paso de 8,1 (de: 1,4) a 6,1 (de: 1,8) sf-12 mostró una mejora del estado físico (diferencia de medias: 1ic 95% (0,23-1,76)). Grupo B: edad media 68,4 (de: 9,7) 94,3% mujeres media EVA paso de 7,2 (de: 1,6) a 3,5 (de: 1,7) sf-12 mostró una mejora del estado físico (diferencia de medias: 2,1 IC 95% (0,45-1,74)). En ambos grupos no se encontraron diferencias significativas en las otras variables del sf-12.

**Conclusiones:** Ambos grupos disminuyeron EVA postintervención, el grupo b mejoró un 17% IC 95% (9,2%-24,8%) respecto al a ambos mejoraron el estado físico, el grupo b mejoró 1% respecto al a, siendo no estadísticamente significativo. La educación sanitaria es: 1. Herramienta útil y eficaz en el control del dolor de las lumbalgias agudas. 2. Actúa como complemento del tratamiento analgésico farmacológico.

## P258 DETERMINANTES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LUMBALGIA INESPECÍFICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Fernández Fernández, F. Kovacs, A. Cordero, A. Muriel y L. González Luján

Reide (Red Española de Investigadores en Dolencias de Espalda). Palma de Mallorca (sede Oficial de la Reide). Illes Balears.  
Correo electrónico: cfernandez@carlmar.com

**Objetivos:** Describir el manejo de la lumbalgia en atención primaria, e identificar sus determinantes.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio prospectivo de cohortes. *Ámbito de estudio:* Pacientes atendidos en 40 centros de salud del territorio español, que cubre una población de 693.206 sujetos. *Sujetos:* Se reclutaron 648 pacientes con lumbalgia, de 18 o más años. *Mediciones e intervenciones:* Los pacientes fueron evaluados al ser reclutados, a los 14 y 60 días, se valoró el dolor mediante escala analógica visual y la incapacidad mediante escala de Roland Morris. Los descriptores de la práctica clínica fueron la exploración del signo de Lasegue, las pruebas diagnósticas, tratamientos, derivaciones y la concesión de baja laboral.

**Resultados:** El 95,7% de los pacientes eran casos agudos. Se prescribieron radiografías al 43%, TAC o RNM al 18,8%, y fármacos al 91,7%. Se derivó a rehabilitación al 19,1% y a cirugía al 9,6%. Los principales determinantes de la actuación médica fueron la duración del dolor, su intensidad (especialmente la del dolor irradiado), un Lasegue positivo y el grado de incapacidad. Los determinantes de la baja laboral fueron el grado de incapacidad, estar contratado por cuenta ajena (vs. ser autónomo) y la intensidad del dolor referido.

**Conclusiones:** Aunque la prescripción de estudios radiológicos es excesiva, los determinantes de la práctica clínica en atención primaria tienen sentido clínico y son consistentes con las recomendaciones basadas en la evidencia científica. No obstante, tras dos meses de tratamiento el dolor se mantiene en más de un tercio de los pacientes, y aproximadamente un 10% no ha mejorado o ha empeorado.

## P259 ARTROSIS Y ATENCIÓN PRIMARIA. REALIDAD DE UNA ENFERMEDAD INRAVALORADA

A. Vega López, J. López de la Iglesia, B. González Fernández, C. Sainz Ruiz, Gutiérrez Herrero y J. Guzmán Pérez

CS La Condesa. León. Castilla y León.  
Correo electrónico: jajmaldelai@hotmail.com

**Objetivos:** Conocer de nuestros pacientes artrósicos: 1) la prevalencia de las distintas localizaciones. 2) los distintos tratamientos que realizan. 3) el grado de dolor que refieren. 4) la educación sanitaria que poseen.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Selección aleatoria de 200 pacientes con diagnóstico de artrosis. *Mediciones e intervenciones:* Revisión de historias clínicas y encuesta telefónica. Variables: Sexo, edad, años de evolución de la enfermedad, localizaciones, tratamientos (analgésicos, aines, sysadoas, adelgazamiento, ejercicio físico, medidas físicas, prótesis, ortesis, rehabilitación, balnearioterapia, TENS, terapias alternativas, tratamientos caseiros), grado de dolor que refieren (escala descriptiva verbal), educación sanitaria. Análisis descriptivo y comparación de medias y proporciones (t-student, ANOVA, Chi<sup>2</sup>).

**Resultados:** Se entrevistaron 138 pacientes (72%). Edad media 70 años. El 74,6% mujeres. Presentan artrosis en rodilla el 55,8%, manos el 38,4%, columna el 35%, cadera el 21%. El 30,4% describe su dolor como incomodo y el 26% angustioso. El 81,9% toma uno o más fármacos. Analgésicos el 53,9%, Aines 39,9%. Sysadoas 17,3%, Aines tópicos 27,5%. El 13,8% han perdido peso. Realizan ejercicio físico el 50%. Rehabilitación el 27,5%. Tienen prótesis quirúrgica el 18,1%. Tratamientos alternativos el 22,5%. El 65% refiere conocer su enfermedad, y el 50% haber recibido recomendaciones por parte de su médico sobre hacer ejercicio y perder peso.

**Conclusiones:** La localización mas frecuente es la rodilla, la mayoría precisa fármacos y la cantidad de estos no dependen del número de articulaciones afectadas ni de los años de evolución, pero si de la intensidad de dolor que refiere el paciente.

## P260 DOLOR EN LA ARTROSIS, ¿CONSEGUIMOS CONTROLARLO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

Y. Martínez Mateo, S. Rodríguez Fernández, R. González Tejada, M. Delgado Nicolás y S. Ayala Luna

CS Los Ángeles. Madrid.  
Correo electrónico: Madridyvanaanavy@hotmail.com

**Objetivos:** Determinar fármacos y dosis utilizados en el tratamiento sintomático de la artrosis en ancianos, grado de control del dolor, uso de terapias coadyuvantes y satisfacción terapéutica.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria (AP). *Sujetos:* 70 individuos mayores de 65 años, artrósicos, que acuden a consulta por cualquier causa y que llevan más de 2 semanas con tratamiento sintomático para la artrosis. *Mediciones e intervenciones:* Entrevista individualizada, historia clínica. *Variables:* sociodemográficas, terapia analgésica, cuantificación del dolor mediante escala visual analógica (EVA), satisfacción terapéutica, tratamientos coadyuvantes.

**Resultados:** Edad = 73,98 ± 6,045 años, mujeres = 84,1%, IMC = 30,86 ± 5,45. El 81% presentaban artrosis central. El 47,62% utilizaban un fármaco para control del dolor, un 39,68% dos fármacos y el 12,69% tres. de éstos últimos el 50% usaban un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) tópico. Fármaco más utilizado el paracetamol en 84,1%, metamizol 11,11%, AINEs orales 46,03%; El 7,7% usaban opiáceos débiles. En el 77,88% el tratamiento fue prescrito en AP. El 35,57% usaban la medicación a demanda y el 60% de los pacientes utilizaban dosis infraterapéuticas a pesar de figurar en historia la prescripción en dosis correcta. La evaluación del dolor mediante EVA 4,06 ± 2,26. El 55,5% de los usuarios consideraban que el tratamiento era eficaz, el 39,7% poco eficaz y 4,8% nada eficaz. El 15,5% recurrió a terapias alternativas para el control del dolor.

**Conclusiones:** Aunque el paracetamol es la primera opción analgésica, destaca la elevada prescripción de AINEs y el escaso uso de opiáceos. Es necesario insistir en el uso de medicación según pauta prescrita, lo que podría contribuir a incrementar el control analgésico y satisfacción terapéutica.

## P261 BIFOSFONATOS Y RALOXIFENO EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS, TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS?

A. Tena Domingo, S. Casablanca Figueras, A. Champer Blasco, M. Rodríguez Álvarez y C. Forcada Vega

ABS Canet de Mar. Canet de Mar. Cataluña.  
Correo electrónico: alexistena@hotmail.com

**Objetivos:** Conocer si la indicación de bifosfonatos y raloxifeno es correcta en mujeres postmenopáusicas del ABS Canet, y los factores de riesgo para osteoporosis en esta población.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo retrospectivo. *Ámbito de estudio:* ABS Canet de Mar. *Sujetos:* 427 mujeres posmenopáusicas que recibían tratamiento con bifosfonatos o raloxifeno desde agosto'04 hasta agosto'05. Se realiza muestreo sistemático obteniendo n = 227. *Mediciones e intervenciones:* Descripción tratamiento, pruebas complementarias, fracturas, diagnóstico correcto (t-score <-2,5), factores de riesgo y indicación correcta según edad y prescriptor.

**Resultados:** Se tratan con raloxifeno 52,4%, Etidronato 0%. No toman calcio el 47,1% (IC 95%: 40-53,5%). El 62,2% (IC 95%: 53,4 -70,9) de las tratadas con raloxifeno y el 25,5% (IC95%: 15,2-36,3%) de las tratadas con alendronato no toman calcio. Densitometría DEXA realizada: 32,6% (IC95%: 26,5-38,6%) y ultrasonidos calcáneo: 31,3% (IC95%: 25,2-37,3%). Prevalencia fractura vertebral: 12,8% (IC 95%: 8,4 -17,1), fémur: 7% (IC95%: 3,6-10,3). Diagnóstico Osteoporosis: 18,5% (IC95%: 13,4-23,5%). Indicación correcta: 28,6% (IC95%: 22,7-34,4%). Indicación correcta en >70 años 43% y en <70 años 23% (p < 0,01). Ginecólogo indica correctamente: 14,6% (IC95%: 7,7-21,4%) y Reumatólogo: 67,7% (IC95%: 51,2-84,1%). Médico público tiene mejor porcentaje indicación correcta que privado (p < 0,01). Factores riesgo: menopausia precoz: 16,7% (IC95%: 11,8-21,5%), historia familiar 0,9% (IC95%: 0-2,1%).

**Conclusiones:** La indicación del tratamiento con bifosfonatos y raloxifeno es incorrecta en un alto porcentaje de mujeres posmenopáusicas. Baja

prevalencia de suplementos de calcio. Mejor indicación de tratamiento en mujeres >70 años. Reumatólogo es quien mejor indica, ginecólogo el que peor indica. Constan pocas densitometrías y factores de riesgo para osteoporosis en la historia clínica.

## P262 ¿CÓMO DIAGNOSTICAMOS Y TRATAMOS LA OSTEOPOROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

L. Llauger Garcia, M. Arumí Prat, Z. Oliver Altamira y S. Juncosa Font

ABS Sta. Eugènia de Berga. Sta. Eugènia de Berga. Cataluña.

Correo electrónico: llaugergarcia@yahoo.es

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de los factores de riesgo de fractura osteoporótica en mujeres de 65 o más años, conocer el manejo en atención primaria y la opinión de las pacientes.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo, transversal. *Ámbito de estudio:* Área básica de salud de Santa Eugènia de Berga. *Sujetos:* Se incluyeron 301 mujeres con edad mayor o igual a 65 años. Las excluidas fueron aquellas con discapacidad grave o que no quisieron participar (47). *Mediciones e intervenciones:* Entrevista estructurada: características demográficas, conocimientos de las pacientes sobre la enfermedad, factores de riesgo de fractura osteoporótica y datos de manejo de la osteoporosis. Se analizaron los datos mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** Edad media 74,3 años (desviación estándar 6,1). El antecedente de caída previa (38%), la inactividad física (35%) y el consumo de enol (31%) fueron los factores de riesgo más frecuentes. En 61 (20,3%) historias clínicas constaba el diagnóstico de osteoporosis, pero eran 69 (22,9%) las mujeres que recibían tratamiento. El 28% de las pacientes diagnosticadas no recibían ningún fármaco. de las 42 pacientes que habían padecido una fractura vertebral o de cadera o radio, un 24% tomaban simultáneamente calcio, vitamina D y bifosfonatos, y en un 36% se había practicado una densitometría previa. El 19% del total relacionaba la osteoporosis con la falta de calcio.

**Conclusiones:** Las diferencias encontradas entre las mujeres diagnosticadas, tratadas o con densitometría, reflejan una falta de criterios establecidos en el tratamiento farmacológico y el uso inadecuado de la densitometría, sin tener en cuenta el resto de factores de riesgo de fractura.

## P263 VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS (ECOS-16)

P. Moreno González, J. Maderuelo Fernández, M. López Sánchez, A. Matías Pérez y O. Cuesta

La Alamedilla/ Garrido Sur. Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: pmorenog@usal.es

**Objetivos:** Determinar las características métricas del cuestionario "Evaluación de Calidad de Vida en Pacientes con Osteoporosis (ECOS-16)".

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Muestreo consecutivo de 290 mujeres de 50 a 65 años que acudieron a consulta de AP en un centro urbano y que dieron su consentimiento para participar en el periodo de 15 octubre a 15 diciembre de 2005. *Mediciones e intervenciones:* El cuestionario ECOS-16, consta de 16 ítems con 5 opciones de respuesta, distribuidas en 4 dimensiones: función física, dolor, temor por enfermedad y función psicosocial. Se ha determinado la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. La estructura del cuestionario se ha verificado mediante un análisis factorial con rotación varimax, calculando los valores propios, las communalidades y la matriz factorial.

**Resultados:** El coeficiente de reproducibilidad alfa de Cronbach es de 0,9. El análisis factorial identificó 4 factores que explican un 69,5% de la varianza total. Las communalidades obtenidas son altas, variando desde 0,45 hasta 0,85. En el análisis de la matriz factorial rotada, aparecen agrupados los 5 primeros ítems en el primer componente; del 6º al 11º en el segundo, del 12º al 14º en el tercero, y el 15º y el 16º en el cuarto. Los ítems 5º, 6º y 8º alcanzan altos valores en dimensiones 1ª y 2ª, y el número 11 está representada sólo en segunda dimensión.

**Conclusiones:** Se trata de una encuesta con una alta fiabilidad. Conserva la estructura del diseño original con pequeñas variaciones. Es un instrumento sencillo y útil para su uso en Atención Primaria.

## P264 PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS Y SUS FACTORES DE RIESGO EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE MALLORCA

M. Servera Gornals y A. Juan Mas

Coll d'en Rebassa. UBS-C. Pastilla. Unidad de Reumatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Illes Balears.

Correo electrónico: mserveragornals@ibsalut.caib.es

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de osteoporosis (OP) en mujeres posmenopáusicas de procedentes de grupos de asociación de tercera edad en Mallorca, según el resultado de la realización de densitometrías óseas (DMO) de cuello femoral y de columna lumbar. Determinar la posible relación de la presencia de osteoporosis, osteopenia o masa ósea normal con factores de riesgo descritos en la literatura.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo Epidemiológico Infeccional de factores de riesgo. *Ámbito de estudio:* Ambulatorio Centros de tercera edad que acuden a programa de promoción de la tercera edad. *Sujetos:* 629 mujeres posmenopáusicas. *Mediciones e intervenciones:* Densitometría ósea de columna lumbar y cuello femoral Cuestionario de recogida de datos de factores de riesgo de osteoporosis.

**Resultados:** La prevalencia de OP en columna lumbar fue del 40,7% y osteopenia de 35,8%, en cuello femoral fue de 9,18% y osteopenia de 49,05%. La asociación de la DMO de cuello de fémur y los factores de riesgo mostró una relación de OP con la edad, IMC, años de menstruación y antecedente de fractura previa. La asociación de la DMO de columna lumbar y los factores de riesgo mostró una relación de OP con la edad, IMC, Parkinson y neoplasia de mama.

**Conclusiones:** La OP y osteopenia es muy prevalente en la población de mujeres posmenopáusicas estudiada Existe una clara asociación con factores de riesgo como edad, peso, años de menstruación fractura previa, neoplasia de mama, enfermedad de Parkinson aunque no se objetiva con otros factores descritos en la literatura como ingesta de calcio, glucocorticoides, ejercicio físico, diabetes, hábito tabáquico, actividad física.

## P265 DETECCIÓN PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA DE PERSONAS CON RIESGO DE PADECER OSTEOPOROSIS

M. Cots Gassó, M. Zafra Sánchez, T. Roca Ramón, C. Rodríguez Díez, M. Tello Costa y E. Castejón Sanz

ABS La Selva del Camp. La Selva del Camp. Cataluña.

Correo electrónico: mcots@grupsagessa.cat

**Objetivos:** Diagnosticar y prevenir la osteoporosis de la población con riesgo en atención primaria mediante la densitometría periférica.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio transversal durante 3 años, en mujeres en edad menopáusica y en pacientes anticoagulados de ambos sexos, de edades comprendidas entre 44 y 79 años. El material utilizado para medir la densidad mineral ósea fue el equipo periférico validado Accudexa, sobre la segunda falange del dedo medio de la mano no dominante. A todos los pacientes se les entregó información escrita de normas higiénico-dietéticas para prevenir la osteoporosis. *Ámbito de estudio:* Rural.

**Resultados:** Participaron un total de 168 personas en diferentes mediciones desde 2004 a 2006, de los cuales el 97,7% eran mujeres. del total de los casos el 23,2% (n = 39) fueron diagnosticadas de osteopenia, y tan solo resultó 1 caso de osteoporosis. Ningún caso fue detectado en varón. La prevalencia de osteopenia fue de un 23,8%.

**Conclusiones:** La densitometría periférica es un método diagnóstico validado por la OMS y muy accesible para los pacientes de atención primaria, evitando desplazamientos a centros hospitalarios. Los resultados obtenidos han permitido que el médico de familia inicie la prevención secundaria en los pacientes que fueron diagnosticados de osteopenia. El seguimiento de esta práctica diagnóstica puede permitirnos comparar el estado de los pacientes a los que se les diagnosticó de osteopenia y ver si el tratamiento ha sido eficiente.

## P266 LA OSTEOPOROSIS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

X. Nogués, M. Abizanda, C. Carbonell, A. Raber, M. Balcells y M. Roset

Unidad de Investigación de Fisiopatología Ósea y Articular del Imim; Dto. de Medicina Interna. Hospital del Mar; ABS Via Roma; DAP Eixample; CAP Vila Olímpica; Departamento Médico. Almirall Prodesfarma; Health Outcomes Research Europe. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: chernandez@hor-europe.com

**Objetivos:** Conocer el manejo clínico y terapéutico de las pacientes osteoporóticas que acuden a consultas de atención primaria (AP).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Cuestionario contestado por médicos de AP. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* 495 médicos de AP de toda la geografía española que aportaron información sobre el manejo de la osteoporosis en condiciones de práctica clínica habitual. *Mediciones e intervenciones:* Factores de riesgo, realización y accesibilidad a pruebas diagnósticas y tratamiento farmacológico.

**Resultados:** El 61,3% de los médicos afirman que las mujeres postmenopáusicas con factores de riesgo de osteoporosis son relativamente frecuentes en la consulta (entre un 5 y un 15%), mientras que un 34,1% afirma que son muy frecuentes (más del 15%). A pesar de que en el 34,8% de los casos las pacientes son derivadas directamente al especialista, el 97,9% de los médicos consideran que el diagnóstico inicial se debe realizar en AP y el 77,2% consideran que el tratamiento puede ser llevado por el médico de AP. El 28% de los médicos no dispone de acceso para la realización de densitometrías óseas en su práctica habitual. Los tratamientos farmacológicos más prescritos son calcio y vitamina D 71,6 %, bisfosfonatos 79,4% y raloxifeno 23,7%.

**Conclusiones:** La presencia de mujeres postmenopáusicas con factores de riesgo de osteoporosis es altamente frecuente en las consultas de AP, siendo algo más de la mitad tratadas y controladas en este entorno. Destacando la baja disponibilidad de recursos diagnósticos y la variabilidad asistencial.

## P267 ANÁLISIS COMPARATIVO DEL GASTO DE FÁRMACOS DE OSTEOPOROSIS TRAS INTERVENCIÓN EDUCATIVA

I. Gutiérrez Ibarluzea, A. Giménez Robredo, E. Arana Arri, M. Gutiérrez Ibarzabal, E. Fernández Día y J. Asua Batarrita

Grupo de Trabajo del proyecto B1004/URM/16. Osteba. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco/comarca Uribe. Vitoria-Gasteiz, Leioa. País Vasco. Correo electrónico: eunatea@telefonica.net

**Objetivos:** Evaluar el impacto de una intervención educativa continuada multifactorial desde el 2003 sobre el gasto de fármacos con indicación de osteoporosis.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Análisis de costes. *Ámbito de estudio:* Comarca Uribe (9 UAP y 200.000 habitantes) y la Comunidad Autónoma del País Vasco-CAPV (7 Comarcas Sanitarias, población de cobertura 2.120.000 habitantes). *Sujetos:* Unidades de Atención Primaria de Osakidetza-Svs. *Mediciones e intervenciones:* Intervención educativa y análisis de datos del sistema de información de farmacia del Departamento de Sanidad desde las recetas facturadas por las oficinas de farmacia entre 2000 a 2005. Los datos se estandarizaron a 1.000 Tarjetas de Identificación Sanitaria (TISes). Los fármacos considerados fueron: bifosfonatos, raloxifeno, calcitoninas. Unidades de medida se tomaron nº de DDD (dosis diarias definidas), y PVP (€). El consumo se ha comparado mediante DHD, que corresponde al nº DDD por 1.000 TISes y día.

**Resultados:** En el periodo de estudio se observó un descenso continuado en el consumo de calcitoninas y un incremento en el de bifosfonatos y raloxifeno tanto en la comarca Uribe como en la CAPV. En cuanto a la tasa de incremento, ésta era significativamente más alta y más irregular en el caso de la CAPV frente a la de la comarca. El consumo en DHD en 2005 era de 16,30 (CAPV) frente a 14,38 (Uribe). El gasto total estandarizado 2005 era 9.555€ (CAPV) frente a 8.094€ (Uribe).

**Conclusiones:** Las intervenciones educativas influyen en la modificación no sólo de las pautas de prescripción sino por ende en el gasto farmacéutico asociado, esto complementa nuestros resultados previos de prescripción adecuada.

## P268 PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES MAYORES DE 64 AÑOS EN UN CENTRO DE SALUD

M. Martínez Maldonado, J. Calvo Lozano, O. Mayans Porras, M. Aguado Toscano, M. Pedregal González y E. Molina Fernández

CS El Molino de la Vega; UD de MFyC. Huelva. Andalucía. Correo electrónico: mpedre@inicia.es

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de osteoporosis en mujeres mayores de 64 años. Conocer la prevalencia de factores de riesgo (FR). Analizar la relación entre valoración de riesgo y diagnóstico de osteoporosis.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* 220 (prevalencia: 27,2%; precisión 5,8% y nivel confianza 95%) mujeres mayores de 64 años seleccionadas

mediante muestreo aleatorio sistemático de la Base de Datos de Usuarios. *Mediciones e intervenciones:* El diagnóstico de osteoporosis se realiza mediante Rx (disminución del 20% en la altura de los pilares vertebrales) o por DEXA central (valores  $< -2,5$  DE.) *Variables:* Cuantitativas: Índice de Masa Corporal, edad. Cualitativas: FR de osteoporosis según la Agencia de Evaluación de Tecnologías Médicas de Barcelona (AETM). *Análisis:* media, desviación típica e intervalos de confianza al 95% (IC) para variables cuantitativas y proporciones e IC para cualitativas. Para la relación entre variables cualitativas el ji-cuadrado y test de la T para comparar medias.

**Resultados:** Prevalencia de osteoporosis es 16,7% (IC 95% 12,1-22,39). Los FR mas frecuentes fueron: Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) 34,4% (IC 95% 28,17-40,99), diuréticos tiacídicos 24,1% (IC 95% 18,65-30,25) y menopausia precoz 13,4% (IC 95% 9,22-18,56). La relación entre diagnóstico y la variable RIESGO (según la AETM, presencia de más de 3 FR) es estadísticamente significativa  $p < 0,001$ .

**Conclusiones:** Prevalencia de osteoporosis es menor de la esperada. El FR mas frecuente es la DM 2. La presencia de FR esta relacionado con el diagnóstico.

## P269 PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS Y SUS FACTORES DE RIESGO EN HOMBRES MAYORES DE 60 AÑOS DE MALLORCA

M. Servera Gornals y A. Juan Mas

UBS-C. Pastilla. CS Coll d'en Rebassa; Unidad Reumatología, Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Illes Balears. Correo electrónico: mserveragornals@ibsalut.caib.es

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de osteoporosis (OP) en hombres mayores de 60 años procedentes de grupos de asociación de tercera edad en Mallorca, según el resultado de la realización de densitometrías óseas (DMO) de cuello femoral y de columna lumbar Determinar la posible relación de la presencia de osteoporosis, osteopenia o masa ósea normal con factores de riesgo descritos en la literatura

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo Epidemiológico Inferencial de factores de riesgo. *Ámbito de estudio:* Ambulatorio Centros de tercera edad que acuden a programa de promoción de la salud. *Sujetos:* 119 hombres mayores de 60 años. *Mediciones e intervenciones:* Densitometría ósea dexa de columna lumbar y cuello femoral Cuestionario de recogida de datos de factores de riesgo de osteoporosis.

**Resultados:** La prevalencia de OP en columna lumbar fue del 5% y osteopenia de 33,61%, en cuello femoral fue de 7,44% y osteopenia de 46,28% La asociación de la DMO y los factores de riesgo mostró un aumento estadísticamente significativo de prevalencia de OP con la edad, fractura previa, Parkinson e índice de masa corporal No se encontró relación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) con la ingesta de calcio, toma de fármacos como los glucocorticoides, hábito tabáquico, toma de café, enfermedades como la diabetes, hipertiroidismo, fractura de cadera en madre, actividad física, horas de sol.

**Conclusiones:** La osteopenia es muy prevalente en la población de hombres mayores de 60 años estudiada Existe una asociación con factores de riesgo como edad, peso, talla, índice de masa corporal, enfermedad de Parkinson y fracturas previas según las localizaciones estudiadas por DMO, aunque no se objetiva con otros factores descritos en la literatura.

## P270 FACTORES PREDISPONENTES DE LA RESPUESTA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO EN TRATAMIENTO CON PILOCARPINA ORAL: EVALUACIÓN PROSPECTIVA A LOS 6 MESES

R. Belenguer Prieto, C. Gómez Gálvez, J. Pastor Oliver, M. Ramos Casals, J. Blasco Conches y J. González Peralas

CS Algemesí; Consultorio de Sollana; CS Jávea; Hospital Clínic de Barcelona. Algemesí, Sollana, Jávea, Barcelona. Comunidad Valenciana, Cataluña. Correo electrónico: gomezperis@comv.es

**Objetivos:** Evaluar la influencia de los factores epidemiológicos, clínicos e inmunológicos del síndrome de Sjögren (SS) primario en la respuesta terapéutica a la pilocarpina oral tras un mínimo de 6 meses de tratamiento

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio prospectivo. *Ámbito de estudio:* Pacientes vistos en nuestras consultas de Atención Primaria y en las del Servei de Malalties Autoinmunes del Hospital Clínic de Barcelona.



**Sujetos:** 128 pacientes con SS primario. 18 excluidos por presentar enfermedades activas cardiopulmonares, renales y/o gastrointestinales. Otros 18 rechazaron recibir el tratamiento. **Mediciones e intervenciones:** 92 pacientes iniciaron el tratamiento con 2,5 mg de clorhidrato de Pilocarpina cada 8 horas. Se incrementó la dosis de forma progresiva (2,5 mg cada 2 semanas) hasta una dosis máxima de 15 mg al día. La respuesta terapéutica se evaluó mediante cuestionarios subjetivos basados en las escalas visuales analógicas (E.V.A.).

**Resultados:** Tras un mínimo de 6 meses de seguimiento un 74% mejoró de su xerostomía, un 64% de la sequedad nasofaríngea, un 62% de la xeroftalmía, un 54% de las mujeres de la sequedad vaginal y un 52% de la xerodermia.

**Conclusiones:** El grado de respuesta fue independiente de: edad, afectación extraglandular, perfil inmunológico y coexistencia de fibromialgia. Los principales factores predictores de una baja respuesta fueron la afectación grave en la gammagrafía parotídea pre-tratamiento y el uso concomitante de antidepressivos mientras que la respuesta fue mayor a mayor tiempo de tratamiento.

## P271 IMPACTO DE LA PRESENCIA DE FATIGA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

R. Belenguer Prieto, C. Gómez Gálvez, J. Pastor Oliver, J. González Perales, J. Blasco Conches y N. Pastor Pastor

CS Algemés; Hospital Clínic de Barcelona; Consultorio de Sollana; CS Jávea. Algemés, Barcelona, Sollana, Jávea. Comunidad Valenciana, Cataluña. Correo electrónico: gomezperis@com.es

**Objetivos:** Evaluar la presencia de fatiga, sus características y la relación con las manifestaciones autoinmunes en una amplia serie de pacientes diagnosticados de Síndrome de Sjögren (SS) primario

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Prospectivo. Ámbito de estudio: Consultas de Atención Primaria y hospitalarias. **Sujetos:** Se incluyeron 110 pacientes con SS primario (105 mujeres y 4 hombres) con una edad media de 56 años visitados consecutivamente en nuestras consultas. **Mediciones e intervenciones:** La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud se realizó mediante la aplicación del cuestionario SF-36. La evaluación de la intensidad de la fatiga se realizó mediante una E.V.A. graduada de 0 a 10 donde 0 era inexistencia de fatiga y 10 máxima sensación de fatiga.

**Resultados:** El 97% de los pacientes refirieron algún grado de fatiga. El valor medio para la intensidad de la fatiga fue de  $5,63 \pm 3,57$  en la escala de 0 a 10. En el 68% de los pacientes la fatiga fue considerada como moderada a grave (EVA > 5). Diaria en el 59% de los pacientes, semanal en el 23%, mensual en el 18%, de predominio nocturno en el 33%, matutino en el 32%, durante todo el día en el 21% y vespertino en el 14%. No encontramos diferencias significativas respecto a la intensidad de la fatiga y los valores de VSG, ANA, FR o Ac antiRo/La.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes refirieron algún grado de fatiga asociado a afectación extraglandular y con una peor calidad de vida percibida por el paciente objetivada por puntuaciones significativamente inferiores en la mayoría de las subescalas del cuestionario SF-36.

## P272 PERFIL DE LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Bartolomé Resano, A. Eslava Lecumberri, M. Vila Cambra y F. Bartolomé Resano

CS de Peralta. Peralta. Navarra. Correo electrónico: rbartolomer@telefonica.net

**Objetivos:** 1. Describir el perfil de los pacientes con fibromialgia en atención primaria. 2. Comparación con el resto de usuarios en cuanto a atención, comorbilidad psiquiátrica y tratamientos.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: casos y controles. Ámbito de estudio: centro de salud rural. **Sujetos:** Pacientes con fibromialgia (n = 47, 46 mujeres / 1 hombre), controles elegidos al azar entre los de misma edad y sexo que consultan. Edad (casos: x = 49,5, s = 10,7 años; controles: x = 49,3, s = 11,2 años). **Mediciones e intervenciones:** Consultas del último año, derivaciones a especializada, comorbilidad psiquiátrica (ansiedad y/o depresión), tratamientos farmacológicos.

**Resultados:** Formato: variable (descriptivo casos, prueba estadística, significación con controles): analgésicos (aínes: 55,3%; opiáceos débiles: 25,5%; opiáceos mayores: 8,5%; U Mann-Whitney, p < 0,001); miorela-

jantes (tetracepam: 10,6%; ciclobenzaprina: 6,4%; carisoprodol/metocarbamol: 4,3%; X2, P < 0,288); coadyuvantes (amitriptilina: 21,3%; pregabalina: 8,5%; gabapentina: 4,3%; X2, p < 0,001); depresión (59,6%; X2, p < 0,001); ansiedad (51,1%; X2, p < 0,001); antidepressivos (ISRS: 19,1%; ISRS-ADR: 21,3%; otros: 6,4%; X2, p < 0,001); ansiolíticos (benzodiazepinas: 55,3%; X2, p < 0,001); interconsulta salud mental (29,8%; X2, p < 0,044); interconsulta reumatología (57,4%; X2, p < 0,001); consultas médicas en último año en AP (x = 18,2, s = 10,3; t Student, p < 0,017); consultas en 2 primeros años vs. más de 2 años (n = 29, x = 20,8, s = 10,5; n = 18, x = 14, s = 8,9; t Student, p < 0,026).

**Conclusiones:** Los pacientes con fibromialgia: 1. Presentan de forma significativa más depresión y ansiedad. 2. Toman más analgésicos, coadyuvantes, antidepressivos y ansiolíticos que el resto de usuarios. No consumen más miorelajantes. 3. Prefieren derivación a reumatología, aunque la derivación psiquiátrica es significativa. 4. Consultan más que los controles especialmente durante los 2 primeros años de diagnóstico, pero posteriormente disminuye de forma muy significativa con lo que emitir el diagnóstico es positivo en la frecuentación.

## P273 FIBROMIALGIA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA: COMORBILIDAD REGISTRADA

J. Gil Yubero, I. Llensa Cubarsí, M. Mas Marqués, P. Pérez Muñoz y J. Buñuel Álvarez

ABS Girona-4. Girona. Cataluña. Correo electrónico: immallc7@comg.es

**Objetivos:** *Objetivo principal:* determinar la asociación entre fibromialgia y trastornos mentales en nuestro medio. *Objetivos secundarios:* determinar la asociación entre fibromialgia y patología reumatológica y digestiva.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio transversal con grupo control. *Ámbito de estudio:* Atención primaria (un centro de salud). **Sujetos:** Se seleccionaron todos los pacientes diagnosticados de fibromialgia entre 1996 y 2004 (153). Se aparearon por edad, sexo y fecha en que fue realizado el diagnóstico con 153 controles sin fibromialgia. **Mediciones e intervenciones:** En todos los participantes se recogió información referente a la presencia/ausencia de patología psiquiátrica, reumatológica y abdominal, registradas en la historia clínica informatizada. Se revisaron también las historias clínicas en formato papel cuando no se disponía de historia informatizada. Todos los diagnósticos se codificaron según la clasificación internacional de enfermedades CIM-10.

**Resultados:** de los 153 casos, 141 (92,2%) eran mujeres. El 54,8% presentó algún diagnóstico psiquiátrico frente a un 45,4% del grupo control (prevalencia relativa [PR]: 1,5; Intervalo de Confianza del 95% [IC 95%]: 0,97-2,4). No se constató asociación significativa con patología digestiva: PR: 1,3 (IC 95%: 0,8-2,1). Una asociación significativa sí fue constatada con un mayor porcentaje de patología reumatológica en el grupo de casos: PR: 2,4 [IC 95%: 1,5-3,9].

**Conclusiones:** Existió una tendencia hacia la asociación de fibromialgia y patología psiquiátrica, no significativa debido posiblemente a la elevada prevalencia de patología psiquiátrica en el grupo control. La asociación con mayor incidencia de patología reumatológica sugiere la posibilidad de que la fibromialgia pueda estar sobrediagnosticada en pacientes que presentan otras enfermedades reumatológicas diagnosticadas posteriormente.

## P274 FIBROMIALGIA: ¿ACTUAMOS CORRECTAMENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA?

P. Fernández García, M. Moya Moreno, P. Gil Gómez, A. Grifoll Hernández, J. Ferre Rey y M. Marcellas Gómez

CAP Gimbernat. Tarragona. Cataluña. Correo electrónico: mapigil@telefonica.net

**Objetivos:** Datos demográficos sobre fibromialgia (FM) en nuestra Área Básica de salud (ABS). Detectar diagnóstico correcto. Evaluar si abordamos al paciente con FM según los criterios de evidencia científica.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* ABS semi-urbano: 29.158 usuarios. **Sujetos:** Muestra de 137 pacientes mayores de 20 años diagnosticados de FM en una población total de 22.965 habitantes. **Mediciones e intervenciones:** Variables: edad; sexo; diagnóstico de depresión previo; diagnóstico de síntomas osteoarticulares previos; origen del diagnóstico; criterios diagnósticos; tratamiento actual; exploraciones complementarias; Revisión de historias clínicas.

**Resultados:** Prevalencia: 0,59%. Edad: media 52,9%, rango 32-76 años. Sexo: mujeres 97,8%, varones 2,18%. Síntomas osteoarticulares: 71,3%. Síndrome depresivo: 43,4%. Origen diagnóstico: Atención Primaria (AP) 25,9%, Reumatología 63%, Otros 11,1%. Dolor crónico de más de tres meses: 31,4%. Dolor a la presión en 11/18 puntos: 16,1%. Pacientes sin tratamiento: 42,3%. Tratamiento con amitriptilina: 27,8%, dosis correcta (d,c) 42,1%. Ciclobenzaprina. 3%, d,c 100%. Tramadol: 9,7%, d,c 15,4%. Fluoxetina: 11,3%, d,c 100%. Inhibidores duales: 5,5%. Pregabalina: 2,2%. Fisioterapia: 5,6%. Pruebas complementarias: VSG 43,1%, Tirotropina 39,4%, enzimas musculares 4,4%, factor reumatoide: 14,6%, PCR 14,6%. **Conclusiones:** La prevalencia de la FM obtenida es inferior a la esperada en la población general. Alta proporción de pacientes sin ningún tipo de tratamiento. Importante porcentaje sin rehabilitación. Diferencias en cuanto al cumplimiento de los criterios diagnósticos entre Médico de familia y Reumatólogo. El Médico de Familia no está familiarizado con el diagnóstico de FM.

## P275 FIBROMIALGIA Y PERSONALIDAD

S. Canut Cervero, I. Moreno Hernández, J. Sanabuja i Juncadella, A. Lafont Ruzafa, M. Moreno Régulo y G. Reyes Reyes

ABS Vilassar de Dalt-Cabrils. Vilassar de Dalt. Cataluña.  
Correo electrónico: imorenoh.bnm.ics@gencat.net

**Objetivos:** Conocer la personalidad básica en fibromiálgicas (FMG) y sus características sociodemográficas.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo, observacional. *Ámbito de estudio:* centro de atención primaria (CAP). *Sujetos:* A través programa informático e-cap obtenemos listado pacientes de 4 unidades básicas asistenciales con el problema de salud reumatismo/fibromialgia. *Mediciones e intervenciones:* Se les cita en el CAP vía telefónica para entrevista, previo consentimiento durante mayo 2006. Se administra: 1. Entrevista con las variables: edad, sexo, principales problemas de su vida (PV), problemas de salud (PS), pruebas diagnósticas (Pdx), tratamiento, número de especialistas. 2. Test de personalidad multiaxial de Millon (II) (MCMII-II) con 4 apartados: a. Personalidades básicas (PB), b. Personalidades patológicas (PP). c. síndromes clínicos moderadamente graves (SCMG) y d. Síndromes clínicos graves (SCG). **Resultados:** Prevalencia 0,45%(30/6800). Participan 19 (63%): todas mujeres, media edad 55. 89% indican como PV cansancio/ enfermedad. Consta ansiedad en 37% y depresión en 52%. 68% tienen tres o más Pdx, 89% han consumido tres o más fármacos, el 79% han visitado a dos o más especialistas. *Resultados del MCMII-II:* 1. PB: compulsiva 80% (n = 16), dependiente 60% (n = 12), esquizoide 60% (n = 12); 100% descompensadas. 2. PP: paranoide 58% (n = 11), esquizotípica 42% (n = 8); 79% descompensadas (n = 15). 3. SCMG: ansiedad 79% (n = 15), histeriforme 89,5% (n = 17), distimia 55% (n = 10). 4. SCG: pensamiento psicótico 47% (n = 8), depresión mayor 68%(n = 13), delirios psicóticos 60% (n = 12).

**Conclusiones:** Las fibromiálgicas están polimedicadas, polivisitas y sufren múltiples pruebas diagnósticas. Hay relación entre FMG y personalidad. Probable trastorno de personalidad asociado.

## P276 COMPARACIÓN DE COSTES SANITARIOS DIRECTOS DERIVADOS DEL SÍNDROME FIBROMIÁLGICO VS. GRUPO CONTROL

J. Cruzado Quevedo, M. López Piñera, A. Ibáñez Reales, A. Moreno Pastor, D. Abellán Ribero y A. Hernández Torrano

CS Molina La Consolación. Molina de Segura. Murcia.  
Correo electrónico: jose.cruzado@carm.es

**Objetivos:** Comparar los costes sanitarios directos asociados a pacientes con Fibromialgia con un grupo control pertenecientes a una zona de salud. **Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo, transversal de estimación de costes durante un año (2003). *Ámbito de estudio:* Atención Primaria (AP) y Especializada (E). *Sujetos:* Pacientes diagnosticados de Fibromialgia y un grupo control sin Fibromialgia formado por personas de la misma edad, sexo y cupo médico. *Mediciones e intervenciones:* Se cuantificaron los costes directos sanitarios públicos producidos en 2003 por cada paciente perteneciente al grupo de Fibromialgia y al grupo control. Los costes se dividieron en: costes por utilización de servicios médicos (AP y E), laboratorio, radiodiagnóstico, fisioterapia y consumo de fármacos. Se excluyeron los gastos sanitarios privados por registros inadecuados.

**Resultados:** Se identificaron 88 pacientes con Fibromialgia y otros 88 usuarios del grupo control. Los Costes anuales directos sanitarios fueron:

103.796,52€ en pacientes con Fibromialgia (1.179,5€/paciente) y 27.066,34€ en grupo control (307,58€/paciente). La distribución de costes fue: En AP: 3.513,7€ pacientes fibromiálgico y 2.148,4€ grupo control; en Especializada: 42.779,13€ pacientes. Fibromiálgicos y 4.349,21 grupo control; en laboratorio: 1.494,71€ pacientes Fibromiálgicos y 660,6€ grupo control; en radiodiagnóstico: 3.118,5€ pacientes Fibromiálgicos y 778€ grupo control; en fisioterapia: 617,1€ pacientes Fibromiálgicos y 0€ grupo control y en fármacos: 52.273,71€ pacientes Fibromiálgicos y 19.130,13€ grupo control.

**Conclusiones:** Existen considerables diferencias de costes entre pacientes fibromiálgicos frente al grupo control. Lo novedoso de este estudio no nos ha permitido compararlo con otros similares en nuestro país.

## P277 INFILTRACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA: NIVEL DE CALIDAD Y ACCESIBILIDAD

A. Brau Tàrrida, A. Pérez Orcero, L. Ruiz Balestra, J. Davins Miralles, C. Pareja Rossell y S. Calvet Junoy

CS La Mina. Sant Adrià de Besòs. Cataluña.  
Correo electrónico: 31953abt@comb.es

**Objetivos:** Evaluar el nivel de calidad y accesibilidad de las infiltraciones realizadas en un centro de salud (CS) en un año.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Transversal, concurrente-retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Consulta de infiltraciones. CS urbano. *Sujetos:* Pacientes infiltrados entre 01/06/2005-30/05/2006. *Mediciones e intervenciones:* Variables sociodemográficas, tipo de infiltración, complicaciones, número de infiltraciones-patología, grado de dolor según escala analógica visual (EVA) al inicio y al alta, nivel de calidad evaluada mediante encuesta de opinión a los 3 meses de la infiltración (valora dimensiones de calidad: accesibilidad y satisfacción). Tiempo ahorrado por desplazamiento a especialista (media estimada: 32 minutos/derivación). Disminución de lista de espera del especialista (visitas/semana especialista: 40). **Resultados:** 83 infiltraciones (72 pacientes). Media edad: 60 años (DE 12,2), 70% mujeres. Patologías infiltradas: tendinitis del manguito de rotadores (TMR) 29,3%, síndrome túnel carpiano (STC) 15,9%, epicondilitis (E) 14,6%, trocateritis 11%, gonartrosis 7,3%, entesitis pata ganso 6,1%, rizartrosis 6,1%, fascitis plantar 4,9%, tendinitis de Quervain 3,7%, dedo en resorte 1,2%. Requirió 1 sola infiltración: 42,7%. EVA inicial mayor de 7: 64,3%, EVA al alta menor de 3: 70%. Complicaciones 3% (100% hipopigmentación). Grado de satisfacción: 95% muy contento; 97% valoran accesibilidad al tratamiento (proximidad, tiempo). Media infiltraciones por patología: TMR: 2,02; STC: 1,7; E: 1,2; resto: 1 infiltración. Ahorro de 2.656 minutos en desplazamientos de pacientes (44,26 horas). Reducción de lista de espera especialista: 10 días.

**Conclusiones:** Con las infiltraciones en atención primaria podemos mejorar la patología músculo-esquelética (con buen nivel de calidad técnica), la accesibilidad al tratamiento y disminuir la lista de espera del especialista. La satisfacción del paciente es muy buena.

## P278 IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN DE PUNTOS GATILLO DE DOLOR MIOFASCIAL EN LA TENDINOPATÍA DEL SUPRAESPINOSO

J. Jove Monne, A. Sánchez Sánchez, B. Irayzoz Monera, M. Mangrane, J. Jove Balaña y Y. Ortega Vila

ABS Reus-4. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos:** Un punto gatillo miofascial (PGM) es un foco hiperirritable en una banda tensa muscular Su presencia es frecuente y la posibilidad de tratar el dolor miofascial con punción seca o acupuntura añade interés a su estudio. **OBJETIVO.-** Conocer la prevalencia de PGM en una patología frecuentemente recidivante (tendinopatía del supraespinoso (TS)) Analizar diferencias según clínica dolorosa o funcional.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Observacional transversal. *Ámbito de estudio:* Área básica urbana que atiende 22000 usuarios. *Sujetos:* 21 pacientes con TS (clínica y ecografía) en 2005 tratados con AINEs y fisioterapia. *Mediciones e intervenciones:* Parámetros: Edad, sexo, situación clínica. Exploración de 16 PGM (supraespinoso, infraespinoso, deltoides, bíceps, subescapular) Balance muscular (BM) (escala 0-5). Dividimos los pacientes en asintomáticos, oligosintomáticos, sintomáticos (dolor continuo). *Análisis estadístico:* chi cuadrado

**Resultados:** Edad media 63,2 años (48 – 83). Mujeres 58,4%. Prevalencia superior de tendinitis en mujeres (71,4% vs. 50%) y de ruptura parcial

en varones (44% vs. 16,3%). Asintomáticos 28,6%, Oligosintomáticos 33,3%. Sintomáticos 38,1%. Veinte pacientes (95,2% presentan algún PGM. Fueron positivos 45,2% de PGM explorados. Asintomáticos (PGM 11,5%; media BM 4,860) Oligosintomáticos (PGM 49,1%; BM 4,075) Sintomáticos PGM 59,37%; BM 3,260).

**Conclusiones:** Elevada prevalencia de PGM en la TS. Los pacientes oligosintomáticos presentan: Diferencias significativas con los asintomáticos ( $p < 0,05$ ) en prevalencia de PGM. Prevalencia similar de PGM con los sintomáticos, diferenciándose de ellos de forma significativa ( $p < 0,05$ ) en el porcentaje en que el dolor repercute en la fuerza muscular. Es coherente intervenir sobre este grupo de pacientes para evitar las recidivas y en los sintomáticos para mejorar el dolor.

## P279 PROFILAXIS CON HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES CON ESGUINCE DE TOBILLO

M. Galván Luzuriaga, E. Monzón Sánchez y M. Salinero Fort

CS Alameda de Osuna; CS Canillejas. Madrid.

Correo electrónico: martagalvan@gmail.com

**Objetivos:** Evaluar la adecuación de la prescripción de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en pacientes atendidos por esguince de tobillo en el Servicio de Urgencias (S.U.) de un Hospital terciario, según las recomendaciones de la guía clínica PRETEMED (Profilaxis de Enfermedad TromboEmbólica en patología MÉDica).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Transversal. *Ámbito de estudio:* Hospital de referencia y 15 Centros de Salud urbanos. *Sujetos:* Pacientes que recibieron el alta domiciliaria con diagnóstico de esguince de tobillo en el S.U., desde Enero a Abril de 2005 (n: 255). *Mediciones e intervenciones:* Variables: Datos demográficos, grado de esguince, tipo de inmovilización, factores de riesgo para tromboembolismo venoso y presencia/ausencia de profilaxis. Fuente de datos: Historia clínica de Urgencias del Hospital y/o de Atención Primaria.

**Resultados:** Se estudió una población con edad comprendida entre 18 y 88 años (mediana: 33), distribuida homogéneamente por sexos. El 53,7% de los pacientes estaban inmovilizados con ténoplast y el 35,3% con férula. Al 38% (n: 97) del total se les pautaron HBPM profilácticas. Según la guía, 183 pacientes precisaban HBPM, de los cuales el 36,6% (n: 67) las recibieron y de los 24 pacientes que no precisaban HBPM, el 62,5% (n: 15) no las recibieron. El grado de acuerdo global de prescripción y no prescripción de HBPM según los criterios de la guía propuestos era del 39,7%.

**Conclusiones:** En un alto porcentaje de los casos, la prescripción de HBPM no se adecua a los criterios de la guía. Los datos sugieren la necesidad de actuar de forma consensuada de acuerdo con las guías clínicas disponibles, para aumentar las HBPM correctamente prescritas.

## Sesión 3

Jueves, 16 de noviembre

15.00 h

ZONA PÓSTERS

(Planta 01 – Pabellón 5 – Centro de eventos)

## Audiometría

### P50 UTILIDAD DE LA AUDIOMETRÍA EN UN CENTRO DE SALUD

F. Cantero Gomez, F. Travesset Martorell y E. Florensa Claramunt

ABS Igualada Urbà. Igualada. Cataluña.

Correo electrónico: fxcantero.cp.ics@gencat.net

**Objetivos:** Describir las audiometrías realizadas en un centro de salud (CS) y comparar el número de derivaciones a otorrinolaringología (ORL) antes y después de realizar audiometrías.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud urbano. *Sujetos:* Todos los pacientes a

quien se realizó una audiometría entre enero y diciembre de 2005. *Mediciones e intervenciones:* Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, motivo de la solicitud, descripción de la audiometría, derivación a ORL. **Resultados:** N = 88, edad media: 52,8 años, mujeres 54,5%, hombres 45,5%. Motivo de la solicitud: pérdida auditiva 48,9%, acúfenos 8%, vértigo 3,4%, otros motivos 27,2%, no consta 12,5%. Descripción de la audiometría realizada por el médico de cabecera: hipoacusia de transmisión 11,4%, de percepción 22,7%, mixta 6,8%, normal 21,6%, no acudieron a la visita posterior 4,5%, no consta el diagnóstico en la historia clínica 33%. La reducción del número de derivaciones a ORL entre el año 2005 y antes de que se realizaran audiometrías en el CS fue de 65 que representa una reducción del 10,1%. **Conclusiones:** La práctica de audiometrías en el CS ha permitido reducir el número de derivaciones al servicio de ORL mejorando el diagnóstico de síntomas auditivos des de la atención primaria y dando una respuesta más integral a los problemas de salud de nuestros pacientes. El hecho de que en el 33% de audiometrías no conste el diagnóstico induce a pensar que es necesaria la formación específica en la interpretación de las mismas por parte del médico de cabecera.

## Bioética

### P51 ACTUACIÓN DE NUESTROS PROFESIONALES EN LA VERTIENTE ÉTICO-LEGAL

I. Hospital Guardiola, O. Esteso Hontoria, I. Guinea Oruechevarria, A. Vila Córcoles, E. Recasens Oliva y M. Álvarez Luy

ABS Valls Urbà. Valls. Cataluña.

Correo electrónico: ihospital@camfic.org

**Objetivos:** Comparar la actuación de los profesionales médicos en varios supuestos ético-legales respecto a las recomendaciones actuales

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* observacional. *Ámbito de estudio:* Atención primaria de salud (rural y urbana) y atención hospitalaria. *Sujetos:* muestra consecutiva de 100 médicos: 89 primaria (84 Mfyc, 4 pediatras, 1 técnico de salud) y 11 hospitalarios (4 UCI, 1 trauma, 1 internista, 1 máxilo-facial, 1 ORL, 1 cirujano, 1 radiólogo, 1 anestesiista). *Mediciones e intervenciones:* cuestionario administrado directamente, por correo o email de 8 casos clínicos valorando situaciones médico-legales.

**Resultados:** Media de edad 39,7 años, media de años en ejercicio laboral: 13,2. 36% referían algún tipo de formación ética: pregrado, postgrado, cursos...

La concordancia entre respuestas y actitud recomendada:

Testimonio de Jehová que requiere transfusión sanguínea	27%
Paciente afecta de gangrena que rechaza la amputación	88%
¿Cuándo dar la noticia de un posible cáncer?	48%
Utilización de placebos	72%
Alta hospitalaria obligada por actuar en contra de los objetivos de su tratamiento	73%
Herencia autosómica dominante. Secreto profesional	31%
HIV positivo y secreto profesional	42%
Medicina homeopática en afecto de fibrilación auricular	13%

**Conclusiones:** Los datos obtenidos evidencian: a) poca formación respecto a temas éticos, b) gran variabilidad de las respuestas, c) en algunas preguntas la respuesta más frecuente era avisar al juez y que decida (pasar la responsabilidad a otro tipo de profesional), d) asumimos el secreto profesional pero sin tener en cuenta determinadas circunstancias que pueden variar la actuación como los daños a terceros (preguntas 6 i 7), e) la 8 refleja poca disponibilidad a pactar con profesionales de medicina alternativa.

### P52 CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE MEDICINA Y ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA ACERCA DE LAS VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS

M. Tamayo Velásquez, A. Durán Hoyos, M. Reyes Burgos, B. Álvarez Fernández, E. Jiménez Luque y J. Peña González

Grupo Investigador del Proyecto "Al final, tú decides" (FIS PI041716). Escuela Andaluza de Salud Pública y Distrito Sanitario La Vega. Granada. Andalucía  
Correo electrónico: mariatamayo.easp@juntadeandalucia.es

**Objetivos:** Describir los resultados obtenidos a través de un cuestionario sobre los conocimientos y actitudes de los/as profesionales sanitarios de

Atención Primaria (medicina y enfermería) acerca de las Voluntades Vitales Anticipadas (Testamentos Vitales)

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centros de Atención Primaria del Distrito Sanitario La Vega en la provincia de Málaga y el Distrito Levante-Alto Almanzora en Almería. *Sujetos:* 230 médicos/as y enfermeros/as (124 de Almería y 106 de Málaga) de Atención Primaria. *Mediciones e intervenciones:* Instrumento de medición: cuestionario validado autocumplimentado compuesto por 12 ítems.

**Recogida de datos:** El personal de enfermería de enlace fue el encargado de entregar y recoger los cuestionarios por los centros de salud y consultorios de las distintas zonas básicas del Distrito.

**Resultados:** Las medias de las respuestas de los encuestados (escala 0-10) muestran diferencias entre el personal de medicina y el de enfermería: el primero muestra más conocimientos sobre el tema (5,33 frente a 4,47 de enfermería), respetarían una VVA (9,27 frente a 8,82 de enfermería) y harían una VVA el próximo año (5,38 frente a 4,33). No se encontraron diferencias significativas en el resto de ítems con respecto a actitudes y conocimientos.

**Conclusiones:** Los datos muestran bajos conocimientos sobre VVAs tanto del personal de medicina como del de enfermería, ambos grupos reflejan una buena actitud ante estos documentos pero no muestran una disposición alta a registrar su testamento vital en un futuro cercano.

## Cáncer

### P53 INTERVENCIÓN OPORTUNISTA DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN EL PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

J. Gobierno Hernández, S. Domínguez Coello, F. Hernández Díaz, J. Fernández Hernández, M. García Marrero y L. Díaz González

CS de Tacoronte; CS Barrio de la Salud; CS Laguna-Mercedes; Consultorio Tincer Los Andenes; Consultorio El Escobonal. Tacoronte. Islas Canarias. Correo electrónico: sdominguez@telefonica.net

**Objetivos:** Estudiar en qué medida una intervención breve oportunista aumenta la tasa de participación del programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama (PDPCM).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio de intervención sobre mujeres que no tenían mamografía realizada

*Ámbito de estudio:* 3 cupos rurales y 2 urbanos (4 Zonas Básicas de Salud). *Sujetos:* Todas las mujeres de 52 a 67 años que durante seis meses acudieron a consulta.

**Mediciones e intervenciones.** *Mediciones principales.* Intervención efectiva: comprobación de la realización de la mamografía en la unidad del PDPCM. Se comprobó si aparecían en dicha unidad con mamografía realizada las mujeres que no habían acudido a consulta. *Intervención.* Si en los dos años previos no se había realizado mamografía, se exploraban las razones y se realizaba una intervención breve estructurada en función de la causa. Tras esto se la invitaba a solicitar cita a la unidad del PDPCM.

**Resultados:** de 565 mujeres, acudieron a consulta 403 (71%), de ellas, 315 (78,%) estaban en programa, 51 (13%) se habían realizado una mamografía fuera del programa y 37 (9%) no se habían hecho mamografía. Tras la intervención, se hicieron la mamografía 21 (56,7% de éxito de la intervención). 70 de las 162 mujeres que no acudieron a consulta tenían mamografía realizada en programa. La tasa de participación del PDPCM subió del 68% (385/565) al 72% (406/565).

**Conclusiones:** La intervención breve es efectiva en más de la mitad de las mujeres, pero debido al elevado número de mamografías previamente realizadas, dentro o fuera del PDPCM, el incremento en la tasa de participación es bajo.

### P54 ¿PUEDE MEJORAR EL MÉDICO DE FAMILIA CON SU INTERVENCIÓN LA CUMPLIMENTACIÓN DE UN PROGRAMA POBLACIONAL?

S. Vega García, M. Hernández Martínez, J. Serra Tarragón, M. López Salvá, L. Mateo Gallego y F. Güerri Ballarín

ABS Vila-Seca. Tarragona. Cataluña. Correo electrónico: silviafvega@hotmail.com

**Objetivos:** Analizar si la intervención del médico de familia mejora la cumplimentación del Programa de cribado poblacional de cáncer de ma-

ma (PCCM), consistente en la realización de mamografía bianual en las mujeres con edad comprendida entre los 50 y los 64 años.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio de intervención antes-después. *Ámbito de estudio:* Área básica de salud urbana. *Sujetos:* Todas las mujeres de un cupo de atención primaria con edad comprendida entre 50 y 64 años que no hubiesen sido diagnosticadas previamente de cáncer de mama (146). *Mediciones e intervenciones:* Registramos la realización o no de mamografía de screening en la población diana. Hicimos consejo y facilitamos el teléfono de citación del programa a las pacientes que no habían acudido a realizarse la prueba. Valoramos dos años después el resultado de dicha intervención.

**Resultados:** Un 83,6% (122) de las mujeres habían participado en el PCCM o hecho mamografía en centro privado. Tras nuestra intervención la cobertura alcanzada fue del 90,4% (132)

**Conclusiones:** La intervención del médico de familia con un adecuado consejo en la población diana puede mejorar la cumplimentación de un Programa de screening poblacional. Sería adecuada la realización de dicha intervención de forma periódica.

### P55 AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (APVP) POR CÁNCER COLORRECTAL (CCR). ANÁLISIS SOBRE 980 PACIENTES

M. Dorta Espiñeira, N. Lorenzo Rocha, L. Rodríguez Ballester, A. Bravo Gutiérrez, V. Medina Arana y J. Pérez Palma

CS Los Silos; Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. Islas Canarias. Correo electrónico: dortam@wanadoo.es

**Objetivos:** Calcular los APVP para la totalidad de la población con CCR y para cada individuo en particular. Analizar los factores que se relacionaron directamente con la cantidad de APVP y describir los factores pronósticos independientes.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Servicio de Cirugía General y Digestivo entre el año 1985 y 2002. *Sujetos:* 980 pacientes diagnosticados y tratados con CCR. *Mediciones e intervenciones:* Incluyéndose los datos en una base MS Access con 98 variables. El análisis estadístico es mediante análisis bivariante y modelo de regresión lineal.

**Resultados:** Obtuvimos que los 351 pacientes fallecidos por CCR perdieron una media de 15,18 años. Analizadas las variables, fueron significativas la edad, el síntoma rectorragia, la cirugía urgente, el epígrafe otras operaciones, la resección de órganos adyacentes, los pacientes sometidos a la Operación de Hartmann y amputación abdominoperineal, la localización distal y el estadio tumoral. En el análisis multivariante se identificaron la edad, el estadio I y II versus III y IV y la localización rectal como factores pronósticos independientes de APVP.

**Conclusiones:** Los pacientes que fallecen por CCR en nuestro medio pierden entre 14 y 16 años de vida. Dado que los factores fundamentales negativos son paciente sintomático, estadio avanzado que requiere intervención urgente y/o paliativa y la localización rectal, debemos sensibilizar e implicar a los médicos de familia en el diagnóstico precoz de la población general y de riesgo, así como en la práctica del tacto rectal. Esta forma de evaluar el CCR constituye una herramienta útil para los gestores de la salud.

### P56 DESCRIPCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER EN UN ÁREA DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS (1988-2001)

L. Vega García, N. Antolí Flores, R. Seguí Giner y J. Asamar Soler

CS San Rafael. Ontinyent. Comunidad Valenciana. Correo electrónico: lourdes@comv.es

**Objetivos:** Describir la mortalidad por cáncer en la población de Ontinyent y su evolución a lo largo del periodo 1987-2001

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo retrospectivo en tres periodos. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria en un medio urbano industrial. *Sujetos:* Se incluyen todas las defunciones por cáncer en mayores de 14 años de edad, ocurridas en una población de 31.025 habitantes. *Mediciones e intervenciones:* En tres quinquenios por grupos de edad, sexo y tipo de cáncer. Se recogieron diferentes variables y tipo de cáncer según clasificación CIE-9 y la "Lista de Causas de Muerte Abreviada de nuestra Comunidad". Para el cálculo de las tasas específicas se utilizaron la recogida de datos de los Certificados de Defunción y Boletines Estadísti-



cos de Defunción, facilitados por la Oficina de Mortalidad de la Generalitat Valenciana. Las diferencias de tasa se analizaron aplicando ajuste de Tasas método indirecto.

**Resultados:** En varones la tasa estandarizada de mortalidad global para todas las localizaciones se observa una tendencia creciente con una tasa por 10.000 de 2,09 en 1º quinquenio, 2,19 en 2º y 2,68 en el 3º quinquenio, siendo la causa más frecuente el cáncer de pulmón y bronquios, seguido del de intestino grueso. Aplicando el ajuste de tasas no se observan diferencias significativas.

**Conclusiones:** La tendencia de mortalidad continúa de forma ascendente como se ha descrito en numerosas publicaciones, aunque nuestros datos no se observen diferencias significativas.

## P57 DIAGNÓSTICO OPORTUNISTA DEL CÁNCER DE PULMÓN: ¿CÓMO LO PODEMOS HACER MÁS RÁPIDO?

N. López Batet, A. Serra Torres, A. Sisó Almirall, L. Alemany Vilches, B. Fornés Ollé y M. Pinyol Martínez

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 37373ast@comb.es

**Objetivos:** Describir la utilización y resultados de un protocolo de diagnóstico rápido de cáncer de pulmón, consistente en una derivación rápida de atención primaria a una unidad neumológica específica en el hospital de referencia.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de Atención Primaria Les Corts. *Sujetos:* Todas las derivaciones a la unidad de diagnóstico rápido (UDR) de cáncer de pulmón, en el período 2004-05. *Mediciones e intervenciones:* Revisión sistemática exhaustiva y estadística descriptiva.

**Resultados:** 26 pacientes, 17 hombres. Los principales motivos de derivación fueron: 17/26 (63,4%) nódulo pulmonar solitario, 3/26 (11,5%) hemoptisis, 2/26 (7,7%) derrame pleural, 2/26 (7,7%) nódulo hiliar, 2/26 (7,7%) infiltrado inespecífico, 1/26 (3,8%) adenopatía, 1/26 (3,8%) ocupación mediastínica. Todos (excepto 2 pacientes con hemoptisis) tenían una RX de tórax realizada en atención primaria. El tiempo medio de espera entre derivación y visita en UDR fue de 3,6 días (rango: 0-11 días), debiéndose en parte a la disponibilidad de la UDR (3 días/semana). Se realizó un TC de tórax en < 30 días a 14/26 pacientes (53,8%), y en > 30 días a 6/26 (23,1%). Sólo 5/26 pacientes (19,2%) no requirieron más pruebas complementarias y fueron dados de alta. 1/26 pacientes tenía un TC realizado anteriormente. El diagnóstico final de cáncer de pulmón se realizó en 4/26 pacientes (15,4%). 3/4 tenían un nódulo pulmonar solitario, 1/4 restante tenía un derrame pleural en la RX tórax. En estos 4 pacientes, el tiempo medio de espera entre la visita en la UDR y el TC de tórax fue 11 días.

**Conclusiones:** El diagnóstico rápido oportunista del cáncer de pulmón es posible, y los médicos de familia no sobreutilizan el circuito. El tiempo entre la sospecha y el diagnóstico podría acortarse si el servicio de diagnóstico rápido ofreciera su atención todos los días, y si pudiera realizarse un TC de tórax inmediatamente después de la evaluación especializada.

## Cirugía menor y dermatología

### P58 CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA (CMA). A PROPÓSITO DE MIL CASOS

A. Burgaña Agoues, M. Serra Gallego, M. García Cerrajero, A. Arévalo Genicio y A. Ripoll Ramos

Grupo de Cirugía menor ambulatoria de Mútua de Terrassa. CAP Valldoreix. Sant Cugat del Valles. Cataluña.

Correo electrónico: 29779aag@comb.es

**Objetivos:** Describir la actividad de nuestra unidad de CMA en sus tres primeros años de funcionamiento. Determinar la correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico de las lesiones intervenidas.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo retrospectivo de los primeros mil procedimientos realizados desde el 12-enero-2003 a 12-enero-2006 en la unidad de CMA. *Ámbito de estudio:* ABS urbano con 2 centros de salud: 72.000 habitantes. *Sujetos:* Pacientes intervenidos entre 12-enero-2003 y 12-enero-2006. *Mediciones e intervenciones:* Los datos se

obtienen de la hoja quirúrgica, que incluye: sexo, edad, médico de cabecera, alergias, nivel de vacunación antitetánica, factores de riesgo cardiovascular, número y localización de las lesiones, diagnóstico clínico, tipo de anestésico empleado, tipo de intervención, complicaciones intra y post-intervención, tiempo de espera y diagnóstico clínico e histológico.

**Resultados:** Se han realizado mil procedimientos quirúrgicos sobre 654 pacientes (1,53 procedimientos/paciente). 48% varones y 52% mujeres. Edad media 41 años (mínima 13, máxima 87). 42,5% de los pacientes no presentaban correcta VAT. Se recogieron consentimientos informados en el 88,7% de los procedimientos realizados. Tiempo medio de espera fue 30,3 días (mínimo 0, máximo 247). Por patologías de las mil intervenciones se extirparon 199 quistes epidermoides (20,1%), 188 nevus (18,7%) y 76 queratosis seborreicas (7,7%). Localizándose 239 en espalda (24,1%), 140 en extremidades superiores (14,1%) y 106 en cabeza (10,7%). La correlación entre diagnóstico clínico y anatomopatológico fue 75%. Presentaron complicaciones leves el 5% de las lesiones.

**Conclusiones:** Demostramos que la Cirugía Menor en atención primaria es factible, con mínimo riesgo de complicaciones y alta concordancia clínico-patológica. El nivel de profilaxis antitetánica es baja en nuestra población

### P59 ACEPTACIÓN DE LA CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD

H. Liberman, C. Imbernon García, M. Cánovas Vidal, A. Muñoz Ureña, C. Pérez-Crespo Gómez y A. de Miguel Gómez

CS San Antón. Cartagena. Murcia.

Correo electrónico: alfmi70@yahoo.es

**Objetivos:** Definir el perfil del paciente tratado con cirugía menor según género, edad y tipo de lesión.

Conocer el tratamiento empleado y sus complicaciones según tipo de lesión.

Conocer la satisfacción del paciente

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo longitudinal. *Ámbito de estudio:* Zona de Salud Urbana, 17167 habitantes. *Sujetos:* Población: pacientes adscritos a nuestro centro de salud intervenidos de cirugía menor desde 1-1-2006 al 15-5-2006, N=97. *Mediciones e intervenciones:* Diagnóstico de lesiones por dos facultativos. Tratamiento de lesiones con crioterapia, electrocoagulación, escisión-lesión, infiltraciones. Revisiones en 15 y 30 días. Encuesta con 4 ítems, validada, al finalizar el tto. Descriptivo, Frecuencias, tablas de contingencia y Xi-cuadrado, para variables edad, género, tipo lesión, tratamiento, complicaciones (cicatriz, dolor), satisfacción.

**Resultados:** Edad media: 45,23 años ( $\pm 2,13$ ), 61% mujeres. Tamaño medio de la lesión: 6,83 mm ( $\pm 1,88$ ). Lesiones: verrugosa 47,4%, pigmentarias 17,5%, nodular 15,5%. Localizaciones: Cara 28,9%, miembros superiores 20,6%, miembros inferiores 19,6%.

Tto de elección / Diagnóstico ( $p < 0,001$ ): Crioterapia: Angiomas 100% Q seborreica 100%; lentigos 100% papilomas 79,2%; Q actínica 92%; nevus 33,3%. Electrobisturí; fibromas 85,7%. Queloide 33,3% crioterapia, 33,3% cirugía; Higroma 50% crioterapia, 50% cirugía. TTO empleado/DOLOR SEVERO ( $p = 0,011$ ): electrobisturí 25%; crioterapia 5,4%; cirugía 25%; infiltraciones 30%. Tratamiento/cicatriz ( $p = 0,962$ ): electrobisturí 100% ausencia de cicatriz; crioterapia 8,1% decoloración, cirugía 22,2% decoloración. 91% de los pacientes volverían a tratarse en Atención Primaria.

**Conclusiones:** Las intervenciones de cirugía menor predominan en mujeres de edad media, con lesiones verrugosas, con localización indiferente. El tratamiento de elección es la crioterapia, en la mayoría de lesiones, con escaso dolor y cicatriz anómala. Satisfacción elevada en tratados con cirugía menor.

### P60 MICOSIS SUPERFICIALES

B. García del Río García, S. Sirvent Castro, O. Fernández Martínez, I. Gallardo García, M. Mari Corell y C. Hidalgo Cabrera

CS Almanjarray; CS Cartuja; CS La Chana. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: lile@supercable.es

**Objetivos:** Dado que las micosis superficiales son un motivo frecuente de consulta en atención primaria nuestro objetivo es conocer la prevalencia de micosis superficial en un área sanitaria.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:*



Sospechas clínicas de micosis superficial que acudieron a la consulta de AP desde noviembre 2005 a junio 2006. **Mediciones e intervenciones:** En todos los casos que se sospecho clínicamente una micosis superficial se realizó toma de muestra para visualización mediante microscopio óptico y posterior cultivo de todos los casos, excepto sospechas de pitiriasis versicolor. Se pautó tratamiento empírico y se hizo seguimiento clínico.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 74 sospechas clínicas de micosis superficial. 84% mujeres. Edad media  $34,41 \pm 15,59$  años. Sospecha clínica: 8% *Tiña corporis*, 2,7% *T. capitis*, 21,3% onicomicosis, 5,3% intertrigo candidiásico, 49,3% micosis vaginal, 1,3% Muguet, 12% pitiriasis versicolor el resultado del cultivo fue positivo en 46,7% de los cultivos. Correspondieron fundamentalmente a las siguientes especies: 9,3% *Trichophyton rubrum*, 5,3% *Candida parapsilosis*, 32% *Candida albicans* y 5,3% *Malassezia furfur* respectivamente el 62,7% de los casos curaron con tratamiento empírico.

**Conclusiones:** Nuestros resultados clínicos-etiológicos concuerdan con los datos de otros estudios. En cuanto al análisis bivariable hubo significación estadística entre la sospecha clínica y la realización del cultivo y el m. Óptico, así como la correlación entre la sospecha clínica y el tratamiento realizado. No encontramos significación estadística entre los resultados del cultivo según la sospecha clínica dado que la técnica para recoger la muestra precisa entrenamiento específico.

El tratamiento correcto de las micosis superficiales es una minuciosa anamnesis y exploración física.

## P61 DERMATOLOGÍA EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

E. Navalón Ramon, P. Muñoz Jaramillo P y E. Martínez Ruiz

CS Ontinyent II; Hospital Lluís Alcanyis; CS La Pobra Llarga. Ontinyent, Xàtiva, La Pobra Llarga. Comunidad Valenciana  
Correo electrónico: navalon\_emi@gva.es

**Objetivos:** Estimar la incidencia de consultas dermatológicas en un mes de actividad en una consulta de pediatría en Atención Primaria (AP). Describir cuantitativamente las lesiones en relación a su etiología. También se valoró el grado de adecuación de las derivaciones realizadas a Atención Especializada (AE).

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo. **Ámbito de estudio:** Atención Primaria. **Sujetos:** Pacientes en edad pediátrica (0-14 años). **Mediciones e intervenciones:** Recogida de datos (edad, sexo, motivo de consulta, diagnóstico, derivación a AE y consultas diarias) observados directamente por un pediatra y un residente de Medicina Familiar y Comunitaria en un centro de AP durante 1 mes (noviembre de 2005). Los resultados se resumieron mediante frecuencias absolutas y relativas.

**Resultados:** de 643 niños atendidos, 108 (16,80%) tenían lesiones dérmicas. El 55,56% eran niñas y el 44,44%, niños. Se atendió a más preescolares por lesiones dermatológicas (49,61%), seguidos de escolares (30,71%), lactantes (17,32%) y neonatos (2,36%). Las patologías más frecuentemente halladas fueron dermatitis irritativa (20,47%), dermatitis atópica (18,11%), nevus (7,87%) y dermatitis seborreica (6,30%). En el 26,77% fue el motivo principal de consulta, en el 47,24% fue el motivo secundario y en el 25,98% fueron hallazgos casuales. El 6,30% de estos pacientes fueron derivados a AE por: mala evolución con el tratamiento estándar (37,50%), necesidad de exéresis (25,00%) y confirmación diagnóstica (37,50%).

**Conclusiones:** La derivación a AE es escasa y justificada valorando las causas de la misma. Las lesiones dermatológicas son un motivo frecuente de consulta en pediatría en AP. Por lo tanto, es importante que el pediatra sepa diagnosticar y tratar las lesiones dermatológicas, sobre todo las más frecuentes.

## P62 PREVALENCIA DE USO DE RAYOS ULTRAVIOLETA (RUVA)

M. Ortega Bravo, N. Nadal Braugué, M. Capdevila Andreu, M. Rodrigo Claverol, J. Gervilla Caño y P. Herrera Sánchez

ABS Eixample; ABS Ronda. Lleida. Cataluña.  
Correo electrónico: mortegabravo@yahoo.es

**Objetivos:** Calcular la prevalencia de la exposición a lámparas de bronceado artificial mediante radiación ultravioleta

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio epidemiológico descriptivo transversal. **Ámbito de estudio:** Área Básica de Salud de Eixample. **Sujetos:** Individuos de 15 a 40 años adscritos a dicho centro. **Mediciones e intervenciones:** Durante la consulta de cita previa se pasó una encuesta sanitaria

con las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, color de pelo y ojos, fototipo cutáneo, uso de lámparas solares artificiales, motivo de uso: estética o consejo médico, frecuencia de uso a la semana, mes y año, edad primer uso, tipo de lámpara, tiempo de sesión, superficie expuesta consentimiento de los padres si menor, efectos de la exposición solar excesiva, información sobre fotoprotección, tipos de fotoprotección, número de factor de protección solar de la crema, uso de fotoprotección en la playa-piscina, actitud delante del bronceado, precio por sesión. El análisis de los datos se realizó con el programa EpiInfo.

**Resultados:** Se analizaron 192 individuos, 41,6% hombres y 58,3% mujeres. La edad media fue de  $27,7\% (\pm 6,5 \text{ DS})$ . Se detectaron 82 personas que utilizaban lámparas artificiales para broncearse, por tanto, la prevalencia de uso de rayos ultravioleta entre individuos de 15 a 40 años en nuestro medio es de 42,7% (IC 95%: 32,1-53,1).

**Conclusiones:** La prevalencia de uso de lámparas artificiales bronceadoras en nuestro medio es alta.

## Desigualdades de salud

### P63 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO (IVE) EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD MARGINAL

I. Corona Páez, R. Cañada Núñez, G. Moya Lao, A. Pérez Tornero, A. de la Rubia Loriguillo y R. Gavilan Palomo

CS Palma-Palmilla. Málaga. Andalucía.  
Correo electrónico: icoropa@yahoo.es

**Objetivos:** Perfil de las mujeres que acuden a consulta demandando IVE. en un centro de salud urbano.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo retrospectivo. **Ámbito de estudio:** Área Básica de Salud urbana de características marginales (20.000 habitantes). **Sujetos:** Mujeres, demandando una IVE. Período: enero del 2004 a diciembre del 2005. Total: 251. **Mediciones e intervenciones.** Datos: registro realizado por la Trabajadora social del Centro. **Variables recogidas:** número total de IVE, nacionalidad, situación laboral, edad, método anticonceptivo utilizado, tipo de pareja, motivo de aborto, número de hijos, IVE previas realizadas.

**Resultados:** 251 mujeres solicitaron IVE, es decir, tasa de incidencia de 4,87 por mil mujeres en edad fértil. El 88% de ellas tenían menos de 25 años. El 47,8% de las pacientes no usaban ningún método anticonceptivo y un 33% usaban métodos barrera.

Nacionalidad: española (73,3%), sub-sahariana (11,5%), Europa del Este (8,36%) Marruecos (2,78%) y sudamericanas (4%).

Motivo del aborto: económico (45,4%), social (48,6%), VIH positivo 2 mujeres.

Pareja estable: 58,2%.

Situación laboral: 58,5% desempleo.

IVE anteriores: 42,23%.

**Conclusiones:** 1) La mayoría de solicitudes de IVE tiene motivos económicos-sociales, no contemplados en la legislación vigente. 2) La incidencia de IVE en nuestro Centro de Salud es de 4,8, que equivale a más del doble de la incidencia de IVE en el Distrito Málaga (2,23 mil); ello lo achacamos al bajo nivel socio-económico de la zona. 3) Reseñar el alto porcentaje de pacientes con IVE previas y de mujeres inmigrantes.

