

# comunicaciones orales

14 de octubre de 2004

09:30 h

## EVALUACIÓN A LOS TRES AÑOS DE UN PROGRAMA PARA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE DROGADICCIÓN/SIDA

E. Navalón García, M.C. Fernández Astudillo, J. Vázquez Vázquez y L. Torrens Daviu

EAP de Montcada i Reixac. Barcelona.

**Objetivos:** Debido a la alta tasa de incidencia acumulada observada en el municipio de Montcada i Reixac, por el Centro de Estudios Epidemiológicos sobre el sida de Cataluña (CEESCAT) se implantó un Programa multidisciplinario (Ayuntamiento, Servicio Catalán de la Salud y el Equipo de Atención Primaria (EAP) con los objetivos: General: 1) Controlar la expansión de la epidemia de sida y ADVP. Específicos: 1) Registro de los pacientes con VIH /SIDA del EAP y forma de transmisión. 2) Mantener la prevalencia de VIH- al inicio del programa.

**Materiales:** Todos los pacientes VIH / SIDA y adictos a drogas. La duración del programa fue de tres años con las intervenciones siguientes: Registro VIH+, drogodependientes y pacientes conductas de riesgo. Implantación de intercambios de jeringuillas en farmacias y EAP. Dispensación de metadona. Contratación de agentes de salud. (Exdrogadictos). Efectuar una visita domiciliaria a los pacientes con sida terminal.

**Resultados:** En tres años, se han registrado 68 VIH+ (6 con sida). Transmisión por drogadicción 66 y 2 sexual. Por sexos, 91% hombres y 9% mujeres. Los pacientes con conductas de riesgo fueron 102. Se entregaron 32.000 jeringuillas. Dispensación de metadona 32 pacientes. Los agentes de salud facilitaron 17 pacientes VIH+ y ADVP. Recibieron atención domiciliaria 4 pacientes, 2 han fallecido.

**Conclusiones:** La puesta en marcha de un programa multidisciplinario con participación de los estamentos más relevantes, ayuda a aumentar el impacto de un programa sanitario.

## DETERIORO COGNITIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Pacheco Arroyo y R. Gorgues Comas

C.S. Fuente San Luis. Valencia.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de deterioro cognitivo (DC). Examinar los tratamientos farmacológicos específicos utilizados en pacientes mayores de 65 años con DC y conocer el origen y la calidad de la prescripción.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes mayores de 65 años diagnosticados de algún tipo de deterioro cognitivo según la escala de Reisberg y que lleven prescrito tratamiento farmacológico específico. Resulta un tamaño muestral de 460 pacientes obtenidos por muestreo sistemático de las historias clínicas. Los indicadores de calidad son la inclusión en las guías de práctica clínica (GPC) y la utilidad terapéutica baja (UTB).

**Resultados:** Prevalencia de deterioro cognitivo del 16,7% (IC 95%: 13,3-20,2). El total de sujetos de la muestra de estudio es de 66. La edad media es de 76,92 ± 7,4. Hay 39,4% varo-

nes y 60,6% mujeres. Hasta un 72,7% presentan patologías asociadas y más de la mitad han iniciado tratamiento farmacológico después del año 2000. La mayoría de los diagnósticos corresponden a demencia tipo Alzheimer 63,6% (50,9 - 75,1%), mientras que la demencia vascular supone el 13,6% (6,4 - 24,3%). En ambas el predominio es del sexo femenino 2:1. Según la escala Reisberg, un 18,2% (9,7 - 29,6%) presentan deterioro cognitivo leve, un 47% (34,6 - 59,7%) deterioro cognitivo moderado y otro 18,2% un deterioro grave o muy grave. El fármaco más prescrito fue citicolina 33,3% (22,2 - 44%) seguido de piracetam 21,2% (12,1 - 33%), mientras los inhibidores de la colinesterasa en conjunto suponían otro 33,3% siendo el más utilizado el donepezilo. En la mayoría de los pacientes la prescripción fue realizada por el neurólogo de zona (51,5%). Un 66,7% de los fármacos se consideran de baja utilidad terapéutica, correspondiendo su prescripción en un 21,2% al neurólogo.

**Conclusiones:** Predominio de mujeres con deterioro cognitivo moderado. Tipo Alzheimer. Prescriptor fundamental es el neurólogo y el uso de anticolinesterasas supone ya un tercio de las prescripciones, pero existe alta utilización de fármacos UTB.

## INFLUENCIA DE LA INTERVENCIÓN TELEFÓNICA Y POSTAL EN LA PRESIÓN DEL PULSO EN EL TRATAMIENTO DE LA HTA LEVE-MODERADA

E. Sánchez López, E. Márquez Contreras, J.J. Casado, V. Gil, N. Martell y O. García

Grupo estudio ETECUM-HTA.

**Objetivos:** Evaluar la influencia de dos intervenciones en la presión del pulso en el tratamiento de la HTA leve-moderada.

**Materiales:** Estudio clínico controlado, en 85 centros de AP españoles, con distribución aleatoria a tres grupos y seguimiento de 6 meses. Se incluyeron hipertensos diagnosticados de novo o no controlados. Los grupos fueron: 1) Grupo control (GC): Recibieron intervención sanitaria habitual; 2) Grupo postal (GP): Mensajes postales (15 días, 2-4 meses); 3) Grupo telefónico (GT): Llamadas a los 15 días, 7-15 semanas. Se realizaron visitas al 1º, 2º y 6º mes, con medición de presión arterial (PA) y presión del pulso (PP). Se calcularon las PP y descensos medios entre inicio y final.

**Resultados:** Finalizaron 538 pacientes ( $61 \pm 11,7$  años) (261 varones). El GC lo componían 182 individuos, GP 172 y GT 184. Se observaron diferencias significativas con mayores PAS al final en GC y PAD superiores en GC respecto al GT y GP y en GP respecto al GT. La PP inicial, al 1º mes, 2º y 6º mes fueron de  $62,4 \pm 14$ ,  $53,8 \pm 44$ ,  $54,1 \pm 11$  y  $52,9 \pm 9$  en el GC;  $62,1 \pm 17$ ,  $56,4 \pm 12$ ,  $55,8 \pm 9$  y  $52,7 \pm 11$  en GP y  $66,4 \pm 10$ ,  $57,8 \pm 11$ ,  $56 \pm 11$  y  $54,5 \pm 11$  en GT ( $p = NS$  por grupos). El descenso medio de la PP fue  $9,4 \pm 15$  en GC ( $p = 0,0001$ ),  $9,3 \pm 17$  en GP ( $p = 0,0001$ ) y  $11,8 \pm 10$  en GT ( $p = 0,0001$ ), siendo las diferencias significativas entre GT y GC con mayor descenso en GT.

**Conclusiones:** La intervención telefónica es medida eficaz para obtener un mayor descenso de PP en el tratamiento de la HTA leve-moderada.

## ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS EN 1.066 MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE ANDALUCÍA INCLUIDAS EN EL ESTUDIO ECOSAP

R. Moya Santana<sup>1</sup>, F. Ruiz Solares<sup>2</sup>, J.A. Castro Gómez<sup>3</sup>,  
J.A. Godínez Márquez<sup>4</sup>, J.J. Rascon Pozas<sup>5</sup> y A.C. Franch  
Quiralte<sup>6</sup>

<sup>1</sup>C.S. Cerro del AgUILA, Sevilla; <sup>2</sup>C.S. Las Lagunas, Mijas;  
<sup>3</sup>C.S. Cartuja-Almanjáyar, Granada; <sup>4</sup>C.S. Antequera, Málaga;  
<sup>5</sup>C.S. Ciudad Jardín, Almería; <sup>6</sup>Dpto. Investigación Médica,  
Lilly, Madrid.

**Objetivos:** Comparar los factores de riesgo de osteoporosis (FRO) y de fractura osteoporótica (FRFO), y los parámetros de la ecografía cuantitativa ósea (QUS) en mujeres posmenopáusicas andaluzas en comparación con el resto de la muestra del proyecto ECOSAP.

**Materiales:** Estudio comparativo, transversal realizado en 58 centros de AP. Sujetos: 5.195 mujeres > 65 años (edad media + DE: 72,3 + 5,3 años), que acudieron por cualquier motivo a consulta de AP y otorgaban su consentimiento para participar en el estudio. 1.066 mujeres procedían de 11 centros andaluces.

**Mediciones:** Variables demográficas, antropométricas, QUS de calcáneo y cuestionario dirigido de FRO y FRFO. Se estableció el antecedente de fractura osteoporótica ante fracturas por fragilidad ocurridas > 35 años de edad.

**Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres andaluzas ( $n = 1.066$ , 20,5%) y el resto ( $n = 4.129$ , 79,5%) en los siguientes factores de riesgo: edad de menarquia ( $13.0 \pm 1.8$  vs.  $13.4 \pm 1.8$ ), edad de menopausia ( $48.5 \pm 4.8$  vs.  $49.1 \pm 4.7$ ), talla ( $152.5 \pm 6.3$  vs.  $153.1 \pm 6.7$ ), peso ( $70.9 \pm 11.6$  vs.  $67.7 \pm 11.0$ ), IMC ( $30.5 \pm 4.8$  vs.  $28.9 \pm 4.6$ ) paridad ( $3.3 \pm 2.3$  vs.  $2.7 \pm 2.0$ ), horas de ejercicio físico/semana ( $11.4 \pm 9.2$  vs.  $17.3 \pm 13.8$ ), número de caídas durante el último año ( $0.57 \pm 1.2$  vs.  $0.47 \pm 1.3$ ), menor ingesta diaria de lácteos, mayor consumo de alcohol y tabaco (3,9% vs. 1,8%), mayor uso de benzodiazepinas (32,6% vs. 24,6%) y de hipoglucemiantes (11,9% vs. 9,2%). Los parámetros de QUS no mostraron diferencias entre los dos grupos, como tampoco los antecedentes familiares de fractura. El antecedente personal de fractura fue más frecuente en las mujeres andaluzas (22,8%) que en el resto (19,4%) ( $p = 0,012$ ). El análisis multivariante mostró que el hecho de proceder de un centro andaluz no supone un factor de riesgo independiente de fractura osteoporótica.

**Conclusiones:** El perfil de FRO y FRFO en la muestra andaluza es, en general, de mayor riesgo que el del resto de España, si bien los valores de QUS fueron similares al resto de la muestra analizada.

## MANEJO DIAGNÓSTICO DE LAS PACIENTES CON OSTEOPOROSIS ATENDIDAS EN CONSULTAS DE ASISTENCIA PRIMARIA

M. Fuentes Pujol, J. Ferrer, M. Grifols, N. Perulero  
y X. Badía

ABS. Alt Berguedà. Barcelona. Grupo Optima Mujer.

**Objetivos:** Conocer las características de las pacientes con osteoporosis atendidas en asistencia primaria y los criterios que se utilizan para su diagnóstico.

**Materiales:** Estudio epidemiológico, prospectivo y multicéntrico, en el que participaron centros de asistencia primaria (CAPs) de toda la geografía española. Se incluyeron mujeres mayores de 50 años subsidiarias de prevención y tratamiento para la osteoporosis con Raloxifeno que acudían a la consulta entre Mayo 2001- 2002.