### P64 INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA EN DOS CENTROS DE SALUD DE DIFERENTE NIVEL SOCIOECONÓMICO

A. Brau Tarrida, F. Díaz Gallego, J. Casermeiro Cortés, C. Maragall de Gispert, C. Pareja Rossell y A. Santiveri Villuendas

CS La Mina; CS Larrard. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 31953abt@comb.es

**Objetivos:** Describir las incapacidades laborales transitorias (ILT) realizadas en dos centros de salud (2CS) de diferente nivel socioeconómico (CSA:medio; CSB:bajo).

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Multicéntrico, observacional retrospectivo. **Ámbito de estudio:** 2CS urbanos. Población (habitantes): CSA 45600; CSB 18000. **Sujetos:** Todos los pacientes con al menos 1 ILT. Período: 1/1/2005-31/12/2005. **Mediciones e intervenciones:** Características

demográficas, número ILT, causas ILT agrupadas en 32 categorías (codificación original CIE10).

**Resultados:** N: 6493 pacientes con ILT (CSA: 4687 (72,2%); CSB: 1806 (27,8%)). Mujeres: CSA: 2635 (56,2%), CSB: 794 (44%). Media edad (DE) años mujeres/hombres: CSA 40 (DE: 12)/39,4 (DE: 12,6); CSB 35,5 (DE: 11,7)/36,7 (DE: 11,7) ( $p < 0,001$ ). Grupos de edad CSA/CSB: 15-44 años 65,7%/77%; 45-64 años: 33%/22,6%; mayor 64 años: 1,2%/0,4%. Episodios de ILT: 9240 (CSA 6466; CSB 2774). Las 7 primeras causas de ILT son comunes a los 2CS y explican el 74% del total. Primeras dos causas de ILT: enfermedades respiratorias leves-ERL (30,6%) y patología columna vertebral-PCV (10,4%). Causas por género: las 7 primeras causas son comunes. Los hombres presentan más frecuentemente traumatismos (8,8%) y las mujeres otras enfermedades músculo-esqueléticas (OEME) (6,8%) y trastornos de ansiedad (TA) (6,4%). Causas más frecuentes por grupos de edad (años): 15-44: 1ª ERL, 2ª PCV, 3ª enfermedades infecciosas intestinales; 45-64: 1ª ERL, 2ª OEME, 3ª PCV; mayor 64: 1ª ERL, 2ª tumores malignos, 3ª enfermedades respiratorias moderadas-severas.

**Conclusiones:** Los pacientes con más ILTs son mujeres del CSA y hombres del CSB, entre 15-44 años. La media de edad de pacientes del CSA con ILT es de 4,5 años superior en hombres y 3 años superior en mujeres comparado con el CSB. Más del 70% de ILTs se explican con 7 causas hasta los 65 años sin diferencias entre CS.

## EPOC y asma

### P120 CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN PACIENTES EPOC

D. Villanueva López y C. García Sanchón

CS Canovelles. Canovelles. Cataluña.

Correo electrónico: 36932dvl@comb.es

**Objetivos:** Medir la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes EPOC.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal durante enero-marzo 2006. *Ámbito de estudio:* Unidad Asistencial Básica de adultos en un Centro de Atención Primaria de entorno semirural. *Sujetos:* los pacientes diagnosticados de EPOC de una Unidad Asistencial Básica de adultos en un Centro de Atención Primaria de entorno semirural. *Mediciones e intervenciones:* Cumplimentación de cuestionario específico St. George's en versión validada en castellano durante entrevista oportunista a los pacientes cuando acudían por cualquier motivo a la médica o al enfermero. Los que no acudieron durante el periodo de estudio se les llamo para entrevistarlos. Proceso estadístico SPSS 11.

**Resultados:** N = 45, incluidos 41, excluidos 4, tres no localizados y uno terminal. La media de edad 67,74 años (DE = 8,84). El 85,37% hombres y el 14,63% mujeres. En las tres escalas del cuestionario, síntomas, actividad e impacto las puntuaciones objetivan la alteración de la calidad de vida correlacionándose de forma creciente con la gravedad de la EPOC con resultados estadísticos no significativos.

**Conclusiones:** La calidad de vida percibida se relaciona con el grado de severidad de la enfermedad en síntomas, actividad e impacto de forma estadísticamente no significativa, esto es debido, probablemente, al tamaño de la población.

### P121 VERACIDAD DE LA RESPUESTA SOBRE ABSTINENCIA TABÁQUICA EN PACIENTES EPOC EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

C. García Sanchón y D. Villanueva López

CS Canovelles. Canovelles. Cataluña.

Correo electrónico: 36932dvl@comb.es

**Objetivos:** Determinar la fiabilidad de la respuesta de abstinencia tabáquica en pacientes con EPOC.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal durante el primer trimestre de 2006. *Ámbito de estudio:* Unidad Asistencial básica de adultos de un centro de Atención Primaria de entorno semirural. *Sujetos:* Todos los pacientes diagnosticados de EPOC (N=45) en una Unidad Asistencial básica de adultos. *Mediciones e intervenciones:* Variables: edad, género, respuesta de sí fumaban o no y determinación de CO.

La estrategia fue oportunista, al acudir por cualquier motivo a la médica o al enfermero, se explicaba la técnica con el aparato Micromedical MCO 2. Se consideró fumador a cifras superiores de 6 ppm. Se realizaba a los fumadores breve intervención con consejo antitabáquico personalizado y se ofrecía ayuda específica.

Proceso informático SPSS 11.

**Resultados:** Incluidos 41 pacientes, 4 excluidos (3 no localizados y 1 terminal) en el 88% hombres y 12% mujeres, media de edad 67,74 años (DE =8,84).

En relación al hábito tabáquico el 29,26% confesaban ser fumadores el 70,73% exfumadores.

Según cooximetría el 60,97% no fumaban y el 39% eran fumadores. En el 9,76% niveles de CO discordantes con la declaración. Concordantes 90,25% ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La auto declaración es concordante con la cooximetría.

### P122 LA GRAVEDAD DE LOS EPOC Y EL N° DE REAGUDIZACIONES: ¿CONDICIONA SU TRATAMIENTO Y LA DERIVACIÓN AL NEUMÓLOGO; ESTÁ RELACIONADO CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

X. Aubia Floresvi, M. Mengual Miralles, R. Morales Mora, M. Pons, P. Clavé Luque y E. Tàpia Barranco

ABS Reus-2. Reus. Cataluña.

Correo electrónico: miespanol@eresmas.com

**Objetivos:** Factores de riesgo cardiovascular (FRCV) del Enfermo Pulmonar Obstructivo Crónico (EPOC) y su influencia en el n° de reagudizaciones (reag.), y si estas, condicionan las derivaciones al neumólogo (Dneumo) y su tratamiento según gravedad.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo-transversal-retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Área Básica de Salud urbana. *Sujetos:* 200 EPOC. *Mediciones e intervenciones:* edad, sexo, Hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Dislipemia (DLP) y Insuficiencia Cardíaca (IC), n° reag. Y DNeumo en los 2 últimos años; severidad EPOC según datos espirométricos (Sociedad Española de Neumología-Cirugía Torácica) y tratamiento en las reagudizaciones.

**Resultados:** Edad media 71,3+11,6 años, hombres 81%. DNeumo: 43 (21,5%). N° reag. respecto n°derivaciones/ingresos: Con 0 reagud.: 2,5% derivaciones /0% ingreso; 1 reagud.:3,5%/5%; 2 reagud.:8%/11%; >3 reagud.:7,5%/16%. \* $P < 0,05$ . N° reag. respecto n°FRCV: 0 reagud.:24,2% sin FRCV; 14,9% con 1 FRCV; 21,1% 2 FRCV; 13,6% >3 FRCV; 1 reagud.: 24,2% Sin FRCV; 33,8% 1 FRCV; 28,9% 2 FRCV; 31,8% >3 FRCV; 2 reagud.:30,3% Sin FRCV; 27% 1 FRCV; 23,7% 2 FRCV; 22,7% >3 FRCV; >3 reagud.: 21,2% Sin FRCV; 24,3% 1 FRCV; 31,8% 2 FRCV; 31,8% >3 FRCV.

HTA: 104 (52%), DM: 32(16%), DLP: 48 (24%), IC: 32 (16%)

Tratamiento EPOC leve: amoxicilina: 2,8%, amoxi-clavulánico: 22,8%, cefalosporinas: 1,4%, Claritromicina (clar): 8,5%, agonistasb2: 78%, anticolinérgicos: 48,7%, corticoides inhalados (cort.inh): 10,2%; EPOC moderado: amoxicilina: 2,9%, amoxi-clavulánico: 27,1%, cefalosporinas: 1,5%, claritromicina: 7,1%, azitromicina: 2,8%, ciprofloxacino: 1,5%, moxifloxacino: 5,7%, agonistasb2: 88,2%, anticolinérgicos: 51%, cort.inh: 45,2%, corticoides orales (cort.or): 11%; EPOC severo: amoxi-clavulánico: 8,6%, moxifloxacino: 7,1%, agonistasb2: 98%, anticolinérgicos: 62,7%, cort.inh:48%, cort.or: 22%, teofilinas: 6%. Antibióticos en reagudizaciones EPOC: leve: 35,5%, moderado: 48,6% y severo: 15,7%.

**Conclusiones:** EPOC leves utilizan mayoritariamente amoxi-clavulánico. Las quinolonas (última generación) se limitan a EPOC moderados/severos. La infrautilización de antibióticos en EPOC severo puede explicarse por su derivación hospitalaria. La terapia corticoidea aumenta ostensiblemente en el tratamiento del EPOC moderado-severo. El FRCV más prevalente en EPOC es la HTA. Conforme aumentan las agudizaciones se incrementan significativamente las derivaciones y los ingresos.

### P123 PREVENCIÓN Y DEMANDA ASISTENCIAL DE NUESTROS EPOC

C. Mangrané Guillén, R. Sagarra Alamo, M. Díaz Salsench, B. Segura Cañada, E. Mayol Racero y M. Español Pons

ABS Reus-2. Reus. Cataluña.

Correo electrónico: miespanol@eresmas.com

**Objetivos:** Determinar la relación entre demanda asistencial y severidad de los Enfermos Pulmonares Obstructivos Crónicos (EPOC), según el registro espirométrico, y el nivel de prevención antitabáquica y vacunal.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo-retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Área básica de salud urbana (30.000). *Sujetos:* 200

**EPOC. Mediciones e intervenciones:** Edad, sexo, registro espirométrico, nº de consultas, tabaquismo, consejo antitabáquico, nº exfumadores totales y severidad EPOC (consideramos EPOC leve si volumen espiratorio forzado 1º segundo (FEV1) es 60-80%, moderado: FEV1=40-59% y severo: FEV1<40%), tratamientos de deshabituación, riesgo laboral EPOC, vacunación antigripal y pneumocócica. Se contrasta con X2.

**Resultados:** Hombres 81%, edad media: 71,3±11,6 años. Fumadores activos (Fu): 26%; consumen una media de 20,5 cigarros/día. Reciben consejo antitabáquico (consej.): 22%. Exfumadores (Exfu): 49,5%. Según severidad EPOC: *leve*: 9,1%\* Fu.; 9,1% Consej., 81,8%\* Exfu. *Moderado*: 52%\* Fu.; 32% Consej., 28%\* Exfu. *Severo*: 26,5%\* Fu.; 17,6% Consej., 61,8%\* Exfu. (\*P<0,05). Deshabituación con bupropion: 0,5%. El 5,5% sufren riesgo laboral para desarrollar EPOC. Administramos vacuna antigripal al 78,5% y antipneumocócica al 63%.

El 15,5% de pacientes no acudieron al médico, el 58,5% acudieron de 1 a 5 veces y el 26% >6 veces. El 17,5% ingresan alguna vez.

Relación n°visitas/existencia espirometría: 1visita/4,3% espirometría hecha (E), 2-3 visitas/40% E, >3 visitas/55,7% E

**Conclusiones:** A mayor severidad el EPOC disminuyen las cifras de tabaquismo y aumentan las de exfumadores de manera estadísticamente significativa. Destacamos el alto porcentaje de prevención vacunal de nuestros EPOC y que el mayor registro espirométrico se relaciona con mas visitas a AP. Debemos seguir insistiendo en los programas de deshabituación tabáquica e incrementar la solicitud de espirometrías.

## P124 PAPEL QUE JUEGAN EL TABACO Y LA ESPIROMETRÍA EN SUSTENTAR EL DIAGNÓSTICO DE EPOC EN UN HOSPITAL COMARCAL

C. Pellicer y P. Parrondo Toca

Hospital Fransec de Borja. Gandía. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: pabloparrondo@telefonica.net

**Objetivos:** Conocer el papel que juega el tabaco y la espirometría en sustentar el diagnóstico de EPOC en nuestro hospital

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Se ha realizado un estudio retrospectivo transversal y descriptivo de revisión de historias clínicas de pacientes dados de alta del hospital. Variables: edad; sexo; especialista que da el alta (neumólogos, internistas no neumólogos y otros especialistas); anamnesis tabáquica; espirometría; síntomas respiratorios; alteraciones en la gasometría y/o en Rx tórax compatibles con EPOC. Tabaquismo >10 paquetes/año + detección de obstrucción bronquial (FEV1/FVC<70%), se consideró diagnóstico cierto de EPOC (DxC), e incierto (DxI) en el caso de que faltara alguna de estas premisas. *Ámbito de estudio:* Altas Hospitalarias. *Sujetos:* Pacientes dados de alta durante los meses de Noviembre-Diciembre/2004 en los que constaba el Dx-EPOC, excluyendo reingresos. *Mediciones e intervenciones:* Análisis estadístico con el programa SPSS Se compararon las variables mediante pruebas de chi cuadrado o t de Student **Resultados:** Se incorporaron 95 pacientes, con edad media 72,23 ± 10,68. Se obtuvo un DxC en 56,8% y un DxI 43,2%

DxI: 1. Falta de criterio espirométrico (35,7%), no espirometría (32,6%), o no obstructiva (3,1%). 2. Falta de criterio tabáquico (22,4%), no anamnesis tabáquica (21,1%).

Según el especialista que daba el alta, hay un mayor % de DxC por parte del Neumólogo pero sin diferencias significativas respecto a internista u otros especialistas.

Un DxC se relaciona significativamente con alteraciones radiológicas y con el sexo (hombres).

**Conclusiones:** 1. El DxC, independientemente del especialista, es algo más de la mitad de los pacientes. 2. Éste, se relaciona con el sexo (hombre) y la presencia de alteraciones radiológicas. 3. La falta de criterio espirométrico es más frecuente en hombres. La de criterio tabáquico en mujeres, con diferencias significativas entre ambos sexos

## P125 CALIDAD DE VIDA TRAS INTERVENCIÓN EN PACIENTES CON EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Pedro Cano, F. Piñero Chousa, A. García Gallego y V. Gil Guillen

CS de Calpe. Alicante. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: mjpclliria@yahoo.es

**Objetivos:** Analizar si una intervención educativa sobre la técnica inhalatoria, hábito tabáquico y tratamiento en pacientes con EPOC mejora su Calidad de Vida.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio de intervención con grupo control. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Pacientes diagnosticados de EPOC mediante criterios clínicos y funcionales con disnea como síntoma habitual. Tras aplicar los criterios de exclusión contabilizamos 95 pacientes, de los cuales 47 fueron asignados al azar al grupo de intervención. *Mediciones e intervenciones:* Mediante entrevistas con el paciente y aplicación de la guía clínica de la SEPAR para tratamiento de la EPOC y cooximetrías para valorar el CO en aire espirado; posteriormente se midió la Calidad de Vida con un cuestionario genérico (Perfil de Salud de Nottingham) y otro específico (Cuestionario Respiratorio de Saint George) y se comparó con las mediciones de Calidad de Vida al inicio del estudio.

**Resultados:** de los fumadores el 27,7% (5 pacientes) decían haberlo dejado, aunque tras valorar las cooximetrías únicamente podemos afirmar que el 22,22% (4 pacientes) lo habían hecho. 43 pacientes fueron adiestrados en la técnica inhalatoria y conseguimos que el 53,48% (23 pacientes) realizaran la técnica correctamente. Se ajustó el tratamiento a 24, de los que el 75% (18 pacientes) finalizaron con un tratamiento correcto. Tras la intervención observamos una mejora en ambos cuestionarios respecto a los no intervenidos, aunque sin diferencias estadísticamente significativas, debido a las limitaciones del tamaño muestral.

**Conclusiones:** La intervención sobre el hábito tabáquico, técnica inhalatoria y ajuste del tratamiento en pacientes con EPOC parece mejorar la Calidad de Vida de estos pacientes.

## P126 CÓMO TRATAMOS LOS EPISODIOS DE EXACERBACIÓN DE LOS PACIENTES CON EPOC

E. Muñoz Mata, X. Mezquíz Ferrero, A. Colet Llansana, E. Borrell Thió, A. Conejero Olesti y M. Ivars Lleó

ABS Badalona 5. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: emunozmata@camfic.org

**Objetivos:** Principal: Conocer el manejo terapéutico inicial de los pacientes diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que acuden por Episodios de Exacerbación.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Pacientes diagnosticados de EPOC que son atendidos entre noviembre de 2005 y marzo de 2006 en dos centros de salud urbanos. *Mediciones e intervenciones:* Los datos socio-demográficos y clínicos (diagnóstico, espirometría+PBD, hábito tabáquico, comorbilidad, vacunación antigripal y alergias farmacológicas) se obtuvieron de la historia clínica informatizada (ecap). Para la obtención de datos de las Exacerbaciones (síntomas, exploración física y tratamiento prescrito) se administró un cuestionario diseñado para tal fin. Se describió el tratamiento inicial de las Exacerbaciones en función de la clínica, estadio de la EPOC, edad y comorbilidad mediante la media ± DS, porcentaje y X2.

**Resultados:** N= 60. 100% varones. Edad media 72 años. 75% registrados en ecap con diagnóstico de Otras Enfermedades Obstructivas Crónicas. 56% tenían datos sobre la espirometría en ecap. 20% fumadores activos. 41% estaban en estadio moderado (SEPAR). 86% de moderados con > 2 criterios Anthonisen recibieron antibiótico en la exacerbación. En 37,5% pacientes en estadio grave no se indicó antibiótico. En 57% que tenían FEV1 < 50% no se añadió corticoides orales.

**Conclusiones:** El bajo registro de la espirometría en el ecap puede dificultar el manejo de las Exacerbaciones. En los pacientes con estadios de mayor gravedad el uso de antibióticos y corticoides orales fue insuficiente. Los grupos de antibióticos prescritos se ajustaron a las recomendaciones.

## P127 ¿ES FACTIBLE UTILIZAR EL ÍNDICE BODE EN ATENCIÓN PRIMARIA?

I. Feijoo Campos, E. Canals Cisteró, J. Juvanteny Gorgals, A. Sangil Betriu, A. Castellote Petit y O. Grau Rivera

Grupo de Trabajo de Respiratorio. CAP Via Barcino; SAP Muntanya. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 22816jig@comb.es

**Objetivos:** El pronóstico del enfermo con EPOC se determina por el FEV1. Se ha publicado un índice como mejor herramienta para valorar dicho pronóstico. El BODE se calcula con IMC, FEV1, disnea y walking-test. (Celli2004). No se utiliza habitualmente en atención primaria (AP), ni se conoce si es factible. Queremos conocer la aplicabilidad del índice en AP, la inversión en recursos (tiempo, profesionales, espacio) y la

utilidad del BODE para conocer el pronóstico, comparándolo con el FEV1.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Población "EPOC" registrada en el centro. Muestra escogida aleatoriamente, se citaba para efectuar las intervenciones. *Mediciones e intervenciones:* Walking test, puntuación escala de disnea, IMC, FEV1, tiempo y profesionales necesarios.

**Resultados:** El tiempo promedio para calcular el BODE era: 30 minutos. Comparamos BODE con FEV1 aislado para clasificar la gravedad del paciente. Describimos todos los parámetros del BODE. Puntuación BODE  $\leq 2$ : 21 pacientes, de 3 a 6: 6, de 7 a 10: 3 pacientes, correspondiendo a buen, regular y mal pronóstico respectivamente. Según FEV1 20 pacientes tienen buen pronóstico y 10 malo. Sólo un paciente con buen pronóstico por FEV1 lo tiene regular según BODE. Los de FEV1  $< 50\%$  son mejor clasificados según BODE.

**Conclusiones:** Cuando el pronóstico es bueno según FEV1 también lo es según BODE. Ello ocurre cuando FEV1  $> 50\%$ . En los pacientes más graves el BODE aporta más información. Debido a la inversión de tiempo, personas y espacio recomendamos realizar inicialmente el BODE en AP sólo a los pacientes con FEV1  $< 50\%$ . Es factible realizarlo en AP. Se precisa espacio adecuado.

## P128 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC: ¿CÓMO PODEMOS MEDIRLA?

F. Leiva Fernández, A. García Ruiz, P. Barnestein Fonseca, F. Vidal España, F. Martos Crespo y D. Prados Torres

UD de MFyC Málaga; Departamento Farmacología Facultad de Medicina. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: francisca.leiva.sspa@juntadeandalucia.es

**Objetivos:** Analizar la correlación entre cuestionarios de Calidad de vida (CV) y Volumen espiratorio forzado en el primer Segundo (FEV1) en pacientes con EPOC.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* 126 pacientes con EPOC. Muestreo no probabilístico. *Mediciones e intervenciones:* 5 cuestionarios de CV (Euroqol, viñetas COOP-WONCA -C-W-, Perfil de Salud de Nottingham -PSN-Cuestionario respiratorio de Saint George -SGRQ-, Índice Disnea Basal -IDB-); espirometría forzada, edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, comorbilidad, tratamiento prescrito.

**Resultados:** 88,9% hombres, edad (media+desviación) 68,5+8,5 años, 32% analfabetismo, 87% casados; 70% recibían tratamiento broncodilatador; 74% al menos una comorbilidad añadida; FEV1 57,2%+19,5%. CV moderadamente afectada. Euroqol (6,2+2,1), C-W actividad física (3,6+0,9), C-W sentimientos (2,1+1,1), C-W actividades vida diaria (2,2+0,1), C-W actividades sociales (1,8+1,3), C-W cambio estado salud (2,5+0,8), C-W estado salud (3,5+0,9), C-W dolor (2,5+1,3), C-W apoyo social (2,0+1,0), C-W calidad de vida (2,4+0,7), PSN total (31,5+22,8), SGRQ total (36,4+21,6), BDI-deterioro funcional (2,9+0,9), BDI-magnitud del trabajo (2,9+0,9), BDI-magnitud del esfuerzo (2,9+0,9). Coeficiente de correlación de Spearman estadísticamente significativo ( $p > 0,05$ ) entre todos los cuestionarios de CV excepto entre Euroqol y BDI- magnitud del trabajo. Las correlaciones fueron ligeras-moderadas ( $r > 0,5$ ) entre FEV1 con BDI, SGRQ, C-W actividad física, C-W actividades vida diaria, C-W estado salud. Las correlaciones fueron moderadas-altas entre BDI, NHP, SGRQ ( $r > 0,5$ ).

**Conclusiones:** CV en pacientes con EPOC correlaciona ligeramente con el estado funcional (especialmente cuestionarios específicos y algunas viñetas COOP-Wonca). Buena correlación entre cuestionarios de CV genéricos y específicos en pacientes con EPOC.

## P129 INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN EL GRADO DE SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

G. Rivero, M. Mangrane, B. Irayzoz, J. Vilalta, J. Canalejo y Y. Ortega

Abs Reus-4. Reus. Cataluña.

Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos:** Analizar si los pacientes EPOC obesos presentan un grado de severidad y un número de agudizaciones más alto que los pacientes con normopeso.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional de cohortes. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano con dos ABS. *Sujetos:* Pacientes con el diagnóstico registrado en HCAP de EPOC. *Mediciones e intervenciones:* Variables: edad, sexo, años de evolución de la EPOC, FEV1, CVF, hábito tabáquico, RCV, IMC (normal  $< 26,9$ , sobrepeso 27-29,9, obeso  $> 30$ ), TAS, TAD, patologías asociadas (DM, DLP, HTA, cardiopatía isquémica), HbA1c, colesterol total, LDL, HDL, tratamiento broncodilatador, otros tratamientos, número de agudizaciones, eventos coronarios y cerebrovasculares e ingresos hospitalarios al año.

**Resultados:** 176 pacientes EPOC son obesos (128 hombres), edad media 69,3 y 5,52 años de evolución. Un 40,9% de los obesos son fumadores y un 44,2% ex-fumadores. 119 sin DM ni DLP tienen obesidad, frente a 56 que tienen ( $p < 0,005$ ) y ( $p < 0,008$ ). 98 obesos tienen HTA frente a 77 no obesos ( $< 0,001$ ) con TAS de 134,55 mmHg, frente 128,34 mmHg ( $< 0,003$ ) y TAD 77,62 mmHg frente a 73 mmHg ( $< 0,001$ ). Con un FEV1 30-50% 27 son obesos y 22 normopeso; y de 50-70% 34 obesos y 28 normopeso. Tienen 1-2 agudizaciones/año 76 obesos y 26 normopeso;  $> 2$  agudizaciones 53 obesos y 14 normopeso.

**Conclusiones:** El paciente EPOC obeso es un hombre de edad media 69 años que presenta menos DM y DLP pero más HTA. Aunque los resultados no son estadísticamente significativos, los pacientes con sobrepeso u obesos tienen más agudizaciones al año y peores valores espirométricos, por tanto su grado de severidad es más alto.

## P130 IMPACTO DE LAS AGUDIZACIONES EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Llor Vilà, M. Miravittles Fernández, J. Molina París, K. Naberan Toña, J. Cots Yago y F. Ros Sevilla

CS Jaume I; CS La Marina; CS Velilla de Ebro; CS Francia; Hospital Clínic. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: carles.llibor@urv.cat

**Objetivos:** Conocer la evolución de la calidad de vida de los pacientes con EPOC seguidos durante dos años y cuantificar el impacto de las agudizaciones sobre el cambio en la calidad de vida.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Pacientes mayores de 40 años diagnosticados espirométricamente de EPOC. *Mediciones e intervenciones:* Los pacientes se visitaron cada seis meses y se cuantificaron todas las exacerbaciones sufridas durante el periodo de estudio. La calidad de vida de los pacientes se determinó al inicio y al final del estudio, mediante el St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).

**Resultados:** Participaron 42 médicos que recogieron información sobre 229 pacientes. Completaron el estudio 136 pacientes y 14 fallecieron durante el seguimiento. La edad media de los que completaron el estudio fue de 70 años (DE: 9,7) y el FEV1 (%) medio fue de 48,7% (14,5%). 90 pacientes presentaron al menos una agudización y 46 ninguna. La puntuación media global del SGRQ fue de 39,62 al inicio y de 37,96 al final (mejoría: 1,66), sin hallar diferencias entre los que presentaban un FEV1  $> 50\%$  respecto los que presentaban una peor función pulmonar. La mejoría en el SGRQ fue significativamente mejor entre los que no presentaron ninguna agudización (5,32 puntos) que los que presentaron una (3,15); en cambio, empeoró entre los que tuvieron dos o más agudizaciones (1,77 puntos más al final).

**Conclusiones:** La presencia de exacerbaciones se asocia con una peor percepción en la calidad de vida en los pacientes con EPOC independientemente del grado de alteración funcional de los pacientes.

## P131 EPOC Y ESPIROMETRÍA, UNA PAREJA NECESARIA

M. Maycas Claramunt, M. Rebollar Gil, J. Sánchez Cánovas, M. Mas Pujol, C. Munar Fors y C. Sales Camprodon

Chafarinas. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mireia\_maycas@vodafone.es

**Objetivos:** Evaluar si la implantación de la espirometría en el centro de atención primaria (CAP) ha mejorado el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) según las recomendaciones de la Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo. *Ámbito de estudio:* CAP urbano. *Sujetos:* Todos los pacientes registrados en el sistema informático de atención primaria (SIAP) como EPOC y confirmados con espirometría en 2002 y, tras dos años de realización de espirometrías, en 2004. *Mediciones e*

**intervenciones:** Mediante revisión de la historia clínica informatizada y en papel recogimos edad, sexo, hábito tabáquico, volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1), clasificación según la GOLD, tratamiento (fármacos) y exacerbaciones durante el año previo a la revisión.

**Resultados:** 2002/2004: pacientes: 311 registrados como EPOC (169 confirmados con espirometría)/398 (233 confirmados), sexo 98%/97% hombres, fumadores 36%/36%. Prevalencia EPOC 1,65%/2,35% ( $p<0,001$ ). Clasificación GOLD: en riesgo 5,4%/8,6%, leves 3%/5,9%, moderados 42,6%/44,2%, graves 36,7%/35,2%, muy graves 11,3%/8,2%. Tratamiento con broncodilatadores pautados: en riesgo 22,2%/20%, leves 60%/55,6%, moderados 56,9%/66%, graves 80,6%/80,5%, muy graves 84,2%/84,2%; con B2agonistas de larga duración (B2LD): en riesgo 0%/0%, leves 40%/33,3%, moderados 27,8%/35%, graves 56,5%/62,2%, muy graves 84,2%/73,7%; con corticoides inhalados (CI): en riesgo 22,2%/15%, leves 20%/33,3%, moderados 45,8%/45,6%, graves 75,8%/69,5%, muy graves 94,7%/84,2% ( $p<0,001$ ); con asociación CI+B2LD: en riesgo 0%/0%, leves 20%/11,1%, moderados 25%/12,6% ( $p<0,024$ ), graves 48,4%/23,2% ( $p<0,001$ ), muy graves 84,2%/26,3% ( $p<0,001$ ). de los pacientes con FEV1<50% y >2 exacerbaciones/año usan CI 85,7%/84,4%

**Conclusiones:** La implantación de la espirometría ha mejorado el diagnóstico de la EPOC.

Aunque en general ha aumentado el uso de broncodilatadores pautados y ha disminuido el de corticoides inhalados, todavía debe mejorarse en los más leves.

A mayor gravedad, mayor adecuación del tratamiento.

## P132 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES CON EPOC ¿SEGUIMOS LAS RECOMENDACIONES?

M. Guiu, A. Artuñedo, J. Claramunt, I. Matey, M. Alcalá y V. Pardo

ABS Nova Lloreda - BSA Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: mjguiubuenadia@hotmail.com

**Objetivos:** Evaluar la calidad de la asistencia prestada en Atención Primaria a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) según las principales guías de práctica clínica.

**Material y métodos:** Diseño: Estudio transversal con intervención mediante Espirometría Forzada (EF). **Ámbito de estudio:** Área Básica de Salud urbana de 31000 habitantes que dispone de espirómetro, desde marzo de 2005, y personal sanitario entrenado para la realización e interpretación de la EF. **Sujetos:** Muestra aleatoria de 233 pacientes diagnosticados de EPOC. **Mediciones e intervenciones:** Mediciones: Registro de tabaquismo y consejo antitabáquico, valoración del estado nutricional mediante el Índice de Masa Corporal (IMC), realización de EF, instrucción técnica con inhaladores y administración de vacuna antigripal (VAG) y antineumocócica (VAN).

**Resultados:** Edad 71+ 14,3años, 81,11% varones. Hábito tabáquico registrado en el 93,56% de pacientes: 44,03% fumadores; 27,52% no fumadores; 28,44% exfumadores. Registro de IMC en el 87,12%. Consejo antitabáquico en 89,27%, EF en 51,93%, instrucción técnica con inhaladores en 27,03%. Administración de VAG en 88,41% y VAN en 73,39%.

**Conclusiones:** La mayoría de pacientes con EPOC tienen registrado el antecedente de tabaquismo, realizado el consejo antitabáquico, valorado el estado nutricional y administradas las vacunas VAG y VAN. Extraña el alto porcentaje de No fumadores. Se instruye poco en la técnica del tratamiento con inhaladores y en casi la mitad de pacientes no consta realizada la EF, a pesar de disponer de ella, lo que nos hace pensar en la necesidad de sesiones para el correcto abordaje del paciente con EPOC.

## P133 EL FUTURO DE LA EPOC: ÍNDICE BODE VS FEV1

A. Panadero Sánchez, J. López Fraile, E. del Olmo Carrillo,

C. Herraiz de Castro, C. Gómez Ruiz y E. Estevez Rovira

CS Cuenca I; Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: josalelopfra@hotmail.com

**Objetivos:** Comparar la clasificación de la EPOC obtenida mediante índice BODE frente a la realizada con el patrón oro actual (% FEV1).

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Observacional descriptivo transversal. **Ámbito de estudio:** Cuenca capital. **Sujetos:** 264 pacientes diagnosticados espirométricamente de EPOC en la sección de neumología de HVL, estables con el tratamiento actual. **Mediciones e intervenciones:** Criterios de

exclusión: Existencia de enfermedad terminal, patología coronaria o asma, e incapacidad de caminar durante seis minutos. Cumplieron los criterios de inclusión 128, de los que colaboraron 112 (tasa respuesta 87,5%). Se les realizó el método BODE que valora, además del %FEV1, la distancia recorrida en 6 minutos, grado de disnea e IMC. Clasificamos a los pacientes en cuatro grados de severidad tanto por la clasificación del consenso GOLD (%FEV1) como por el índice BODE.

**Resultados:** El 87,1% fueron hombres, la media de edad fue 71,2  $\pm$  10,3 años. Según el BODE el 84% de los pacientes fueron clasificados como leves o moderados frente al 53,6% del FEV1. El índice de concordancia global es 26,1% y el índice Kappa ponderado para 4 categorías es 0,26.

**Conclusiones:** El grado de concordancia entre el índice BODE y el FEV1 es moderado.

El índice BODE clasifica a los pacientes de forma mas leve que el FEV1. Creemos que el índice BODE podría ser una alternativa válida frente a la medición aislada del FEV1, ya que valora la multidimensionalidad de la EPOC, la calidad de vida de los pacientes, es factible en Atención Primaria y según algunos autores predice mejor la mortalidad.

## P134 ¿CONTROLAMOS A NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA?

M. García Vaqué, J. Fernández Hernández, J. Royo Palacios, P. Pérez Acín,

E. Sanchis Martí y N. Allende Muntané

ABS Flix -Àmbit Terres de L'Ebre. Flix. Cataluña

Correo electrónico: miboira@yahoo.es

**Objetivos:** Conocer perfil pacientes con Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC) y grado control.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal. **Ámbito de estudio:** Área Básica rural. Atiende 9.217 usuarios. **Sujetos:** Diagnosticados EPOC, revisión consecutiva 6000 historias. **Mediciones e intervenciones:** VARIABLES: edad, sexo, profesión, Índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, consumo alcohol >40gr/d, años diagnóstico (DX), comorbilidad, espirometría del último año, tipo EPOC, estadio según semFYC- SEPAR, prueba broncodilatadora (PBD). Tratamiento Broncodilatador (B2 adrenérgicos, Anticolinérgicos), teofilinas, corticoides inhalados,orales, oxigenoterapia. Vacunación Neumococo, Gripe (VAN, VAG). Consejo antitabaco. Reagudizaciones últimos dos años, ingresos hospitalarios. Tratamiento reagudizaciones. Análisis estadístico Chi-cuadrado.

**Resultados:** n=109. Edad media 73,4+11,3 años, <65 años 23,9%; >85 años 7,3%. Hombres 67,9%. Media IMC 28,2+4,3Kg/m<sup>2</sup>.

Profesión: Servicios-industria 39,4%. Ex-fumadores 47,7%. Fumadores 13,8%. Consumo alcohol 12,8%. DX: 12+8,5. Tienen Espirometría 80,7%. Patrón: Obstructivo 44%, Mixto 36%. Estadio moderado 32,1%; severo 32,1%. PBD positiva (>12%) 33,9%. No comorbilidad 27,5%. Hipertensión (HTA) 29,4%. Asma 9%. Tratamiento B2-corta acción 76,1%; B2-larga 69,7%; Anticolinérgicos 42,2%; Corticoides inhalados 74,3%; Teofilina 6,4%; Corticoides orales 4,6%; oxigenoterapia domiciliaria 3,7%. VAG 79,8%. VAN 68,8%. No vacunación 20,2%.

Consejo antitabac 100%.

Reagudizaciones 2,4+2,2/paciente/2 años. Ingresos=8,4%. No reagudizaciones 16,5%; Tratamiento Antibiótico 81,7%; Antibiótico + corticoides 50,5%. No diferencias significativas después del análisis estadístico.

**Conclusiones:** Perfil del EPOC: hombre >70 años, con sobrepeso, exfumador, doce años diagnóstico enfermedad, con patrón obstructivo moderado-severo y PBD negativa. Patología concomitante más frecuente HTA y obesidad. Control clínico optimo objetivándose pocas reagudizaciones tratadas y controladas en atención primaria con pocos ingresos hospitalarios.

## P135 ¿DIRECTRICES DE LA SEMFYC-SEPAR PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, LAS CUMPLIMOS?

M. García Vaqué, M. Boira Costa, M. Ferré Ferraté, A. Pi Coll,

S. Loran Valcárcel y N. Allende Muntané

ABS Flix -Àmbit Terres de L'Ebre. Flix. Cataluña

Correo electrónico: miboira@yahoo.es

**Objetivos:** Valorar si seguimos recomendaciones SEMFYC-SEPAR (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria -Sociedad Es-



pañola de Patología del Aparato Respiratorio) para tratamiento pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) según estadio clínico.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio transversal descriptivo. *Ámbito de estudio:* Área Básica Salud Rural.9217 usuarios. *Sujetos:* Pacientes diagnosticados EPOC. *Mediciones e intervenciones:* VARIABLES: Edad, sexo, tabaquismo, patrón espirométrico, estadio y tratamiento según SEMFYC-SEPAR, años diagnóstico, Tratamiento: consejo antitabaco, Vacunación: antigripal (gr), pneumocócica (PN), Broncodilatadores (BD): B2 adrenérgicos corta (B2c), larga (B2L), Anticolinérgicos (anticol) corta(c) y larga (L), corticoides inhalados (cinh), orales, teofilina, oxigenoterapia (O2), rehabilitación (RHB).

**Resultados:** N=109 pacientes. Edad media: 73,4±11, Hombres: 67,9%, Ex-fumadores: 47,7%, fumadores: 13,8%. Media años diagnóstico: 12 ± 8 años. Espirometría 79,8%. Clasificación: Estadio 0: 0%, Estadio I (Leve): 20,7% (18), Estadio II (moderado): 37,9% (33), Estadio III (grave): 41,4% (36).

Estadio leve: vacunados 61,2% (gr/gr+ PN). Exfumadores/no fumadores 94,4%, Tratamiento BD corta 94,5%(B2c66.7% (12) o Anticol 27,8% (4), B2c +Anticol 22,2% (4). Cinh 44%(8).

Estadio moderado: exfumadores/nofumadores: 90,9%, fumador: 9,1% (3), vacunados 84,4% (28) (gr 21,26%, Gr+PN: 63,7%).

BD corta (B2c 75,8% (25), Anticol 36,4% (12) de este un 16% (2) anticol L, B2c+anticol: 30,3%(10), B2 larga 75,8%(25), cinh 72,4%(24), Bd corta+B2L +cinh 51,7% (17), RHB: 0%

Estadio grave: vacunados 83,4 (gripe 5,7% (2), Gr +PN 77,7% (28). Ex-fumadores/nofumadores: 86,2%, fumador: 13,8% (5). Tratamiento: B2c 83,3% (30), Anticol 60% (21), B2c+anticol 55,5% (20) de este un 25%(5) son de larga, B2L 86,1%(31), Cortis inh 91,6%(33), Cortis orales: 5,5 (2), teofilina 16,6%, O2 domiciliario: 8.3% (3), B2L +B2c+cortis inh 69,9(25).

**Conclusiones:** En la gran mayoría cumplimos recomendaciones SEMFYC-SEPAR en cuanto a adecuación tratamiento.

Se observa abuso en uso corticoides inhalados en estadio leve/moderado. Así mismo se observa un inexistente uso de la rehabilitación respiratoria como instrumento terapéutico.

## P136 SOPLANDO DESDE LA PRIMARIA: EVALUACIÓN DEL USO DE LA ESPIROMETRÍA

P. Simonet Aineto, E. Capilla Rodríguez, M. Villanueva Pérez, P. Figuera Sans, C. Bentue Ferrer y A. Viniegra Domínguez

EAP Viladecans-2. Viladecans. Cataluña.  
Correo electrónico: pjsimonet@menta.net

**Objetivos:** Evaluar el uso y la calidad de la espirometría en el centro de salud.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio prospectivo de la medida de la calidad del proceso de realización de espirometrías. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano con población asignada de 30.000 habitantes. *Sujetos:* Espirometrías realizadas de enero 2003 a marzo 2006. *Mediciones e intervenciones:* Dos enfermeras y un médico formados en la prueba realizan la técnica, el control de calidad y informan de los resultados. *Mediciones:* tipo de paciente, motivo de realización, calidad de la técnica según normativa SEPAR, resultados de la prueba.

**Resultados:** Se han realizado 1192 espirometrías (219 en el 2003, 247 en el 2004; 566 en el 2005). Relación hombre/ mujer = 65,3/34,7. Edad media 55,4 años (DS 18,2). Motivo principal de solicitud: diagnóstico/seguimiento EPOC 44,6%; asma 14,4%; estudio disnea 12,9%; tos 6,4%. Son fumadores el 31% y el 33,5% ex-fumadores.

Maniobra de la prueba correcta en el 85,2% de los casos. Causas de maniobra incorrecta: no realización esfuerzo máximo 32%; tiempo de espiración corto 20%; inicio lento 10%; artefactos en la curva 7%.

Se detecta alteración ventilatoria en el 57% de los casos (45% mixta de predominio obstructivo; 30% obstructiva pura). El 12% de las observaciones son muy graves, 22% graves, 31,5% moderadas, 34,5% leves.

**Conclusiones:** El número de espirometrías/año ha ido aumentando.

En atención primaria se puede realizar espirometrías de calidad.

El paciente tipo al que se le practica la espirometría es un hombre de 55 años fumador o ex-fumador y afecto de EPOC.

## P137 ESPIROMETRÍA EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. UNA HERRAMIENTA BÁSICA

N. Sánchez Ruano, E. Sant Arderiu, A. Hervás Docón, M. Navarro, M. Moreno Ubiedo y P. Miró Botella

ABS Casanova; ABS Rosselló; Capse. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 31806nsr@comb.es

**Objetivos:** Valorar la utilización del espirómetro en el centro de atención primaria tras dos años de instauración.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Revisión de espirometrías solicitadas en 2 centros de atención primaria urbanos (AP) de 69.000 habitantes. *Sujetos:* Pacientes citados en la agenda de espirometrías del centro de AP entre mayo 2004-mayo 2006. *Mediciones e intervenciones:* Explotación de datos de registro informático OMI-AP. Variables: sexo, edad, espirometrías realizadas, nuevo diagnóstico o seguimiento de asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), clasificación, educación de inhaladores y radiografía de tórax.

**Resultados:** Espirometrías solicitadas a centro hospitalario de referencia 3 años previos a instauración de espirometría en el centro 280 (129 EPOC; 33 asma; 118 normal). Solicitud de espirometrías en el centro (mayo 2004-mayo 2006) a 519 pacientes (chi2, p<0,05), (51% hombres, edad 57 años DE 18,8). Motivo de solicitud: Nuevo diagnóstico 182(35%): (EPOC 158 (87%), asma 24(13%). Seguimiento 73(14%): (EPOC 66(90%), asma 7 (10%)). No consta 264 (51%). Resultados espirométricos: Obstructivo: 224(43%): leve 166(74%), moderado 45 (20%), grave 13(6%); Restrictivo: 52(10%) Mixto: 35 (7%); Normal 208(40%). Broncodilatadora positiva: 19 (4%). Educación de inhaladores: 15%. Rx tórax 88%. Clasificación asma: intermitente 4 (13%), persistente (leve 3 (10%), moderado 6(19%), grave 1 (3%), no consta 17(55%).

**Conclusiones:** Existe un aumento de solicitudes de espirometrías desde su introducción en el centro de AP, lo que conlleva nuevos diagnósticos de asma y EPOC. Debemos insistir en la espirometría como herramienta básica diagnóstica y de seguimiento de estas patologías respiratorias. Resalta la baja educación de inhaladores, y bajo registro y clasificación de asma respecto a EPOC.

## P138 HIPERTENSIÓN, DIABETES, HIPERCOLESTEROLEMIA... ¿Y EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON EPOC?

Y. Martínez Mateo, P. Cordero Puebla, D. Manso López, M. Medina Díaz, M. Delgado Nicolás y S. Ayala Luna

CS Los Ángeles. Madrid.  
Correo electrónico: yvanaanavy@hotmail.com

**Objetivos:** Evaluar la calidad de la asistencia prestada a pacientes diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* 360 pacientes diagnosticados de EPOC, obtenidos por muestreo aleatorio simple. Nivel de confianza 95%, precisión 5%. *Mediciones e intervenciones:* Fuente de datos: Historia clínica *Mediciones:* Cumplimentación en historia clínica, durante el año 2005 de los criterios de calidad asistencial, seleccionados a partir de las recomendaciones del Programa de Atención Integral del Paciente con EPOC (PRICE) en la Comunidad de Madrid presentado en 2005 por SMFYC, SEMERGEN, NEUMOMADRID: datos sociodemográficos, grado de EPOC, seguimiento clínico, pruebas complementarias, tratamiento, medidas preventivas

**Resultados:** Edad 72,43±7,51años, varones: 86,7%.

En el 8,3%no consta ninguna espirometría en la historia clínica.

Un 683% tenían EPOC leve, 20% moderada y un 11,7% grave. Se recogía el hábito tabáquico en el 70,08% de casos, índice de masa corporal en 53,3%, vacunación antigripal 85%, constan exacerbaciones en el 60%, No hay anotaciones de seguimiento en el 48,4% de historias clínicas durante el 2005:

Pruebas complementarias en 2005: espirometría 41,7% pulsioximetría 6,7%, consta seguimiento en neumología en el 36,7%

El 60% estaban tratados con beta2 de larga duración, 80% con beta2 de corta a demanda, un 63,3% con corticoides inhalados, 51,7% con anticolinérgicos,

**Conclusiones:** Aunque medidas preventivas y actitud terapéutica son aceptables, consideramos claramente deficiente el registro en historia clínica

nica de datos de seguimiento de evolución de la enfermedad y valores espirométricos. Consideramos conveniente la implantación de medidas de mejora en los puntos débiles detectados, como parte inicial del ciclo de calidad

### P139 ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LAS ESPIROMETRÍAS REALIZADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Martínez Eizaguirre, M. Irizar Aranburu, A. Valdivielso de la Calle, A. Uria Azpiazu, R. San Vicente Blanco y E. Aguirre Canflanca

Grupo de Trabajo de Respiratorio de la Sociedad Vasca. CS de Villabona; CS Idiazabal; CS Lizartza. Villabona. País Vasco.  
Correo electrónico: jmmartineze@papps.org

**Objetivos:** *Principal:* determinar la validez de las espirometrías realizadas en las Unidades de Atención Primaria (UAP) de nuestra provincia. *Secundarios:* Conocer los errores más comunes cometidos. Comprobar la relación existente entre dicha validez con la edad del enfermo. Determinar la concordancia interindividual en la interpretación de la validez y patrón.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Diez espirometrías de cada UAP de nuestra provincia. *Mediciones e intervenciones:* Se recopiló las diez últimas espirometrías realizadas en el mes de noviembre de 2004 de todas las UAP de nuestra provincia. Estas fueron analizadas independientemente por dos médicos de familia expertos en espirometrías. Se consideró aceptable cuando cumplían todos los criterios de la ATS.

**Resultados:** de las 41 UAP de nuestra provincia enviaron las espirometrías 30. Tras eliminar las ilegibles, se analizaron 288. El 50,4% eran de varones. La media de edad fue 48 con un rango de 7 a 83 años. La tasa de espirometrías aceptables fue del 47,9%. El error más común fue el tiempo de espiración que era excesivamente corto en un 35%. No hubo diferencias significativas entre la calidad de las espirometrías y la edad del enfermo. El índice de concordancia Kappa fue del 0,728 para la aceptabilidad y del 0,870 para el patrón.

**Conclusiones:** La mitad de las espirometrías realizadas en AP son aceptables. El error más común es no prolongar la espiración. La edad del paciente no influye en la calidad de las espirometrías. La concordancia interobservador es buena para la aceptabilidad y muy buena para interpretar el patrón.

### P140 PREVALENCIA DE ASMA EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS EN UN COLEGIO DE ÁREA URBANA

M. Marcos Calvo, Ó. Esteban Jiménez, V. Pujol Aymerich, E. de la Figuera Von Wichmann, F. González Rubio y A. Sebastián Ariño  
CS Delicias Sur. Zaragoza. Aragón.  
Correo electrónico: mariapilarmarcos@gmail.com

**Objetivos:** Conocer las características de la clínica compatible con asma en una población escolar.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Transversal y observacional. *Ámbito de estudio:* Colegio Público de Educación Primaria de área urbana. *Sujetos:* 137 niños de entre 7 y 11 años pertenecientes a los cursos 2º, 4º y 6º de educación primaria. *Mediciones e intervenciones:* Se pasó el cuestionario ISAAC (Estudio Internacional de Asma y Alergia en la Infancia) en el período entre Abril y Mayo de 2006 para su autocumplimentación tras la explicación del mismo.

**Resultados:** Se estudiaron 137 niños con edad media 9.03 años de los que 83 eran mujeres (60,6%) y 54 varones (39,4%).

33 niños (24,1%) habían presentado sibilancias alguna vez en su vida y 12 niños (8,8%) las habían presentado en el último año, de estos, el 25% habían sufrido más de 12 ataques/año, el 16,6% habían sufrido entre 4 y 12 ataques/año y el 33,2% sufrieron entre 1 y 3 ataques/año.

De los 33 niños con sibilancias, 15 de ellos (45,4%) presentaron despertares nocturnos a causa de las mismas (40% una o más noches por semana y el 60% presentaron menos de una noche por semana).

54 niños (39,4%) relataron pitidos durante o después del ejercicio en los últimos 12 meses.

**Conclusiones:** La encuesta ISAAC es factible, reproducible y fácil de usar en nuestro medio. En nuestro estudio, la prevalencia de sibilancias en el último año es de 8,8%, ligeramente inferior a la media del estudio ISAAC que fue de un 9,6% y se sitúa en un punto intermedio respecto a los estudios realizados en las distintas ciudades españolas.

### P141 ¿ATENDEMOS CORRECTAMENTE A NUESTROS PACIENTES ASMÁTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

M. López Navarro, I. Ayala Viguera, J. Menárguez Puche, F. Crespo Ramos, A. Nieto Fernández-Pacheco y P. Alcántara Muñoz

CS Molina-La Consolación. Molina de Segura. Murcia.  
Correo electrónico: stronchi@hotmail.com

**Objetivos:** Describir calidad de atención a pacientes asmáticos en un Centro de Salud

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo, retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Población Diana: 749 pacientes diagnosticados de asma, atendidos por 12 Médicos de Familia. Muestreo aleatorio estratificado por cupo (confianza=95%, precisión=10%). *Mediciones e intervenciones:* Se valoró según médico y acreditación docente: uso adecuado de antibióticos en reagudizaciones, petición de espirometría, educación sanitaria, programación de revisiones, y tres criterios de calidad sobre diagnóstico correcto (C1), clasificar severidad asma (C2) y tratamiento secuencial (C3) basadas en recomendaciones clínicas clave del National Asthma Education and Prevention Program. Se utilizó cumplimiento de criterios, Diagrama de Pareto, X2, T Student y ANOVA.

**Resultados:** Se evaluaron 96 pacientes (43,8% de cupos docentes). Fármacos más usados fueron broncodilatadores de acción corta (BDC=81,3%) y esteroides inhalados (78,1%). Se utilizaron antibióticos incorrectamente en 23,9% de reagudizaciones. En 21 casos se solicitó espirometría diagnóstica. Diagnóstico correcto en 29 casos (IC=30,2±9,2%), clasificando la severidad en 13 (IC=13,5±6,8%) y tratando adecuadamente a 76 (IC=79,2±8,1%). Hubieron diferencias según médicos para uso correcto de antibióticos (p<0,01), petición de espirometrías (p<0,0001), revisiones (p<0,0001), educación sanitaria (p<0,01) y criterios de calidad (p<0,0001). Los médicos docentes pidieron más espirometrías (p<0,01), realizaron más revisiones y educación sanitaria (p<0,001) y prescribieron mejor antibióticos (p<0,05) y combinaciones esteroides-broncodilatadores (p<0,05). Los resultados en calidad fueron mejores (C1 y C2, p<0,01).

**Conclusiones:** Identificamos dos grandes problemas a resolver: la variabilidad en la atención entre diferentes médicos y el uso insuficiente de espirometrías que lleva a un número elevado de diagnósticos incorrectos.

### P142 PRICK-TEST EN PRIMARIA: SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA

E. Carpintero Rubio, M. Fraile Martín, E. Vilert Garrofa, M. Pallarès Segarra, J. Lisbona Ginesta y B. Avilés Huertas  
ABS-Palafrugell; UD del SSIBE. Palafrugell. Girona. Cataluña.  
Correo electrónico: evilert@hospal.es

**Objetivos:** Analizar todos los prick-test realizados desde su implantación en atención primaria así como su resultado.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Realizado en una comarca de 120.000 habitantes - 6 ABS- entre Mayo 2000 - Abril 2006. *Sujetos:* Muestra: 1813 prick-test realizados. *Mediciones e intervenciones:* Se valoran: datos filiación, sexo, edad, procedencia, motivo petición (rinitis, conjuntivitis, asma, cutánea), tipo test realizado, resultado, relación entre motivo petición y resultado.

**Resultados:** de los 1.813 tests realizados, 57,4% corresponden a mujeres y 42,5% a varones.

La gran mayoría de pruebas se han solicitado desde Atención Primaria (75,45%).

De todos los prick-test realizados han sido positivos un 60,3% y negativos un 39,7%.

Han tenido resultados positivos un 56% de las mujeres y un 65% de los hombres.

Los pacientes que consultaron por rinitis, conjuntivitis, asma y clínica cutánea tuvieron todos un prick-test positivo; por rinitis, conjuntivitis y asma un 83%; por rinitis y conjuntivitis un 72%.

Los que sólo consultaron por asma fueron positivos un 43,9%, sólo por rinitis un 44,7%, sólo por conjuntivitis fueron todos negativos y los 2 pacientes que sólo consultaron por problemas dermatológicos fueron ambos positivos.

**Conclusiones:** El total de prick-test con resultado positivo es menor a lo esperado. Los prick-test se solicitan más a las mujeres que a los varones pero el porcentaje de resultados positivos es más alto entre los hombres

que entre las mujeres. A mayor número de síntomas mayor es la probabilidad de obtener un resultado positivo.

## Hipertensión arterial

### P202 RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN (CMP) DE INDICADORES DE CALIDAD MÍNIMOS (ICM) Y EL GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL (PA) EN PACIENTES HIPERTENSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

C. Tejero Catalá, V. Palop Larrea, J. Navarro Pérez, J. González Perales, J. Minguez Platero y J. Redón Más

CS de Catadau; CS de Algemés; CS Salvador Pau; Hospital de la Ribera; Hospital Clínico. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: ctejero@hospital-ribera.com

**Objetivos:** El objetivo fue evaluar si mejorar en la cumplimentación (CPM) de los indicadores de calidad mínimos (ICM) aumenta el control de cifras de PA.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* 1) Seleccionamos 250 hipertensos por muestreo aleatorio sistemático del fichero de hipertensos del centro. 2) Escogimos los ICM por consenso del grupo investigador a partir de las guías nacionales e internacionales de HTA teniendo en cuenta: a.- cumplir los requisitos que definen un ICM 1,2, b.- concordancia entre guías y c.- año de actualización en guía. 3) Se evaluó la CPM de los ICM. 4) Se midió el grado de control de PA estableciendo tres grados: óptimo, subóptimo y mal control. 5) Se valoró la relación entre la CPM de los ICM en visita anual respecto a primera visita y su correspondencia con el grado de control de PA. *Ámbito de estudio:* ver método. *Sujetos:* Ver método. *Mediciones e intervenciones:* Ver método. **Resultados:** El registro en primera visita fue inferior al 50%.

El registro en visita anual fue superior al 50%.

Menor registro: auscultación cardíaca y fondo de ojo.

Para glucemia, colesterol, creatinina, ácido úrico, potasio, EKG y fondo de ojo el aumento de registro en la visita anual respecto a la primera visita fue estadísticamente significativo.

El aumento de control en la visita anual respecto a la primera visita también fue significativo.

**Conclusiones:** Aunque no podemos confirmar si aumentar CPM de los ICM repercute en el grado de control de PA, sí que refleja como el grado de control y la CPM siguen una progresión paralela

### P203 ¿CONTROLAMOS LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE NUESTRO CENTRO?

M. Sousa Rodríguez, J. Ortiz Sánchez, V. Gómez Hernando, E. Gallego Gómez-Hernando, R. Sánchez González, M. Figueroa Martín-Buitrago

EAP San Blas. Parla. Madrid.

Correo electrónico: rsanchez.gapm10@salud.madrid.org

**Objetivos:** Determinar el grado de control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con Hipertensión Arterial (HTA) en nuestro ámbito

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Muestra de 398 pacientes hipertensos seguidos en nuestro centro según muestreo aleatorio simple. *Mediciones e intervenciones:* Variables: demográficas, antecedentes personales, tratamientos antihipertensivos, patologías concomitantes, FRCV, variables clínicas y bioquímicas de control

**Resultados:** Mujeres 56,3%. Edad media: 60,7 años. El 12,8% tenía antecedentes cardiovasculares siendo el más frecuente el ángor (5,3%). El 12,8% no usa ningún fármaco antihipertensivo. Los fármacos más usados son: diuréticos (50,3%), IECAS (46,7%) y beta-bloqueantes (18,6%). El 52,8% de los pacientes habían realizado una revisión clínica completa en el último año. El 23,1% presenta diabetes mellitus (DM) (el 32,6% de ellos con buen control), el 41,7% dislipemia (el 42,1% de ellos con buen control), el 20,9% es fumador activo y el 46,2% obeso. El grado de control de la HTA es menor en pacientes con DM que en los no DM (25% vs 68,6%,  $p < 0,001$ ), a pesar de usar un número significativamente mayor

de fármacos (1,85 vs 1,33,  $p < 0,001$ ). El grado de control de las cifras de TA en el último año es independiente de haber realizado revisión anual  
**Conclusiones:** El grado de control de los FRCV en nuestros pacientes con HTA es deficitario, especialmente en lo referente a la obesidad, al control glucémico y al tabaquismo. Además, los pacientes con DM presentan peor control de cifras tensionales. Apenas la mitad de los pacientes ha realizado revisión clínica completa en el último año

### P204 NIVELES DE 8-OXO-DEOXYGUANOSINA (8-OXO-DG) URINARIOS EN LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL ESTRÉS OXIDATIVO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

M. Martínez, O. Espinosa, J. Jiménez, F. Chaves, M. Tormos y J. Redón

CS Salvador Pau. Unidad de Hipertensión del Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico. Departamento de Bioquímica y Medicina Molecular, Facultad de Medicina. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: maitemartinez3@yahoo.es

**Objetivos:** Evaluar la relación existente entre la excreción urinaria de 8-oxo-dG y el nivel de estrés oxidativo en pacientes con HTA antes y después del tratamiento antihipertensivo.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio de intervención de brazos paralelos abierto. *Ámbito de estudio:* Los pacientes fueron seleccionados de Centro de Salud Salvador Pau y de Consultas Externas de Medicina Interna, durante un año. *Sujetos:* 77 pacientes con HTA en ausencia de tratamiento antihipertensivo y en 26 de ellos durante el tratamiento. *Mediciones e intervenciones:* Se evaluaron parámetros de estrés oxidativo en los mononucleares de sangre periférica [niveles de GSH, 8-oxo-dG genómica y mitocondrial, y GSSG] y se midió la excreción urinaria de 8-oxo-dG en la primera orina de la mañana controlándose para el grado de dilución por la creatinina urinaria.

**Resultados:** En los pacientes en situación basal existía aumento del cociente GSSH/GSH así como de 8-oxo-dG genómica y mitocondrial, que disminuyeron durante el tratamiento en los 26 pacientes que se analizaron tanto en situación basal como durante el tratamiento antihipertensivo. Existía una correlación positiva y significativa entre los valores de 8-oxo-dG y el cociente GSSH/GSH ( $r = 0,65$ ,  $p < 0,001$ ), 8-oxo-dG genómico ( $r = 0,51$ ,  $p < 0,01$ ) y 8-oxo-dG mitocondrial ( $r = 0,54$ ,  $p < 0,01$ ). Finalmente se estudió si la excreción urinaria de 8-oxo-dG es más o menos dependiente del 8-oxo-dG genómico o mitocondrial mediante regresión lineal múltiple. El 8-oxo-dG urinario depende fundamentalmente del 8-oxo-dG mitocondrial ( $p < 0,001$ ),  $R^2$  0,28, pero no del genómico ( $p = 0,886$ ).

**Conclusiones:** La determinación urinaria de 8-oxo-dG urinaria es un buen marcador del estrés oxidativo y depende del impacto del estrés oxidativo en el ADN mitocondrial.

### P205 ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, LESIÓN DE ÓRGANOS DIANA Y ENFERMEDADES CLÍNICAS ASOCIADAS EN UNA AMPLIA POBLACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS

J. Méndrida Rodríguez, R. Wolfgeschaffén Torres, C. Ramírez Arrizabalaga y A. Criado Millán

CS Alcalde Bartolomé González; CS Presentación Sabio; CS Alameda de Osuna; Hospital de Móstoles. Móstoles, Madrid.

Correo electrónico: jmendridar@msn.com

**Objetivos:** Describir las características clínico-epidemiológicas de la población española con HTA esencial.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. *Ámbito de estudio:* Ámbito nacional (España). *Sujetos:* Pacientes hipertensos tratados o de nuevo diagnóstico de consultas de Atención Primaria. *Mediciones e intervenciones:* Se analizaron la presencia de Factores de Riesgo de Enfermedad Cardiovascular (FRECVC), de Lesión de Órganos Diana (LOD) y de Enfermedades Clínicas Asociadas a HTA (EECCAA). Se fijó como aceptable una pérdida de datos  $< 10\%$  ( $< 321$ ). Paquete Estadístico SPSS, versión 11.5.

**Resultados:** 3.213 pacientes (hombres 49,1%, mujeres 50,9%), edad media de 63,8 años, fundamentalmente de etnia caucásica (96,8%). Los resultados (%) obtenidos fueron: FRECV: Diabetes Mellitus 28,8; Enfermedad CV prematura familiar 21,6; Microalbuminuria 13,4; Triglicéridos elevados 29,6; HDLc bajo 28,5; Colesterol total elevado

53,7; Sedentarismo 63,2; Obesidad 46,4; Tabaquismo 31,5 LOD: Hipertrofia VI 23,7; Creatinina ligeramente elevada 16,0; Proteinuria 8,8; Arteriosclerosis (Placas de ateroma) 1 1,7; Retinopatía hipertensiva 7,9; EECCA: Cardiopatía isquémica 13,4; Arteriopatía periférica 11,9; Insuficiencia cardíaca 5,9; Enfermedad Cerebrovascular 8,2; Enfermedad Renal 7,0

**Conclusiones:** En esta amplia muestra es frecuente la presencia de múltiples FRECV.

Las LOD más frecuentemente encontradas fueron las cardíacas, seguidas de las renales.

Las EECCA a HTA más frecuentes fueron las cardiovasculares. La incidencia de enfermedad cerebrovascular y renal es baja

## P206 ¿SER INMIGRANTE INFLUYE EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

L. Palacios Soler, L. Camps Vilà, M. Fàbregas Eскурriola, M. Vilapana Coscolluela, A. Dalfó-Baqué

CAP Gòtic. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: kashuo@yahoo.com

**Objetivos:** Determinar si ser inmigrante influye en el control de la presión arterial.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Pacientes con hipertensión arterial (HTA) de los que se conocía el origen, atendidos entre el 01/01/2000 y el 01/07/2005. *Mediciones e intervenciones:* Mediante historia clínica informatizada, se recogieron: origen, edad, sexo, índice de masa corporal, presión arterial, factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, dislipemia y tabaquismo), exploraciones complementarias (análisis anual, ECG bianual) y fármacos prescritos. Mediante regresión logística, se estimó el efecto del origen en el control de la HTA. Se incluyeron aquellas variables que en el análisis bivariable mostraron diferencias significativas; se buscó el modelo óptimo teniendo en cuenta interacciones y factores de confusión.

**Resultados:** Se incluyeron 1073 pacientes hipertensos, 941 autóctonos y 132 inmigrantes. La mediana de edad de los autóctonos e inmigrantes es de 65,8 y 46,8 años, respectivamente. Se consiguió un buen control de la tensión arterial en un 39,2% de los autóctonos y en un 25,0% de los inmigrantes ( $p=0,002$ ). En el modelo multivariante se incluyeron: origen con una OR de 1,2 (IC95% 0,8-1,9), edad con una OR de 1,03 (IC95% 1,02-1,04) y número de fármacos con una OR de 0,8 (IC95% 0,6-1,1) para un fármaco y 0,7 (IC95% 0,6-1,0) para dos o más fármacos.

**Conclusiones:** La diferencia de edad podría explicar las diferencias encontradas en el control de la tensión arterial a nivel bivariable entre inmigrantes y autóctonos aunque el origen no parece influir cuando se ajustó para el resto de las variables.

## P207 PATRONES DE CONSUMO DE ALIMENTOS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS TRABAJADORES EN RELACIÓN AL RIESGO CARDIOVASCULAR. PLAN DE PREVENCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

E. Calvo Bonacho, J. Sainz Gutiérrez, M. Cabrera Sierra, C. Fernández-Lavandera, M. Sánchez Chaparro y J. Román García

Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social N° 274. Madrid.

Correo electrónico: mcabrerass@saludalia.com

**Objetivos:** Analizar los patrones de consumo de alimentos y de actividad física de los trabajadores y su relación con el riesgo cardiovascular.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional cuyos sujetos son los trabajadores que acudieron a reconocimiento médico a quienes se les aplicó un cuestionario autoadministrado. El cálculo del riesgo vascular se obtuvo mediante el Score Europeo, considerándose alto riesgo, el riesgo relativo mayor de 4. *Ámbito de estudio:* Mutua de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. *Sujetos:* Trabajadores que acudieron a reconocimiento médico. *Mediciones e intervenciones:* Aplicación de cuestionario autoadministrado sobre consumo de alimentos y actividad física. El cálculo del riesgo vascular (RV) se obtuvo mediante el Score Europeo.

**Resultados:** Se estudiaron 52.953 sujetos (72,33% hombres, 27,67% mujeres), 36,09% menores 30 años, 32% entre 30 y 40 años y 20,65% entre

40 y 50 años. El 53,42% pertenecía al sector servicios, el 24,41% al de la construcción, 20,20% al industria y el 1,97% agrario. El patrón de consumo alimenticio de los trabajadores varones, menores de 30 años y de los sectores de la construcción y agrario era menos saludable. Entre los factores cardiovasculares más relevantes se obtuvieron datos respecto a la DM y HTA. La prevalencia de DM fue del 2,25%, siendo para la HTA, el 21,31%. Consumiendo diariamente lácteos (DM=78,18%, HTA=71%), verduras (DM=43,87%) e hidratos de carbono (DM=44,88%, HTA=41,29%), patatas 1 ó 2 veces por semana (DM=53,54%, HTA=46,49%), o legumbres (DM=43,51%, HTA=56,31%) y dulces ocasionalmente (DM=38%, HTA=31,98%). Alrededor de un 40% de los trabajadores de alto riesgo realizaba una comida fuera de su domicilio. Durante el tiempo libre, sólo uno de cada 5 sujetos de riesgo cardiovascular moderado o alto, desarrolla ejercicio físico regular.  $p<0,05$ .

**Conclusiones:** Se deben intensificar las recomendaciones sobre estilo de vida, especialmente en los sujetos obesos, diabéticos e hipertensos.

## P208 FIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS

C. Sanchis Doménech, J. Quintana Ortiz, J. Soler Torró, M. Benavent Company, R. García Calleja y M. Morera Llorca

Grupo de estudio de AMPA La Ribera/La Safor. CS Algemés, Departamento de Salud 11. Algemés. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: csanchis@ribera10.com

**Objetivos:** Estimar el porcentaje de pacientes que informan incorrectamente a su médico de las mediciones de la Presión Arterial (PA) obtenidas con AMPA.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio transversal de fiabilidad realizado en ZBS. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Hipertensos adultos seleccionados al azar de las historias clínicas. *Instrumentación:* Se adiestro al paciente en la utilización del esfigmomanómetro automático OMRON 705CP, haciéndole entrega del equipo, las instrucciones de la automedida y la hoja de registro de PA, fecha y hora. *Determinaciones:* El paciente se tomó la PA en 8 ocasiones, 2 por la noche 2 por la mañana, durante 2 días consecutivos, anotaba (PAS, PAD, FC) y se registraba en la memoria.

**Resultados:** Se seleccionaron 102 pacientes, 85 validos con una media de edad de 64,9 años (46,3% varones).

Comparando los registros del paciente con los datos observados en la memoria, el 55,3% presentaron algún error.

Por valores "No Existía diferencias" para la PAS 72,4%, PAD el 69,0%, FC el 70,6%. Detectamos qué "existía diferencias en uno" de los valores en el 18,4% PAS, el 19,5% PAD y el 21,2% FC. Existían 2 o más diferencias para la PAS en el 9,2%, PAD el 11,5% y FC en el 8,2%.

Se detectaron en la PAS más errores los pacientes que presentaban medios o superiores (41,7% vs 20,6%;  $p=0,047$ ).

**Conclusiones:** Existe un moderado porcentaje de errores a la hora de informar de AMPA al médico. En mayor grado en las personas que presentan estudios superiores o medios para la PAS.

## P209 MAPA: UNA HERRAMIENTA ÚTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA

O. Mayans Porras, T. Camacho Pizarro, M. Martínez Maldonado y M. Pedregal González

CS del Molino de la Vega; UD de MFyC. Huelva. Andalucía.

Correo electrónico: mpedre@inicia.es

**Objetivos:** a) Descripción de los pacientes seleccionados y sus registros de MAPA, b) Comparación de las cifras tensionales obtenidas en consulta y mediante MAPA, c) Valoración de la indicación de tratamiento anti-hipertensivo

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Observacional descriptivo. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* 55 pacientes seleccionados consecutivamente. *Mediciones e intervenciones:* 55 registros de MAPA. *Variable dependiente:* cifras de tensión arterial obtenidas mediante MAPA. *Independientes:* a) motivo indicación de la MAPA, b) cifras de TA medida en consulta de forma estandarizada, c) edad, sexo, IMC, perímetro abdominal, d) tabaquismo, dislipemia, diabetes, e) antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular, f) medicación antihipertensiva. *Análisis estadístico:* proporciones, medidas de dispersión, resúmenes numéricos y test de la T.

**Resultados:** 52,17% mujeres. La edad fue de 59,7 años (DT 11,6). Los patrones circadianos de tensión arterial fueron: reductor (49,1%), no reductor (40%), elevador (10,9%). La media de TA tomada en consulta fue 152,2/89,9 mmHg, y mediante MAPA 130,2/75,2 mmHg. Las diferencias obtenidas al comparar las medias fueron: para la TA sistólica 22 mmHg (18,4-25,6) con  $p < 0,01$ , para la TA diastólica 14,7 mmHg (12,2-17,2) con  $p < 0,01$ . Se pauta tratamiento antihipertensivo al 42,9% de los que no tomaban medicación previamente, y se cambia al 53,1% de los que sí tomaba. **Conclusiones:** Las cifras de TA medidas con MAPA son más bajas que las obtenidas en consulta. La MAPA es una herramienta útil para optimizar el diagnóstico y tratamiento de la HTA.

## P210 ¿ES LA PRESIÓN DE PULSO UN FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR INDEPENDIENTE? ESTUDIO DE COHORTES

Y. García Navarro, J. Baena Díez, P. Carceller Sales, M. Hernández Ibáñez, C. Pozo Díaz y M. García Lareo

CS La Marina. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: jmbaena.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos:** Estudiar si la presión de pulso (PP) es un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) independiente, al no disponerse de estudios prospectivos en nuestro medio

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio de cohortes, prospectivo. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* 932 pacientes de 35-84 años sin enfermedades cardiovasculares, seguidos 5 años, seleccionados por muestreo aleatorio simple de los pacientes asignados a dos Centros de Salud. *Mediciones e intervenciones:* Variable de respuesta: aparición de algún evento cardiovascular (EC), mortal o no mortal, en forma de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o arteriopatía periférica de extremidades inferiores. Variable predictiva principal: PP elevada, definida como una diferencia  $> 60$  mmHg entre presión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD). Variables predictivas secundarias: edad, sexo, tabaquismo y diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y diabetes mellitus (DM). Los resultados se analizaron mediante modelos de Cox, expresando el resultado en forma de hazard ratio (HR).

**Resultados:** La edad media fue de 57,0 años (DE 12,4), con un 59,8% de mujeres. Se contabilizaron 51 EC (5,5%; IC95% 4,2-7,1). El 33,9% tenían una PP elevada. El HR sin ajustar de la PP elevada para presentar algún EC fue de 2,1 (IC95% 1,2-3,6), superior al de la HTA (HR 1,8; IC95% 1,1-3,1). En el modelo seleccionado se ajustó el efecto por edad, sexo, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, DM, TAS y TAD, disminuyendo el HR hasta 1,3 (IC95% 0,5-3,4), observándose una importante modificación del efecto a expensas de la edad y la TAS.

**Conclusiones:** Aunque la PP elevada parece comportarse como un importante FRCV, está muy influenciada por otros FRCV ya conocidos.

## P211 FACTORES RELACIONADOS CON LA PRESCRIPCIÓN DE TIAZIDAS

S. Baz Montero, F. Atienza Martín, V. Coronado Vázquez, A. Ordoñez Soto, D. Soriano Ramírez y J. Domínguez Vega

Distrito Sanitario Huelva-Costa. Huelva. Andalucía.

Correo electrónico: sbazmontero@terra.es

**Objetivos:** Analizar la variabilidad en el uso de tiazidas de los médicos de un Distrito Sanitario durante un año en relación a las variables formación MIR o no, ámbito rural o urbano, unidad de gestión clínica (UGC), centro docente o no.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal durante el año 2005. Tratamiento de datos con SPSS 11.0 para Windows. Prueba T para formación, localización, docencia y fórmula de gestión en relación al % de tiazidas prescritas. *Ámbito de estudio:* Distrito Sanitario con una Población de 260700 personas de referencia. *Sujetos:* Médicos de un Distrito Sanitario mixto (urbano, rural). *Mediciones e intervenciones:* Análisis del porcentaje de prescripción de tiazidas en dosis diaria definida con respecto al total de antihipertensivos.

**Resultados:**

Tamaño de la muestra: 161

Formación MIR: 28,6%

Urbanos: 53,4%

Unidades de Gestión: 28,6%

Centros docentes: 34,8%

Existen diferencias estadísticamente significativas en las variables formación MIR (17,63 vs 13,47); UGC (sí 17,57 vs 13,49), centro docente (17,49 vs 13,15). No existe diferencia estadísticamente significativa entre el ámbito rural y el urbano.

Estos tres factores explican, en el análisis multivariante el 24% de la varianza ( $r^2 = 0,24$ )

**Conclusiones:** Los médicos que trabajan en UGC y en centros docentes y formación vía MIR tienen un mayor porcentaje de prescripción de tiazidas, lo que se ajusta mejor a las indicaciones de las Guías de Práctica Clínica más relevantes.

## P212 ¿INFLUYE EL HECHO DE SER INMIGRANTE EN EL CRIBADO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

L. Camps Vilà, L. Palacios Soler, M. Fàbregas Escuriola, M. Vilaplana Coscolluela, M. Benítez Camps y A. Dalfó-Baqué

CAP Gòtic. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: laura.camps@gmail.com

**Objetivos:** Analizar el efecto del origen del paciente en el correcto cribado de la hipertensión arterial (HTA).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria, equipo urbano. *Sujetos:* Pacientes asignados y atendidos del 01/01/2000 al 01/07/2005 con registro del país de origen. *Mediciones e intervenciones:* Mediante historia clínica informatizada, se recogen: país de origen, edad, género, factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo, IMC  $\pm 27$ ) y cribado correcto o no de la HTA. Se realiza una regresión logística para estimar el efecto del origen en el correcto cribado de la HTA, incluyendo aquellas variables del análisis bivariable con diferencias significativas. Se busca el modelo óptimo analizando las interacciones y factores de confusión.

**Resultados:** Se incluyeron 5305 autóctonos y 3115 inmigrantes. Análisis bivariable: se realiza un correcto cribado de la HTA en un 94,6% de los autóctonos y en un 94,3% de los inmigrantes (OR 1,00; IC95% 0,99-1,01). En función del correcto/incorrecto cribado se encuentran diferencias en: diabetes mellitus (OR 4,4; IC 95% 1,6-11,8), dislipemia (OR 2,9; IC95% 1,7-4,8), IMC  $\pm 27$  (OR 2,07; IC95% 1,07-4,5) y edad ( $p < 0,05$ ). Después del análisis de interacciones y factores de confusión, entran en el análisis multivariante las variables: origen, edad y IMC  $\pm 27$ . No se encuentran diferencias en el cribado en función del origen (OR 1,4; IC95% 0,9-2,1).

**Conclusiones:** En la atención primaria, una vez ajustado el modelo, se puede concluir que se realiza un correcto cribado de la HTA en similar proporción entre los autóctonos y los inmigrantes.

## P213 RIESGO CARDIOVASCULAR E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD

A. Pina Sanz, C. García Fernández, M. Altozano Moreno, F. Gutiérrez Moreno, C. Sanz Andrés y J. Torrecilla Conde

CS Bombarda. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: arancha\_pina@yahoo.es

**Objetivos:** 1. Estratificar riesgo cardiovascular (RCV) en hipertensos conocidos y no conocidos. 2. Conocer prevalencia de HTA, identificando los no conocidos. 3. Establecer grado de control. 4. Describir tratamiento y control.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo. Población adulta de nuestro centro de salud (15.828 personas). Muestra: 343, aleatoria, durante febrero y marzo del 2006. Se recogieron, factores de RCV, lesiones de órgano diana, entidades asociadas y tratamiento. Realizamos la media de dos determinaciones de tensión arterial, en condiciones estándar. Se clasificaron en 5 grupos, según riesgo cardiovascular, siguiendo guías europeas. *Ámbito de estudio:* Centro de salud. *Sujetos:* Muestra: 343, aleatoria, durante febrero y marzo del 2006. *Mediciones e intervenciones:* Medición de tensión arterial en condiciones standar.

Recogida de datos sobre factores riesgo, lesiones órgano diana, diabetes y entidades clínicas asociadas. Clasificación según riesgo cardiovascular.

**Resultados:** 115 varones y 217 mujeres, edad media: 56 años. Un 30% se conocían hipertensos. La prevalencia desconocida 16%. Entre los cono-



cidos, 9% seguían sólo medidas higiénico-dietéticas, 45% monoterapia, 27% dos fármacos, y 14% tres o más. Grado de control: hipertensos conocidos 32%, medidas higiénico-dietéticas 33%, con un fármaco se consigue el mayor control, 43%, con asociación farmacológica no se mejora el control. Los hipertensos conocidos: RCV añadido moderado 37%, alto o muy alto 48%; los no conocidos: 57% y 36% respectivamente.

**Conclusiones:** 1. El RCV en hipertensos conocidos es mayor que en no conocidos. 2. La prevalencia de HTA es 46%, un 16% desconocida. 3. Sólo se controla el 32% de los tratados. 4. La asociación farmacológica no alcanza los objetivos de control.

## P214 HIPERTENSIÓN ARTERIAL E INSUFICIENCIA RENAL ¿CÓMO LO HACEMOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA? RESULTADOS ESTUDIO DISEHTAE 2003

E. Martín Rioboo, L. Vara González, M. Benítez Camps,  
J. Almazán Altuzarra, L. González Elena y L. Otegui Lladuya

Grupo de trabajo DISEHTAE. Estudio multicéntrico en 17 Comunidades Autónomas.

Correo electrónico: 32211mbc@comb.es

**Objetivos:** Conocer el porcentaje de hipertensos atendidos en los centros de salud (CS) españoles que presentan un deterioro de la función renal (FR), y el grado de control de su presión arterial (PA).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* transversal multicéntrico de ámbito nacional. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria (AP). *Sujetos:* Muestra aleatoria de 6.113 historias clínicas de hipertensos, de 107 CS. *Mediciones e intervenciones:* Auditoría externa. Variables: edad, sexo, cifras de creatinina (Cr) (deterioro de FR: Cr > 1,4 mg/dL -mujeres- o > 1,5 mg/dL -varones-) y de PA, filtrado glomerular (FG).

**Resultados:** En el 59,3% de los casos constaba un registro de Cr en 2003. En un 2,6% (IC: 2,3-3,1) de las historias, un 2,2% (IC: 1,8-2,8) de las mujeres y un 3,2% (IC: 2,5-4,0) de los varones constaba deterioro de FR ( $P < 0,05$ ). Un 24,2% de los pacientes presentaba FG < 60 ml/min con cifras de Cr normales.

Media de edad: 73,7 años (DE: 11,1), Tiempo medio desde el diagnóstico de hipertensión: 10,2 años (DE: 6,4).

Prevalencia de diabetes: 32%. El 96% recibía algún fármaco antihipertensivo. de ellos, el 67% recibía 2 o más fármacos. El grupo terapéutico más utilizado eran los diuréticos (55,3%). El 44,7% recibía antiagregación. El 19,3% (IC: 13,6-26,4) presentaba cifras de PA < 130/80 mmHg.

**Conclusiones:** El deterioro de FR es frecuente entre los hipertensos atendidos en los CS españoles. El porcentaje de pacientes con insuficiencia renal oculta es alto.

El control de la PA en estos pacientes es insuficiente ya que en sólo 1 de 5 resulta aceptable.

## P215 ESTIMACIÓN DE LA REDUCCIÓN PROGRESIVA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN UN CONJUNTO DE MEDIDAS CONSECUTIVAS REALIZADAS MEDIANTE UN MONITOR AUTOMÁTICO EN AUSENCIA DE PERSONAL SANITARIO

M. Martínez Iglesias, I. Alonso Alonso, M. Díaz Cabado,  
G. González Tabeada y P. Marquín Lacalle

CS Sárdoma; Dpto. Teoría de la Señal - Universidad de Vigo; CS Nicolás Peña;  
CS López Mora. Vigo. Galicia.

Correo electrónico: malul@telefonica.net

**Objetivos:** Comprobar si se reduce progresivamente la Presión Arterial (PA) a medida que se repiten medidas mediante un monitor automático en ausencia de personal sanitario.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Observacional y prospectivo. *Ámbito de estudio:* Determinación y estimación de la PA. *Sujetos:* Catorce hombres y 26 mujeres, con riesgo cardiovascular promedio o añadido bajo según los criterios de la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH). *Mediciones e intervenciones:* Trece determinaciones de PA Sistólica (PAS) y Diastólica (PAD) a intervalos de 2 minutos mediante un monitor automático en ausencia del personal sanitario y siguiendo las recomendaciones de la SEH. Se compararon poblacionalmente los promedios de medidas consecutivas mediante Intervalos de Confianza (IC) del 95% y contrastes para datos pareados (t-Student).

**Resultados:** Para los hombres la diferencia media entre el promedio de las tres primeras medidas y de las tres siguientes de PAS fue de 3,4

mmHg (IC (1,1, 5,6), p-valor = 0,0067). Para la PAD, 2,8 mmHg (IC (1,3, 4,3), p-valor = 0,0014). En el caso de las mujeres, la diferencia media entre la primera y la segunda medida de PAS fue de 2,5 mmHg (IC (0,6, 4,4), p-valor=0,0125). Para la PAD, 1,5 mmHg (IC (0,3, 2,7), p-valor=0,0183).

**Conclusiones:** Aun siguiendo estrictamente las recomendaciones de la SEH para las medidas de PA y realizando las mismas en ausencia de personal sanitario, existe una tendencia en ambos sexos a obtener mayores valores en las primeras medidas. Este hecho debería ser tenido en cuenta sistemáticamente a la hora de estimar la PA (este trabajo se enmarca en un proyecto financiado por la Xunta de Galicia (PGIDIT05SAN10PR) y el nodo Galicia de Redlapp y aprobado por el CEIC de Galicia).

## P216 ¿CON QUE GRUPO FARMACOLÓGICO CONTROLAMOS MEJOR LA PRESIÓN ARTERIAL?

J. Comín Junquera, M. Guzmán Bonilla, M. Ruiz Meseguer,  
I. Bagán Parra y M. Cardona Egea

CAP Badalona 7 La Salut. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: jcomin.bnm.ics@gencat.net

**Objetivos:** Conocer que grupo farmacológico antihipertensivo es más eficaz en el control de la presión arterial (PA) en los pacientes que han recibido tratamiento con un solo fármaco durante el año 2005.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano informatizado. *Sujetos:* 1.059 Pacientes hipertensos en tratamiento con un sólo fármaco. *Mediciones e intervenciones:* Se incluyen las siguientes variables: última cifra de PA medida el año 2005, edad, sexo y grupo farmacológico de tratamiento (alfabloqueantes, diuréticos, betabloqueantes, calcioantagonistas, IECAS/ARA-2). Consideramos buen control (en mm de Hg) cifras < de 140/90 y < de 130/80 en pacientes diabéticos. El análisis se realiza con el aplicativo estadístico SPSS y el test de chi cuadrado.

**Resultados:** El 27,7% de las mujeres están bien controladas, frente al 23,8% de los hombres, diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,02$ ), no habiendo diferencias en el control según los grupos de edad. Los porcentajes de prescripción de los diferentes grupos antihipertensivos son: alfabloqueantes: 4,6%, diuréticos: 34,6%, betabloqueantes: 13,5%, calcioantagonistas: 17,0% e IECAS/ARA-2: 36,2%, siendo los porcentajes de buen control según el grupo utilizado, alfabloqueantes: 25%, diuréticos: 32%, betabloqueantes: 35,1%, calcioantagonistas: 27,2% e IECAS/ARA-2: 27,3%. Ningún grupo farmacológico ha demostrado diferencias significativas en el control de la PA.

**Conclusiones:** En el tratamiento con monoterapia podemos utilizar inicialmente cualquiera de estos grupos farmacológicos ya que ninguno ha demostrado por sí solo ser superior a los demás, si bien la elección del tratamiento parece depender de otros factores clínicos. Probablemente las mujeres de nuestra población presentan un mayor cumplimiento terapéutico que los hombres.

## Riesgo cardiovascular

### P280 UTILIDAD DEL PERÍMETRO DE CINTURA PARA PREDECIR LA RESISTENCIA A LA INSULINA Y ALTO RIESGO CORONARIO

J. Martínez Candela, J. Romero Ortiz, M. González Navarro,  
C. Cánovas Domínguez, S. Poveda Siles y J. Franch Nadal

CS Mariano Yago. Yecla. Murcia.

Correo electrónico: mariagonna@wanadoo.es

**Objetivos:** Valorar la asociación del perímetro de cintura con los principales factores de riesgo cardiovascular (FRC) y su capacidad para predecir la resistencia a insulina y riesgo coronario alto (RC >=20%)

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Estudiamos 317 personas de 424 seleccionadas mediante muestreo aleatorio estratificado (edad y sexo) de 18.059 con tarjeta sanitaria y edad >30 años. *Mediciones e intervenciones:* Se registraron variables sociodemográficas, antropométricas y analíticas (incluidas glucemia e insulinemia basales). Definimos RI cuando índice

HOMA>3,8. El riesgo coronario se valoró mediante el método de Anderson 91. Utilizamos el perímetro de cintura (PC) de la International Diabetes Federation (varones 94cm, mujeres 80 cm) como estrategia predictora de RI o RC>=20%.

**Resultados:** El perímetro de cintura, se correlacionó significativamente con los FRC: edad (r=0,40), TAS (r=0,49), TAD(r=0,38), hemoglobina glucosilada (r=0,29), insulinemia (r=0,22), colesterol total (r=0,27), HDL (r=-0,25), LDL (r=0,29), triglicéridos (r=0,31) microalbuminuria (r=0,22) y proteína C reactiva (r=0,16) y con el riesgo coronario (r=0,5). La aplicación diagnóstica del PC presenta una sensibilidad S=78% y especificidad E=44% en varones y S=91% y E=36% en mujeres para predecir la RI. Igualmente predice el RC > 20% con S=83% y E=52% en varones y una S=96% y E=34% en mujeres. Los valores propuestos por la IDF representan un OR de 3,74 (IC: 1,87-7,49) para la RI y de 2,83 (IC: 1,46-5,45) para el RC>20%

**Conclusiones:** Deberemos sospechar la presencia de RI o riesgo coronario alto en varones o mujeres con PC mayor de 94 cm u 80cm respectivamente.

## P281 EFECTO DE UNA CAMPAÑA DE CRIBADO SOBRE LA DETECCIÓN DE PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR ELEVADO

V. Gil-Guillén y J. Quintana-Cerezal

Unidad de investigación AP Elda/dpto. medicina. Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: juan.quintana@coma.es

**Objetivos:** Conocer el riesgo cardiovascular (RCVS) de los pacientes detectados en una campaña de cribado y compararlo con los conocidos.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio observacional. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria de una comunidad autónoma española. *Sujetos:* Personas mayores de 40 años que acuden a consulta tras recibir notificación de la administración sanitaria invitando a participar en la campaña. 18745 cribados realizados. *Mediciones e intervenciones:* Prevención primaria. Cribado según recomendaciones PAPPs para dislipemia (DLP), hipertensión arterial (HTA), y diabetes mellitus tipo 2 (DM). Uso de la fórmula de cálculo del RCVS del proyecto SCORE.

FRCVS=factores de riesgo cardiovascular.

**Resultados:** 1. Prevalencia de casos conocidos: DLP, 12,3% (n=2706); HTA, 19,3% (n=4049); DM, 5,6% (n=1083). 2. Prevalencia de casos nuevos detectados: DLP, 19,7% (n=3380); HTA, 17,8% (n=3021); DM, 3,5% (n=489). 3. RCVS medio en: (a)=sujetos sin el FRCVS; (b)=sujetos a los que se detecta nuevo FRCVS; (c)=con FRCVS conocido y bien controlados; (d)=con FRCVS conocido, mal controlados. DLP: (a),2,20; (b),3,83; (c),3,63; (d),5,39. p<0,0005 HTA: (a),1,97; (b),3,43; (c),4,36; (d),6,30. p<0,0005 DM: (a),2,63; (b),4,48; (c),5,10; (d),5,70. p<0,0005. 4. Porcentaje de pacientes del estudio con RCVSalto (según Score): sin FRCVS, 15,2%; con detección de nuevo FRCVS, 26,2%; con detección de FRCVS junto a otros ya conocidos, 27,5%; con FRCVS ya conocidos, 31% (p<0,005)

**Conclusiones:** El cribado ha detectado sujetos con nuevo FRCVS con un RCVSmedio de casi el doble que los pacientes sin FRCVS, y similar a los ya diagnosticados bien controlados, excepto en HTA donde el sujeto detectado presenta menor RCVS que el paciente ya conocido. En mas de la mitad de los pacientes con riesgo alto, el cribado ha permitido detectar uno ó mas FRCVS no conocidos.

Debemos realizar actividades de cribado de manera sistemática.

## P282 INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

C. Poblet, A. Reina, D. Ribas, J. de Magriña, Y. Ortega y M. García

ABS Reus-4. Reus. Cataluña.

Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos:** Evaluar un programa de intervención comunitaria para fomentar la actividad física regular entre los pacientes con factores de riesgo cardiovascular, comprobando su efectividad para mejorar los parámetros clínico-analíticos y la calidad de vida.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Intervención: Caminar 60' dos veces/semana con control por parte del personal sanitario. Diseño: Seguimiento de una cohorte durante dos años. *Ámbito de estudio:* ABS urbana que atiende 22000 usuarios.

## P283 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

M. Rodellar Oncins, B. Campos Bonilla y M. Torres

Unidad de Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Granollers; Dirección de AP de Granollers; Universidad de Barcelona. Granollers, Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 32549tro@comb.es

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, macroangiopatía y uso de antiagregantes en los pacientes diabéticos tipo 2 (ADA 1997).

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Transversal, descriptivo. *Ámbito de estudio:* DAP con 11 ABS y 30 centros de salud, de 230458 habitantes (censo 2001). *Sujetos:* Diabéticos tipo 2 adscritos a todas las ABS de la DAP.

*Mediciones e intervenciones:*

-Muestreo estratificado proporcional.

-Recogida datos historia y entrevista (2003-2004).

-Variables: HTA (ADA 2002), tratamiento HTA, dislipemia, tratamiento dislipemia, valores c-LDL, tiempo evolución DM-2, IMC, perímetro abdominal, tabaquismo, microalbuminuria, cardiopatía isquémica, AVC, claudicación intermitente, c-LDL, tratamiento con antiagregantes.

**Resultados:** 1) 343 pacientes evaluados, edad media: 64 ± 8 años, 52% hombres, evolución media DM-2: 10 ± 8 años. 2) IMC medio: 29,7, 29,1% de varones y 54,3% de mujeres obesos; el 57% de hombres rebasaban los 102 cm de cintura y el 88% de mujeres los 88 cm. 3) El 13% eran fumadores, el 32% ex-fumadores. 4) El 75% presentaban antecedentes de HTA, el 70% de dislipemia, el 26,5% niveles c-LDL> 130 mg/dl. El 85% de los pacientes con HTA y el 66% con dislipemia se trataban farmacológicamente. 5) El 15% presentaban microalbuminuria. El 18% cardiopatía isquémica, el 10% algún episodio de AVC, y el 6% claudicación intermitente. 6) El 47,6% de los pacientes con dislipemia sin macroangiopatía presentaban c-LDL>130, el 32% con dislipemia y macroangiopatía también. 7) El 61% de los pacientes no tomaban antiagregante, el 80% con macroangiopatía sí.

**Conclusiones:** La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular es alta, hay que intensificar el tratamiento.

## P284 ¿QUÉ PERFIL CARDIOVASCULAR POSEEN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS HOSPITALARIAS?

S. Bauer Izquierdo, C. Sacristán González-Mataix, V. Barrado Solís

y J. Navarro Pérez

Hospital Clínico Universitario; CS Salvador Pau. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: acorven@hotmail.com

**Objetivos:** Determinar si la población que acude a un servicio de urgencias hospitalario posee un perfil cardiovascular determinado, así como la prevalencia de los factores de riesgo (FRCV).

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Servicio de urgencias hospitalarias Hospital Clínico de Valencia. *Sujetos:* Población que acude a un servicio de urgencias hospitalarias. N=180. *Mediciones e intervenciones:* Se recogen variables sociodemográficas, relacionadas con el riesgo cardiovascular, se utiliza el test de Morisky-Green sobre cumplimiento terapéutico y se tipifican los motivos de urgencias. Análisis estadístico: para comparar el cumplimiento con las variables cualitativas categóricas se utilizó la Chi-cuadrado.

**Resultados:** Edad media: 55,8 años, mujeres: 54,4%, hipertensión arterial: 34,4%, dislipidemia: 16,7%, tabaquismo: 7,2%, diabetes tipo 2: 17,0%, antecedentes de enfermedad cardiovascular: 16,8%. Glucemia media: 113,2 mg/dl, presión arterial media: 133,6/78,4 mmHg, colesterol total: 187,5 mg/dl. El 66,1% presentaban mal control de algún FRCV.

Se detectó incumplimiento terapéutico en el 74,2% de los diabéticos, el 55,3% de los hipertensos, el 50% de los dislipémicos y el 45,4% de los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular.

Existen una correlación estadística entre incumplimiento terapéutico e hipertensión arterial y diabetes. La correlación entre incumplimiento y motivos de consulta a urgencias no alcanzó significación estadística.

**Conclusiones:** A los servicios de urgencias hospitalarios acuden con frecuencia pacientes con factores de riesgo cardiovascular que presentan mal control e incumplimiento terapéutico.

## P285 TABLAS, TABLAS, TABLAS... ¿CÓMO VALORAR REALMENTE EL RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV) DE NUESTROS PACIENTES HIPERTENSOS?

F. Bobé Armant, M. Buil Arasanz, A. Allué Buil, M. Maxenchs Esteban, A. Alonso Miguel y N. Nieves Díaz

CAP Tàrraco. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: fbohe.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos:** Analizar métodos de cálculo RCV. Valorar cual se ajusta a la realidad en pacientes de alto riesgo

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Observacional transversal descriptivo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Pacientes con factores RCV, EXCEPTO diabetes, asintomáticos, SIN claudicación intermitente y CON pulsos periféricos presentes de una población tratada en prevención primaria. *Mediciones e intervenciones:* Pacientes 30-74 años citados mediante listado FRCV, para consulta específica de riesgo. Análisis: edad, sexo, FRCV (HTA, DM, DLP, Tabaquismo), Tensión, Colesterol total y HDL. RCV mediante tablas FRAMINGHAM (alto>0=21) REGICOR(alto>0=20); riesgo mortalidad SCORE (alto>0=5); Estadio HTA (I: 140-159 y/o 90-99; II: 160-179 y/o 100-109; III: >0= 180 / 110). Presión Pulso (riesgo alto >0= 60); Índice tobillo/brazo: Arteriopatía periférica (ARP) > 1,25 o < 0,9. Estadística descriptiva. Pruebas no paramétricas comparación proporciones ds si p<0,05

**Resultados:** 350 pacientes, 92(26,3%) ARP silente. ARP: 39 Hipertensos no diabéticos (42,4%): 32 hombres(82,1%) 7 mujeres(17,9%). Edad: 64,4(44-74). Estadio HTA: 34 I y II; 5(12,8%) III; Framingham: 18 moderado-bajo, 21(53,8%) alto; Presión de pulso: 18 moderado-bajo, 21(53,8%) alto; Regicor: 38 bajo-moderado; 1(2,6%) alto; Score: 25 bajo-moderado, 14(35,9%) alto (p<0,05). 2 registros (5,1%) tienen todas en rangos altos. Entre 46,2% y 97,4% según tabla en rango bajo

**Conclusiones:** El estadio de HTA no estratifica riesgo; No correlación entre distintas tablas; Framingham y Presión de pulso las que se correlacionan mejor entre ellas. Según nuestro estudio ninguna tabla valora riesgo ARP. Usar más Doppler (exploración) en lugar de tablas para valoración inicial RCV. Estos pacientes deberían ser tratados en prevención secundaria

## P286 ESTIMACIÓN DEL RIESGO CORONARIO EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD. RELACIÓN CON EL GRUPO PROFESIONAL Y LA PERCEPCIÓN DE SALUD

L. Vega García y J. Tenías Burillo.

CS San Rafael Ontinyent. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: gil\_fra@gva.es

**Objetivos:** Estimar el riesgo coronario (RC) en trabajadores de un hospital docente y evaluar su distribución por grupo profesional y percepción de salud general

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Hospital docente. *Sujetos:* 108 de trabajadores de la salud. *Mediciones e intervenciones:* Se estimó el RC para cada trabajador mediante la ecuación de Framingham adaptada a la población española. Los factores de riesgo coronario (edad, sexo, perfil lipídico, diabetes, tabaquismo y tensión arterial) recogidos en historia clínica laboral. La percepción de salud general se obtuvo mediante el cuestionario SF-36. Los contrastes entre variables cualitativas se realizaron con pruebas de Ji-cuadrado, y los de variables cuantitativas mediante pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis).

**Resultados:** El RC fue bajo (riesgo < 5%) en el 92,6%, ligero (riesgo de 5 a 9%) en el 6,5% y moderado (riesgo > 9%) en el 0,9% de los trabajadores. En promedio el RC observado (1,6%) fue ligeramente mayor al esperado para la misma edad y sexo (1,4%). Por grupos profesionales, se observó un mayor RC en el grupo de Office y Mantenimiento respecto al resto de trabajadores (p=0,026). La percepción de una peor salud general se relacionó con niveles más bajos

de HDL colesterol (p=0,05) y más altos de tensión arterial sistólica (p=0,09).

**Conclusiones:** En la población estudiada, el RC es bajo, similar al de la población general. El RC fue mayor en el personal no sanitario. Existe una relación inversa entre la salud general percibida y algunos componentes modificables del RC.

## P287 COMPORTAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN EL ANCIANO

M. Chayán Zas, V. Faraldo Balado, M. Pichel López y D. Vázquez Santamarina

Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. Galicia.  
Correo electrónico: luisa.chayan.zas@sergas.es

**Objetivos:** Conocer el comportamiento del IAM en los pacientes ancianos respecto a la edad, sexo y mortalidad

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo, retrospectivo. *Ámbito de estudio:* pacientes ingresados en la Unidad Coronaria del Hospital Clínico desde Enero de 1996 a Junio de 2002 con el diagnóstico de IAM. *Sujetos:* pacientes agrupados en < 80 años y > 80 años. *Mediciones e intervenciones:* Se han revisado las historias clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad Coronaria con el diagnóstico de IAM. Se han tenido en cuenta las siguientes variables: sexo, edad y mortalidad. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, y en los contrastes realizados se considero el nivel de significación p< 0,05.

**Resultados:** de los pacientes < 80 años: 2074 (76,50%) eran hombres con una edad media de 61,48 ± 12,60 de los cuales fueron exitus 96 (4,63%) y 637 (23,50%) eran mujeres con una edad media de 65,40 ± 12,64 y de las cuales fueron exitus 60 (9,42%). de los pacientes >80 años: 190 (55,72%) eran hombres con una edad media de 83,56 ± 3,47 y terminaron en exitus 27 (14,21%) y 151 (44,28%) mujeres con una edad media de 83,52 ± 2,91 y fueron exitus 25 (16,56%).

**Conclusiones:** En los pacientes < 80 años la prevalencia del IAM es el triple en hombres respecto a las mujeres (76,50% vs 23,50%), pero esta diferencia llega casi a igualarse en los sujetos > 80 años (55,72% vs 44,28%). La mayor mortalidad por IAM ocurre en los > 80 años y es superior en las mujeres respecto a los hombres.

## Salud mental

### P288 ES FACTIBLE LA TERAPIA BREVE DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Llor Vilà, M. Miravalls Joan, M. Mauri Rojals, E. Checa Sanz, S. Jiménez Delgado y C. Aguilar

CAP Deltebre. Deltebre. Cataluña.  
Correo electrónico: jllor.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos:** Analizar la factibilidad de la terapia de resolución de problemas (TRP) en atención primaria, con una duración inferior a la documentada (3h de media).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo retrospectivo. Se realiza revisión de las TRP aplicadas desde junio de 2005 hasta la fecha. *Ámbito de estudio:* Centro de Atención Primaria. *Sujetos:* Pacientes que consultan por un malestar psicológico secundario a conflictos cotidianos evidenciables y para los que se hallan soluciones alcanzables. Además el paciente debe: aceptar la relación entre problema y malestar, participar en la terapia, poseer recursos personales para abordaje de conflictos y no presentar patología psiquiátrica grave. *Mediciones e intervenciones:* Datos demográficos, diagnóstico psiquiátrico (CIE-10), registros específicos de la TRP. La mejoría clínica se valora por el alta en la incapacidad laboral. TRP, técnica psicoterapéutica cognitivo-conductual, en la cual se forman los autores de este estudio.

**Resultados:** de los 7 pacientes incluidos 5 son varones, con una media de edad de 38 años. 4 de ellos presentan episodio depresivo moderado, 2 trastornos de pánico y 1 trastorno ansioso-depresivo. El perfil del conflicto a resolver era del ámbito laboral. La solución aplicada contribuye a la mejoría clínica en 6 casos. En estos, la duración de la terapia fue de 46 minutos de media (rango: 30-75 minutos), repartidos entre 2 y 4 visitas.

**Conclusiones:** En nuestra revisión, la TRP ha precisado una duración inferior a la referenciada. Como posibles causas señalamos los criterios estrictos de selección de los sujetos y el tipo de problema escogido.

## P289 CALIDAD DIAGNÓSTICA DE TRASTORNOS EMOCIONALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO EN LA INFANCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Casas Ruiz, L. Navarro Vila, M. García Serrano, C. Aragón Vidal, M. García Jordán y J. Torradella Fàbrega

AP Costa de Ponent. Hospitalet de Llobregat. Cataluña.  
Correo electrónico: aromaguera.cp.ics@gencat.net

**Objetivos:** Describir la frecuencia y calidad del diagnóstico en la historia clínica de Atención Primaria (HCAP), de trastornos emocionales, del comportamiento y del desarrollo psicológico (TECDS) en población infantil en un Ámbito del ICS.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* 5 Servicios de Atención Primaria (SAP) (población asignada 1.110.311 habitantes, de ellos 159.931 (14,4%) menores 15 años). *Sujetos:* Se seleccionó una muestra aleatoria de 1.4810 niños de 7-14 años, población atendida en 2004, (400 niños por centro de salud (CS)) extraída para auditorías de calidad asistencial en enero 2005. *Mediciones e intervenciones:* Variables: SAP, CS, sexo, edad, diagnóstico de TECDS y calidad diagnóstica.

Criterios calidad diagnóstica: registro en historia clínica y valoración pediátrica del diagnóstico.

Códigos diagnósticos TECDS, CIE10: F80.0-F99

**Resultados:** Hay referencia a un problema de TECDS en 11,5% de HCAP.

Con criterios de calidad diagnóstica este porcentaje es 8,8%, diferencias entre SAP (2,3%-16,4%) ( $p < 0,001$ ).

En el 6,8% de los niños consta un diagnóstico concreto de TECDS, diferencias entre SAP (2,3%-13,0%) ( $p < 0,005$ ).

Los problemas más prevalentes son: trastornos desarrollo del habla y lenguaje (F80) 0,5%; trastornos desarrollo de las habilidades escolares (F81) 0,5%; trastornos conducta no especificados (F91.9) 1,1%; y enuresis no orgánica (F98.0) 1,3%.

En el 75,7% de HCAP con un TECDS cumplen criterios de calidad diagnóstica. En el 65,6% se encuentra un diagnóstico concreto (F80-F99)

**Conclusiones:** Las prevalencias de TECDS observadas presentan una gran variabilidad en los diferentes SAP, variabilidad también observada en la literatura consultada.

Es necesario concretar y homogeneizar el diagnóstico de TECDS en la historia clínica.

## P290 INCIDENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN UN ÁREA DE SALUD

M. González Navarro, J. Martínez Candela, J. Salmerón Arias Camisón, M. del Cerro Oñate y F. Pérez Crespo

CS Mariano Yago. Yecla. Murcia.  
Correo electrónico: mariagonna@wanadoo.es

**Objetivos:** Analizar la incidencia de la patología psiquiátrica en el Centro de Salud Mental de nuestra población.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional retrospectivo. Estudiamos 229 historias clínicas de pacientes sin diagnóstico previo remitidos a Salud Mental desde los dos centros de salud del área durante el año 2004.

Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales. Los diagnósticos se establecieron de acuerdo con la clasificación del CIE-10.

*Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Pacientes derivados a salud mental sin patología psiquiátrica previa. *Mediciones e intervenciones:* Se revisaron las 229 historias clínicas del psiquiatra y médico de atención primaria del total de pacientes derivados

**Resultados:** La incidencia de los diagnósticos encontrados fue: reacciones a estrés grave y trastorno de adaptación 20,96%, trastornos de ansiedad 12,96%, episodios depresivos leves 10,91%, trastornos de somatización 7%, distimia 6,11%, trastornos específicos de la personalidad 4,8%, trastornos de ansiedad fóbica 4,37%, trastornos de la conducta alimentaria 3,5% y esquizofrenia 3,5%. El 0,008% de los pacientes no sufría patolo-

gía psiquiátrica. El perfil del paciente más habitual fue mujer de edad media y ama de casa.

**Conclusiones:** Los procesos más frecuentes derivados a nuestro Centro de Salud Mental siguen siendo patología psiquiátrica menor susceptibles de tratamiento en Atención Primaria.

## P291 EXPERIENCIA DE UN AÑO DE TERAPIA DE GRUPO EN EL ABS

M. Cardona Egea, M. Giné Badía, I. Ramentol Massana y S. Lallana Montero

Grupo de Trabajo de acogida y Grupo de Trabajo de psicoterapia. ABS La Salut. Badalona. Cataluña.  
Correo electrónico: montsecar@gmail.com

**Objetivos:** Valoración de la eficacia de la "terapia grupal" como alternativa terapéutica en las enfermedades psiquiátricas leves-moderadas.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo-transversal. *Ámbito de estudio:* Población: urbana, nivel socio-cultural medio-bajo. Crecimiento exponencial de población inmigrante. *Sujetos:* Ambos sexos, mayores de 18 a., patologías psiquiátricas leves-moderadas. *Mediciones e intervenciones:* Sesiones grupales de una hora de duración (12 a 13 h), 2 al mes, durante 1 año (22 sesiones), asistencia de una psicóloga y un médico de familia.

**Resultados:** Pacientes derivados por el médico de familia: 131 (45 no han asistido)

Predominio del sexo femenino, de 30 a 50 años.

Los trastornos de ansiedad y depresión son las patologías mas frecuentes. El 70% de los pacientes siguen tratamiento farmacológico; el 50% prescrito por su médico de familia.

Abandonan por: percepción subjetiva de mejoría clínica y derivación al CSM.

**Conclusiones:** Diagnósticos más frecuentes: depresiones reactivas y trastornos de ansiedad, ligados a procesos del ciclo vital.

Edad más frecuente: 30-50 años (vida laboral activa)

Sesiones en horario laboral, dificulta la asistencia.

El médico de familia detecta la patología, inicia el tratamiento y decide su posterior derivación

Gran aceptación de la terapia de grupo por los pacientes, que permite su continuación y la creación a partir del mismo de un grupo de psicoterapia. Conclusión final: la terapia de grupo, en primaria, constituye un abordaje terapéutico adecuado para: 1. personas con pocos recursos psicológicos para asumir las propias frustraciones, 2. tratamiento de casos leve-moderados.

22% mejoran

40% derivados al especialista

35% continúan la terapia

## P292 ANCIANOS DEPRIMIDOS ¿POSIBLE YATROGENIA?

S. Onrubia, C. Poblet, G. Rivero, C. Senosiain, A. Cañisa e Y. Ortega

ABS Reus-4. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos:** Conocer las características de los mayores de 80 años diagnosticados de depresión, factores predisponentes, diagnóstico y tratamiento.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio transversal observacional. *Ámbito de estudio:* ABS urbana que atiende 22000 usuarios. *Sujetos:* Pacientes >80 años vivos, diagnosticados de depresión. *Mediciones e intervenciones:* Variables: edad, sexo, patología crónica, escala de Barthel, escalas Goldberg y/o Yesavage para el diagnóstico, inclusión en programa de atención domiciliaria (ATDOM), cuidador principal, fármacos inductores de depresión, psicofármacos y efectos secundarios relacionados, derivación a psiquiatría.

Análisis estadístico: ANOVA, Chi-cuadrado.

**Resultados:** N= 66. 80% mujeres, edad media 86. 98% padecen patología crónica (cardiovascular y endocrina). 26% deterioro cognitivo significativo.

El 18% son autónomos (Barthel), el 34% tiene dependencia leve.

El 50% incluidos en ATDOM. Los hijos son los cuidadores principales en el 48%. Ausencia de hábitos tóxicos en >90%.

El 72% toma al menos un fármaco inductor de sintomatología depresiva. La depresión se diagnosticó por entrevista clínica, sin tests, en el 97%.

El 92% se trataron con psicofármacos. El 80% toma antidepresivos (sobre todo: sertralina y fluvoxamina). El 77% benzodiacepinas. El 68% ambos tipos de fármacos en algún momento del tratamiento. Antipsicóticos 20%. Los efectos secundarios más frecuentes: caídas (35%) y mareos (34%). Derivación a psiquiatría: 23%.

**Conclusiones:** Llegamos al diagnóstico sobretodo por entrevista clínica, sin tests. 3/4 partes toman al menos un fármaco potencial inductor de depresión. Destaca un elevado uso de psicofármacos (especialmente antidepresivos) de acuerdo con la evidencia científica, pero 1/3 experimentan efectos secundarios (caídas y mareos sobretodo) La mayoría son tratados y seguidos únicamente en Atención Primaria.

## P293 REPERCUSIÓN DE LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN LA INCAPACIDAD LABORAL

M. Mangrane, C. Senosiain, J. Vilalta, A. Caballero, Y. Ortega y M. García

ABS Reus-4. Reus. Cataluña.

Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos:** Conocer la carga asistencial de la depresión y la ansiedad en población activa, y su repercusión en cuanto a bajas laborales.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal retrospectivo. *Ámbito de estudio:* ABS urbana que atiende a 22000 usuarios. *Sujetos:* Muestra aleatoria del total de las bajas laborales del año 2005. *Mediciones e intervenciones:* Variables: Edad, sexo, duración de la baja, facultativo que prescribe la baja.

**Resultados:** Prevalencia de depresión/ansiedad en la población general de nuestro medio: 12%. Bajas en 2005: 2854. n=286 (56,3% hombres, 43,7% mujeres), edad media: 35,2 ± 11,9 años. Duración media de la baja 32,73 ± 55,23 días. En el momento del estudio, 8,4% permanecen de baja. Motivo: patología traumática aguda 23,15%, patología osteomuscular crónica 7%, patología médica-infecciosa aguda 60,8%, patología quirúrgica 10,5%, depresión 3,8%, ansiedad 3,5%, estrés 0,3%, otra patología psiquiátrica 0,7%, otras patologías 1,4%. del total de bajas por depresión/ansiedad 10,4% mujeres, 5% también padecen patología osteomuscular crónica. de los pacientes de baja por de patología osteomuscular crónica, el 30% también padecen depresión/ansiedad. de los facultativos que prescriben baja por depre/ansiedad (10,4%), no hay diferencias de antigüedad, los médicos de atención continuada prescriben el 5,6% de las bajas por depresión/ansiedad. Los MIR no prescriben bajas por depresión/ansiedad.

**Conclusiones:** Aunque la prevalencia de la depresión en la población general es alta, ésta no provoca un número de bajas importante, en cambio hay una incidencia alta de patología osteomuscular entre la población activa. Todo esto nos hace reflexionar sobre si detrás de las quejas por esta enfermedad se esconde patología ansioso-depresiva de base.

## P294 EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS EN ESPAÑA ENTRE 1997 Y 2005

B. Martín-Agueda, F. López-Muñoz, P. García-García, A. Pérez-Hervada y C. Alamo

UD e Investigación, Gerencia de Atención Primaria de Guadalajara; Departamento de Farmacología, Universidad de Alcalá. Guadalajara, Madrid. Castilla-La Mancha, Madrid.

Correo electrónico: bmartina@sescam.jccm.es

**Objetivos:** Analizar la evolución del consumo de antidepresivos en España durante el período comprendido entre 1997 y 2005.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo prospectivo longitudinal. *Ámbito de estudio:* España. *Mediciones e intervenciones:* Los datos de consumo de cada especialidad farmacéutica se han obtenido de IMS (Internacional Marketing Service) Health. Los datos de utilización se han expresado en DHD [dosis diaria definida (DDD) por 1000 habitantes y día]. Se ha empleado la lista de DDD de la OMS.

**Resultados:** El consumo total de antidepresivos en España se ha incrementado en un 154,06% durante el período estudiado (20,83 DHD en 1997; 52,92 DHD en 2005). Ha aumentado el consumo de ISRS (13,77 DHD en 1997; 39,7 DHD en 2005), venlafaxina (0,73 DHD en 1997; 5,71 DHD en 2005) y mirtazapina (0,18 DHD en 1997; 2,29 DHD en 2005), disminuyendo o manteniéndose constante el consumo del resto de grupos de antidepresivos. Los ISRS han aumentado su consumo un 188%, fundamentalmente a expensas de citalopram, sertralina, paroxeti-

na y escitalopram. En 1997, fluoxetina era el fármaco más consumido, seguido de paroxetina, sertralina, amitriptilina y clomipramina. En 2005, paroxetina es el fármaco más consumido, desplazando a fluoxetina a la tercera posición, pero con un consumo muy estable. Destaca el crecimiento en la utilización de sertralina (segunda posición), citalopram y venlafaxina (cuarta y quinta posición).

**Conclusiones:** Se ha observado un incremento en la utilización de antidepresivos junto con un cambio en el patrón de uso, en el período 1997-2005, todo ello influido probablemente tanto por la introducción clínica de nuevos fármacos, como por su utilización en nuevas indicaciones terapéuticas.

## P295 EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO GRUPAL EN PACIENTES CON ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA. RESULTADOS PRELIMINARES

G. Piera Losa, N. García Planas, E. Sequeira Aymar y L. Alemany Vilches

Capse. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: ngarcia@clinic.ub.es

**Objetivos:** Evaluar la efectividad del entrenamiento en relajación mediante terapia grupal en pacientes con ansiedad en Atención Primaria.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* de intervención antes-después. *Ámbito de estudio:* Dos equipos de atención primaria de un área urbana. *Sujetos:* Pacientes con algún episodio de ansiedad, sin trastorno mental severo ni alteraciones de la comunicación. *Mediciones e intervenciones:* Creación de 3 grupos homogéneos (edad/sexo). Duración del tratamiento: 8 sesiones de 1h estructuradas en 30 min de dinámica grupal; 20 min de entrenamiento en relajación y 10 min de dinámica grupal.

Variables estudiadas: Edad, sexo, diagnósticos relacionados con trastorno mental leve, número visitas (2 meses antes-después de la intervención), SF12 (antes-después), State-Trait Anxiety Inventory -STAI (antes-después).

Análisis: descriptivo y bivariante.

**Resultados:** Participaron 19 pacientes de los cuales 15 completaron el tratamiento.

Edad media 41,2 años (desviación estándar-DE 9,8), proporción de mujeres del 73,7%.

Prevalencia de diagnósticos principales: Nervios/Ansiedad 47,4%, estado de Ansiedad 26,3%, Depresión 10,5%,

Trastorno somatoforme 5,3%, Agorafobia 5,3%, Reacción de estrés 5,3%.

Prevalencia de diagnósticos secundarios: Fibromialgia 15,8%, Depresión 10,5% y Estado de ansiedad 5,3%.

Número de visitas: disminución no estadísticamente significativa (media de visitas antes: 2,8 DE: 2,7; media posterior 1,9 DE: 1,6; p>0,05).

SF12: Aumento del valor de los dos componentes (físico y mental) no estadísticamente significativa (p>0,05)

STAI: disminución estadísticamente significativa (media de la puntuación antes 30,4 DE: 2,9; media después 28,3 DE: 4,1; p<0,05).

**Conclusiones:** La intervención se muestra efectiva en la reducción del estado de ansiedad.

## P296 ESTUDIO DE LA DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN SEGUIDOS POR ATENCIÓN PRIMARIA O ESPECIALISTA.

E. Martín Gracia, M. Sallent Claparols, F. Fernández Martínez,

N. Riera Nadal, M. Muñoz Martínez, S. Dueñas Martín

ABS Sagrada Familia. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: cheby\_numancia@yahoo.es

**Objetivos:** Valorar las posibles diferencias en la duración del proceso de incapacidad laboral (IT), en pacientes diagnosticados de depresión endógena, reactiva o trastorno ansioso-depresivo, según si están controlados por el médico de familia o por el especialista de Psiquiatría, y objetivar las posibles diferencias entre el número de fármacos y el tipo de tratamiento.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal realizado del 28-2-2005 al 28-2-2006. *Ámbito de estudio:* Población: pacientes entre 18 y 65 años (población activa), asignados a los siete médicos reformados de un ABS urbano. *Sujetos:* Muestra: 65 pacientes con los diagnósticos comentados. Recogida de datos mediante revisión de historia clínica informatizada. *Mediciones e intervenciones:* Variables: Días duración IT, derivaciones a psiquiatría, tipo de tratamiento, utilización de fármacos coadyuvantes.



**Resultados:** 67,7% mujeres. Edad (mediana +desviación estándar) 42,7+10,2 años. Un 72,3% fueron derivados a psiquiatría. El 18,5% no toman fármacos antidepressivos; el 61,5% toman un fármaco a dosis habitual; el 20% toman dos fármacos, o un fármaco a dosis altas. El 84,6% toman ansiolíticos. El 18,5% recibió tratamiento coadyuvante (todos ellos habían sido derivados a psiquiatría). Número total IT durante el período estudiado: 1501, representando los diagnósticos a estudio un 4,3%. La media de IT en pacientes derivados a psiquiatría: 127,6 días y en los controlados por médico familia: 59 días. Diferencia de medias: 68,6 días (IC95%: 20,5-116,7;  $p=0,006$ ). Hay diferencias significativas entre el número y dosis de fármacos que toman los pacientes y la media de días de duración de IT.

**Conclusiones:** Creemos que los pacientes derivados de atención primaria a psiquiatría requieren tratamientos farmacológicos más complejos, lo cual puede indicar mayor gravedad clínica, pudiendo determinar un aumento en la duración de los procesos de IT.

## P297 PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA ¿LA GRAN DESCONOCIDA?

V. Molina Barcena, D. Gómez Rodríguez, F. Medina Recio  
y A. Martínez Rubio

CS Covaresa; CS Huerta del Rey; CS Laguna de Duero; CS Arturo Eyries.  
Valladolid. Castilla y León.

Correo electrónico: digomezro@hotmail.com

**Objetivos:** Evaluar la incidencia de Patología Psiquiátrica atendida en un Servicio de Urgencias hospitalario y confirmar que el MAP está capacitado para el seguimiento y tratamiento de esta patología ya que un bajo porcentaje requiere derivación a un centro especializado de Salud Mental.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo de la Patología Psiquiátrica a través de la explotación de una base de datos. *Ámbito de estudio:* Servicio de urgencias hospitalario de tercer nivel. *Sujetos:* Pacientes que acudieron a urgencias del 1 de Junio al 31 de Diciembre del 2005 con Patología Psiquiátrica. *Mediciones e intervenciones:* Sexo, edad, fecha y hora de atención, procedencia, destino, peticiones y actuaciones realizadas.

**Resultados:** de los 55.430 pacientes que acudieron a Urgencias, el 0,94% lo hicieron por Patología Psiquiátrica, de los cuales el 64% fueron mujeres. La edad media fue entre 21 y 40 años (41,5%), sin influencia estacional y más frecuente en horario vespertino.

El 63,7% acudieron a petición propia y solo el 8% fue remitido desde AP. No precisaron exploraciones complementarias ni actuaciones específicas más del 73% de los pacientes.

El 85,6% fueron remitidos a su domicilio o a su MAP.

**Conclusiones:** La mayoría de la Patología Psiquiátrica vista en urgencias es ansioso-depresiva, no precisa en su mayoría atención hospitalaria y por tanto podría ser atendida en AP.

## P298 PERFIL DE EXPOSICIÓN EN TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS Y ANSIOLÍTICOS

N. Nadal Braque, M. Ortega Bravo, M. Rodrigo Claverol,  
M. Capdevila Andreu, E. Rodrigo Claverol y P. Herrera Sánchez

ABS Eixample; ABS Ronda. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: mortegabravo@yahoo.es

**Objetivos:** Evaluar la evolución en la prescripción de antidepressivos y ansiolíticos entre el año 2002 y 2005

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio epidemiológico descriptivo. *Ámbito de estudio:* Área Básica de Salud urbana. *Sujetos:* Individuos de más de 15 años adscritos a dicho centro tratado con antidepressivos y ansiolíticos. *Mediciones e intervenciones:* Numero de pacientes en tratamiento con antidepressivos (fluoxetina, paroxetina, venlafaxina, escitalopram, amitriptilina, sertralina, citalopram, clomipramina, imipramina, nortriptilina) y ansiolíticos (lorazepam, alprazolam, clorazepato dipotasico, diazepam) durante los años 2002 y 2005. Los datos fueron facilitados por el Servicio de Farmacología de la SAP.

**Resultados:** En el año 2002, 1754 pacientes hacían tratamiento con antidepressivos (20,9% paroxetina, 21,7% fluoxetina, 11,5% sertralina, 10,2% citalopram, 16,6% triciclicos, venlafaxina 7,1%) y 2849 con ansiolíticos (24,5% lorazepam, 18,5% alprazolam, 18,1% clorazepato dipotasico, 16% diazepam). En el año 2005, 1975 pacientes eran tratados con an-

tidepressivo y 2932 con ansiolíticos, con la siguiente distribución: paroxetina 22,1%, fluoxetina 17,8%, sertralina 6,7%, citalopram 12,2%, triciclicos 13,2%, escitalopram 8,3%, venlafaxina 9,2%). de los ansiolíticos fueron: lorazepam 27,03%, alprazolam 19%, clorazepato dipotasico 17,7%, diazepam 14,8%.

**Conclusiones:** A pesar de las nuevas indicaciones de los protocolos para el tratamiento del síndrome ansioso-depresivo en los que se aconseja tratar con inhibidores de la recaptación de la serotonina para un mayor control de los síntomas, no se objetiva el descenso del uso de ansiolíticos que cabría esperar. Por el contrario el consumo de ansiolíticos ha ido aumentando, debido probablemente al estrés psicosocial que conlleva esta sociedad competitiva y de consumo.

## P299 HÁBITOS DE SUEÑO Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN ESCOLARES ADOLESCENTES (11-12 AÑOS) DE CUENCA

M. García Jiménez, E. de Las Heras Martínez, L. Beatobe Carreño,  
M. Cañas Belmar, R. Sánchez Honrubia y C. Serrano Moreno

S. de Neurofisiología Clínica (Unidad de sueño) del Hospital. Cuenca. Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: krk@ono.com

**Objetivos:** 1) Conocer la prevalencia de trastornos del sueño en la población infantil de 6º curso de Primaria (11-12 años) de una ciudad. 2) Describir sus hábitos de sueño y la relación con los trastornos del sueño y factores psicológicos asociados.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio epidemiológico, observacional, descriptivo y transversal. *Ámbito de estudio:* Población de 11 años de edad escolarizada en centros públicos y privados de Educación Primaria. *Sujetos:* Alumnos de 6º de E Primaria de 10 centros de enseñanza pública y privada. *Mediciones e intervenciones:* Cuestionarios validados, anónimos, autoadministrados, a alumnos (\)

**Resultados:** Contestaron 358 padres (tasa de respuesta, 78,7%) y 373 alumnos (tasa respuesta: 94,7%), de 10 centros. Hábitos de sueño según los padres: Laborables Fin de semana Hora media de acostarse: 22:31 23:19 Horas de sueño (media): 9,07 ( $\pm 0,8$ ) 9,38 ( $\pm 1,2$ ) Declaran tiempo insuficiente de sueño: 34% 18,7% Proporción de niños con trastornos del sueño: % Somnolencia: 32,2 Pesadillas: 11,6 Bruxismo: 11,3 Sueño inquieto 28 Ronquidos: 16,7 Apneas: 1,3 Dificultad conciliar (>20 min): 23,1 Despertares nocturnos: 7,1 Dificultad reiniciar sueño: 18,6 Insomnio: 11,3. *Síntomas diurnos:* a) Cansancio al levantarse en días laborables (42,9%), en fines de semana (19,3%), b) Criterios de excesiva somnolencia (13,5%).

**Conclusiones:** 1. El incremento del tiempo de sueño en fin de semana sugiere una "deuda" de sueño en días laborables. 2. Elevada prevalencia de parasonias y mala calidad del sueño nocturno con repercusión diurna en forma de cansancio e hipersomnolencia.

## P300 CRIBADO DE LOS TRASTORNOS DEL ÁNIMO EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

M. Calvo Godoy, A. Celma Gil, L. Mas Blazquez, A. Escobar Oliva,  
M. Gine Badia y E. Benages Lobera

Centro de drgencias de AP; ABS Eixample; ABS La Salut. Lleida, Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: lli@lleida.org

**Objetivos:** Detectar la existencia de trastornos del ánimo en la población inmigrante y determinar su relación con diferentes variables sociodemográficas.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio transversal descriptivo. *Ámbito de estudio:* Tres centros de salud urbanos. *Sujetos:* Inmigrantes mayores de 15 años que acudieron a la consulta de Atención Primaria durante el mes de mayo de 2006. *Mediciones e intervenciones:* Encuesta durante la entrevista clínica que incluye: datos sociodemográficos y la puntuación en la Escala de Goldberg para depresión y ansiedad.

**Resultados:** Muestra de 125 sujetos con una edad media de 33  $\pm$  9 años, siendo el 50,4% varones. La estancia media en nuestro país era de 4,6 años. El 8,8% eran analfabetos y el 27,2% no entendía el castellano. El 72% vivía con familiares, no obstante un 28% tenía hijos en su país de origen. El 32% no disponía de trabajo, sin embargo un 52% enviaba dinero a su país. Un 50% puntuó positivamente para ansiedad, un 45% para depresión y un 40% para ambas. Las variables estudiadas que se aso-

cian con mayor probabilidad de presentar trastorno del ánimo son el sexo femenino, que mantenía una relación estadísticamente significativa con la puntuación en la escala de ansiedad ( $p=0,039$ ), el tener hijos en el país de origen y el llevar pocos años en España, que mostraban una tendencia a la asociación con la presencia de ansiedad y depresión respectivamente.

**Conclusiones:** El colectivo inmigrante es una población con riesgo de presentar trastornos del ánimo siendo importante su detección en la Atención Primaria para su posterior identificación y estudio.

### P301 ESTRÉS LABORAL EN PERSONAL SANITARIO DE AP DEL ÁREA DE GUADALAJARA

M. Campos López, J. Rodríguez Álvarez, A. Galardo Cruz, T. Esquinas Alcazar, M. López Muñoz y A. Torcal Potente

CS Balconcillo. Guadalajara. Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: jrodriguezal@papps.org

**Objetivos:** Determinar el grado de estrés laboral del personal sanitario de Atención Primaria del Área de Guadalajara.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. Septiembre 2005. *Ámbito de estudio:* Área de Atención Primaria de la provincia Guadalajara. *Sujetos:* Médicos de Familia, Médicos Pediatras, Enfermeros, Matronas, Fisioterapeutas de AP. (n:354). *Mediciones e intervenciones:* Encuesta autoadministrada con variables sociodemográficas, laborales y encuesta "Estás estresado" de la Asociación Americana de Médicos de Familia.

**Resultados:** Contestaron 243 (68,8%) Varones el 34%. Edad media 42,9 (DE 8,97). Profesiones: Médicos 49,8%, Pediatras 5,8%, Enfermeros 41,6%, Matronas 0,8%, Fisioterapeutas 2,1%. Antigüedad media de 18,21 años (DE 8,573), el 52,5% trabajan en medio rural, el 47,3% lo hacen en centros docentes. La presión asistencial media 30,15 pacientes/día. El estrés global medio 44,51 (escala de 20-80) con una DE (7,05) El 74,9% de los profesionales presenta niveles moderado o grave de estrés. Existe relación directa entre el estrés percibido por el sujeto y los puntajes de la encuesta. Hay mayores niveles de estrés entre los profesionales del medio rural y menor en aquellos que trabajan en centros docentes. No hay diferencias entre distintas profesiones, presión asistencial, realizar atención continuada, ni años de ejercicio profesional.

**Conclusiones:** El estrés en personal sanitario tiene alta prevalencia. El trabajar en centro docente parece proteger del estrés.

## Sesión 4

Jueves, 16 de noviembre

18.00 h

## ZONA PÓSTERS

(Planta 01 – Pabellón 5 – Centro de eventos)

## Diabetes y síndrome metabólico

### P65 PREVALENCIA DE NEFROPATÍA Y CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

M. Cañero Torrecillas, V. Martínez Rodríguez, E. Belmonte Castan, M. Tomás Bertrán, J. Martínez Lafuente y J. Altimiras Roset

CAP Sant Llätzer. Terrassa. Cataluña.

Correo electrónico: 16359ttb@comb.es

**Objetivos:** Valorar la prevalencia de nefropatía en pacientes diabéticos tipo 2 (DM2), grado de control y tratamiento según las recomendaciones 2004 de la American Diabetes Association (ADA).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* ABS urbana (36.000 habitantes). *Sujetos:* Muestra estratificada por edad y sexo de pacientes con DM2 (n = 256). *Mediciones e intervenciones:* Revisión de historias clínicas recogiendo: edad, sexo, peso, talla, años de evolución (AEDM2), tabaquismo, tensión arterial (TA), analíticas realizadas el último año, presencia de nefropatía según criterios de la Natio-

nal Kidney Foundation, cálculo de filtrado glomerular (FG) según ecuación de Cockcroft-Gault corregida por superficie corporal, y tratamiento. **Resultados:** 54% (139) hombres, edad media 69 años (DE: 12), AEDM2 8,8 (IC95%: 7,8-9,6). Un 59% (152) presentaba nefropatía: 68% (103) microalbuminuria y/o FG = 89-60 ml/min; 32% (49) insuficiencia renal (FG < 60 ml/min). Pacientes con nefropatía: El 59% (89) tenía IMC < 30. El 58%(88) eran no-fumadores. Un 40% (61) tenían HbA1c < 7%. Presentaba TA < 130/80 mmHg un 20% (30); el 59%(89) consumía bloqueantes del sistema-renina-angiotensina. Respecto al perfil lipídico, un 26% (39) presentaba LDL < 100 mg/dL, un 80%(122) HDL > 40mg/dL y un 62% (94) triglicéridos < 150 mg/dL; el 42%(64) consumía hipolipemiantes aunque un 59%(60) con LDL >= 100 mg/dL no recibía tratamiento. El 50%(76) estaba antiagregado/anticoagulado. La nefropatía diabética se relacionó con un mayor consumo de bloqueantes del sistema-renina-angiotensina ( $p < 0,001$ ) pero no con un mejor o peor control metabólico. El FG en nefropatas se asoció inversamente con edad ( $p < 0,001$ ,  $r = -0,541$ ), valores de HbA1c ( $p = 0,030$ ,  $r = -0,187$ ) y creatinina ( $p < 0,001$ ,  $r = -0,669$ ).

**Conclusiones:** Se detecta un escaso control metabólico en pacientes con DM2 y nefropatía. La prescripción se adapta a las recomendaciones de la ADA en una proporción baja de pacientes.

### P66 ESTUDIO DE SUBFRACCIONES DE LDL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON ROSIGLITAZONA

E. Granero Fernández, A. Hernández Martínez, M. Albaladejo Otón, S. Parra Pallarés, P. Abenza Jiménez y A. Ramírez Carmona

CS Espinardo; Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Correo electrónico: egranero@cajamurcia.es

**Objetivos:** Conocer el efecto de rosiglitazona a dosis de 4 mg día sobre las subfracciones de Colesterol LDL en pacientes diabéticos tipo 2.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio controlado, abierto. Se comparan medias para datos pareados mediante t-Student o McNemar en comparación de proporciones. *Ámbito de estudio:* En centro de salud de a. primaria. *Sujetos:* sobre 40 diabéticos entre 20 y 80 años con HgA1c > 7% susceptibles de ser tratados con Rosiglitazona. *Mediciones e intervenciones:* Midiendo diámetro medio de las partículas LDL mediante dispositivo de electroforesis en gel y otros parámetros, al inicio y tras una media de 22 semanas de tratamiento.

**Resultados:** Diámetro medio subfracciones colesterol LDL 266,6 y 266,1 amstrons, peso 78,5 y 80,8 Kg, perímetro cintura 104,1 y 104,4 ( $p = 0,02$ ), tensión arterial sistólica 136,2 y 138,8 mmHg, tensión arterial diastólica 76,5 y 74,2 mmHg, glucemia basal 184,4 y 150,5 mg/dl ( $p = 0,002$ ), HbA1c 8,25 y 7,45% ( $p = 0,008$ ), colesterol total 191,5 y 209,3 mg/dl, triglicéridos 182,5 y 199,3 mg/dl, LDL 105,5 y 120,3 mg/dl, HDL 49,5 y 52 mg/dl, apolipoproteína A-I 159,1 y 131,3 mg/dl ( $p < 0,0001$ ), apolipoproteína A-II 33,3 y 34,9 mg/dl, apolipoproteína B 110,5 y 107,3 mg/dl, Lipoproteína (a) 49,6 y 49,8 mg/dl, Homocisteína 13,7 y 16,59 mg/dl ( $p = 0,006$ ) índice de resistencia insulínica mediante H.O.M.A. 9,07 y 6,31 ( $p = 0,002$ ).

**Conclusiones:** No obtuvimos en nuestro estudio modificación significativa en el diámetro medio de las partículas LDL. Se modificó Apo A-I desfavorablemente. Mejoraron de forma estadísticamente significativa glucemia basal, HgA1c y índice HOMA. Aumentaron de forma significativa el peso, colesterol total y homocisteína.

### P67 EL DIABÉTICO EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS

P. Berenguel Martínez, M. García Martín, J. Fernández Ayala, F. Gallega Ortiz, C. Rodríguez Cervantes y M. Cid Ruiz

Hospital de Poniente. El Ejido. Andalucía.

Correo electrónico: pabloberenguelmartinez@hotmail.com

**Objetivos:** Analizar motivo de consulta más frecuente de los diabéticos en Urgencias. Determinar enfermedades coadyuvantes.

**Material y métodos:** *Metodología:* Estudio transversal. *Ámbito de estudio:* Enero 2006 en Urgencias de un Hospital Comarcal. *Sujetos:* Pacientes diabéticos. *Mediciones e intervenciones:* Variables de historias clínicas: Edad, Sexo, Tipo de Diabetes, enfermedades asociadas, tratamientos y destino final Medidas de tendencia central, frecuencias y análisis estadístico.

**Resultados:** de 250 diabéticos que acudieron, edad media de 64, 9 años DT 12,7. 48% eran varones y el 52% eran mujeres. 72% DMNID y el

27,6% DMID con edad media de 66,2 y 61,4 años respectivamente. Tratamiento de los DMNID: 59,6% ADO, 12,80% solo dieta, tratamiento para los DMID: Insulina 21,3% y el 6,3% Insulina más ADO. *Antecedentes personales:* Hipertensión el 24,4%(la mayoría DMID), HTA y Dislipemia en un 15%, HTA, Dislipemia y Cardiopatía Isquémica 15% (74,3% eran DMNID), EPOC/ASMA e HTA 5,5%, EPOC 6,3%, Cardiopatía isquémica 5,5% y un 28% no presentaban ninguna enfermedad asociada. *Motivos de consulta más frecuentes:* Infecciones el 39,9% (CVA1 8,1%, CVB 9,1%, 6,3% Infecciones Urinarias, 3,1% Infecciones cutáneas, 1,3% Infecciones oculares, 2,1% Otras infecciones), Hipoglucemias 15%, Contusiones 11,8%, Hiperglucemias 9,4%, Pié diabético 3,1%, Otros 20,8%. Destino final: domicilio con control por Atención Primaria el 77,2% y el 22,8%, Ingreso 88,9%

**Conclusiones:** Motivo de consulta más frecuente son las infecciones (de vías respiratorias altas y bajas, seguido de problemas secundarios a la diabetes: Hipo e Hiperglucemia y pié diabético. Las enfermedades que más se asocian a la Diabetes son: HTA, Cardiopatía isquémica, EPOC y Dislipemia.

## P68 EXPERIENCIA EN EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UN ÁREA BÁSICA DE SALUD

M. Brio Verges, S. Graell Sole, A. Lamarca Roca, A. Puigdemívol Sánchez, S. Rivert Rufian y E. Vargas Vilardosa

CAP Antón de Borja. Rubí. Cataluña.  
Correo electrónico: 21883alr@comb.es

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de un taller teórico-práctico sobre diabetes desarrollado por el equipo.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio piloto, descriptivo, prospectivo. *Ámbito de estudio:* Área básica de atención primaria de un centro urbano. *Sujetos:* Pacientes diabéticos  $\leq 75$  años, seleccionados aleatoriamente de 2 ubas ( $n = 77$ ). de ellos, 39 realizaron el taller. Exclusiones: pacientes terminales, controlados por otros profesionales, que no acudieron en más de un año. *Mediciones e intervenciones:* Revisión de HCAP y realización de analíticas y encuestas.

**Resultados:** El perfil basal de los participantes en el taller fue  $62 \pm 6,3$  años, IMC:  $30,3 \pm 4,2$ , hba1c  $6,8 \pm 0,9\%$ , peso  $77,8 \pm 11,4$ , ejercicio previo 61,5%, y tomaban aas un 36%, sin diferencias significativas respecto al grupo que no asistió en cuanto a estos parámetros. En el grupo taller la hba1c descendió a 6,7% ( $-0,12$ ) y el peso a 76,9 ( $-900$  g) al finalizar el periodo de seguimiento de 3 meses ( $p = 0,098$  y  $p = 0,004$ , respectivamente). En la encuesta previa de conocimientos se detectó un 12% de errores, que se redujo posteriormente al 4,6%. La satisfacción fue muy alta (87%), un 90% manifestó haber adquirido conocimientos y el 100% consideraba útil el taller. **Conclusiones:** El trabajo grupal ayuda a mejorar el conocimiento sobre la enfermedad y contribuye a su mejor control global. La alta satisfacción anima a seguir trabajando en este sentido y a implementar el taller en el centro.

## P69 HIPERGLUCEMIA INADVERTIDA EN SUJETOS CON ALTO RIESGO DE DIABETES. EVIDENCIA MEDIANTE EL REGISTRO CONTINUO AMBULATORIO DE LA GLUCOSA

B. Costa Pinel, J. Vizcaíno Martín, J. Cabré Vila, F. Barrio Torrell, J. Piñol Moreso y G. Record

Unidad de Investigación en Diabetes y Metabolismo. IDIAP Jordi Gol. Institut Català de la Salut; AP Reus-Tarragona. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: costaber@gmail.com

**Objetivos:** Evidenciar la hiperglucemia inadvertida en sujetos con riesgo de diabetes tipo2.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Transversal-Multicéntrico. Financiación: Asociación Catalana de Diabetes-(ACD), Red Española de Atención Primaria-(REAP), IDIAP-Jordi Gol. *Ámbito de estudio:* Atención primaria (5-centros). *Sujetos:* de 40-75 años con antecedentes de hiperglucemia-no-diabética y algún otro factor de riesgo. *Mediciones e intervenciones:* Cribado mediante prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG), excluyendo sujetos con criterios de diabetes (OMS). Grupo control: individuos sin factores de riesgo y PTOG normal. Registro continuo ambulatorio (48-horas) de la glucosa (RCG/GlucoDay®) calibrado por la glucemia plasmática. Informatizada la actividad del biosensor se comparó la duración de los periodos de hiperglucemia.

**Resultados:** Se efectuó registro a 121 de 148 seleccionados descartando 17 perfiles continuos (14%) por problemas técnicos. Evaluación del RCG de 104 sujetos (86%): 57,8 años (59 mujeres), IMC = 29,2, HbA1c = 4,9% e índice HOMA (Homeostasis Model Assessment) = 2,5. Eran 31 controles, 32 sujetos de riesgo con PTOG normal+41 con PTOG alterada evidenciándose hiperglucemia (basal $>110$  mg/dl o no-basal $>140$ mg/dl) durante 1,5 h, 5,4 h y 7,3 h, respectivamente, es decir, un 3,9%, 14,2% y 18,2% del tiempo medio de registro efectivo (39,1h). La hiperglucemia en intervalo de diabetes (basal $>126$  mg/dl o no basal $>200$  mg/dl) concurrió 0,2 h, 1,2 h y 1,4 h (0,5%, 3,1%, 3,5%, respectivamente). Las diferencias respecto al grupo control fueron significativas en ambos periodos basal y no-basal ( $p < 0,001$ ). de 63 sujetos de riesgo con hiperglucemia detectable por una u otra vía, el RCG identificó a 22 (35%) que tenían PTOG estrictamente normal.

**Conclusiones:** El RCG evidenció índices altos de hiperglucemia no reconocida, ni siquiera por la PTOG, en sujetos con alto riesgo de diabetes.

## P70 LA RETINOPATÍA DIABÉTICA: IMPORTANCIA DEL CONTROL GLICEMIA

O. Calviño Domínguez, S. Hernández Anadón, M. Pérez Bauer, S. Crispí Cifuentes, C. Llor Vilà y J. Bladé Creixent

EAP Jaume I- Tarragona 3. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: olgacd@comt.org

**Objetivos:** Estudio de factores epidemiológicos de la retinopatía diabética (RD).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Toda una Área Básica de Salud rural. *Sujetos:* 251 pacientes (3,99% de la población de 7.862 habitantes). *Mediciones e intervenciones:* Las variables son: anamnesis, retinografías en dos campos de 50º y analíticas (HbA1c, colesterol, triglicéridos y microalbuminuria). Los factores epidemiológicos son: tiempo de evolución y tratamiento de la diabetes, HTA, HbA1c y dislipemia. Para el procesamiento de datos se empleó el programa SPSS. Los datos cuantitativos son analizados con la prueba de t-Student y los cualitativos con Chi cuadrado.

**Resultados:** La prevalencia de RD es de 25,73%. Según el grado es de 14,34% la leve, 1,19% la severa y 1,19% la proliferativa. Según el tiempo de evolución de la RD:  $< 7$  años: 20,75%; 8-14 años: 30%,  $> 14$  años: 51,1%. Según el tratamiento: dieta: 8,82%, hipoglucemiantes orales: 22,3%; insulina: 60,71%. En la RD, el colesterol es de 5,785  $\pm$  0,99 mmol/l, triglicéridos: 1,413  $\pm$  0,612 mmol/l; HbA1c: 7,703  $\pm$  1,248%; HTA: 68,18%. En la no RD: colesterol: 5,794  $\pm$  1,112 mmol/l, triglicéridos: 1,22  $\pm$  0,5 mmol/l; HbA1c: 7,062  $\pm$  1,286%; HTA: 31,82%.

**Conclusiones:** Observamos que existe una alta prevalencia de RD; esto nos obliga a actuar exhaustivamente para disminuir los valores de HbA1c, dislipemia e HTA, ya que el resto de factores no son modificables, debido a que la RD es la causa mas frecuente de ceguera en los países desarrollados.

## P71 CÁMARA NO MIDRIÁTICA: ¿MEJORARÍA EL REGISTRO DEL FONDO DE OJO?

O. Calviño Domínguez, S. Hernández Anadón, M. Pérez Bauer, S. Crispí Cifuentes, C. Llor Vilà y J. Bladé Creixent

EAP Jaume I- Tarragona 3. Tarragona. Cataluña  
Correo electrónico: olgacd@comt.org

**Objetivos:** En este trabajo evaluamos el registro de fondo de ojo en nuestros pacientes, la prevalencia de retinopatía y su asociación con la función renal.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo. *Ámbito de estudio:* Efectuado en 3 cupos de atención primaria de un centro de salud urbano. *Sujetos:* Todos los diabéticos registrados en estos tres cupos. *Mediciones e intervenciones:* Se registró edad, sexo, tipo de DM, informe de fondo de ojo por oftalmología si la hubiera (normal, retinopatía no proliferativa (RDNP) y retinopatía proliferativa (RDP), microalbuminuria y creatinina. Se efectuó estadística descriptiva, chi cuadrado, análisis de la variancia, considerando d.s. si  $p < 0,05$ .

**Resultados:** N = 322, edad  $67,4 \pm 12$  a (50,3% hombres). DM1: 3,4%; DM2: 96,6%. HbA1c  $7,1\% \pm 1,5\%$ . 168 DM con fundoscopia realizada: 141 normales, 14 RDNP, 11 RDP. 156 pacientes sin fundoscopia

(48,4%). Valor HbA1c: en fundoscopia normal 6,9%, en RDNP (7,19%) y RDP (7,86;  $p < 0,05$ ). 7 DM con microalbuminuria presentaban retinopatía (25%) y 14 de los que no tenían microalbuminuria (11,4%; N.S.). Tampoco hubo asociación entre retinopatía y valores de creatinina y de microalbuminuria.

**Conclusiones:** Existe un infrarregistro claro del fondo de ojo en la historia clínica. En nuestro centro se ha instaurado una cámara no midriática, se espera mejorar el registro del fondo de ojo para detectar la RD y prevenirla, disminuyendo de esta forma el drama humano y social que representa la ceguera (prevalencia del 5%) por RD, los costes económicos, personas con invalidez, disminución de la productividad que provoca la RD.

## P72 CALCULAR EL RIESGO CARDIO-VASCULAR EN UNA COHORTE DE DIABÉTICOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE LA FÓRMULA REGICOR: UTILIDAD PRÁCTICA

D. Prieto Albambra, C. Bernades Carulla, C. Jané Julió, L. de Marcos Hernández, S. Ferrer Moret y A. Hidalgo

ABS Passeig Sant Joan. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: dprieto@camfic.org

**Objetivos:** Conocer el riesgo cardio-vascular (RCV) en una muestra aleatoria de diabéticos atendidos en atención primaria mediante la fórmula REGICOR. Comprobar su utilidad en una muestra de nuestro ámbito, mediante el cálculo del porcentaje de pacientes en quien podemos aplicarla.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* transversal, observacional, descriptivo. *Ámbito de estudio:* Centro de Atención Primaria de ámbito urbano. *Sujetos:* Muestra aleatoria inicial de 469 diabéticos entre 30 y 90 años controlados en nuestro centro. Se excluyeron los institucionalizados, trasladados, o con control habitual en otros centros. *Mediciones e intervenciones:* Variables edad (años), Índice Masa Corporal, Presión arterial Sistólica y Diastólica, Tabaquismo (sí/no), Colesterol Total y HDLc. Cálculo del Riesgo de eventos cardíacos mediante la ecuación calibrada de REGICOR en aquellos pacientes para los que fue validada.

**Resultados:** de la población inicial, quedaron 115 válidos (precisión del 9%). Perdimos 90 por falta de datos; 188 por edad  $\geq 75$ ; 49 por índice A/C  $\geq 30$ . En 27, no se calculó el RCV, pues ya tenían Antecedentes Macrovasculares. RCV medio 10,64% [IC95 9,48-11,79]; rango percentil 25-75 6,10%-13,30%. Tienen RCV  $\geq 10\%$  el 42,6% [IC95 33,4-51,8].

**Conclusiones:** de la muestra inicial, en la práctica clínica sólo se pudo calcular el riesgo mediante esta fórmula en el 26% de casos, hecho que reduce el uso de esta fórmula a una cuarta parte de nuestros diabéticos. El 42,6% tiene un RCV  $\geq 10\%$ , cifra considerada clave en múltiples decisiones de intervención farmacológica según diversas sociedades científicas.

## P73 ¿CONTROLAMOS DE FORMA ÓPTIMA LA PRESIÓN ARTERIAL EN LOS DIABÉTICOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA? FACTORES RELACIONADOS CON MAL CONTROL

D. Prieto Albambra, C. Bernades Carulla, A. Hidalgo, C. Jané Julió y L. de Marcos Hernández

ABS Passeig Sant Joan. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: dprieto@camfic.org

**Objetivos:** Valorar el porcentaje de diabéticos hipertensos a los que controlamos su hipertensión según los objetivos clásicos (PAS  $\geq 140$  i PAD  $\geq 90$ ), y según los objetivos de las últimas recomendaciones (PAS  $< 130$ , PAD  $< 80$ ). Buscar factores relacionados con el mal control en nuestros pacientes diabéticos.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Observacional, transversal, descriptivo. *Ámbito de estudio:* Centro de Atención Primaria urbano. *Sujetos:* Muestra aleatoria de 444 diabéticos hipertensos atendidos en nuestro centro. Se excluyeron institucionalizados, trasladados, controlados en otros centros y aquellos que por otros motivos no quisieron o pudieron participar. *Mediciones e intervenciones:* PAS, PAD (medidas en los últimos 6 meses), Tabaquismo (sí/no), HbA1c, IMC, Índice Albúmina/Creatinina ( $\geq 30$  o  $< 30$ ), Género, Edad, Antecedentes de Enfermedad Cardiovascular y tratamiento farmacológico (según grupos de fármacos: diuréticos, beta-bloqueantes, calcio-antagonistas, IECA, ARAII).

**Resultados:** 53,2% varones (46,8% mujeres); fumadores 13,6%. 72,8% sin antecedentes macrovasculares; 10,8% cardiopatía isquémica, 9,3% enfer-

medad cerebro-vascular; 7,1% otros eventos. PAS  $< 140$  55%, y  $< 130$  28,8%. PAD  $< 90$  96,2% y  $< 80$  53,8%. En regresión logística, se relacionaban con mal control de la PAS de forma significativa la microalbuminuria [ $t = 2,143$  (IC95% 0,520-12,845)]; significación 0,034; y el grupo de tratamiento diuréticos/betabloqueantes/ calcioantagonistas mejor que IECA/ARA-II [ $t = 2,198$  (IC95% 0,516-9,701) y significación del 0,029], sin que las variables IMC, HbA1c, tabaquismo, edad ni sexo influyeran significativamente en el modelo.

**Conclusiones:** Con los nuevos objetivos de PAS y PAD para diabéticos hipertensos, sólo controlamos la PAS en un 28,8%, y la PAD en un 53,8%. La microalbuminuria se relaciona con mal control. Los fármacos más usados en estos pacientes (IECA y ARA-II) por su perfil de protección renal, controlan peor la PAS que diuréticos, betabloqueantes y calcioantagonistas.

## P74 DÉFICIT DE VITAMINA B12 EN PACIENTES TRATADOS CON METFORMINA

S. Moreno Escribà, J. Acezat Oliva, M. Vernet Vernet, E. Simó Cruzet y E. Jovell Fernández

CAP Terrassa Nord; UD Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa. Cataluña.

Correo electrónico: 12646mvv@comb.es

**Objetivos:** Determinar si los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) tratados con metformina presentan déficit de vitamina B12.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Observacional transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de Atención Primaria. *Sujetos:* Dos grupos de pacientes con DM, uno tratado con metformina un mínimo de 6 meses antes del inicio del estudio y otro grupo sin dicho tratamiento. Se seleccionó una muestra representativa de ambos grupos, considerando la variabilidad de la B12 en la población de referencia sin metformina de 162, una diferencia clínicamente relevante entre grupos de 70, IC 95% y una potencia del 90%. *Mediciones e intervenciones:* Determinación de B12 en todos los pacientes (rango de normalidad 240-900 pg/mL). Otras variables analizadas: sociodemográficas, años evolución DM, duración tratamiento y dosis de metformina, HbA1c.

**Resultados:** *Inclusión:* 123 pacientes con metformina y 119 sin metformina. Ambos grupos fueron homogéneos respecto a edad, sexo, años evolución DM y HbA1c. Los pacientes con metformina tenían un nivel de B12 inferior a los pacientes sin tratamiento (390 DS 215 vs. 588 DS 339) ( $p = 0,001$ ). La B12 fue inferior a 240 pg/mL en 30 pacientes (24%) tratados con metformina y en 5 (4%) del grupo sin tratamiento ( $p = 0,001$ ). La duración del tratamiento con metformina fue superior en los pacientes con niveles bajos de B12 (66 DS 44 vs. 48 DS 37 meses) ( $p = 0,035$ ). No se observaron diferencias respecto a la dosis de metformina ni años de evolución de DM.

**Conclusiones:** Proporción de pacientes diabéticos con niveles bajos de B12 fue superior en tratados con metformina.

## P75 CARACTERÍSTICAS DE NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS. ¿INFLUYE LA HIPERTENSIÓN EN EL CONTROL METABÓLICO?