**Resultados:** Participaron 745 mujeres con una edad media de 62 años. La enfermedad concomitante más frecuente fue la HTA (38,7%). El factor de riesgo más frecuente fue tener antecedentes familiares de osteoporosis (54,1%), seguido de menopausia precoz (34%). Los criterios diagnósticos más frecuentemente utilizados fueron la combinación de historia clínica, factores de riesgo y la radiología convencional (20,3%). En el 32% de las pacientes se utilizó la densitometría ósea (DMO) sola o en combinación con otras exploraciones. La anamnesis sobre factores de riesgo se utilizó con mayor frecuencia en las mujeres de edad inferior a los 61 años que en las mayores (62,7% vs. 48,1%,  $p < 0,05$ ). La DMO se utilizó de forma similar según grupos de edad (28,9% vs. 35,6%;  $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los criterios diagnósticos más frecuentemente utilizados en las mujeres que acuden a los centros de asistencia primaria con sospecha de osteoporosis son la historia clínica, los factores de riesgo y la radiología convencional. Para el diagnóstico de osteoporosis en asistencia primaria se utiliza La DMO en un 32% de los casos.

## DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN ENTRE LOS PACIENTES Y LOS MÉDICOS RESPECTO AL RIESGO DE EFECTOS ADVERSOS GASTROINTESTINALES (GI) ASOCIADOS AL TRATAMIENTO CON AINES

E. Martín Mola

Hospital Universitario La Paz.

**Objetivos:** La elevada prevalencia del dolor musculoesquelético crónico (DMC) lo convierte en motivo frecuente de consulta y consumo de fármacos. Durante 2001 2002, se llevó a cabo "Arthritis Action Group Survey", estudio cuyo objetivo fue describir su prevalencia, grado de conocimiento y manejo terapéutico.

**Materiales:** Estudio transversal realizado en España mediante encuesta telefónica a 200 médicos de Atención Primaria y a 816 sujetos con DMC.

**Resultados:** El 21% de sujetos cumplieron criterios de DMC. La edad media fue de 56 años (69% mujeres). El 91% de los médicos prescribían AINEs como grupo terapéutico de elección. El 87% de sujetos y el 80% de médicos consideraban que los efectos adversos digestivos derivados del uso de antiinflamatorios podían prevenirse con la comida. El 49% de los sujetos opinaron que algunas veces existen síntomas previos al desarrollo de complicaciones GI graves. Por parte, el 68% de médicos consideró que algunas veces existen síntomas de alarma. El 63% de médicos y el 68% de pacientes opinaron que los efectos adversos pueden ser peor que la patología misma. El 70% de médicos opinaron que los pacientes están preocupados por efectos adversos GI de AINEs. Sin embargo sólo el 21% de pacientes comunicaron encontrarse preocupados por los mismos y el 19% refirieron conocerlos.

**Conclusiones:** Los pacientes tienen escaso conocimiento de las complicaciones GI de los AINEs y sus síntomas y prevención. Se han encontrado diferencias en la percepción del riesgo asociado a AINEs entre pacientes y médicos.

## MEJORA DE LA EFICACIA DE LA TERAPIA INHALADA Y CALIDAD DE VIDA, TRAS ADIESTRAMIENTO EN LA UTILIZACIÓN DE INHALADORES, EN PACIENTES ASMÁTICOS

T. Fuster Bellido, T. Paredes Urraca, A. Arlandis Puig,  
V. Iváñez Bernabeu, J.M. Villalba Soto y J. Millet Pérez  
C.S. Gandía. Valencia.

**Objetivos:** Conocer: Si existen diferencias espirométricas, de calidad de vida percibida, pre y post adiestramiento. La preva-

lencia de la técnica incorrecta, nivel de control. Perfil socio sanitario y factores de riesgo.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal. Estudio pre test-intervención-post test. (SPSS 8.1, test de Kolmogorof-Smirnof, t de Student). 70 pacientes > de 14 años asmáticos, con inhaladores. Elaboramos un cuestionario, para conocer características: de pacientes, enfermedad y tratamiento. Mediante la escala de valoración de Newman, clasificamos la técnica: correcta-acceptable, incorrecta. Posteriormente practicamos una espirometría (3), se administró: cuestionario calidad de vida Test de Marks. Adiestramiento en la técnica. Valoramos cambios a las 4 semanas.

**Resultados:** N = 70. Edad M 40 (25-82). Sexo 35% H, 65% M. Años evolución 9,30 (1-30). Tabaco: 51,4% no fumador, 28,8% fumador, 22,8% exfumador. Nivel asistencial: 42% E, 42% AP, 15% ambos. Adiestramiento y técnica: AP-correcta 82%, incorrecta 8,6%. E-correcta 70,6%, incorrecta 14,2%. Técnica incorrecta = 20 (28,5%), el 50% (10) mejoran valores. M FEV1 pera = 63,7% DS 22,24. Media FEV1 postA = 96,1% DS 26,46 t = -5,26 p = 0,001. Grupo control 12 (17,1%) mejoran valores sin A. M FEV 1,1=85,6% DS 20,2. M FEV 1,2 = 92,4% DS 24,4. t = 1,45 p = ns. Test de calidad de vida sin cambios en grupo control e intervención.

**Conclusiones:** 1) Alta prevalencia utilización incorrecta. 2) Mejores resultados en AP. 3) Programa educacional eficaz. 4) No cambios en la calidad de vida.

#### APLICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA ESCALA SCOFF PARA EL CRIBADO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN SUJETOS NO OBESOS

J.M. Benítez Moreno, M.P. Cortés Viana, I.M. Ratia López, M. Vicheto Capdevila, M. Galán Cuevas y E. Corral Pérez

Institut Català de la Salut (ICS): ABS Centre-Can Mariné y ABS Riu Nord-Riu Sud. Sta. Coloma de Gramenet, ABS Martí Julia. Cornellà; CAP Vila Olímpica. PAMEM de Barcelona.

**Objetivos:** Rápida detección de rasgos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Estudio de variables asociadas a TCA.

**Materiales:** Estudio multicéntrico, descriptivo, transversal. Selección aleatoria de sujetos (12 a 50 años), índice de masa corporal (IMC) menor o igual a 27 kg/m<sup>2</sup>. Mediciones: sexo, edad, IMC, tabaquismo, tratamiento psicofarmacológico, cuestionario autoadministrado SCOFF para TCA.

**Resultados:** 207 sujetos (59,9% mujeres), edad media 30,5. IMC medio mujeres: 22,6; hombres: 24,2. El 16,3% de ellas y el 5,88% de ellos puntúan muy significativamente en SCOFF [edad media 27,3 (mujeres) y 32,6 (hombres)], sin diferencias en IMC. Toman antidepresivos y/o ansiolíticos el 21,2% de las mujeres y el 10,5% de los hombres. El 33,3% de las mujeres con antidepresivos y el 37,5% con ansiolíticos, puntúan SCOFF positivo. El 47% de los hombres y 36% de las mujeres son fumadores, pero con rasgos de TCA fuman 46,5% de mujeres y 25% hombres. Entre los adolescentes, de 12 a 18 años, responden SCOFF positivo, el 32% del sexo femenino y el 20% del masculino.

**Conclusiones:** 1) El SCOFF puede detectar rápidamente rasgos de TCA (5 ítems exploran los principales). 2) La aparición de rasgos de TCA en varones adolescentes se expresa más tarde que en el sexo femenino. 3) Una importante proporción de los tratados con antidepresivos y/o ansiolíticos presenta síntomas de TCA. 4) La prevalencia de rasgos de TCA en adolescentes es elevada (no exclusivos de este grupo etario). 5) El tabaquismo femenino se ve fuertemente asociado a TCA.

#### LA LABOR DEL GRUPO DE SALUD PÚBLICA DE SEMERGEN ANTE LA CATÁSTROFE DEL PRESTIGE, DICIEMBRE 2002 – ABRIL 2003

J.R. García Cepeda, J.M. López Abuin, C. Quintas Fernández, E. Caulonga, B. Fachado y M. Gil

Grupo de Salud Pública de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. SEMERGEN.

**Objetivos:** General: Conocer y evitar o paliar la morbilidad aguda derivada de labores en limpieza fueloil. Específicos: Cuantificar y clasificar cuadros agudos atendidos; apuntar y difundir medidas preventivas para minimizarlos.

**Materiales:** Búsqueda bibliográfica. Diseño de estudio observacional, descriptivo, basado en recogida de datos morbilidad local (fichas estándar y epidemiológica 061), constitución grupo investigador y colaborador, trabajo de campo, recogida fichas, soporte estadístico informático para elaboración (variables cualitativas: porcentajes; cuantitativas: medidas de tendencia central y dispersión). Elaboración y difusión de trípticos informativos sobre medidas preventivas manipulación. Campaña de prensa.

**Resultados:** Estudio: 982 personas atendidas, 68% varones, media 26 años (96,34%: 18-40), morbilidad: ocular 16%, dérmica 14%, traumatismos 13%, faríngea 12%, náuseas/vómitos 9%, dificultad respiratoria 7%, otros (299 casos); comorbilidad 47; derivación hospitalaria 34; patologías concomitantes: dificultad respiratoria en hipersensibles bronquiales (48 de 64 casos), irritación dérmica en alérgicos (72 de 134), dolor de espalda en lumbalgicos (38 de 82); cronología demanda: 71% entre 5-12-2002 y 6-1-2003. Equipos protección: escasamente utilizados hasta 1-2003. Según SISF: pacientes en Galicia 1462 (nuestro estudio local: 982). Trípticos: elaborados 35.000, distribuidos progresivamente desde los 15 días del desastre en centros salud costeros de Galicia, Asturias, Cantabria y Euskadi. Campaña prensa: rueda, comunicados.

**Conclusiones:** La mayor demanda sanitaria: fue inducida por falta de coordinación, información y de equipos de protección en el primer mes post-tragedia. La patología más grave: por accidentes. La más prevalente: irritación de piel y mucosas. Cuidados de salud: hubo muchos más pacientes de lo que reflejan las cifras oficiales.

#### CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER DE MAMA EN UN ÁREA CON PROGRAMA DE PREVENCIÓN

D. Adam Ruiz, J.M. Pérez Calvijo, F.J. Roig Sena, I. Llacer Fortea y C. Monedero Mateo

Centro de Salud Salvador Allende. Valencia. Centro de Salud Pública de Valencia. Hospital Sagunt.

**Objetivos:** El abordaje del cáncer de mama se centra en detección precoz (programas cribado poblacional) y mejoras del tratamiento. Nuestra Área de Salud instauró, en 1998, un programa de prevención en mujeres de 45-64 años, ampliado en 2003 hasta los 69. Objetivo: determinar las características al diagnóstico del cáncer de mama tras la implantación de un programa de prevención.

**Materiales:** Estudio descriptivo tumores malignos de mama diagnosticados entre 1998-2003 en mujeres residentes en nuestra área. Variables: edad, estadio tumoral, motivo acceso y tipo anatomo patológico. Estadísticos: medidas tendencia central y dispersión según tipo de variable, Ji-cuadrado, t Student, test Kolmogorov-Smirnof y diferencia de medias. Tratamiento estadístico: SPSS-8.0 para Windows.

**Resultados:** 463 casos (tasa incidencia 119,32 x 105). Edad: 50,1% 45-69 años, 12,5% 45 y 37,4% 69. Casos susceptibles screening 232 (42,3% detectados screening, 9,9% otras revi-

siones por antecedentes familiares, lesiones mamarias previas y 47,8% por síntomas). Los diagnósticos en screening se dan en edades más tempranas (*t*-Student: -1,76, *p*: 0,079; Kolmogorov-Smirnov: 0,85, *p*: 0,45). Anatomía patológica: carcinoma ductal infiltrante (66,7% del screening y 80,2% de clínica, diferencia significativa), carcinoma intraductal no infiltrante (13,3% en screening y 5,4% por clínica, diferencia significativa). Diagnóstico estadio 0-I: 48,3% por screening, 26,1% por clínica. Diagnóstico estadio IIIB-IV: 0% screening, 6,3% por clínica. **Conclusiones:** Resulta evidente los beneficios del screening al detectar los tumores en estadios más precoces, lo que mejora el pronóstico de las pacientes. El diagnóstico de 30 casos entre 40-45 años y de 66 entre 70-74 justifica la conveniencia de valorar la ampliación del rango de edad del screening.