M. Virgós Bonfill, X. Aubia Floresvi, R. Sagarra Alamo, M. Mengual Miralles, M. Díaz Salsench y M. Español Pons

ABS Reus-2. Reus. Cataluña.

Correo electrónico: miespanol@eresmas.com

**Objetivos:** Determinar las características sociodemográficas y clínico-farmacológicas en diabéticos y valorar si la hipertensión arterial (HTA) influye en su control metabólico.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional transversal. *Ámbito de estudio:* Área Básica de Salud (ABS) urbana de 30.000 habitantes. *Sujetos:* Muestra aleatoria de 135 diabéticos. *Mediciones e intervenciones:* Se obtienen variables sociodemográficas, años de evolución de la diabetes (DM), Hemoglobina glicada (HbA1c), perfil lipídico, tensión arterial (TA), índice de masa corporal (IC), riesgo cardiovascular (RCV), diagnóstico de HTA, dislipemia (DLP), tabaquismo, microalbuminuria (MABA), complicaciones micro/macroangiopáticas y fármacos en DM, HTA y DLP. Se contrasta con X2.

**Resultados:** Edad media: 66,4  $\pm$  11 años; mujeres: 56,3%. Tiempo de evolución media de DM: 8,6  $\pm$  7,7 años. Factores RCV (17,4  $\pm$  7,6%): 66,7% HTA, 60% DLP, 11,5% fumadores, 16,7% MABA. Complicaciones: 9% nefropatía, 13,5% neuropatía, 15% retinopatía; 8% arteriopatía periférica,

9% accidente vasculocerebral, 13% cardiopatía isquémica. Valores analíticos/clínicos: colesterol total: 204,2 ± 41,1 mg/dl, c-HDL: 52,3 ± 12,7 mg/dl; c-LDL: 127 ± 21,2 mg/dl; triglicéridos: 182 ± 13,4 mg/dl, HbA1c 6,8 ± 1,3%. TA sistólica: 131,5 ± 14,7 mmHg; TA diastólica: 76,5 ± 9,4 mmHg; IMC: 30,4 ± 4,9 Kg/m<sup>2</sup>. Tratamiento farmacológico DM: 80% (Insulina: 22,2%, sulfonilureas: 92,2%, metformina: 40%, acarbose: 11,1%, metglitínidas: 2,2%); DLP: 45,9%; HTA: 44,4% diuréticos, 31,1% IECA, 16,3% ARAII, 15,6% betabloqueante, 11,1% calciantagonistas, 9,6% alfa-bloqueantes; el 18,5% HTA reciben asociaciones.

**Conclusiones:** Nuestros DM son mayoritariamente mujeres > 65 años, obesas, con 8 años de evolución de la enfermedad, con mal control metabólico (HbA1c > 7) siendo más prevalente en aquellos que son hipertensos (de forma estadísticamente significativa), dislipémica y/o hipertensa con un alto porcentaje de complicaciones micro/macroangiopáticas. Destacar el elevado uso de metformina, diuréticos y IECAs

## P76 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y FACTORES DE RIESGO CLÁSICOS EN UNA POBLACIÓN DE DIABÉTICOS TIPO 2

M. Pastoret Descamps, J. Caula Ros, J. Jurado Campos, R. Tell Caritg, J. Pou Torelló e I. Gich Saladrach

The Nord Catalonia Diabetes Study (NCDS). ABS Olot. Olot. Cataluña. Correo electrónico: mariapastoret@yahoo.es

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de enfermedad cardiovascular (ECV) y grado de control de los factores de riesgo cardiovasculares clásicos (FRCV) en una población de diabéticos tipo 2 (DM2).

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio transversal multicéntrico aleatorio. Ámbito de estudio: Atención Primaria. Sujetos: Muestra de 307 pacientes DM2 y 307 pacientes sin diabetes. Sin diferencias significativas para edad ni sexo. Mediciones e intervenciones: Se determinaron la prevalencia de ECV y el grado de control de los FRCV clásicos (edad, tabaco, HTA, DLP, obesidad y antecedentes familiares de ECV).

**Resultados:** La prevalencia de ECV fue del 21,97% en la muestra de DM2 vs. el 11,92% en la población de referencia. La distribución de los FRCV clásicos en la cohorte de pacientes diabéticos: 38,49% presentaba antecedentes familiares de ECV; 19,02% antecedentes personales de ECV; La media de edad era de 59,63 ± 6,15 años (hombres); 4,98% fumadores (hombres); 44,95% obesidad (IMC: > 30 Kg/cm<sup>2</sup>), 58% obesidad mórbida; Dislipemia 56,39%; HTA 74,50%; Se observó con mayor relevancia la edad, la HTA y el sexo. El grado de control de estos FRCV: HTA un 80,3% control inadecuado (> 130/80). Un 17,8% tratados con > 2 fármacos. DLP 56%, un 18,90% con tratamiento farmacológico.

**Conclusiones:** Elevada prevalencia de ECV en esta población, comparables a otras series estudiadas. Elevada prevalencia de HTA y DLP como FRCV modificables con un porcentaje bajo de buen control. Se precisa de una mayor atención tanto del estilo de vida como del tratamiento farmacológico para el control de estos FRCV altamente relacionados con ECV.

## P77 DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN POBLACIÓN INDIA: DIFERENCIAS SEGÚN VIVAN EN SU PAÍS O EN ESPAÑA

A. García Leunda, I. Ruiz Tamayo, J. Canadell Rusiñol, A. Gil Santiago, V. Serrano Borraz y F. Novell Teixido

CAP Raval Sud. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: ainhoagarcia@yahoo.es

**Objetivos:** Comparar el grado de control y presencia de complicaciones en dos poblaciones indostánies (inmigrantes a España y residentes en la India) diagnosticadas de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Atención primaria en España (barrio urbano con alta tasa de inmigración, > 50%) y población residente en la India. Sujetos: Pacientes indostánies afectados de DM2. Tamaño de muestras (España n = 116; India n = 1261). Mediciones e intervenciones: Variables sociodemográficas, de control metabólico (HbA1c, dislipemia, tabaquismo, obesidad), presencia de complicaciones diabéticas y tratamiento.

**Resultados:** En indostánies inmigrantes a España había significativamente un mayor porcentaje de varones (87,1% vs. 59,7%), mayor IMC (27 vs. 25,8 Kg/m<sup>2</sup>), mayor perímetro de cintura (98,3 vs. 89,2 cm) y menor glucemia basal (167,7 vs. 205,8 mg/dl) (p < 0,05). Respecto al grado de control el porcentaje de inmigrantes a España con HDL bajo era menor

(19,6% vs. 37,5%) y fumaban más (23,8% vs. 10,8%) (p < 0,01). La HbA1c fue 8,1% en inmigrantes y 9,2% en la India. Respecto a las complicaciones, los inmigrantes presentaban más IAM (5,9% vs. 1,5%) y más isquemia periférica (9,9% vs. 1,2%) (p < 0,01). Los habitantes en la India usaban más metformina (60,8% vs. 51,4%) y antiagregantes (37,9% vs. 20%) y los habitantes en España usaban más IECAs/ARA 2 (69,7% vs. 27%) e hipolipemiantes (66,7% vs. 1,2%) (p < 0,01).

**Conclusiones:** A pesar de un mismo origen étnico, existen diferencias significativas entre pacientes indostánies afectados de DM2 según habiten en la India o hayan inmigrado a España. Existe mayor incidencia de macroangiopatía y tabaquismo en pacientes inmigrantes indostánies. El peso de la fármaco-industria puede explicar la mayor utilización de metformina y antiagregantes en la India respecto a IECAs/ARA 2 e hipolipemiantes en nuestro país.

## P78 AUTOCONTROL GLUCÉMICO Y HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN DIABETES TIPO 2

G. Palmeiro Fernández, M. González Dacosta, S. Álvarez Araujo, I. Casado Górriz, L. Vázquez Fernández y G. Díaz Grávalos

CS Rubiá; CS Cea; CS Maceda; CS Allariz. Ourense. Galicia. Correo electrónico: xerard@wanadoo.es

**Objetivos:** Analizar la influencia del autocontrol glucémico sobre la hemoglobina glicosilada (HbA1c) en pacientes diabéticos tipo 2.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio de intervención no aleatorizado. Ámbito de estudio: Cinco consultas rurales de Atención Primaria. Sujetos: Muestreo consecutivo de diabéticos tipo 2 consultados en Enero 2006, precisando 58 sujetos en cada grupo (alfa = 0,05, d = 1%, s = 1,66%, beta = 0,1). Mediciones e intervenciones: Se determinaron: edad, sexo, tratamiento (dieta, ejercicio, insulina, antidiabéticos orales), realización de autocontrol glucémico, frecuencia semanal y momento (preprandial, posprandial y/o sólo si malestar), medias de HbA1c y de glucemias del 2004 y del 2005. Se emplearon pruebas de X<sup>2</sup>, t de Student y de correlación según cumpliera, con un error alfa de 0,05.

**Resultados:** Participaron 124 sujetos con edad media de 68,5 ± 11,0 años, un 57,3% mujeres (n = 71). Un 40,2% precisaba 2 o más fármacos, sin relación con edad o sexo. Realizaban autocontrol 61 pacientes (49,2%), sin diferencias de edad, sexo o número de fármacos necesarios entre grupos, pero es más frecuente en pacientes con medias de HbA1c iniciales más altas (IC95% [0,6 ~ 1,7]), en caso de insulino terapia (23,4%, n = 29, X<sup>2</sup> = 26,9, p < 0,001) y menos con sulfonilureas (11,3%, n = 14, X<sup>2</sup> = 5,6, p < 0,02). Con el autocontrol, no se demuestra mejoría de la HbA1c (IC95% [-0,7 ~ 0,2]) aunque sí una reducción glucémica (IC95% [-49,9 ~ -9,2]), independientemente del momento de realización del mismo o de su frecuencia semanal.

**Conclusiones:** El autocontrol glucémico no se relaciona con mejores niveles de HbA1c en diabéticos tipo 2.

## P79 CONTROL DE CALIDAD Y FACTORES DE RIESGO DE POBLACIÓN DIABÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. García-Estañ González, E. Parreño Caparrós, S. Graña Fernández, F. Viguera Lorente, M. Martínez Villalba y P. Valera Alonso

CS San Andrés. Murcia. Correo electrónico: elenageg@hotmail.com

**Objetivos:** 1. Valorar la cumplimentación del registro de factores de riesgo en la historia clínica. 2. Valorar el control metabólico y factores de riesgo.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Centro de Salud urbano. Sujetos: de 522 pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo 2, se seleccionan aleatoriamente 154. Mediciones e intervenciones: Los datos se obtienen de las historias y se analiza si existe registro de las variables necesarias para un buen control metabólico: edad, sexo, tabaco, IMC, HbA1c < 7%, glucemia basal 90-130 mg/dl, glucemia posprandial < 180 mg/dl, colesterol total < 175 mg/dl, LDL < 100 mg/dl, HDL > 40 mg/dl en hombres y 46 en mujeres, triglicéridos < 150 mg/dl y TA 130/80.

**Resultados:** Se han evaluado 154 historias, con una edad media de 67,2 ± 11,2 años, de los cuales 84 eran mujeres y 70 hombres. de éstos presentan registro de las variables necesarias para el control metabólico 119 pacientes (77%, IC 95 ± 6,6%). Se observa un mal control de la TAS y/o



TAD en 75 (63%, IC 95  $\pm$  8,7%), de los que 34 (45,3%, IC 95  $\pm$  11,3%) no reciben tratamiento antihipertensivo. Presentan LDL > 100 71 pacientes, de los cuales no están tratados 31 (43,6%, con un IC 95  $\pm$  11,5%). **Conclusiones:** El registro de datos en las historias es deficiente y mejorable en las variables tabaco, IMC, HbA1c y glucemia posprandial. El porcentaje de hipertensos y el de dislipémicos no alcanza los objetivos de control; no reciben tratamiento farmacológico el 45,3% de hipertensos y el 43,6% de dislipémicos.

## P80 ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL METABÓLICO Y DISLIPÉMICO EN PACIENTES CON DM TIPO II EN CS LASARTE

J. Rubio Fernández, A. Aguirre Beldarrain, C. Gojgarea, A. Mendiola Egaña, A. Ugalde Edo y M. Jauregui García

CS Lasarte. Lasarte. País Vasco.

Correo electrónico: mjauregi@apge.osakidetza.net

**Objetivos:** Identificar el tipo y el grado de actividad física que tiene que practicar los pacientes diabéticos y su relación con el control metabólico y dislipémico.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo cruzado. *Ámbito de estudio:* C.S. Lasarte. *Sujetos:* 255 pacientes diagnosticados con DM tipo II seleccionados aleatoriamente en el C.S. Lasarte, considerando una prevalencia de 30% pacientes con mal control y 5% control impreciso, riesgo alfa de 5% con el 20% de pacientes perdidos. *Mediciones e intervenciones:* Han sido consideradas las características de los pacientes (edad, sexo, IMC y factores de riesgo cardiovascular), el tipo de actividad física, considerando la frecuencia, la intensidad y el tiempo de ejercicio físico. El número de METS realizados al mes han sido calculados, considerando sedentario menos de 3000 METS/mes. Se han medido parámetros de control metabólico y lipídico.

**Resultados:** Hombres: 52,4%, mujeres: 47,2%. El promedio de la edad es de 64,2 años DS (10,1). 13,7% fumadores, 53,4% hipertensos y 52,2% presentan dislipemia. 80% caminan, 10% practican gimnasia y ciclismo. 71,8% de los pacientes IC 95% (65,8%-77,2%) realizan mas de 3000METS/mes, siendo considerados activos. No ha sido encontrada una diferencia estadística significativa entre la actividad física y el control de la HbA1c ( $p = 0,072$ ), siendo mas alta en los pacientes sedentarios. El perfil lipídico es más desfavorable en los pacientes sedentarios mostrando una diferencia estadística significativa en los niveles de HDL- Colesterol ( $p = 0,013$ )

**Conclusiones:** El 71,8% de los pacientes diabéticos controlados en este Centro se consideran activos, > 3000 METS al mes. El perfil lipídico de estos sujetos es más favorable que el de los que se consideran sedentarios.

## P81 CRIBADO NO INVASIVO DE LA DIABETES. ANÁLISIS DE DOS ESCALAS DE RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Cabré Vila, N. Mora Gilabert, F. Barrio Torrell, R. Sagarra Álamo, J. Piñol Moreso y B. Costa Pinel

Grupo de estudio de diabetes y síndrome metabólico (ITG/SM). ABS Reus-1;

ABS Reus-2. SAP Reus-Altebrat. Reus. Cataluña.

Correo electrónico: jcabre.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos:** En España no se dispone de escalas de riesgo validadas para cribar la diabetes tipo 2. La finalidad del estudio fue comparar la posible validez de dos escalas procedentes de otros entornos en nuestra atención primaria.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional transversal multicéntrico. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria de Salud. *Sujetos:* Sujetos entre 40-80 años extraídos aleatoriamente a partir de la población atendida. *Mediciones e intervenciones:* Se propuso a los participantes la cumplimentación de la escala de riesgo validada por la ADA (American Diabetes Association) y, simultáneamente, la escala FINRISC promovida por la EASD (European Association for the Study of Diabetes). Ambas establecen unas puntuaciones crecientes para determinar el riesgo teórico de diabetes. Se contrastó la puntuación obtenida en ambas con el diagnóstico formal establecido mediante curva de sobrecarga con glucosa. Se valoró la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo de cada escala tomando como patrón el diagnóstico por curva. Igualmente, el grado de concordancia.

**Resultados:** 56 sujetos (53,6% hombres), edad media 60,4  $\pm$  9,5; IMC 29,6  $\pm$  4,9; 60,7% eran hipertensos y 35,7% dislipémicos. Las alteracio-

nes glucídicas detectadas en la prueba de sobrecarga oral ascendieron al 30,3%. Ambas escalas (ADA-FINRISC) tuvieron una sensibilidad del 30,6-38,5%, una especificidad del 55-65,1% y un valor predictivo negativo del 30,6-77,8%, respectivamente, para la detección de dichas alteraciones. El grado de concordancia entre las escalas fue débil con un índice Kappa = 0,29.

**Conclusiones:** Aunque la muestra es todavía reducida, sugiere una mayor precisión de la escala FINRISC en nuestro entorno. La concordancia entre ambos instrumentos de medida es aparentemente débil.

## P82 DIFERENCIAS ÉTNICAS EN EL CONTROL Y LAS COMPLICACIONES DE LA DM2

J. Canadell Rusiñol, A. Gil Santiago, I. Ruiz Tamayo, A. García Leunda, M. Albéniz Egea y J. Franch Nadal

Raval Sud. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: jcanadell@camfic.org

**Objetivos:** Valorar grado de control metabólico y complicaciones de la DM tipo 2 en autóctonos, inmigrantes indostaníes y no indostaníes atendidos.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Transversal descriptivo. *Ámbito de estudio:* Centro de A.P urbano con tasa de inmigración > 50%. *Población:* Pacientes autóctonos e inmigrantes visitados en los dos últimos años, diagnosticados de DM2. *Muestra de población:* Todos los inmigrantes atendidos con DM2 y una muestra aleatoria estratificada por edad y sexo de autóctonos. *Mediciones e intervenciones:* Sociodemográficas, clínicas y analíticas (glucemia, HbA1c, perfil lipídico, microalbuminuria), valorando control metabólico y complicaciones derivadas (cardiopatía isquémica, neuropatía, nefropatía, enfermedad vascular periférica, enfermedad vascular cerebral).

**Resultados:** Individuos estudiados: 229 autóctonos, 116 indostaníes y 113 no indostaníes (34,5% marroquíes; 11,5% latinoamericanos; 9,72% filipinos) con evolución media de 5,05  $\pm$  5 años. Autóctonos respecto a indostaníes y no indostaníes: cifras menores de HbA1c (7,4 versus 8 y 7,3;  $p < 0,004$ ), menor índice tabaquismo (65,4% versus 73,3% y 62,9%;  $p < 0,2$ ), más cardiopatía isquémica (15% versus 6% y 5%  $p < 0,005$ ) y más neuropatía (30% versus 7,4% y 6,2%;  $p < 0,001$ ). Los indostaníes respecto los autóctonos y los no indostaníes: cifras menores de TAS (132 versus 141 y 138  $p > 0,006$ ) y de LDL (114 versus 146 y 126;  $p > 0,006$ ) y menor IMC (27,03 versus 29,3 y 28,03;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los autóctonos presentan mayor prevalencia de cardiopatía. El mejor control en los indostaníes de LDL, IMC y TAS podría explicar la menor prevalencia de macroangiopatía a pesar de mayor índice de tabaquismo.

## P83 CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

J. Díaz Benito, C. Jean Louis, I. Pérez Litago, A. Pous Marín, M. Salinas Vidondo y C. Bartolomé Moreno

CS Iturrama. Pamplona. Navarra.

Correo electrónico: jeaodz@yahoo.es

**Objetivos:** Conocer el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), y los factores asociados a un inadecuado control.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Zona básica de salud urbana. *Sujetos:* Muestra de 97 pacientes con DM2, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. *Mediciones e intervenciones:* Datos sociodemográficos, clínicos y de laboratorio, medición de presión arterial (PA) con media aritmética de tres tomas, y realización de ECG.

**Resultados:** El 38,1% (IC95%, 28,5-47,7) presenta un control óptimo de PA (<130/80mmHg). Factores asociados a control inadecuado: mayor índice de masa corporal (IMC) ( $p = 0,02$ ) y más alta presión de pulso (Ppulso) ( $p < 0,001$ ). En el 4,1% de los pacientes se detecta hipertrofia ventricular izquierda por criterios electrocardiográficos de Cornell y Sokolow. HbA1c < 7% se alcanza en el 47,3% (IC95%, 37,1-57,5). Un mayor IMC se asocia a un inadecuado control glucémico ( $p = 0,017$ ). Grado de control de dislipemia: c-LDL < 100 mg/dl, en el 33% (IC 95%, 23,5 - 42,5); triglicéridos (TG) <150 mg/dl, en el 61,1% (IC95%, 51,3-70,9). En el caso de TG se constata también una asociación entre

su inadecuado control y un IMC mayor ( $p = 0,004$ ). En conjunto, únicamente el 6,2% (IC95%, 1,5-10,9) de nuestros pacientes con DM2 cumple los objetivos de la ADA para c-LDL, TG, HbA1c y PA.

**Conclusiones:** Se necesita una mayor contribución humana y técnica para conseguir un mejor control de los FRCV. Un mayor IMC y una Ppul- so más alta son factores asociados a un peor control.

## P84 PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE METFORMINA EN LA DIABETES TIPO 2 ¿SOMOS RIGUROSOS EN LAS CONTRAINDICACIONES?

A. Llambes Morera, Y. Herreros Herreros, M. Gili Riu, C. Ledesma Serrano, M. Sorribes Capdevila y P. Cortes Pérez

ABS Numancia. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 30635yhh@comb.es

**Objetivos:** Evaluar la adecuación del tratamiento con metformina en diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y el perfil básico de estos pacientes.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. Población asignada 28510 usuarios > 15 años. *Sujetos:* Pacientes DM2 tratados con metformina, visitados el último año. Historias clínicas informatizadas (e-CAP). *Mediciones:* edad, sexo, peso, índice de masa corporal (IMC), creatinina plasmática, aclaramiento de creatinina (fórmula de Cockcroft-Gault). *Contraindicaciones metformina:* insuficiencia renal (IR), insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), alcoholismo crónico (OH), insuficiencia hepática (IH), edad avanzada.

**Resultados:** de un total 1059 diabéticos (3,7% de la población), 40% reciben metformina ( $N = 426$ ). Distribución etaria: <50 años (a): 5,4%, 51-60a: 17,6%, 61-70a: 31%, 71-80a: 32,6%, > 81a: 13,4%. Varones: 53,8%. IMC: obtenido en 301 pacientes (71%). Media: 30,16 (IC95: 29,55-30,77); Desviación estándar (DE): 5,38; Mediana: 29,8; Rango: 18,54-53,0. Observamos diferencias por sexos: media hombres 29,19, mujeres 31,25, estadísticamente significativa. Distribución IMC por edades. Media <50a: 31,0, 51-60a: 30,8, 61-70a: 31,3, 71-80a: 29,8%, > 81a: 27,5. Creatinina: obtenida en 280 pacientes (66%). Media: 1,10 mg/dl (IC95: 1,07-1,13); DE: 0,27; Mediana: 1,07; Rango: 0,55-2,87. Un 10,4% ( $N = 29$ ) presenta creatinina >1,4 mg/dl. Aclaramiento de creatinina: obtenida en 163 pacientes (38%). Normal: 9,8%, IR leve: 63,8%, IR moderada: 24,5%, IR severa: 1,8%. Contraindicaciones: 1,2% IR, 2,8% ICC, 1,4% OH (total 5,4%).

**Conclusiones:** Casi la mitad de pacientes DM2 reciben metformina. Perfil básico: varón obeso, 61-80 a. Desconocemos la creatinina en 1/3 de los pacientes. Deben intensificarse los controles. La presencia de sobrepeso-obesidad es crucial en DM2. Debe intensificarse su registro. La metformina es un fármaco recomendado en estos pacientes. A pesar de que el riesgo de acidosis láctica no es tan alto como se pensaba, conviene recordar y respetar las contraindicaciones formales del fármaco. Observamos una gran diferencia entre la valoración de la función renal con la creatinina y con el aclaramiento de creatinina que tiene en cuenta la edad, obteniéndose más contraindicaciones para el fármaco con éste último.

## Expectativas pacientes / profesionales

### P143 ¿POR QUÉ SE SOLICITAN CAMBIOS DE MÉDICO?

M. Sorribes Capdevila, M. Porta Salvi, J. Pinel Huertas, R. Buendia Vall-Hebrera, M. Lorente Bosch y P. Cortés Pérez

EAP Numancia. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: martasorribes.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos:** Analizar el motivo por el que se solicita cambio de médico.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano con una población asignada de 30720 usuarios. *Sujetos:* Todos los usuarios que en el período 1 de noviembre 2005-28 febrero 2006 solicitaron cambio de médico. *Mediciones e intervenciones:* Los cambios se solicitaron en hoja creada para tal fin y en la que se registró: nombre, edad, sexo, médico actual, motivo del cambio (horario laboral, horario sin más, asistencial trato, asistencial técnica,

agrupación familiar, otro), turno solicitado y origen del cambio (usuario o facultativo)

**Resultados:** Se registraron 94 peticiones en 4 meses. Los usuarios con edades comprendidas entre los 15-35 años fueron los que más cambios solicitaron (40,4%), seguidos de los de 35-54 años (36,2%). Un 62,8% de las solicitudes fueron realizadas por mujeres. Los motivos del cambio más alegados: horario laboral (31,9%), horario sin más (28,7%) y en tercer lugar, cuestiones de trato. Sólo en el 5,3% las solicitudes fueron realizadas por un facultativo y en éstas, en el 100% el motivo era por un problema de trato. Los cambios por motivo de horario (laboral o sin más) solicitan turno tarde en su mayoría (63,2%).

**Conclusiones:** Disponer de información de las solicitudes de cambio de médico, permite analizar la población que lo solicita y sus motivos. Si el motivo más frecuente es por un problema de horario, y la mayoría prefieren horario de tarde, quizás tengamos que replantearnos nuestra plantilla para mejorar accesibilidad. Pocos facultativos optan por este sistema ante pacientes en que el trato no es adecuado.

### P144 MOTIVOS DE SOLICITUD DE CAMBIO DE MÉDICO EN NUESTROS PACIENTES. COMPARACIÓN ENTRE ACTIVOS Y PENSIONISTAS

M. Leal Hernández, J. Abellán Alemán, M. Gonsalvez Bernal, B. Martín-Sacristán Martín y P. Gómez Jara

CS de Beniaján. Universidad Católica de Murcia (UCAM). Murcia.  
Correo electrónico: arboleja@yahoo.es

**Objetivos:** 1) Determinar las causas por las que nuestros pacientes solicitan voluntariamente cambio de médico de familia. 2) Comparar dichas causas entre pacientes activos y pensionistas.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo mediante encuesta autocumplimentada. *Ámbito de estudio:* Dos Centros de Salud de atención primaria semiurbanos de nuestra ciudad. *Sujetos:* Fueron seleccionados aleatoriamente 100 pacientes activos y 100 pensionistas que se habían cambiado voluntariamente (no por cambio de domicilio) de médico de familia en el último año. *Mediciones e intervenciones:*

Se realizó encuesta autocumplimentada mediante técnica delphi modificada con una primera fase de encuesta abierta y una segunda de priorización (se puntuaban los tres motivos más importantes).

**Resultados:** Los cinco principales motivos de cambio de médico entre los pacientes activos fueron: 1. Relación médico-paciente deteriorada (31,3% de los puntos). 2. Horario o turno de consulta (28,7%). 3. Dificultad para obtener la incapacidad temporal (20%). 4. Referencias muy positivas de otro médico al que se cambian (13,7%). 5. Incompetencia técnica del médico (4,3%). 6. Otros (2%). En los pacientes pensionistas fueron los siguientes: 1. Relación médico-paciente deteriorada (32,7%). 2. Referencias muy positivas de otro médico al que se cambian (28%). 3. Mi médico no me receta lo que creo que necesito (16,7%). 4. Para agrupar toda la familia con el mismo médico (12%). 5. Incompetencia técnica del médico (6,7%). 6. Otros (4%).

**Conclusiones:** El deterioro de la relación médico paciente es el principal motivo de cambio de médico entre nuestros pacientes, tanto activos como pensionistas. La dificultad para obtener la incapacidad temporal es un motivo muy importante en pacientes activos. La incompetencia técnica del médico no ocupa un lugar prioritario entre dichas razones.

### P145 OPINIÓN DE LOS USUARIOS Y PROFESIONALES DE PRIMARIA SOBRE LA CITA DE CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS DESDE LOS CENTROS DE SALUD

R. de Dios del Valle, A. García Méndez, M. García Fernández, J. Picos Rodríguez, F. Ariza Hevia

Gerencia del Área Sanitaria I de Asturias. Jarrio-coaña. Asturias.  
Correo electrónico: ricardo.dedios@spsa.princast.es

**Objetivos:** Conocer la opinión de los usuarios y de los profesionales de primaria sobre la gestión de las agendas de consultas externas hospitalarias.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Área Sanitaria. *Sujetos:* Usuarios que acuden a la unidad administrativa durante 1 semana y profesionales de atención primaria. *Mediciones e intervenciones:* Encuesta anónima realizada a todos los pacientes que acudieron a las unidades administrativas durante una semana de forma

secuencial. Encuesta anónima dirigida por correo a los profesionales médicos. Variables: sexo, cuestiones sobre el sistema de citación. *Análisis estadístico*: las cuantitativas se describen con media y desviación estándar y las cualitativas con distribución de frecuencias. Para asociación de variables se utiliza la t de Student y el Chi cuadrado.

**Resultados**: 40 encuestas de profesionales (tasa respuesta: 61,5%). Edad: 42,12 (DE: 5,4). 92% (IC95%: 80,9-98) piensan que evita errores la cita en el centro de salud. 77% (IC95%: 62,7-88,4) piensan que el ciudadano tiene más facilidad para escoger fecha/hora. 82% (IC95%: 65,5-90,3) opinan que da menos problemas. 92% (IC95%: 81-98) desearían gestionar todas las agendas del Hospital. Satisfacción general: 8,32 DE: 1,16. 62 encuestas de usuarios. Edad: 53,66 (DE: 18,9). 91% (76,9-93,8) piensan que dando la cita en el centro de salud se evitarían errores. 70% (IC95%: 52-75,6) piensan que es mucho mejor que se gestione la agenda en el centro de salud, 19% piensan que es mejor, sólo 2% piensan que es mejor la gestión en el hospital. 89% (73,1-91,5) desean que todas las agendas se gestionen en AP. Satisfacción general: 8,51 (comodidad: 8,67, resguardo escrito de la cita: 9,11).

**Conclusiones**: Gran valoración de la gestión de las agendas del hospital desde AP por los profesionales y ciudadanos. Aspectos más valorados por los ciudadanos: resguardo de cita, poder elegir.

### P146 ¿QUÉ OPINIÓN TIENEN NUESTROS USUARIOS SOBRE LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS Y EL COSTE DE LA MEDICACIÓN?

M. Urreiztieta Díaz, J. Thalamas Atienza, G. Estévez Martínez, J. Crespo Sabadell, A. Benito Galárraga y B. Pereda Goikoetxea

CS de Lezo. Lezo. País Vasco.

Correo electrónico: thalamas@apge.osakidetza.net

**Objetivos**: Valorar la opinión, actitud y grado de conocimiento de los usuarios sobre los medicamentos genéricos (MG) y conocer la importancia que conceden al coste de la medicación. Conocer el nivel de impacto del contrato de gestión clínica y la gestión del medicamento sobre los profesionales sanitarios a la hora de recetar MG.

**Material y métodos**: *Tipo de estudio*: Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio*: Población de Lezo. *Sujetos*: Mayores de 18 años adscritos al CS Lezo. *Mediciones e intervenciones*: Encuesta telefónica valorando en grado de conocimiento sobre los medicamentos genéricos, vía de información, aceptación del cambio, quien informe sobre el cambio, interés por el precio de los medicamentos.

**Resultados**: Mayor conocimiento sobre los MG tras intervención (p: 0,055) siendo los medios de comunicación (67,2%) como vía más importante. Cambio de su medicación habitual por genéricos (94,1%) sin importar el cambio. La población activa más conocedora de los MG (p: 0,009) que los pensionista. Interés por el precio de los medicamentos (52,5%) sobre todo población activa (p: 0,001) y mujeres (57,7%, p: 0,004).

**Conclusiones**: Mayor prescripción de MG y mayor conocimiento en la población. Cambio de medicación crónica habitual. La efectividad de un medicamento no esta en directa relación con el precio del mismo, y nos reclaman que seamos eficientes a la hora de prescribir. No podemos poner la oposición del paciente como excusa en la prescripción.

### P147 GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA FIGURA DEL RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA POR PARTE DE LOS USUARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

E. Calvín García, O. González Peña, C. Rodríguez Oejo y G. Rubio García

CS Canillejas; CS Mar Báltico; CS Jazmín; CS Barajas. Madrid. Correo electrónico: supermacrofago@hotmail.com

**Objetivos**: 1. Evaluar la opinión de los usuarios sobre la figura y funciones del residente. 2. Conocer el grado de confianza del paciente en las decisiones del residente. 3. Conocer si la presencia del residente en la consulta ocasiona un obstáculo para la relación médico-paciente. 4. Conocer el grado de satisfacción del paciente respecto a la atención recibida por parte del residente.

**Material y métodos**: *Tipo de estudio*: descriptivo transversal cualitativo. *Ámbito de estudio*: 4 Centros de Salud del área 4 de Madrid. *Sujetos*: 400 pacientes aleatorizados que han acudido al menos una vez en los meses de marzo a mayo a la consulta habiendo sido atendidos solo por el residente

en al menos una ocasión. *Mediciones e intervenciones*: Se entregó una encuesta de 15 preguntas anónima y autoaplicable a la salida de la consulta. Se utiliza el programa informático SPSS para el análisis estadístico.

**Resultados**: de los 400 pacientes encuestados el 42,2% ha contestado que somos un médico, mientras que un 28,3% piensan que somos un residente. Un 12,5% no sabe/no contesta. Un 46% no sabe lo que es un residente. A un 90% no le molesta la presencia del residente en la consulta. Un 16% piensa que la presencia de residentes en la consulta entorpece la relación con su médico. 93% está contento con el trato recibido por el residente mereciéndole a un 91% de ellos confianza el diagnóstico dado por el residente pero un 22% vuelve a consultar su problema.

**Conclusiones**: A pesar de que hasta la mitad de nuestros pacientes no saben qué es un residente, la mayoría sí sabe que somos médicos pero no tiene claras nuestras funciones.

### P148 PAC, ¿POR QUÉ ES ELEGIDO COMO CENTRO DE ATENCIÓN URGENTE?

M. Neira Vázquez, M. Nogueira Fernández, A. Arias Pardo, A. Balado López y F. Toba Alonso

Gerencia de AP coruña. A coruña. Galicia.

Correo electrónico: mjneiravazquez@yahoo.es

**Objetivos**: Determinar los motivos subjetivos que llevan a los usuarios a acudir a un Punto de Atención Continuada (PAC) y su grado de satisfacción con la asistencia recibida.

**Material y métodos**: *Tipo de estudio*: Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico; mediante cuestionario entregado a cada paciente. *Ámbito de estudio*: Puntos de Atención Continuada de un área sanitaria. *Sujetos*: Muestreo aleatorizado de usuarios que acudieron a los PAC durante los meses de abril y mayo, en los días de guardia de los médicos participantes en el estudio. *Mediciones e intervenciones*: Motivos de utilización del PAC, por qué acuden a este servicio de urgencias y no a otros, grado de satisfacción de la atención recibida.

**Resultados**: Se encuestaron 239 pacientes, de los cuales 50 no contestaron. El 26% presentaba patología banal y el 59% patología aguda leve. El 51% no había realizado consulta médica previa. El 42,3% presentaba síntomas de menos de 12 horas de evolución y el 22,3% de más de 48 horas. El 43% alegaba como motivo principal el no poder esperar, el 17% no tenía cita para su médico de cabecera y el 16,3% alegaba problemas de horario laboral o escolar. El 63,1% escogía el PAC por cercanía-accesibilidad. El 77,3% estaba muy satisfecho con la atención recibida.

**Conclusiones**: La atención continuada está en relación con la demanda de inmediatez por parte de los usuarios, así como por las listas de espera en AP y problemas de horario laboral y escolar. La cercanía es un factor importante para la utilización de estos centros respecto a otros de atención urgente; resultando muy satisfactoria la atención en los mismos.

### P149 SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Altaba Barceló, C. Expósito Martínez, D. Rocabrana Triado, J. San José Mataró, M. Baraut Martínez y M. Pérez García

ABS Sabadell 1a. Sabadell. Cataluña.

Correo electrónico: cap.rambla@sabadell.scs.es

**Introducción**: Al año del inicio de la prueba piloto de control del tratamiento anticoagulante oral en nuestro centro, se decide conocer grado de satisfacción de la población.

**Objetivos**: Valorar grado de satisfacción de pacientes anticoagulados controlados en nuestro centro.

**Material y métodos**: *Tipo de estudio*: Tipo de estudio: Estudio descriptivo. 4 semanas de duración. *Ámbito de estudio*: Emplazamiento: ABS urbana. *Sujetos*: *Criterios de inclusión*: Pacientes anticoagulados del Área básica de salud (ABS), remitidos desde el hospital de referencia. *Criterios de exclusión*: Pacientes que no acuden o se niegan a participar. *Mediciones e intervenciones*: Variables: edad, sexo, diagnóstico, encuesta de satisfacción, nº controles, nº controles fuera de rango \*Encuesta de satisfacción: consta 5 preguntas (1. Accesibilidad al centro, 2. Horario de control, 3. Accesibilidad al personal sanitario, 4. Periodicidad de los controles, 5. Tiempo de espera) con 5 respuestas: muy satisfecho-5, bastante satisfecho-4, satisfecho-3 poco satisfecho-2, nada satisfecho-1. Se considera alto grado de satisfacción puntuaciones igual o superiores a 3.

**Resultados:** 42 casos: 23 varones (54,76%), 19 mujeres (45,24%). Edad media de 75 años (67-89). Diagnósticos: 57,14% (16) ACxFA, 10,7% (3) miocardiopatía dilatada, 17,86% (5) insuficiencia mitral sin ACXFA, 14,29% (4) otros diagnósticos, 14 sin diagnóstico que justificara el tratamiento anticoagulante. Encuesta: Pregunta 1 el 83% (35) puntuación  $\geq 3$ , pregunta 2 el 95% (40), pregunta 3 92% (39), pregunta 4 59% (25) y pregunta 5 76% (32). Media de controles: 16,88 (5-26). Media controles fuera de rango 5,80 (0-16). En el análisis bivariable solo se encontró relación entre edad-nº controles fuera de rango ( $p = 0,03$ ).

**Conclusiones:** 1. Alto grado de satisfacción en todas las preguntas excepto en periodicidad de controles, probablemente por mayor número de ellos. Diferencias significativas en periodicidad de controles por sexo: varones menos satisfechos. 2. Resto de relaciones sin diferencias significativas, probablemente por muestra insuficiente.

## P150 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN A.P.

F. Chacón, M. Sáez y C. Sans

CS Buenos Aires. Área 1. Madrid.

Correo electrónico: mjsm@ozu.es

**Objetivos:** *Objetivo principal:* Conocer el grado de satisfacción de los usuarios de una consulta de A.P. *Objetivos secundarios:* Obtener una herramienta de trabajo que permita optimizar los aspectos peor valorados por los usuarios de A.P.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional, descriptivo y transversal. Encuesta validada para A.P. (encuesta de satisfacción de los usuarios en A.P.C.I.S.), dicha encuesta valora los siguientes ámbitos: Accesibilidad. Personal del C.S. Interrelación A.P. - A.Especializada. Atención domiciliaria. Espacios físicos. Encuesta vía telefónica. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* 120 pacientes seleccionados aleatoriamente entre aquellos que acudieron por cualquier motivo a una consulta de A.P. del centro de salud seleccionado entre enero y abril del 2006. *Mediciones e intervenciones:* Se midió el grado de satisfacción de los usuarios del centro en cada uno de los ámbitos anteriormente mencionados, discriminando en la toma de datos el sexo y la edad de los encuestados.

**Resultados:** *Accesibilidad:* Un 55% de los encuestados conciertan cita personalmente en el C.S. y llamando reiteradamente al mismo. *Personal del C.S.:* Administrativos: Un 50% manifiesta indiferencia, el 63% reconocen su eficacia. Enfermería: Un 87% de la muestra destaca su eficacia y amabilidad. Personal médico: Idéntico porcentaje en ambos aspectos. Un 55,5% considera que el tiempo de espera es reducido. Mejor percepción en varones. Un 80% recomendaría a su médico. *Interrelación A.P.-A.Esp:* Indiferencia. Atención domiciliaria: 61% recibió buena atención. Mayor solicitud del servicio respecto CIS. Espacios físicos: Un 92% mostró una opinión positiva.

**Conclusiones:** Globalmente la satisfacción de los usuarios fue muy positiva sin apreciarse diferencias estadísticamente significativas entre sexos, excepto en la percepción de la amabilidad del médico. Debemos mejorar los tiempos de espera, telecita y plantear el motivo de la gran demanda domiciliaria.

## P151 ¿SE SIENTEN NUESTROS PACIENTES BIEN ATENDIDOS?

B. de Gispert Uriach, O. Rebagliato Nadal, N. Turmo Tristan,

B. Bonay Valls, L. Guix Font y J. Artigas Guix

ABS Gòtic. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: blancagis@yahoo.es

**Objetivos:** Conocer el grado de satisfacción de una población en relación a la atención recibida en su Centro de Salud.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Equipo de Atención Primaria urbano con población socio-económicamente deprimida. Octubre 2005-Marzo 2006. *Sujetos:* Muestra aleatoria sistemática ( $n = 632$ ). *Mediciones e intervenciones:* Cuestionario autocumplimentado de 18 preguntas. Medias de puntuaciones del cuestionario por dimensiones (atención recibida, tiempo percibido, satisfacción general y relación con el profesional) y según edad, sexo, nacionalidad, frecuentación y número de patologías crónicas, mediante Chi-cuadrado y t-Student.

**Resultados:** Medias obtenidas para cada dimensión (escala de 1 a 5): atención recibida 4,39, tiempo percibido 2,84, satisfacción general 3,40, relación con el profesional 3,22 y total 3,76. A mayor edad aumenta li-

nealmente la valoración de la atención recibida y la relación con el profesional ( $p < 0,001$ ), pero disminuye la valoración del tiempo percibido y la satisfacción general ( $p = 0,001$ ). La presencia de patología crónica se asocia a mejor valoración de la relación con el profesional ( $p < 0,001$ ) y de la atención recibida ( $p = 0,018$ ), pero a menor satisfacción general ( $p = 0,044$ ) y del tiempo percibido ( $p = 0,001$ ). El tamaño de la muestra y su distribución no permiten detectar diferencias estadísticamente significativas en función del país de origen. No se hallan diferencias significativas entre sexos ni en función de la frecuentación en los resultados obtenidos. **Conclusiones:** El grado de satisfacción en esta población es elevado. Las únicas variables estudiadas que se asocian al grado de satisfacción son la edad y la presencia de patología crónica.

## P152 ANÁLISIS DE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES RESPECTO A LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Blanquer Gregori, I. Montiel Higuero, P. Valencia Valencia

y C. Pérez Ortiz

Unidad de Investigación y Docencia Dirección de AP. Departamento 20. Elche.

Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: arandh@ono.com

**Objetivos:** Conocer las expectativas respecto a los Sistemas de Información Sanitarios (SIS), que disponen los profesionales sanitarios, ante el proceso de informatización de la Atención Primaria.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario autocumplimentado. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* de una población seleccionada de 122 facultativos de Centros de Salud, se han cumplimentado 116 encuestas (95%). *Mediciones e intervenciones:* Cuestionario que incluye 6 ítems que exploran, mediante escala de Likert, expectativas relacionados con la periodicidad, relevancia y utilidad de los SIS que disponen, percepción de mejora con el proceso de informatización. Preguntas relacionadas con la fuente de los SIS, disponibilidad de indicadores específicos.

**Resultados:** El 37,84% consideran que reciben información de forma periódica, el 50% que esta es relevante y con un propósito definido, pero solo el 36,48% indica que le permite la toma de decisiones y evaluar el estado de salud de la población a la que asiste. El 85% considera que la informatización puede mejorar los SIS, pero solo el 50% confían en el nuevo proyecto como medio para conseguirlo. La información es obtenida por fuentes primarias en el 31% de los casos. No se supera el 15% de cumplimiento de las expectativas profesionales respecto al conjunto de indicadores propuestos, excepto los de farmacia (54%). la media de años de ejercicio profesional es de 17 años ( $DE \pm 10$ ).

**Conclusiones:** Los SIS debe ser considerados como un instrumento de gestión del conocimiento en la propia consulta del médico. Hemos identificado áreas de información no cubiertas con el actual SIS, así como el interés de los profesionales en su obtención.

## P153 NUEVOS ROLES DE ENFERMERÍA: EXPERIENCIA DE INTEGRACIÓN ASISTENCIAL EN EL CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Catalán Olive, A. Alabor Lloret, J. Zafra Martínez, V. Palop Larrea,

E. Gómez Gutiérrez y E. Tarazona Gines

Centro Sanitario Integrado de Sueca. Dirección Departamento 11 de Salud.

Sueca. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: ccatalan@hospital-ribera.com

**Objetivos:** Analizar la concordancia diagnóstica del cribado de retinopatía diabética en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) realizado por enfermería en un Centro Sanitario Integrado mediante retinografía no miódrática, frente al diagnóstico realizado por un Oftalmólogo. Evaluar el impacto de la remisión de pacientes con DM2 y retinopatía diabética evaluados con retinografía al servicio de oftalmología.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal y de análisis de fiabilidad. *Ámbito de estudio:* Centro Sanitario Integrado que atiende a una población de 32.429 habitantes correspondientes a una zona básica de salud. *Sujetos:* Retinografías realizadas con un retinógrafo no miódrático Topcon TRC-RW200 a DM2 que cumplen criterios de cribado: nuevos diagnósticos de DM2, pacientes con DM2 que no se han realizado nunca un estudio de fondo de ojo, o última revisión superior a

1 año. *Mediciones e intervenciones:* Análisis de concordancia mediante el cálculo del coeficiente kappa. % de pacientes con DM2 remitidos a Oftalmología.

**Resultados:** El índice kappa demostró una concordancia del 94% para el total de las retinografías. de los primeros 300 pacientes revisados han precisado derivación a las consultas externas de Oftalmología 26 pacientes (9%).

**Conclusiones:** Los profesionales de enfermería pueden desempeñar nuevos roles que permiten aumentar la eficiencia de distintos procesos en los diferentes ámbitos asistenciales y racionalizar las derivaciones a consultas externas de oftalmología por esta causa. La atención primaria es el mejor lugar para llevar a cabo el cribado de complicaciones de las enfermedades más prevalentes; por esto, la retinografía no miódica como prueba de cribado no invasiva debe ser accesible tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes.

## P154 ¿PRESENTAN IGUAL DESGASTE PROFESIONAL LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE SERVICIOS DE URGENCIAS Y DE ATENCIÓN PRIMARIA?

E. López Quero, B. Cáceres Granados, I. Cano Blanco, M. Cano Talavera, A. López Rodríguez y F. Arenas Cruz

Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. Andalucía.  
Correo electrónico: blancacegrana@hotmail.com

**Objetivos:** Conocer el grado de cansancio emocional, despersonalización y realización profesional de médicos de familia que trabajan en urgencias hospitalarias y centros de salud.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Hospital Comarcal y Centro de Salud. *Sujetos:* Médicos de 29-59 años. *Mediciones e intervenciones:*

Variables demográficas: edad, sexo, pareja, ámbito de trabajo, formación, años trabajados, contrato. Cansancio emocional Despersonalización Realización profesional Cuestionario Maslach Burnout Inventory.

**Resultados:** Se encuestaron 21 médicos proporcionados en sexo y ámbito de trabajo. El 61,9% (+0,171EEM) <45 años. Con pareja estable un 76% (+0,1769EEM). Formación M.I.R. el 76% (+9,524E-02EEM). El 57% (+0,214EEM) llevan menos de doce años trabajados, con contrato fijo el 81% (+8,781E-02EEM). Los profesionales presentan un alto cansancio emocional (61,9% + 0,176EEM), despersonalización (66,7% + 0,177EEM) y elevada realización profesional (28,6%+0,181EEM). El tipo de contrato no está relacionado con cansancio emocional, despersonalización ni con la realización profesional. Las mujeres presentan menor cansancio ( $p < 0,031X2$ ), pero igual despersonalización y realización profesional. Edad <45 años y pareja estable, se relacionan con un alto cansancio y despersonalización, no siendo significativo y no influyendo en la realización profesional. El trabajo en Urgencias afecta, no significativamente, en la realización profesional, no en el resto. Los médicos con formación M.I.R. tienen mayor cansancio ( $p < 0,023X2$ ), más despersonalización, aunque mayor realización profesional. Llevar menos de 12 años trabajados supone mayor logro profesional ( $p < 0,016X2$ ), pero más cansancio ( $p < 0,007X2$ ), y despersonalización.

**Conclusiones:** El perfil del médico realizado profesionalmente es: formado vía M.I.R., joven, con poco tiempo trabajado, aunque está cansado y despersonalizado. Trabajar en Atención Primaria supone mayor logro profesional. No varía el desgaste entre Urgencias y AP.

## P155 OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP) SOBRE LA INFORMATIZACIÓN

A. Ruiz Torrejón, R. Company Bauzá, J. Romero Palmer y S. Mairata Bosch

Ibsalut. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: aruiz@ibsalut.caib.es

**Objetivos:** Conocer la opinión de los profesionales tras la informatización de las consultas.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* descriptivo. *Ámbito de estudio:* todos los centros de salud de la Comunidad Autónoma. *Sujetos:* Médicos, pediatras y enfermeras de AP. *Mediciones e intervenciones:* cuestionario anónimo y autoadministrado, entre enero y abril 2006, 22 preguntas, variables: uso del ordenador, cambios supuestos, confidencialidad de la Historia Clínica Electrónica (HCE), formación recibida, necesidades y expectativas.

**Resultados:** Respondieron 369 profesionales (35,14%), 67,5% entre 30 y 50 años. El 92,7% utilizan el ordenador en la mayoría de aplicaciones. Un 73,3% refiere que mejorará el registro, un 60,7% favorecerá el seguimiento de pacientes, reducirá la burocracia para el 86,2%, mientras que para un 59,3% no afectará en la toma de decisiones clínicas. El 61,47% cree que la HCE interfiere poco o nada en la entrevista profesional. Un 56,9% opina que mantiene la confidencialidad. El 50,7% ve Internet como alternativa válida en la comunicación con pacientes. La formación inicial se percibió insuficiente para el 60,8%. Formación continuada es preferible en el propio centro (50,47%) o en el aula informática (41,5%), con periodicidad semestral (26,4%). El 62,84% considera la HCE compleja o muy compleja. Ven necesaria la integración con laboratorio el 62,84%, así como el acceso a la HCE del hospital (52,45%).

**Conclusiones:** Existe un alto grado de uso de la HCE. Más de la mitad considera que la HCE mantiene la confidencialidad. La mayoría cree que mejorará tanto el registro como el seguimiento de pacientes. La formación recibida inicialmente fue insuficiente y su periodicidad debería ser semestral.

## P156 ¿CUÁL ES LA DEMANDA SANITARIA Y LA PATOLOGÍA QUE PRESENTAN NUESTROS PACIENTES HIPERFRECUENTADORES?

M Virgós Bonfill, C. Poblet Calaf, E. Tapia Barranco, C. Chanchó Rodríguez, F. Barrio Torrell y N. Brull López

ABS Reus-2; CAP Sant Pere. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: mvirgos.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos:** Descripción del perfil, la prevalencia, el tipo de visita y las características sociodemográficas de los pacientes hiperfrecuentadores de una Área Básica Urbana (ABS).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional descriptivo de tipo transversal. *Ámbito de estudio:* ABS urbana (HCAP 30.000). *Sujetos:* Pacientes visitados durante el año 2003, mayores de 16 años y que hayan realizado 7 o más visitas (definimos hiperfrecuentador de acuerdo con el estudio NCEP I y II). *Mediciones e intervenciones:* Muestra aleatoria de 265 pacientes y se analizan las siguientes variables: edad, sexo, nacionalidad, ocupación, enfermedades crónicas y tipo de visita según Casajua: consulta previsible asistencial y administrativa, y consulta imprevisible asistencial y administrativa.

**Resultados:** La prevalencia es 1,28%. Edad media: 61,1 + 19,48 años, 60,8% mujeres. El 95,1% eran de nacionalidad española, 1,1% inmigrantes comunitarios y 3% no comunitarios. El 53,5% pensionistas. El tipo de consulta médica que los pacientes realizaron fueron: 86% imprevisible asistencial, 85,2% previsible asistencial, 49,4% previsible administrativa y el 16,9% imprevisible administrativa. Las visitas de enfermería fueron: 73,3% visitas previsibles asistenciales, 71,6% previsible administrativa, 9,4% imprevisible asistencial y el 1,8% imprevisible administrativa. Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad músculo-esquelética y patología mental.

**Conclusiones:** La prevalencia de pacientes hiperfrecuentadores de nuestra ABS es inferior a la bibliografía revisada. Nuestro hiperfrecuentador es una mujer de 61 años, pensionista y de nacionalidad española. La visita médica más demandada es la imprevisible asistencial y en enfermería la previsible asistencial. Mejorando la educación sanitaria en la utilización de las consultas, las visitas urgentes y en las enfermedades crónicas podría reducirse la demanda de nuestros pacientes hiperfrecuentadores.

## Fibrilación auricular

### P157 MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Martínez Palli, M. Tirado Pueo, C. Bennasar Vadell y M. Esteva Canto  
CS Escuela Graduada; Hospital Son Llàtzer; UD. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: sumpalli@hotmail.com

**Objetivos:** Evaluar la actuación de los médicos de familia frente a la fibrilación auricular (FA) respecto a las recomendaciones vigentes.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Diseño: Descriptivo. *Ámbito de estudio:* Ámbito: Centro de Salud docente. *Sujetos:* Pacientes diagnosticados



de fibrilación auricular en los últimos 3 años. *Mediciones e intervenciones:* Edad, sexo, tabaquismo, HTA, diabetes, antecedentes Ictus isquémico/AIT, interconsulta a cardiología, ecocardiografía, tipo de FA, tratamiento anticoagulante (ACO) o antiagregante (AA).

**Resultados:** Se estudiaron los 64 casos registrados, edad media 75,6 (DE 10,76), 43 (69,4%) mujeres. Antecedentes de AIT/Ictus el 14,5%, HTA el 75,8%, Diabetes el 32,3%, Cardiopatía Isquémica el 16,1% y el 11,3% eran fumadores. Fueron derivados a cardiología el 83,9%; el 38,7% tenía una Valvulopatía, el 8,1%, Insuficiencia Cardíaca sistólica y el 25,8% hipertrofia ventricular izquierda. Tomaban antiarrítmicos el 79%. La FA se consideró 'persistente' en el 63,9% y en los 23 casos restantes 'paroxística'. Considerando los factores de riesgo (FR) y recomendaciones para la prevención de la tromboembolia arterial en la FA (paroxística y crónica), el 90,3% (56 casos) tenían uno o más FR elevado y el 11,3% dos o más FR moderados. Según las indicaciones de anticoagulación oral (ACO), el 91,9% cumplían criterios aunque solo el 48,4% recibían dicho tratamiento. de éstos, 21 casos estaban en tratamiento con AA (aunque su indicación era ACO), y nueve casos no llevaban ni ACO ni AA.

**Conclusiones:** Se observa un infratratamiento anticoagulante que podría aumentar el riesgo de tromboembolia arterial. Sería utilidad la existencia de un protocolo conjunto de manejo de FA, atención primaria/especializada de referencia.

### P158 FIBRILACIÓN AURICULAR (FA): EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA ANTICOAGULANTE-ANTIAGREGANTE EN PREVENCIÓN PRIMARIA DE EVENTOS CEREBROVASCULARES (ECV)

J. Vázquez Blanco, M. Cuenda Macías, M. Tejero López, F. Escobedo Espinosa, M. Medina Peralta y A. Díaz Barroso

ABS Llefià. ABS La Salut. Badalona. Cataluña.  
Correo electrónico: jrvazquezblanco@hotmail.com

**Objetivos:** 1. Describir la terapia antitrombótica de los pacientes con FA y si se adecua a las recomendaciones terapéuticas. 2. Comparar si nuestros pacientes con FA en tratamiento antitrombótico tienen menos ECV que los no tratados. 3. Determinar los factores que influyen en la aparición de ECV. **Material y métodos:** Tipo de estudio: Diseño: estudio de cohortes retrospectivo. Ámbito de estudio: 2 Centros de salud urbanos (Badalona). **Sujetos:** Pacientes con fibrilación auricular de 2 ABS urbanos de Badalona (735 pacientes). *Mediciones e intervenciones:* Variables: edad, sexo, factores de riesgo de ECV (HTA, DM, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, embolismo periférico), estenosis carotídea, fecha de última visita, fecha de diagnóstico de FA, tipo de tratamiento (antiagregante, anticoagulante o no tratamiento), nombre de tratamiento y éxitos. *Análisis estadístico:* bivariable: prueba chi cuadrado y multivariable: regresión logística (variable dependiente: haber presentado ECV).

**Resultados:** El 51% reciben anticoagulación y el 35% antiagregación. Un 14% no están tratados. El 48% están incorrectamente tratados. Los factores significativos para presentar ECV son edad, estar sin tratamiento y cardiopatía isquémica. Un 57% de los pacientes sin terapia antitrombótica presenta ECV y de los tratados un 9%.

**Conclusiones:** Sólo la mitad de los pacientes con FA está correctamente tratada. Aún un 14% no recibe tratamiento antitrombótico. Los pacientes de mayor edad, sin tratamiento antitrombótico o con cardiopatía isquémica tienen más riesgo de presentar ECV. El tratamiento antitrombótico reduce 15 veces el riesgo de ECV. Por lo tanto, todos los pacientes con FA deberían recibir algún tratamiento antitrombótico.

### P159 PREVALENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR E INDICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN UNA ABS

L. Sánchez Solanilla, E. Peláez Luque, N. Gispert-Sañch Puigdevall, C. Cerezo Goyeneche y D. Melcío Soler

Girona-3 (ABS Montilivi, ABS Vila-Roja). Girona. Cataluña.  
Correo electrónico: laio77@hotmail.com

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de Fibrilación auricular crónica (FAC). Estimar el riesgo de enfermedad tromboembólica según la clasificación del "National Guideline Clearinghouse". Valorar la relación entre alto riesgo y toma de TAO.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Población urbana de 22.302 personas. **Sujetos:** Pacientes diagnosti-

cados de FAC o flutter e introducidos en la historia clínica informatizada (e-cap) hasta 31/12/2005. Obtención de la muestra realizada a partir del sistema informático y la revisión de la historia clínica de papel. *Mediciones e intervenciones:* Edad, sexo, lugar del diagnóstico, factores de riesgo embolígeno, toma de TAO o antiagregantes, valor INR, valoración de riesgo según la NGC, existencia de complicaciones.

**Resultados:** 153 pacientes incluidos (prevalencia: 0,68%). 56,9% mujeres. Media edad 78,4 (rango 41-99) años. Toman antiagregantes: 49 (32,1%), TAO: 97 (63,4%). 72 de los 97 (74,2%) siguen control de TAO en el ABS y sólo 9 (12,5%) no han presentado un buen control en los tres últimos INR. 4 casos (2,6%) toman ambos (antiagregantes y TAO), y 11 casos (7,2%) no toman ninguno de los 2 tratamientos. de los pacientes incluidos: constaba HTA 71,2%. Sujetos alto riesgo según NGC: 117 (76,5%), tomaban TAO 77 (65,8%). A pesar de TAO, 53 (un 34,6%) presentan complicaciones, la cardiopatía isquémica la más frecuente: 21 casos (31,8%).

**Conclusiones:** Prevalencia menor que en la bibliografía. La mayoría de los pacientes son de alto riesgo. Hay proporción de pacientes susceptibles de TAO que podrían beneficiarse del mismo. A pesar de TAO continúan habiendo complicaciones cardiovasculares.

### P160 ANTICOAGULACIÓN ORAL EN MENORES DE 65 AÑOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR

F. Bartolomé Resano, R. Bartolomé Resano y M. Bartolomé Resano

CS Alsasua; CS Peralta; CS Segundo Ensanche de Pamplona. Pamplona. Navarra.

Correo electrónico: rbartolomer@telefonica.net

**Objetivos:** Analizar el perfil de los pacientes con fibrilación auricular (FA) menores de 65 años y los tratamientos anticoagulantes orales (ACO) y/o antitrombóticos indicados.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Observacional descriptivo. Ámbito de estudio: Pacientes de un centro de salud de Atención Primaria (AP). **Sujetos:** Todos los pacientes menores de 65 años con diagnóstico de FA (n = 68, 14 mujeres y 54 hombres; edad: x = 56,3, s = 7,5 años). *Mediciones e intervenciones:* Los factores de riesgo (FR) asociados cuya presencia aconseja ACO y tipo de tratamiento indicado.

**Resultados:** FR asociados: hipertensión arterial (42,6%), alteraciones del ecocardiograma [diámetro auricular izquierdo superior a 50mm, trombos auriculares, disfunción ventricular izquierda] (39,7%), diabetes mellitus (19,1%), antecedente de embolia (8,8%), insuficiencia cardíaca (7,4%), hipertiroidismo (5,9%), antecedente de infarto de miocardio (1,5%). **Tratamientos:** ninguno (19,1%), acetilsalicílico 100mg (8,8%), acetilsalicílico 300mg (2,9%), ACO-dicumarínicos (69,1%). Se considera correctamente indicado el tratamiento, por tener algún FR, en un 86,8%; un 13,2% presentaban algún FR pero no recibieron ACO.

**Conclusiones:** Un elevado porcentaje de pacientes presentaban FR asociados que recomendaban inicio de tratamiento ACO. El más importante fue la hipertensión arterial pero un elevado número presentaban alteraciones ecocardiográficas. La gran mayoría de pacientes con FR habían sido identificados correctamente y recibían ACO pero quedan todavía pacientes que podrían beneficiarse de ACO que deben ser buscados de forma activa en AP. Aunque el tratamiento ACO en menores de 65 años es más controvertido y requiere una selección individualizada de los pacientes, se aprecia un gran número de tratamientos de ACO indicados lo que denota un conocimiento cada vez mejor de las patologías y un menor temor en AP a la ACO.

### P161 PREVALENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR Y ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Mourelle Varela, J. Ingla Mas, M. Viozquez Meya, J. Alegre Basagaña y D. Reina Rodríguez

Grupo de Trabajo de Enfermedades cerebrovasculares de la Societat Catalana de MFIC (camfic). ABS Riu Nord- Riu Sud. Santa Coloma de Gramenet. Cataluña.  
Correo electrónico: jalegre.bnm.ics@gencat.net

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de la fibrilación auricular en nuestra ABS y adecuación del tratamiento.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo transversal. Ámbito de estudio: ABS urbano con población de 21100 habitantes. **Sujetos:** 290 pacientes con fibrilación auricular. *Mediciones e intervenciones:* Mediante

historia clínica informatizada se recogieron los pacientes con diagnóstico de FA. Se revisó tratamiento actual y se determinó la adecuación según recomendaciones.

**Resultados:** 290 pacientes con FA; 56% mujeres; edad < 65a: 15,2%, 65-75a: 32,4%, >75a: 52,4%. La prevalencia fue del 14%. Adecuación tratamiento 208 (72%); el 86% tenían uno o más factores de riesgo. El tratamiento era con anticoagulantes 94%, antiagregantes 5% y 1% combinaciones. Tratamiento incorrecto 82 (28%): 17 (20%) era >65a y 46 (56%) >75a. El 80% presentaba algún factor de riesgo: HTA (42%), DM (18%). El 41% no seguía ningún tratamiento, del resto un 86% tomaba antiagregantes y un 13% anticoagulantes (<65a sin FR).

**Conclusiones:** La importancia clínica de la FA y el alto riesgo de sufrir una enfermedad cerebrovascular embolígena obliga a mejorar el porcentaje de tratamientos correctos, sobre todo en pacientes jóvenes sin tratamiento o antiagregados. El papel de AP debe ser mejorar el control de los FR cardiovasculares y adecuar el tratamiento. Llama la atención la alta prevalencia de FA en nuestra ABS.

## P162 PERFIL DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Sant Arderiu, M. Navarro González, N. Sánchez Ruano, M. Moreno Ubiedo, A. Hervás Docón y V. Aragunde Miguens

ABS Casanova; ABS Rosselló; Capse. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 31079esa@comb.es

**Objetivos:** La prevalencia de fibrilación auricular (FA) es 0,4% aumenta con la edad. El enfoque no es unánime, encontramos pocos protocolos para atención primaria (AP). Pretendemos conocer el manejo de la FA en AP. Este estudio forma parte del estudio UFIB que valora el manejo de FA en AP y en hospital.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* ABS urbano 32000 hab. *Sujetos:* Durante 2 semanas se seleccionaron los pacientes con diagnóstico FA atendidos en el centro por cualquier motivo. *Mediciones e intervenciones:* Variables: sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular, exploraciones complementarias, tratamiento, comorbilidad, médico responsable y encuesta de satisfacción.

**Resultados:** n = 61. 52,2% mujeres. Edad media: 77 años (DE 9,5). Bartel: 60% independientes. 9,2% fumadores, 68,8% HTA, 21,5% DM, 15,2% EPOC, 13,4% cardiopatía isquémica y 3,2% hipertiroidismo. Tratamiento antiarrítmico: 28,4% sin tratamiento, 41,8% digoxina, 22,4% amiodarona, 16,4% antagonistas del calcio, 7,5% b-bloqueantes y 7,5% grupo IC. Tratamiento inadecuado: 21%. (58% digoxina prescrita de forma inadecuada) Profilaxis tromboembolismo: 52,2% anticoagulantes, 28,4% antiagregantes, 26,9% ninguno. Inadecuación profilaxis: 27,1%. Exploraciones: 59,7% hormonas tiroideas, 64,2% ecocardiografía, 46,3% holter. Cardioversión eléctrica: 9%. Facultativo responsable: 78% cardiólogo, 18,6% médico de familia. El 76,1% conocían diagnóstico y 65,2% el tratamiento. Satisfacción con el médico: mucho 42,9%, bastante 40,8% e indiferente 16,3%.

**Conclusiones:** La FA afecta pacientes ancianos, el factor de riesgo asociado más frecuentemente es HTA. Aproximadamente uno de cada cuatro pacientes no recibe tratamiento correcto ni la profilaxis de tromboembolismo adecuada. El error más frecuente es utilizar digoxina de 1ª elección para frenar la frecuencia cardíaca.

## P163 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Benito Serrano, G. Pacheco, N. López, D. Martí, I. Penacho y B. Coll-Vinent

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: mlbeni@hotmail.com

**Objetivos:** Evaluar la adecuación de la profilaxis de la enfermedad tromboembólica en los pacientes con fibrilación auricular (FA) atendidos por un equipo de atención primaria (EAP) urbano.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio transversal. *Ámbito de estudio:* EAP de Barcelona. *Sujetos:* Se seleccionaron todos los pacientes con diagnóstico de FA, pertenecientes a un EAP de Barcelona con una población asignada de 30451 habitantes. *Mediciones e intervenciones:* Variables estudiadas: demográficas, factores de riesgo tromboembólico, tipo de

FA, adecuación de la profilaxis antitrombótica tomando como referencia la guía CHEST/126/3/september, 2004 y motivos de inadecuación. Análisis descriptivo y bivariante.

**Resultados:** Se incluyeron 393 pacientes, edad media 78,8 años (DE 8,1) y proporción de mujeres del 54%. Los tipos de FA encontrados fueron: episodio único 5,7%, paroxística 20,6%, persistente 9,4% y permanente 64,2%. El 92% presentó al menos un factor de riesgo tromboembólico añadido. La distribución según el tipo de profilaxis fue: 53,4% acenocumarol, 26,5% salicilatos, 6,1% clopidogrel y 14% sin tratamiento. El 36,9% recibía tratamiento antitrombótico inadecuado. Los motivos de inadecuación fueron: 66,6% precisaban tratamiento anticoagulante, 18,4% antiagregantes o modificación de la dosis del mismo y 14,9% otros motivos. La FA paroxística se asoció a una mayor proporción de inadecuación.

**Conclusiones:** En nuestro centro se encontró una proporción destacable de inadecuación del tratamiento. Sería necesario una intervención para mejorar el tratamiento preventivo de la enfermedad tromboembólica en la FA.

## P164 ANTICOAGULACIÓN: ¿LO HACEMOS BIEN EN AP?

B. Bonay Valls, N. Turmo Tristan, L. Guix Font, M. Mourelo Cereijo, O. Rebagliato Nadal y B. de Gispert Uriach

Grupo de Control de Calidad Sintrom. EAP Gotic. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 37608bbv@comb.es

**Objetivos:** Evaluar la calidad del control de la terapia anticoagulante oral (TAO) en un área básica de salud (ABS) después de 8 años de seguimiento.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* ABS urbana. *Sujetos:* pacientes que han realizado controles de TAO en un ABS en el período de estudio marzo 1998-marzo 2006. *Mediciones e intervenciones:* edad, sexo, diagnóstico, rango terapéutico indicado, valores de INR, lugar de inicio TAO, fecha de inicio de TAO en ABS. Existencia de complicaciones, gravedad de estas, fin de tratamiento y su motivo.

**Resultados:** Se analizaron un total de 224 pacientes, a los que se realizó 12976 determinaciones de INR. La media de edad de éstos fue de 73,92 años, siendo el 53,12% mujeres. La indicación más frecuente fue fibrilación auricular (>70%). El inicio de la TAO fue en AP en un 23,6% de los casos. La principal causa de finalización de tratamiento fue por mal cumplimiento. Aparecieron complicaciones en un 11%, la mayoría de cuales clasificadas como leves. El 47,65% de los valores de INR obtenidos fueron óptimos, el 62,33% aceptables y 37,67% fuera de rango. En éstos últimos, el 58,5% eran cifras de INR >3,3 y el 41,5% INR <1,8.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos son equiparables a los descritos en otros estudios realizados en AP. Ha aumentado el control e inicio de la TAO en AP. El control de TAO en AP es de calidad y presenta como ventaja la accesibilidad y comodidad para el paciente.

## Infecciosas

### P217 EFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL ANUAL EN LA PREVENCIÓN DE MORTALIDAD INVERNAL EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS DURANTE 2002-2005

A. Vila Corcoles, O. Ochoa Gondar, C. de Diego Cabanes, M. Rovira Veciana, T. Rodríguez y W. Badia Rafecas

Unitat de Recerca- Sap Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: cintadde@tinet.org

**Objetivos:** Evaluar efectividad de la vacunación antigripal (VAG) para reducir mortalidad general en personas >65 años.

**Material y métodos.** Tipo de estudio: Estudio prospectivo de cohortes. *Ámbito de estudio:* 8 Áreas Básicas de Salud (7 urbanas y 1 rural). *Sujetos:* 11241 personas >65 años asignados a un total de 53 médicos de familia. *Mediciones e intervenciones:* Valoramos recepción o no de la VAG en otoños 2001 a 2004, y consideramos como variable de respuesta la muerte por cualquier causa entre 01/01/2002 y 30/04/2005. Análisis multivariante por Regresión de Cox calculándose riesgos relativos (RR) ajusta-

dos por edad, sexo y comorbilidad, estimándose efectividad vacunal (1-RR), riesgos atribuibles (RA) y número necesario vacunaciones (NNV) para prevenir una muerte (1/RA).

**Resultados:** Se observaron 1497 defunciones, tasa de mortalidad anual de 39,72 por 1000 entre quienes habían recibido VAG el año previo y 48,92 entre quienes no la habían recibido. La efectividad vacunal global no ajustada fue 21% (RR: 0,79; IC 95%: 0,71-0,88). La efectividad vacunal ajustada varió entre 19% en temporada 2001-2002 (RR: 0,81; IC 95%: 0,53-1,12) hasta 46% en temporada 2003-2004. Se estimaron unos NNV de 1748 en la temporada gripal 2001-2002, 286 en 2002-2003, 176 en 2003-2004, y 143 en 2004-2005.

**Conclusiones:** Globalmente, la fracción prevenida de mortalidad mediante la VAG alcanzó 11% del total de la población estudiada y 18% entre vacunados. Aunque la efectividad de la vacunación anual para prevenir mortalidad invernal puede variar sustancialmente en función de la severidad de la temporada gripal, la VAG se muestra como una de las medidas preventivas más eficientes en la práctica clínica.

## P218 VACUNACIÓN DE LA GRIPE: COBERTURA Y OPORTUNIDADES PERDIDAS

P. Núñez Manrique, M. Peñarrubia María, R. Fernández Vergel, D. Ruiz Blanes, L. Gonzalo Miquel y C. Agudo Cruz

ABS Gava-2; CS Bartmeu Fabrós Anglada. Gava. Cataluña.  
Correo electrónico: 32829mpm@comb.es

**Objetivos:** Conocer la cobertura vacunal de la gripe y oportunidades perdidas de la población mayor de 59 años adscrita al Centro de salud Gavà-2, durante la campaña vacunal del año 2004.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional y descriptivo. *Ámbito de estudio:* Centro de salud Gavà-2. *Sujetos:* de los 30273 pacientes adscritos se incluyeron los 3445 mayores de 59 años sin discriminar factores de riesgo. *Mediciones e intervenciones:* Se realizó selección aleatoria simple de 372 pacientes. Se recogieron variables: edad en la campaña vacunal del 2004, sexo, profesional que lo atiende en el centro, si padecen enfermedad crónica o no, número de visitas realizadas en el centro desde el mes de Octubre a Diciembre del 2004 y el registro de vacunación antigripal en la campaña 2003 y 2004. Se hizo una auditoria de las historias clínicas de los pacientes seleccionados tanto historias clínicas de papel como informatizadas.

**Resultados:** La cobertura vacunal fue del 62,8% en el año 2004, siendo un 75% entre los que presentaban enfermedad crónica. Realizar más visitas al centro de salud afecta positivamente al hecho de vacunarse. Se han detectado 35 (26% de los no vacunados) oportunidades perdidas de pacientes que han acudido durante la campaña vacunal pero no han recibido la vacuna.

**Conclusiones:** La cobertura de vacunación antigripal en ancianos y enfermos crónicos es baja. Es posible intervenir para aumentar la tasa de vacunación especialmente en este grupo de pacientes en los que se ha demostrado el beneficio de la vacunación.

## P219 FACTORES DETERMINANTES DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL

C. Graboleda Poch, I. Jou Soles y C. Mascort Nogué

CAP Montilivi, SAP Girona Sud, ZBS Bisbal. Girona. Cataluña.  
Correo electrónico: cmascort@yahoo.com

**Objetivos:** Identificar factores que pueden influir en la vacunación de la gripe (VAG) en la población >59 años.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* 27 Zonas Básicas de Salud (ZBS). *Sujetos:* Población asignada total de 532.084 pacientes, siendo 117.306 mayores de 59 años. Datos de la Campaña VAG 2005-2006. *Mediciones e intervenciones:* Variables estudiadas: tasa de vacunación antigripal en mayores de 59 años, población asignada a cada ZBS, tipificación de los equipos de atención primaria; población asignada y carga asistencial media de cada UBA; vacunación del personal sanitario, y desarrollo de estrategias en la población para incrementar la tasa de inmunización de VAG. Información procesada: análisis descriptiva, X cuadrado, ANOVA y regresión logística.

**Resultados:** La cobertura vacunal en la población mayor de 59 años de la muestra ha sido de un 63,95%, con una SD 7,79. En el personal sanitario, la cobertura VAG estuvo en médicos del 43,74 % y en enfermeras del

50,76%. El análisis estadístico realizado no ha podido demostrar relación entre la cobertura VAG y las variables estudiadas, a excepción de la media de la carga asistencial por UBA ( $p = 0,015$ ).

**Conclusiones:** La falta de asociación podría ser debida al tamaño de la muestra ( $n = 27$  ZBS). Al tratarse de un estudio transversal no nos permite evaluar retrospectivamente la cobertura de la VAG ni la influencia que las estrategias utilizadas en campañas anteriores hayan podido tener en los resultados de ésta.

## P220 COMPORTAMIENTO DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS ANTE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL

B. Paniagua Carral, P. Gómez Campelo y M. Salinero Fort

Unidad de Formación e Investigación Área 4. Madrid.  
Correo electrónico: msalinero.gapm04@salud.madrid.org

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de vacunación antigripal (VAG) en pacientes mayores de 60 años, describir los motivos por los que deneguen vacunarse e identificar los posibles factores asociados a la vacunación.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud urbano docente. *Sujetos:* Universo completo de pacientes mayores de 60 años ( $n = 557$ ) adscritos a un cupo de MG. *Mediciones e intervenciones:* Variables: Sociodemográficas, morbilidad (hipertensión, diabetes, enfermedad renal, tabaquismo, neoplasia benigna/maligna, neumonía, EPOC, insuficiencia cardíaca, infarto/arritmia e inmunodepresión), VAG (actual y previa) y motivos del rechazo de VAG. Fuente de datos: Entrevista telefónica al paciente, completada con Historia Clínica Informatizada (OMI-AP05). Recogida de datos: Cuaderno de recogida de datos en soporte papel.

**Resultados:** El 57,8% de los pacientes estaban vacunados y presentan mayor prevalencia de patologías previas (59,6% HTA; 34,1% dislipemia o 28,8% diabetes). En el caso de los sujetos no vacunados, los motivos más frecuentes de rechazo son: "no me acatarro nunca" (33,2%), "no suelo acudir al médico" (23,8%) y "temo empeorar mi estado basal" (17%). El hecho de que el paciente se haya vacunado previamente ( $OR = 7,172$ ), que esté diagnosticado de neoplasia benigna ( $OR = 5,544$ ) o padezca diabetes ( $OR = 3,711$ ), se asocia, de manera independiente, con la vacunación antigripal.

**Conclusiones:** Un elevado porcentaje de pacientes mayores de 60 años se ponen la VAG. de los pacientes que rechazaron la inmunoprofilaxis, un gran porcentaje basaron su elección en creencias sin base científica acerca de la vacuna de la gripe. Por último, parece que el haberse vacunado en años previos y padecer neoplasia benigna o diabetes, se asocian con la VAG del paciente.

## P221 GRIPE CRÓNICA Y EMBARAZO CRÓNICO EN UN ÁREA DE SALUD

M. Rodríguez Palomino, M. de Bustos Guadaño, A. Abad Revilla y A. Montesinos Alonso

Sistemas de Información. Área 1 AP. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.  
Correo electrónico: angelabadrevilla@yahoo.es

**Objetivos:** Conocer el impacto que tiene el registro erróneo de la información sanitaria al no cerrar correctamente los episodios que se han creado en el OMI-AP®.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio de cohortes retrospectivas. *Ámbito de estudio:* Todos los Equipos de Atención Primaria (EAP) de un Área de Salud. *Sujetos:* Episodios de embarazo y gripe creados en OMI-AP® en los últimos 5 años. *Mediciones e intervenciones:* Creamos dos variables ficticias: Embarazo crónico – embarazo cuyo episodio no haya sido cerrado tras 12 meses – y gripe crónica – gripe que dura más de un mes-. Calculamos la prevalencia de gripe crónica y embarazo crónico. Y el riesgo que presenta la población femenina de embarazo crónico. Se analiza la variabilidad entre EAP.

**Resultados:** La prevalencia de gripe crónica es de 3,04% (IC 95%: 3,02% - 3,1%), suponiendo esto 22.371 casos. Hay una variabilidad importante entre los distintos EAP. Existen 11.387 embarazos crónicos. Existe un riesgo 2,27 veces mayor de tener un embarazo crónico que un embarazo no crónico (IC 95%: 2,20-2,35). La prevalencia de embarazos crónicos es de 5,68% (IC 95%: 5,58% - 5,78%) sobre la población de mujeres en edad fértil: 200.559 mujeres. Hay una variabilidad importante entre los distintos EAP.

**Conclusiones:** Es necesario tener una buena información sanitaria para poder planificar. La calidad de la información sanitaria la podemos considerar como una de las dimensiones de la calidad de la asistencia. En muchas ocasiones se ha invocado a problemas específicos de las distintas versiones del programa OMI-AP® el no poder registrar los diagnósticos con suficiente calidad, pero la variabilidad entre los distintos EAP invalida esta hipótesis.

## P222 ESTUDIO PILOTO SOBRE EL USO DE MASCARILLAS EN LAS SALAS DE ESPERA DURANTE LA TEMPORADA GRIPAL

I. Incera Alvear, P. Juaniz Castanedo, L. Vitoria Raymundo, L. Martín Goujat, V. Terán Díez y A. García-Ochoa del Olmo

CS Dobra. Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Cantabria. Torrelavega. Cantabria.

Correo electrónico: isabelincera@hotmail.com

**Introducción:** Ante la amenaza de pandemia gripal desde que se identifique y se aisle el virus hasta que se elabore una vacuna, una de las medidas preventivas sería el uso de mascarillas en los centros sanitarios.

**Objetivos:** Comprobar si el uso de mascarillas disminuye la transmisión de la gripe en el ambiente sanitario, y valorar su aceptación.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio de intervención controlado no aleatorio para valorar la eficacia, y observacional transversal para la aceptación. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Los pacientes y personal que acudían al Centro de Salud con fiebre o síntomas respiratorios durante las cinco semanas del pico de actividad gripal. *Mediciones e intervenciones:* Ofrecimiento de mascarillas y evaluación de la aceptación, mediante una encuesta, 1-2 horas al día, así como información gráfica y dispensadores de mascarillas en las salas de espera. Evaluación de la eficacia comparando la incidencia de gripe en el Centro de estudio con otro Centro en el que no se ofrecieron mascarillas.

**Resultados:** La onda del C.S del estudio tuvo un pico de 825/100.00 habitantes, la del control 267/100.000 y la de la Comunidad Autónoma de 171/100.000, diferencias no significativas. Aceptaron el uso de mascarillas el 83,6%. El motivo más frecuente de rechazo fue la "negación" por parte de los pacientes (6,03%).

**Conclusiones:** La aceptación del uso de mascarillas es muy buena. No se ha demostrado efecto positivo en la incidencia de gripe. Este resultado puede estar influido por las características atípicas de la epidemia de este año. Y por un posible sesgo de declaración.

## P223 EFICACIA DE LA VACUNA ANTIGRIPIAL

A. Fidalgo González, A. Rivera Gallego, J. García Fernández y F. Domínguez Grandal

CS Calle Cuba. Vigo. Galicia.

Correo electrónico: amfigo@hotmail.com

**Objetivos:** Conocer la eficacia de la vacuna antigripal en cuanto a aparición de sintomatología, complicaciones y mortalidad.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo. Retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Centro de salud de atención primaria. *Sujetos:* Se incluyó en el estudio una muestra de 304 pacientes que recibieron la vacuna antigripal en la temporada 2005-2006. *Mediciones e intervenciones:* Mediante la historia clínica se recogieron los datos demográficos y de factores de riesgo de una muestra al azar de 304 pacientes. Mediante encuesta telefónica se evalúa la aparición de clínica de gripe o pseudogripe, complicaciones o muerte. Criterio de exclusión fue la no contestación a la encuesta telefónica. Los datos fueron analizados estadísticamente mediante chi-cuadrado y regresión logística binaria.

**Resultados:** de los 304 pacientes, 40 se excluyeron. de los 261 restantes tienen una edad de 66 ± 17 años (el 82% mayores de 65 años) y 101 son varones. Como comorbilidad presentaban: 95 fumadores, EPOC 32, Asma 12, Fibrosis quística 1, cardiopatía 56, diabéticos 29, 68 trastorno del sistema inmune y residentes de instituciones un 2,3%. Siete pacientes presentaron gripe y 88 pseudogripe, cuatro cuadros que precisaron ingreso hospitalario relacionados con la gripe. Tres pacientes fallecieron, uno relacionado con la gripe. Ninguno de los factores de comorbilidad se asoció a mayor incidencia de síntomas.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia la vacuna gripal evita la aparición de complicaciones graves aunque no la aparición de clínica relacionada con la gripe en pacientes de riesgo.

## P224 TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN URINARIA (ITU) EN ATENCIÓN CONTINUADA (ATC). ¿REALIZAMOS UNA ADECUADA PRESCRIPCIÓN?

C. Ros Bertomeu, B. Pérez Rodríguez, C. Dauñi Subirats, F. Rodríguez Casado y S. Borrás Freixas

ABS Torredembarra. ABS Tarragona 4 Llevant. Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: cros@xarxatecla.net

**Objetivos:** Valorar la prescripción de antibióticos realizada ante el diagnóstico ITU en ATC. Tipo y pauta antibiótica en relación edad y sexo.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* ATC de un Área Básica Salud ámbito semiurbano. *Sujetos:* Pacientes atendidos en ATC durante el año 2005. *Mediciones e intervenciones:* Variables: edad, sexo, antibiótico prescrito y pauta de tratamiento.

**Resultados:** 179 pacientes son diagnosticados de ITU en ATC. Distribución: mujeres 148 (82,7%), hombres 31 (17,3%). Edad media: mujeres 38,99 y hombres 49,16. Distribución por edad: < 15 años, 12 (6,7%), 15-50 años 112 (62,6%) y > 50 años 55 (30,7%). Los antibióticos más frecuentemente utilizados son, Norfloxacin 28,5%, Fosfomicina Trometamol 22,3%, Amoxicilinaclavulánico 14,55%, Ciprofloxacino 12,3%, Cefuroxima 2,8%. No consta tratamiento en 16,85% y son derivados a hospital de referencia 2,8%. En <15 años el antibiótico más prescrito fue Amoxicilinaclavulánico, 15-50 años Norfloxacin y Fosfomicina Trometamol y >50 años Norfloxacin. En mujeres predominan Norfloxacin y Fosfomicina Trometamol en doble dosis y en hombres Ciprofloxacino. Respecto tipo de pauta administrada: larga: 29,1%, corta: 23,5% y no consta: 45,8%. El Norfloxacin es el más indicado en pauta larga y la Fosfomicina en corta. En ambos sexos las pautas largas son predominantes.

**Conclusiones:** Realizamos una alta prescripción de fluoroquinolonas, Norfloxacin principalmente en nuestro medio. Asimismo, evidenciamos una infrautilización de Amoxicilinaclavulánico. Respecto al tipo de pauta destaca la administración en mujeres de Norfloxacin en pauta larga y Fosfomicina Trometamol en dos dosis sucesivas en lugar de monodosis. La mayoría de ITU están producidas por enterobacterias cuyas resistencias a fluoroquinolonas están aumentando y además la eficacia de las pautas cortas en éstas ha sido demostrada, lo que debería hacernos reflexionar hacia una prescripción más adecuada.

## P225 ¿PODEMOS MANEJAR LAS INFECCIONES DE TRACTO URINARIO EN LA CONSULTA?

E. Aldea Molina, N. Ortega Jiménez, J. Ferreras Ámez, M. Dillet Ribes, M. Gámez Gómez y R. Royo Hernández

CS Delicias Sur. CS Bombarda. Urgencias Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: elialdea@wanadoo.es

**Objetivos:** Las infecciones de tracto urinario (ITU) constituyen un problema frecuente de salud. Es importante el número de pacientes que acuden al servicio de urgencias por esta patología; nos planteamos si dicha entidad se podría manejar desde Atención Primaria.

**Material y métodos.** *Tipo de estudio:* Revisión retrospectiva de pacientes. *Ámbito de estudio:* vistos en Urgencias durante un mes con diagnóstico final de infección urinaria. *Sujetos:* Sujetos a partir de 14 años. *Mediciones e intervenciones:* Se recogieron variables como sintomatología, exploraciones complementarias, diagnósticos emitidos, tratamiento y destino de los pacientes.

**Resultados:** Encontramos 135 pacientes (96 mujeres), 69% menores de 50 años, Síntomas más frecuentes: disuria (58%), abdominalgia (48% en hipogastrio), polaquiuria (46%). Procedimiento diagnóstico más empleado: tira reactiva (68%). Principales diagnósticos hallados: ITU sin especificar (67%), cistitis (12,6%), pielonefritis (9,6%) y prostatitis (3,7%). Antibióticos más utilizados: quinolonas (34%), fosfomicina (33%). Destino de los pacientes: 95% alta domiciliaria, 3,7% ingreso en planta, 0,7% observación.

**Conclusiones:** Las ITU aparecen más en mujeres en edad fértil. La sintomatología generalmente orienta el caso, lo que permite emplear pocas pruebas complementarias para diagnosticarlas. El tratamiento más frecuente son las quinolonas, a pesar del 26% de resistencias en nuestro medio. La fosfomicina y el amoxi-clavulánico ocupan 2º y 3er lugar respectivamente, pese a ser ambos de 1ª elección. Dicha patología podría

manejarse de forma ambulatoria sin necesidad de acudir a urgencias hospitalarias.

## P226 ESTUDIO CLÍNICO-MICROBIOLÓGICO DE LAS RESISTENCIAS DE LOS PATÓGENOS URINARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Serra Torres, A. Sisó Almirall, S. Sitjar Martínez de Sas, L. Alemany Vilches, X. Otero Serra y A. Martínez Pérez

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 37373ast@comb.es

**Objetivos:** Conocer los microorganismos aislados en los urocultivos (UC) solicitados desde atención primaria (AP) y su perfil de resistencias, en relación con el motivo clínico de solicitud, factores de riesgo de complicación y tratamientos antibióticos previos por cualquier motivo. Conocer los tratamientos empíricos empleados, los cambios de tratamiento y las recurrencias a los 6 meses.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Todos los UC solicitados desde las consultas de AP de nuestro centro entre oct'2004-sept'2005. *Mediciones e intervenciones:* Descripción de variables clínicas y microbiológicas.

**Resultados:** n = 215UC. Edad media: 65,3 años (DE 18,8). 185 mujeres (87%). Los motivos de solicitud fueron: control post-tratamiento (21,6%), recurrencia (18,8%), ITU complicada (17,4%), estudio sedimento patológico (14,5%), ITU no complicada (8,5%), ITU en hombre (7,5%), estudio incontinencia (2,8%), sospecha de pielonefritis-PNA- (2,3%), otros (6,6%). En las ITU complicadas (n = 37), la etiología más frecuente fue *E. coli* (78,4%), con resistencias: 48,3% ácido pipemídico, 31% cotrimoxazol, 27,6% ciprofloxacino, 17,2% amoxicilina-clavulánico, 10,3% gentamicina, 0% resto antibióticos. Los tratamientos empíricos utilizados: quinolonas (35,1%), fosfomicina (32,4%), cefalosporinas (13,5%), amoxicilina-clavulánico (10,8%). En el 40,5% de los casos se cambió el tratamiento, y hubo un 24,3% de recurrencias. de las recurrencias (n = 40), el 60% fue por *E. coli*, con resistencias: 64% cotrimoxazol, 52% ácido pipemídico, 40% ciprofloxacino, 36% amoxicilina-clavulánico, 12% gentamicina, 8% cefuroxima, 8% cefotaxima, 4% nitrofurantoina, 0% fosfomicina. Las ITU no complicadas (n = 19) todas fueron por *E. coli*, con resistencias: 26,3% amoxicilina-clavulánico, 21,1% cotrimoxazol, 10,5% ácido pipemídico, 5,3% nitrofurantoina, resto sensibles. Las resistencias aumentan con los factores de riesgo de complicación (coeficiente de Pearson: 0,42). El tratamiento con quinolonas en el año previo se asoció a mayor frecuencia de resistencias a éstas, no ocurrió con betalactámicos y fosfomicina.

**Conclusiones:** *E. coli* es el principal germen causante de las ITU complicadas y recurrencias en nuestro ámbito, presentando altas resistencias a quinolonas y cotrimoxazol. En las recurrencias también existen altas resistencias a amoxicilina-clavulánico. En cuanto a los motivos de solicitud debe evaluarse la utilidad de los UC de control post-tratamiento.

## P227 INFECCIÓN URINARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: LA FOSFOMICINA DESTACA ENTRE LOS TRATAMIENTOS EMPÍRICOS A ELEGIR

M. Vicens Vicens, M. Sastre Moragues, M. Bosch López, A. Fe Pascual, A. Gómez Nadal y J. Llobera Cànaves

CS Coll de'n Rabassa. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: mariasastre@yahoo.com

**Objetivos:** Conocer microorganismos y resistencias antimicrobianas en las infecciones urinarias para plantear un tratamiento empírico adecuado.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo con información secundaria. *Ámbito de estudio:* Ámbito: atención primaria, 24.900 personas adscritas. *Sujetos:* 241 (17,9%) urocultivos positivos de 1.436 solicitados entre septiembre 2004 y septiembre de 2005 (865 negativos, 330 contaminados). *Mediciones e intervenciones:* Microorganismos y resistencias antimicrobianas de urocultivos solicitados al laboratorio de referencia. Frecuencias absolutas, relativas, intervalos confianza del 95% (IC95%).

**Resultados:** *E. Coli:* 126 casos (52,3%; IC95%: 45,8-58,8%) 117 testados para norfloxacino: 95 fueron sensibles y los 31 resistentes (26,5%; IC95%: 18,0-34,9%) también lo fueron a ciprofloxacino. En cambio 124 de 125 sensibles a fosfomicina, 117 de 121 sensibles a nitrofurantoina, 117 de 126 sensibles a cefuroxima y 67 de 69 sensibles a amoxicilina-clavulánico.

*co. E. Faecalis:* 45 casos (18,7%; IC95%: 13,5%-23,8%) todos sensibles a ampicilina y a nitrofurantoina, 42 de 45 sensibles a ciprofloxacino y 40 a levofloxacino. 3 de 3 sensibles a fosfomicina. *S. Agalactiae:* 21 casos (8,7%; IC95%: 4,9-11,5%) Todos sensibles a penicilina y 7 de 7 a ampicilina. *P. Mirabilis:* 15 casos (6,2%; IC95%: 2,9-9,5%). de los 15 fueron sensibles a cefuroxima y a norfloxacino 14 y 13 a fosfomicina, en cambio 7 fueron resistentes a nitrofurantoina, 9 a cotrimoxazol, 11 a ampicilina y 1 de 1 a ciprofloxacino.

**Conclusiones:** *E. Coli* es el microorganismo más aislado seguido de *E. Faecalis*. Fueron sensibles a la fosfomicina todos los *E. Faecalis* y casi todos los *E. Coli* y *P. Mirabilis*, por lo que sería el tratamiento empírico más adecuado en el área estudiada cubriendo a tres de cada cuatro microorganismos, aparte de la facilidad del cumplimiento terapéutico.

## P228 VACUNACIÓN ANTITETÁNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

N. Moreno Millán, M. Morató Agustí, P. Robles Raya, A. Mas Casals, A. Serra Torres y N. Aresté Lluch

Grupo de Trabajo GERMIAAP (camfic). CAP Sant Andreu. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: nemesio\_moreno@hotmail.com

**Objetivos:** Calcular la cobertura global de vacunación antitetánica en pacientes mayores de 15 años en un centro de atención primaria, las coberturas por edad y según causa dermatológica con indicación de vacuna (panadizos, picadura de insectos, mordeduras humanas o animales, quemaduras, arañazos, heridas, úlceras de presión, y accidentes varios).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Pacientes mayores de 14 años asignados al ABS. *Mediciones e intervenciones:* La población asignada se cruzó con la base de datos informatizada para encontrar personas con al menos una dosis de vacuna antitetánica antes o después de la ocurrencia de la enfermedad con indicación de vacuna. Para la codificación de las enfermedades se utilizó la clasificación CIAP.

**Resultados:** Globalmente 2459 de 6119 personas mayores de 14 años estaban vacunados (40,2%). Entre 15 y 39 años la cobertura fue del 33,3%, 51,7% entre 40-65 años y 57,4% los mayores de 65 años (p de tendencia <0,001). Según las diferentes indicaciones, las coberturas fueron mayores que la global de forma estadísticamente significativa en las mordeduras (72,3%), los arañazos (65,2%), las heridas (58,5%), las quemaduras (57,6%) y las úlceras de presión (47,3%). No fueron estadísticamente diferentes las coberturas en los accidentes varios (43,8%), panadizos (42,5%) y picaduras de insectos (40%).

**Conclusiones:** La cobertura global de vacuna antitetánica es subóptima, especialmente entre los 15 y 39 años de edad. Las personas atendidas con una indicación vacunal dermatológica tienen tasas mayores, especialmente aquellos en los cuales existen otras intervenciones terapéuticas pautadas, como las mordeduras y los arañazos.

## P229 TENDENCIA DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN 4 AÑOS EN UN ÁREA DE SALUD

J. Cano Montoro, R. Marco Aledo, E. Medina Ferrer, E. Vicente Martínez, P. Montesinos Butrón y M. Arias Ferrer

CS de Orihuela. Unidad de Calidad y Formación Alicante. Orihuela. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: cano\_jga@gva.es

**Objetivos:** Conocer tendencia de tasas de incidencia de tuberculosis (TBC) y las características de los casos del 2002 al 2005 en un área de salud.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Área de salud con una población: 300.000 habitantes. Comarca con gran afluencia de inmigración. *Sujetos:* Casos TBC declarados según EDOS. *Mediciones e intervenciones:* Revisión de encuestas EDOS TBC. y padrones municipales. Variables: sexo, edad, procedencia de la declaración, pertenencia caso a brote, patología asociada, factores de riesgo (institucionalización, origen país alta endemia, años de residencia en España), estudio de contactos. Análisis: cálculo de tasas y porcentajes.

**Resultados:** Casos totales: 223. Tasa global del área estable (rango entre 14,7-24,2 por 100.000). Predominio localización pulmonar (>81% casos). En >90% casos la declaración no procede de Atención Primaria. Acumulo casos en hombres (2:1) y el 50% entre 20-49 años. Pertenencia a brote <10% casos salvo año 2004 (12,5%). Incremento de casos con al-



coholismo y patología asociada. Incremento de casos en emigrantes procedentes de países de alta endemicidad (de 4,7% a 33,3% de los casos). Cada año aumenta el número de casos en que no se realiza estudio de contacto (de 0 hasta 27% casos) y está relacionado con el incremento de casos en inmigrantes y las dificultades de acceso a ellos por sus condiciones de vida en marginalidad.

**Conclusiones:** Muy baja declaración desde AP con posible retraso diagnóstico. Incremento de casos en los inmigrantes. Los estudios de contactos incompletos por dificultades de acceder a población inmigrante.

## P230 CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE SCREENING DE TUBERCULOSIS EN POBLACIÓN INMIGRANTE

L. Albéniz Egea, S. García Pleyán, I. Ruiz Tamayo, J. Canadell Rusiñol, A. García Leunda Y A. Ferrer Suñé

CS Raval Sud. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: lalbeniz2004@yahoo.es

**Objetivos:** Valorar el cumplimiento del protocolo de screening de TBC en la población inmigrante (PPD y radiografía torácica).

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo seleccionando 306 pacientes inmigrantes (enero de 1999 - abril de 2006 en un centro de salud urbano. Revisión sistemática de historias clínicas mediante registro informatizado. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano con alto índice de población inmigrante (58%). *Sujetos:* 306 pacientes: asiáticos (50,65 %), sudamericanos (29,41%), occidente desarrollado (3,5%), Europa del este (3,2%), africanos (13,07%). Sexo: 61,77% varones, 38,23% mujeres. *Mediciones e intervenciones:* Frecuencia y motivo de solicitud de PPD y Rx tórax, propuesta de quimioterapia.

**Resultados:** Al 14,4% de pacientes se les realiza al menos 1 de las 2 pruebas, el PPD aislado se realiza en el 2,9% de casos, la radiografía en 6,5%. La mayoría de pruebas de cribaje se solicitan a partir de la tercera visita (59%) siendo el motivo más frecuente la sintomatología (57,5%). Un 63,6% de PPD son positivos, el 11,8% de radiografías son patológicas. Quimioterapia propuesta al 83% de pacientes infectados, de éstos un 79,2% se derivan al especialista. No hay diferencias significativas entre el grupo con screening y el resto de muestra respecto a procedencia, edad o sexo.

**Conclusiones:** Se prefiere radiografía frente a PPD aunque éste sea positivo en más de la mitad de casos. La mayoría de cribajes de TBC en población inmigrante se solicitan por presentar sintomatología a partir de la tercera visita. La infección asintomática se deriva mayoritariamente al especialista.

## P231 PREVALENCIA DE INFECCIÓN TUBERCULOSA EN POBLACIÓN INMIGRANTE SIN TARJETA SANITARIA

J. Campos Serna, M. Salinas Izquierdo, C. García García, A. Sánchez Requeno, J. del Amo Y D. Torris

Centro de Atención Sociosanitaria de Médicos del Mundo. Alicante. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: penitente02@yahoo.es

**Objetivos:** Calcular la prevalencia de infección tuberculosa en la población inmigrante sin tarjeta sanitaria y con bajos recursos económicos procedente de países de baja renta en el periodo 2000-2005.

**Material y métodos.** Tipo de estudio: Estudio transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria sociosanitaria dirigida a la población inmigrante desde una ONG. *Sujetos:* Tras revisar 1400 historias clínicas se extrajo una muestra de 303 pacientes a los que se les había realizado la prueba de la tuberculina en el contexto de demanda de un certificado de salud. *Mediciones e intervenciones:* Se fijó como Mantoux positivo una induración superior o igual a 15 mm. A continuación se revisaron las historias hospitalarias de los casos positivos reconociéndose entre otras variables: sexo, edad, país de procedencia, tiempo de estancia en España, y serología para el VIH.

**Resultados:** La prevalencia de infección tuberculosa fue del 16,6% IC [12-22,1] al 95%. En ninguno de los casos se confirmó enfermedad tuberculosa descartada por radiografía de tórax, cultivo de esputo, y baciloscopia. No se detectó ningún caso de VIH y se llevó a cabo profilaxis con Isoniacida durante 9 meses en 7 de los 29 casos con infección tuberculosa.

**Conclusiones:** La prevalencia de infección tuberculosa detectada es inferior a la de estudios previos llevados a cabo en población inmigrante, pe-

ro hemos de tener en cuenta que en nuestro estudio está infraestimada debido al sesgo del demandante sano. Lo relevante del estudio es que se trata de población inmigrante sin tarjeta sanitaria y con bajos recursos económicos quedando excluidos de la asistencia sanitaria tanto pública como privada.

## P232 EFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA SISTEMÁTICA EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS

A. Vila Corcoles, O. Ochoa Gondar, C. de Diego Cabanes, F. Gómez Bertomeu, X. Raga Lúria y G. Estudio Evan

Unitat de Recerca-Sap Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: cintadde@tinet.org

**Objetivos:** Evaluar la efectividad de la vacunación antineumocócica (VAN) sistemática en la población general >65 años.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio de cohortes prospectiva. *Ámbito de estudio:* 8 Áreas Básicas de Salud, seguidos entre 01/01/2002 y 30/04/2005. *Sujetos:* 11.241 personas >65 años, seguidos entre 01/01/2002 y 30/04/2005 (4986 vacunados y 6255 no vacunados). *Mediciones e intervenciones:* Los eventos considerados fueron enfermedad neumocócica invasiva (ENI), neumonía adquirida en la comunidad (NAC) hospitalizada o ambulatoria, y muerte por neumonía. Análisis multivariante mediante Regresión de Cox, con cálculo de hazard ratios (HR) ajustados por edad, sexo y comorbilidad.

**Resultados:** La incidencia total de NAC fue de 14 casos por 1000 personas-año (10,5 hospitalizadas y 3,5 ambulatorias). La VAN se asoció con una reducción del 26% en el riesgo de hospitalización por NAC (HR: 0,74; IC 95%: 0,59-0,92) y del 21% en el riesgo total de NAC (HR: 0,79; IC 95%: 0,64-0,98). La VAN mostró una efectividad del 40% frente a ENI (HR: 0,60; IC 95%: 0,22-1,65) y del 45% frente a neumonía neumocócica (HR: 0,55; IC 95%: 0,34-0,88), mientras que no mostró ningún efecto significativo frente a NAC por otros gérmenes o de etiología no identificada (HR: 0,88; IC 95%: 0,69-1,13). Finalmente, la VAN se asoció con una reducción del 59% en el riesgo de muerte por neumonía entre las personas vacunadas (HR: 0,41; IC 95%: 0,23-0,72).

**Conclusiones:** Los resultados avalan la efectividad de la VAN-23s para prevenir la neumonía neumocócica (con y sin bacteriemia) y evidencian que la vacunación sistemática sería efectiva para reducir la carga total de NAC en la población general >65 años.

## P233 VACUNACIÓN TÉTANOS: ¿CÓMO MEJORAR?

A. Pichel Loureiro, C. Cabal Sepúlveda, R. Chillón Arce, R. Palacio Santamaría, N. Pérez Estévez y S. Vázquez

UD de la Gerencia de AP de Vigo. Vigo. Galicia.  
Correo electrónico: angelpicheloureiro@yahoo.es

**Objetivos:** General: Mejorar la atención sanitaria preventiva antitetánica. Específico: Aprendizaje y aplicación de la metodología de investigación de MIR.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Evaluación ante-post en un año (Oct. 2005-Oct 2006) de una intervención. *Ámbito de estudio:* Dos centros de salud (CS) rurales (Pontearcas y Chapela). *Sujetos:* Pacientes mayores de 65 años. *Mediciones e intervenciones:* Encuesta en mayores de 65 años que conocen su estado vacunal en el momento de la vacunación antigripal 2005 y 2006 N° de envases de vacunas antitetánica utilizados Trabajo en grupo para detectar posibles causas y plantear actuaciones de mejora Intervención formativa sobre la profilaxis antitetánica

**Resultados:** El n° de encuestas recogidas en los dos CS ha sido 693, de las cuales 365 han sido en Chapela (52,7%) y 327 en Pontearcas (47,3%). El 57,7% de los encuestados en los 2 CS referían saber que estaban vacunados. El 48,7% de encuestados tenían registro de su estado vacunal. del conjunto de encuestas en que no consta si hay registro o no (36,6% del total), el 89% de las personas habían respondido que no estaban previamente vacunados o que no lo sabían. Pendiente en el momento actual de la recogida del nuevo registro vacunal y del consumo de vacunas en este periodo.

**Conclusiones:** La campaña vacunal antigripal es una buena oportunidad para aumentar tanto el registro como la cobertura vacunal antitetánica en personas mayores de 65 años. La iniciativa provocó la reflexión en los profesionales acerca de su propia actuación, analizando mediante metodología espina de pescado causas y posibilidades de mejora.

## P234 DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA, IMPLANTACIÓN DE UN TEST DE DETECCIÓN RÁPIDA DE *STREPTOCOCCO* BETAHEMOLÍTICO DEL GRUPO A EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

O. Fernández Martínez, C. Hidalgo Cabrera, J. Callejas Pozo y M. Hernández Morillas

CS La Zubia. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: lile@supercable.es

**Objetivos:** Analizar el beneficio teórico que supondría la implantación de un test de detección rápida para la identificación del *Streptococcus pyogenes* (EGA) en exudado faríngeo de niños con Faringoamigdalitis aguda en Atención Primaria.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio observacional, descriptivo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Niños de 0 a 14 años que consultaron por Faringoamigdalitis Aguda Estreptocócica. *Mediciones e intervenciones:* Se recogieron muestras de exudado faringoamigdalinar para cultivo en niños atendidos en AP con sospecha de FAE. Se excluyeron los que presentaban sospecha clínica de Faringitis Vírica. Se les clasificó en función de la clínica en: Sospecha Alta de Infección Estreptocócica (SA-EGA) y sospecha Intermedia (SIEGA).

**Resultados:** Se analizaron los datos de 62 pacientes (56% niños). En 30 sujetos (49%) se encontró SAEGA, mientras que en 32 (51%) la sospecha fue intermedia. Se aisló EGA en el cultivo de 24 pacientes (34,7%). El cultivo resultó positivo en 20 de las SAEGA y en 4 de las SIEGA. Recibieron tratamiento antibiótico 53 pacientes (85,5%). Todos los pacientes con SAEGA recibieron tratamiento antibiótico y 23 de las SIEGA. Encontramos una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) entre los resultados obtenidos en el cultivo y la sospecha clínica de FAE. Se observó una relación significativa entre la sospecha clínica y el tratamiento antibiótico y entre los resultados del cultivo y la prescripción de antibióticos.

**Conclusiones:** La prescripción inadecuada de antibióticos fue alta. Las técnicas rápidas de detección de EGA permiten identificar fácilmente la etiología estreptocócica e indicar de forma selectiva y eficaz la terapia antibiótica (alta sensibilidad y especificidad). Si hubiésemos tomado la decisión de pautar antibióticos teniendo en cuenta el resultado de un test de detección rápida, el número de prescripciones inadecuadas hubiese sido menor. El test de detección rápida debería ser una técnica común en AP.

## P235 CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN POBLACIÓN ORIGINARIA DE PAÍSES ENDÉMICOS

C. Roca Saumell, E. Matínez Romero, S. de la Fuente Gelabert, I. Mendizábal Condón, J. Bayó Llibre y M. Ventura Fontanet

CAP El Clot. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: croca.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos:** Evaluar el conocimiento de la enfermedad de Chagas, en la población originaria de países endémicos latinoamericanos, previo al diseño de un estudio de prevalencia de la infección en nuestro medio.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio observacional, transversal. *Ámbito de estudio:* 3 consultas de atención primaria urbanas. *Sujetos:* Muestreo consecutivo, pacientes originarios de Centro y Sudamérica continental. *Mediciones e intervenciones:* Periodo abril-mayo 2006. Administración de cuestionario con: filiación, país origen, conocimiento de la enfermedad (preguntando: ¿conoces la enfermedad de Chagas?, ¿conoces alguien afectado?, ¿crees que constituye un problema de salud en tu país de origen?) y disponibilidad para participar en estudio posterior.

**Resultados:** Se incluyeron 82 pacientes (mujeres 68,3%, edad media  $40,3 \pm 13,5$  años). Origen: Perú 25 (30,5%), Colombia 13 (15,8%), Ecuador 10 (12,2%), Argentina 8 (9,7%), Bolivia 8 (9,7%), Venezuela 5 (6,1%), Chile 5 (6,1%), Brasil 2 (2,4%), Paraguay 2 (2,4%) y otros 4 (5%). Conocían la enfermedad de Chagas 29 (35%) pacientes (originarios de Argentina 100%, Bolivia 87,5%, Venezuela 60%, Brasil 100%, Paraguay 100%, resto <50%). de los 29 pacientes, 10 (34,5%) conocían alguien afectado (argentinos 37,5%, bolivianos 37,5%, venezolanos 40%, brasileños 50%, colombianos 7,7%, resto 0%) y 15 (51,7%) lo consideraban un problema de salud en su país de origen (brasileños 100%, bolivianos 87,5%, argentinos 50%, venezolanos 40%, colombianos 7,7%, resto 0%). El 89% de pacientes mostraron disposición a participar posteriormente.

**Conclusiones:** Los pacientes estudiados susceptibles de inclusión en estudio sobre prevalencia de Tripanosomiasis americana en nuestro medio, refirieron: desconocimiento de la enfermedad, poco conocimiento de per-

sonas afectadas y escasa percepción de problema de salud. Destacamos la elevada disponibilidad para participar en un futuro estudio.

## P236 AMIGDALITIS AGUDA UNA INFECCIÓN PREVALENTE EN ATENCIÓN CONTINUADA (ATC). ¿REALIZAMOS UNA CORRECTA PRESCRIPCIÓN?

C. Ros Bertomeu, B. Pérez Rodríguez, C. Daufí Subirats, F. Rodríguez Casado y S. Borrás Freixas

ABS Torredembarra. ABS Tarragona 4 Llevant. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla. Torredembarra, Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: cros@xarxatecla.net

**Objetivos:** Valorar la prescripción de antibiótico realizada ante el diagnóstico de amigdalitis aguda en ATC. Tipo y grupo de antibiótico prescrito en relación con edad y presencia alergia sí/no.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* ATC en un Área Básica Salud de ámbito semiurbano. *Sujetos:* Todos los pacientes atendidos en ATC, en el periodo Enero-Junio 2005, con diagnóstico amigdalitis en informe de alta. *Mediciones e intervenciones:* Variables: edad, sexo, alergia sí/no y tipo-grupo antibiótico prescrito.

**Resultados:** 589 pacientes son diagnosticados de amigdalitis en ATC. Distribución: mujeres 319 (54,2%), hombres 270 (45,8%). Edad media: 18,3 (Desviación 16,08). Distribución por edad: <15 años 302 (51,3%), 15-45 años 246 (41,8%) y >45 años 41 (7,0%). Consta registro alergia en 21 (3,6%). 553 (93,9%) reciben tratamiento antibiótico, 34 (5,8%) no consta y 1 (0,2%) tratamiento sintomático. Las aminopenicilinas son utilizadas en 72,513%, macrólidos 21,7%, bencilpenicilinas 4,159%, cefalosporinas 1,266% y quinolonas 0,362%. En todos los subgrupos de edad las aminopenicilinas son prescritas mayoritariamente, sobretodo en >45 años en un 85%. En segundo lugar los macrólidos, sobretodo en <15 años. En tercer lugar las bencilpenicilinas, sobretodo en 15-45 años. Los antibióticos más frecuentemente utilizados son: Amoxicilina-clavulánico 56,24%, Amoxicilina 16,27%, Azitromicina 11,94%, Claritromicina 9,58% y Penicilina 4,16%.

**Conclusiones:** Realizamos una alta prescripción antibiótica ante diagnóstico amigdalitis en nuestro medio. Evidenciamos un bajo registro de alergias que no nos permite establecer relación con tratamiento pautado. Destacamos un bajo uso de bencilpenicilinas y Amoxicilina y una alta prescripción de macrólidos sobretodo Azitromicina. En amigdalitis las etiologías infecciosas más frecuentes son la vírica y bacteriana. Esta última representa entre un 10-20% y sólo ésta ha de ser tratada con antibiótico, lo que nos debe hacer reflexionar hacia una prescripción más racionalizada.

## Sexualidad

### P302 DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN UN MEDIO RURAL

J. Pascual López, C. Martínez Delgado, F. Zamorano Andrés, D. López Giraldo, M. Rigabert Montiel y P. Rubio Martínez

CS de Calasparra. Calasparra. Murcia.  
Correo electrónico: dipascuale@terra.es

**Objetivos:** El objetivo del estudio es conocer el perfil del paciente con disfunción eréctil (DE) en nuestro medio.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo. *Ámbito de estudio:* Centro rural. *Sujetos:* Se realiza un cuestionario a todos los varones que acuden durante un día en cuatro cupos de medicina de familia. *Mediciones e intervenciones:* Se les realiza la encuesta SHIM (cuestionario abreviado del IIEF, para el screening de DE), así como por el consumo de alcohol expresado en unidades de bebida estándar semanales (UBE). Además a los pacientes con DE se les pregunta si han consultado por ello, la actitud de su médico y el consumo de fármacos en probable relación con ésta.

**Resultados:** El estudio nos indica que la prevalencia de la DE en nuestra población es del 16,35%, que solo un 35,3% ha consultado por ello con su médico de familia, habiéndose realizado un estudio al 50% de ellos y derivado al especialista y pautado tratamiento al 67%. Además el consu-

mo de alcohol en pacientes con DE es de 20,65 UBE semanales y de 11,3 en el resto de la población, siendo esto un dato estadísticamente significativo estudiado mediante T de Student con una  $p < 0,0001$ . El 41,18% de los pacientes con DE toma 2 ó más fármacos en probable relación con esta patología.

**Conclusiones:** La DE tiene una alta prevalencia en nuestro media siendo un porcentaje muy bajo quien demanda asistencia, y quien además de las patologías crónicas y medicación con que se les relaciona, presentan un consumo de alcohol significativamente mayor que la población general.

### P303 ESTUDIO DE LA SALUD SEXUAL MASCULINA DE UNA POBLACIÓN ADULTA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

E. Martín Gracia, M. Sallent Claparols, N. Riera Nadal, V. Liste Salvador, M. Muñoz Martínez y C. Munar Bernat

ABS Sagrada Familia. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: cheby\_numancia@yahoo.es

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de la disfunción eréctil (DE) de nuestra población masculina de más de 18 años. Valorar qué conocimiento tienen los pacientes de la oferta sanitaria para tratar esta patología.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal en un ABS urbano. *Ámbito de estudio:* hombres >18 años atendidos en el ABS entre el 01-02-2006 y el 30-04-2006 que aceptasen participar en el estudio. *Sujetos:* 191 hombres. *Mediciones e intervenciones:* Muestreo: aleatorio sistemático. Recogida de datos mediante encuesta anónima, voluntaria, incluyendo cuestionario validado GASSAP (valoración DE). Variables: edad, función eréctil, causas DE, profesional a quien consultarían.

**Resultados:** Inclusión de 177 hombres, el resto, 14 hombres, no cumplieron la encuesta o lo hicieron incorrectamente. Edad media: 52,6<sup>a</sup> (desviación típica: +17,7). Prevalencia de DE en nuestro medio es del 41%. El 59% de encuestados consideran buena su función eréctil, 23% regular y 18% mala. En estos dos últimos grupos predominan los >61 años. Los <30 años presentan DE sólo un 2% del total. El 33% de encuestados que refieren función eréctil regular o mala creen que es debida a problemas de dificultad en la erección, y el 18% que es por alguna enfermedad orgánica. El 64% no saben a quién consultar. del 36% restante, un 56% consultarían en primer lugar a su médico de familia (MFyC), el 21% al urólogo, un 11% al sexólogo, el 5% a familiares, un 3% al andrólogo y un 4% al psicólogo.

**Conclusiones:** La DE presenta una elevada prevalencia en nuestro medio, comparada con la revisión de estudios previos donde encontramos una prevalencia en hombres de 25 a 70 años del 12-24%. Aunque los pacientes mayoritariamente desconocen a quién consultar sobre su salud sexual, el MFyC aparece como el profesional más escogido. Por este motivo creemos que una actuación más incisiva por parte de los profesionales es imprescindible para el abordaje de esta patología.

### P304 CONCURRENCIA DE MALESTAR PSICOLÓGICO Y DISFUNCIÓN SEXUAL

J. Pujol Salud, M. Navarro Giménez, M. Martínez Orduña, R. Sánchez Pellicer, E. Paredes Costa y A. Alabat Teixidó

Unidad de Investigación Ámbitos de AP de Lleida y Pirineos; Idiap-Fundación Jordi Gol i Gurina. Lleida. Cataluña.  
Correo electrónico: jpjols@medynet.com

**Objetivos:** Averiguar la proporción de disfunciones sexuales atribuibles a malestar psicológico en las consultas de atención primaria de salud.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio observacional multicéntrico. *Ámbito de estudio:* Consultas de atención primaria de salud. *Sujetos:* Muestra de 180 individuos de ambos sexos consultantes de atención primaria, mayores de 18 años y sexualmente activos, excluyendo aquellos diagnosticados de problemas de salud mental o que estuvieran consumiendo cualquier tipo de psicofármaco, y que consintieran su participación en el estudio. Se seleccionan secuencialmente de las segundas y décimas visitas programadas (cita previa) de los tres días centrales de la semana laboral de las consultas de 10 médicos de familia, hasta alcanzar el tamaño muestral. *Mediciones e intervenciones:* Se encuesta a los hombres mediante el cuestionario de salud sexual para varones (SHIM), y a las mujeres con el cuestionario de salud sexual de la mujer (FSM). Para valorar el bienestar psicológico se utiliza el índice de bienestar psicológico (IBP), cuestionario autoadministrado.

**Resultados:** Se estudia a 86 mujeres y a 64 hombres. El 32,14% de los hombres puntuaron <21 en el SHIM y el 43,96% de las mujeres puntuaron <50 en el FSM. Las puntuaciones medias del IBP de los hombres con SHIM<21 fueron de 68,76 IC95% (45,12-85,23) y de las mujeres con FSM<50 de 56,29 IC95% (34,18-71,45). En hombres y mujeres que puntuaron por encima de 21 y 50 en los respectivos tests, las puntuaciones medias del IBP fueron de 97,33 IC95% (80,45-115,48) y 88,29 IC95% (73,23-112,87) respectivamente.

**Conclusiones:** Las disfunciones sexuales prevalecen en las mujeres, a la vez que las mujeres sexualmente disfuncionales presentan mayor malestar psicológico.

### P305 LA SEXUALIDAD EN NUESTROS MAYORES

R. López Canós, A. de la Guardia Argente, R. Vallés Sierra, X. Monteverde Curto, C. Delgado Azuara y R. Adroer Martori

ABS Florida Nord. UD de MFyC Costa de Ponent. LHospitalet de Llobregat. Cataluña.  
Correo electrónico: 37435rlc@comb.es

**Objetivos:** Describir hábitos sexuales en mayores. Grado de satisfacción relaciones sexuales. Saber demanda de atención por este motivo. Saber si preguntamos sobre sexualidad.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* Muestreo aleatorio de cita previa, >= 65 años, independientes para ABVD N = 113. *Mediciones e intervenciones:* Historia clínica: Edad, sexo, estado civil, patología, fármacos. Cuestionario de 20 ítems. Análisis estadístico.

**Resultados:** N = 113. 50,44% Hombres. Edad 72,75 ± 5,32 años. 85,84% tiene una pareja. Patologías más frecuentes: HTA (61,95%), DM (30,97%) y enfermedades músculo-esqueléticas (24,78%). 3,77 ± 2,89 fármacos. El 66,37% tiene muy buena o buena relación con pareja. El 59,29% refiere tener relaciones sexuales, con una frecuencia media de 4 al mes. 91% que mantienen relaciones sexuales consideran que existen cambios con el tiempo, atribuyéndolo a edad (43,28%). La relación la inicia el hombre (66,67% de los encuestados varones). Relaciones satisfactorias o muy satisfactorias en el 59,65% de hombres, en el 35,71% de mujeres. Al 80,36% mujeres les afecta poco o nada a su bienestar (73,68% hombres). 87,61% encuestados nunca han preguntado al médico sobre sexualidad. El médico sólo ha interrogado al 8,85% por este motivo.

**Conclusiones:** La mayoría tiene buena relación de pareja, con vida sexual activa, aunque consideran que con la edad existen cambios. Los hombres se encuentran satisfechos en más de la mitad de los casos, no así en las mujeres, sin embargo a ambos no les afecta a su bienestar. Casi el 90% nunca ha preguntado por sexualidad al médico. Preguntamos poco sobre sexualidad.

## Tabaquismo

### P306 PERFIL DEL FUMADOR QUE ACUDE A UNA UNIDAD AMBULATORIA DE TABAQUISMO

A. Andrades Corrales, S. Montesinos Sanz, E. Fernández Valdivieso, M. Galán Cuevas y N. Pereira Berdules

ABS 2, Barri Llati. Sta. Coloma de Gramenet. Cataluña.  
Correo electrónico: susannix2002@yahoo.com

**Objetivos:** Conocer las características del fumador que demanda tratamiento de deshabituación en una unidad ambulatoria de tabaquismo.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* ABS urbano. *Sujetos:* muestra de 82 pacientes que acuden a la unidad entre Diciembre 2003 y Julio 2005, derivados del médico de familia. *Mediciones e intervenciones:* mediante un cuestionario se recogen variables sociodemográficas, del hábito tabáquico, test de Richmond y Fagerström.

**Resultados:** El 59,8% son hombres, con una edad media de 42 años y el 70,7% están casados. La edad media de inicio de consumo es 14 años en hombres y 16 en mujeres, fumando regularmente a los 17 y 19 años respectivamente. Las marcas más consumidas son Marlboro y Nobel (47,6%). El 80,5% realizaron una media de 3,3 intentos previos de deshabituación, consiguiendo una abstinencia máxima inferior a 7 días

(42,4%). El 80% no realizó ningún tratamiento. Richmond: 65,9% alta motivación. Fagerström: 45,1% dependencia moderada y 37,8% alta. El motivo de recaída más frecuente fue el síndrome de abstinencia (42,4%). El 37,8% nunca había recibido consejo médico antitabáquico.

**Conclusiones:** El perfil del paciente corresponde a un sujeto de mediana edad, casado, que inició su consumo en la adolescencia, fumador de >20 cig/día, con varios intentos fallidos de deshabituación, con moderada - alta dependencia y muy motivados. Un número no despreciable no había recibido nunca consejo médico antitabáquico. Demostrada la efectividad del consejo breve deberíamos utilizarlo más en nuestras consultas.

### P307 NIVEL DE DEPENDENCIA TABÁQUICA EN NUESTROS PACIENTES

C. Fructuoso Miralles, S. Graña Fernández, L. Garrote Moreno, E. García-Estañ González, S. López Rojo y M. Sánchez López

CS San Andrés. Murcia.

Correo electrónico: cismogala@hotmail.com

**Objetivos:** 1. Valorar el nivel de dependencia del tabaco de los pacientes fumadores en un centro de salud. 2. Evaluar la relación entre dependencia, edad, sexo, edad de inicio, paquetes/año, intentos de abandono y nivel de estudios.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud Urbano. *Sujetos:* de una población adscrita a 5 médicos de familia se selecciona aleatoriamente una muestra de 264 fumadores que consultan entre Noviembre 2005 y Febrero 2006. *Mediciones e intervenciones:* Edad, sexo, edad de inicio del hábito, paquetes/año, intentos de abandono, nivel de estudios (primarios, medios y superiores), test de dependencia de Fagerström. Mediante el paquete estadístico SPSS 12.0 se valora si existe relación entre las variables.

**Resultados:** Fumadores: 264, edad media:  $43 \pm 13,98$  años, mujeres: 129 (48,9%), hombres: 35 (51,1%), edad de inicio:  $17,73 \pm 5,63$  años, paquetes/año:  $23,10 \pm 19,07$ , intentos de abandono:  $1,76 \pm 2,5$ , estudios primarios: 87 (33%), medios: 97 (36,7%) y superiores: 80 (30,3%), test de Fagerström: dependencia leve: 104 (39,4%), moderada: 99 (37,5%) y alta: 61 (23,1%). Comparación entre variables: no existen diferencias significativas entre sexo e intentos de abandono. A mayor dependencia, mayor número de paquetes/año y menor edad de inicio ( $p = 0,012$ ). En pacientes con estudios primarios existe mayor dependencia que en pacientes con estudios medios. No existen diferencias de dependencia entre estudios primarios y superiores.

**Conclusiones:** Iniciar el consumo de tabaco a edad temprana y el nivel de estudios primarios y superiores se relaciona con mayor dependencia y mayor consumo de cigarrillos. No hay diferencias entre sexos en cuanto a dependencia e intentos de abandono.

### P308 EL TABAQUISMO ENTRE LOS TRABAJADORES DE UN HOSPITAL DE LA REGIÓN MEDITERRÁNEA

H. Ibáñez Bargues, P. Cordero Rodríguez, E. Naval Sendra, J. Burdeus Martín, Y. Pallardó Calatayud y C. Trescolí Serrano

Grupo de Tabaquismo del Hospital de la Ribera. Alzira, Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: heibar@alumni.uv.es

**Objetivos:** Conocer la prevalencia y características del tabaquismo entre los trabajadores de un Hospital General.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Poblacional descriptivo. *Ámbito de estudio:* Hospital General durante noviembre-diciembre de 2005. *Sujetos:* Trabajadores sanitarios y no sanitarios de un Hospital General. *Mediciones e intervenciones:* Encuesta electrónica y anónima que incluía aspectos de filiación, historia de tabaquismo y los test de dependencia a la nicotina (Fagerström) y motivación para dejar de fumar (Richmond).

**Resultados:** Se recogieron 607 encuestas válidas, 206 varones (34%) y 399 mujeres (66%), con edad media de 36,9 años (DE: 8,5). Eran fumadores el 37% (39% de las mujeres y 33% de los hombres), con una dependencia a la nicotina de 2,84 (DE: 2,62) y motivación para dejar de fumar de 7,7 (DE: 3,6). Hubo diferencias significativas en la prevalencia de tabaquismo entre los diversos grupos etarios siendo el grupo de 30-39 años el de mayor prevalencia (43,6%). Los colectivos de mayor hábito fueron celadores (69%), limpieza (54%) y auxiliares (50%) y los de menor hábito, residentes (23%) y facultativos (27%). El 69% de los fumadores había in-

tentado dejarlo al menos una vez aunque solo el 9% había pedido ayuda profesional. El 92% de los fumadores expresó ser capaz de dejar el tabaco y el 86% querer hacerlo. El 56% deseaba recibir ayuda para ello.

**Conclusiones:** La prevalencia de tabaquismo entre los trabajadores de este hospital es ligeramente superior a la de la población general en nuestra Comunidad, aunque éstos muestran una dependencia baja a la nicotina y una alto nivel de motivación para dejar de fumar.

### P309 PREVALENCIA, DEPENDENCIA Y MOTIVACIÓN PARA ABANDONO DEL TABACO ENTRE UNIVERSITARIOS DE PRIMER CURSO

F. León Vázquez, P. Iglesias Dorado, M. Lacalle Rodríguez-Labaja y F. Caballero Martínez

CS Pozuelo-San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón. Madrid.

Correo electrónico: fleonv@meditex.es

**Objetivos:** Estimar la prevalencia entre universitarios de tabaquismo, hábitos de vida saludable, dependencia física a nicotina y motivación para el abandono del tabaco.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Observacional descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Facultad Universitaria. *Sujetos:* Alumnos de primer curso. *Mediciones e intervenciones:* Encuesta auto-administrada, voluntaria, anónima, incluyendo tests de dependencia (Fagerstrom) y motivación (Richmond).

**Resultados:** Respondieron 392 alumnos, el 23% de los 1700 encuestados. La mediana de edad fue 18 años (rango 17-55), el 58,4% fueron mujeres. El 25% (Intervalo de confianza [IC95%]: 21-30) eran fumadores: 17% fumadores habituales y 8% ocasionales; el 6% eran exfumadores y el 68% nunca fumadores. Practican algún deporte el 78% (IC95%:74-82), consumen alcohol el 58% (IC95% = 53-63) y otra drogas el 4% (IC95%: 2-6). Entre los fumadores, la edad de comienzo del hábito fue de 14,4 años (IC95%: 13,9-14,9) y la media de consumo de 12,3 cigarrillos (IC95%: 10,56-14,10). Un 40% habían intentado dejarlo y un tercio de ellos lo consiguieron durante más de un mes. La dependencia física (Fagerstrom) fue baja, 2,43 (IC95%: 1,88-2,98). Sólo el 12,7% puntuó >6, dependencia moderada-alta. La motivación para abandonar (Richmond) fue moderada-baja, 4,47 (IC95%: 3,95-4,99). Un 14% puntuó >8, alta. El 14,8% participaría en un programa de deshabituación en la Facultad.

**Conclusiones:** Una cuarta parte de los alumnos fuman, más las alumnas. Consumen menos del paquete, sin diferencias por género. Los no fumadores presentan hábitos de vida más saludables. La dependencia física y la motivación son bajas, pocos participarían en programas de deshabituación. Debemos buscar otras estrategias para favorecer el abandono en esta población.

### P310 DEJAR DE FUMAR ES POSIBLE, CON NUESTRA AYUDA

M. Araque Pro, J. Agudo Ugena, M. Tafalla Eustaquio, F. Soriano Ramírez, C. Pareja Rossell y E. Pujol Ribera

CS La Mina. Sant Adrià de Besòs. Cataluña.

Correo electrónico: mtafalla.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos:** Analizar el efecto de una intervención educativa realizada en las consultas de enfermería en la cesación tabáquica (CT) y describir el perfil de los fumadores con más posibilidades de dejar de fumar.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio de intervención pre-post con seguimiento de un año (09/2004-09/2005). *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. Atención Primaria. *Sujetos:* Muestra consecutiva de los fumadores >14 años atendidos en un centro de salud urbano (durante 15 días) que aceptan participar ( $n = 303$ ). *Mediciones e intervenciones:* Variables: edad, sexo, nivel de instrucción, patología asociada (PA), fase de motivación para el cambio (Prochaska-Di Clemente) al inicio (FMCI), tipo de intervención y CT al final del estudio. Intervención mínima (IM): entrevista de enfermería mediante tres contactos telefónicos durante el estudio. Intervención intensiva (II): IM más visitas concertadas acordadas con el paciente.

**Resultados:** de 303 fumadores incluidos inicialmente se presentan resultados de 239(78,9%) con seguimiento completo. Mediana de edad (DE) 44,8(16) años; 57,7% hombres; 79,9% no supera los estudios primarios. Presentan PA el 42,3%, el 32,2% enfermedad cardiovascular y el 15,5% pulmonar. FMCI: 70,7% fase precontemplativa-contemplativa. Intervención: IM en 87,4%, II en 12,6%. CT: 41(17,2%) [15,8% en IM y 26,7% en II; NS]. Se observa mayor CT finalizado el estudio según edad (49,8

CT vs. 43,7 no CT;  $p = 0,04$ ), presencia o no de PA (23,8% vs. 12,3%;  $p = 0,02$ ) y FMCI (11,2% precontemplativos-contemplativos vs. 28,6% preparación-acción-mantenimiento;  $p < 0,001$ ), sin diferencias por sexo y nivel de instrucción.

**Conclusiones:** Se observa una frecuencia de CT relevante. El efecto producido por las intervenciones es similar. Asociación positiva entre CT y edad, presencia de PA y fase de preparación-acción-mantenimiento.

### P311 EVALUACIÓN DE LA LAS PÉRDIDAS DEL SEGUIMIENTO DE UNA INTERVENCIÓN DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Alayeto Salvador, S. Martínez Iguaz, D. González Trujillo, E. Borra Moliner, A. Pina Sanz y R. Córdoba García

CS Delicias Sur, CS Bombarda. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: sumariz76@yahoo.es

**Objetivos:** Evaluar los casos perdidos del seguimiento de una intervención intensiva en tabaquismo realizada en atención primaria.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo cuasi experimental antes-después. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* Participaron 100 fumadores que solicitaron voluntariamente tratamiento para dejar de fumar y no acudieron a la visita de evaluación al sexto mes. *Mediciones e intervenciones:* Programa de deshabituación tabáquica de 6 meses de seguimiento presencial (tratamiento farmacológico y apoyo psicológico). Evaluación telefónica a los 12 meses. Como mediciones principales se usaron abstinencia autodeclarada a los 12 meses y los motivos de abandono o de no inicio del tratamiento farmacológico.

**Resultados:** El porcentaje de abstinencia puntual autodeclarada a los 12 meses fue del 30%. Los motivos más importantes para no iniciar o abandonar el tratamiento fueron la falta de motivación (24%) la recaída precoz (13%), el precio del fármaco (10%), la falta de eficacia en el control de los síntomas (6%) y los efectos secundarios de la medicación (5%). Entre los que dejaron de fumar completaron pauta farmacológica el 50% mientras que entre los que siguieron fumando solo la completaron el 20%.

**Conclusiones 1.** La ambivalencia fue la causa mas frecuente de abandono del intento. **2.** El seguimiento telefónico de las pérdidas del seguimiento presencial es imprescindible para calcular el verdadero impacto de las intervenciones. **3.** Completar la pauta farmacológica fue el mejor predictor de la abstinencia a los 12 meses en estos pacientes.

### P312 ALQUITRÁN ¿UN IMPACTO VISUAL PARA LOS FUMADORES?

R. González Espadas, M. Roca Navarro, C. Blay Galaud, J. Abad Carrasco, A. Hermosa García y D. Sánchez Salvadora

CS República Argentina. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: r\_gonzalez2@ozu.es

**Objetivos:** Conocer como influye un impacto visual (IVA: bote transparente con el alquitrán que pasa por los pulmones de un fumador de 20 cig/día durante 1 año) en fumadores, no fumadores y exfumadores.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria urbana. *Sujetos:* Fumadores, no fumadores y exfumadores mayores de 18 años. *Mediciones e intervenciones:* Edad, sexo, familiares fumadores, abandonos, tiempo sin fumar, tiempo fumando, cigarrillos/día, fase abandono, Fagerström, Glover-Nilsson, impacto del IVA en fumadores, no fumadores y exfumadores.

**Resultados:** 184 pacientes, 58 no fumadores, 58 exfumadores y 72 fumadores. En los tres grupos no hay diferencias en cuanto al sexo y la edad. Los pacientes fumadores tienen más familiares que fuman (1,97 DE 0, 7  $p = 0,001$ ) que los no fumadores (0,31 DE 0, 51  $p = 0,001$ ) y exfumadores (0,34 DE 0,61  $p = 0,001$ ). Hay más fumadores y exfumadores entre los pacientes de 40-60 años. El IVA refuerza la decisión de seguir sin fumar en el 69%  $p = 0,001$  de los no fumadores, refuerza la decisión de no volver a fumar en los exfumadores en un 75,9%  $p = 0,001$  pero no hace cambiar la actitud del fumador en un 58,8% de los casos  $p = 0,001$ . El IVA es valorado igual a pesar de la edad, sexo y dependencia física o psicológica.

**Conclusiones:** El ser fumador es un mal ejemplo imitado a veces por otros familiares. El IVA fue considerado como un refuerzo positivo por

los no fumadores y exfumadores, sin embargo la mayoría de los fumadores creen que no cambia su forma de pensar sobre el tabaquismo. de todas formas pensamos que es útil el uso de imágenes impactantes en la consulta o intervención breve de tabaquismo.

### P313 EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

G. García Bernal, A. Gómez Quintero, N. Cases Ariño y L. Homedes Celma

ABS Tortosa Est-1. Tortosa. Cataluña.

Correo electrónico: graciagarcia@terra.es

**Objetivos:** Evaluación de un programa intensivo grupal para dejar de fumar.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio de intervención antes-después con seguimiento de una cohorte. Intervención grupal durante 5 semanas consecutivas. Seguimiento al mes, tres, seis, nueve y doce meses. Material de autoayuda, soporte conductual, técnicas de afrontamiento del estrés y tratamiento farmacológico. Variables demográficas, constitucionales, referentes a la historia del fumador. Test de dependencia física y global. Test de motivación. *Ámbito de estudio:* Fumadores pertenecientes a dos ABS de influencia. *Sujetos:* Fumadores de adscripción voluntaria al programa de deshabituación tabáquica. *Mediciones e intervenciones:* Medición de monóxido de carbono (CO) exhalado al inicio y para monitorizar la abstinencia durante el seguimiento.

**Resultados:** Sesenta y seis fumadores (50% mujeres), edad media 45,3 años, inicio del hábito: 15,64  $\pm$  3,2 años, cigarros/día 23,5  $\pm$  8, intentos previos d'abandono 1,71  $\pm$  0,9. El 76% dependencia física alta, 88% dependencia global alta. El 54% tratados con sustitutos de nicotina, el 28%

Bupropion. El abandono de tabaco es elevado la primera semana (75,8%), disminuyendo posteriormente: (67%-60%-55%-50%), a los 1-3-6-12 meses. Ninguna de las variables estudiadas tiene significación estadística con las tasas de abandono. Se aprecia una ganancia ponderal media ligera.

**Conclusiones:** El porcentaje de abandono del tabaco es inicialmente elevado, disminuye en los primeros 6 meses, después se mantiene estable. No hemos encontrado significación entre las tasas de abandono y ninguna de las variables estudiadas quizás por el pequeño tamaño muestral. La intervención grupal es una medida eficaz ya que se dirige a muchas personas a la vez.

### P314 CAMBIOS RECIENTES EN EL HÁBITO TABÁQUICO TRAS LA APROBACIÓN DE LA LEY ANTITABACO

J. Ferré Gras, M. Gil Sánchez, E. Sardaña Álvarez, C. Barceló Dupuy, P. Iglesias Salvado y J. Piñol Moreso

CAP Miami Platja. ABS Mont-Roig del Camp. Mont-Roig del Camp. Cataluña.

Correo electrónico: jferregart.ics@gencat.net

**Objetivos:** Evaluar la influencia en el hábito tabáquico de nuestra población fumadora desde la aprobación de la nueva ley gubernamental 28/2005 de medidas sanitarias frente el tabaquismo.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional transversal. *Ámbito de estudio:* ABS Rural (8.000 habitantes). *Sujetos:* Muestra aleatoria de sujetos mayores de 18 años codificados fumadores en Diciembre-2005. *Mediciones e intervenciones:* Encuesta telefónica analizando los cambios en la dependencia tabáquica desde el conocimiento de la ley utilizando el test Fagerström breve (TFB) y el grado de influencia de la ley. Si abandonó o redujo el hábito estudiamos tratamiento utilizado, intentos previos, ayuda desde Atención Primaria (AP) y motivo principal de deshabituación. Si continuaba fumando se valoró si lo dejaría próximamente. Análisis estadística: X2 y t-student.

**Resultados:** 224 encuestas válidas de 243. Hombres: 58%. Edad media: 44,9 años. No cambiaron el hábito: 144 (64%). Abandonaron el consumo 19 individuos (8,4%) y 61 (27,1%) lo redujeron, con una influencia de la ley de 7 versus 41 ( $p < 0,05$ ) respectivamente. de los reductores, 34 (55,7%) cambian de categoría del TFB a expensas de que 49 (80,2%) varían de nivel en consumo diario ( $p < 0,05$ ). Un 92,4% no utilizaron tratamiento ni ayuda desde AP. Un 60% realizaron intentos previos. Motivo principal de deshabituación: mejorar la salud (73,5%), de los que continúan fumando, 65 individuos (31,6%) aseguraron dejarlo próxima-



mente: 34 (55,7%) de los reductores y 31 (21,5%) de los que fuman lo mismo.

**Conclusiones:** La influencia de la ley es más clara en fumadores que han disminuido la dependencia al reducir el consumo diario que los que han abandonado completamente. Hay que mejorar la ayuda deshabitadora desde AP, sobre todo los que están en fase contemplativa.

### P315 DÍGAME, ¿CÓMO FUMA USTED?

E. Sáenz Yustes, C. Valladares Mateo, T. Rama Martínez, A. Plaza Izquierdo, C. González Berbería y M. Portas Gómez

ABS Sant Adrià del Besòs-1. Sant Adrià del Besòs. Cataluña.  
Correo electrónico: 35251esy@comb.es

**Objetivos:** Conocer los hábitos de los ciudadanos fumadores.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Diseño: Estudio descriptivo observacional. *Ámbito de estudio:* Metodología: Encuesta realizada por un Equipo de Atención Primaria en el stand dedicado a Tabaco en una jornada de divulgación sanitaria celebrada en la vía pública de una zona urbana. Año 2005. *Sujetos:* Todas las personas que visitaron el stand. *Mediciones e intervenciones:* Cuestionario con las variables: Edad, sexo, reconocerse fumador o no, opinión sobre si el tabaco ocasiona enfermedades, consumo de cigarrillos/día, tiempo en fumar el primer cigarrillo.

**Resultados:** 100 encuestas: 51% hombres, edad media 42,2 años  $\pm$  14. El 80,2% son fumadores (50,6% hombres). El 97,5% considera que fumar ocasiona enfermedades. del total, 55,7% fuman entre 11-20 cigarrillos/día. Un 15% de los hombres y un 5% de mujeres fuman más de 30 cigarrillos/día. Por grupos de edad: de 15 a 35 años fuma el 95, 8% (un 86,4% fuma menos de 20 cigarrillos/ día); de 36 a 50 años fuma el 83,3%, (un 38,2% más de 20 cigarrillos/ día). de 51 a 65 años un 81,3% fuma menos de 20 cigarrillos/día. El 25,9% fuma el primer cigarrillo en los cinco primeros minutos de levantarse y el 38,3% entre los 5 y los 30 minutos.

**Conclusiones:** El porcentaje de hombres y mujeres fumadores es similar, pero los hombres fuman más cantidad. El grupo de edad de 15 a 35 años es el que fuma más. La mayoría de fumadores considera que el tabaco produce enfermedades. Uno de cada cuatro fumadores consume el primer cigarrillo antes de los primeros 5 minutos de levantarse.

### P316 EFECTIVIDAD DE LA ESPIROMETRÍA EN EL ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO

M. Retuerta García, M. Gascuña Luengo, M. Caballero Moreno, M. Calvo Orduña, M. Rueda Solache y O. Pascual Gil

CS Guadalajara-Sur. Guadalajara. Castilla-La Mancha.  
Correo electrónico: lola.retuerta@telefonica.net

**Objetivos:** Determinar si la realización de espirometría con resultado patológico es más efectiva en el abandono del hábito tabáquico que la intervención de consejo anti-tabaco y entrega de material de apoyo aislado.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional longitudinal prospectivo. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. Centro de salud urbano. *Sujetos:* En la Semana Sin Humo 2004 se realizan 127 intervenciones a fumadores con edades entre 34 y 65 años, ofreciendo a todos la realización de espirometría en el momento de la intervención. A todos se les da consejo anti-tabaco y entrega de material de apoyo. *Mediciones e intervenciones:* Aceptan la técnica 86 fumadores: 28 resultan patológicas y 58 sin alteraciones significativas. 38 fumadores rechazan la técnica. Intervienen profesionales médicos y de enfermería. Al año de la intervención se evalúa el grado de abandono del hábito tabáquico mediante encuesta telefónica. Se utiliza test paramétrico para comparación de medias.

**Resultados:** Se localiza a 24 pacientes con espirometría patológica, no fumando el 12,5%. 43 con espirometría normal de los que no fuman el 11,6%. de los pacientes que rechazaron la técnica se localizaron a 28 de los que no fuman el 21,4%. El total de abandonos del hábito tabáquico de los localizados al año es del 14,7%. No se encontraron diferencias significativas en la tasa de abandonos en los distintos grupos.

**Conclusiones:** La espirometría patológica no es determinante en el abandono del hábito tabáquico. Es una técnica con buena aceptación por parte de fumadores útil en el despistaje de EPOC. Las campañas son eficaces ya que ayudan al abandono y al cambio de fase en el proceso de deshabituación.

## Sesión 5

Viernes, 17 de noviembre

09.00 h

### ZONA PÓSTERS

(Planta 01 – Pabellón 5 – Centro de eventos)

## Diabetes y síndrome metabólico

### P85 IMPACTO DE LOS NUEVOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE GLICEMIA BASAL ALTERADA (ADA 2004) EN EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES

G. Cortes Pastor, R. Gayarre Aguado, A. Vilaseca Rivas y P. Roura Olmeda

Grupo de Trabajo estudio Diabetes. CAP Badia del Vallés. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: rgayagu@camfic.org

**Objetivos:** Valorar la incidencia de diabetes (DM) y glicemia basal alterada (GBA) según los criterios diagnósticos GBA de la Asociación Americana de Diabetes 2004, en pacientes con una hiperglicemia basal aislada (5,6 -6,9 mmol/l).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional prospectivo de cohortes. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* Toda la población de un centro de atención primaria, a quien se le solicitó una glicemia basal desde el 01/11/03 al 30/04/04 y presentó valores de glicemia basal dentro del rango (5,6-6,9 mmol/l), excluyendo los pacientes diabéticos. *Mediciones e intervenciones:* Se incluyeron 274 pacientes con una hiperglicemia basal aislada. Se hicieron dos grupos: A (glicemia basal 5,6-6,1 mmol/l), y B (glicemia basal 6,1-7 mmol/l). Analizamos la incidencia acumulada (IA) de DM y GBA tras dos años de seguimiento y comparamos los dos grupos.

**Resultados:** La media de edad de la cohorte fue de 59 años, el 56,6% mujeres y el 43,4% hombres, la IA de DM fue del 14,6% y de GBA 46,7%. En el grupo A (n = 159) la IA de DM fue 5,7% (9 casos) y la IA de GBA fue de 51,6% (82 casos).

En el grupo B (n = 115) la IA de DM fue 27% (31 casos), de GBA 40% (46 casos). Las diferencias entre ambos fueron estadísticamente significativas (p = 0,000)

**Conclusiones:** La reducción del umbral diagnóstico de GBA ha supuesto en nuestra cohorte un aumento del 29% de nuevos diagnósticos de diabetes e incremento del 169% de nuevos diagnósticos de GBA.

### P86 AUTOCONTROLES EN DIABÉTICOS QUE INCLUYEN METFORMINA EN SU TRATAMIENTO

G. Alvarez Muñoz, M. Gili Riu, Y. Herreros Herreros, A. Llambes Morera, C. Ledesma Serrano y P. Cortés Pérez

ABS Numancia. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 30635yhh@comb.es

**Objetivos:** Evaluar la adecuación de autocontroles en pacientes diabéticos tratados con metformina.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano de 28.510 usuarios >15 años. *Sujetos:* Pacientes con diabetes tipo 2, asignados a 6 equipos de atención primaria (N: 1059) que incluyen metformina en su tratamiento (426). *Mediciones e intervenciones:* Registrar edad, sexo y autocontroles en diabéticos en tratamiento con metformina en monoterapia o asociados a otros hipoglucemiantes.

**Resultados:** de un total de 426 pacientes que toman metformina el 53,88% son hombres.

Edad más prevalente: 61-81 años.

En cuanto el tratamiento el 60,1% toman metformina y sulfonilureas, el 8,3% metformina y repaglinida, 7,66% metformina e insulina, 2,3% metformina y tiazolidindionas, 2,33% inhibidores alfa-glucosidasa y metformina.

El 19,25% toman metformina como monoterapia. Tenemos información de autocontroles en el 95,3% (406) de los pacientes, de éstos el 60% (243) hacen autocontrol.

El 50% de los que toman únicamente metformina hacen autocontroles, el 64,8% de los que asocian sulfonilureas, el 68% que asocian repaglinida, el 87% que asocian insulina, el 29% de los que asocian tiazolidinonas y el 57% de los que asocian inhibidores de alfa glucosidasa.

**Conclusiones:** La mitad de los pacientes que sólo reciben tratamiento con metformina realizan autocontroles, cuando no estaría indicado según las guías de práctica clínica. En cambio tenemos una proporción de pacientes no menos apreciable con tratamiento combinado, que si tendrían indicación de realizar autocontroles. Tendríamos que plantear estrategias de información y formación a los usuarios y profesionales, para ser más rigurosos en la indicación de autocontroles.

## P87 ¿CÓMO SON NUESTROS DIABÉTICOS? ¿ESTÁN BIEN CONTROLADOS?

M. García Vagué, M. Boira Costa, J. Fernández Hernández, P. Escoda Fuentes, A. Pi Coll, T. Aviñó Llopis

ABS Flix -Àmbit Terres de L'Ebre. Flix. Cataluña.  
Correo electrónico: miboira@yahoo.es

**Objetivos:** Conocer el perfil del paciente con diabetes mellitus (DM) y grado de control metabólico.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Área Básica Salud Rural que atiende 9917 usuarios. *Sujetos:* pacientes diagnosticados de DM. *Mediciones e intervenciones:* Variables: edad, sexo, tiempo diagnóstico, cifra hemoglobina glicosilada (HbA1c), tipo de DM, tratamiento, nº controles semana (c/s), complicaciones, microalbuminuria (MAO), obesidad, hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP).

**Resultados:** N = 362, edad media 68,63 ± 14,08, 51,1% (185) hombres, tiempo medio diagnóstico 10,10 ± 7,84 años, cifra media HbA1c 7,4 ± 3,67%, DMII 93,4% (338), 82% (297) tratados farmacológicamente, mayoría combinados antidiabéticos orales (ADO), 71,3% (258) no complicaciones, mayoría factores riesgo cardiovascular. 58,1% (130) pacientes <10 años evolución HbA1c <7, 45,8% (11) 21-30 años y 58,3% (7) >30 >8 (p<0,001). 49,1% (166) DMII HbA1c <7, DMI 45,8% (11) >8 (p<0,05). 95,4% (52) tratamiento no farmacológico y 57% (41) no secretagogos HbA1c <7, 70,9% (34) tratamiento insulina y 70,8% (29) insulina más ADO HbA1c >7 (p<0,001). 74% (108) HbA1c <7 no complicaciones, 60% (12) pacientes retinopatía HbA1c >8, 36,7% (11) con >dos complicaciones HbA1c >7, 57,7% HbA1c >8 obesidad, 72,4% HbA1c <6 no, 74,2% (49) con MAO HbA1c >7 (p<0,05), 65,7% (113) realizan 0c/s presentan HbA1c <7, 64% (16) >7c/s HbA1c >7.

**Conclusiones:** Perfil paciente diabético: hombre, 68 años, DMII, diez años evolución, buen control metabólico tratado farmacológicamente con combinados ADO sin complicaciones y con factores de riesgo cardiovascular.

Tienen buen control metabólico los DMII con menos de diez años de evolución, tratados sin fármacos y los tratados con dieta más no secretagogos.

Tienen mal control metabólico los DMI con más de veinte años de evolución, tratados con insulina y los tratados con insulina más ADO.

Cuanto más alta es la HbA1c los pacientes tienen más complicaciones, obesidad y MAO.

Aquellos que realizan más c/s tienen HbA1c más altas.

## P88 PLAN INTEGRAL DE DIABETES DE ANDALUCÍA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DIABETES EN EL PERIODO 2001-2005

I. Fernández Fernández, E. Mayoral Sánchez y V. Regife García

Servicios Centrales. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. Andalucía.  
Correo electrónico: emayoral@riesgovascular.com

**Objetivos:** Describir el patrón de prescripción de insulinas y antidiabéticos orales (ADO) en los centros de atención primaria de Andalucía, y su evolución temporal reciente (2001-2005).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Todos los centros de atención primaria del Sistema Sanitario Público Andaluz. *Mediciones e intervenciones:* Se revisan los datos oficiales de facturación de insulinas (grupo terapéutico A10A) y ADO (grupo A10B), en dosis diarias definidas (DDD), prescritos entre 2001 y 2005.

Todos los ADO se incluyen en alguno de los siguientes grupos farmacológicos: sulfonilureas, biguanidas, inhibidores de la glucosidasa, meglitinidas, glitazonas y otros.

Sobre el total de DDD, se calcula el % que supone cada grupo y cada fármaco, para cada año del periodo analizado.

**Resultados:** En 2005, las insulinas suponen el 28% de todos los fármacos prescritos. del total de ADO, los grupos farmacológicos más prescritos son las sulfonilureas (56%) y las biguanidas (29%). Por fármacos, los más prescritos son metformina, glibenclamida y glimepiride. Entre 2001 y 2005 se incrementó el consumo total de insulina en un 18%, y el de ADO en un 31%. En términos relativos, se ha duplicado con creces la prescripción de biguanidas (del 12% al 29%) y han descendido la de sulfonilureas (del 74% al 56%) e inhibidores de la glucosidasa (del 11% al 6%). Los fármacos más recientes (meglitinidas y glitazonas) han pasado del 2% al 7,6% de todos los ADO prescritos.

**Conclusiones:** En conjunto, el perfil de prescripción de fármacos anti-diabéticos se ha modificado favorablemente en Andalucía en los últimos años, con escasa repercusión de los ADO de reciente comercialización.

## P89 ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS MENORES DE 65 AÑOS. EDAD DE APARICIÓN Y AFECTACIÓN ORGÁNICA

A. Martínez Manero, S. Alcalde López, E. Sangros González, J. Fernando Pina, J. Millaruelo Trillo y J. del Río

CS Torrero La Paz. Zaragoza. Aragón.  
Correo electrónico: fsangrusg@papps.org

**Objetivos:** Se investigó la edad de presentación y la afectación multiorgánica de la enfermedad cardiovascular (ECV) en pacientes diabéticos y no diabéticos menores de 65 años

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo, observacional, transversal de casos y controles. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* Se estudiaron todos los diabéticos conocidos, menores de 65 años y se aparearon por edad y sexo para obtener el grupo control. *Mediciones e intervenciones:* Se investigó: sexo, edad de aparición de ECV: infarto de miocardio (IAM), enfermedad cerebrovascular (ACVA) y arteriopatía periférica (AP)

**Resultados:** Se estudiaron 746 sujetos en dos grupos: casos y controles de 237 varones y 136 mujeres cada uno. El 17,72% (± 4,96%) de los varones y el 11,02% (± 5,73%) de las mujeres diabéticas padecían ECV frente al 5,06% (± 2,84%) y el 3,67% (± 1,98%) del grupo control. El 21,42% de los varones presentaba afectación de varios órganos: IAM y/o ACVA y/o AP, frente al 13,33% de las mujeres diabéticas. En el grupo control el 16,66% de los varones tenía afectación multiorgánica, que no se encontró en mujeres La edad de aparición de ECV en diabéticos fue 53,9 años (de: 4,93) en no diabéticos: 57,7 años (de: 4,99).