#### IMPACTO DE LA ESPIROMETRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: EL DIAGNÓSTICO DE EPOC

M. Blanco Martín, I. Rodríguez Bravo, N. Guzmán Jiménez, R. Marfil Ruiz, A. Gálvez Capilla y M. Escobar Molina

C.S. Hueter Tajar

**Objetivos:** Evaluar la concordancia diagnóstica de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) tras la realización de espirometría. Conocer el grado de la enfermedad.

**Materiales:** Población: pacientes previamente diagnosticados de EPOC (*n* = 267) en un Centro de Salud (CS) de ámbito rural. Variables de resultado: 1) Número de diagnósticos tras espirometría según criterio de proceso EPOC del Servicio Andaluz de Salud (SAS) (FEV1 < 80% y/o FEV1/FVC < 70%). 2) Prevalencia estimada en varones de 40-69 años. 3) Grado de enfermedad (criterios SEPAR) Fuente de información: historias clínicas informatizadas del CS.

**Resultados:** Número de pacientes diagnosticados de EPOC antes del proceso: 267. Número total de espirometrías realizadas: 223. Número de pacientes incluidos en Proceso tras la espirometría: 186. Número de pacientes excluidos del proceso por criterios espirométricos: 37 (13,85% de los diagnosticados previamente). Prevalencia en varones 40-69 estimada tras espirometría: 13,6%. Clasificación según gravedad EPOC leve 81 (43,5%). EPOC moderado 75 (40,3%). EPOC grave 30 (16,1%).

**Conclusiones:** La implantación de la espirometría ha hecho disminuir el número de pacientes diagnosticados de EPOC en nuestro centro. La prevalencia estimada de EPOC en nuestra población (13,6%) supera a la de España (9%) para el mismo grupo de edad.

14 de octubre de 2004

12:00 h

#### A PROPÓSITO DE LA PRESCRIPCIÓN INDUCIDA: TRIFLUSAL E INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

C. Alted Aracil, R. Marfil Ruiz, I. Rodríguez Bravo, E. Espinola García, M. Blanco Martín y Rafael Vázquez Molina

C.S. Hueter Tajar

**Objetivos:** Conocer el porcentaje de PI de Triflusal e inhibidores de la bomba de protones diferentes a Omeprazol (IBP-O) en un Centro de Salud (CS) Rural. Justificación: La Prescripción Inducida (PI) genera problemática en una triple vertiente: 1) Con respecto al paciente ("Efecto predicator": dificultades para el cambio de tratamiento). 2) Con respecto a objetivos Unidad Clínica basados en estándares de calidad de prescripción (Semyc). 3) Con respecto al gasto farmacéutico generado. Defi-

nimos PI como toda medicación prescrita por nuestro Hospital de Referencia y que después fue asumida en CS.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal. Población: *n* = 8550. Pacientes tratados con antiagregantes (*n* = 561; 3231 prescripciones), pacientes tratados con IBP (*n* = 1294; 5572 prescripciones). Criterios de exclusión: pacientes con prescripción no documentada. Periodo: 2003. Variables: Proporción de pacientes antiagregados con Triflusal / antiagregados, proporción pacientes con IBP-O /pacientes con IBP, porcentaje de PI de Triflusal e IBP-O, origen de la PI, gasto farmacéutico. Fuente de datos: Historia informática (TASS).

#### Resultados:

		Prescripciones inducidas	Médico AP
Triflusal	88,29%	C. Cardiovascular: 9,46% Cardiología: 35,25% Neurología: 34,10% Otros: 9,46%	11,70%
IBP-O	79,31%	Digestivo: 48,27% Urgencias Hospital: 10,34% Otros: 20,68%	20,68%

Excluidos por no documentación: 49,4% de los pacientes con Triflusal y 51,6% de IBP-O

	Nº pacientes	Total prescripciones	Gasto farmacéutico
Triflusal	93 (17,24%)	567	17781
AAS 430	(77,06%)	2501	5827
Clopidogrel	33 (4,77%)	136	25481
Ticlopidina	5 (0,99%)	27	2300
<b>Antiagregantes</b>	<b>561</b>	<b>3231</b>	<b>51389</b>
<b>total</b>	<b>(6,56% de la pobl.)</b>		
Omeprazol	1156 (89,55%)	4974	64841
Resto IBP*	138 (10,66)*	598*	18520*
<b>IBP Total</b>	<b>1294</b>	<b>5572</b>	<b>83361</b>
	<b>(15,13% e la pobl.)</b>		

\*Pantoprazol: 52,5%, Lansoprazol: 29,2%, Rabeprazol: 14,5% y Esomeprazol: 3,6%.

**Conclusiones:** Las prescripciones de Triflusal e IBP-O en la ZBS son mayoritariamente PI asumidas por médico de Atención Primaria.

#### DE LA CALLE AL SILLÓN. LA ACTIVIDAD FÍSICA DE NUESTROS ESCOLARES. DATOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO PILOTO

M.D. Vázquez García, F.L. Alcázar Manzanera, M.P. Espejo García, C. López Márquez, M.M. Barrancos Heredia y M.V. Benedí Curiel

C.S. Barrio Peral. Cartagena. Murcia.

**Objetivos:** Valorar la actividad física en los escolares de 2 colegios de nuestra zona básica de salud (ZBS) y la modificación de los mismos mediante un programa de intervención realizado en la escuela, durante el curso escolar 2003-04. Este trabajo forma parte de un estudio piloto que nos permitirá adecuar la realización del proyecto en el resto de colegios de nuestra ZBS y que queremos llevar a cabo durante un período continuado de 4 años.

**Materiales:** Ensayo controlado de intervención comunitaria (cuasi-experimental): analítico, longitudinal y prospectivo.

Población a estudio: 508 niños escolarizados durante el curso 2003-04 en 2 colegios de la ZBS del C.S. Barrio Peral. Mediciones: Cuestionarios de frecuencia de actividad física validados.

Fase de intervención: realizada por el profesorado en horario lectivo y con temario suministrado por el EAP, quién se encarga de realizar charlas a padres y profesores.

**Resultados:** Del total de los 508 niños participantes contestaron a las encuestas de forma correcta 217. Edades: entre 3-11 años. Destacamos que el 49,6% no practica deporte nunca o esporá-

dicamente; el 45,4% ve la televisión (TV) entre 3-4 h/diarias, el 53% usa el ordenador-consola entre 1-3h/día. Existen diferencias significativas entre los grupos de edad en las horas de TV y ordenador diarias:  $p = 0,004$  y  $p = 0,000$ , respectivamente. El 58,4% de los niños de infantil ven la TV entre 3-4h/diarias y el 38% de este grupo usa el ordenador-consola entre 1-2h/diarias. **Conclusiones:** 1) Debemos aumentar la actividad y ejercicio físico de nuestros escolares, disminuyendo las horas de TV y ordenador. 2) La educación para la salud es una tarea decepcionante, que precisa de una labor continuada por parte del profesorado y del EAP. 3) Se deben desarrollar actividades que impliquen a los padres y los alumnos.

#### INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO EN POBLACIÓN INMIGRANTE

I. Rodríguez Bravo, R. Marfil Ruiz, M. Blanco Martín, D. Sánchez Mariscal, V. Ruiz Casares y E. Moratalla López  
Centro Salud Huétor Tajar.

**Objetivos:** Conocer las características sociodemográficas y de salud reproductiva de la población inmigrante que solicita IVE en un Centro de Salud (CS) rural en el período de Enero 2001 a Abril 2004.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal. *Población:* mujeres inmigrantes que han solicitado IVE en el período estudiado ( $n = 50$ ) comparándolas con un muestreo aleatorio de mujeres inmigrantes de edad y procedencia similar ( $n = 100$ ). *Fuente de datos:* Ficha de Inmigrantes recogida en la 1<sup>a</sup> visita por Trabajadora Social e Historia clínica posterior. *Variables:* edad, procedencia, hacinamiento, nivel cultural, si tiene o no pareja estable, número de hijos, método anticonceptivo antes y después de acudir a la consulta de planificación familiar. *Comparaciones:* t para muestras independientes, Chi-cuadrado.

**Resultados:** Las IVE solicitadas son 62 (17 en 2002, 26 en 2003 y 7 en 2004). 20% solicitan IVE en 2 ocasiones y un 4% en 3. La mayoría son de origen sudamericano, fundamentalmente de Bolivia, con bajo nivel cultural (10,6% analfabetismo; 39% sin estudios).

	Edad	Nº convivientes	Tiempo de estancia	Nº hijos	Con pareja estable	Sin método anticonceptivo	Acude a planificación inicialmente	Sin método planificación tras familiar	Sin método planificación
IVE	24,36	6,98	14,5 meses	1,25	72%	68,3%	56%	36%	
No IVE	25,34	7,49	12,84 meses	1,3	84%	78%	27,7%	72%	
<b>Significación</b>									$p = 0,01$
									$p = 0,00$

**Conclusiones:** La población inmigrante utiliza con frecuencia IVE lo que puede sugerir su uso como método anticonceptivo. Obtenemos un 24% de pacientes con IVE de repetición. Sería recomendable investigar si esta situación se debe a condicionantes culturales y a creencias propias de esta población.

#### INFLUENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO EN EL GASTO FARMACÉUTICO DE UNA ZBS

J.C. Aguirre Rodríguez, J. Lupiáñez Castillo y M. Sánchez  
Centro de Salud de Armilla. Granada.

**Objetivos:** Comparar el gasto farmacéutico de una ZBS antes y después de la generalización de la Prescripción por Principio Activo (PPA).

**Materiales:** Analizamos los 10 fármacos más prescritos (MP) y los 10 que mayor coste suponen (MC) en 2002 y 2003 en cada uno de los facultativos de la ZBS.

**Resultados:** 1) Las 2 listas de fármacos estudiados son superponibles los 2 años. 2) La PPA en MP es < 10% en 2002 y del 78,5% en 2003. 3) El coste medio de esta receta ha pasado de 7,30 € a 7,72 € (aumento del 5,75%). 4) El gasto total de este grupo ha

pasado del 6,86% en 2002 al 8% del total en 2003 (aumento del 16%). 5) La PPA en MC ha pasado de < 2% al 38,5%. 6) El coste de esta receta ha pasado de 30,63 € en 2002 a 27,49 € en 2003 (descenso de un 10,21%). 7) El gasto total de este grupo ha pasado del 13,59% en 2002 al 15% actual (aumento del 10%).

**Conclusiones:** 1) Trifusal aparece destacado los 2 grupos estudiados. 2) El coste/receta global ha aumentado un 6,31%; la receta de MP sólo ha aumentado un 5,75%, y la de MC ha bajado un 10,21 %. Por tanto creemos que la introducción de la PPA influye más en la reducción de la factura de MC: el número de estas recetas ha aumentado el 25,68% lo que supone aumento del 10% del gasto; mientras que en el grupo MP las recetas han aumentado un 13,4% y el gasto un 16%).