**Conclusiones:** La ECV es mas frecuente en diabéticos, afecta a más órganos y se presenta aproximadamente cuatro años antes.

## P90 EN BUSCA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES DIABÉTICOS. ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR MEDIANTE LA FÓRMULA DE COCKROFT

S. Alcalde López, A. Martínez Manero, F. Sangros González, E. Vieira Lista, A. Martínez Gilaberte y J. Millaruelo Trillo

CS Torrero La Paz. Zaragoza. Aragón.  
Correo electrónico: fsangrusg@papps.org

**Objetivos:** Se considera que un filtrado glomerular (FG) menor de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> representa la pérdida de la mitad de la función renal. Si persiste más de tres meses es indicativo de enfermedad renal crónica. Es un factor de riesgo cardiovascular mayor. Se estudia el FG de los pacientes diabéticos (DM) menores de 65 años, mediante la fórmula de Cockcroft.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Observacional, descriptivo, transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* Muestra aleatoria, estratificada por edad y sexo de 183 diabéticos (117 varones y 66 mujeres) representativa de todos los diabéticos conocidos menores de 65 años en el centro de salud. *Mediciones e intervenciones:* Las variables de estudio: edad, sexo, peso, creatinina y filtrado glomerular (fórmula Cockcroft Gault)

**Resultados:** La media del FG de la muestra fue de 104,34 ml/min (de: 33,63). El FG fue mayor en varones: 106,46 (de: 34,23) que en mujeres: 99,28 (de: 33,94).

Se detectaron 9 pacientes ( $4,91\% \pm 3,13\%$ ) con  $FG < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ : 5 varones ( $4,27\% \pm 3,66$ ) y 4 mujeres ( $6,06\% \pm 7,5$ ). En estos pacientes la creatinina varió entre 1 y 2,7 mgr/dl. En dos casos la creatinina era normal: 1 mgr/ml.

**Conclusiones:** El cálculo del FG mediante la fórmula de Cockcroft nos ayuda a detectar pacientes con enfermedad renal, algunos con creatinina normal.

## P91 INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL EN DIABÉTICOS TIPO 2 DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

I. Gallardo García, S. Sirvent Castro, O. Fernández Martínez,  
B. García del Río García, C. Hidalgo Cabrera y E. Burgos Garrido

CS Almanjajar. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: lile@supercable.es

**Objetivos:** Revisar protocolos sobre seguimiento de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) desde Atención Primaria. Conocer grado de cumplimiento de éstos.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Diabéticos Tipo 2 de un centro de salud. *Mediciones e intervenciones:* Cuestionario que recoge variables sociodemográficas, antecedentes personales, evolución de la enfermedad, frecuencia con la que se determinan determinados pruebas complementarias. Análisis de asociación mediante Test Chi cuadrado, test exacto de Fischer, T-student y ANOVA.

**Resultados:** 200 casos, 63% mujeres. 41,5% > 71 años. 61,5% presentan hipertensión arterial, 31% dislipemia, 21% Hemoglobina glicosilada (HbA1c) entre 8-10%, 23% tensión arterial sistólica menor 130 mmHg. Determinación HbA1c anual 57,5%. Derivación para fondo ojo anual 23,3%. Vacunación Antigripal anual 48%. Indicadores de Calidad: Índice de Atención (sumatoria de: Frecuencia medición tensión arteria, Frecuencia determinación HbA1c, Frecuencia determinación Colesterol total, Frecuencia determinación microalbuminuria, Realización anual fondo ojo, Exploración anual pie diabético, Vacuna anual antigripal, Toma Ácido Acetilsalicílico) Rangos: 1.bajo nivel atención (85,5%), 2. moderado nivel (14,5%). Índice Atención Anual (misma sumatoria pero punto de corte de frecuencia determinación HbA1c y Colesterol es anual, siendo anteriormente semestral) Resultados: 1. bajo nivel: 56,5%; 2. moderado: 42%3.; bueno: 1,5%. Índice THCM (frecuencia determinación TA, frecuencia determinación HbA1c, frecuencia determinación colesterol, frecuencia determinación microalbuminuria, variables de fácil y barata solicitud desde atención primaria) Resultados: 0 variables 15,5%; 1 variable 17%; 2 variables 21%; 3 variables 28,5%; 4 variables 18%.

**Conclusiones:** La atención y seguimiento del paciente diabético tipo 2 es susceptible de mejoría. Según los estándares establecidos solo el 1,5% de pacientes alcanzan el óptimo de atención. Habría que valorar disponibilidad de tiempo y recursos con los que contamos en la consulta para llevar a cabo de forma ortodoxa los protocolos

## P92 PIE DIABÉTICO, DETECCIÓN Y CATEGORÍA DE RIESGO

M. Ivars Lleó, A. Altaba Barceló, J. Llusà Arboix, B. Benito Badorrey,  
M. Martínez y E. Muñoz Mata

El Gorg, ABS Badalona 4. Badalona. Cataluña.  
Correo electrónico: marta\_ivars@hotmail.com

**Objetivos:** 1. Describir los principales factores de riesgo de pie diabético en diabéticos tipo 2. 2. Identificar y clasificar los pacientes con riesgo de lesión según clasificación Gedaps.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Cualquier tipo de visita, una consulta de un ABS durante 6 meses. *Sujetos:* Diabéticos tipo 2 Exclusión: pacientes programados para control diabetes. *Mediciones e intervenciones:* Frecuencias, media, desviación estándar, Test ji-cuadrado. Programa SPSS.

**Resultados:** 73 pacientes (52% varones), edad media: 68 años, 15% fumadores, 30% con diabetes > 10 años de evolución. 12% con nefropatía, 12% con retinopatía. 64% tenían glicada <7% y un 3% con glicada de >10%. El 15% vasculopatía periférica. El 2,7% presentaba antecedentes de amputaciones, el 5,5% de úlceras. El 82% sin control por podólogo. Estado de piel incorrecto en 74%, de uñas en 65%. Higiene inadecuada en el 40%. El 51% presentaban deformidades óseas y 43% alteraciones

biomecánicas. 1% de úlceras en pie. El 11% presentaban alteración de sensibilidad al monofilamento. El 13% eran dependientes para autocuidado, 11% aislamiento familiar, calzado adecuado en 80% y calcetín en 60%. El 9% de pies con categoría de riesgo 1, y riesgo 2, el 7%.

**Conclusiones:** El estado de la piel, uñas e higiene, así como deformidades óseas y alteraciones biomecánicas son factores de riesgo a intervenir en atención primaria.

La mayoría de pacientes, utilizan tipo de calzado y calcetín correctos.

Nuestros pacientes diabéticos acuden poco al podólogo.

La mayoría de pacientes tienen una categoría de riesgo 1 para pie diabético.

## P93 ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN DEL CONSUMO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABÉTICOS

B. de Pedro Elvira, S. González Martínez, E. González Plaza,  
E. Jordan Trias, J. Sotoca Mombona y L. Alemany Vilches

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: sgonzama@clinic.ub.es

**Objetivos:** Evaluar la adecuación de los autoanálisis de glucemia capilar (AGC) según el tratamiento prescrito en pacientes diabéticos atendidos en un centro de atención primaria (CAP) urbano.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Pacientes atendidos en un CAP con una población asignada de 30838 pacientes (Abril 2006). *Sujetos:* Revisión del total de la población diabética activa. *Mediciones e intervenciones:* Variables estudiadas: edad, sexo, tratamiento hipoglucemiante y AGC realizados.

**Resultados:** El total de pacientes estudiados es 1444, correspondiente a la población diabética activa. La media de edad es de 68,4 años (DE: 13,9), con una proporción de mujeres del 44,7%. El 54,1% recibe tratamiento con antidiabéticos orales (ADOs), el 5,5% ADOs en combinación con insulina, el 12,8% insulina y el 27,6% dieta y ejercicio. El 36,1% realiza AGC. El 25,6% del total de diabéticos realiza de forma inadecuada los AGC. de éstos el 22,4% realizan AGC no estando indicados (pacientes bajo tratamiento sólo con dieta/ejercicio y/o con ADOs no secretagogos). El 77,6% restante no realizan AGC estando indicados (tratamiento ADOs secretagogos en terapia única o combinada y/o insulina).

**Conclusiones:** Una proporción importante de diabéticos realiza de forma inadecuada AGC. Estos datos indican la necesidad de realizar una intervención por parte del equipo de salud, implantando un nuevo modelo de dispensación de tiras reactivas para optimizar recursos e impartir a los pacientes una educación diabetológica de calidad y así de esta manera adquirir mejor manejo de su enfermedad.

## P94 CONSUMO DE TIRAS REACTIVAS PARA AUTOCONTROLES DE GLICEMIA CAPILAR: ¿SEGUIMOS GASTANDO "LA TIRA"?

C. Alós Manrique, L. Arpal Sagristà, B. Barriga Ubed, L. Gallego Álvarez,  
A. Jiménez Lozano y C. Rodríguez Riera

ABS Guineueta. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 32771cam@comb.es

**Objetivos:** Conocer la población consumidora de tiras reactivas para autoanálisis de glicemia capilar (AGC).

Observar la repercusión de la informatización en el consumo de tiras y el seguimiento de las recomendaciones de la guía del Institut Català de la Salut.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de salud (CS) urbano. *Sujetos:* Pacientes que realizan AGC por diagnóstico de diabetes mellitus (DM). *Mediciones e intervenciones:* Inicio de informatización de la historia clínica: enero de 2005. Las variables se recogen mediante revisión de: fichas de registro de dispensación de tiras e historia clínica, en dos periodos (1/1/04-31/12/04 y 1/5/05-30/4/06), excluyendo el primer cuatrimestre de 2005 por inicio de informatización.

**Resultados:** Presupuesto asignado al CS para tiras reactivas: 100.000 euros. Total pacientes: 689. 49,6% mujeres. Edad media: 67,9 años. 89,1% DM tipo 2, 9,6% DM tipo 1 y 1,3% otras DM. Tratamiento (en 2004 y 2005, respectivamente): insulina (sola o en combinación con antidiabéticos orales (ADO)): 40,3% y 43,8%; secretagogos (solos o en combinación con otros ADO): 43,2% y 45,3%; sólo no secretagogos: 8,6% y 7,8%; só-

lo dieta: 2,8% y 2,5%. El número de controles/semana (9,6 vs. 8,4;  $p < 0,001$ ) y el de envases/paciente-año (6,4 vs. 6;  $p = 0,047$ ) han disminuido significativamente. El seguimiento de las recomendaciones de la guía ha aumentado de un 46%, en 2004, a un 65,5%, en 2005 ( $p < 0,001$ ). En 2005, el 54,7% de los pacientes se visitaron con el endocrinólogo, y éstos siguieron menos la recomendación que los controlados únicamente en el CS (57,4% vs. 75,1%;  $p < 0,001$ ), mientras en el 2004 no existían diferencias.

**Conclusiones:** La informatización ha ayudado a seguir las recomendaciones de la guía de AGC, y esto ha implicado una disminución del gasto.

Los pacientes controlados por el endocrinólogo siguen menos dichas recomendaciones.

## P95 EVALUACIÓN DE LA FASE I DE UN PROGRAMA DE TELEOFALMOLOGÍA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

J. Blanquer Gregori, P. Valencia Valencia, I. Montiel Higuero, M. Moya Moya y E. Medina Ferer

Unidad de Calidad y Formación, Dirección de AP Departamento 19. Alicante. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: aranhd@ono.com

**Objetivos:** Evaluar el nivel de utilización, e índice de concordancia (fase I) del programa de cribado de Retinopatía Diabética (RD), mediante la realización de una exploración oftalmológica con el método de fotografía de fondo ocular con cámara de retina no midriática (Ffo-CNM),

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Observacional descriptivo, análisis de concordancia. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* 62 pacientes diabéticos remitidos desde 10 Centros de Salud, durante los primeros 4 meses de su implantación. *Mediciones e intervenciones:* Aplicación de la teleofthalmología y la citación online desde Atención Primaria para el cribado de la RD, mediante Ffo-CNM y remisión de las imágenes una vez valoradas desde Atención Primaria al Oftalmólogo de Referencia. Evaluación de indicadores.

**Resultados:** Con la aplicación del método de la Ffo-CNM la prevalencia de RD detectada es del 8%; Fondo de ojo normal (bilateral): 91%; RD de fondo sin maculopatía: 3; FD de fondo con maculopatía: 1; RD preproliferativa y 1. El fondo de ojo no fue visible en un 2% de los pacientes principalmente por opacidad de medios. Los resultados de utilización y cobertura del programa han sido muy bajos (31%). El Índice Kappa obtenido ha sido del 98%.

**Conclusiones:** La utilización de la Ffo-CNM facilitaría la exploración oftalmológica en la población diabética debido a la sencillez de la técnica, pero pese a un alto nivel de concordancia diagnóstica conseguido, este servicio está siendo infrutilizado por los profesionales de atención primaria, aspecto que está siendo evaluado para resolver las debilidades y conseguir un aumento de utilización del servicio en la fase II del proyecto.

## P96 EVALUACIÓN DE LA MICROALBUMINURIA EN DIABÉTICOS TIPO 2 SEGUIDOS EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Martínez de la Iglesia, E. Muñoz Romero, L. Jiménez de Gracia, J. Hernández García, M. Vega Romero y T. Calero Rojas

Unidad Clínica de AP de Occidente. Córdoba. Andalucía.  
Correo electrónico: med015678@saludalia.com

**Objetivos:** Establecer la prevalencia de microalbuminuria (MA) en diabéticos tipo 2 y su relación con antecedentes de riesgo y control de diabetes.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Observacional descriptivo. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* Diabéticos tipo 2 ( $N = 552$ ). Se seleccionaron 204 mediante muestreo aleatorio simple ( $\alpha = 0,95$ , precisión =  $0,06$ ). *Mediciones e intervenciones:* Se recogieron datos epidemiológicos, lesión de órganos diana, tratamiento farmacológico y control de constantes. Se determinaron parámetros analíticos (perfil lipídico, glucemia, hemoglobina glicosilada, filtrado glomerular, etc.). Se determinó la MA en orina de 24 horas, con posterior verificación en una segunda muestra de orina mediante tira reactiva. Se ha considerado presencia de MA cuando en ambas determinaciones se detectaron niveles entre 30-300 mg de albúmina en orina.

**Resultados:** El 53,4% de pacientes eran varones, con media de edad de 66,5 (DT = 12,2). Se detectó MA en las dos determinaciones en 22,8%. La de MA se relacionó con: sexo masculino, mayor edad ( $p < 0,05$ ), mayores cifras de creatinina ( $p < 0,01$ ), perímetro abdominal ( $p < 0,05$ ), hemoglobina glicosilada ( $p < 0,05$ ), puntuación en la escala de Framingham ( $p < 0,01$ ) y menores cifras de filtrado glomerular ( $p < 0,05$ ) y tensión arterial diastólica ( $p < 0,05$ ). Al realizar el análisis multivariado las variables que mantuvieron su asociación fueron: puntuación de riesgo, niveles de creatinina y tensión arterial diastólica.

**Conclusiones:** La prevalencia de MA es algo menor a la habitual, quizás debido a la dificultad de la recogida de orina de 24 horas. La MA se asocia con mayor riesgo cardiovascular así como con indicadores de lesión renal.

## P97 EVALUACIÓN DEL RIEGO DE ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

N. Parals Suñé, D. Gutiérrez Valverde, C. Castro López, A. Villalba Mir, R. Saenz Guallar y E. Molinero Herguera

CS Alcañiz. Alcañiz. Aragón.  
Correo electrónico: nuriparals@terra.es

**Objetivos:** Contrastar la hipótesis de que existe aumento de riesgo de padecer una enfermedad coronaria en pacientes que cumplen criterios de síndrome metabólico según la ATP-III.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio de casos-controles.

*Duración de la recogida de los datos:* 2 años.

*Variables de apareamiento entre los casos y los controles:* edad, sexo y tabaquismo.

Para el diagnóstico de síndrome metabólico se utilizan los criterios de la ATP-III. Deben cumplirse 3 de los siguiente criterios: Obesidad abdominal  $> 102$  cm en hombres y  $> 88$  en mujeres, Triglicéridos  $> 150$  mg/dl, c-HDL  $< 40$  mg/dl en hombres y  $< 50$  mg/dl en mujeres, Presión arterial  $> 130/85$  mmHg, Glucemia en ayunas  $> 110$  mg/dl.

*Variables a estudio:* los ítems del síndrome metabólico. *Ámbito de estudio:*

Consultas externas de Cardiología y consulta de Atención Primaria. *Sujetos:* Los casos son pacientes que acudieron a la consulta de cardiología por haber padecido cardiopatía isquémica en los últimos dos meses. Los controles son pacientes que acudieron a la consulta de atención primaria por cualquier motivo. Se excluían los que habían padecido cardiopatía isquémica anterior. *Mediciones e intervenciones:* Análisis estadístico mediante odds-ratio.

**Resultados:** Se obtuvieron 148 casos recogidos luego 148 controles. En los controles había 32 pacientes que reunían criterios de síndrome metabólico (21,6%) y en los casos 68 (45,9%). Odds-ratio: 3,08, con un IC entre 1,8-5,1 (nivel de confianza del 95%). El poder estadístico de la prueba para la población estudiada ( $N = 148$ ) es de 99,80.

**Conclusiones:** Los pacientes que reúnen los criterios de síndrome metabólico tienen un riesgo 3 veces superior de tener una enfermedad coronaria frente a los que no reúnen criterios de síndrome metabólico.

## P98 GOTA: EXCELENTE EXPRESIÓN DE SÍNDROME METABÓLICO

J. Gómez Castaño, J. Cantero Carbonero, J. Almela y M. Buitrago

Grupo de Trabajo Cardiovascular de Cieza. CS de Cieza. Cieza. Murcia.  
Correo electrónico: jbasiliogc@yahoo.es

**Objetivos:** Conocer el nivel de asociación ó grado de vinculación entre la gota y el síndrome metabólico (SM).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo y transversal a nivel de atención primaria. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Sobre un cupo poblacional de 1450 pacientes, con historias clínicas toda vía no informatizadas, por lo que la información se ha obtenido por recopilación de datos durante los últimos 10 años. Existía el diagnóstico de gota registrado en la historia y se aplicaba la definición de síndrome metabólico según NCEP-ATP III. *Mediciones e intervenciones:* Por ello, se midieron cintura, IMC, tensión arterial, analítica completa con perfiles glucémico, lipídico, renal, hepático y fibrinógeno.

**Resultados:** Identificamos 33 pacientes con gota (28 con podagra), de los cuales 26 son varones (4 de cada 5) y 7 mujeres (1 de cada 5). Edad: superan los 50 años un 90% de gotosos. Presentaban síndrome metabólico 27 pacientes (82% ó 4 de cada 5). Todas las mujeres gotosas presentaban SM (7 de 7) porque todas eran hipertensas, dislipidémicas y con cintura superior a 88. El SM era menor en los varones: 20 de 26 (3 de 4).

**Conclusiones:** La gota es un magnífico indicador ó identificador de SM sobre todo en la mujer (100%) y también, pero menos, en el varón (77%).

## P99 SÍNDROME METABÓLICO EN DIABÉTICOS: INMIGRANTES INDOSTANIS FRENTE AUTÓCTONOS

A. Gil Santiago, J. Canadell Rusiñol, I. Ruiz Tamayo, A. García Leunda, M. Pitarch Segura y J. Morató Grieria

CAP Raval Sud. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: ayozezs@yahoo.es

**Objetivos:** Estimar la prevalencia del Síndrome Metabólico (SM) en pacientes con DM tipo 2 (DM2): inmigrantes indostanis frente autóctonos; según los criterios diagnósticos NCEP (Programa Nacional Educación Colesterol) e IDF (Federación Internacional Diabetes).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal en dos grupos, estratificados por edad y sexo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. Barrio urbano con alta tasa de inmigración (>50%). *Sujetos:* Pacientes con DM2: inmigrantes indostanis (Pakistán, India y Bangladesh) frente autóctonos. *Mediciones e intervenciones:* Criterios NCEP e IDF, basados en puntos de corte del perímetro cintura, presión arterial (PA), glucemia y lípidos. Cálculo del riesgo coronario según Framingham-91.

**Resultados:** 130 casos con DM2, edad media de 53,5 ± 10 años, 75,4% hombres. Indostanis (n = 65): promedio cintura 97,94 cm (hombres), 96,83 (mujeres), IMC 27,27. Autóctonos (n = 65): cintura 102,7(hombres), 100 (mujeres), IMC 29,15. La prevalencia del SM en indostanis fue 76,9% (IC: 66,7-87,2; criterios NCEP), o 78,5% (IC: 68,5-88,5; criterios IDF) mientras que en autóctonos fue 72,3% (IC: 61,4-83,2; criterios NCEP) o 81,5% (IC = 72,1-90,9; criterios IDF). El porcentaje de casos concordantes entre los dos criterios fue 86,1% en indostanis y 78,5% en autóctonos (kappa: 0,60 y 0,40 respectivamente). Utilizando criterios NCEP, el riesgo coronario del grupo indostanis con SM fue superior al grupo indostanis sin SM (26 vs 8) (p<0,001).

**Conclusiones:** Entre el 77% (NCEP) y el 78% (IDF) de diabéticos indostanis, y entre el 72% (NCEP) y el 81% (IDF) de diabéticos autóctonos tienen SM, sin que existan diferencias significativas entre los dos grupos. Mayor concordancia entre criterios NCEP e IDF en indostanis. En cuanto al riesgo coronario sólo encontramos diferencias significativas (SM vs no-SM) en los indostanis con los criterios NCEP.

## P100 SÍNDROME METABÓLICO EN ANCIANOS

P. Hernández Estévez, M. González Freire, M. Acuña Bannasar, M. Díez Cardellach y B. Cejas-Fuentes Padron

CS Laguna Geneto; CS Taco. La Laguna, Tenerife. Islas Canarias.  
Correo electrónico: pmhstevez@tiscali.es

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de Síndrome Metabólico en ancianos.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Dos Centros de Salud con población mixta urbana-suburbana. *Sujetos:* Individuos de 65 años o más a 31 diciembre 2005 pertenecientes a 5 cupos Médicos. *Mediciones e intervenciones:* Los datos se obtuvieron por la revisión de las historias clínicas. Los criterios utilizados para el diagnóstico de SM fueron de la OMS-1999 (no incluyendo prueba HOMA) y NCEP-ATPIII 2001 (Sundstrom J et al. BMJ, 2006). Los datos se describen en porcentajes y se utilizó el Test X2 para comparar proporciones (significación estadística p<0,05).

**Resultados:** del total de 1108 se excluyeron 83 por ausencia de historia clínica o falta de datos. El total de incluidos fue de 1025 (92,5%), 579 mujeres (56,5%) y 446 hombres (43,5%), con una edad media 74,25 años. La Prevalencia de Hipertensión arterial (HTA) fue del 68,8% (mujeres 74,2%, mayor que en hombres (61,6%) p<0,0001) y de Diabetes Mellitus (DM) del 31,7% (sin diferencias entre sexos).

La prevalencia de SM según criterios NCEP-ATPIII fue del 50,3% (mujeres (56,1%) mayor que hombres (42,8%) p<0,0001), y OMS el 32,78% (mujeres (35,7%) mayor que hombres (28,9%) p<0,0001).

En hipertensos la prevalencia de SM fue del 62,2% según NCEP-ATPIII y 42,2% según OMS. En diabéticos el SM se presentó en 84,6% según NCEP-ATPIII y 80% según OMS. La CI es mas frecuente en el SM (significativa (p = 0,018) para NCEP-ATPIII, pero no para OMS p = 0,07).

**Conclusiones:** La presencia de SM es alta en nuestra población de ancianos, mayor en diabéticos, con diferencias según los criterios usados.

## P101 PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ESPAÑA

A. Rodríguez, P. Polavieja, R. García, A. Cobo, J. Reviriego y A. Carreño

Lilly Sa; Health Outcomes Research Europe. Madrid, Barcelona. Madrid, Cataluña.  
Correo electrónico: ehernandez@hor-europe.com

**Objetivos:** Conocer, según los criterios diagnósticos empleados, la prevalencia del Síndrome Metabólico (SM) en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) que acuden a consultas de atención primaria (AP) y/o medicina interna (MI) en España.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio epidemiológico, transversal, naturalístico y multicéntrico. Período de inclusión y recogida de información de 3 meses. *Ámbito de estudio:* Consultas ambulatorias de AP y MI de España. *Sujetos:* Adultos con diagnóstico de DM2 según los criterios de la American Diabetes Association. *Mediciones e intervenciones:* Variable principal: presencia de diagnóstico de SM según criterios de la OMS, la NCEP-ATPIII y la IDF. Se registraron variables sociodemográficas y clínicas (IMC, perímetro abdominal, tensión arterial, bioquímica, grado de control, tratamientos y presencia de enfermedades cardiovasculares y patología concomitante).

**Resultados:** Participaron en el estudio un total de 1.259 pacientes ambulatorios diabéticos. La media (DE) de edad fue de 64,7 (10,7) años y el 57,1% eran varones. El 92,1% de los pacientes incluidos presentaban obesidad. El tiempo medio (DE) de evolución de su DM2 era de 6,9 (7,4) años. Un 75,9% de los pacientes seguían tratamiento con antidiabéticos orales solos o en combinación y un 20,1% tratamiento con insulina sola o en combinación. La prevalencia de SM en pacientes con DM2 según los criterios de la OMS fue del 71,5% (IC95%: 68,6%-74,2%), según la NCEP-ATPIII del 78,2% (IC95%: 75,9%-80,6%) y según la IDF del 89,5% (IC95%: 87,8%-91,2%).

**Conclusiones:** La prevalencia de SM entre los pacientes con diagnóstico de DM2 en España es elevada. La aplicación de los criterios diagnósticos de la IDF, por ser menos rígidos, sobrestima la prevalencia de SM.

## P102 SÍNDROME METABÓLICO EN ÁREA GEOGRÁFICA DE ALTA MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR

M. Luque Barea, E. Guíja Villa, M. Coco Alonso, A. Madueño Caro, J. Pécilo Carrasco y V. Barchilón Cohen

CS La Laguna. Cádiz. Andalucía.  
Correo electrónico: cholyluke@hotmail.com

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de síndrome metabólico en población general de área con alta mortalidad cardiovascular.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo, transversal. 208 sujetos. Muestreo aleatorio simple. Prevalencia esperada 21%, nivel de confianza 95% y error estimado = 5,5%. *Ámbito de estudio:* Cuatro poblaciones de ámbito urbano de la Bahía de Cádiz. *Sujetos:* Población a estudio 217.495 personas; edades comprendidas entre 20 y 70 años. *Mediciones e intervenciones:* Para diagnosticar síndrome metabólico, se siguen criterios del programa para la detección de hipercolesterolemia en adultos (ATP III). Registrados datos antropométricos, sociodemográficos y bioquímicos.

**Resultados:** Tasa de respuesta del 66,7%. Edad media 46,1(DE 12,7). El 51,3% de la muestra son mujeres. La prevalencia global del síndrome metabólico es del 24,5% (IC 95% 18,7-30,3). La prevalencia en varones es del 34,8% (IC 95% 25,1-44,5), y en mujeres del 19,6% (IC 95% 11,7-27,5). El criterio circunferencia abdominal fue el más frecuentemente se asoció al diagnóstico (44,7%). Se encontraron cifras elevadas de presión arterial en el 39,9% de los sujetos a estudio, y cifras de glucemia basal por encima de 110 mg/dls en el 23,1%. La prevalencia del síndrome metabólico es mayor en el varón y se incrementa con la edad de forma significativa.

**Conclusiones:** La prevalencia de síndrome metabólico en la zona a estudio es elevada y similar a las encontradas en la bibliografía. Es necesario priorizar la prevención cardiovascular en estos sujetos dado su mayor riesgo cardiovascular.



## P103 PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN DIABÉTICOS TIPO 2: ¿INFLUYE EL MÉTODO DIAGNÓSTICO UTILIZADO?

P. Alcántara Muñoz, M. López Piñera, J. Menárguez Puche, J. Hernández Soler, A. Hernández Torrano y A. Nieto Fernández-Pacheco

CS Molina-La Ribera. Molina de Segura. Murcia.

Correo electrónico: palcantaram@papps.org

**Objetivos:** Comparar la prevalencia del síndrome metabólico (SM) y de sus criterios en los diabéticos tipo 2 (DM2) de nuestro Centro de Atención Primaria (CAP), según normas del Adult Treatment Panel III (ATP-III) y de la International Federation Diabetes (IFD). Conocer su riesgo cardiovascular (RCV).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo y retrospectivo (serie de casos). *Ámbito de estudio:* Centro de Salud. *Sujetos:* Se identificaron 175 pacientes con DM2 mediante aplicación informática con código CIAP T90 hasta diciembre 2005. El diagnóstico de SM se realizó según los criterios del ATP-III y de la IFD. Se calculó el RCV con método SCORE. *Mediciones e intervenciones:* Variables analizadas: edad, género, antecedentes personales de factores de riesgo, IMC, circunferencia abdominal (CA), Presión arterial (PA), glucemia plasmática basal, colesterol, HDLc, triglicéridos, valoración del RCV mediante SCORE. Los estudios estadísticos realizados fueron: estudios descriptivos, T student, X2.

**Resultados:** La prevalencia de SM en nuestros DM2 fue del 84,6% según ATP-III y del 90,9% según IFD. La prevalencia de los criterios de SM fueron para ATP-III e IFD respectivamente: obesidad abdominal 80,8% y 94,2% ( $p<0,001$ ). PA: 90,1% en ambas, HDLc: 35,1% y 71,3% ( $p<0,001$ ), triglicéridos: 49,7% y 74,9% ( $p<0,001$ ). Según la IFD, el porcentaje de pacientes que cumple los 5 criterios fue 48,6% frente al 13,7% del ATP-III. El 10,6% de nuestros diabéticos presentó un umbral de RCV superior al 5%.

**Conclusiones:** Se confirma la alta prevalencia de SM con ambos métodos en nuestros diabéticos, siendo significativamente mayor con normas IFD. Los criterios que más influyen en la diferente prevalencia de ambos métodos son obesidad abdominal, HDLc y triglicéridos.

## Gestión atención y calidad asistencial

### P165 ACSC ¿UN INDICADOR DE ACTIVIDAD PARA ATENCIÓN PRIMARIA?

R. González Espadas, F. Silvestre Pascual, A. Dasí Arce, C. Pérez Cervellera, J. Gallud Romero y V. Suberviola Collados

CS República Argentina; Hospital Sagunto; Hospital Clínico Valencia. Valencia, Sagunto. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: r.gonzalez2@ozu.es

**Objetivos:** Conocer mediante los ACSC (Ambulatory Care Sensitive Conditions) los pacientes susceptibles de atención domiciliaria y las hospitalizaciones potencialmente evitables

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Observacional retrospectivo. *Ámbito de estudio:* comunidad-autónoma. *Sujetos:* Pacientes dados de alta de un hospital. *Mediciones e intervenciones:* ACSC: Son condiciones sensibles de tratamiento ambulatorio, constituyen un indicador de capacidad de resolución ambulatoria. Los ACSC identifican (mediante CIE9-MC) hospitalizaciones, cuyo ingreso necesario, podría haberse evitado si hubiesen sido prevenidos y controlados adecuadamente. Las patologías ACSC más frecuentes son: diabetes, enfermedad cardiovascular hipertensiva, insuficiencia cardíaca, neumonía, infecciones urinarias, úlcera gástrica. un proyecto de investigación coordinado entre varias comunidades, financiado por el ISCIII se validó, tanto externa como internamente el indicador para su aplicación en España. Se realizó un estudio en una comunidad autónoma de las altas del CMBD-AH de los últimos seis años.

**Resultados:** En un área: 46.066 diagnósticos (11.859 pacientes) de estos 25,01% son ACSC. de 1447 pacientes con cita en atención primaria y alta hospitalaria 428 tenían un diagnóstico de ACSC (29,5%). Tasa anual de altas ACSC, en la Comunidad entre 50,55 y 67,10 por 10.000h. 31.200 ingresos que consumen 218.400 estancias, con una estancia media de 7 días.

**Conclusiones:** Los ACSC obtenidos a partir del CMBD de alta hospitalaria posibilitan el conocimiento de las bolsas de pacientes que ingresan de forma reiterada por un inadecuado seguimiento. La continuidad de cuidados es función tradicionalmente asignada a Atención Primaria cuya efectividad en estos pacientes es cuestionada. La atención domiciliaria de primaria y especializada puede ser la estructura que gestione el seguimiento de pacientes con patologías crónicas cuyo mejor lugar terapéutico es el domicilio.

### P166 CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE DESPLAZADO EN SU CONSULTA ESPECÍFICA

M. Sánchez de Las Matas Garre, R. Aguilar Hernández, A. Muñoz Ureña, L. Quesada Vidal, R. Requena Ferrer y E. López Arias

CS Costa Cálida. La Manga. Murcia.

Correo electrónico: mjsmatas@um.es

**Objetivos:** Definir el perfil del paciente desplazado de su residencia habitual, que demanda asistencia en una zona básica de salud de alta incidencia turística.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo longitudinal. *Ámbito de estudio:* Zona Básica de Salud de alta incidencia turística. Pacientes desplazados de su zona de salud. *Sujetos:* 1030 pacientes que solicitan consulta en un mes. *Mediciones e intervenciones:* Medidas descriptivas y frecuencias para variables edad, género, residencia, motivo de consulta..., X2 para variables cualitativas.

**Resultados:** Edad mayor de 50 años 84,5%. Estancia 47,6% permanecen 1 a 15 días. El 32% pasan más de un mes. Motivo de consulta más frecuente renovar tratamiento crónico 60,7%. 92,3% de los pacientes que renovaron tratamiento crónico mayores de 50 años y 71,9% de pacientes que acuden por otro motivo menores de 20 años ( $p<0,0001$ ). Permanencia y edad 92,7% de los que permanecen más de 180 días mayores de 50 años ( $p<0,0001$ ). 36,7% de los que permanecen más de 180 días extrajeros ( $p<0,0001$ ). Tiempo de estancia y número de recetas de crónico y pensionista, los que retiran más de 6 recetas 52,2% permanecen menos de 30 días en nuestra zona y de los que están más de 180 días retiran más de 6 recetas 16,7% ( $p<0,0001$ ).

**Conclusiones:** El paciente desplazado es mayor de 50 años, su motivo de consulta es renovar tratamiento crónico y los que permanecen menos tiempo retiran más de 6 recetas. Debemos mejorar la gestión de la consulta de desplazados.

### P167 SOLICITUD DE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

R. de Dios del Valle, L. López Aranaga, A. Espinel Suárez, E. González Díaz, M. Abdel-Muhsen Jaradat y F. Ariza Hevia

Área Sanitaria I; CS Vegadeo; Hospital de Jario. Jario-Coaña. Asturias.

Correo electrónico: ricardo.dedios@spsa.princast.es

**Objetivos:** Evaluar la adecuación al protocolo de la solicitud de TAC craneal desde los centros de salud

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo Transversal. *Ámbito de estudio:* Área Sanitaria. *Sujetos:* Solicitudes de TAC desde Atención Primaria del 1/01/2005-30/04/2006. *Mediciones e intervenciones:* Variables: año, centro, adecuación a la indicación, criterio, prioridad, calidad de la petición (anamnesis, exploración...), resultado, derivación, demora. Análisis estadístico: se describen las cualitativas con distribución de frecuencias y cuantitativas con media y desviación estándar. Nivel de significación del 95%. Bivariante: chi cuadrado, t de student

**Resultados:** 29 solicitudes. 63,6% de los equipos solicitaron TAC. La tasa por mil habitantes de solicitudes oscila según el equipo de 0,24 a 2,35. 62,1% (IC95%: 42,7-81,5) de las solicitudes se adecuan a los criterios. El más frecuente: cefalea asociada a disfunción neurológica (38,9%; IC95%: 17,3-64,3). 31% (IC95%: 12,5-49,6) son preferentes. La adecuación de la prioridad fue 65,5% (IC95%: 46,5-84,6). 58,6% (IC95%: 39-78,3) de las solicitudes no aparece el diagnóstico, 65,5% (IC95%: 46,5-84,6) la exploración neurológica. En un 10,3% (IC95%: 2,2-27,4) se encontró patología. 70,8% (IC95%: 48,9-87,4) no se deriva al Hospital tras el resultado del TAC. de las derivaciones un 80% se resuelven en una consulta no siendo preciso realizar más pruebas. La demora media: 65 días (IC95%: 11,86-118,14), 65,75 para las normales y 18,33 para preferentes ( $p<0,001$ ). Se relaciona la adecuación con la existencia de anamnesis ( $p<0,014$ ), exploración neurológica ( $p<0,044$ ), petición no en OMI ( $p<0,044$ ).

**Conclusiones:** Poder solicitar esta prueba a mejorado la capacidad resolutoria de AP reduciendo las derivaciones. Existe oportunidades de mejorar la adecuación de la indicación, prioridad y calidad de la solicitud. Se observa la relación entre indicación inadecuada y inexistencia en la solicitud de exploración, diagnóstico de sospecha... parece necesario priorizar la formación neurológica.

## P168 EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA DEL CONTROL PRESUPUESTARIO DE GASTOS CORRIENTES Y SERVICIOS DESDE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

R. de Dios del Valle, J. Pérez Valdés, J. Picos Rodríguez, A. Fierro Campayo, F. Floriano Fernández e I. Sobrino Herrero

Gerencia del Área Sanitaria I de Asturias. Jarrio-coaña. Asturias.  
Correo electrónico: ricardo.dedios@sespa.princast.es

**Objetivos:** Evaluar la efectividad del proyecto de mejora del control presupuestario de Gastos corrientes en Bienes y Servicios en el Área Sanitaria.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Área Sanitaria. *Sujetos:* Equipos de Atención Primaria. *Mediciones e intervenciones:* Se realizan tres cortes en Junio de 2002, 2003 y 2004. La variable estudiada es el gasto acumulado en los artículos indicados. En Junio de 2003 se comienza a implantar el nuevo sistema de información sobre gasto en bienes corrientes, especificando el gasto por equipo en aquellos artículos cuyo control depende del mismo. Se indicaba una comparación con el resto de equipos y un indicador para poder compararse que era el gasto por 1000 tarjetas sanitarias. Las variables cualitativas se describen con distribución porcentual de frecuencias.

**Resultados:** Un 81,8% (IC95%: 51,7-96,8) incrementaron el gasto del 2002 al 2003 (antes de iniciar el proyecto). Tras un año de implantación se observa que el 100% de los equipos de atención primaria redujeron el gasto respecto al 2003 (IC95%: 765-100) y 8 respecto al 2002 (72,7%; IC95%: 42,2-92,5). La media de gasto del área ajustada por población se redujo en un 28,75% del 2002 al 2004. Se paso de un gasto total de 36.883,41 euros en el 2002, a 41.980,02 euros en 2003 y en 2004 (tras un año de implantación) 29.461,36 euros.

**Conclusiones:** El programa ha demostrado que es posible implicar a los profesionales clínicos en la gestión logrando con ello un uso racional de los recursos existentes y por tanto una mayor eficiencia. Para ello es indispensable medir y disponer de información pertinente.

## P169 DISCÚLPEME UN MOMENTO: INTERRUPTIONES EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA

A. Llompart Cerdá, F. Bestard Reus y M. Salamanca Seguí

CS de Son Gotleu. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: allompart@hsl.es

**Objetivos:** 1. Estimar la frecuencia de interrupciones en consulta y tipos. 2. Conocer la opinión de usuarios sobre las interrupciones.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivos. Primer objetivo: observación y registro en consulta. Segundo: entrevistas a usuarios en sala de espera. *Ámbito de estudio:* Centro docente, urbano, barrio obrero, 23.000 adscritos. *Sujetos:* 1. Consulta: pase de visita en un día; muestra de 48 consultas (4 días, 12 médicos de familia, 1.900 visitas aproximadamente). 2. Usuarios > 18 años; muestra estimada en 289 según porcentaje esperado (25%) que refiera interrupciones, incrementando un 10% por pérdidas, precisión = 5% y error alfa = 5%. *Mediciones e intervenciones:* 1. Hoja recogida de interrupciones: número, motivo y evitable/inevitable. 2. Cuestionario 13 ítems previa a consulta, repartidos en días, horarios. Valora experiencia y opinión en interrupciones.

**Resultados:** 1. Mediana de 8 interrupciones por consulta (10 de media). Los médicos, a la mitad, las consideraron evitables. Teléfono fijo fue la más frecuente (sólo el 37% sin ninguna llamada inevitable, 56% sin evitables). Ocurren más por las mañanas. 2. 306 entrevistas validas. 49% (intervalo de confianza 95% = 43-55%) no recuerda haber sido interrumpido; entre los 157 que sí: al 76% no les molesta, al 64% no cree que le atiendan peor si hay interrupciones, al 52% le parecen inevitables, el 53% opina que apenas hay, pero la más molesta es la irrupción de otro paciente.

**Conclusiones:** Las interrupciones son muy frecuentes y en buena parte los médicos las consideran evitables, pero sorprende que no creen más disconfort al usuario.

## P170 EVOLUCIÓN CAUSAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

G. Lloréns Ortells, F. Anton García, C. Martínez Torres, C. Pons Aliaga, S. Molina González y M. García Sanchís

CS Fuensanta. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: gabortells@hotmail.com

**Objetivos:** Determinar las características y evolución de las causas de Incapacidad Temporal (IT) durante 16 años en un Centro de Salud.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Consulta de medicina general de un centro de salud urbano. *Sujetos:* 2342 episodios de IT de pacientes de nuestra consulta. *Mediciones e intervenciones:* del registro de IT se obtuvieron datos sobre: sexo, año, mes, días totales y diagnóstico (codificado según CIE-9) de la baja, causa del alta y si tenían más de una IT.

**Resultados:** el 63,2% son hombres y 36,7% mujeres. Duración media: 46,61 días (varones 40,1 días y mujeres 57,9 días (IC 9,2 a 26,5)). El 75% sólo tiene un episodio de IT. Los diagnósticos más frecuentes son: 20,2% Enfermedades Infecciosas, 24,1% Aparato locomotor, 7,8% Sistema nervioso y Órgano de los sentidos y 6,8% Trastornos mentales. Los meses más frecuentes son Noviembre a Febrero. Con los años han aumentado las IT por enfermedades mentales del 5,5% al 10,18% y por causas del aparato locomotor 20,32% al 30,56%, con disminución de las bajas por infecciones del 24,97% al 11,11%, siendo significativas todas las diferencias. Las bajas por neoplasias, alteraciones endocrinas, hemáticas y trastornos mentales son las más largas: 3 a 6 meses.

**Conclusiones:** Las IT en mujeres tienen mayor duración. Las bajas por trastornos mentales se han duplicado y por causa infecciosa han disminuido a la mitad. Globalmente las IT por alteraciones aparato locomotor y trastornos mentales son las más importantes.

## P171 LA GESTIÓN DE LA SALA DE ESPERA. ADECUACIÓN ENTRE TIEMPO ASIGNADO, TIEMPO DE CONSULTA Y TIEMPO DE DEMORA

D. Fierro González, A. Rodríguez Pacios, M. García García, J. López de la Iglesia, J. Villanueva García y F. García-Norro Herreros

CS Condesa. León. Castilla y León.  
Correo electrónico: dfierrog@gmail.com

**Objetivos:** Cuantificar el desfase entre el tiempo estimado y el tiempo real de consulta en nuestro centro de salud.

Calcular el tiempo medio de retraso que el paciente sufre en la sala de espera.

Conocer la valoración del paciente sobre el retraso.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo observacional. *Ámbito de estudio:* Estudio llevado a cabo en un C.S. urbano con cobertura de 26.000 pacientes. *Sujetos:* n = 552 pacientes que acudieron a consulta en 5 días de noviembre y 5 días de febrero seleccionados de manera aleatoria. Se excluyen las consultas administrativas. *Mediciones e intervenciones:* Se midió tiempo de demora en Sala de espera, tiempo real de consulta, causa de la duración excesiva de la consulta (si existió). Se preguntó la opinión respecto al tiempo de retraso en entrar a la consulta y la opinión del tiempo que el médico le dedicó.

**Resultados:** 38,95% varones, edad media 58,31 años (DE 18,9); tiempo estimado de consulta: 7 min; tiempo medio de duración: 7,3 min (DE 5,2); tiempo medio de retraso: 25,2 min (DE 22,9). El 29,35% de consultas sufren retraso por causas ajenas a la misma (9,24% interrupción, 8,7% fallo informático). El 28,99% considera POCO el tiempo de espera; el 39,86% lo considera RAZONABLE, el 14,31% EXCESIVO. El 90,58% de los pacientes considera el tiempo de consulta ADECUADO A SU PATOLOGÍA.

**Conclusiones:** El profesional adapta el tiempo que dedica a cada paciente al tiempo que dispone. El tiempo de retraso que genera es asumido por la gran mayoría como "poco" o "razonable" y los pacientes perciben que reciben una atención adecuada a la patología que presentan.

## P172 ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN ECOGRAFÍA REALIZADA POR MÉDICOS DE FAMILIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

D. Domínguez Tristáncho, P. Suero Villa, C. Martín Gil, L. Díez-Madroneiro Cendrero, M. Santiago Rodríguez y R. Escriba Segura

Servicio Extremeño de Salud. Mérida. Extremadura.  
Correo electrónico: daniel.dominguez@ses.juntaex.es

**Objetivos:** Conocer las características de actividad asistencial de Médicos de familia (MF) que realizan Ecografías en Centros de Salud (CS) a los dos años de iniciada la implantación en Atención Primaria (AP).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo retrospectivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. C.S. *Sujetos:* Total de usuarios de 9 CS con ecógrafo, a los que se les ha realizado al menos una ecografía por alguno de los 13 MF implicados en la implantación de la tecnología entre el 1-1-2006 y el 31-3-2006. *Mediciones e intervenciones:* Número de ecografías, sexo, grupos de edad, tipo de exploración, existencia de hallazgos, características de la derivación

**Resultados:** Se realizaron 652 ecografías, 278 (42,6%) a varones y 374 (57,4%) a mujeres. 39 (6%) ecografías a menores de 14 años, 406 (62,3%) al grupo entre 14 y 65 años y 207 (31,7%) a mayores de 65 años. Según el tipo de ecografía: 428 (65,6%) abdominales, 108 (16,6%) urológicas, 48 (7,4%) ginecológicas, 48 (7,4%) obstétricas, 7 (1,1%) Músculo-Esqueléticas y 13 (2%) de otro tipo. No se encontraron hallazgos en 374 (57,4%), encontrándose algún hallazgo en 275 (42,2%). Se derivaron al Servicio de Radiología 29(4,4%) pacientes, a otros servicios 117(17,9%), sin derivación 506 (77,6%). La media de ecografías realizadas por Medico de Familia fue de 50,15 con rango 17-104 y la media de ecografías por ecógrafo de 72,44 con rango 32-104

**Conclusiones:** El volumen de actividad asistencial es adecuado a los objetivos de implantación con una tasa baja de derivación a Radiología, aumentando las derivaciones directas a otras especialidades.

## P173 ELECTROMIOGRAMA: ¿SOLICITAMOS DEMASIADOS?

D. Ettinghausen, J. Sánchez Rodríguez, C. Villar Concha, G. Barrero López, M. Fraile Martín y E. Carpintero Rubio

ABS Josep Alsina i Bofill. Palafrugell. Girona. Cataluña.  
Correo electrónico: jsanchez@hospal.es

**Objetivos:** 1. Identificar los motivos más frecuentes de petición de electromiogramas en nuestra ABS. 2. Conocer la proporción de electromiogramas con resultado normal y alterado. 3. Valorar el grado de concordancia entre la orientación diagnóstica (OD) y el resultado electromiográfico (RE).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Valoración de todas las peticiones de eletromiografía realizadas en nuestra ABS durante el año 2004 por los trece médicos de Atención Primaria con una población total media aproximada durante el año de 21000 pacientes. *Sujetos:* Se solicitaron 114 electromiogramas. *Mediciones e intervenciones:* 1. Orientación diagnóstica: se obtuvo de la revisión de la propia petición. 2. Resultado de EMG: se obtuvo de la historia clínica.

**Resultados:** 1. Orientación diagnóstica:

- túnel carpiano: 76 (66,6%)
- radiculopatía: 24 (21%)
- polineuropatía: 4 (3,5%)
- parestesias y disestesias no filiadas: 4 (3,5%)
- neuropatía cubital: 2 (1,7%)
- otros (parálisis facial, temblor, ataxia): 4 (3,5%)

2. Hubo una pérdida de 24 (14 no realizados y 10 sin constancia de resultado en la historia clínica). Se analizaron finalmente 90 peticiones con el siguiente resultado:

- alterado: 66 (73,3%)
- normal: 24 (26,7%)

3. Concordancia entre OD y RE:

- túnel carpiano: 75% (45 alterados, 15 normales)
- radiculopatía: 80% (16 alterados, 4 normales)
- polineuropatía: 33,3% (1 alterado, 2 normales)
- parestesias y disestesias no filiadas: 66,6% (2 alterados, 1 normal)
- neuropatía cubital: 0% (1 normal)
- otros: 66,6% (2 alterados, 1 normal)

**Conclusiones:** 1. El 87% de las peticiones fueron realizadas con 2 OD: túnel carpiano y radiculopatía. 2. El 73,3% de electromiogramas presentaban alteración, lo que nos permite justificar su realización. 3. La concordancia entre la OD y el RE es alta cuanto mayor es el número de peticiones. 4. A patologías más frecuentes en Primaria mayor concordancia entre OD y RE.

## P174 UNA EDUCACIÓN SANITARIA PERSONALIZADA EN OTOÑO QUE REDUCE LA DEMANDA DE ATENCIÓN EN INVIERNO

A. Llambès Morera

ABS Numància. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 27316alm@comb.es

**Objetivos:** Valorar la efectividad de una educación sanitaria (ES) personalizada otoñal para reducir las visitas del siguiente invierno.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Ensayo clínico controlado de ES no aleatorizado. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. Centro de Salud urbano. *Sujetos:* Los usuarios de 18-79 años que acudieron a la consulta del médico investigador durante cuatro semanas de otoño: 123 fueron asignados al grupo intervención (GI) y 211 al grupo control (GC). Excluimos 11 pacientes del GI y 10 del GC, obteniendo grupos de 112 y 201 pacientes, respectivamente. *Intervención:* ES adecuada a los conocimientos previos del usuario con contenidos sobre paracetamol, antiinflamatorios, automedicación en infección respiratoria aguda (IRA), sobredosis, infradosis, recordar la conveniencia de acudir a los servicios de salud en caso de síntomas persistentes o anormales (según experiencias previas). *Mediciones:* En cada participante se obtiene el valor de cuatro variables invernales: visitado por cualquier motivo, visitado por IRA (Sí/No), visitas por cualquier motivo y visitas por IRA.

**Resultados:** La ES redujo significativamente la proporción de pacientes que solicitaron visita en invierno a) por cualquier motivo (GI 65,2% y GC 75,6%,  $p = 0,0271$ ) y b) por IRA (GI 14,3% y GC 22,4%,  $p = 0,0335$ ). La ES redujo, pero no significativamente, el número de visitas por paciente a) por cualquier motivo y b) por IRA.

**Conclusiones:** La ES personalizada realizada es efectiva para reducir la proporción de usuarios que solicitan atención el siguiente invierno.

## P175 INCUMPLIMIENTO DE SOLICITUDES DE EXTRACCIÓN SANGUÍNEA Y CAUSAS ARGUMENTADAS POR LOS PACIENTES.

A. Quesada Almacellas, L. Villalba Tost, J. Pujol Salud, M. Pena Arnaiz, D. Bartolomé Domínguez

UD de MFyC de Lleida; EAP Pla D'urgell. Lleida, Mollerussa. Cataluña.  
Correo electrónico: jpujols@medynet.com

**Objetivos:** Conocer la prevalencia, la edad y el sexo de los pacientes que no asisten a la extracción de muestras sanguíneas programadas por sus médicos de familia y las causas de este incumplimiento argumentadas por los propios pacientes.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria semirural. *Sujetos:* 59 incumplidores de citas programadas para extracción sanguínea del 14 de junio al 6 de julio de 2005, sobre un total de 500 individuos programados. *Mediciones e intervenciones:* Encuesta telefónica de una sola pregunta abierta: "¿Por qué no acudió a la extracción de sangre para el análisis?" Se registra la respuesta literal, y se clasifica posteriormente en: Causas dependientes del paciente: olvido, prioridad laboral, prioridad no laboral, equivocación, enfermedad, cambio de opinión, miedo al resultado, belenofobia, pereza, realización en otro laboratorio; y dependientes del sistema: falta de información. Se registran también sexo y edad.

**Resultados:** La prevalencia de incumplimiento fue del 11,8% (4'8% hombres y 7% mujeres) de edad media de 53,76 (DE: 7,24) años, rango: 31-65 años. Respondieron a la encuesta un 70% de incumplidores. Globalmente, las causas dependientes del sistema representaron el 17% y las del paciente el 83%: olvido (22%), prioridad no laboral (17%) y equivocación (9%). Ser mujer e incumplir la cita para extracción se asociaba con un OR de 2,44 IC95% (1,78 a 3,25).

**Conclusiones:** La prevalencia de incumplimiento hallada es similar a la descrita en otros trabajos. Las mujeres son más incumplidoras que los hombres. Aparte de las dependientes del sistema, el olvido y la baja prioridad otorgada al análisis aparecen como motivadores principales del incumplimiento.

## P176 CONSULTAS TELEFÓNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿PARA QUÉ NOS LLAMAN NUESTROS PACIENTES?

M. García Granado, F. Casado Campolongo, A. Iglesias Do Campo, M. Ipar Sierra, P. Rabasa Cantó y M. Sánchez Vega

CS Ventura Rodríguez. Área 6 AP. Madrid.  
Correo electrónico: lola\_granado@hotmail.com

**Objetivos:** Analizar el contenido de las llamadas telefónicas recibidas por médicos y enfermeras en el Centro de Salud (C.S.).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal, registrando las llamadas desde 16 de enero a 31 de marzo de 2006. *Ámbito de estudio:* C.S. urbano, las consultas de medicina de familia (6) y enfermería (6). *Sujetos:* Pacientes que llaman al C.S. y solicitan hablar con su médico o enfermera. *Mediciones e intervenciones:* Mediante recogida de datos en hoja

de registro al efecto se midieron: sexo, edad, día de la semana, hora, motivo de la consulta y actitud que se deriva por parte del sanitario.

**Resultados:** Se recibieron 589 llamadas. El 73% son de mujeres y la edad media 67 años (rango de 1-99). El lunes es el día más frecuente (25,8%). Las llamadas en la mañana son 174, con una hora moda de 10:05; en la tarde con 415 llamadas, la hora moda 15:35. Las enfermeras reciben un total de 162 llamadas, 427 los médicos. El 35,4% son llamadas por motivos administrativos; un 29,93% por patología aguda y un 24,4% por otros motivos (resultados de analíticas, evolución de un tratamiento, ingreso hospitalario...). El 70,96% de las consultas se resuelven por teléfono; se acude al domicilio en 8,9% de las llamadas o se cita al paciente en consulta en otro 8,9% de los casos.

**Conclusiones:** 1) La consulta telefónica resuelve la mayoría de las cuestiones planteadas. 2) Predominan las consultas por temas administrativos (más para las enfermeras) y patologías agudas. 3) Por su frecuencia y capacidad resolutoria, deberíamos plantearnos organizar las llamadas dentro de la Agendade Calidad.

### P177 MEJORA DE LAS RELACIONES ATENCIÓN PRIMARIA-NEUROLOGÍA DE UN ÁREA DE SALUD

R. Duro Robles, M. Caldentey Tous, J. Pou Bordoy,

M. González-Bals González, M. Sureda Barbosa y J. Llobera Canaves

CS Santa María; CS Coll D'en Rabassa; CS Camp Redó; CS Manacor; CS Son Cladera. Mallorca. Illes Balears.

Correo electrónico: rduror@papps.org

**Objetivos:** Publicada la Guía nacional de atención continuada al paciente neurológico, creamos un grupo de trabajo compuesto por médicos de familia y neurólogos, con aval autonómico de la Sociedad Española de Neurología y SEMFYC, reconocido por las Gerencias, para mejorar la atención/coordinación atención primaria (AP)-neurología. **Objetivo:** Analizar las relaciones entre AP y Neurología en un área de salud.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo, transversal. *Ámbito de estudio:* Área 800.000 habitantes, 40 equipos AP y 3 hospitales públicos. *Sujetos:* Los 371 médicos de familia de equipos AP. *Mediciones e intervenciones:* Cuestionario anónimo, elaborado por miembros del grupo, con apoyo metodológico. Pilotado en un centro. Remitidos a un representante informado de cada equipo para su entrega-recogida en sesión y devolución.

**Resultados:** 186 cuestionarios válidos (respuesta: 50,1%).

-58% desconocen la cartera de servicios de su hospital; 85% cree que se desconoce oferta, organización y circuitos de neurología; 68% tiene dificultad para conectar con neurólogo y 88% considera excesiva la demora. Relación actual AP-neurología, escala analógica: media 4,4/10.

Para el 86% se podría mejorar la comunicación y mejoraría la satisfacción profesional. El 95% cree que este grupo puede mejorar la coordinación. Las áreas de mejora priorizadas son: Establecimiento canales comunicación, sesiones y protocolos clínicos, rotación por neurología, acuerdo prescripción. Puntos fuertes destacables: Profesionalidad, calidad atención, calidad informes. Puntos débiles: Demora, falta comunicación.

**Conclusiones:** Aunque sólo han respondido la mitad de médicos, detectamos los problemas y soluciones deseadas, destaca la necesidad de canales de comunicación establecidos en forma, contenidos y horarios. Los resultados han orientado al grupo y le reconocen una utilidad potencial elevada.

### P178 RESULTADOS DE UNA EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN ASISTENCIAL ENTRE LA MEDICINA DE FAMILIA Y LA MEDICINA INTERNA

V. del Saz Moreno, J. Blanco Canseco, P. Kessler Saiz, A. Revuelta Alonso,

M. Vázquez de la Torre y L. González-Valdárce

CS Comillas, Área 11. Uppami, Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Correo electrónico: vsazm@papps.org

**Objetivos:** Analizar los resultados de una Actividad asistencial coordinada entre un Equipo de Atención Primaria (EAP) y una Unidad Hospitalaria de Medicina Interna para la Atención a Pacientes con Pluripatología (UPPAMI)

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo. *Ámbito de estudio:* EAP urbano con población de 26000 habitantes. *Sujetos:* Pacientes de la población del EAP atendidos en la UPPAMI desde el inicio del pro-

yecto de coordinación (01/01/2005). *Mediciones e intervenciones:* Edad y sexo, Tipo de atención (Consulta, Ingreso, Hospital de Día), Patologías crónicas de base, Patologías diagnosticadas y tratadas, y Mortalidad acumulada en el periodo evaluado

**Resultados:** Se analizan 396 procesos asistenciales en 123 pacientes. El 51,8% (IC del 95%, 43-60,6) son mujeres; promedio de edad: 69,1 años El promedio de edad de los varones: 70,6 años. El 62,9% (IC del 95%, 58,2-67,6) de los procesos se realizan en Consulta, el 20,9% (IC del 95%, 16,9-24,9) en Hospital de Día y el 16,2% (IC del 95%, 12,6-19,8) en Ingreso (11,9 días de estancia media). El 38,2% de los pacientes son HTA, 17% son Diabéticos, 10,6% tienen EPOC. El 9,1% (IC del 95%, 6,3-11,9) de los procesos se derivan directamente desde el EAP y el 17,4% (IC del 95%, 13,7-21,1) del Servicio de Urgencias Hospitalario. La Morbilidad de mayor prevalencia según CIAP-2 es: Aparato Circulatorio (18,7%), Aparato Digestivo (15,4%), Aparato Respiratorio (13,8%) y Enfermedades Hematológicas (12,2%). Se registran 6 defunciones en el periodo.

**Conclusiones:** El espectro de pacientes no difiere del perfil de morbilidad en la población general con un nivel de resolución eficiente. El número de derivaciones desde el EAP debería aumentar

### P179 ATENCIÓN PRIMARIA Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

P. Tarraga López, M. Cortiñas Sández, L. Martínez Gómez,

C. Sánchez Castaño, M. Lizán-García y M. Palazón

Hospital General de Albacete; CS Zona 6. Albacete. Castilla-La Mancha

Correo electrónico: pjtarraga@sescam.jccm.es

**Objetivos:** Cuantificar las tasas de reingresos hospitalarios, por complicaciones mayores y menores en un programa de CMA, y evaluar el grado de implicación asistencial de la atención primaria.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes intervenidos en programa de CMA en nuestro centro durante el periodo de 2003-2005. *Ámbito de estudio:* Hospital Primaria. *Sujetos:* Pacientes intervenido por CMA. *Mediciones e intervenciones:* Se estudian la aparición complicaciones mayores y menores en los 7 días posteriores a la intervención, y la mortalidad de estos a los 30 días. Posteriormente se realizó entrevista telefónica para conocer la implicación de la atención primaria en el proceso del ingreso hospitalario.

**Resultados:** En el periodo de estudio citado se intervinieron de forma programada y con criterios de selección de CMA un total de 26.054 pacientes. El índice de sustitución en el periodo de estudio fue del 55,41%. El índice global de reingresos hospitalario procedente de su domicilio representa un 1,17% del total de pacientes intervenidos en régimen de CMA. El riesgo proporcional de sufrir una complicación mayor en nuestra serie es de 1:314. Las tasa de complicaciones menores fue del 1:117. La causa más común de reingreso hospitalario en el presente trabajo son los factores quirúrgicos. Solamente un 15,6% de las complicaciones fueron atendidas y remitidas desde atención primaria al hospital La mortalidad de la serie fue del 0,0069%.

**Conclusiones:** Cirugía Mayor Ambulatoria es una modalidad quirúrgica segura y costo-efectiva.

En nuestro medio queda patente la necesidad de mejorar el circuito asistencial de las complicaciones mayores y menores con o sin ingreso hospitalario.

### P180 INFLUYE EL TIPO DE GESTIÓN EN LA APARICIÓN DEL SÍNDROME DE BURN-OUT?

N. Vázquez Morales, C. Frutos Fuentes, M. Gómez Rodríguez

y S. Valli Casado

CAP Morera-Pomar. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: noravazquez2001@yahoo.es

**Objetivos:** Valorar si el tipo de gestión de los centros de atención primaria (CAPs) influye en la aparición del síndrome de Burnout (SdB) en profesionales de medicina familiar y comunitaria (MFYC).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio transversal descriptivo. *Ámbito de estudio:* Cinco CAPs de gestión privada (gpriv) y cinco CAPs de gestión pública (gpub) de Badalona. *Sujetos:* 76 médicos de MFYC. *Mediciones e intervenciones:* Entrega y recogida personal de un cuestionario de variables sociológicas y profesionales y del test Maslach (valora el SdB).

**Resultados:** Las variables sociológicas donde se han objetivado diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos son las siguientes

tes: La edad media de los profesionales en los centros de gpub. es de 38 años y de gpriv. de 34 ( $p = 0,009$ ); el tiempo medio en el centro de gpub. es de 5,6 años y gpriv. 3,8 ( $p = 0,024$ ); y el tiempo en el cargo actual en gpub. es de 6,6 años y en gpriv. de 4,2 ( $P = 0,019$ ).

Con respecto a las variables profesionales obtuvimos diferencias en la media de número de horas/semana (gpub 32 horas, gpriv 36 horas ( $p = 0,009$ ); media de número de pacientes/semana (gpub 36, gpriv 40  $p = 0,014$ ); situación laboral (gpub 44,4% fijos, fpriv 100% fijos,  $p = 0,000$ ) y en turnos laborales (alternos: gpub 33,3%, gpriv 100%  $p = 0,000$ ).

En referencia a los resultados obtenidos en el test Maslach, no se han observado diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los ítems excepto en uno de ellos que pertenece al grupo de realización personal.

**Conclusiones:** A pesar de existir diferencias profesionales entre los dos tipos de gestión, no existen diferencias en la prevalencia del sdb.

## P181 ESTRATEGIA DE ACTUACIÓN CONJUNTA ATENCIÓN PRIMARIA/HOSPITAL DE REFERENCIA PARA FACILITAR AL MEDICO DE FAMILIA EL ABORDAJE TEMPRANO DE LAS ARRITMIAS AURICULARES

M. Tirado Pueo, C. Terrasa Arrom, S. Martínez Palli, I. Romo Calvo, A. Ballester Solivellas y C. Benmasar Vadell

Hospital Son Llatzer CS Docente Escuela Graduada. Palma de Mallorca. Illes Balears.

Correo electrónico: mtirado@hsl.es

**Objetivos:** Evaluar la intervención dirigida a restaurar precozmente el ritmo sinusal (RS) en pacientes diagnosticados de arritmias auriculares (AA) de >48 h de evolución, que no recibían tratamiento anticoagulante oral (ACO) previa realización de ecografía transesofágica (ETE).

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo. *Ámbito de estudio:* Unidad de corta estancia (UCE) Cardiología Hospital de referencia. Atención Primaria (AP). *Sujetos:* Pacientes ingresados en UCE con diagnóstico de AA de >48 h sin tratamiento ACO. *Mediciones e intervenciones:* Edad, sexo, derivación desde AP, factores riesgo cardiovascular (FRCV) si primer episodio y tipo de AA, fibrilación auricular (FA) o Flutter Trombosis en ETE. Cardioversiones (CV) realizadas, su eficacia inmediata y en primera revisión cardiología, cardiopatía estructural en ETE.

**Resultados:** Se revisaron 36 pacientes ingresados en UCE, 22 varones, 13 entre 70 y 79 años, 26 remitidos por medico AP, en 21 primer episodio de AA, en 30 tipo FA. HTA aparecía como FRCV en 69,4%, tabaquismo en 33% y diabetes en 30,6%. Se detectaron trombos en 8 pacientes, realizándose cardioversión (CV) en 28, CV eléctrica (CVE) en 27, 9 precisaron asociar antiarrítmico, en 27 pacientes se reinstauró el RS y 20 continuaban en RS en primera revisión. Se objetivó dilatación aurícula izquierda (AI) en 17, valvulopatía mitral en 13 y en 11 hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI).

**Conclusiones:** Actuaciones encaminadas a realizar protocolos de actuación conjuntos para detectar e intervenir precozmente reinstaurando el RS en AA de > 48 h iniciando terapia ACO constituyen una mejora en la prevención de eventos tromboembólicos en pacientes de riesgo con adecuado perfil de seguridad

## P182 CONSECUENCIAS PARA LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE UN PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE CALIDAD (ISO 9001:2000) EN UN CENTRO DE SALUD

G. Tamborero, M. Caldentey, S. Cibrián, J. Méndez, M. Bosch y A. Fe

CS Coll Den Rebassa; Gerencia de AP de Mallorca. Palma de Mallorca. Illes Balears

Correo electrónico: gtamborero@ibsalut.caib.es

Nuestro centro (CS), ha obtenido la certificación de calidad ISO-International Standard Organization, que supone indudables beneficios a varios niveles.

**Objetivo:** Describir los beneficios secundarios para los médicos de familia (MF), derivados de la certificación.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo. *Ámbito de estudio:* CS del Coll Den Rebassa (Palma de Mallorca. Balears), centro docente, con 47 profesionales (12 MF), atiende unos 24.500 habitantes. El proyecto ISO se inició en 2005, obteniendo la certificación en junio del 2006. *Sujetos:* Los 12 MF del CS. *Mediciones e intervenciones:* Valoración de los efectos de la certificación sobre: formación, investigación, clima interno e incentivos profesionales.

Principales fuentes de información: encuesta ad hoc dirigida a los profesionales, registros y sistema de información del CS, y análisis del contrato de gestión.

**Resultados:** Principales resultados obtenidos:

-Formación en calidad (para todos MF), formación específica especializada a nivel superior en ISO-EFQM paratres profesionales.

-Investigación: inicio de línea de investigación estable sobre calidad-ISO, con presentación de 10 comunicaciones (en congresos nacionales e internacionales), artículos y edición de un libro.

-Incentivos: 3 días libres, más incremento de días de docencia.

-Cambios culturales (consideración de la calidad como elemento intrínseco del trabajo diario).

-Cambios en el clausulado del contrato de gestión, entre la Gerencia y el CS (proyecto singular)

**Conclusiones:** La certificación ha generado numerosos beneficios para los MF, algunos de ellos difíciles de tangibilizar. Destacamos las sinergias entre los profesionales del CS, y entre el CS y la Gerencia, la potente línea de investigación iniciada y el excelente poder motivador para los profesionales de este tipo de proyectos.

## P183 ¿QUÉ PIENSAN LOS USUARIOS DE LA UTILIDAD DE LAS RECLAMACIONES?

J. Gutiérrez Martínez, R. de Dios del Valle, M. Oliveros Pérez, G. Suárez Rodríguez y A. Espinel Suárez

Gerencia de AP del Área I de Asturias. Jarrío-coaña. Asturias.

Correo electrónico: ricardo.dedios@spsa.princast.es

**Objetivos:** Conocer la opinión de los usuarios que presentaron reclamaciones sobre el procedimiento y utilidad

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo Transversal. *Ámbito de estudio:* Área Sanitaria. *Sujetos:* Pacientes que han reclamado del 2001 al 2005. *Mediciones e intervenciones:* Encuesta telefónica. Variables: Demográficas, sobre el trámite (facilidad, información y respuesta), solución del problema, utilidad, si volvería a reclamar. Análisis estadístico: Cuantitativas se describen con media y desviación estándar; y cualitativas con distribución de frecuencias. Análisis bivariante: chi-cuadrado, t student y ANOVA. Nivel de significación estadística del 95%.

**Resultados:** 148 encuestados. Respuesta: 82,22%. Edad: 46,96 años (DE: 0,46), 66,9% (IC95%: 59-74,1) mujeres. 44,6% (36,7-52,7) presentaron la reclamación en 2005. 93,2% (88,3-96,5) residen en el área. La información para reclamar fue adecuada para el 73,6% (66,1-80,3); y el trámite fácil para el 93,2% (88,3-96,5). Respuesta satisfactoria en el 42,6% (34,8-50,7). 34,5% (27,1-42,4) cree que el problema no se solucionó. 66,2% (58,3-73,5) las consideran útiles. 91,9% (86,6-95,5) volverían a poner una reclamación si fuese preciso. 31,9% cree que no se solucionó el problema, frente al 83,3% de España ( $p: 0,032$ ). 40% de usuarios que la pusieron en 2001 piensan que no se solucionó nada, frente al 25,8% en 2005 ( $p: 0,010$ ). 31,6% de los usuarios que volverían a poner una reclamación piensan que no se solucionó el problema que motivo la actual, frente al 60% de los que no la podrían ( $p: 0,05$ ).

**Conclusiones:** El trámite resulta fácil. Un tercio cree que no se ha solucionado el problema; porcentaje que aumenta en desplazados. Si no se ha obtenido un resultado positivo en la reclamación se reducen las posibilidades de que vuelva a utilizar esta herramienta de mejora. La mayoría las consideran útil.

## P184 EVOLUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA A LO LARGO DE 5 AÑOS

J. Gutiérrez Martínez, R. de Dios del Valle, M. Oliveros Pérez y A. Espinel Suárez

Gerencia del Área Sanitaria I de Asturias. Jarrío-coaña. Asturias

Correo electrónico: ricardo.dedios@spsa.princast.es

**Objetivos:** Analizar el contenido de las reclamaciones y su impacto en los servicios prestados en los Centros de Salud

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo Transversal. *Ámbito de estudio:* Área Sanitaria. *Sujetos:* Reclamaciones presentadas en Atención Primaria del 2001 al 2005. *Mediciones e intervenciones:* Variables: Sexo, fecha, Equipo, estamento, quién la presenta, motivo, ¿quién responde?, ¿existe informe del equipo?, demora en responder, ¿desencadena medidas?, ¿se solucionó?, ¿era solucionable?. Análisis estadístico: Las cuantitativas se describen con media y desviación estándar; y las cualitativas con distribución de frecuencias. Análisis bivariante: prueba de chi-cuadrado



para las cualitativas. Nivel de significación del 95%.

**Resultados:** 69 reclamaciones, en 2005: 49,3% (IC95%: 37,6-60,9). Las mujeres presentan más (56,5%; IC95%: 44,7-67,8). La presenta el propio paciente en el 55,1% (IC95%: 43,2-66,5). En un 55,1% versan sobre la atención médica. 5 equipos de 11 acumulan el 84% (IC95%: 73,9-91,3). El Director Médico responde al 44,9% (IC95%: 33,5-56,8). Existe informe del equipo en un 58% (IC95%: 46,11-69,2). La demora: 15,87 días (DE: 8,14). Un 36,2% (IC95%: 25,6-48) desencadenan medidas, en un 42% (IC95%: 30,8-53,9) no procede intervenir. En un 26,1% (IC95%: 16,8-37,4) de las reclamaciones existe más de una queja. El motivo: trato personal (25,8%; IC95%: 17,7-35,4). En el 23,2% (IC95%: 14,4-34,2) se solucionó, en un 11,6% (IC95%: 5,5-20,8) mejoró. Un 50,6% (IC95%: 39,01-62,4) eran solucionables total o parcialmente. de las solucionables, un 65,7% (IC95%: 49-79,9) se solucionaron; un 31,4% (IC95%: 17,8-48) no. Encontramos diferencias significativas según el año en "quién responde", pasando la Gerente del 0% en 2001 al 58,8% (IC95%: 41,9-74,3) en 2005 ( $p<0,0001$ ).

**Conclusiones:** Aumentan claramente las reclamaciones, quizás motivadas por un incremento en las expectativas de la sociedad. Un tercio de las solucionables no fueron abordadas, constituyendo una importante pérdida de oportunidades para mejorar los servicios y la satisfacción de los usuarios.

### P185 AUTOEVALUACIÓN DE UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE EL MODELO EFQM. APROXIMACIÓN A UNA POLÍTICA DE CALIDAD

J. Maderuelo Fernández, M. González Hierro, I. Velásquez San Francisco, J. Porteros Sánchez y J. García Benavides

Grupo de Evaluación EFQM de la Gerencia de Atención Primaria. Gerencia de AP. Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: jmaderuelo@gapsa06.sacyl.es

**Objetivos:** Identificar puntos fuertes y áreas de mejora de una Gerencia de AP y obtener una puntuación en el contexto de una autoevaluación mediante el modelo EFQM

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Autoevaluación mediante modelo EFQM. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* 17 personas de gerencia y EAPs distribuidas en tres grupos multidisciplinares con formación previa específica en el modelo. *Mediciones e intervenciones:* Cada grupo evaluó tres criterios utilizando el enfoque de elaboración de una memoria siguiendo recomendaciones de la EFQM. Posteriormente se procedió a una identificación individual de áreas de mejora y puntos fuertes en cada subcriterio, que posteriormente se discutieron y priorizaron de forma consensuada en el grupo. La puntuación se realizó según el esquema REDER contando con la colaboración de un consultor externo.

**Resultados:** Se obtuvieron 129 puntos fuertes y 162 áreas de mejora. Se priorizaron 14 que afectan a los criterios de liderazgo, procesos y resultados en los clientes. La puntuación total fue de 291,3. Los criterios con menor puntuación relativa fueron Resultados en las Personas y Procesos. Las puntuación más elevadas correspondieron a Resultados Clave, Liderazgo y Política y Estrategia. Se han diseñado 2 proyectos de mejora sobre información al usuario, y sobre expectativas y percepciones de los profesionales. Se emplearon 74 horas por miembro del grupo en la realización del estudio, incluyendo formación.

**Conclusiones:** La autoevaluación cohesiona al grupo y apoya la gestión de la Gerencia. Es un proceso exigente en recursos, no exento de dificultades que se facilita con la presencia de un interconsultor externo. Se ha mostrado útil como impulsor de procesos de mejora.

### P186 LAS TRES PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN UN CENTRO DE SALUD

J. Sánchez Colom, I. Caballero Humet, M. García Serrano, J. Ginesta Gil y G. Llamas Quintana

CS Santa Margarida de Montbui. Santa Margarida de Montbui. Cataluña.

Correo electrónico: mjgarcias.cp.ics@gencat.net

**Objetivos:** Conocer las principales patologías englobadas en las tres primeras causas de mortalidad de un Centro de Salud del año 1990-2005.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio de mortalidad. *Ámbito de estudio:* Población de 9641 habitantes. *Sujetos:* Registro de 726 defunciones de causa: cardiovascular, neoplasias y externas. *Mediciones e intervenciones:* Se recogió: nombre/apellidos, causa de defunción según código CIPSAP-2 (Clasificación Internacional Problemas Wonca Atención Primaria), fecha defunción, fecha

nacimiento, sexo, teléfono, médico/enfermera, domicilio, DNI y CIP.

**Resultados:** Tasa mortalidad global ajustada 490 por 100.000 habitantes, 400 mujeres y 580 hombres. El 59,09% eran hombres. Edad media global 71,1 años (IC 95%: 69,8-72,5). El grupo de edad: 75-89 años recoge el 55,61% de las muertes cardiovasculares. El grupo de edad: 60-89 años recoge el 72,45% de muertes neoplásicas. El grupo de edad: 20-44 y 75-89 años recogen el 69,62% de muertes de causa externa. Por sexos: en hombres: cardiovasculares (isquemia cardiaca 37,11%, AVC 12,89%, otras patologías CV 11,86%); neoplasias (respiratorias 30,9%, digestivas 24,72%, urinarias 15,73%); externas (TCE 38,6%, otros traumatismos 15,79%). En mujeres: cardiovasculares (isquemia cardiaca 22,87%, AVC 21,28%, insuficiencia cardiaca 16,49%), neoplasias (digestivas 32,18%, mama 21,84%, genital 10,34%), externas/respiratorias (otras respiratorias 36,36%, neumonías 27,27%, TCE 18,18%).