#### HERENCIA DEL ALCOHOLISMO: PAPEL DE LAS $\beta$ -ENDORFINAS EN HIJOS DE ALCOHÓLICOS

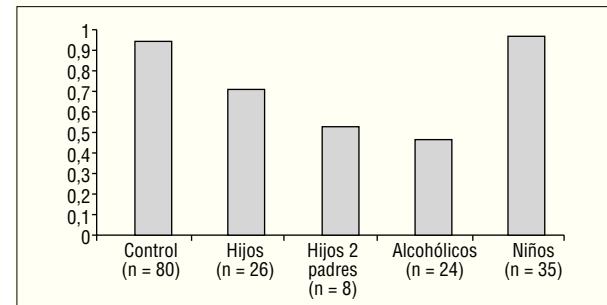
J.C. Aguirre Rodríguez, J.L. del Árbol Navarro, J. Rico Irles y J. Raya Muñoz

Centro de Salud de Armilla. Granada. Departamento Medicina Facultad de Medicina. Granada.

**Objetivos:** Recientes estudios señalan que los alcohólicos presentan un descenso de niveles de  $\beta$ -endorfinas, incluso tras 10 años de abstinencia. No se documenta si esto es causa o consecuencia del consumo de alcohol. Nos planteamos este trabajo para analizar la posible influencia de los péptidos opioides en el desarrollo del alcoholismo.

**Materiales:** Estudiamos los niveles plasmáticos de  $\beta$  endorfinas en 25 familias donde alguno o ambos padres eran alcohólicos. Establecemos los siguientes grupos: 1) Hijos con algún progenitor alcohólico, o bien la madre, o bien el padre (26). 2) Hijos con 2 progenitores alcohólicos (8). 3) Alcohólicos (24). 4) Grupo control de adultos (80). 5) Grupo control infantil (ninguno de sus padres era alcohólico) (35).

**Resultados:** a) Los grupos controles no presentan diferencias entre si. En cambio presentan significación con el resto de grupos estudiados. b) Los hijos estudiados presentan unos niveles plasmáticos de  $\beta$ -endorfinas inferiores a los controles y semejantes al de sus padres alcohólicos. c) Los hijos que tienen uno sólo de sus progenitores alcohólico tienen unos valores más elevados que aquellos con sus 2 progenitores afectos de alcoholismo, aunque no hay significación estadística.



**Conclusiones:** Los niveles plasmáticos de  $\beta$ -endorfinas en hijos de alcohólicos son inferiores a los encontrados en nuestro grupo control, y a un segundo control más estricto como es el de niños. Esta diferencia podría deberse exclusivamente al hecho de ser descendientes de alcohólicos, o a tener un problema en la síntesis, metabolismo o eliminación de este péptido. Si consideramos la primera hipótesis, se refuerza la idea de considerar las  $\beta$ -endorfinas como un marcador del alcoholismo, es decir, tener unos niveles plasmáticos bajos de  $\beta$ -endorfinas puede indicar una historia previa de alcoholismo, o una predisposición para su desarrollo.

## ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE ARTRITIS REUMATOIDEA Y FIBROMIALGIA. ASPECTOS CARACTERIALES Y FUNCIONAMIENTO SEXUAL

M. Martínez Roig, R. Pallás Lázaro, M.A. de Uña Mateos y A. Vallespí Cantabrana

Unidad de salud mental Actur Sur. Zaragoza.

**Objetivos:** Se intenta llegar a la determinación de diferencias en la personalidad y en el funcionamiento sexual, previo y actual, entre dos grupos de pacientes afectas de enfermedades con síntomas similares, Artritis Reumatoidea y Fibromialgia, considerando que la primera tiene una base orgánica bien definida y la segunda mal definida.

**Materiales:** Se estudian dos grupos de 10 mujeres entre 30 y 50 años, cada uno de ellos afecto de las patologías citadas, diagnóstico ofertado por Reumatología y sin tratamiento psiquiátrico previo. Se estudia cada grupo con una entrevista psiquiátrica semiestructurada, Tests de Personalidad MMPI y EYNSENK y tests de evaluación de sexualidad femenina CSFQ y ASEX.

**Resultados:** El estudio de personalidad de pacientes afectas de Artritis Reumatoidea no se aparta significativamente de la normalidad, mientras que sí lo hace el grupo afecto de Fibromialgia. Así mismo la sexualidad previa del primer grupo es menos disfuncional que la del grupo Fibromialgia, acercándose ambos grupos una vez que se instaura la sintomatología dolorosa.

**Conclusiones:** Nos acercan a una sexualidad disfuncional en las pacientes afectas de Fibromialgia previa al comienzo de los síntomas. Así mismo consideramos que existe un factor de alteración de personalidad evidente en el grupo de Fibromialgia que da un papel en nuestro criterio a factores psicogénos como elemento patogénico.

## IMPLANTACIÓN DE LA SPIROMETRÍA EN UN CENTRO DE SALUD ¿LA RENTABILIZAMOS?

J.A. Quintano Jiménez, A. Hidalgo Requena, F. Sánchez Guerrero, J. Guerrero Muñoz, R. Mérida Cano y F. Morán Ariza

Centro de Salud de Lucena. Córdoba.

**Objetivos:** Estimar la repercusión diagnóstica de la espirometría en la práctica clínica, y el grado de rentabilidad de las peticiones espirométricas.

**Materiales:** Estudio observacional, de corte transversal realizado en la Zona Básica de Lucena, en los primeros 18 meses (02/02 - 09/03) de la implantación de un programa piloto de espirometría. **Muestra:** Espirometrías solicitadas por los médicos de atención primaria del Centro de Salud, ante la sospecha de una enfermedad respiratoria con alteración ventilatoria. Total de espirometrías: 171. La espirometría es realizada por un enfermero con experiencia en la técnica, utilizando un espirómetro Datospir 120 y siguiendo la normativa SEPAR. La interpretación e información de resultados espirométricos la hace un solo médico (adiestrado). **Variables:** Variables demográficas, clínicas y de función respiratoria. **Análisis:** Aplicamos el programa estadístico SPSS-8, utilizando medidas de frecuencia y asociación, así como la "prueba de Mc Nemar" para comparación de proporciones, y la "t de Student" apareados para las medias.

**Resultados:** Total de pruebas realizadas: 171. 1) Normales 74. Patológicas 90 (54,9%). Patrón Obstructivo: 54,4%. Patrón Mixto: 18,9%. Patrón obstrutivo y mixto: 73%. Patrón Restrictivo: 26,7%. 2) De cada 100 espirometrías realizadas se confirma la sospecha de una enfermedad obstructiva en el 53% de los casos. 3) De las espirometrías solicitadas por sospecha de EPOC, el 69,6 % se constata espirométricamente. 4) De las solicitadas por sospecha de Asma, en el 68,2 % no se encuentra correlación espirométrica.

**Conclusiones:** 1) El médico de familia solicita espirometrías de forma adecuada, ya que su sospecha clínica se confirma en el 54,9 % de las pruebas realizadas. 2) La petición espirométrica tiene más rentabilidad ante la sospecha de EPOC, que ante otras alteraciones ventilatorias. 3) La espirometría es una prueba fundamental en el ámbito de Atención Primaria, pues confirma la sospecha clínica en un alto porcentaje de los casos en que se solicita.

## PRECOCIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS CÁNCERES DETECTADOS POR UN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA EN UN ÁREA RURAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. 1994-2002 (CUATRO SERIES BIENALES)

C. Antón Pascual, M.A. Peset Pérez, J. Miranda García, J. Ibáñez Cabanell, C. Pons Sánchez y D. Salas Trejo

Centro Sanitario Integral Alto Palancia. Oficina Plan del Cáncer. DGSP. Conselleria de Sanitat.

**Objetivos:** El cáncer de mama es la primera causa de muerte en mujeres. Desde 1994, se realiza, en nuestra comarca, un programa de screening con el objetivo de reducir un 30% la mortalidad por esta causa entre las mujeres que participan. Una de las medidas indirectas de medición de la eficacia de este programa es el análisis de la precocidad diagnóstica en los tumores detectados.

**Materiales:** Presentamos los cánceres detectados por esta unidad entre las mujeres en la Comarca Alto Palancia, Castellón, ámbito de cobertura de nuestro Centro de Salud, en el periodo de 1994-2002, alrededor de 7700 participantes. Entendemos como precocidad diagnóstica los criterios establecidos en el Programa de Prevención de Cáncer de Mama de la Comunidad Valenciana, es decir, los tumores invasivos < ó = 1 cm, los Tis, ausencia de afectación ganglionar y los tumores detectados en Estadios 0 y 1.

**Resultados:** Se han detectado 37 tumores, tasa de detección global en 1994-2002, cuatro serie bienales, del 4,5 por mil. De los cuales el 31% fueron < ó = 1 cm, 2,9% fueron Tis, 71,4% no presentan afectación ganglionar y el porcentaje de tumores que presentan Estadios 0 y 1 es del 65,7%.

**Conclusiones:** Aun cuando la detección de Tis esta por debajo de las recomendaciones, el resto de indicadores cumplen los objetivos fijados e incluso los superan. Por ello, junto con la alta tasa de participación, de las mujeres en el programa (76%) y la mejora continua en los tratamientos, nos permite esperar una disminución de la mortalidad por cáncer de mama en esta población en los próximos años.

## ESTADO DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

E.V. Salvo Marco, D. Tortola Graner, R. Gorges Comas, J. Pacheco Arroyo, A. García Tamarit y J. Prieto House

Centro de Salud Fuente San Luis. Área 9. Conselleria de Sanidad. Valencia.

**Objetivos:** Conocer el estado de los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) en cuanto a prevención secundaria y síndrome metabólico (SM) en el ámbito de atención primaria.

**Materiales:** Estudio observacional y transversal de los factores de riesgo cardiovascular y SM así como el tratamiento actual de la CI en un centro de salud urbano.

**Resultados:** Los pacientes presentaron una prevalencia del 90,7% de Diabetes Mellitas (DM) o glucemia basal > 110, 64,2% de obesidad, 54,6% de hipertensión (HTA), 36,1% de hipertrigliceridemia y del 23% de HDL bajo. La prevalencia de SM fue de un 57,6 % (IC del 95%), el 72,7% varones y el

27,3% mujeres. En cuanto a prevención secundaria el 83% estaban antiagregados o anticoagulados, el 66% tomaban estatinas y el 84% no fumaban. El 45,5% n el colesterol LDL > 115 y el 37,8% colesterol > 200, de ellos el 31% no tomaban estatinas. El 35,2% la TA > 140/90. El 46,4% glucemia > 110.

**Conclusiones:** En la población con CI existe una elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. A pesar del tratamiento para prevención secundaria de CI, un porcentaje alto tenía cifras de LDL y colesterol total alto así como las cifras de TA y glucemia basal, lo que nos induce a pensar en que nuestros pacientes están infratratados. Un gran porcentaje de los pacientes no fumaban y estaban antiagregados o anticoagulados. Los pacientes con CI presentaron una mayor prevalencia de SM utilizando los criterios de diagnóstico de la ATP III (57,6%).

#### INCIDENCIA DE LA POLI-MEDICACIÓN EN EL NIVEL DE CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (ACO) EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. González Souto, B. Aragón y PJ. Caballero Vallés

Centro de Atención Primaria Angela Uriarte. Área 1. Madrid.

**Objetivos:** Estudiar la influencia de la medicación en el nivel de control de la ACO.

**Materiales:** Analizamos 170 pacientes anticoagulados del CS “Ángela Uriarte” del Área 1 de Madrid (17.000) a partir de la historia clínica informatizada (OMI). Obtuvimos los datos de filiación en el año 2003, la causa de la ACO y el INR, así como el número de fármacos prescritos simultáneamente, en dos cortes transversales. Se ha diseñado una tabla para datos demográficos (edad y sexo) y datos clínicos (medicación, indicación y seguimiento). Además de analizar calidad y cantidad de co-medicación, valoramos cada medicamento como potenciador, inhibidor o neutro, siguiendo la bibliografía habitual. Asimismo se relacionan con el INR en ambos períodos.