**Conclusiones:** Las tres primeras causas de mortalidad coinciden con el "Pla de Salut de Catalunya 2002-2005", difieren según el sexo. Los hombres mueren más jóvenes por causas externas. Las mujeres mueren más por neoplasia digestiva. Origen de estudio retrospectivo por conocer factores de riesgo implicados en muertes digestivas.

## Insuficiencia cardíaca y otras enfermedades

### P237 PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL DIAGNÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN CENTRO DE SALUD

M. Aldrich Megino, C. Ramíó Lluç, S. Martí Dausà, J. Figa Vaello, C. Cerezo Goyeneche y P. Solanas Saura

ABS Girona 3. Girona. Cataluña.

Correo electrónico: josepfiga@comg.es

**Objetivos:** 1. Conocer la prevalencia de Insuficiencia Cardíaca (IC) en población atendida en un ABS. 2. Validar el diagnóstico de pacientes catalogados de IC a través del registro en la historia clínica. 3. Conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en los pacientes diagnosticados de IC. 4. Describir los tratamientos de IC.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio: transversal descriptivo. *Ámbito:* Población de 22302 personas pertenecientes a un ABS urbano. *Sujetos:* Sujetos: pacientes que en la historia clínica informatizada (e-cap) constan diagnosticados de IC. *Mediciones e intervenciones:* Historia clínica: edad, sexo, síntomas y signos de IC (según criterios de Framingham), FRCV y pruebas complementarias en el momento del diagnóstico y tratamientos farmacológicos indicados. Diagnóstico IC: criterios de Framingham o ecocardiografía (FE < 40%).

**Resultados:** Consta diagnóstico IC en el e-cap en 147 personas (0,66%). El 58% mujeres, y media de edad al diagnóstico de 76,76 años. En 102 casos (69,38%) registro suficiente para el diagnóstico clínico (91), ecocardiográfico (4) o ambos (7). Realizada ecocardiografía en 38 pacientes (25,85%). FRCV registrados más asociados a IC: HTA (68%), DM (29,3%) i IAM previo (22,4%). Tratamientos: Diuréticos de asa: 53,1%, IECA: 46,3%, Tiazidas: 28,6%, Digoxina: 25,2%, Betabloqueantes: 22,4%, Diuréticos ahorradores K+: 20,4%, ARA2: 19%.

**Conclusiones:** La prevalencia obtenida en nuestra población está dentro de lo que marca la bibliografía. En un elevado número de casos no podemos valorar el diagnóstico por falta de registro de signos y síntomas. No se solicitan suficientes ecocardiogramas para confirmar el diagnóstico de IC. Sería necesario aumentar el uso de betabloqueantes y diuréticos ahorradores de K+ que mejoran la mortalidad.

### P238 HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS, CARACTERÍSTICAS CLÍNICO FUNCIONALES Y SOCIALES DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

J. Pallarés Robles, S. Bargalló Trillas, E. Ciscar de Grau, I. Aoiç Linares, B. Carpio Carrera y A. Guarnier Aguilar

CAP La Pau. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: sandrabargallo@mixmail.com

**Objetivos:** Describir los hallazgos ecocardiográficos, las características sociales y la comorbilidad de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) atendidos en un centro de salud (CS).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo. *Ámbito de estudio:* CS urbano que atiende población de nivel socioeconómico bajo. *Sujetos:* Todos los pacientes diagnosticados de IC identificados mediante la historia clínica informatizada. *Mediciones e intervenciones:* Características sociodemográficas, resultados ecocardiográficos, comorbilidad y su relación con causas IC y tipo de disfunción ventricular: sistólica (fracción de eyección < 45%) o diastólica.

**Resultados:** Se incluyen 149 pacientes, 99 (66,4%) mujeres, edad media (DT) 78,2 (10,2) años, analfabetismo 79 (64,2%).

Conviven con el cónyuge o familiares 98 (76,5%).

Se ha realizado ecocardiograma en 112 (75,2%), mostrando disfunción ventricular sistólica (DVS) en 26 (23,2%) y diastólica en el resto.

La DVS fue más frecuente en varones (46,2% versus 11%;  $p < 0,001$ ), en cardiopatía isquémica (CI) (34% vs 17,6%;  $p = 0,05$ ), miocardiopatía (50% vs 12,5%;  $p < 0,001$ ) dislipemia (34% vs 14%;  $p = 0,03$ ) y EPOC (41,7% vs 18,2%;  $p = 0,02$ ), sin asociación significativa con otras variables sociales o enfermedades.

Causas de IC: HTA 118 (79,2%), CI 47 (31,5%), valvulopatía 66 (44,3%). Comorbilidad 134 (89,6%): obesidad 60 (40,3%), dislipemia 66 (44,3%), DM 57 (38,3%), nefropatía 21 (14,1%), EPOC 32 (21,5%), artrosis 70 (47%), HVI 49 (32,9%), AVC 27 (18,1%). Presenta IC y otra enfermedad 30 (20,8%) y >2 enfermedades 104 (68,7%).

**Conclusiones:** La muestra estudiada incluye mayoritariamente mujeres ancianas con instrucción insuficiente que viven con el cónyuge o familiares. El diagnóstico ecocardiográfico se ha realizado en 3 de cada 4 pacientes. La DVS se relaciona con varones, EPOC, dislipemia, presencia de CI y miocardiopatía.

## P239 TITULACIÓN DE BETABLOQUEANTES EN INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCIÓN PRIMARIA: FACTIBILIDAD Y SEGURIDAD

J. Verdu Rotellar, M. Bernaldez Sánchez, M. Domínguez Tarragona, E. Maroto Martínez, F. Sancho Almela y A. Barrosos García

CAP Sant Martí 10 H y 10 J. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: verdumj@telefonica.net

**Objetivos:** Valorar la factibilidad y la seguridad de la titulación de betabloqueantes en insuficiencia cardíaca sistólica en atención primaria

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio de intervención antes/después. *Ámbito de estudio:* dos equipos de atención primaria. *Sujetos:* Se incluyeron (muestreo sucesivo) los pacientes con IC sistólica sin tratamiento betabloqueante previo que según criterios de la Sociedad europea de Cardiología tenían indicada su prescripción (aprobación del inicio de titulación por los cardiólogos de referencia). *Mediciones e intervenciones:* Se inició titulación con bisoprolol o carvedilol (dosis mínima doblándose cada dos semanas en ausencia de contraindicaciones. En cada visita se valoró Tensión arterial, hipotensión ortostática frecuencia cardíaca, tolerancia y efectos secundarios. Seguimiento durante 6 meses.

**Resultados:** Se incluyó 89 pacientes. (68% hombres, 38% mujeres, edad media 64,88 años) Al 57,1% se pautó bisoprolol y al 42,9% carvedilol El 75% alcanzaron la dosis diana, el 23,9% toleraron dosis menores de la diana y en el 1,1% hubo de retirarse el betabloqueante. Solo 3,3% de los pacientes sufrieron efectos secundarios que precisaron visitas a urgencias (1, 1% bradicardia que requirió suspensión 1,1% síncope 1,1% AIT. Efectos secundarios leves 29,48% de pacientes (9,3%astenia, 4,48% mareo 5,6% aumento de disnea, 21% hipotensión ortostática). Hubo una mejora significativa de la fracción de eyección (34,69% vs 46,4%  $p < 0,05$ )

**Conclusiones:** El médico de atención primaria puede y debe titular los betabloqueantes en enfermos con IC sistólica

## P240 MIOPERICARDITIS EN EL ÁREA DON BENITO-VILLANUEVA DE LA SERENA

M. Gil Gallego, I. Morales Rodríguez, C. Blázquez Vázquez, D. Fernández Bergés y C. Cerdeyra Lombardi

Servicio de Cardiología. Residencia Ses Don Benito-Villanueva de la Serena. Don Benito. Extremadura.

Correo electrónico: yersiniap79@hotmail.com

**Objetivos:** Incidencia de miopericarditis en el área sanitaria Don Benito-Villanueva de la Serena, conocer las variables comunes entre los distintos casos encontrados.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Analítico observacional, retrospectivo, descriptivo d serie de casos en pacientes del área sanitaria DB-Vva Serena desde 01/01/04 a 01/06/05. *Criterios de inclusión:* cuadro febril acompañado d dolor torácico con elevación de troponinas y alteraciones del ECG consistente en un aumento del ST cóncavo hacia arriba y ausencia de nuevas ondas Q. *Criterios de exclusión:* IAM, edad entre 0 y 14 años y ausencia de elevación de troponinas. *Ámbito de estudio:* Incidencia de Miopericarditis y variables comunes entre los casos encontrados. *Sujetos:* Pacientes del área sanitaria Don Benito-Villanueva de la Serena. *Mediciones e intervenciones:* Edad, sexo, AP, clínica, exploración, PC (BQ<sub>4</sub> marcadores cardíacos, ECG, Rx tórax, Eco-cardiograma, coronariografía) y tratamiento.

**Resultados:** 8 casos, jóvenes, varones, invierno-primavera. AP de infección VRA y GEA. 50% fumadores. 100% dolor precordial, (7) opresivo (1) punzante. TA normal, fébrícula. No roce pericárdico. ECG (5) con aumento ST cóncavo hacia arriba. Rx (1) leve derrame pleural. Aumento RFA y Trp-I y CPK/MB. Marcadores microbiología normal. Coronariografía (1) normal. Respuesta buena al tratamiento. No complicaciones.

**Conclusiones:** Baja incidencia en nuestro área con presentación típica mente estacional bimodal. Se debe sospechar siempre n joven con cuadro febril previo que comienza con dolor precordial siendo necesario el dosaje de troponinas cardíacas para el diagnóstico. El ECG suele ser útil en diagnósticos mientras que el Eco-cardiograma aporta poco al diagnóstico inicial. Evolución suele ser benigna.

## P241 ANÁLISIS DE LOS CASOS ATENDIDOS POR ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETE) EN UN CENTRO DE SALUD (CAP)

M. Giner Martos, B. Contreras Raris, E. Molés Moliner, S. Sitjar Martínez de Sas, B. Fornés Ollé y A. Guarch

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: leiginer@terra.es

**Objetivos:** Analizar el manejo y características de los pacientes con ETE.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo retrospectivo. *Ámbito de estudio:* CAP urbano. *Sujetos:* Pacientes con diagnóstico cierto de ETE en la historia clínica informatizada (HCI) durante diez años (diciembre 1994 a diciembre 2004). *Mediciones e intervenciones:* Se consideró: edad, sexo, tipo de ETE (tromboembolismo pulmonar (TEP) o trombosis venosa profunda (TVP)), sospecha, pruebas diagnósticas, ingreso, factores de riesgo (FR) (según la Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy), tratamiento al alta, duración y tipo y número de episodios posteriores. Base de datos de la HCI OMI-AP y el programa estadístico SPSS10.0

**Resultados:** Se obtuvo 113 historias con diagnóstico cierto de ETE. El 53,1% eran mujeres con edad media (EM) de 65,7 años (61 años en hombres). El 68,1% eran TVP, el 23% TEP y el 8,8% combinados. En el resto de variables sólo consideramos las historias en que consten. La sospecha fue del médico de familia en el 56,9%. Al 70,7% se practicó una ecodoppler, al 22% una gammagrafía y al 2,4% el dímero-D. El 73,7% ingresaron. Destacan la obesidad (26,5%), las varices (18,6%) y el tabaco (16,8%) como FR. Acontecen entre 1-3 nuevos episodios en el 15,9% de casos, siendo el TEP el más habitual. El 65,3% queda al alta con sintrom durante una media de 13,4 meses

**Conclusiones:** Debemos mejorar el registro de datos. La ETE es más frecuente en edades avanzadas. La más frecuente es la TVP. El médico de familia hace la sospecha en más de la mitad de casos. Obesidad, varices y tabaco son los FR más asociados. La mayoría de episodios ingresan y quedan con tratamiento con sintrom.

## P242 PACIENTES QUE PRESENTARON ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL: CARACTERÍSTICAS PREVIAS AL MISMO, ABORDAJE Y SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

S. González Sánchez, E. de Diego Bustillos, A. Pérez Orcero, M. de la Figuera Von Wichmann, L. Ruiz Palestra y E. Pujol Ribera

EAP La Mina. Sant Adrià de Besòs. Cataluña.

Correo electrónico: sgonzasa11@yahoo.es

**Objetivos:** Describir las características y abordaje de pacientes que presentaron accidente vascular cerebral (AVC) previos a dicho evento, y la situación clínica y abordaje de los mismos en el momento actual.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. Su-

**jetos:** Todos los pacientes con episodio de AVC registrado en la historia clínica hasta 28/11/05 revisados hasta el momento actual (n = 114). **Mediciones e intervenciones:** Variables sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), tratamientos farmacológicos. Se obtuvieron medidas de las variables previas al AVC y en el momento actual.

**Resultados:** Se analizan 114 sujetos, 57(50%) varones, media (DT) de edad de presentación del AVC 64,7 (11,6) años. Tipo de AVC: hemorrágico 9 (7,9%), aterotrombótico 33 (28,9%), embólico 10 (8,8%), AIT 17 (14,9%) e indeterminado 45 (39,5%). Resultados previos al AVC vs actuales: fumadores 39 (34,2%) vs 15 (13,2%), p<0,001; hipertensión 72 (63,2%) vs 144,7 (19,7) vs 132,1 (16,2), p<0,001; PAD media (DT) 82,7 (10,8) vs 72,9(9,6), p<0,001; cifras tensionales <140/90 mmHg en no diabéticos y <130/80 en diabéticos 27 (29,8%) vs 62 (59,5%), p = 0,003; diabetes 29(25,4%); dislipemia 42 (36,8%); colesterol total media (DT) 228,9 (35,5) vs 205 (39,6), p<0,001; LDL media (DT) 145,8 (33,2) vs 120,7 (28,3), p<0,001; sin diferencias significativas en HDL y triglicéridos. Tratamientos farmacológicos: diuréticos 33 (28,9%) vs 67 (58,8%); calcioantagonistas 16(14%) vs 26 (22,8%); betabloqueantes 11(9,6%) vs 21 (18,4%); IECA 25 (21,9%) vs 56 (49,1%); antiagregantes 15 (13,2%) vs 84 (73,7%); anticoagulantes orales 5(4,4%) vs 12 (10,5%). Presentaron nuevo AVC 16 personas.

**Conclusiones:** Se observa una elevada prevalencia de FRCV previa al AVC. La evaluación actual revela disminución del tabaquismo e intensificación de tratamientos farmacológicos con mejoría significativa de cifras tensionales y del perfil lipídico.

## P243 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN POBLACIÓN GENERAL DE EDAD IGUAL O SUPERIOR A 50 AÑOS

S. Tranche Iparraguirre, A. Riesgo García, R. Arias, R. Marin Iranzo, E. Hevia y J. García Casas

Estudio ARTPO. CS El Cristo; Unidad de Hipertensión del Hospital Universitario Central de Asturias; CS Cabañaquinta; Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo. Oviedo, Asturias.  
Correo electrónico: stranchei@medynet.com

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de enfermedad arterial periférica en población general de edad igual o superior a 50 años.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio epidemiológico prospectivo. **Ámbito de estudio:** Atención Primaria. **Sujetos:** Selección por muestreo aleatorio simple de población general de edad  $\geq$  a 50 años (n = 76.660), obtenidos de la base de tarjeta sanitaria individual. **Mediciones e intervenciones:** Se recogieron datos demográficos y clínicos y se definió enfermedad arterial periférica (EAP) si el paciente estaba previamente diagnosticado; por la cumplimentación del test de Edimburgo o si en la exploración clínica presentaba soplos femorales, ausencia de pulsos o índice Tobillo-Brazo (ITB)  $\geq$  0,9. Se presentan datos basales.

**Resultados:** Se incluyeron 511 personas de 66,4 (10,5) años de edad media (DE), 62,4% (319) mujeres. La prevalencia de dislipemia fue del 26,8%, hipertensión arterial 31,1%, diabéticos el 7,8% y fumaban el 16,6%. El 6,2% tenían cardiopatía isquémica, ictus el 2,5% e insuficiencia cardíaca el 1,2%. La prevalencia de EAP ya conocida fue del 2,7%, el 6,8% fueron positivos para el test de edimburgo, el 1,8% presentaba soplo femoral, la ausencia de algún pulso fue de 7,6% y el 10,8% presentaba un ITB  $\geq$  0,9. Los pacientes con ITB patológico eran de mayor edad y presentaban mayor prevalencia de hipertensión arterial, diabetes, aneurisma de aorta abdominal e insuficiencia cardíaca.

**Conclusiones:** La enfermedad arterial periférica está presente en una de cada 10 personas de edad igual o superior a 50 años, el 80% de las cuales no está diagnosticada. La presencia de un ITB patológico se asocia a mayor edad y prevalencia más elevada de factores de riesgo y enfermedad cardiovascular.

## P244 IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE DOPPLER EN UN CAP

M. Porta Borges, M. Saus Arús, A. Santiveri Villuendas, S. Barro Lugo, F. Díaz Gallego y C. Vega López

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: msaus@caplarrard.net

**Objetivos:** Implantación de una consulta de eco-doppler para la prevención y control de la arteriopatía periférica (AP) en un CAP.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo. **Ámbito de estudio:** CAP urbano. **Sujetos:** Se incluyen los pacientes derivados: mayo 2004-abril 2005. **Mediciones e intervenciones:** Criterios de derivación: Pacientes con: claudicación intermitente, dolor en reposo y síntomas mas inespecíficos Paciente asintomático con uno o mas FRCV Se realiza el índice tobillo/ brazo **Resultados:** 135 pacientes: 70 mujeres (52%) 65 hombres (48%), La media de edad: 71,2 años.

Los pacientes que presentan  $\leq$  2 FRCV 104(77%) y  $\geq$  3 FRCV 31 (22,96%). Derivados por síntomas hay 61 pacientes, 41 por síntomas específicos (CI y dolor en reposo) y 20 por síntomas inespecíficos.

Por síntomas específicos 27 patológicos (22 AP, 5 Calcificación) son 65, 8%. Por síntomas inespecíficos 6 patológicos (3 AP, 3 Calcificación) el 30%. Derivados asintomáticos por FRCV 74 personas (54,8%) de ellas 30 presentaban patología, 21 AP y 9 calcificaciones, que representan el 40,5%.

**Conclusiones:** El eco-doppler tiene una buena aceptación por parte de los profesionales y de los usuarios. Ello ha llevado a un aumento de la demanda, por lo que el equipo ha pasado a ofertar 9 dopplers semanales. Observando los resultados, las derivaciones con síntomas inespecíficos presentan un bajo porcentaje de patología por ello se propone mejorar los criterios de derivación.

Las derivaciones por FRCV no alcanzan el 55% y se halla un porcentaje elevado de patología en estas personas, por ello se deben incrementar las derivaciones de estos pacientes asintomáticos.

## P245 NUEVAS EXPERIENCIAS: DOPPLER EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Pérez Bauer, S. Hernández Anadón, C. Llor Vilá, O. Caviño Domínguez, S. Crispi Cifuentes y J. Bladé Creixent

EAP Jaume I - Tarragona 3. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: mpbauer@wanadoo.es

**Objetivos:** Analizar los resultados obtenidos con la utilización del Doppler mediante el cálculo índice-tobillo-brazo.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo transversal. **Ámbito de estudio:** Atención Primaria. **Sujetos:** Se reclutaron consecutivamente todos los pacientes a los que se les practicó un doppler desde enero a abril del 2006 en un tramo horario semanal destinado para su realización. **Mediciones e intervenciones:** Se practicó doppler por dos médicos de familia previamente formados y siempre los mismos. Variables: sexo, edad, presencia o no de diabetes, dislipemia, hipertensión, tabaquismo, índice de masa corporal (IMC), tensión arterial (TA), riesgo cardiovascular (RCV), pulso pedio derecho (PPD) y izquierdo (PPI), tensión pedía derecha (TPD) y izquierda (TPI), exploración física, clínica, tratamiento con antiagregantes/anticoagulantes, índice-tobillo-brazo (ITB) derecho e izquierdo. Se realizaron pruebas de estadística descriptiva.

**Resultados:** N = 52. Edad media 68,81 ( $\pm$  13,80). Hombres 28 (53,8), Presencia de diabetes en 36%, 56% hipertensión, 44% dislipemia. Había enfermedad cardiovascular activa en un 34%. IMC media 28  $\pm$  3,5. TA sistólica 140,96  $\pm$  18,71. TA diastólica 79,19  $\pm$  7,22. RCV 19,73  $\pm$  10,81. TPI 137,31  $\pm$  38,06. TPD 134,96  $\pm$  41,71. ITB derecho 0,95  $\pm$  0,92. ITB izquierdo 0,94  $\pm$  0,23. ITB patológico derecho 26,9% de los pacientes. ITB patológico izquierdo 34,6%.

**Conclusiones:** Llama la atención que en nuestra corta experiencia, más de una cuarta parte de los pacientes a los que se realizó el doppler presentaron valores patológicos del ITB. Por otra parte dada la alta sensibilidad y especificidad de la prueba aproximadamente 3/4 evitaron la visita a cirugía vascular. Necesitamos ampliar la muestra para obtener nuevos resultados en el futuro.

## P246 COMPLICACIONES DEL ANEURISMA DE AORTA, EPIDEMIOLOGÍA Y PRESENTACIÓN CLÍNICA

M. Javierre Loris, C. Garcés San José, R. Larrosa López, B. Gros Bañeres y A. Herrer Castejón

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Aragón.  
Correo electrónico: marianjavierre@comz.org

**Objetivos:** Conocer la distribución epidemiológica de la población afectada de un aneurisma, factores de riesgo asociados, características clínicas o formas de presentación y métodos diagnósticos con la finalidad de establecer si un diagnóstico precoz y un screening, podrían reducir la morbi-mortalidad de los pacientes afectados.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Observacional, descriptivo transversal recogidos en el año 2005. El análisis estadístico se realizó mediante

SPSS 12.0. N = 37. *Ámbito de estudio:* Servicio de urgencias de un Hospital. *Sujetos:* N = 37. *Mediciones e intervenciones:* Observación inicial de las características de la población atendida.

**Resultados:** Edad 68,92 (DE 10,81), 89,2% varones.

Factores de riesgo: 58,3% hipertensos, 18,9% dislipémicos, 9,4% diabéticos, 21% fumadores. E. arteriosclerótica asociada: 48,6% enfermedad cardiovascular, de ellos 17,1% angor, 8,6% IAM, 8,6% A.I.T, 5,7% ACVA y el 8,6 enfermedad arterial periférica. Formas de presentación: 43,2% dolor abdominal, 32,4% dolor lumbar, 16,2% dolor torácico, 2,7% disnea con vegetatismo. Exploración: 70,4% sin signos sugestivos de complicación aneurismática, 16,6% ausencia de pulsos, 2,7% soplo abdominal, 2,3% masa pulsátil, 2,5% soplo en tronco supraaórticos,

El 75,7% de los aneurismas fueron diagnosticados al complicarse. El 51,4% por ecografía abdominal. Mortalidad global 33%.

**Conclusiones:** El tabaco constituye el mayor factor de riesgo para la formación del aneurisma, en nuestro estudio, la HTA ha resultado ser el mayor factor de riesgo presente. La mayoría de los aneurismas, presenta los primeros síntomas al figurarse. Para anticiparnos y conseguir un diagnóstico precoz, deberíamos pensar en él en varones > 60 años, que acuden por dolor abdominal o lumbar y con antecedentes personales de factores de riesgo vascular. El screening del AAA sería necesario en varones mayores de 60 años con algia lumbar y/o abdominal difusa que presenten más 2 ó más factores de riesgo.

## Intoxicaciones

### P247

#### CONOCER EL PERFIL DEL INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS. PRIMER PASO PARA LA PREVENCIÓN

M. Benavent Company, O. Pérez Quintana, H. Ibañez Bargas, E. Cuesta Florez, C. Catalan Oliver y V. Palop Larrea

Departamento 11 de Salud. Alzira. Valencia. Comunidad Valenciana  
Correo electrónico: ccatalan@hospital-ribera.com

**Objetivos:** Conocer las características (personales y perfil clínico) de los pacientes con intoxicación por organofosforados (IO) como primer paso para la prevención en Atención Primaria.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Retrospectivo, análisis de historias clínicas informatizadas. *Ámbito de estudio:* Hospital de referencia de área de salud que atiende a 250000 habitantes de zona predominantemente agrícola. Período 1/1/1999-1/5/2005. *Sujetos:* Pacientes atendidos en servicio de urgencias del hospital con diagnóstico al alta de IO (CIE 9-MC). Fuente de información: historia clínica informatizada. *Mediciones e intervenciones:* Características demográficas, personales, clínicas y analíticas.

**Resultados:** 92 casos, hombres: 89 (96,73%), edad media: 46,19 años (rango: 1-81). Período mayo-septiembre: 82 (89,13%) casos (39 (42,39%): agosto). Indumentaria inadecuada: 28 sin protección, 19 (20,65%) insuficiente (7 mono, 3 mono y guantes; 4 mono y mascarilla; 2 sólo mascarilla), (no consta: 36). La media de caso/año: 14,3. Vía de intoxicación: absorción cutánea 81 (88,04%), ingesta 9(9,78%) (intención autolítica: 4). Lavado previo en domicilio: 48 (52,17%). Síntomas de inicio en un 56% entre 1-6 h; los >frecuentes son náuseas: 63 (68,47%), vómitos: 55 (59,78%), mareo/malestar: 42 (46,73%), dolor abdominal: 24 (26,08%), miosis: 24 (26,08); bradicardia: 21 (22,82%), diaforesis: 16 (17,39%), visión borrosa: 6 (6,52%), sialorrea: 6 (6,52%). El 77(83,69%) son leves. Gravedad según colinesterasa en sangre en el momento del ingreso en urgencias: normalidad: 41 (44,56%), entre 1000-5000: 20 (73%), entre 100-500: 9 (8,69%), y 10 casos <100, (no consta: 13). Permanecieron en observación hospitalaria: 56 (60,86%) (39 entre 2-8 horas, 17 entre 8-24 horas), ingreso hospitalario: 27 (en UCI: 8 (27,26%) y en Medicina Interna: 19 (64,75%)).

**Conclusiones:** La IO es una intoxicación frecuente en atención primaria entre mayo y septiembre, y potencialmente grave. Se produce por mala protección en población de riesgo. El conocimiento de las características personales de los intoxicados y la repercusión clínica es el primer paso para la prevención y control de estas intoxicaciones.

### P248 CARACTERÍSTICAS DE LAS INTOXICACIONES POR MONÓXIDO DE CARBONO. PRIMER PASO PARA SU PREVENCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

H. Ibañez Bargas, O. Pérez Quintana, M. Benavent Company, M. Rosell Domínguez, C. Catalan Oliver y V. Palop Larrea

Departamento 11 de Salud. Subdirección del Departamento 11 de Salud. Alzira. Valencia. Comunidad Valenciana  
Correo electrónico: ccatalan@hospital-ribera.com

**Objetivos:** Conocer las características de las intoxicaciones por monóxido de carbono (ICO) atendidas en Urgencias del hospital de referencia de un Departamento de salud

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Retrospectivo de análisis de historias informatizadas. *Ámbito de estudio:* Urgencias de un hospital comarcal. Período 1/1/1999-31/5/2005. *Sujetos:* Pacientes dados de alta con diagnóstico de ICO (código 986 del CIE-9 MC), con Carboxihemoglobina >0 = al 5% en la gasometría arterial a su llegada a urgencias. *Mediciones e intervenciones:* Edad, sexo, país, profesión, intencionalidad, causa de la misma, hábito tabáquico, Tº transcurrido entre la sospecha de intoxicación y la atención sanitaria, síntomas, nivel de carboxihemoglobina a su llegada a urgencias, complicaciones, estacionalidad y afectación en grupo/individual.

**Resultados:** 63 casos, (desestimadas 23 sin valores de carboxihemoglobina o normales). Hombres: 22 (55%), edad: 4-82 años. Niveles Carboxihemoglobina: 5-10%: 8 (20%), 10-20%: 16 (40%); 20-30%: 11 (27,5%); 30-40%: 4 (10%); 40-50%: 1 (2,5%). El 67,5% de los intoxicados fue en grupo. Intencionalidad: suicida 2 casos, accidental 38(95%). Causas > frecuentes: inhalación humo de motor de gasolina 10 (25%), humo de incendio 7(17,5%), combustión incompleta de estufa 7 (17,5%), de calentador 4 (10%), de hornillo 4(10%). Síntomas >Frecuentes: cefalea 25 (62,5%) casos, mareo 13 (32,5%), desorientación 8 (20%), disnea 6(15%), náuseas 6 (15%), vómitos 5 (12,5%). En 5 (12,5%) se ingresaron en el hospital (2 (5%) en la UCI), 1 caso precisó tratamiento con cámara hiperbárica. Exitus: 0(0%). Los casos se agrupan final otoño/principio primavera (2 picos diciembre con 8 (20%) casos, y abril con 17(42%).

**Conclusiones:** El conocimiento de las características de la ICO en nuestro medio permite en Atención Primaria realizar recomendaciones para su prevención y su derivación a nivel hospitalario ante la sospecha de ICO

## Paciente pluripatológico

### P249 DETERIORO FUNCIONAL, COGNITIVO Y VULNERABILIDAD CLÍNICA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

M. Ortiz Camúñez, P. Boborquez Colombo, E. Garrido Porras, A. Codina Lanaspá, V. Yerro Páez y M. Bernabeu Wittel

CS Camas; CS Candelaria; CS La Plata; Hospital General Virgen del Rocío. Sevilla. Andalucía.  
Correo electrónico: mortizc@meditex.es

**Objetivos:** Analizar factores asociados al deterioro funcional (DF), cognitivo (DC) y vulnerabilidad clínica (VC) en pacientes pluripatológicos (PP).

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Transversal descriptivo. *Ámbito de estudio:* Cuatro Centros de Salud. *Sujetos:* Todos los pacientes pluripatológicos (n = 662). *Mediciones e intervenciones:* Cuestionario al paciente o cuidador. Variables: edad, sexo, categoría clínica como PP, cuidador, escala de Barthel (EB), Pfeiffer (EP), escala de Gijón (EG) y accesibilidad a profesionales sanitarios de referencia. La VC se extrajo tras análisis factorial como variable resumen del número de ingresos, urgencias hospitalarias/atención primaria y visitas domiciliarias médicas/enfermería. Comparación entre grupos mediante la U de Mann-Whitney, test de Kruskal-Wallis y R de Pearson. Análisis multivariante mediante técnica de regresión lineal.

**Resultados:** 461 pacientes contestaron. Mediana EB = 90. DF relacionado con mayor edad, mujeres, más categorías clínicas como PP, categoría B y E, presencia de DC, parentesco del cuidador y la insuficiencia sociofamiliar. El DF se asoció de manera independiente con la insuficiencia sociofamiliar y la categoría E. Presencia DC = 46,3%, relacionándose con DF, peor soporte socio familiar, categoría E y necesidad de asistencia do-



miciliaria por enfermería. La VC aumentó con la edad, categorías de inclusión, categoría E, DF, insuficiencia sociofamiliar, acceso telefónico a su médico/enfermero y cuidados por profesionales.

**Conclusiones:** Los PP con más VC y con mayor DF eran mayores, con más categorías clínicas, generalmente la E (neurológicas con déficit) El circuito asistencial más adaptado a sus necesidades fue la accesibilidad telefónica a los profesionales sanitarios. El PP con DC presento perfil de especial fragilidad (etaria, funcional y sociofamiliar).

## P250 EMPATÍA DE LOS PACIENTE PLURIPATOLÓGICOS O SUS CUIDADORES CON EL MÉDICO Y ENFERMERA DE FAMILIA

M. Ortiz Camúñez, P. Bohorquez Colombo, M. Álvarez Tello, A. Codina Lanaspá, L. de Paz Aguilar y M. Ollero Baturone

CS Camas; CS Candelaria; CS Amate; Hospital General Virgen del Rocío. Sevilla. Andalucía.

Correo electrónico: mortizc@meditex.es

**Objetivos:** Conocer la empatía entre pacientes pluripatológicos (PP) y sus médicos (MF) y enfermeras de familia (EF) y determinar los factores bio-psico-sociales asociados.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Transversal descriptivo. *Ámbito de estudio:* Cuatro Centros de Salud. *Sujetos:* Todos los pacientes con criterio de pluripatológico (N = 662). *Mediciones e intervenciones:* Entrevista al paciente o cuidador por entrevistador sin relación con ellos. La empatía se midió mediante escala de Likert (1-5). Tras el análisis factorial con las variables asistenciales se obtuvo, como factor, la empatía global (EG) (método de máxima verosimilitud oscilando la matriz de las tres variables resumidas entre 0,44 y 0,85). Los posibles factores predictores de la EG se escogieron de características demográfico-clínicas y asistenciales del PP. Comparación de grupos mediante T de Student y test de ANOVA y post-hoc de Tukey y Dunnett, y se correlacionaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Se realizó un análisis multivariante mediante regresión lineal.

**Resultados:** 461 pacientes (69%) contestaron. La empatía con el MF y EF fue  $4.39 \pm 0.98$  y  $4.49 \pm 0.87$  y la mediana del factor EG = 0,33. La EG se asoció con la accesibilidad telefónica al MF y EF. Se correlacionó negativamente con la escala de Gijón global y dos de sus dimensiones: apoyos e ingresos. En el análisis multivariante, la valoración social, medida por el índice de Gijón, y el número de fármacos prescritos predijeron de forma independientemente la EG.

**Conclusiones:** El nivel de empatía con MF y EF y la EG fueron elevados. Lse asoció con el acceso telefónico al MF y EF, número de fármacos prescritos y buen soporte sociofamiliar.

## P251 PREVALENCIA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN UN CUPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN CENTRO DE SALUD URBANO

C. Belascoain Prieto, J. González Batanero, O. Mayans Porras, L. Baena Ferrer, S. Ramos Cózar y M. Rufo Muñoz

CS Molino de la Vega. Huelva. Andalucía.

Correo electrónico: cbelascoain@hotmail.com

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de pacientes pluripatológicos en un cupo de Atención Primaria en un Centro de Salud urbano. Evaluar el grado de dependencia de un cuidador, y el grado de sobrecarga de este

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio transversal de prevalencia. Estudio observacional descriptivo. *Ámbito de estudio:* Un cupo de un C.S. urbano. *Sujetos:* del total del cupo (N = 1803) se extrae una muestra aleatoria de n = 1000 para un nivel de confianza de 99,12%. *Mediciones e intervenciones:* Se revisaron 1000 historias de salud en Diraya, TASS y de papel. Se consideraron pluripatológicos aquellos que cumplían los criterios descritos en el Proceso Integral de Atención al Paciente Pluripatológico del SAS. A estos se les citó y realizaron los cuestionarios de Valoración Geriátrica Integral de dicho Proceso (Índice de Barthel y Lawton-Brody, área funcional; Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón y Test de sobrecarga del cuidador de Zarit, área social; Pfeiffer y Lobo, área cognitiva; Escala de depresión geriátrica de Yesavage, área afectiva). Se estableció una relación entre grado de dependencia y sobrecarga del cuidador principal. Como otras variables se recogieron sexo y edad. El consentimiento informado se obtuvo de forma verbal.

**Resultados:** La prevalencia es del 4,00% (IC al 99%, 2,87-5,40%) ( $p < 0,001$ ). La media de edad fue  $72,04 \pm 8,03$  años las mujeres (62,85%)

(IC 95%) y  $70,23 \pm 8,69$  años para los hombres (62,85%) (IC 95%). Se obtuvo relación estadísticamente significativa entre dependencia y sobrecarga ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia se corresponde con la estimada mediante estudios previos en la Comunidad Autónoma donde se sitúa el estudio. La sobrecarga del cuidador depende del nivel de dependencia funcional

## P252 PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS INVALIDANTES. ANÁLISIS DE SU SITUACIÓN

L. Pascual López, E. Lerma García, V. Dapena Ramos, E. García Carrascosa, R. Eslava Jiménez y J. Sanz Sanz

CS Manises. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: ginnie205@yahoo.es

**Objetivos:** Analizar los problemas de salud en pacientes subsidiarios de atención domiciliaria en un centro de salud y la atención prestada.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo observacional transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Pacientes con patología crónica invalidante, atendidos en su domicilio, n = 61. *Mediciones e intervenciones:* Se analizan; diagnóstico principal, síntomas, describiendo frecuencia e intensidad, medidas con escala categórica (leve-grave) y numérica verbal (0-10), tratamiento prescrito y servicios sanitarios recibidos. Encuestas realizadas en domicilio por enfermería.

**Resultados:** Edad media 79 a., mujeres (68%).

Diagnósticos más frecuentes: artrosis (24,68%), EPOC (14,8%). AVC (13,1%), I. Cardíaca (9,8%). Índice de Barthel: 63,3 (DE 25,1).

Síntomas más frecuentes: dolor, astenia, ansiedad y depresión, presentes en más del 50% de los pacientes; siendo de mayor intensidad (ENV): astenia 6,8, estreñimiento 6,8, depresión 6,7 y disnea 6,5. 25,9% calificó como grave o irresistible su dolor, 31% la astenia, 22,7% la ansiedad, 21,7% la depresión, 63,6% la disnea, 61,5% el estreñimiento y 36,4% el insomnio. Analgésico más prescrito: paracetamol, el 14% tomaban opioides (2º escalón).

Media de visitas médicas en domicilio últimos 6 meses 1,5 (DE 1,8) y de enfermería 4,5 (DE 1,5), atendidos en urgencias hospitalarias una media de 0,9 visitas/año, y 0,5 ingresos/año.

**Conclusiones:** Tanto los síntomas físicos como los emocionales han sido valorados por los pacientes con intensidad elevada.

Síntomas como el dolor, estreñimiento o insomnio pueden ser mejorados con tratamiento farmacológico adecuado.

A pesar de que la atención domiciliaria es parte fundamental de la labor asistencial del médico de familia, subrayamos el escaso número de visitas médicas realizadas en domicilio.

## Patología tiroidea

### P253 PATOLOGÍA TIROIDEA EN NUESTRA ÁREA DE SALUD

V. Valcarcel Lencina, P. Abenza Jiménez, M. Ruiz Egea, M. Medina Abellán, I. Moreno Encabo y E. Granero

CS Espinardo. Murcia.

Correo electrónico: encabo79@hotmail.com

**Objetivos:** Conocer los datos referentes a patología tiroidea en nuestro centro y analizar posibles intervenciones que mejoren nuestra práctica clínica.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo programa OMIC-AP. *Ámbito de estudio:* Área de salud. *Sujetos:* 11.403 pacientes del centro de Salud que estaban informatizados mayores de 14 años entre los años 2001 y 2005. *Mediciones e intervenciones:* Se estudiaron: datos antropométricos, tipo de patología funcional, patología estructural, patología benigna o maligna, motivo de consulta, exploración física, analítica realizada en el último año y si se derivó

**Resultados:** Se utiliza estadística descriptiva. 331 pacientes presentaban patología tiroidea (85,8% mujeres) supone una prevalencia de 2,66% de patología tiroidea. Hipertiroidismo tenían 47 (14,2%), hipotiroidismo subclínico 146 (44,1), hipotiroidismo clínico 110 (33,2%) y 8 (2,4%) era normal. La patología estructural no consta en 262 (79,2%), consta y es normal 13 (3,9%), bocio 24 (7,3%) y nódulos 29 (8,8%). Patología benigna presentaban 128 (38,7%), maligna 6 (1,8%) y 196 (59,2%) no constan.



El motivo de consulta no consta en 152 (45,9%), es casual o por analítica 95 (28,7%), 39 (11,8%) consultaron por signos o síntomas y 45 (13,6%) tenían diagnóstico previo. La exploración no consta en 317 (95,8%) 160 (48,3%) tenían analítica en el 2005. Se derivaron 147 (44,4%).

**Conclusiones:** La patología tiroidea, es en la mayoría de los casos, de diagnóstico incidental Hay un importante margen de mejora en el manejo de esta patología en nuestro medio sobre todo en exploración y evolución. Esta patología podría manejarse en A.P. con un mayor acceso a pruebas complementarias.

## P254 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD TIROIDEA (FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL) Y ESTADO DE YODACIÓN EN LAS EMBARAZADAS DE UNA ZONA DE SALUD

J. Jaén Díaz, F. López de Castro, B. Cordero García, J. Sastre Marco, F. Santillana Balduz y F. Castilla López-Madrirdejos

CS Santa Maria de Benquerencia. Toledo. Castilla-La Mancha.  
Correo electrónico: ijd02@hotmail.com

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de enfermedad tiroidea funcional y estructural en gestantes, así como su estado de yodación.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. Zona de Salud urbana. *Sujetos:* La población del estudio fueron las embarazadas (primer trimestre), captadas y controladas en el centro de salud durante 2005. Como grupo control reclutamos 169 mujeres de similar edad no embarazadas. *Mediciones e intervenciones:* Se determinaron los valores de TSH, T4, Ac. Antiperoxidasa y los niveles de yoduria. Se realizó una ecografía tiroidea. En el análisis se emplearon los test de Mann-Whitney (U) y Pearson (X2)

**Resultados:** La edad media en embarazadas (n = 199) fue de 30,1 años y de 29,8 en controles (p>0,05).

Tuvieron valores de TSH >4 (hipotiroidismo subclínico) el 9,5% (IC95% 6,0-14,7) de las gestantes. Encontramos un solo hipertiroidismo subclínico (0,5%).

La mediana de yoduria fue 137,5 mg/l en embarazadas y 150,0 en controles (p = 0,728). En embarazadas que tomaron suplemento de yodo, la mediana de yoduria fue de 190 mg/l, frente a 100 en las que no lo tomaron (p<0,01).

Respecto al volumen tiroideo, fue mayor en embarazadas que en controles (12,1 vs 10,7cm<sup>3</sup>; p<0,01).

La presencia de nódulos mayores de 10 mm fue del 10,3% en embarazadas, frente al 5,3% en controles (p>0,05)

**Conclusiones:** Existe una alta prevalencia, tanto de hipotiroidismo como de enfermedad nodular tiroidea en embarazadas. Aunque el estado de yodación sería aceptable en el grupo control, la ingesta de yodo en embarazadas es inferior a lo recomendado (yoduria por encima de 160). Se debería aumentar la ingesta de yodo en el embarazo, mediante el empleo de preparados comerciales.

## Problemas hematológicos

### P255 ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA ANTE UN HALLAZGO DE EOSINOFILIA

M. Coll Puigserver, J. Tortella Morro, L. Zuabi García, B. Hernando Campins, S. Martínez Palli y P. Palmer Muntaner

Escuela Graduada. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: mneus77@hotmail.com

**Objetivos:** Describir la actuación del médico de familia ante una eosinofilia.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Zona básica de salud. *Sujetos:* Pacientes registrados en el CS con hallazgo de eosinofilia (500 eosinófilos/microlitro) en el año 2005 declaradas por el laboratorio de referencia. *Mediciones e intervenciones:* de la historia clínica se recogieron las variables sociodemográficas, país de origen, antecedentes alérgicos, familiares, viajes recientes, signos y síntomas, tratamiento fármacos relacionados con eosinofilia, pruebas solicitadas, derivación especialista, diagnóstico, tratamiento empírico-etiológico).

**Resultados:** Se encontraron 48 eosinofilias no conocidas, media eosinófilos 1456,10 (DE 499,24) 52,1% hombres, edad media 33,06 (DE 17,4), 66,6%

originarios de Ecuador y Bolivia y no constaba en el 31,3%. No constaba antecedentes alérgicos 39,6%, ni antecedentes familiares-convivientes 87,5%. Un 33,4% tomaban algún fármaco relacionado con eosinofilia siendo la mitad AINES. Las pruebas solicitadas fueron Rx tórax, en 22,9%, ECG 16,7%, coprocultivo 39,6%, huevos y parásitos heces 39,6%, urinocultivo 14,6%, perfil hepático 10,4%, PPD 16,7%, ecografía abdominal 2,1%. No se solicitaron CKs. La prueba con mayor aportación al diagnóstico etiológico fue la determinación de huevos y parásitos en heces (50%), el coprocultivo (33,3%) seguidas por PPD (20%) y 14% de Rx torax. Se derivaron al especialista el 18,8%, tratamiento empírico en un 4,2%. Se llegó a diagnóstico etiológico en un 25%, de parasitosis-protozoosis en un 20,8% (blastocistis hominis en la mitad) y el 100% de parasitosis-protozoosis en pacientes inmigrantes.

**Conclusiones:** Se solicitan menos pruebas diagnósticas de las recomendadas. Tres cuartas partes de las eosinofilias quedan sin diagnóstico etiológico. La mayor parte son parasitosis-protozoosis y todas ellas en pacientes inmigrantes.

### P256 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA EOSINOFILIA

L. Zuabi García, J. Tortella Morro, M. Coll Puigserver, B. Hernando Campins, S. Martínez Palli y M. Esteve Cantó

Escuela Graduada. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: mneus77@hotmail.com

**Objetivos:** Comparar la actuación del médico de familia ante una eosinofilia antes y después de la aplicación de un protocolo específico

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo pre-post. *Ámbito de estudio:* Zona básica de salud. *Sujetos:* Pacientes registrados en el centro de salud con hallazgo de eosinofilia (500 eosinófilos/microlitro) identificados por laboratorio de referencia. Preprotocolo: eosinofilias diagnosticadas en el 2005 (N = 45). Postprotocolo: eosinofilias diagnosticadas de enero-mayo 2006 (N = 32). *Mediciones e intervenciones:* Se elaboró un protocolo de actuación que fue presentado en sesión clínica a los médicos del centro junto con protocolo escrito. *Mediciones:* de la historia clínica se recogieron 1) Variables de anamnesis: país de origen, antecedentes alérgicos, familiares, viajes recientes. 2) Clínicas: Signos, síntomas, tratamiento fármacos relacionados con eosinofilia, pruebas solicitadas, derivación especialista, diagnóstico, tratamiento empírico-etiológico

**Resultados:** No aumentó significativamente el número de pacientes con variables de anamnesis recogidas, tampoco la solicitud de coprocultivos, tratamientos empíricos o etiológicos. Aumentó la solicitud de pruebas como Rx tórax (pre 11,4%, post 60%, p<0,001), huevos-parásitos en heces (pre 37,1%, post 72,5%, p = 0,002), PPD (pre 5,7%, post 52,5%, p<0,001). También el número de derivaciones al especialista (pre 9,1%, post 44,4%, p = 0,001) y el diagnóstico de parasitosis-protozoosis (pre 22,6% y 47,6%, p: 0,05).

**Conclusiones:** Tras la presentación del protocolo mejora la actuación del médico en términos de solicitud de pruebas, mayor derivación especialista y más diagnósticos de parasitosis-protozoosis. Sin embargo la anamnesis no ha mejorado y no se realizan más tratamientos etiológicos. Esto último pudiera ser por el poco tiempo de diagnóstico que llevan algunas de las eosinofilias postprotocolo.

## Trastornos cognitivos

### P317 ¿CÓMO SON NUESTROS PACIENTES CON DEMENCIA?

A. Martín Lorente, V. Silvestre Puerto, E. Borreguero Guerrero, A. Sancho Iglesias, M. García Sancho y A. Moreno Destrueles

CAP La Granja. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: cborreguero@gmail.com

**Objetivos:** Conocer la prevalencia y perfil de los pacientes con diagnóstico de demencia en el programa informático E-cap.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo observacional retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Área Básica de Salud. *Sujetos:* Muestra de 54 individuos >65 años con diagnóstico: Demencia vascular y/o Alzheimer hasta mayo/06. *Mediciones e intervenciones:* Se analizaron los siguientes ítems: datos sociodemográficos; problemas codificados: hipertensión arterial(HTA),

diabetes mellitus tipo II (DM II), dislipemia (DLP), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatía, patología neoplásica, enfermedad vascular cerebral (AVC), enfermedad de parkinson y trastornos estado de ánimo; inclusión programa de atención domiciliaria (ATDOM); identificación del cuidador: pareja, hijos, otros; tratamiento farmacológico específico demencia; demanda social solicitada por el individuo y/o familia.

**Resultados:** Prevalencia en mayores de 65 años es 1,55%. Edad media de 80,19 años (DE 1); mujeres el 70,37% y viudos 72,20%. Problemas de salud más frecuentes: factores de riesgo cardiovascular (HTA en 57,40%; DLP 42,59% y DM II en 27,77%); artrosis/ostoporosis 38,88%; cardiopatía 24,07%; EPOC 22,22%; seguido de trastornos del estado de ánimo 14,80%; procesos neoplásicos y AVC 12,96% y enfermedad de parkinson 7,40%. El 62,96% reciben tratamiento específico para la demencia. Cuidador principal: hijos 51,85%, seguido de la pareja 29,62% y otros 9,25%. Inclusión en ATDOM el 42,59%. El 46,29% no han realizado ningún tipo de solicitud a nivel socio-económico.

**Conclusiones:** El perfil de nuestro estudio es mujer viuda de 80 años con hipertensión, diabetes mellitus, dislipémica y artrósica que vive en casa de sus hijos, no incluida en programa ATDOM ni receptora de ayudas socio-económicas y con tratamiento farmacológico específico para la demencia.

### P318 TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN LA DEMENCIA ALZHEIMER DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. POLIFARMACIA Y REACCIONES ADVERSAS

M. Pérez Bauer, S. Hernández Anadón, S. Crispi Cifuentes, O. Calviño Domínguez, M. Jiménez Rubio y J. Blade Creixent

EAP Jaume I - Tarragona 3. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: mpbauer@wanadoo.es

**Objetivos:** Conocer el tratamiento de síntomas psicopatológicos (SP), polifarmacia y reacciones adversas medicamentosas (RAM) en pacientes Alzheimer.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Pacientes con Alzheimer. *Mediciones e intervenciones:* Variables demográficas, parámetros antropométricos, cuidador, deterioro mental (DM) según Pfeiffer, SP (agitación, psicóticos, insomnio, ansiedad, depresión), prescripción, polifarmacia, RAM. Estadística descriptiva e inferencial (d.s.  $p < 0,05$ ).

**Resultados:** N = 101 (70,3% mujeres). Edad media 80,35 (desviación típica 6,97). DM: 28,7% leve, 31,7% moderado, 37,6% grave. SP: 36,6% agitación (27,5% en deterioro leve, 31,25% moderado, 50% grave). 33,7% síntomas psicóticos (17,2% en deterioro leve, 28,1% moderado, 50% grave;  $p < 0,05$ ). 43,6% insomnio (34,4% en deterioro leve, 37,5% moderado, 57,8% grave). 36,6% depresión (37,9% en deterioro leve, 43,7% moderado, 28,9% grave). 31,7% ansiedad (27,5% en deterioro leve, 37,5% moderado, 31,57% grave). Medicación: 75,2% inhibidores colinesterasa (37,6% donepezilo, 27,7% rivastigmina, 9,9% galantamina), 15,9% memantina, 12,9% citicolina/piracetam, 8,9% nimodipino, 34,6% ansiolíticos, 31,7% neurolepticos, 22,8% antidepresivos, 7,9% antiepilépticos. 27,7% incumplimiento terapéutico. 5,9% desnutrición, 22,8% riesgo. 74,3% polifarmacia (47,5% de 4-6, 21,8% 7-10, 5%  $> 10$  fármacos). 14,9% con RAM (44% digestiva, 16,6% somnolencia, 11% cutánea, 11% vértigo, 5,5% alucinaciones, 5,5% bradicardia). Fármacos relacionados con RAM: 27,7% neurolepticos, 22,2% anticolinérgicos, 11% AINES, 5,5% flecaína. RAM según género: 18,3% en mujeres, 6,6% hombres. RAM según polifarmacia: 3,5% de 1-3 fármacos, 19,17% en  $> 3$  (18,7% de 4-6, 19% de 7-9, 25% en  $> 10$  fármacos). RAM según estado nutricional: 8,3% normal, 31% en riesgo/desnutrición (16,6% desnutrición, 34,78% riesgo);  $p < 0,05$ .

**Conclusiones:** Con DM aumentan síntomas psicóticos/agitación y disminuye depresión/ansiedad. Relación entre RAM con polifarmacia, sexo femenino y déficit nutricional. Asociación entre caídas con desnutrición.

### P319 TEST DE YESAVAGE. ¿PUEDE SER ÚTIL EN LA DETECCIÓN DE DEMENCIA?

M. Fuentes Pérez, L. Belmonte Calderón, J. Guerrero Desirre, M. Cusi Ibáñez, T. Palatsi Cortes y E. Casajuana Andrés

ABS Camp de L'Arpa; CAP Maragall. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: mafuentesperez@hotmail.com

En fases iniciales de la demencia hay clínica depresiva en muchos pacientes. Hemos considerado la posibilidad que una prueba de cribado de

depresión (Yesavage-15) pudiera servir para detectar deterioro cognitivo.

**Objetivo:** Averiguar la posible utilidad del Test de Yesavage-15 ítems como prueba de detección del deterioro cognitivo en población anciana.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud urbano. *Sujetos:* Muestra aleatoria de pacientes  $> 65$  años que acuden a consulta, sin excluir los diagnosticados previamente de demencia. Prevalencia esperada depresión: 20%, precisión 5%, nivel de confianza 95%. N = 246. *Mediciones e intervenciones:* Tras obtención consentimiento informado, un médico especialista de nuestro hospital administró a los pacientes reclutados: MiniMental State Examination (MMSE-Blesa, 2001-) y Yesavage-15. Diagnóstico clínico de depresión a partir historial informatizado. Cálculo: sensibilidad, especificidad, valores predictivos, índice kappa.

**Resultados:** 62% mujeres, media de edad 74 años (DE = 6,2). Prevalencia deterioro cognitivo (MMSE) = 23,9%. Prevalencia de depresión = 21,5% (historial clínico) y 10,1% (Yesavage  $> 5$ ). En el 48% de los pacientes con Yesavage alterado no constaba diagnóstico clínico de depresión. Yesavage como prueba de detección del deterioro cognitivo = sensibilidad: 10,1% [IC95%, (6-15)], especificidad: 89,8% [IC95%, (82-92)] y Kappa = 0,0001 [IC95%, (-0,16, 0,16)]. Kappa (Yesavage/diagnóstico clínico depresión) = 0,22 [IC95%, (0,06 - 0,39)]

**Conclusiones:** 1) No hay correlación entre MMSE y Yesavage, pero sí entre Yesavage y diagnóstico clínico de depresión. 2) Asumiendo la utilidad contrastada del Yesavage en el cribado de depresión, existe un infradiagnóstico clínico de la depresión en nuestras consultas. 3) No es útil Yesavage para detectar deterioro cognitivo por su bajísima sensibilidad

### P320 ALTERACIONES DE LA MEMORIA. ¿QUÉ HACEMOS EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA?

M. Virgós Bonfill, C. Mangrané Guillen, M. Campani Peiró, A. Isach Subirana, P. Luque Martí y M. Diaz Salsench

ABS Reus-2. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: mvirgos.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos:** Describir el manejo de las alteraciones de memoria en nuestras consultas de atención primaria (AP).

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio observacional descriptivo. *Ámbito de estudio:* Realizado en 9 consultas de una área Básica de Salud Urbana. *Sujetos:* Seleccionamos todos los pacientes con el diagnóstico de alteraciones de la memoria. *Mediciones e intervenciones:* Analizamos las variables: sexo, edad, fecha de inicio de síntomas, persona que consulta (paciente/hijos/cónyuge), test mimimental (MEC), test del informador (TIN), analítica (hemograma, bioquímica, perfil renal, VSG, serología luética, Vitamina B12, HIV), ECG, radiografía de tórax, TAC cerebral, fármacos asociados a demencia (benzodiazepinas, neurolepticos y otros); persona que solicita la derivación a la Unida de Demencias (UFISS); orientación diagnóstica (demencia primaria, vascular, mixta y alteración de la memoria asociada a la edad (AMAE), lugar de diagnóstico (AP, UFISS) y si toma tratamiento específico.

**Resultados:** Edad media: 77,8 años; Mujeres: 58,4%. Los hijos consultan 40,4% y el cónyuge el 29,2%. Se aplica MEC: 56,2% y TIN: 15,7%. Realizamos analítica: 94,4%; ECG: 82%; Radiografía tórax: 38,2%; Tac cerebral: 46,1%. El 30,3% tomaban benzodiazepinas en el momento del diagnóstico. El 55,1% se derivaron a UFISS por el médico de AP. El diagnóstico de demencia primaria fue de 41,6%, AMAE: 28,1%, demencia mixta: 16,9% y 9% demencia vascular. El 50,6% de los pacientes reciben tratamiento específico por demencia (Donepezilo 68,5%; Rivastigmina 24,7%; Galantamina 2,24%; Quetiapina 2,24% y otros 2,32%).

**Conclusiones:** En nuestras consultas de AP observamos que son los hijos los que consultan por la alteración de memoria de los padres. Diagnosticamos principalmente las demencias primarias (40,4%) y AMAE (31,5%). Los tratamientos mas prescritos por UFISS son Donepezilo (68,5%) y Rivastigmina (24,7%).

### P321 EL PACIENTE DEMENTE Y SU FAMILIA

A. Martín Lorente, V. Silvestre Puerto, E. Borreguero Guerrero, M. García Sancho, A. Sancho Iglesias, A. Moreno Destruels

CAP La Granja. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: eborreguero@gmail.com

**Objetivos:** Analizar las patologías, el tratamiento farmacológico, demanda social y soporte familiar de los pacientes con demencia vascular y/o Alzheimer en Atención Primaria.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo observacional retrospectivo.

*Ámbito de estudio:* Área básica de salud. *Sujetos:* Muestra de 54 individuos hasta mayo del 2006. *Mediciones e intervenciones:* Se analizan: datos sociodemográficos, problemas de salud codificados, tratamiento farmacológico, identificación del cuidador, vivienda habitual, inclusión en el programa de atención domiciliaria (ATDOM), y demanda social realizada por la familia o el paciente.

**Resultados:** Edad media 80,19 años (DE 1); 70,37% son mujeres; 72,20% viudos; 27,7% casados.

Patologías más frecuentes: 57,40% hipertensos; 42,59% dislipémicos; 27,77% diabéticos; artrosis/osteoporosis 38,88%; cardiopatía 24,07%; EPOC 22,22%; trastornos del ánimo 14,80%; neoplasia y AVC 12,96%; fibrilación auricular 11,11%; Parkinson 7,40%.

El 62,96% toman tratamiento específico para la demencia. El 57,40% están polimedicados.

El 51,85% están a cargo de sus hijos; el 29,62% del cónyuge y de otras personas el 9,25%.

El 50% viven en su casa; 48,14% con los hijos; 14,81% en residencias-sociosanitarias. 42,59% están incluidos en el programa ATDOM.

Demanda socio-sanitaria: centro de día 12,96%; residencia y soporte económico el 11,11%; información 5,50%; sociosanitario-descanso familiar 3,70%.

**Conclusiones:** Individuos de edad avanzada, viudos, pluripatológicos y polimedicados, que viven en su propio domicilio o con sus hijos, cuidados principalmente por éstos.

Resaltar el 62,96% con tratamiento específico, probablemente por el aumento de la esperanza de vida y el control óptimo de factores de riesgo cardiovascular.

Destacar también la poca inclusión en programa ATDOM, y la escasa demanda de ayudas socio-económicas, probablemente por desconocimiento.

## P322 CONVIVIR CON LA ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA

B. Iraizoz, M. Mangrane, J. de Magriña, Y. Ortega, D. Ribas y S. Onrubia

ABS Reus-4. Reus. Cataluña.

Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de las enfermedades neurológicas degenerativas (END) en nuestra área urbana y su influencia en el entorno familiar.

**Material y métodos:** *Diseño:* Estudio transversal observacional *Ámbito de estudio:* Área urbana de 22.000 usuarios. *Sujetos:* Muestra 25 pacientes Alzheimer, 19 Parkinson y 15 demencia, representación aleatoria de los pacientes END, atendidos hasta febrero de 2006. *Mediciones e intervenciones:* Variables: edad, sexo, tipo de END, cuidador principal, existencia y tipo de patología mental del cuidador, dónde vive el paciente (domicilio, residencia o centro de día).

**Resultados:** n = 59. Demencia 25,4%, Parkinson 32,2%, Alzheimer 42,4%. Edad media 79,35 ± 8,7. Mujeres 59,3%.

Antecedentes familiares 5,1%.

Cuidador principal: pareja 37,3%, hija 20,3%, cuidador externo 33,9%. Si paciente mujer, cuidador principal: hija 30%, cuidador externo 48% y pareja 22%. Si paciente hombre, cuidador: pareja 74% (p<0,001). Cuidador externo en 48% si la enfermedad es Alzheimer y 50% si demencia. Parkinson, cuidador principal la pareja 79% (p<0,005).

Enfermedad del cuidador: 8,5% depresión, 3,4% ansiedad. Siempre que el cuidador convive se produce enfermedad.

Viven en casa 74,6%, en residencia 20,3% (54,8% padecen Alzheimer, 84% son >80 años). Enfermedad más frecuente en mujeres, Alzheimer (54,8%); en hombres, Parkinson (54,1%) (p = 0,01).

**Conclusiones:** La END es más frecuente en mujeres, y de todas, el Alzheimer predomina.

Cuidador principal, la pareja, sobre todo cuando el paciente es hombre. Si el paciente es mujer o la enfermedad es Alzheimer, cuidador principal es la hija o externo.

La enfermedad más frecuente del cuidador es la depresión y predomina en los hombres.

El Alzheimer es la enfermedad que genera más ingresos en residencia

## P323 RELACIÓN ENTRE DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN POBLACIÓN ANCIANA DEMANDANTE DE CONSULTA

S. Montesinos Sanz, E. Fernández Valdivieso, A. Andrades Corrales, M. Galán Cuevas y N. Pereira Berdules

Grupo de Trabajo Ancianos. ABS 2 Sta. Coloma de Gramenet. Sta. Coloma de Gramenet. Cataluña.

Correo electrónico: susannix2002@yahoo.com

**Objetivos:** Estimar la relación entre deterioro cognitivo (DC) y depresión en población demandante mayor de 65 años, así como los factores asociados.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal

*Ámbito de estudio:* ABS urbana.

*Sujetos:* Muestra aleatoria sistemática de 106 pacientes mayores de 65 años que acuden a consulta espontáneamente entre Abril y Mayo 2006. Se excluyen aquellos que presentan depresión activa y DC grave.

*Mediciones e intervenciones:* Se registran las variables sociodemográficas, déficit sensorial, valoración cognitiva mediante test de Peiffer (puntuación normal de 0-2 errores, DC leve 3-4, DC moderado 5-7 y DC importante 8-10), valoración de trastorno depresivo con test de Yesavage reducido de 15 ítems (puntuación normal 0-5 puntos, probable depresión 6-9, depresión establecida >9)

**Resultados:** El 45,3% son varones y el 54,7% mujeres, de edad media de 70 ± 5 años (60,4%). El 3,8% solteros, el 67,9% casados y el 28,3% viudos. El 21,7% viven solos. El 61,3% presenta algún déficit sensorial El 24,5% tiene depresión probable o establecida; de éstos, el 26,9% tiene asociado algún grado de DC (p = 0,004)

**Conclusiones:** Uno de cada cuatro pacientes puede estar sufriendo una depresión no diagnosticada. Deberíamos tener una actitud de sospecha continua dada la presentación atípica de esta enfermedad en ancianos. Por otro lado, el 27% de pacientes con depresión puede estar sufriendo un DC. Es importante realizar un correcto seguimiento porque se ha comprobado que dichas variables asociadas son predictoras de aparición de demencia irreversible.

## P324 DETERIORO COGNITIVO Y AUTOPERCEPCIÓN DE PROBLEMAS DE MEMORIA: ¿VAN SIEMPRE ASOCIADAS?

E. Fernández Valdivieso, S. Montesinos Sanz, A. Andrades Corrales, N. Pereira Berdules y M. Galán Cuevas

Grupo de Trabajo Ancianos. ABS 2 Sta. Coloma de Gramenet. Sta. Coloma de Gramenet. Cataluña.

Correo electrónico: susannix2002@yahoo.com

**Objetivos:** Determinar la relación entre deterioro cognitivo (DC) y auto-percepción de problemas de memoria en población mayor de 65 años que acude a consulta.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio prospectivo observacional transversal. *Ámbito de estudio:* ABS urbana. *Sujetos:* Muestra de 106 pacientes mayores de 65 años seleccionados aleatoriamente de forma sistemática, que acuden a consulta espontáneamente entre Abril y Mayo 2006. Se excluyen aquellos con DC grave diagnosticado previamente.

*Mediciones e intervenciones:* Se registran variables sociodemográficas (sexo, edad, estudios, estado civil y convivencia), el nº de enfermedades crónicas, nº de fármacos tomados diariamente. La valoración cognitiva se realiza con test de Pfeiffer y para valorar la auto-percepción de problemas de memoria se utiliza el ítem 10 del test de Yesavage reducido.

**Resultados:** El 10,4% presenta algún grado de DC. Si estratificamos las variables encontramos diferencias significativas en el sexo (91% mujeres), estudios (91% no estudios), estado civil (64% solteros o viudos), vivir solos (17,4%) y fármacos consumidos (72,7% >7 fármacos). El 27% de los que presentan algún grado de DC no cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente (p = 0,002)

**Conclusiones:** El 10% de mayores de 65 años puede estar presentando algún grado de DC. Alrededor de una tercera parte de estos no cree tener más problemas de memoria que el resto de la gente y posiblemente no acudiría a consulta refiriendo este motivo. Debemos ser especialmente sensibles en la búsqueda activa de DC en mayores de 65 años en AP.

### P325 ¿CONOCEMOS LAS CARACTERÍSTICAS DE NUESTROS PACIENTES CON DEMENCIA? ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

C. Alayeto Salvador, E. Aguas Marrocan, S. Martínez Iguaz, D. González Trujillo, E. Borra Moliner y A. Pina Sanz

CS Delicias Sur, CS Bombarda. Zaragoza. Aragón.  
Correo electrónico: sumariz76@yahoo.es

**Objetivos:** Analizar los pacientes diagnosticados de demencia en nuestro Centro de Salud.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* Pacientes con episodios registrados en el ordenador de pérdida de memoria, demencia (senil, vascular, mixta, tipo Alzheimer y otras) y Enfermedad de Alzheimer. *Mediciones e intervenciones:* Recogimos en ficha datos epidemiológicos, comorbilidad, tipo de demencia, evolución y dependencia de los pacientes

**Resultados:** Pacientes totales: 1000. Muestra seleccionada: 279. 71% mujeres. Edad media al inicio de los síntomas 79,7. Como patología concomitante están: HTA en 44%, artrosis en 39%; patología neurológica y polifarmacia 31%. Al inicio hay síntomas cognitivos en el 80%; en la evolución síntomas cognitivos en 52% y funcionales en 43%. Respecto al tipo de Demencia el 33,7% de los pacientes estaban diagnosticados de Enfermedad de Alzheimer, 22,2% de Demencia Senil y 19% de Demencia Vascular. El 9,7% fueron diagnosticados de Demencia Mixta. El 52% de los pacientes presentaban una evolución lenta de la enfermedad, el 28% progresiva y el 20% rápida. El 32% eran autosuficientes para las actividades de la vida diaria, el 28,7% necesitaba alguna ayuda. El 31,3% presentaba dependencia total.

**Conclusiones:** 1. El paciente tipo es una mujer de 80 años diagnosticada de Demencia de Alzheimer, hipertensa con evolución lenta de su enfermedad y autosuficiente. 2. Al inicio del cuadro hay síntomas cognitivos principalmente. 3. Llama la atención, al revisar las historias, la falta de datos en los episodios que nos hicieron llegar a desechar algunos pacientes. 4. Posiblemente haría falta un protocolo en el Centro de Salud para la valoración de estos pacientes

### P326 ¿QUÉ RECURSOS EMPLEAMOS EN NUESTROS PACIENTES CON DEMENCIA DOMICILIARIA?

M. Pie Oncins, M. González Moneo, M. Simó y C. Mayorgas Mayorga

Grupo de Trabajo Gent Gran. ABS Sant Martí. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: mjgonzalez.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos:** Análisis de los recursos sociales y sanitarios utilizados en la atención de los pacientes con demencia en domicilio.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Dos áreas básicas de salud urbanas. *Sujetos:* Todos los pacientes con demencia del programa de Atención Domiciliaria. Exclusión: exitus y institucionalizados. *Mediciones e intervenciones:* Variables sociodemográficas, tipo de demencia y patología asociada. Recursos: cuidador principal, especialistas, recursos sociales, visitas a enfermería y medicina, de junio 2005 a junio 2006.

**Resultados:** de 375 pacientes con demencia, 60 (16%) recibían atención domiciliaria. Mujeres: 43 (71,7%), edad 84,3 (DS6,6) La demencia más frecuente fue Alzheimer 28 (46,7%), seguida de vascular 17(28,3%) mixta 5 (8,3%), cuerpos de Lewy 2(3,3%), otros 8 (13,3%). Hallamos factores de riesgo cardiovascular en 52 (86,7) el mas frecuente HTA (30%). Conocemos el cuidador principal en 32 casos (54%), principalmente mujeres: 34 (56,7%) sobre todo hijas: 24 (40%). Siguen controles por neurología 27 pacientes (45%). Utilizan recursos sociales 27 (45%), principalmente ayuda económica (13 casos 21,7%) y hospital de día 7 (11,7%). Visitas a medicina: 9,9 (DS5,6), y a enfermería: 9,25 (11,9) moda: 3, mediana: 6. No encontramos diferencias en el numero de visitas médicas en pacientes con o sin patologías asociadas ( $p = 0,10$ )

**Conclusiones:** Los pacientes con demencia en domicilio suscitan un gran número de visitas. En casi la mitad de los casos se desconoce el cuidador principal. Casi la mitad de los pacientes utiliza recursos sociales y sigue controles con el neurólogo. Las visitas de medicina no están relacionadas con la existencia de patología asociada. Hay gran dispersión en el número de visitas de enfermería.

### P327 DETERIORO COGNITIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO EN MAYORES DE 75 AÑOS

J. Motos Prado y V. Alcorta Mesas

CS La Paz. Rivas Vaciamadrid. Madrid.  
Correo electrónico: jamotos@hotmail.com

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de trastornos depresivos y deterioro cognitivo en población mayor de 75 años y conocer si existe asociación entre ambos. Estimar la prevalencia de incumplimiento terapéutico y valorar la posible relación con la depresión y deterioro cognitivo.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo, observacional y transversal.

*Ámbito de estudio:* Centro de salud semiurbano. *Sujetos:* Muestra de 85 pacientes de 75 o más años asignados al centro de salud. *Mediciones e intervenciones:* Variables: Edad, sexo, convivencia, tratamiento actual, antecedentes personales. Valoración de: deterioro cognitivo (DC) aplicando test Mini-Mental (Folstein); estado de ánimo depresivo aplicando test Yesavage reducido; incumplimiento terapéutico realizando test Morinsky-Green; capacidad funcional aplicando índice de Barthel. Se realizaron test estadísticos descriptivos y ji-cuadrado.

**Resultados:** Resultados más relevantes: Varones: 48,2%, mujeres: 51,8%. Convivencia actual: 14,1% viven solos, 54,1% con cónyuge y 31,8% con hijos. Valoración de capacidad funcional: independientes: 52,9%, dependencia escasa: 25,9%, dependencia moderada: 20%, dependencia severa: 1,2%. Prevalencia de depresión: leve 17,6%, establecida 7,1%. En depresión leve existe diferencia estadísticamente significativa para sexo femenino.

Prevalencia de DC: leve 41,18%, moderado 8,23%. En DC moderado existe diferencia estadísticamente significativa para sexo femenino. Prevalencia de incumplimiento terapéutico: 42,4%.

Entre DC moderado y depresión leve existe asociación estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** En nuestra muestra las mujeres presentan una mayor prevalencia de depresión leve y DC moderado. Observamos asociación entre la presencia de DC moderado y depresión leve sin poder establecer relación causal entre ambos. No se encuentra relación entre el grado de incumplimiento terapéutico y la existencia de depresión y DC.

## Urgencias

### P328 TIEMPO DE ASISTENCIA DE LA PCR EXTRAHOSPITALARIA EN MEDIO URBANO

A. González Blanco, E. Castro Balado, G. Pérez, C. Prado Pico, R. Gómez Vázquez y L. Chayan Zas

Fundación Pública Urgencias Sanitarias 061-Galicia. Santiago de Compostela. Galicia.

Correo electrónico: evacastrobalado@mundo-r.com

**Objetivos:** Analizar la respuesta a PCR en medio urbano

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo, retrospectivo. Datos obtenidos de la Plataforma informática ACORDE, tratados con SPSS. *Ámbito de estudio:* Municipios de Coruña, Santiago, Ferrol, Lugo, Orense, Pontevedra y Vigo. *Sujetos:* PCR de origen cardiaco, diagnosticadas por el médico en medio urbano donde existe una Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA). Año 2005. *Mediciones e intervenciones:* Sexo, edad, localización, recursos, tiempo a la asistencia desde la hora de alerta, finalización de servicios

**Resultados:** Se atendieron 243 PCR. El 63,8% en domicilio. El 73,3% hombres. El grupo de edad de 61 a 75 años sufre mayor número de PCR. Vigo tiene 35%.

La recuperación de pulso fue del 39,9% con tiempo medio de asistencia de 11:57 min.

Como primer recurso al 66,3% se envió una USVA con media de 11:27 minutos, en 7,4% se envió medico de AP y RTSU (Unidad de Soporte Vital Básico con DESA), en 18:07 minutos y en el 26,3% se envió RTSU en 12:23 minutos, requiriéndose posteriormente SVA con tiempo medio de asistencia desde el soporte vital básico 11:37min.

**Conclusiones:** El tiempo medio de asistencia de una PCR extrahospitalaria es de 11:57 minutos, por lo que es necesario educar a la población en SVB. El tiempo de asistencia a la PCR es mas corto cuando se utilizan la USVA.

El mayor número de PCR es en varones, entre 61 y 75 años, en domicilio y en la población de Vigo.  
El 39,9% de la población recupera el pulso.

### P329 ESTUDIO DE LA CALIDAD TRANSFUSIONAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS MÉDICAS

P. Gonzales Flores, C. Carod Pérez, E. Gene Tous, E. Llorente Gandullo, I. Roig y L. Anarte Salvador

Hospital de Sabadell-Corporación Sanitaria Parc Tauli. Sabadell. Cataluña.  
Correo electrónico: pedro\_agf92@yahoo.es

**Objetivos:** Describir nuestra practica transfusional en el área médica de un servicio de urgencias para detectar fuutros puntos de mejora.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio prospectivo. *Ámbito de estudio:* Pacientes atendidos en urgencias durante un año (junio 2005-mayo 2006). *Sujetos:* Pacientes atendidos en el área médica de un servicio de urgencias que fueron trasfundidos. *Mediciones e intervenciones:* Variables demográficas Variables analíticas Variables propias del acto transfusional Indicadores de calidad Estadística: T de student y chi cuadrado

**Resultados:** Se analizaron 348 actos transfusionales: 219 (62,9%) indicados por MEF (32% MEF1o2 vs 29,2% MEF3,4 ó 5) y 129 (37,1%) indicados por médicos adjuntos (17% médicos adjuntos del staff de urgencias vs 20% por adjuntos de especialidad). Los grupos fueron comparables en cuanto a edad y sexo. La valoración de la transfusión se consideró como adecuada en un 85,5% en el grupo de MEF y en un 87% en el de adjuntos ( $p = 0,81$ ). El registro del consentimiento informado fue de un 25% (34% en el grupo MEF vs 32% en el grupo adjuntos  $p = 0,74$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a ninguna de las otras variables analizadas ni entre los diferentes subgrupos analizados incluyendo si se trataba de adjuntos de staff y de especialidad lo que indicaban la trasfusión.

**Conclusiones:** El nivel de adecuación transfusional es aceptable.

Es necesario mejorar la cumplimentación del registro de hemovigilancia y consentimineto informado dado que es un indicador de calidad del servicio.

La calidad de la práctica transfusional no se ve afectada por el tipo de médico que indica la transfusión, independiente si es un médico residente o un adjunto.

### P330 CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR EN LA IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES COMPONENTES DE UN ALGORITMO PREDICTIVO DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

E. Navalón Ramón, L. Bresó Parra, J. Tenías Burillo, A. Zaragoza Marcet

Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: navalon\_emi@gva.es

**Objetivos:** Estimar la concordancia interobservador en la identificación retrospectiva de variables clínicas de un algoritmo predictivo elaborado previamente (Zaragoza Marcet A, Tenías Burillo JM. Factores pronósticos preendoscópicos en las hemorragias digestivas altas no varicosas. Construcción de un algoritmo predictivo. Rev Esp Enferm Dig. 2002; 94:139-143) sobre la evolución clínica de hemorragias digestivas altas (HDA) no varicosas atendidas en Urgencias.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio de validación interna del algoritmo. *Ámbito de estudio:* Urgencias Hospitalarias. *Sujetos:* Se analizaron 25 historias clínicas de HDA no varicosas seleccionadas del CMBD del año 2004: códigos CIE9 531.00 a 531.41, 532.00 a 532.61, 533.00 a 533.21, 534.00 a 534.6, 530,7, 530,82, 537.83 y 578. *Mediciones e intervenciones:* Las variables componentes del algoritmo fueron: presencia de shock, hepatopatía, toma de anticoagulantes, ratio urea/creatinina (factores pronósticos mayores); hematocrito <33%, TAS <100 mmHg, consumo de alcohol, insuficiencia renal, antecedentes de HDA, presentación de la HDA como melenas y/o hematemesis y edad mayor de 75 años (factores pronósticos menores). Dos observadores evaluaron de forma ciega 25 historias y el análisis de datos lo realizó otro investigador independientemente. La concordancia entre observadores se estimó mediante el índice kappa (variables cualitativas) y el coeficiente de correlación intraclass, CCI (variables cuantitativas).