**Resultados:** La edad media es  $71 \pm 9$  años, 66% mujeres. Predomina la FAC como indicación (71%), seguida de valvulopatías (26%). Casi la mitad tomaban más de cinco medicamentos simultáneamente al ACO con una media de  $4 \pm 1$ ; de ellos, el 58% son potenciadores mientras que solo el 2% son inhibidores. El 63% de los controles estaban en rango.

**Conclusiones:** No encontramos significación estadística entre el número de fármacos y el correcto control del INR, ni tampoco con el mal control. Aunque se precisan estudios posteriores, podría no ser relevante, en AP, idoneizar los medicamentos asociados a ACO.

#### VIDEO NACER SIN HUMO

A.I. González Rubio, M.J. Romero Pinto, F. Sánchez Fernández y A. González Villalba

Distrito Sanitario Málaga. SAS.

**Objetivos:** Disponer de un recurso didáctico útil que facilite el abordaje del tabaco en los grupos de Educación maternal.

**Materiales:** Elaboración de un video en el que se presentan de forma comprensiva los siguientes mensajes, basados en la evidencia científica sobre tabaco y embarazo: efectos del tabaco sobre la salud de la mujer, el embarazo y el recién nacido, mitos y errores sobre su consumo, recursos para el abandono, el tabaquismo pasivo, inclusión de la pareja y la prevención de recaídas. El guion ha sido escrito por matronas de Atención Primaria autoras de la presente comunicación que participan de forma activa en un programa de intervención diseñado específicamente para embarazadas fumadoras. La realización del video ha corrido a cargo de una productora cinematográfica, financiado por la Consejería de Salud y promovido por la O.N.G. Promoción Social en Acción (PROSA).

**Resultados:** Se obtiene un video de 10 minutos de duración con un mensaje positivo, veraz y motivador que afronta el hábito tabáquico en la familia.

**Conclusiones:** Se dispone de un material educativo de apoyo a los profesionales que trabajan en grupo los temas de salud en el embarazo.

#### MOTIVOS DE CONSULTA Y CARACTERÍSTICAS SOCIOSANITARIAS DE LOS INMIGRANTES DE TOLEDO

C. de Castro Mesa, M.N. Pérez Villaverde, R. Sánchez

García, M. Soto García, C. García Bajo y F.J. Alonso Moreno

Centros de Salud de Fuensalida, Villaluenga, Sonseca, Ocaña, Añover de Tajo y La Puebla de Montalbán. Toledo.

**Objetivos:** Describir motivos de consulta y características sociosanitarias de los inmigrantes de Toledo.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal multicéntrico en Atención Primaria. Captación y reclutamiento sobre base de tarjeta sanitaria, entre Diciembre 2002 y Septiembre 2003. 344 entrevistas individuales con variables sociosanitarias, peso, talla y presión arterial (PA).

**Resultados:** La edad media fue  $28,8 \pm 12,7$  años, 50% hombres. Destacaron los procedentes de Marruecos (36,6%), Ecuador (21,8%) y Mali (16,3%). El promedio de residencia en Europa fue de  $3,5 \pm 3,7$  años (mediana 2 años). El 49,9% tenía permiso de residencia. Los analfabetos y sin estudios fueron un 27,6%. Un 45,8% estaba en paro. El 48,9% declararon ingresos inferiores a 600 €/mes. Un 79,5% vivían en alquiler (media de  $4,8 \pm 1,9$  residentes por domicilio). Los motivos de consulta más frecuentes fueron: problemas de vías respiratorias (20,6%; IC 95% 16,4-24,8), mialgias (18,5%; IC 95%, 14,4-22,6), cefaleas (11,9%; IC 95%, 9,2-14,6). Los servicios sociosanitarios más consultados fueron: Atención Primaria (42,2%), Trabajador Social (27,2%), Atención Especializada (24,5%), ONG y Servicios Municipales (5,2%). Refirieron baja cobertura vacunal: tétanos (38,7%), rubéola (27%), hepatitis B (14,8%), tuberculosis (19,7%). El 16% declararon ser fumadores y un 11,7% consumir alcohol. En los > 18 años el 14,7% presentaba cifras de PA  $\geq 140$  y/o 90 mmHg (más elevadas en subsaharianos, p = 0,037). El 13,2% eran obesos y el 51,9% tenían sobrepeso.

**Conclusiones:** La población es joven, consulta principalmente por problemas de vías respiratorias y mialgias, y presenta baja cobertura vacunal. La situación laboral, renta y desconocimiento del idioma son desfavorables, sobre todo en las mujeres.

14 de octubre de 2004

16:30 h

#### CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

M.M. Cueto Serrano, C. de las Cuevas Castresana, E. Navarro Brito, A.M. Deniz Rivero, A. González Sanso y M.C. Artiles Ruano

Servicio Canario de la Salud.

**Objetivos:** Conocer las características del consumo de psicofármacos en la población mayor de 18 años de una zona básica de salud en el medio urbano, que atiende a 26.928 usuarios.

**Materiales:** Estudio observacional descriptivo transversal, realizado mediante el análisis de la base de datos OMI-AP de las consultas de medicina de familia de atención primaria de la zona básica de salud de Escaleritas (Gran Canaria). Los sujetos del estudio son los pacientes mayores de 18 años que acudieron a

las consultas de atención primaria durante el año 2002 y en los que consta tratamiento con psicofármacos. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, número de psicofármacos por paciente y diagnóstico según CIE-10.

**Resultados:** Se identificaron 2.641 pacientes consumidores de psicofármacos (9,8% de la población adscrita) de los cuales el 66,4% son mujeres, el mayor consumo se detecta en el grupo de población de entre 25 y 45 años (36,57%). El porcentaje de pacientes que consume más de un fármaco es 41,9% IC95%: (40,02-43,78). Los diagnósticos más comunes fueron: trastornos por ansiedad 50,89% IC95%: (48,99-52,79), trastornos depresivos 24,95% IC95%: (23,30-26,60), insomnio 10,15% IC95%: (9,00-11,30), trastorno por abuso de sustancias psicoactivas 6,32% IC95%: (5,4-7,24).

**Conclusiones:** 1) Detectamos un importante consumo de psicofármacos en nuestra zona básica de salud. 2) El consumo de psicofármacos es mucho mayor entre las mujeres. 3) El perfil de los diagnósticos es similar a otras poblaciones estudiadas.

#### ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE RIESGO, POBLACIÓN RURAL DE TERCERA EDAD

E. Arrieta Antón, A. García Alonso y S. Redondo Miguélez  
Universidad SEK. Segovia. Centro de Salud Segovia Rural. Segovia.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de los trastornos cognitivos y depresivos en nuestra población, la coexistencia de ambos, y estudiar un posible sesgo de infradiagnóstico de trastornos depresivos en población anciana.

**Materiales:** Se entrevistó a un total de 211 ancianos en una Zona Básica de Salud Rural. Los datos recogidos fueron para todos los sujetos: Edad, Sexo, Nivel cognitivo (MEC), Estado afectivo / depresión (GDS). Además se han recogido en algunos subgrupos las siguientes variables: Depresión (BDI), Ansiedad estado (STAI.E), Ansiedad rasgo (STAI.R), Nivel funcional (KATZ). Las pruebas utilizadas fueron: Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, Escala de Depresión geriátrica de Yesavage , Inventory de Depresión de Beck (BDI), Escala de ansiedad rasgo estado (STAI), Índice de Katz de Actividades de la vida diaria.

**Resultados:** Del total de sujetos entrevistados, 39 (18,4%) presentaban algún grado de deterioro cognitivo, y 42 (19,9%) depresión según criterios GDS y 48 según BECK (31,8%), 28 sujetos presentaban algún grado de incapacidad, de los que 5 era severa (46,7% y 8,3% del grupo de población más deteriorado).

**Conclusiones:** Aunque las correlaciones entre las variables de estudio son débiles, las tendencias que se observan son las que se encuentran en la literatura, con peor ejecución en el MEC con la edad, y mayor presencia de síntomas depresivos en las mujeres. El hecho de que con la escala de BECK se obtenga mayor prevalencia de depresión que con el GDS, junto con una prevalencia alta de deterioro cognitivo, nos hace pensar en el posible infradiagnóstico de depresión.

#### DESCRIPCIÓN DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS TRAS LA REMISIÓN DE LOS SÍNTOMAS AGUDOS

J. Arbesu, J. Garraleta, J. Minguez, S. López, I. Vázquez e I. Romera

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Departamento de Investigación Clínica Lilly, SA.

**Objetivos:** Descripción de una población de pacientes de Atención Primaria en tratamiento con antidepresivos, debido a un

episodio de depresión mayor, tras la remisión de los síntomas agudos.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional prospectivo (6 meses de seguimiento), multicéntrico, nacional, en pacientes con depresión mayor en tratamiento de continuación. **Participantes:** 1075 pacientes diagnosticados de depresión mayor (DSM-IV). Los pacientes recibieron 20 mg de fluoxetina al día u otros inhibidores de la recaptación de serotonina a dosis equivalentes, de 3 a 6 meses previos a la visita basal. Variables e instrumentos de medida edad, sexo, número de episodios previos de depresión, cumplimiento basal (Morisky Green, cumplimiento autocomunicado). Impresión Clínica Global de Severidad, Escala de Hamilton depresión (HAMD-17).

**Resultados:** Resultados basales (tras la remisión de los síntomas agudos): La media de edad fue 52,42 (SD 14,53), un 71,5% mujeres. Episodios depresivos previos: ninguno 35,2%, 1 episodio 35,2%, 2 ó mas episodios 27,3%. Media de escala de HAMD-17: 5,60 (SD; 2,32). Un 42,6% fueron cumplidores según Morisky-Green Test y un 39,6% fueron cumplidores según Morisky-Green Test y el cumplimiento autocomunicado. Un 78,5% tomaba medicación concomitante. Benzodiacepinas un 51,06% y analgésicos un 26,2%.

**Conclusiones:** A pesar de que existe una alta frecuencia de pacientes con episodios depresivos previos existe una alta prevalencia de incumplimiento terapéutico en los pacientes que llevan de 3 a 6 meses en tratamiento con antidepresivos y presentan una remisión de los síntomas agudos. El uso de estrategias terapéuticas dirigidas a reducir las recurrencias y mejorar la adherencia al tratamiento de continuación de la depresión mayor son necesarias.

#### IMPACTO Y REPERCUSIONES BIOPSICOSOCIALES EN PACIENTES NEURÓTICOS Y PSICÓTICOS AFECTADOS INDIRECTAMENTE POR EL ATENTADO DEL 11-M EN MADRID Y ATENDIDOS EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Cobo de la Cruz y A. Alcaide García  
Centro de Salud Eloy Gonzalo.

**Objetivos:** Detectar y analizar las repercusiones biopsicosociales del atentado del 11 de Marzo en pacientes neuróticos y psicóticos (clasificación de Pierre Martí) en tratamiento ambulatorio.

**Materiales:** Estudio abierto, comparativo, longitudinal retrospectivo llevado a cabo en el Centro de Salud "Eloy Gonzalo" con 42 pacientes: 37 neuróticos y 5 psicóticos en tratamiento con antidepresivos y/o ansiolíticos y/o antipsicóticos. Se eligió un grupo control de pacientes sin tratamiento psicofarmacológico (n = 10). Los pacientes objeto del estudio fueron entrevistados en dos ocasiones con un intervalo de 7 días, dentro de los 45 días siguientes al 11 M, y sometidos a las siguientes preguntas: ¿Cómo vivió el atentado del 11-M?, ¿Qué significado tiene para usted?, ¿Cómo se sintió al conocer la noticia?

**Resultados:** Las sintomatologías encontradas pueden definirse, de forma general, como una clara "Reactivación de ansiedades persecutorias y/o depresivas" en los neuróticos, con consecuencias somáticas (3%), reactivación del duelo subyacente (65%) y presentación de llanto espontáneo (35%). Embotamiento afectivo y frialdad en los psicóticos. Resonancia mínima y adaptativa en el grupo control.

**Conclusiones:** El atentado del 11-M puede considerarse como una situación de estrés límite causante de una reactivación del duelo subyacente en pacientes neuróticos. El seguimiento de estos pacientes permitirá evaluar el alcance de tales trastornos emocionales y sus repercusiones biológicas análisis al tratarse el estrés como una respuesta integrada de múltiples sistemas fisiológicos (neuroendocrino, cardiovascular, inmune y gastrointestinal).

## ACCESIBILIDAD, ACEPTABILIDAD Y AXIOMAS APÓCRIFOS EN LOS PACIENTES SIN CITA DE UN CENTRO DE SALUD SEMIRRURAL

M.I. Santos Sampedro, F.J. Bermejo Yagüe, O. Escalonilla Villaluenga, A. Fernández Hita, C. Marcello Andrés y G. Santiago M.- Sonseca

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

**Objetivos:** Determinar la causa del elevado número de pacientes sin cita de un centro de salud semirrural.

**Materiales:** *Diseño:* Estudio descriptivo. *Ámbito:* Atención primaria. Las consultas de medicina general del Centro de Salud semirrural de la CAM de Villanueva de la Cañada. *Población:* Todos los pacientes sin cita que acuden al MF en demanda de atención desde el 9 al 27 de febrero de 2004. *Mediciones:* Para cada paciente sin cita las variables sexo, edad, médico asignando, fecha, hora, médico que realiza la visita, urgencia médica e intención de citarse. Los resultados se expresan en porcentajes y se calculan las odds ratios cuando se cruzan variables relevantes.

**Resultados:** La inmensa mayoría de los pacientes sin cita no intentaron citarse. Los problemas de accesibilidad (teléfono y agenda), fueron irrelevantes en número. Los pacientes sin cita pertenecientes a los cupos del estudio no estaban más enfermos que los pacientes sin médico asignado (OR urgencia real = 0,42) en ningún grupo etario. Los más mayores no estaban más enfermos pero si sufrieron más fracasos (OR = 3,63) y más errores (OR = 6,33) en la cita que los demás. Los pacientes sin cita que consultan por motivos no urgentes fueron casi siempre vistos por su propio médico. En cambio si presentaban una urgencia médica o sentida fueron vistos en su mayoría por otro médico perteneciente por lo general a otro turno. Más de la cuarta parte de los pacientes, no pertenecían al centro.

**Conclusiones:** Los datos sugieren una falta de aceptabilidad del sistema de citas. La longitudinalidad en la atención se cumple si la demanda se produce en el mismo turno. El personal del centro de salud soporta una carga excesiva de trabajo originada por la demanda de atención de pacientes no asignados.

## EL TRABAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA NO SÓLO ES LA CARTERA DE SERVICIOS. ¿CÓMO PODEMOS VALORAR TODO NUESTRO TRABAJO?

A. Orozco García, G. Garzón González, A. Sacristán Rubio, P.A. García Gómez, M. Liñares Paz y M. Gómez Cuñarro  
*Área 1 de Atención Primaria. Instituto Madrileño de Salud.*

**Objetivos:** Determinar la parte de la actividad asistencial total que no mide la Cartera de Servicios.

**Materiales:** *Tipo de estudio:* Observacional transversal descriptivo. *Ámbito:* Un EAP de Madrid. Año 2000. *Muestra:* 30 historias (pilotaje). Muestreo aleatorio. *Variables:* En cada historia se midieron 2 variables: *a)* minutos estimados dedicados a actividades no incluidas en Cartera de Servicios; *b)* minutos estimados dedicados a actividades incluidas en Cartera de Servicios. Para ello se utilizaron tablas con los minutos estimados para cada actividad. Para el análisis se utilizó el error estándar de la media con los programas EXCELL y SPSS.

**Resultados:** Se observaron las siguientes medias: minutos dedicados a actividades no incluidas en Cartera: 79,8 (+ 26, p = 0,05), minutos dedicados a actividades incluidas en Cartera: 36,6 (+ 22, p = 0,05). Por tanto, la parte de la actividad total no medida por la Cartera fue de  $79,8 / (79,8 + 36,6) = 68,6\% (+ 13, p = 0,05)$ . El modelo utilizado para medir las cargas de trabajo resultó fácilmente aplicable y poco costoso.

**Conclusiones:** 2/3 de la actividad asistencial total no es medida por la cartera de servicios y se propone un método poco costoso para incluir en la Cartera de Servicios aquellas actividades hasta ahora no incluidas.

## ¿OPINAN LO MISMO LOS MÉDICOS DE AP QUE LOS GERENTES, RESPECTO A LOS PROBLEMAS Y SOLUCIONES EN LA RELACIÓN PRIMARIA ESPECIALIZADA?

V. Iváñez Bernabeu, T. Fuster Bellido, E. Faus Mascarell y D. Martínez Quess

*CS Gandia. Valencia.*

**Objetivos:** Conocer y comparar las opiniones de médicos de AP, Directores de Área y coordinadores de CS al respecto de los problemas existentes entre Primaria - Especializada y posibles soluciones.

**Materiales:** Estudio descriptivo de corte transversal. *Ámbito:* AP Área nº 11 de la Conselleria de Sanitat de la CV. Directores de Área y coordinadores de CS de la Conselleria de Sanitat. *Sujetos:* 129 médicos de AP Área 11. 116 Directores de Área y coordinadores de CS. Cuestionario elaborado por la Unidad Docente de MFyC de Alicante, remitido a Directores de Área y coordinadores de CS con 10 problemas y 10 posibles soluciones como consecuencia de la interrelación P-E, con posterioridad se remitió a médicos de AP del Área 11, se les pidió que valoraran de mayor a menor importancia tanto los problemas como las soluciones (10 mayor 1 menor) y se compararon los resultados.

**Resultados:** Se obtiene respuesta de 109 médicos (85,4%). Falta de comunicación y dialogo (MAP 67% - G 6% 1-1). Falta de visión integral del paciente (MAP 30% - G 82% 9-2). Falta de uniformidad de criterios (MAP 63% - G 81% 2-3). Masificación de la asistencia (MAP 48% - G 79% 4-8). Desmotivación del personal (MAP 56% - G 77% 3-5). Prescripción delegada (MAP 47% - G 76% 6-6). Falta de consideración profesional (MAP 43% - G 75% 7-7). Desconocimiento de actividades (MAP 49% - G 75% 4-8). Distinto concepto de salud (MAP 27% - G 73% 10-9). Falta de seguimiento del MAP a pacientes ingresados (MAP 40% - G 73% 8-10). *Soluciones:* Mejorar la comunicación (MAP 55% - G 89% 4-1). Historia clínica única (MAP 54% - G 89% 5-2). Elaboración de protocolos comunes (MAP 74% - G 88% 1-3). Mejora de los circuitos (MAP 30% - G 86% 8-4). Auto citación Esp. (MAP 65% - G 83% 3-5). Rotación periódica de los MAP en el hospital (MAP 43% - G 83% 6-6). Creación de comisiones mixtas (MAP 18% - G 80% 9-1). Reuniones coordinadores-Jefes de Servicio (MAP 14% - G 80% 10-8). Sesiones clínicas conjuntas (MAP 35% - G 79% 7-9). Primera prescripción, devolución HIC (MAP 74% - G 79% 2-10).

**Conclusiones:** Existen diferencias evidentes en la priorización de los problemas y de las posibles soluciones entre lo que opinan los médicos de AP y los gestores. Creemos que es necesario un esfuerzo por parte de todos para unificar criterios y mejorar la asistencia.

## INTERRELACION MÉDICO GENERAL-CARDIÓLOGO. RESULTADOS DE UN PROGRAMA EDUCATIVO ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

E. Sánchez Cañete, J. Ruiz de Castroviyo del Campo, J.R. Siles Rubio, J.A. Quintano Jiménez, F. Morán Ariza y M. Arjona Varo

*Hospital Infanta Margarita de Cabra y Centro de Salud de Lucena. Córdoba.*

**Objetivos:** La insuficiencia cardíaca (IC) afecta a una gran parte de nuestros enfermos y se ha constituido como uno de los problemas de salud más importantes de nuestros tiempos. Es-

tudiar los resultados preliminares de un programa piloto educativo-asistencial conjunto Medicina General-Cardiología en pacientes con IC.

**Materiales:** De 50 pacientes con insuficiencia cardiaca, se llevó cabo una intervención en 25, consistente en un programa informativo y educacional dirigido al paciente y familiares, por el médico general, con apoyo de enfermería de cardiología. Se ofreció la posibilidad de consultar al cardiólogo cualquier duda acerca de la enfermedad.

**Resultados:** No había diferencias en cuanto a las características clínicas de ambos grupos. Los 25 pacientes del grupo de intervención mostraron un alto grado de afinidad y satisfacción significativamente mayor que el control (100% vs. 60%). A los 6 meses de seguimiento los reingresos por descompensación de IC fue 3% en el grupo de intervención frente al 10 en el control ( $p < 0,05$ ). La tolerabilidad a la medicación, ha sido mayor (88% vs. 60%), así como la presencia y mantenimiento de betabloqueantes (15 vs. 5 pacientes,  $p < 0,009$ ). La mortalidad aunque inferior en el grupo de intervención (3 vs. 6) no ha alcanzado significación estadística ( $p = 0,46$ ).

**Conclusiones:** Un abordaje estrecho y conjunto (Médico General-Cardiología) conlleva un alto grado de adhesión al programa, disminuye el índice de reingresos, complicaciones derivadas de los efectos secundarios y la mortalidad, esta última aunque menor en el grupo de intervención, no alcanza significación estadística.

#### DETECTANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA: RESULTADOS Y CONCORDANCIA DE 5 TÉCNICAS PARTICIPATIVAS

A. Durán Saez, R. Marfil Ruiz, I. Rodríguez Bravo,  
C. Alted Aracil, M. Blanco Martín y P. de la Torre Torres  
C.S. Huerto Tajar.

**Objetivos:** Detección de problemas en el contexto de mejora continua de calidad en un Centro de Salud (CS).

**Materiales:** Sujetos: Usuarios y profesionales de CS rural. Población Diana 16.750. Realizamos 5 técnicas participativas entre junio 2003-febrero 2004 (1 a profesionales, 4 a usuarios): 1) Grupo nominal a profesionales ( $n = 28$ ): ¿Qué problemas ves actualmente en el Centro?. 2) Análisis encuesta de satisfacción a usuarios ( $n = 58$ , muestreo aleatorio sistemático). 3) Análisis reclamaciones 2002-2003( $n = 34$ ). 4) Entrevista a Informadores Clave: médicos residentes y representantes de la comunidad ( $n = 9$ ). 5) Informes de usuarios ( $n = 45$ ). Cuestionario anónimo autoadministrado disponible en mostrador. Escogemos 5 Item por técnica priorizados por magnitud. Puntúamos de 1 a 5 inversamente al nº de orden obtenido (1º: 5 puntos, 5º: 1 punto).