**Resultados:** La concordancia fue perfecta (índice kappa ó CCI = 1) para la presentación de HDA, shock, sangrado inestable, insuficiencia renal, hepatopatía, hematocrito, urea y creatinina. La concordancia fue muy ele-

vada ( $\text{kappa} > 0,81$ ) para tratamiento endoscópico ( $\text{kappa} = 0,92$ ) y TAS (CCI = 0,86).

**Conclusiones:** La aplicación del algoritmo pronóstico es altamente reproducible y presenta una concordancia interobservador muy alta. Este algoritmo es aplicable en un servicio de Urgencias hospitalario.

### P331 ANÁLISIS DE UNA UNIDAD DE TRANSPORTE AÉREO MEDICALIZADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

C. Blanco Torres, I. Liberal Carrillo, M. García Marsical y J. Fernández Mastro

Hospital S. Pedro de Alcántara. Base helicóptero Sanitario 112, Área de Salud de Cáceres. Cáceres. Extremadura.  
Correo electrónico: cblancot@terra.es

**Objetivos:** Constatar la especial trascendencia que el transporte medicalizado aéreo de Urgencias y Emergencias (helicóptero sanitario), tiene en una Comunidad Autónoma de marcada dispersión geográfica.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio de la actividad de la Unidad Medicalizada Aérea de Urgencias y Emergencias, ubicada en un Área de Salud, durante el segundo semestre de 2005. Se analizaron los vuelos realizados para la asistencia sanitaria, según las variables de: primario o secundario, sexo, patología atendida, edad del paciente, lugar de origen y lugar de destino. Se utilizaron los partes de asistencia del paciente y las bases de datos del Centro Coordinador de Urgencias (C.C.U.) del 112 de nuestra Comunidad Autónoma, correspondientes al periodo de estudio: 1 de julio de 2005 a 31 de diciembre de 2005. *Ámbito de estudio:* Comunidad Autónoma. Provincia. *Sujetos:* Población que precisa atención sanitaria urgente mediante transporte aéreo medicalizado. *Mediciones e intervenciones:* Partes de asistencia sanitaria y bases de datos del CCU.

**Resultados:** Se realizó un mayor número de horas de vuelo en los meses de vacaciones (julio-septiembre). Se atendieron más hombres que mujeres, con predominio del tramo de edad mayor de 66 años, y las patologías más frecuentes corresponden a cardiología, neurocirugía y politraumatismos. Se analizaron las Áreas de Salud con mayor frecuencia como lugares de origen, así como de destino.

**Conclusiones:** Se constata la importancia que la dispersión geográfica y la afluencia turística como justificación de una importante actividad en el Transporte Aéreo Medicalizado, con mayor incidencia de diversas patologías y tramos de edad.

### P332 ANÁLISIS DE LAS URGENCIAS EN EL PUNTO ATENCIÓN CONTINUADA

A. Balado López, A. Arias Pardo, M. Nogueira Fernández y M. Neira Vázquez

Hospital Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos. Ferrol. Galicia.  
Correo electrónico: anabaladodoc@yahoo.es

**Objetivos:** Analizar las características de los usuarios del servicio de urgencias de los puntos de atención continuada (PAC) y sus motivos de consulta.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Observacional de prevalencia. *Ámbito de estudio:* Servicio de urgencias de los PAC de un área sanitaria. *Sujetos:* Personas que acuden al PAC fuera del horario de consulta programada demandando atención urgente durante el periodo de abril-mayo del 2006. *Mediciones e intervenciones:* Se estudian 239 pacientes, de cada uno de los cuales se recogen las siguientes variables: sexo, edad, tipo de patología y tiempo de evolución, grado de enfermedad atendida y actitud resolutoria del proceso.

**Resultados:** Sexo: 47,3% varones, 52,76% mujeres

Edad: 18,2% <15 años, 34,7% 15-35 años, 31,4% 35-65 años, 15,7% >65 años

Tipo de patología: 16% respiratoria, 19% otorrinolaringológica, 4% oftalmológica, 1% ginecológica, 6% neurológica, 6% digestiva, 4% nefrourológica, 8% dermatológica, 3% psiquiátrica, 4% cardiovascular, 1% endocrino-metabólica, 2% odontológica, 2% anticoncepción de emergencia, 1% agresiones.

Tiempo de evolución del proceso patológico consultado: 43,3% <12 horas, 34,5% 12-48 horas, 22,3% >48 horas.

Grado de enfermedad atendida: 26,5% banal, 59,1% agudo leve, 7% grave, 7,4% crónico reagudizado.



Actitud terapéutica: 36% consejo, 75,5% tratamiento médico, 7,9% derivación hospitalaria.

**Conclusiones:** Actualmente, los centros de atención primaria ofrecen su servicio a las consultas generadas fuera de las horas habituales de consulta programada. Estos casos se engloban dentro del término de urgencias, aunque sólo un pequeño porcentaje lo son. La sobrecarga que hoy en día sufren los PAC viene a ser una prolongación de la consulta programada.

### P333 INVESTIGACIÓN EN UN DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS. EXPERIENCIA 2004-2006

A. Martínez García, E. Muñoz Triano, D. Domínguez Martín, A. Jiménez Godoy, J. Guzmán Moreno y N. Quesada Granados

Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario Málaga. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: esperanzamutr@telefonica.net

**Objetivos:** Establecer estrategia organizativa para Grupo Investigación en Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) que genere estabilidad/cultura investigadora/incremento efectividad en nuestra práctica.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo. Restrospectivo. Multi-disciplinar. *Ámbito de estudio:* Un DCCU integrado SIUE. 22 Centros de Salud urbanos/1 periurbano mediterráneo costero. Movimientos poblacionales turístico/inmigratorio. Censo 2001: 529.231 habitantes. *Sujetos:* Médicos y enfermeros DCCU. *Mediciones e intervenciones:* 1 Enero 2004-actualidad.

*Estrategia:* 1º. Grupo multidisciplinar/vertebrado/integrador. 2º. Dinamizador/responsable. 3º. Ubicación física/check-list recursos. 4º. Áreas incertidumbre/temas a demanda predecibles (Diagrama Pareto). 5º. Método cualitativo reunión grupo: brainstorming/técnica Delphi (e-mail). 6º. Evaluación sin registros previos (H. Palmer, 1990): ciclo garantía calidad. 7º. Estándares (fuentes secundarias a primarias/bibliografía documental-on line).

8º. Audit clínico. 9º. Modificación práctica clínica/monitorización. 10º. Financiación. 11º. Formación metodología investigación. 12º. Canales difusión. 13º. Colaboración interniveles. 14º. Marco legal.

Estudio estadístico descriptivo (SPSS 11.0).

**Resultados:** 28/75 profesionales (37,3%), 16/37 médicos (43,2%), 12/38 enfermeros (31,6%). 17 mujeres -7 médicas/10 enfermeras- (60,7%) y 11 hombres -9 médicos/2 enfermeros- (39,2%). Edad media médicos 46,9 años/enfermeros 35,5 años. Disciplinas: medicina familia, diplomado universitario enfermería, farmacología, microbiología y parasitología. Ubicación/recursos: Unidad Efectividad/Investigación Distrito Sanitario. Áreas incertidumbre en atención urgente: EPOC agudizada/Fiebre/ACVA/Accidente tráfico-en desarrollo-/Proceso enfermera/Actuación enfermera urgencias. Producción científica: 5 audit clínicos (criterios explícitos/retrospectivos/estructurados), 1 audit enfermería, 16 comunicaciones congresos nacionales/2 europeos, 2 publicaciones (Subproceso continuidad atención entre DCCU-AP-SCCU, en paciente con EPOC agudizada/Registro enfermera), Protocolo CCUE-TD A0201, proyecto ESCAEPOC -Cuasiexperimental- (Subvención Proyectos Investigación/Planes Formación Investigadora Ciencias Salud. Consejería Salud, 2005). 2 cursos Estadística y Epidemiología Básicas (EASP). Agenda/Inventario actividades/normativa.

**Conclusiones:** Creemos que esta estructura multidisciplinar/vertebrada/integradora en investigación/efectividad para DCCU ha aportado estabilidad/calidad a nuestra producción científica.

### P334 ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS URGENCIAS ATENDIDAS EN UN CENTRO DE SALUD

V. Jiménez Jiménez, H. Cubillos Gutiérrez, E. Lerma García, N. Escrivá Matoses, A. Ibañez Casaña y J. García Toran

CS Manises. Manises. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: garcia\_juato@gva.es

**Objetivos:** Análisis comparativo de estudios sobre urgencias atendidas en un centro de salud (1999 y 2005)

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Estudio descriptivo retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Zona básica de 29.915 habitantes. *Sujetos:* Usuarios de un Punto Atención Continuada. *Mediciones e intervenciones:* Sobre un universo de 28.501 pacientes atendidos en año 2005, se estudia en una

muestra de 2380 pacientes (nivel confianza 0,05%), las siguientes variables: edad, sexo, día, hora, motivo, tipo consulta, diagnóstico, procedencia, destino.

Se compara resultados con estudio análogo realizado en el mismo ámbito en 1999.

**Resultados:** La media diaria de urgencias es 72.48  $\pm$  13.9 en centro y 5.6  $\pm$  4.6 en domicilio con 51.5% mujeres y 59% menores de 30 años ( $p < 0,005$ ). de 15 a 21 horas se atiende el 72.36% de las visitas en centro ( $p < 0,001$ ) y un 53% de los domicilios (24.8% de 0-8 h). Días mas frecuentado el domingo (19,7%), lunes y jueves (14,5%). Grupos diagnósticos el XVI, XVII y I (50,04%). En un 39% las visitas provienen del Casco Nuevo. Al hospital se derivó un 7.11% desde centro y 15.03% desde domicilio.

**Conclusiones:** El análisis comparativo entre ambos estudios establece: la zona creció 4613 h (13%) y las urgencias 10.878 (37,9%). La media diaria sube 30 visitas al día en centro (de 42,49 a 72,48) y bajan los avisos domiciliarios en 2 al día (de 7,25 a 5,60) con tendencia a aumentar por la noche. No hay variaciones al comparar otras variables. Se revisan otras series y posibles causas y soluciones del común incremento de las visitas urgentes en atención primaria.

### P335 ATENCIÓN CONTINUADA DE URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿USO O ABUSO?

E. Villamor Baliarda, E. Freixes Villaró, J. Corcoles Delgado, J. Roig Estruga, M. Davila Benítez y N. Carceles Reverte

ABS El Pla. Sant Feliu de Llobregat. Cataluña.

Correo electrónico: 36906evb@comb.es

**Objetivos:** 1. Conocer el perfil de los usuarios de atención primaria (AP) que utilizan el recurso de la atención continuada de urgencia (ACU) que se ofrece en los mismos centros de AP 2. Saber si se optimizan los recursos del Centro de Salud (CS) antes de recurrir al uso de la AC. 3. Conocer mejor el motivo de los usuarios que usan la AC.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de AC que funciona de 20h-9h los días laborables i 24h los festivos, población de 42179 habitantes. *Sujetos:* Pacientes encuestados durante 10 días, que solicitaron ser atendidos en el servicio de ACU, en días laborables (n = 219). *Mediciones e intervenciones:* Encuesta de 10 preguntas, de respuesta cerrada

**Resultados:** Edad media: 33,65  $\pm$  18,94. Mujeres: 52,5% Hora llegada: 19:30h-20h: 11,9%; 20:01h-21h: 40,6%; 21:01h-22h: 22,4%; 0:00-9:00h: 12,9%

Lugar nacimiento: 89,5% España, 4,6% Sur América, 2,7% África Inicio síntomas consultados: mismo día 54,3%, día anterior 27,9%, > 3 días 7,4%

Habían solicitado visita en CS: 29 pacientes (13,2%), 189 no solicitaron (86,3%) y en un caso no procedía. del 13,2% que había solicitado visita, se les ofreció atención de urgencias en horario de su CS 1,4%, y 18 pacientes (8,2%) se les dirigió directamente a ACU sin relación con la hora de la llamada.

Las razones para el uso de ACU dadas por los pacientes fueron: 82,6% pensaba que precisaba valoración inmediata (VI); 3,2% incompatibilidad de horario laboral (IL); 0,5% gestión administrativa; 2,3% VI+IL; y el resto por otras razones.

El 83,6% referían haber usado el servicio de ACU en más de una ocasión.

**Conclusiones:** Cabe plantearse si existe una mala organización de atención de urgencias en horario del CS, ya que pocos pacientes llaman antes de acudir a ACU y se deberían proponer medidas de mejoría. Debería proponerse ampliar los horarios de los CS para adecuarse mejor a los horarios de la población, ya que la mayoría de consultas se producen en las 2h. siguientes al cierre del mismo.

### P336 PERFIL DE LAS CONSULTAS A URGENCIAS HOSPITALARIAS QUE NO REQUIEREN INGRESO

J. Hoyo Sánchez, M. Benito Serrano, A. Oringa, A. Martínez Pérez, A. Serra Torres y J. Camp

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: jordihoyo@yahoo.es

**Objetivos:** Conocer la procedencia, motivo de consulta, exploraciones complementarias practicadas y la derivación al alta de los pacientes que

acuden a un servicio de urgencias de un hospital y que no precisan ingreso.

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio transversal realizado en un hospital de tercer nivel. *Ámbito de estudio:* Pacientes atendidos en urgencias hospitalarias que no requirieron ingreso hospitalario. *Sujetos:* Se seleccionó una muestra aleatoria de 409 consultas a urgencias que fueran dadas de alta a domicilio durante la primera quincena de marzo 2005. *Mediciones e intervenciones:* Se recogió información sobre la procedencia, motivo de consulta, pruebas complementarias realizadas y derivación al alta. Se realizó análisis descriptivo.

**Resultados:** Se revisaron 409 urgencias. La edad media fue de 59,1 años (DE 22,9), con una proporción de varones del 50,6%. La procedencia de las personas que acudieron a urgencias fue: 75,8% por iniciativa propia, 7,3% derivado por el médico de familia, 3,7% por el 061 y 13,2% otras procedencias. Los principales motivos de consulta fueron: respiratorios 22,7%, cardiovasculares 21,3%, traumatológicos 13,2%, digestivos 11% y neurológicos 8,8%. Las pruebas complementarias solicitadas fueron: analítica 58%, radiografía 53,3%, electrocardiograma 38,9%, ecografía 1% y otras pruebas 5,6%. Al alta no fue necesario la derivación en un 42,3%, derivándose al médico de familia en un 30,3%, al especialista un 25,4% y desconocido en un 2%.

**Conclusiones:** La mayoría de las consultas a urgencias se realizaron de forma espontánea sin una valoración médica previa. La realización de pruebas complementarias fue elevada. En muchas de ellas no fue necesario hacer un control posterior.

### P337 USO RACIONAL DE LA GASTROPROTECCIÓN EN LOS DCCU DE ATENCIÓN PRIMARIA CON EL USO CONCOMITANTE DE AINES

M. Loring Caffarena, E. Márquez Romero, P. Fernández Martín, S. Martín Alarcón y S. Rodríguez González

Grupo de Trabajo de Urgencias de la SAMFYC. CS de Nerja; CS Torre del Mar; CS Torrox (axarquía). Málaga. Andalucía.  
Correo electrónico: mojate@terra.es

**Objetivos:** Analizar el uso racional de la gastroprotección en pacientes con factores de riesgo que son atendidos en los DCCU (dispositivos de cuidados críticos y urgencias) de atención primaria, con el uso concomitante de aines (antiinflamatorios no esteroideos)

**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Tres DCCU de atención primaria (dos urbanos y uno rural). *Sujetos:* 153 usuarios de los DCCU, a los que se les prescriben aines, seleccionados de los registros de urgencias de forma no probabilística. *Mediciones e intervenciones:* Variables consideradas: protección gástrica previa; prescripción de aines; factores de riesgo para la gastroprotección (FRGP): comorbilidad grave, edad > 65 años, patología gastroduodenal previa, uso de antiagregantes o anticoagulantes y uso habitual de aines; gastroprotección prescrita en urgencias en aquellos pacientes con factores de riesgo y sin gastroprotección previa análisis de datos: spss 11.3 y excel 2000

**Resultados:** Pacientes con protección gástrica previa no considerados: 9% en el 91% restante (139 pacientes) solo se prescribe gastroprotección a un 13%.

Pacientes con factores de riesgo para la gastroprotección: 31%(48) de la muestra

Total (153). Pacientes validos, sin gastroprotección previa: 36 (edad>65 años: 12; comorbilidad grave: 26; patología gastroduodenal: 3; antiagregados o anticoagulados: 3; uso habitual de aines: 7) gastroprotección en urgencias en pacientes con FRGP y uso concomitante de aines: 14 (39%), a los 22 pacientes restantes (61%) no se les prescribió gastroprotección con el uso de aines teniendo FRGP.

**Conclusiones:** Existe un uso no racional de la gastroprotección en los pacientes con FRGP que acuden a los DCCU de atención primaria y se les prescriben aines

## Sesión Póster Aula Docente

Jueves, 16 de noviembre

16.00 h

Zona Pósters Aula Docente

(Salas Joaquín Rodrigo/Mall)

### P391 LA TELEMEDICINA COMO INSTRUMENTO PARA COMPLEMENTAR LA FORMACIÓN EN DOLOR DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

M. Redondo Fernández, J. Costillo Rodríguez, M. Jiménez Rodríguez, M. Casado Naranjo, M. Domínguez Lavado y R. Martín Villarroel

Unidad de Evaluación y Tratamiento de Dolor. Badajoz. Extremadura.

Correo electrónico: maredond@hotmail.com

**Objetivos:** *Generales:* a) Mejorar la formación en dolor del personal facultativo y de enfermería en Atención Primaria de Salud. b) Favorecer la relación entre diferentes niveles asistenciales. *Específicos:* a) Aumentar la formación específica sobre abordaje del paciente con dolor crónico. b) Realizar teleasistencia. c) Disminuir costes.

**Descripción:** La Telemedicina es el uso de la tecnología de las telecomunicaciones para el diagnóstico médico y la atención al paciente. Se ha usado en una variedad de campos de atención a la salud. Hay numerosas especialidades médicas que han incorporado estos sistemas en su práctica diaria, promoviendo nuevos cauces de comunicación entre diferentes niveles asistenciales. El Servicio Extremeño de Salud desde el año 2003 apuesta por esta tecnología para mejorar las prestaciones sanitarias. A finales del 2005 desde la Unidad de Dolor se promueve la realización de sesiones docentes a través de Telemedicina.

Último trimestre 2005: diseño protocolo para realización de sesiones clínicas de síndromes de elevada prevalencia.

**Recursos:**

- Humanos: personal de la Unidad y de Telemedicina.
- Materiales: estaciones Telemedicina

Primer trimestre 2006: diseño protocolo para atención de pacientes.

**Resultados:**

- 10 de "Abordaje de lumbalgia"
- 10 de "Abordaje de neuralgia postherpética"
- 10 de "Fibromialgia".
- 10 de "Enfermería y lumbalgia"
- 10 de "Enfermería y neuralgia postherpética"
- 10 de "Enfermería y fibromialgia".

Acaba de iniciarse la Teleasistencia: 10 teleconsultas.

**Conclusiones:** La telemedicina:

- Facilita la formación continua de los profesionales
- Mejora la comunicación, relación y conocimiento entre profesionales
- Facilita la asistencia sanitaria global
- Evita desplazamientos innecesarios y costosos
- Es necesaria una evaluación económica formal de sus aplicaciones
- Aumenta la satisfacción percibida de los profesionales y los usuarios

### P392 FORMACIÓN DE ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

D. Domínguez Tristanchó, B. Pérez García, E. Martínez Hernaez, A. López Acedo, P. Rubio Núñez y M. Contador Mateos

Servicio Extremeño de Salud. Mérida. Extremadura.

Correo electrónico: daniel.dominguez@ses.juntaex.es

**Objetivos:** Describir la formación de un grupo de formadores de ecografía en atención primaria (AP) y el plan de formación de esta nueva tecnología en AP en el ámbito de una Comunidad Autónoma.

**Descripción:** Dentro del objetivo institucional de aumentar la capacidad resolutoria de AP, se decide implantar la ecografía en AP, para ello era preciso constituir un grupo de profesionales. Desde las Gerencias de 8 Áreas de Salud se solicitó a los profesionales asistenciales su participación en el proyecto, se seleccionó a los médicos de familia (MF) y doto de ecógrafos de los Centros de Salud (CS), 9 ecógrafos y 18 MF. Después de la formación inicial y dos años de actividad asistencial se dota al grupo de material didáctico y técnicas de taller en la tecnología, se convoca al gru-

po en sucesivas ocasiones para ensayos de presentación sobre el material docente preparado. Una vez que el grupo de formadores esta dotado de una dinámica de funcionamiento, comienza haciendo extensiva sus habilidades adquiridas al resto de profesionales del sistema público. Los cursos/taller duran tres días y para evitar segregación en la docencia se coordina la formación desde la administración con las sociedades científicas de tal forma que las unidades docentes organizan los cursos de residentes y tutores y las sociedades forma al resto de profesionales de AP.

**Conclusiones:** Presentamos resultados de evaluación de cursos así como estructura de los cursos/taller, del grupo de formadores y el organigrama de docencia en esta tecnología de nuestra CA.

### P393 COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA: IMPACTO EN EL PERFIL PRESCRIPTOR DE ANTIDIABÉTICOS ORALES (ADO)

M. García Zarco, E. Díaz Pujol, A. Oliver Bañuls, C. García-Orad Carles, A. Martorell Barraquet y C. Fajardo Montañana

CS Alzira I; CS Cullera; CS Carcaixent; Unidad Diabetes Hospital de la Ribera. Alzira. Comunidad Valenciana  
Correo electrónico: margarcia@hospital-ribera.com

**Objetivos:** El Departamento de Salud 11 de la Comunidad Valenciana a través de una gerencia única promueve la integración clínica y funcional dentro del Departamento. La Unidad de Diabetes junto con facultativos y enfermeras de Atención Primaria consensuaron una guía integrada de cuidados del paciente diabético basada en la International Diabetes Fundation. Con objetivo de aumentar el diagnóstico de diabéticos y homogeneizar los tratamientos. Metformina es el único ADO reduce de manera significativa eventos cardiovasculares en diabéticos con sobrepeso. Medir si la integración clínica del manejo del paciente diabético tipo 2 cambia el perfil prescriptor de ADO, especialmente a favor de la metformina en el periodo 2000-2005 según los cambios en la DHD

**Descripción:** La dosis habitante día (DHD) de un fármaco es el número de dosis definidas diarias por habitante prescritas de ese fármaco en una zona de salud definida y en un tiempo determinado Las DHD en 2000 vs 2005 fue para todos los ADO: 129 vs 193; Sulfonilureas: 103 vs 121; Biguanidas: 8 vs 46; y para el resto de ADO's 18 vs 26. La tasa de prescripción de los distintos tipos de ADO's medida en DHD en 2000 vs 2005 es respectivamente: Sulfonilureas: 79,8 vs 62,7%; Biguanidas: 6,2 vs 23,8% y otros: 14 vs 13,5%

**Conclusiones:** La integración en el manejo de la diabetes tipo 2 en un Departamento de Salud puede aumentar el consumo de ADO's (aumento diagnóstico, intensificación tratamientos) puede cambiar el perfil prescriptor de ADO's, especialmente aquellos antidiabéticos que tiene un efecto protector macrovascular.

### P394 MODELO DE FORMACIÓN BÁSICA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. COLABORACIÓN CON UN EQUIPO EXPERTO HOSPITALARIO

F. Díaz Gallego, J. Planas Domingo, A. Blanch Mon, M. Arellano Pérez, R. Badia Casas y M. Riera Cañadell

CAP Larrard; UCP Hospital de la Esperanza; Imas. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 30947fdg@comb.es

**Objetivos:** Realizar y evaluar un curso básico de cuidados paliativos acreditado, impartido por un servicio de cuidados paliativos (CP) hospitalario, según las necesidades detectadas por los profesionales de un centro de atención primaria (CAP). Iniciar la relación asistencial con la unidad de cuidados paliativos (UCP) de referencia.

**Descripción:** Curso de 20 horas lectivas mediante clases y casos clínicos, impartido a médicos y enfermeras del CAP. Profesorado: equipo interdisciplinar de cuidados paliativos de la UCP. Organizadores y coordinadores del Curso: un médico del CAP y un médico de la UCP. Temas a tratar consensuados: Concepto de CP. Dolor. Manejo de opioides y de analgésicos menores. Control de otros síntomas físicos. Síntomas emocionales. Cuidados de enfermería. Dilemas éticos. Información, comunicación y relaciones con los cuidadores. Por necesidades asistenciales, el curso se desarrolló en sesiones de dos horas, dos días a la semana durante cinco semanas. Los asistentes valoraron el curso durante la semana siguiente a su finalización mediante una encuesta anónima semiestructurada, con puntuación de 0 a 5 para las preguntas cerradas. Evaluación:

Contenidos: 4,15. Material docente: 4,15, Horario: 4,30, Profesorado: 4,46, Utilidad: 4,30, Organización: 4,75. Comentarios: interés en continuar con sesiones monográficas, utilidad del curso para el conocimiento entre profesionales de distinto ámbito.

**Conclusiones:** Consideramos que se ha cumplido el objetivo docente con un modelo consensuado de las necesidades de formación, amplia satisfacción por parte de los docentes y de los alumnos. Creemos que es necesaria la formación básica en CP en atención primaria y la colaboración referencial con una UCP.

### P395 VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Puente Hernández, M. González Echave, M. Hernández Santos y C. Domingo Rico

CS de Leioa. Leioa. País Vasco.  
Correo electrónico: agonzalez@apur.osakidetza.net

**Objetivos:** Principal: Autovaloración de la eficacia, efectuada por cada profesional del equipo en relación con la formación recibida en el año 2005. Secundarios: Cuantificación horaria de la misma. Distribución por categorías. Distribución por entidad docente.

**Descripción:** Tipo de estudio descriptivo. Metodología: La eficacia de la formación realizada por el personal de nuestro centro durante el año 2005, se evalúa mediante entrevista personal del jefe de unidad con cada trabajador. El jefe de unidad dispone, de la ficha de cada trabajador con la formación recibida durante el año, y una escala ordinal para cada acción formativa (muy alta eficacia, alta, regular, baja).

**Resultados:** Horas de formación 824: médicos 343 (42%) enfermería 425 (51%) personal del área de atención al cliente (AAC) 56 (7%). de la formación realizada por personal medico (343), 272 las proporciona Osakidetza, y 71 otras entidades. enfermería 41 horas osakidetza y 384 otros. El AAC 100% osakidetza. Las acciones formativas realizadas (sesiones, cursos, talleres...) han sido 250 de las cuales son valoradas 164 (66%), como de muy alta eficacia 27 (16%) alta 123 (75%) y regular 14 (9%).

**Conclusiones:** Podemos concluir que en general la autovaloración que realiza el personal de nuestro centro en cuanto a la percepción de la eficacia de la formación que recibe, para su trabajo diario, es buena, si bien somos conscientes que es una medida indirecta de la eficacia real de dicha formación.

### P396 FORMACIÓN CONTINUADA INTRAEQUIPO EN CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA EXPERIENCIA DE 2 AÑOS Y MEDIO

F. Díaz Gallego, M. Saus Arus, M. Porta, A. Blanch Mon, B. del Amo Monleon y A. Santiveri Villuendas

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 30947fdg@comb.es

**Objetivos:** Describir la formación continuada intraequipo en cirugía menor (CM) en un Centro de Atención Primaria (CAP) realizada por un medico de familia (MF) experto en CM al resto de compañeros del equipo, tras 2,5 años de funcionamiento de la experiencia.

**Descripción:** Se han realizado 500 intervenciones, y se han organizado dos rotaciones mensuales por el servicio de CM: una primera rotación en la que han rotado todos los médicos del CAP (16) y una 2ª rotación donde solo rotan los médicos interesados en CM (10). El objetivo principal es que cada MF sea capaz de asumir la CM que se realiza en su cupo. Como objetivos específicos: 1. Conocer el material necesario para realizar cirugía menor en AP. 2. Mejora de las capacidades de diagnóstico de patología cutánea; 3. Aprendizaje de las principales técnicas de sutura; 4. Aprendizaje de las técnicas quirúrgicas de urgencia básicas, 5. Indicaciones y manejo del bisturí eléctrico para las lesiones cutáneas, 6. Aprendizaje de las maniobras quirúrgicas elementales tanto en lesiones epidérmicas como subcutáneas; 7. Manejo quirúrgico de la patología ungüal. Tras la 2ª rotación de los MF interesados en el tema, varios de ellos han adquirido la técnica suficiente para realizar por si mismos intervenciones sencillas.

**Conclusiones:** La motivación en formación en CM es un elemento básico para la misma (2ª rotación solo de los médicos motivados). Sería interesante potenciar la actividad de los médicos interesados en este tipo de técnicas para que puedan tener una actividad constante que les permita mantener un alto grado de calidad asistencial.

### P397 ASPECTOS EDUCACIONALES Y DE ENTRENAMIENTO EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

J. Mínguez Platero, P. García Bermejo, C. Tejero Catalá, S. Boix Palacios, M. Frasset Pons y J. Bueno Barbera

Departamento 11 de Salud. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: jimpla66@msn.com

**Objetivos:** A pesar del avance en medicina, el pronóstico de la parada cardiorrespiratoria no ha mejorado significativamente.

El objetivo de este trabajo ha sido analizar la eficacia de cursos de Apoyo Vital Básico (AVB) con desfibrilador Semiautomático (DESA) en personal sanitario de Atención Primaria, paso previo a la enseñanza en población general.

**Descripción:** Desde la Dirección del Departamento de Salud, a finales del año 2004 se programaron diferentes cursos para mejorar la atención frente a una parada cardiorrespiratoria. En el periodo 2004-2005 se realizaron 9 cursos de AVB con DEA. Los cursos son teórico-prácticos y tienen una duración de 12 horas. La metodología es activa y participativa. Incluye la enseñanza de RCP básica pediátrica y del adulto y uso de DESA. Las prácticas se realizan en 3 grupos de 6 personas monitor-maniquí. Se analizó el aprendizaje adquirido así como la evaluación del curso por parte de los participantes. Se han formado 140 profesionales, 82 facultativos y 58 Diplomados en enfermería. Los resultados se reflejan en 82,14% aptos, 10,71% no aptos y 7,14% no presentados. El porcentaje de aprobados, según Categoría profesional, no muestra diferencias significativas. El 63,11% de los participantes considera el curso como excelente y un 36,90% lo considera como muy bueno.

**Conclusiones:** Dada la baja tasa de ciudadanos entrenados en SVB, es necesario que las instituciones sanitarias realicen planes de formación de la población. Nuestro modelo puede servir de base para estimular el desarrollo de programas de formación en Atención Primaria.

### P398 PANTALLAS TÁCTILES COMO PUNTOS DE INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS

Z. Herrerías Pérez, P. Abadía Monforte, M. Carpallo Nieto, L. Fornés Hernández y M. Moreno Jiménez

Comisión de Comunicación Externa del CAPSE. Capse; CAP Rosellón. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: herrerias@clinic.ub.es

**Objetivos:** Diseño e implementación de pantallas táctiles como puntos de información para usuarios en las salas de espera de dos Equipos de Atención Primaria (EAP) urbanos.

**Descripción:** Formación de una Comisión de Comunicación Externa constituida por una enfermera, administrativa, trabajadora social, directora financiera y una médico de familia.

Decisión de contenidos tras varias reuniones de consenso.

Contacto con una empresa de publicidad para el diseño gráfico.

Sesión informativa a los profesionales del centro para conocimiento del nuevo servicio.

Instalación e inicio del funcionamiento el tercer trimestre de 2005.

Presentación directa con demostraciones a los usuarios por administrativos durante toda una semana.

**Material utilizado:**

- Terminal interactiva conectada a servidor general del centro.
- Pantallas táctiles empotradas en paredes de separación entre salas de espera de los EAP.
- Material informático de acceso en cascada al pulsar en la pantalla los dedos de una mano.

Sistema de manejo muy fácil para todo tipo de usuarios.

Servicio técnico de actualización trimestral de la información ofrecida.

**Contenido de la información:** 1. quienes somos (profesionales, despachos, teléfonos de interés, terminales autocita), 2. Y que más?: información temas de interés general, 3. más vale prevenir, 4. consejos de salud, 5. preguntas más frecuentes

**Conclusiones:** Creación un nuevo canal de información sobre las características del EAP, circuitos de accesibilidad y consejos de salud para los usuarios.

Optimización de la ubicación en zonas de espera lo que facilita su visión y uso por parte de los pacientes mientras esperan ser atendidos.

### P399 EL CONSEJO GENÉTICO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA: MÉDICOS DE FAMILIA EN UN MAR DE DUDAS

M. García Ribes e I. Ejarque Doménech

Grupo de Trabajo de Enfermedades Genéticas y Raras, CS Cotoño. Hospital la Fe. Santander, Valencia. Cantabria, Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: gribesm@gmail.com

**Objetivos:** El desarrollo de la biología molecular ha provocado un aumento de pacientes y familias que acuden a su médico en busca de asesoramiento genético. La escasez de especialistas en genética para encargarse de esta demanda plantea la necesidad de formar a los médicos de atención primaria (AP) en habilidades relacionadas con el consejo genético

**Descripción:** Celebración de unas jornadas sobre formación en asesoramiento genético para médicos de familia. Los asistentes reciben inicialmente un cuestionario para valorar el grado de sensibilización y los conocimientos existentes al respecto. Los resultados obtenidos se cotejan con las conclusiones elaboradas por los asistentes al finalizar las jornadas. Previamente a las jornadas, si bien el 93% de los asistentes refieren haber sido consultados en alguna ocasión sobre temas de asesoramiento genético, el 75% no considera adecuado diseñar un programa de asistencia a pacientes y familias con estas necesidades. El 78% coinciden en la escasez de formación en este campo, y por ello el 68% remiten a estos pacientes a las unidades de genética hospitalaria, no obstante, solo un 9% refiere contactos posteriores con ellas. Como conclusión a las jornadas, se evidencia la necesidad de una formación en este campo así como la elaboración de un protocolo multidisciplinar de asesoramiento preconcepcional

**Conclusiones:** 1. Las consultas de asesoramiento genético son habituales en la AP. 2. Los conocimientos en este campo de los médicos de primaria son escasos. 3. Es necesario diseñar conjuntamente con los servicios de genética programas de formación y protocolos sobre asesoramiento genético para médicos de primaria.

### P400 FORMACIÓN EN LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS PROCEDIMENTALES EN EL MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) PARA RESIDENTES CON ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

E. Arana Arri, V. Cabriada Nuño, A. García Montero, N. Talayero Sebastián, L. López Roldán e I. López Luperena

Servicio de Urgencias. Hospital de Cruces. Barakaldo. País Vasco.  
Correo electrónico: eunatea@telefonica.net

**Objetivos:** Aportar conocimientos básicos sobre VMNI; y adquirir habilidades prácticas en el manejo de sus herramientas.

**Descripción:** En 2001 comenzamos a emplear la VMNI como tratamiento de la insuficiencia respiratoria en Urgencias. Dado su creciente uso, decidimos realizar un taller básico para residentes. El taller reconocido consta de una parte teórica (3 horas) y otra práctica (3 horas) para familiarizarse con todos los equipos. La parte práctica consta de tres puestos: interfases, equipos BIPAP y CPAP. El taller se evalúa mediante encuesta (escala Lickert 5 puntos) y se chequean las habilidades prácticas. Han participado 41 residentes, 21 de ellos de MFyC. En la parte teórica se ha obtenido una puntuación de 4,34 y en la práctica 4,61. Tras el taller, el 100% de los residentes de MFyC tienen claras las indicaciones de la VMNI y se muestran capaces de reconocer y preparar el material, tanto en EPOC como en EAP cardiogénico. El 95% de los residentes se mostraban capaces de iniciar la VMNI con paciente. Al valorar la utilidad en Atención Primaria (AP), existían diferencias significativas entre los residentes de segundo año, 69% muy útil/útil, frente a los residentes de tercer año regular/poco útil en un 63%. En la evaluación cualitativa, consideraron de utilidad en AP, el conocer el manejo de estos equipos en pacientes crónicos con VMNI domiciliaria.

**Conclusiones:** La valoración global del taller fue muy favorable. La discrepancia significativa en la utilidad entre residentes de MFyC de segundo y tercer año, se relacionó con el conocimiento más profundo de la especialidad.

### P401 HABILIDADES PARA RESOLVER DUDAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

L. Orozco Barrenechea, R. Herraiz Cristóbal, C. Muros Muñoz, I. Fernández Vidaurreta, R. Rodríguez Sánchez y B. Rodríguez-Viña Polanco

UD de MFyC. Leganes. Madrid.  
Correo electrónico: mudito@ya.com

**Objetivos:** Capacitar a los residentes para estructurar sus dudas clínicas, formular adecuadamente las preguntas y buscar la información para resolverlas con una metodología participativa

**Descripción:** Residentes de segundo año de una Unidad Docente. Cada residente aportó 5 dudas clínicas (total 60) previo a recibir una sesión (3 horas) desarrollando los contenidos teóricos de la formulación de preguntas clínicas y búsqueda de información según formato de medicina basada en la evidencia. Se seleccionó una duda elaborando la pregunta y diseñando la estrategia de búsqueda en las principales bases bibliográficas. Posteriormente se realizó una sesión de trabajo grupal donde se analizaron las dudas clínicas clasificándolas por área problema del programa de la especialidad (20% problemas cardiovasculares, 13,5 % atención a la mujer, 11,5% problemas vías urinarias, 8,3% problemas respiratorios, 8,3% problemas dermatológicos, 6,6% problemas salud mental) y diferenciando las dudas clínicas genéricas (55%) de las dudas clínicas concretas susceptibles de formular preguntas de investigación (45%). Se buscó la fuente/es de información con las que podía resolverse cada pregunta. Programación de una duda mensual por e-mail para resolver de forma individual con puesta en común posterior.

**Conclusiones:** Las dudas previas a la sesión teórica son poco concisas y en mayor porcentaje sobre problemas cardiovasculares. Una estrategia sencilla puede capacitar al residente para que elabore preguntas y orientar la búsqueda de información para responderlas. La puesta en marcha de tareas comunes y continuadas en el tiempo puede permitir aumentar las habilidades en estas técnicas.

#### P402 APRENDIENDO Y VIVIENDO LA ATENCIÓN COMUNITARIA A TRAVÉS DE UNA ROTACIÓN EXTERNA EN ARGENTINA: LA EXPERIENCIA DE 6 RESIDENTES

*E. Gavilán Moral, L. Jiménez de Gracia, J. Garzón Hernández, C. Poblet Calaf, V. Sánchez González y V. Díez Díez*

UD de MFyC. Córdoba, Gijón y Tarragona. Andalucía, Asturias y Cataluña.  
Correo electrónico: egavilan@wanadoo.es

**Objetivos:** El nuevo programa formativo señala el papel de las actividades comunitarias como estrategia de promoción de la salud. No obstante, en numerosas ocasiones la formación en este campo precisa ser complementada con rotaciones específicas. Entre 2004 y 2006, seis residentes españoles realizamos una rotación externa durante 4 semanas en cuatro Equipos Interdisciplinarios de Salud Familiar de Córdoba, Argentina, con el fin de conocer su metodología de trabajo comunitario.

**Descripción:** La experiencia nos ha permitido no sólo aprender aspectos teóricos sobre atención comunitaria (programación local e investigación participativa) y sus recursos y técnicas (relevamiento familiar, cartografía, investigación cualitativa), sino también conocer valores y principios como la importancia del trabajo en equipo, el compañerismo y el respeto a las demás disciplinas. Además, nos ha permitido conocer otras formas de trabajo y reflexionar sobre nuestro propio sistema formativo y nuestra forma de trabajar. Desde el punto de vista vivencial, compartimos experiencias, ideas, miedos y esperanzas no sólo con los compañeros, sino también con la población, adentrándonos en una realidad social y cultural diferentes. Quizá los únicos aspectos negativos fueron la duración del rotatorio, y la incomprensión y las barreras que, en ocasiones, afrontamos. Destacamos el entusiasmo y la creatividad con que trabajan nuestros compañeros argentinos en un contexto de alta complejidad social, su compromiso con la población, la acogida que nos dispensaron y la relación tan estrecha que mantuvimos con ellos.

**Conclusiones:** En definitiva, descubrimos una visión humana, integral y profunda de la Medicina de Familia, donde todo parte de, y transcurre hacia, la comunidad.

#### P403 LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA COMO HERRAMIENTA PARA LA EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

*F. Ros Rodrigo, G. Moragues Sbert, A. Segura Díaz, M. Sastre Moragues, A. García Elvira y B. Comas Díaz*

Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: fros@hsl.es

**Objetivos:** Utilizar la historia clínica informatizada como herramienta de ayuda para una mejor evaluación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Evaluar la calidad de la misma y la correspondencia diagnóstico-terapéutica. Comparar los resultados entre cada uno de ellos.

**Descripción:** Revisamos todas las historias clínicas de los residentes de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria, que han realizado en las guardias en nuestro servicio de urgencias hospitalario, durante los meses de marzo, abril y mayo de 2006. Principalmente analizamos la calidad del informe: si constan motivo de consulta, antecedentes personales, remarcando si se registran los factores de riesgo cardiovascular y los hábitos tóxicos, enfermedad actual, exploración y diagnóstico. El tratamiento de los pacientes dados de alta, si figuran los días de tratamiento y si éste es adecuado según el diagnóstico. También si figura la edad y sexo de los pacientes, el destino del paciente: alta, ingreso o éxitus; si consta en el informe si está comentado el caso con un adjunto.

**Conclusiones:** Hemos revisado un total de 539 informes de urgencias realizados por los residentes de tercer año. La historia clínica informatizada nos permite evaluar de forma más objetiva a los residentes, además mejora la cumplimentación del informe. Podemos conocer con exactitud su actividad asistencial y la calidad de las historias clínicas. Las diferencias que existen en los resultados de cada uno de ellos nos permiten una mejor evaluación de los mismos.

#### P404 MEDICINA DE FAMILIA Y HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

*O. García Jares, P. Martínez Espada, M. Ave Seijas, F. Lamelo Alfonsín y M. Silva César*

Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña. Galicia.  
Correo electrónico: olalla.garcia@gmail.com

**Objetivos:** Conocer la situación docente en las Unidades de Hospitalización a Domicilio (HADO) de España, la relación con la Medicina de Familia, valorando su organización, funcionamiento y objetivos de docencia.

**Descripción:** Se realiza un estudio descriptivo, mediante cuestionario telefónico de quince preguntas, en las unidades de HADO registradas en el catálogo de Hospitalización a Domicilio del año 2004. Respondieron al cuestionario 59 unidades. Se valoran los siguientes ítems: recursos y características de las unidades, área de cobertura, patologías predominantes atendidas, procedencia de los pacientes, situación docente de cada unidad (especialidad de los residentes, carácter de la rotación, duración), objetivos y actividad asistencial del residente. El 100% de las unidades son de dependencia hospitalaria, 64,4% de cobertura mixta (rural y urbana), 32% sólo urbana. El 53% de los médicos adjuntos son de Medicina de Familia, 32% internistas, 15% de otras especialidades. 43 de las unidades desarrollan actividad docente MIR, siendo el 75% residentes de Medicina de Familia y 23% de Medicina Interna. El 14% de dichas unidades constan de un médico adjunto, 25,6% de dos, y 60,4% de tres o más. Un 90,6% realiza sesiones clínicas, y comunicaciones científicas en el 53,4%.

**Conclusiones:** 1. El 72% de las unidades de HADO desarrollan actividad docente, siendo el 75% residentes de Medicina de Familia. 2. El 53% de los médicos adjuntos son Médicos de Familia. 3. La procedencia de los pacientes es mixta en un 50,8%, de Atención Primaria y de hospital. 4. Uno de los principales objetivos a alcanzar por el residente de Medicina de Familia es adquirir un adecuado manejo del paciente domiciliario.

#### P405 EXPERIENCIA EN UN PROYECTO DE COOPERACIÓN EN INDIA: ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITAL

*A. Gil Santiago, Y. Cánovas Zaldúa, J. Artigas Guix, E. Sequeira Aymar, V. Medialdea Dziatzko y A. Martínez Satorres*

CAP Raval Sud. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: ayoze@yahoo.es

**Objetivos:** Rotación de seis semanas en el Hospital de Kanekal, integrados en la labor diaria del equipo médico. Aprender a tratar con patología del trópico y afrontar la medicina con recursos limitados. Apoyar a los sanitarios del centro. Compartir conocimientos en el manejo de patología crónica.

**Descripción:** El Hospital de Kanekal es uno de los cuatro hospitales que tiene la Fundación Vicente Ferrer en Andra Pradesh (sudeste) y atiende población rural. Tiene seis consultas para visitas ambulatorias. Cada médico español visitaba con un médico indio, lo que permitía compartir conocimientos y llevó a un enriquecimiento mutuo. Además dispone de 50 camas distribuidas en cuatro pabellones (medicina interna, SIDA, pediatría y ginecología-obstetricia), una sala de partos y un quirófano. Vivíamos en el hospital y trabajábamos de ocho a cinco. El personal sanitario lo forman cuatro médicos y veinte enfermeras. Como pruebas comple-



mentarias podíamos solicitar: analítica de sangre y orina, radiografías y electrocardiogramas. La patología que atendimos fue principalmente: infecciosas (dermatológica, neumonías, tuberculosis, malaria, etc.), pediatría y patología crónica (diabetes, hipertensión, artropatías, etc.). Participamos en sesiones, revisando los protocolos de diabetes y repasando el manejo de asma e hipertensión.

**Conclusiones:** Ha sido una experiencia muy enriquecedora a nivel médico y personal. Nos hemos familiarizado con muchas enfermedades tropicales. Aprendimos a aprovechar más la riqueza semiológica y a optimizar los recursos. Hemos colaborado: como refuerzo en asistencia, aportando nuestra visión en el manejo de algunas enfermedades y proponiendo posibilidades de mejora. El acercamiento a la cultura india nos ha permitido entender mejor su visión de la salud.

## P406 CURSO DE ATENCIÓN AL INMIGRANTE Y ENFERMEDADES IMPORTADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

J. Cabezas Otón, B. Treviño Maruri y M. Vall Mayans

Unidad Medicina Tropical; Unidad Enfermedades transmisión Sexual; Universidad de Vic. Barcelona, Vic. Cataluña.  
Correo electrónico: 14928jco@comb.es

**Objetivos:** Ofrecer una formación sólida y extensa sobre los temas relacionados con la patología del inmigrante, desde una perspectiva sanitaria, mental, social y cultural.

**Descripción:** Curso semipresencial de 6 créditos: 48 horas vía Internet y 12 presenciales, dirigido a profesionales de Atención Primaria. Material docente estructurado por módulos que el alumno va descargando de la página web a lo largo de los 3 meses de duración. Al final de cada módulo hay una autoevaluación y al final del curso un examen vía Internet. Requisito para obtener el diploma: asistencia a la sesión presencial y contestar correctamente el 70% de las preguntas de heteroevaluación. Contenido: Aspectos psicológicos y sociales de la inmigración, Antropología de la inmigración, Epidemiología de las enfermedades infecciosas, Síndromes cutáneo, febril, cardiorrespiratorio, hematológico, neurológico, diarreico y genitourinario-VIH, Atención al niño y la mujer inmigrante - Salud reproductora, Protocolos de cribado de enfermedades infecciosas, Aspectos organizativos de la APS, Educación y atención comunitaria a los inmigrantes. Curso de ámbito universitario, acreditado por la SaAP y las principales entidades sanitarias de la Comunidad Autónoma. Profesores con amplia experiencia en patología tropical y de trabajo con el colectivo inmigrante y en sus países de origen.

**Conclusiones:** La fórmula semipresencial ha tenido una buena acogida entre los profesionales sanitarios. El creciente aumento de la patología importada y la falta de una respuesta adecuada a dicho problema explican el éxito de un curso de estas características, como demuestra las evaluaciones efectuadas a los alumnos al final del curso.

## P407 NO ES CÁMARA OCULTA

M. Badenes Mezquita, C. Bayona Faro, C. Rambla Vidal,  
J. Company Pamies, M. Domínguez Capel y O. Esteso Hontoria  
ABS Valls Urbà. Valls. Cataluña.  
Correo electrónico: marimarjuarez@yahoo.es

**Objetivos:** *Objetivo principal:* detectar posibles problemas formativos para proponer medidas correctoras adecuadas. *Objetivos específicos:* valorar las habilidades comunicativas adquiridas por el residente, tanto en la relación interpersonal, como en las tareas comunicacionales durante la entrevista clínica, y evaluar la pericia del médico en formación en su diaria relación médico-paciente analizando una situación real en toda su complejidad.

**Descripción:** Grabación en video y audio de entrevistas reales, previo consentimiento explícito del paciente, para ser analizadas posteriormente. Previamente, los médicos en tercer año de formación asistieron a cursos formativos sobre entrevista clínica y atención a la familia.

Cada residente aceptó ser grabado en consulta realizando tarea asistencial sin presencia de tutor. Instalada la cámara en lugar visible, ésta era mostrada al paciente, de modo que quedaba registrado su consentimiento o rechazo a participar, en cuyo caso cesaba la grabación. El residente eligió una visita para presentarla en grupo de discusión con tutor, residentes de tercer año y persona experta en conducir grupos de video-grabación. Trabajaron en sesión una hora sin interrupciones, analizando las habilidades comunicacionales.

**Conclusiones:** Experiencia realizada en nuestra unidad docente por segundo año consecutivo. El primer año opcional, dada la buena acogida, este año obligatoriamente.

Residentes y tutores coincidimos en su utilidad para analizar habilidades comunicativas y autoevaluar la interacción médico-paciente en la práctica real asistencial en toda su complejidad. Permite detectar prácticas comunicacionales repetitivas, equívocas, y pericias positivas que podrán reforzarse.

Los déficits detectados habrán de ser trabajados en los cursos de posteriores años, las pericias serán ejemplo en dichos cursos.

## P408 NUEVAS FÓRMULAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

M. Martínez Orduna, E. Artigues Barberà, A. Plana Blanco,  
D. Bañeres Codina, S. Saéz Cárdenas y C. Torres Penella

Aula de Salut. Universitat de Lleida; CAP Balafía-Pardinyes-Secà de Sant Pere. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: antoniaplana@camfic.org

**Objetivos:** Analizar habilidades en salud sexual-reproductiva. Identificar actitudes y riesgos en adolescentes. Realizar intervención educativa.

**Descripción:** Intervención con estudio antes-después. Alumnos 3º ESO, con padres y profesores. Curso escolar 2005-06:

Primer trimestre 2006. Análisis de resultados a través de estadística, observación participante y satisfacción.

Trabajo con alumnos: Cuestionario estructurado: Variables información, habilidades, actitudes, mitos y opiniones.

Análisis con modelo PRECEDE. Estructuración del contenido del programa según diagnóstico y sesiones educativas de 60 minutos en grupos clase sin diferenciación de género, trabajando con dinámicas grupales, juegos y dramatización. Cuestionario posterior con los mismos ítems y satisfacción.

Trabajo con profesores y padres: Ambas intervenciones informativas y participativas explicando el programa e interactuando con propuestas. Antecedentes, marco teórico, marco empírico, metodología, medios audiovisuales, diagnóstico y dinámicas. Informe final de resultados. Realizamos cuestionario de satisfacción y nuevas propuestas.

**Conclusiones:** Efectividad del modelo PRECEDE para diagnóstico y planificación de intervenciones educativas. Las actividades mejoran la reflexión, la crítica y la asertividad con implicación en sesiones activas mediante charla, habilidades manipulativas, imágenes, videos, casos, etc. La creación de un entorno apropiado es manifestada por los adolescentes como positivo para mejorar el aprendizaje. El planteamiento personalizado del programa de intervención es valorado muy satisfactoriamente tanto por los alumnos, como por sus padres y profesores. La educación en salud sexual-reproductiva trabajando con valores, cultivando autoestima y habilidades sociales permite madurez y ejercicio competente para disminuir riesgos, mejorar actitudes y comportamientos saludables. Imprescindible la comunicación e implicación jóvenes-padres-profesores para intervenciones en salud.

## P409 MEJORA DE LAS COMPETENCIAS Y DESTREZAS DEL RESIDENTE DE FAMILIA EN OFTALMOLOGÍA

M. Astier Peña, M. Barcelo, C. Egea, N. Guerri, A. Monreal

UD de MFyC. Zaragoza II. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: mpastier@salud.aragon.es

**Objetivos:** En el programa de medicina de familia de 2005 se identifican las actividades que deben aprender los residentes en los rotatorios. La rotación en oftalmología es una rotación no bien valorada. Se desarrolla en las consultas de los centros de especialidades. OBJETIVO Dar a conocer las habilidades que los residentes deben adquirir. Conocer la opinión del especialista en relación con estas habilidades con la finalidad de mejorar la formación durante el rotatorio.

**Material y métodos:** Se diseñó una encuesta con las habilidades y destrezas del programa. Cada tarea debía valorarse de 0 a 10 con el acuerdo sobre el aprendizaje de esa destreza por los residentes. Se preguntó por la ubicación idónea y se solicitaron sugerencias de mejora.

**Resultados:** Se han recogido 15 encuestas. El acuerdo por áreas: actividades prioridad I (promedio 10, rango 5-10) excepto el manejo y control de neuritis óptica, patología vascular retiniana, retinopatía hipertensiva diabética y tumores oculares; prioridad II (promedio 6, rango 0-10) y prioridad III (promedio 6, rango 5 - 10). Los comentarios: ubicación de la rotación en la policlínica de urgencias de oftalmología en el hospital. También aludían a

falta de tiempo para formación de residentes en consultas y que en Atención Primaria no se dispone de lámpara de hendidura para poder trabajar.

**Conclusiones:** La rotación de oftalmología es un área de mejora para abordar en el programa de medicina de familia. Las áreas de mejora se fundamentarían en concretar las tareas y lugar de rotación para conseguir los objetivos formativos y la satisfacción profesional.

## P410 HACIA UNA UNIDAD DOCENTE VIRTUAL

A. Casasa, M. Fàbregas, J. Da Pena, J. Casanovas, M. Coderch, R. Monteserín

EAP Sardenya, UD Aceba. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 26509acp@comb.es

**Objetivos:** Elaboración de la página web de una unidad docente nueva a partir de las inquietudes de médicos vinculados a la docencia.

**Descripción:** Mediante metodología cualitativa utilizando la técnica del grupo focal se enumeraron los supuestos contenidos que debería tener una web de una unidad docente. Participaron médicos de familia jóvenes, que han acabado recientemente la residencia, residentes actuales de otras unidades docentes, técnicos de salud, un moderador y un observador.

Se describieron las utilidades de internet durante la residencia, que mayoritariamente era como fuente de datos para consultas clínicas y formación; se enumeraron las webs más utilizadas. Para que sirva y qué nos hubiera gustado encontrar. Se exploró cómo podría ser la comunicación del residente con su tutor, compañeros y centro de salud durante las rotaciones fuera del centro de salud: mediante correo electrónico y foros de discusión. Se describió la posibilidad de realizar las evaluaciones de las rotaciones vía web. También se discutieron los contenidos que se creían útiles y la actualización continua i participativa de éstos. A partir de las aportaciones del grupo se ha confeccionado una página web que permite:

- Crear una comunidad virtual
- Participación de los residentes en la elaboración y mantenimiento
- Realizar las evaluaciones y la valoración formativa vía web.
- Ayuda a la formación y a la docencia

**Conclusiones:** Creemos que esta web será una herramienta útil para la comunicación entre los residentes y tutores, donde habrá información clínica constantemente actualizada y facilitará los trámites administrativos.

## P411 TÉCNICAS PARA LA PUESTA EN MARCHA DE UNA MEDICINA BIOPSIOSOCIAL, INTERSECTORIALIZACIÓN Y EMPODERAMIENTO DE LA SOCIEDAD. COSTO EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD CLÍNICA.

F. Fernández Rosado, A. Ouaridi Dadi

Red de Formadores de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Unidad Clínica Pinillo Chico y San Benito. El Puerto de Santa María y Jerez de la Frontera. Andalucía.  
Correo electrónico: franfro@eresmas.com

**Objetivos:** Convencer que esos conceptos son posibles llevarlos a la práctica en nuestras masificadas consultas, y que es posible, como dice la revista JAMA, que el 40% de las terapias sean innecesarias o dañinas, y las implicaciones que conllevaría si así fuese.

Divulgar las afirmaciones de Marcial Angell (20 años editora de The New England Journal of Medicine) sobre ensayos clínicos farmacológicos. Y Gordon P.M. sobre la efectividad en cardiopatía isquémica...

Conseguir una medicina innovadora con diagnósticos desplegados. Aportamos soluciones al gasto sanitario.

**Descripción:** 10 años analizando la interacción especialistas en mf,yc., y sociedad, colaborando con la Federación de Asociaciones de Vecinos, el Foro Social (portavoz durante un año), Alcalde, Concejalías de sanidad, economía, de Igualdad y Consejo de la Mujer. Reuniéndonos con asociaciones, vecinales o no, ONG, sindicatos y partidos políticos, Subdelegado del Gobierno, Delegado de la Junta de Andalucía, medios de comunicación...

Puesta en marcha del programa intersectorial "Mejora de Calidad de Vida." Red de formadores de la Consejería de Salud. Charlas coloquios con asociaciones, compañeros y residentes.

**Conclusiones:**

- Aumentamos la efectividad, reducimos la demanda y el gasto farmacéutico...
- Evitamos epidemias de indefensión...
- Nos coordinamos con la sociedad, modificamos el contexto...
- Evitamos una medicina idólatra y esclavizante...

-El defensor de la salud ciudadana...

-Respondemos a las cuestiones de Grimshaw J.M. y Chassin M.R...

## P412 EXPERIENCIA DE ROTACIÓN EN UN PAÍS DE BAJA RENTA

C. Meroño Montero, E. Celades Blanco, M. Sevillano Santamaría, P. Navarro Pikeiro y S. Martínez González

CS Las Calesas. Madrid.  
Correo electrónico: mwakadini@hotmail.com

**Objetivos:** 1) Conocer el sistema sanitario de un país de baja renta (infraestructura, elementos de planificación y gestión de los servicios sanitarios). 2) Aumentar los conocimientos sobre las enfermedades tropicales. 3) Descubrir las estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades en estos países, así como analizar los factores culturales que forman parte de ellas. 4) Capacitar al residente (de forma básica) para describir para analizar las repercusiones de determinadas epidemias en el ámbito de la Salud Pública de Baja Renta. Nuestra experiencia se centra en la epidemia VIH/SIDA

**Descripción:** La experiencia la realiza un residente de tercer año en un programa ambulatorio de asistencia integral a pacientes que están viviendo con el VIH/SIDA que se incluye dentro del equipo sanitario que está trabajando en esta consulta. A la vez, se permite el acceso a material de formación, programa nacional de la lucha contra el VIH/SIDA de este país.

**Conclusiones:** 1) Las experiencias sanitarias en países de baja renta aportan una visión clara de la realidad sanitaria de estos países y orientan al Médico de Familia sobre cómo abordar en la consulta al paciente que viene del Trópico. 2) Conocer el sistema sanitario de otros países y los factores culturales que influyen en la salud en estas personas permite diseñar estrategias preventivas adaptadas a este tipo de población. 3) El programa de la especialidad debe garantizar que los residentes que soliciten este tipo de rotaciones puedan tener acceso a ellas.

## P413 COMUNICACIÓN DE EXPERIENCIAS: TALLER DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN MAYORES DE 65 AÑOS

M. Devant Altimir, M. Serrat Asensio, E. Jordan Trias, E. Pérez García, S. González Martínez y B. de Pedro Elvira

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: sgonzama@clinic.ub.es

**Objetivos:** Son pocas las experiencias realizadas desde atención primaria, en el abordaje integral de las caídas en los ancianos. Las caídas pueden generar patología importante y un aumento de la dependencia del paciente. Debido a ello, se planteó en nuestro centro la realización de talleres dirigidos a personas mayores para dotarles de conocimientos teórico-prácticos, realizar ejercicios preventivos y clarificar dudas sobre recursos sociales.

**Descripción:** Se realizó una captación activa del taller mediante pósters explicativos, los pacientes seleccionados fueron pacientes con caídas en el último año y también los que presentaban riesgo de ellas valorado con test específico. Se realizaron tres talleres. Cada taller constaba de 3 sesiones (3 días) en una semana, con una duración de 1 hora-sesión y realizadas en un aula del centro de salud. Los monitores del grupo fueron 3 enfermeras comunitarias, la trabajadora social y un médico. Algunos de los temas tratados fueron: prevención primaria, secundaria y terciaria de las caídas, factores de riesgo, síndrome post-caída, ejercicios de resistencia-equilibrio y Chi Kung e información sobre recursos sociales. En total participaron 31 pacientes y durante la última sesión se facilitó un cuestionario de evaluación.

**Conclusiones:** Tras las sesiones, los pacientes refirieron ser más conscientes de la importancia de las caídas, y han aprendido técnicas útiles para prevenirlas. Este espacio les ha permitido relacionarse y compartir sus experiencias.

## P414 CURSO DE ENFERMEDADES IMPORTADAS PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Cabezas Otón, J. Gómez i Prat, C. Manzardo, E. Monguí Avila, R. Morales Martínez y B. Treviño Maruri

Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional Drassanes. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 14928jco@comb.es

**Objetivos:** Sensibilizar a los profesionales de Atención Primaria de la existencia de patología importada, ya sea en inmigrantes ó en viajeros desde un punto de vista sindrómico.

Dar una visión general de los consejos dirigidos a viajeros e inmigrantes a países tropicales.

Exponer las diferentes estrategias desde Salud Comunitaria para la comunidad inmigrante y la utilización de los

Agentes de Salud de distintos grupos étnicos.

Proponer protocolos de cribado en inmigrantes asintomáticos según zonas de procedencia.

Trabajar con casos prácticos reales.

#### Descripción:

Contenido docente desde un punto de vista sindrómico, con los siguientes módulos:

Geopidemiología de las enfermedades importadas, Protocolos en inmigrantes asintomáticos según zona de procedencia, Información para viajeros e inmigrantes a zonas tropicales, Síndrome febril, Síndrome diarreico/disentérico, Eosinofilia, Síndrome genitourinario, Síndrome cutáneo, Síndrome cardiorrespiratorio, Salud comunitaria y Casos prácticos.

Duración total de los contenidos: 10 horas.

Cuadro docente: Profesionales con amplia experiencia en países tropicales y en atención a la población inmigrante y viajeros a zonas tropicales.

Los cursos se hacen previa demanda de las Unidades de Atención Primaria en el propio centro que solicita la formación.

**Conclusiones:** Existe una demanda importante por parte de los profesionales de Atención Primaria para solucionar los problemas concretos que plantea el diagnóstico y manejo de enfermedades no habituales en nuestro medio, tanto en el inmigrante como en el viajero.

La acogida de este curso ha sido muy favorable por los profesionales de Atención Primaria según se desprende de las encuestas efectuadas al finalizar cada curso

### P415 ACERCÁNDONOS A LA ATENCIÓN A LA FAMILIA

L. Balsalobre Arenas, R. Martín Tomás, F. Cornejo Martín, M. del Cura González, F. García de Blas y M. García Fernández

CS Mendiguchia Carriche. Leganés. Madrid.

Correo electrónico: mcurag@yahoo.es

**Objetivos:** Comunicar una experiencia docente en el primer mes de rotación del R1, presentando el área de atención a la familia con una metodología participativa. Secundarios: 1. diferenciar los distintos niveles de intervención descritos por Doherty y Baird. 2. conocer herramientas de exploración familiar.

**Descripción:** Fase inicial: Sesión teórico-práctica con presentación de contenidos del programa de la especialidad y bibliografía básica. Fase intermedia: Analizar las demandas de los pacientes que acudieron a las consultas durante 3 días. 200 demandas, el 22 % se considero susceptible de intervención familiar. La distribución por niveles de intervención fue de 9 % nivel I (mínimo énfasis familiar), 29,5 % nivel II (información continua y consejos médicos), 47 % nivel tres: sentimiento y apoyo, 2 % nivel cuatro (evaluación sistemática e intervención planificada), 14,5 % nivel V (terapia familiar). Cada residente ha utilizado el genograma, test de Apgar familiar y la escala de acontecimientos vitales estresantes. Fase final: Dos sesiones de puesta en común, detección de problemas y necesidades formativas.

**Conclusiones:** Esta experiencia nos ha permitido presentar de una forma sencilla que es "pensar en términos de familia" en nuestra práctica clínica. Conocer nuestros diferentes grados de intervención familiar (mayoritariamente II,III) nos ha enfrentado a la distancia que existe entre lo que hacemos y podemos hacer. Ha despertado la curiosidad de los residentes por un área de conocimiento desconocida y ha sensibilizado a los tutores de sus necesidades formativas para considerar la atención al paciente en su contexto familiar

### P416 OTRA MANERA DE VIVIR LA MEDICINA DE FAMILIA. EXPERIENCIA EN BRASIL

E. Vieira Lista, P. Sebastian Villan, P. Sorribas Rubio, A. Aznarez García, S. Alcalde López y F. Ibáñez García

CS Torrero La Paz. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: vieiralista@hotmail.com

**Objetivos:** Descripción de las diferencias y similitudes entre el Sistema de Salud español y brasileño a través de una experiencia docente realizada en Brasil.

**Descripción:** La experiencia se realizó durante los meses de marzo y abril de 2006 en la ciudad de Petrópolis (Río de Janeiro), en el Centro de Salud Machado Fagundes. Ambos sistemas incluyen tres niveles asistenciales: Atención Primaria que constituye el primer escalón, nivel secundario y terciario. La gran diferencia reside en la figura del "agente comunitario" como nexo de unión entre la comunidad y el centro de Salud. Otra diferencia es el trabajo con pequeños grupos constituidos en función de patología, sexo, edad, etc. En España el segundo motivo más frecuente de demanda es la patología menor autotratable generada por pequeños grupos de hiperfrecuentadores, con una gran influencia en las consultas de los problemas socioambientales, condicionado por la limitación de la cartera de servicios en el abordaje psicosocial y por la coexistencia de diferentes tipos de clases y razas entremezcladas con ideología social y concepciones del individuo diferentes (individualista/social). Dentro del programa de talleres que desarrolló el área de la zona del centro en Petrópolis, se colaboró activamente en el grupo de mujeres de la tercera edad al que iba dirigido el taller de costura.

**Conclusiones:** La promoción de la salud es una actividad comunitaria. Los grupos son una herramienta para promover cambios de actitudes, disminuir demanda psicosocial y proporcionar una mayor adherencia a los tratamientos.

### P417 EXPERIENCIA DOCENTE EN URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EXTRAHOSPITALARIAS

E. Castro Balado, A. González Blanco, M. Guzman Saez, R. Gómez Vázquez, C. Díaz Julien y M. Caamaño Arcos

Fundación Pública 061-Galicia. Santiago de Compostela. Galicia.

Correo electrónico: evacastrobalado@mundo-r.com

**Objetivos:** Las actividades desarrolladas por el grupo de trabajo formado por nuestro servicio y la Unidad de Salud Mental de nuestro Sistema de Salud han dado prioridad a las acciones formativas conjuntas con el fin de dar a conocer el trabajo realizado y homogeneizar la asistencia urgente extrahospitalaria en nuestra Comunidad Autónoma.

**Descripción:** En el 2004 se realizó un curso sobre Urgencias Psiquiátricas impartido por los especialistas integrantes del grupo de trabajo y dirigido a nuestro personal sanitario. Participaron un total de 75 alumnos en tres jornadas de 12h cuyo temario comprendía la atención clínica y médico-legal urgente psiquiátrica. En 2005 se realizó una experiencia piloto con el curso de formación de técnicos transporte sanitario (TTS): la parte teórica relativa a las urgencias psiquiátricas fue impartida por especialistas en dos ediciones. Posteriormente se generalizó la docencia. En el 2006 se han realizado siete ediciones. del 19-20 junio se imparten talleres sobre las guías de actuación en patología urgente psiquiátrica elaboradas por el grupo de trabajo. Con una duración de 5h están dirigidos a nuestro personal sanitario y a los servicios de psiquiatría hospitalarios implicados.

**Conclusiones:** La experiencia ha sido muy positiva tanto para los docentes como para los alumnos implicados según lo constatado en las encuestas de satisfacción realizadas. Esperamos ampliar la cooperación entre ambas entidades e incluir a Atención Primaria, responsable también de la atención urgente psiquiátrica extrahospitalaria.

### P418 UNA PROPUESTA PARA ADQUIRIR HABILIDADES EN LECTURA CRÍTICA

C. Pains Arteaga, A. Jiménez Ballve, E. Fernández Nuevo, E. Barra Valencia, A. García-Uceda Sevilla y M. del Cura González

UD de MFyC, Área 9. Leganes. Madrid.

Correo electrónico: mcurag@yahoo.es

**Objetivos:** Capacitar a los residentes para realizar lectura crítica de ensayos clínicos Presentando distintos enfoques metodológicos y proponiéndoles elaborar uno propio

**Descripción:** Residentes de segundo año de una Unidad Docente. Sesión centralizada (4 horas) con contenidos teóricos y bases metodológicas para realizar lectura crítica. Se trabajo por grupos un ensayo clínico con diferentes propuestas metodológicas para evaluar ensayos clínicos. En la puesta en común se iba analizando las aportaciones y limitaciones que cada propuesta había supuesto para los residentes. La mayoría de los abordajes contemplan sólo la validez, magnitud y aplicabilidad de los resultados. Existían dificultades para aprender a valorar de forma sistemática la

introducción y los objetivos. Se valoro como positivo las propuestas que incorporan los aspectos éticos y los conflictos de intereses. Se presenta una planilla propia que recoge todas las aportaciones y que se esta utilizando como herramienta de lectura crítica

**Conclusiones:** Conocer la variabilidad de enfoques metodológicos para realizar lectura crítica puede ser otra herramienta para iniciar al residente en habilidades de lectura crítica.

Elaborar un planilla de evaluación de los ensayos clínicos obliga a detenerse en los contenidos teóricos en un proceso de autoaprendizaje.

## P419 PROYECTO FORMA JOVEN. 5 AÑOS DE EXPERIENCIA

O. Fernández Martínez, D. Raya Collados, S. Sirvent Castro, F. Ramos Díaz y T. Rodríguez Rivas

CS La Chana. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: lile@supercable.es

**Objetivos:** 1. Dar respuesta a los problemas de salud de los jóvenes, 2. Promocionar la figura de los agentes mediadores de salud, para que estos sirvan de cauce de comunicación entre el personal sanitario y los adolescentes, y de ayuda en la resolución de conflictos entre sus iguales, 3. Proporcionar al profesorado herramientas para solventar los problemas de salud que pudieran presentarse en las aulas.

**Descripción:** Intervención comunitaria formativa desarrollada con alumnos (12 a 18 años) y profesorado de un Instituto de Educación Secundaria de nuestra zona desde el año 2001.

Se realizo una encuesta autoadministrada previa para conocer las necesidades e inquietudes de los jóvenes y profesores, para así llevar a cabo una intervención dirigida.

Se instaura una consulta Forma Joven en un horario fijo para atender a los cuestiones planteadas por los alumnos tanto a nivel individual como grupal. -Para divulgar el proyecto se colocaron carteles informativos en las aulas y en el claustro de profesores y se organizó un concurso de logotipos. El logotipo ganador se utilizó para identificar al proyecto Forma Joven.

-Se programaron actividades colectivas para abordar áreas temáticas concretas.

-Se organizaron talleres prácticos para el profesorado abordando problemas de salud subsidiarios de ocurrir en clase (RCP, Crisis epilépticas, etc.)

-Se formaron agentes mediadores de salud voluntarios para que estos extendiesen los mensajes de salud a otros jóvenes

**Conclusiones:** Con el paso de los años se ha ido consolidando el proyecto y la cooperación entre los profesionales sanitarios y de la educación, generando un espacio de entendimiento y programación compartida para la consecución de los objetivos marcados al inicio del proyecto.

## P420 EXPERIENCIA DE UNA ROTACIÓN EXTERNA EN LA HABANA O CÓMO CON POCOS MEDIOS TAMBIÉN SE PUEDE HACER UNA BUENA MEDICINA DE FAMILIA

L. de Marcos Hernández, J. Baena Díez, B. Deixens Martínez, M. Amatller Corominas, D. Prieto Alambra y C. Bernades Carulla

CS Passeig de Sant Joan; CS La Marina. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: jmbaena.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos:** Conocer la metodología de trabajo y el medio en que se desarrolla la medicina de familia (MF) en La Habana (Cuba) y realizar una aproximación al modelo sanitario de un país con un Sistema Nacional de Salud pero con escasos medios materiales y un enfoque orientado a la comunidad.

**Descripción:** La experiencia se desarrolló durante un mes en La Habana, durante el período opcional de rotación externa de 10 residentes de 2º año de 4 Centros de Salud. Se desarrollaron las siguientes actividades: 1. Un curso de 160 horas lectivas impartido por la Universidad de la Habana para conocer el modelo sanitario cubano. 2. Visitas a Policlínicos donde se ubica la atención especializada, Hogar Materno infantil y Centro de Prevención del SIDA, entre otras. 3. Rotaciones en diversos Centros de Salud, desarrollando el proceso de atención en la consulta, modelo de visitas domiciliarias y de atención comunitaria.

**Conclusiones:** En relación a nuestro modelo sanitario, se puede realizar una MF de calidad con menos medios materiales, compensada con cupos mucho más reducidos de carácter familiar y con la excelente formación teórica-práctica de los profesionales. Nos ha llamado también la atención la intensa relación con la comunidad y el amplio espectro de problemas de salud abordados (embarazo, pediatría, salud comunitaria...). En un medio co-

mo el nuestro en que la fascinación por la tecnología no sólo afecta a los pacientes sino también a los profesionales, una rotación de estas características puede contribuir positivamente a la formación de los médicos de familia.

## P421 EXPERIENCIA EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Gonzalez Touya, B. Diaz Gómez y L. Briongos Figuero

CS Casa del Barco. CS. Parquesol. Valladolid. Castilla y León.

Correo electrónico: bardigomez@yahoo.es

**Objetivos:** Favorecer el éxito en el abandono del hábito y mantenimiento de esta actitud, gracias a la intervención realizada en grupos de deshabituación tabáquica.

**Descripción:** El taller destinado a: pacientes fumadores con deseo de deshabituación tabáquica que han alcanzado la fase de preparación.

Consta de dos partes:

-1ª: un mes de duración, en la que, tras una valoración inicial de la dependencia de la nicotina y la motivación para el abandono, se desarrollan sesiones semanales en las que se enseñan técnicas cognitivo-conductuales y de relajación.

-2ª: Seguimientos al mes, a los seis meses y al año con refuerzo de las actitudes positivas y puesta en común de problemas y experiencias en grupo.

**Conclusiones:** El porcentaje medio de pacientes que abandonaron el consumo de tabaco a los 6 meses fue de 54%.

En comparación con el abordaje individual de esta adicción, hemos conseguido un mayor porcentaje de éxitos a los seis meses.

Aunque dejar de fumar es un reto personal complicado, la terapia de grupo puede ser un apoyo importante para conseguirlo.

## P422 DOCENCIA EN UN DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS. EXPERIENCIA 6 MESES

E. Muñoz Triano, A. Martínez García, V. García Márquez, E. Márquez Romero, J. López Márquez y J. Guzmán Moreno

Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario Málaga. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: esperanzamutr@telefonica.net

**Objetivos:** Obtener aproximación: objetivos/expectativas generadas/aplicabilidad, de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de 3º año (R3) -Programa Nacional Especialidad 1990-, que han realizado guardias tutorizadas en Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). **Descripción:** Julio/2005: Acreditación Dispositivo Docente por Ministerio de Sanidad-Consumo, visto bueno del Ministerio de Educación-Ciencia; asociado a Unidad Docente de MFyC (art. 26.1 Ley 44/2003). Inicio experiencia docente: octubre/2005-actualidad. Escenario/actores: ambulancia medicalizada, capacidad soporte vital avanzado, médico/enfermero/técnico transporte sanitario/R3. Ámbito: medio urbano-mediterráneo, 529.231 habitantes. Horario: Turno 12 horas/mes. Control: Chaleco identificativo. Registro en dotación CCUE/turno.

**Resultados:** R3: 17 mujeres (2 gestantes/presencia parcial)/11 hombres. 15 R3/2 hospitales de referencia (30 R3). 20% tutores principales discrepan de la obligatoriedad. Acreditados 7/37 tutores (2 mujeres/5 hombres; 2 MFyC-MIR PRE95-, 2 Doctores, 1 Profesor asociado/Facultad Medicina, 1 Master en Urgencias y Emergencias) y 7/38 colaboradores docentes (6 mujeres/1 hombre; Diplomados universitarios enfermería), art. 104 Ley 14/1986 LGS/art. 22 Ley 45/2003 Ordenación Profesiones Sanitarias. Preferencia turno 09-21 horas/laborable, el turno 21-09 horas supuso librar. 4-12 asistencias/turno. Evaluación: un hospital, tutor hospitalario/15 R3, encuesta de opinión/preguntas abiertas. Respuestas globales: 2 R3 percepciones negativas -más de lo mismo de Primaria, pero con ambulancia/sería mejor en el 061- y 13 R3 percepciones positivas; aplicabilidad (competencias Portfolio semFYC): visión integral paciente -COMP06-, visión integral proceso -COMP15-, comprensión/acercamiento compañeros -COMP18-, trabajo en equipo -COMP19-, adaptación a situaciones nuevas/imprevistas -COMP24-; expectativas: salida laboral; objetivos: sin aclarar. Calificación tutores/colaboradores docentes: muy buena.

**Conclusiones:** 1. Creemos positiva docencia MFyC en DCCU. 2. Necesidad establecer objetivos. 3. Necesidad evaluación en métodos/períodos consensuada.