#### Resultados:

	Grupo nominal	Informadores clave	Encuesta satisfacción	Informe usuarios	Análisis reclamaciones	Total
Tiempo espera para consulta/urgencias		2	5	5	5	17
Problemas administrativos	5		3		2	10
Más tiempo por paciente	4	5				9
Más recursos humanos	3			4		7
Demora citas especialistas		4		1		5
Cambios tratamientos procedentes de especialistas		4		1		5
Denegación asistencia					4	4
Información libre elección especialista			4			4
Desacuerdo con asistencia					3	3
Justificar tratamientos		3				3
Más derivaciones				2		2
Mejorar trato/relaciones humanas	1				1	2
Problemas informática	2					2
Valoración pediatras			1			1

Concordancia: Los primeros 6 problemas recogen el 64% de los ítems detectados y el 72% de los puntos.

**Conclusiones:** Los problemas priorizados se concentran en aspectos organizativos y de recursos humanos. Los resultados son consistentes en las diferentes metodologías empleadas.

#### PROGRAMAS DE AYUDA “OFF-LINE” A LA CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA

F. Jiménez Villegas, I. Rodríguez Bravo, R. Marfil Ruiz, M. Arcas Polo, A. Durán Saez y P. de la Torre Torres

Centro de Salud Huerto Tajar.

**Objetivos:** Presentar y evaluar una experiencia de apoyo bibliográfico a la consulta médica en un Centro de Salud (CS).

**Materiales:** Población: 25 médicos y enfermeras usuarios del sistema.

**Metodología:** En 2002 se incorpora al sistema informático de gestión Clínica (TASS) un sistema que permite, en el contexto de la propia consulta médica, la consulta rápida y simultánea de múltiples fuentes de información clínica. Los documentos, en formato pdf, se visualizan mediante el programa Acrobat Reader 4.0 incluyendo el Plug-in “Acrobat search” que permite búsquedas rápidas mediante palabras clave simultáneamente en algunas o todas las fuentes documentales, devuelve los resultados ordenados y permite la recuperación inmediata de los documentos seleccionados. El conjunto de bibliografía accesible supone aproximadamente 44.090 páginas de documentación. Se realizaron 30 consultas de dudas surgidas en la práctica diaria por 3 médicos usuarios frecuentes. Se cronometró tiempo de búsqueda-respuesta y consumo de tiempo total. Se midieron la utilidad, frecuencia de uso y dificultades percibidas por los usuarios mediante cuestionario autoadministrado con respuestas dicotómicas, escala Likert (1-7), o abiertas.

#### Material de consulta disponible:

##### Libros de consulta:

- Manual de Atención Primaria (Martín Zurro/Cano Pérez).
- Medicina Interna (Farreras/Rozman).
- Farmacología Humana (Flores).
- Medicina de Familia (Taylor).

##### Revistas médicas:

- Formación Médica Continuada 1994-2002 (90 números).
- Protocolos FMC-Semfyc (36 números).
- Medicine 1996-1999 (140 números).
- Jano-Educación médica continuada en AP (215 números).
- Información Terapéutica de la Seguridad Social (36 números).
- Medicina clínica 1993-1999 (79 números).
- Atención Primaria 1994-2000 (133 números).

##### Guías de práctica clínica del CS (5 guías).

##### Guías de consulta rápida de procesos clínicos (24 guías).

##### Sesiones clínicas del CS (17 documentos).

**Resultados:** Tiempo medio búsqueda-respuesta 1,8 segundos. Tiempo medio consumido por consulta: 1 minuto 24 seg. Cuestionario. Obtenemos 21 respuestas. 14% desconocen el sistema. Uso frecuente (1-7): 3,76. Utilidad (1-7): 4,7. Utilidad mayor para los usuarios frecuentes (5,9) que para infrecuentes (3,25)  $P = 0,03$ . Encuentran dificultad: 50%. Recomendarían extender sistema en AP (1-7): 7. Proponen mejoras: 70%. Actualizar contenidos (18%), aprendizaje (18%), ampliar contenidos (12%).

**Conclusiones:** El sistema de ayuda a la consulta experimental en nuestro centro es percibido como muy útil en los usuarios frecuentes. Se detectan dificultades en su uso, y se propone promover su aprendizaje y actualización.

15 de octubre de 2004

09:30 h

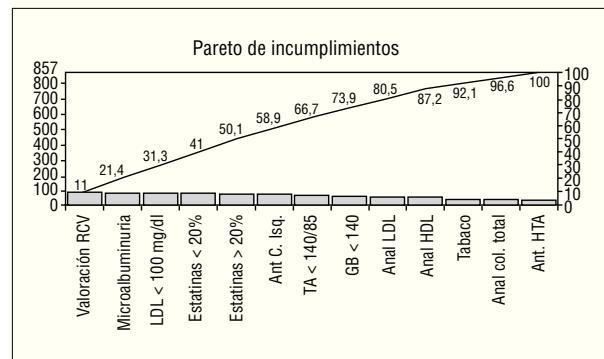
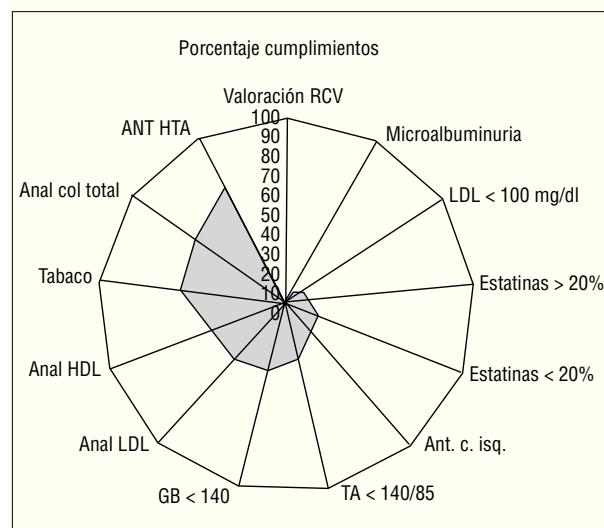
## NIVEL DE CALIDAD ALCANZADO EN EL MANEJO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD DOCENTE

A. Santo González, M.C. Villalva García, V. Vela, A. León y M.J. Huertas Sánchez

EAP La Ñora - Gerencia Atención Primaria Murcia SMS

**Objetivos:** Los diabéticos tipo 2 son pacientes a los que debemos realizar actividades de prevención cardiovascular. En el presente estudio pretendemos analizar la calidad de la asistencia prestada en el manejo y control de los factores de riesgo cardiovascular (RCV) más relevantes de estos pacientes como paso previo a diseñar una estrategia de mejora.

**Materiales:** Se ha diseñado un ciclo de mejora de la calidad adoptando indicadores basados en las últimas evidencias. Se formularon como en todo paciente diagnosticado de DM2: constara en historia: Antecedente familiar de enfermedad coronaria prematura. Antecedente de tabaquismo. Antecedente de HTA. Valoración del RCV. (Framingham "para eventos duros"). Tratamiento con estatinas ante RCV > 20%. Tratamiento con estatinas ante RCV < 20% asociado a nefropatía y/o evento cardiovascular previo. Determinación en los seis últimos meses de: Colesterol total. LDL-COL. HDL. Microalbuminuria. Mantenimiento en los últimos tres meses de: LDL < 100mg/dl. TAS < 140 y TAD < 85. Se realizó un muestreo aleatorio y un análisis estadístico descriptivo.



**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 96 de un total de 488 pacientes diabéticos. Los resultados obtenidos, ordenados de mayor a menor incumplimiento, se muestran en la tabla.

	% sobre total Incumplimientos	IC sobre total Incumplimientos	% sobre muestra	IC sobre la muestra
Valoración RCV	94	11,0	2,1	97,9
Microalbuminuria	89	10,4	2,0	92,7
LDL < 100 mg/dl	85	9,9	2,0	88,5
Estatinas > 20%	83	9,7	2,0	86,5
Estatinas < 20%	78	9,1	1,9	81,3
Ant c. Isq.	76	8,9	1,9	79,2
TA < 140/85	67	7,8	1,8	69,8
GB < 140	61	7,1	1,7	63,5
Anal LDL	57	6,7	1,7	59,4
Anal HDL	57	6,7	1,7	59,4
Tabaco	42	4,9	1,4	43,8
Anal Col Total	39	4,6	1,4	40,6
Ant HTA	29	3,4	1,2	30,2
	857			9,2

**Conclusiones:** La atención al paciente diabético es uno de los principales programas asistenciales de la Atención Primaria tanto por su trascendencia sobre la salud de la población como en el empleo de recursos sanitarios. Aunque existen evidencias suficientes para plantear actividades preventivas en estos enfermos, en nuestro medio parece que esos mensajes no han calado ya que los resultados alcanzados son francamente mejorables, por no decir deplorables. Como actividades de mejora se han planteado: 1) Modificación del horario para potenciar las consultas programadas y actividades autoformativas. 2) Crear programa de atención integral al paciente con RCV. Esperamos reevaluar para objetivar las mejoras en un plazo de seis meses.

## COMPARACIÓN DE LAS CIFRAS DE FIBRINÓGENO PLASMÁTICO ENTRE LOS PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO Y LA POBLACIÓN GENERAL

L. Aleixandre Porcar, F. Martínez Correcher, J.J. Martínez Revert y J. Murciano Revert

CAP Pintor Stoltz.

**Objetivos:** Determinar las cifras de fibrinógeno plasmático en una muestra de pacientes con síndrome metabólico, y su comparación con los obtenidos en la población general en un estudio previo.

**Materiales:** Estudio transversal, descriptivo, realizado en una zona básica de salud urbana periférica. Se estudiaron 168 pacientes, diagnosticados de síndrome metabólico según criterios del NCEP III, seleccionados desde una unidad de obesidad, según orden de llegada a la cita para control. Los datos se compararon con los obtenidos de una muestra de la población general compuesta por 384 pacientes. Se determinaron las siguientes variables: edad, sexo, peso, talla, IMC o perímetro de la cintura, TA, glucemia, colesterol total y fracciones, triglicéridos y fibrinógeno.

**Resultados:** a) Población general: 384 pacientes, 58% mujeres, 42% hombres: edad media 53 años, IMC medio 26,5, TA media 135/81, con un porcentaje de hipertensos del 49%: glucemia: 107, colesterol total: 223, TG: 113, fibrinógeno: 392mg/dl. b) Síndrome metabólico: 168 pacientes, 50% hombres, 50% mujeres, edad media 64 años, perímetro de la cintura: 108,5 cm, porcentaje de hipertensos: 71%, glucemia: 120, con un porcentaje de diabéticos del 82%; colesterol total: 207, (66% de hiprcolesterolémicos); HDL medio: 44; LDL: 143, TG: 154, (% de hipertrigliceridemia del 91%) fibrinógeno: 420mg/dl.

**Conclusiones:** Los pacientes con síndrome metabólico tienen las cifras de fibrinógeno más altas que las de la población general, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

#### HIPERTENSIÓN: CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO Y DE LAS CITAS

M. Casado Goti, F. Salmerón Corraliza, P. Orozco

Hernández, I. Godoy García, M. Taboada García  
y J.L. Delgado Estevez

Z.B.S. Ofra-Delicias. Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos:** Describir el cumplimiento terapéutico mediante tests indirectos y su relación con el cumplimiento de las citas de los hipertensos registrados en una consulta urbana. Actuar sobre la importancia del cumplimiento.

**Materiales:** Ámbito: consulta urbana. Diseño: estudio descriptivo. Sujetos: 209 hipertensos registrados (seguridad 95%, error 2%). Realización de encuestas desde Junio03 hasta Enero04. Variables: edad, sexo, cuestionario sobre autocumplimiento (Morinsky), conocimientos (Batalla), antecedentes personales de ACV, intervención sobre importancia del autocumplimiento. Revisión de hcsp para evaluar el cumplimiento (> = 80%) de citas organizadas.

**Resultados:** 63,16% mujeres, edad media: 61,49 ± 11,43, moda: 68,02, sobre buen cumplimiento test (t) Morinsky: 73,21% y t Batalla: 55,22%, acude a citas: 67,46%. Hay diferencias significativas entre cumplir con las citas en cuanto a t Morinsky p = 0,0095 y t Batalla p = 0,005, pero no hay entre el sexo en cuanto a los test y acudir a las citas. A todos los pacientes se remarca la importancia del cumplimiento y de los conocimientos.

**Conclusiones:** Cumplir con las citas sí implica diferencias significativas con mayor cumplimiento en los dos test, pero no entre el sexo en cuanto a los test y acudir a las citas. Después de remarcar la importancia del cumplimiento y de mejorar los conocimientos se espera que aumenten los porcentajes en un tiempo posterior.

#### DIFERENCIAS ENTRE VARIABLES REPRESENTATIVAS DE ENFERMEDAD O REPERCUSIÓN

#### CARDIOVASCULAR ENTRE POBLACIONES CON Y SIN ANTECEDENTES FAMILIARES PRECOCES DE EVENTOS CARDIOVASCULARES

B. Ebri Torné<sup>1</sup>, I. Ebri Verde<sup>1</sup>, M. Pérez Conesa<sup>1</sup>, M. Mora Rillo<sup>2</sup>, F. Nonell Gregory<sup>3</sup> y P. Cía Gomez

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital L'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

**Objetivos:** Estudiar las posibles asociaciones entre antecedentes familiares precoces (AFP) de enfermedad cardiovascular y variables expresivas de enfermedad, lesión o repercusión cardiovascular en la población española.

**Materiales:** Datos procedentes de 2264 pacientes de las Consultas Externas de Medicina Interna de la geografía española, mayores de 18 años y con riesgo cardiovascular alto o muy alto (escala Framingham superior al 20% a 10 años) con un 54% de varones y una edad media de 66 años. Los datos clínicos para este nuevo trabajo proceden del Estudio CIFARC (Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI). El tratamiento estadístico (Chi-2, ANOVA y regresión lineal de Pearson) se ha realizado mediante el programa STATISTIX.

AFP	Varones	Mujeres
Sexo	ns	ns
Colesterol total > 250 mg/dl	*	*
LDL > 130 mg/dl	**	*
HDL < 40 mg/dl	**	*
Tabaquismo	**	***
HVI	**	*
Proteinuria >300 mg/24 horas	ns	*
Creatinina 1,2 – 2,0 mg/dl	**	***
Ateromatosis	+	ns
Retinopatía I-II	**	**
Cardiopatía isquémica	ns	+
Enf. cerebrovascular	ns	ns
Neuropatía diabética	ns	ns
Enf. vascular periférica	**	+
Retinopatía grave	+	**
Peso	ns	ns
Talla	*	**
Edad	**	*
IMC	ns	ns

ns: p > 0,100, +: p < 0,100, \*: p < 0,050, \*\*: p < 0,010, \*\*\*: p < 0,001

#### Relación con antecedentes familiares precoces

	Varones		Mujeres	
	< 56 años	> 55 años	> 66 años	> 65 años
Ateromatosis	ns	0,08	ns	ns
Colesterol total > 250 mg/dl	ns	> 0,05	ns	ns
Creatinina 1,2 – 2,0 mg/dl	ns	< 0,05	ns	ns
HDL < 40 mg/dl	ns	ns	ns	0,09
HVI	ns	< 0,05	ns	0,08
LDL > 130 mg/dl	ns	< 0,05	ns	0,10
Proteinuria > 300 mg/24 h	ns	> 0,05	ns	ns
Retinopatía I-II	ns	< 0,05	ns	< 0,05
Tabaquismo	ns	< 0,05	ns	ns
Cardiopatía isquémica	ns	ns	ns	0,08
Enf. cerebrovascular	ns	ns	ns	ns
Neuropatía diabética	ns	< 0,05	ns	ns
Enf. vascular periférica	ns	0,06	< 0,05	0,07
Retinopatía grave	ns	< 0,05	ns	ns
IMC	ns	0,08	ns	ns
Edad	< 0,05	ns	ns	< 0,05
Peso	ns	ns	ns	ns
Talla	0,07	< 0,05	ns	ns

**Resultados:** Se observa un incremento significativo (p < 0,05) en el grupo con AFP del porcentaje de las siguientes variables: Colesterol total > 250mg/dl, HDL < 40mg/dl, LDL > 130mg/dl, hipertrofia ventricular izquierda, creatinina 1,2-2mg/dl, proteinuria > 300mg/dl, retinopatía I-II, retinopatía grave, tabaquismo, insuficiencia renal y enfermedad vascular periférica. Se observa además un adelanto de este grupo en ambos sexos, de 3 años en la edad media de consulta médica. Este incremento significativo se produce en varones de mas de 55 años y en mujeres de mas de 65 años, aunque no obstante comienza a observarse este aumento del porcentaje de incidencia, ya a partir de los cincuenta años en varones, con un máximo en ambos sexos, tras los setenta. No se observan diferencias significativas respecto a: sexo, IMC, peso, ateromatosis, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular. En la exposición se comentarán otros perfiles según intervalos de edad y sexo.

**Conclusiones:** Se observan diferencias significativas en distintas variables entre los grupos de pacientes con y sin AFP de enfermedad cardiovascular. Con AFP se produce en ambos sexos un incremento en el porcentaje de incidencia de las diversas variables analizadas.

## INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN EL CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL

N. Nievias Díaz, V.M. Silvestre Puerto, A. Bas Vida, A. Martín Lorente, C.M. Fuentes Bellido y E. Satué Gracia  
ICS La Granja Torreforta. Tarragona.

**Objetivos:** Estudio sobre la asociación entre cifras tensionales y grado de obesidad entre pacientes hipertensos.

**Materiales:** Estudio observacional transversal en una Área Básica de Salud Urbana (ABS) y docente. Muestra aleatoria sistemática de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial (HTA). Valoración de la obesidad mediante el índice de masa corporal (IMC) estratificado en cuatro grupos: normal (N) ( $<25$ ), sobrepeso (S) ( $25-30$ ), obesidad (O) ( $30-40$ ) y obesidad mórbida (OM) ( $>40$ ). Se realiza una correlación entre el grado de TA encontrada en cada grupo.

**Resultados:** En nuestra muestra de pacientes hipertensos se ha observado que el 7,9% presenta un peso normal, el 28,9% presentan sobrepeso, un 47,4% son obesos, y el 15,8% tienen obesidad mórbida. La TAD aumentó con el IMC: N: 83,4mmHg, S: 84,5, O: 86,2, OM: 88,7. La TAS no se vio afectada por el IMC: N: 139,3, S: 144,5, O: 146,4, OM: 141,3.

**Conclusiones:** 1) El 92% de los pacientes hipertensos tienen peso aumentado, y todo ello sabemos que empeora el Riesgo Cardiovascular. 2) En nuestros pacientes las cifras de TAD presentan una progresión ascendente a medida que aumenta el IMC, pero siempre dentro de los parámetros considerados aceptables, aunque no de manera significativa. 3) Curiosamente en nuestra muestra las cifras de TAS se elevan con el IMC para disminuir en los pacientes con obesidad morbida, podría ser atribuido a un defecto del brazalete de presión no acorde con diámetro del brazo del paciente.

## PREVALENCIA DE LA OBESIDAD EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS)

M.C. Díaz Luis, J.A. Domínguez Pérez, C.T. González Martín, S. Fariña Pacheco y C.A. Encinosa Sánchez  
Servicio Canario de Salud.

**Objetivos:** La obesidad es, junto con la edad, la variable más fuertemente relacionada con la incidencia de diabetes mellitus. Por ello, nos propusimos conocer el grado de obesidad de los diabéticos de nuestra ZBS como paso previo a la modificación del consejo dietético que damos a los mismos.

**Materiales:** Objeto del estudio fueron todos los diabéticos que siguen controles regularmente. Los parámetros analizados fueron: peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y medición del pliegue tricipital (PT). Consideramos sobrepeso cuando el IMC = 20-24,9 para mujeres y 22-26,9 para hombres, y obesidad cuando el IMC  $\geq 25$  y  $\geq 27$  respectivamente. En cuanto al PT, consideramos obesidad un valor  $>23$ mm para hombres y  $>30$ mm para mujeres.

**Resultados:** El 55,3% eran mujeres y el 44,7% hombres. Según el IMC, el 12,2% de las mujeres y el 19,5% de los hombres tenían sobrepeso. Mientras que el 87,7% de las mujeres y el 78,2% de los hombres eran obesos. En cuanto al PT, indicaba obesidad en el 1,7% de las mujeres y en el 2,1% de los hombres.

**Conclusiones:** Las diferencias encontradas entre el IMC y el PT en cuanto al porcentaje de obesos, se explican por la variabilidad, reflejada en la bibliografía, de los resultados de la medición de los pliegues. Respecto a los resultados del IMC, encontramos una alta tasa de obesidad entre nuestros diabéticos, lo que nos lleva a la conclusión de la necesidad de replantearnos el consejo dietético que ofrecemos a los mismos (qué damos y cómo lo damos).

## SÍNDROME METABÓLICO Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS

A. Mata Navarro, N. Montellà Jordana, V. López-Marina, G. Pizarro Romero, P. Beato Fernández y T. Rama Martínez  
Área Básica de Salud. Lleida. Badalona.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de Síndrome Metabólico (SM) en Atención Primaria según criterios de la OMS; describir la prevalencia y el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRC) asociados al SM.

**Materiales:** Diseño: Estudio descriptivo transversal y observacional. Ámbito de estudio: 19 consultas de medicina general en un centro de salud urbano. Sujetos: Pacientes  $>14$  años atendidos en el 2003. Metodología: Fuente de información: base de datos de la historia clínica informatizada (OMI-AP). Código de patologías según la CIAP-2. Mediciones: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), tensión arterial, glucemia, HbA1C, HDL colesterol, triglicéridos, microalbuminuria, criterios de SM según la OMS.

**Resultados:** 25.555 pacientes atendidos (46,2% hombres), 2.642 (10,34%) con DM tipo 2 o intolerancia a la glucosa. Pacientes con SM = 1.417 (5,54% del total, 53,63% de los DM tipo 2): 40,9% hombres, edad media = 65,9 años (DS = 11). FRCV en pacientes con SM: 1.288 (90,9%) hipertensión arterial, 1015 (71,6%) dislipemia, 1019 (71,9%) obesidad y 142 (10%) microalbuminuria. Número de FRCV en pacientes con SM: 3 (59,1%); 4 (37,3%) y 5 (3,6%). Pacientes con buen control de los FRCV: HbA1C = 567 (40,0%); tensión arterial = 140 (10,9%); perfil lipídico = 187 (18,4%), IMC  $<30$  = 111 (10,9%); en 5 pacientes desapareció la microalbuminuria (3,5%).

**Conclusiones:** Alta prevalencia de SM en nuestra población. Los pacientes con SM presentan elevado riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular por el bajo grado de control de los FRCV. Se deben potenciar intervenciones educativas en estos pacientes.

## EVALUACIÓN DEL PROCESO DE DIABETES EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

R. Marfil Ruiz, I. Rodríguez Bravo, M. Zamora Bautista, C. Alted Aracil, A. Duran Saez y P. de la Torre Torres  
Centro de Salud de Huerto Tajar.

**Objetivos:** Conocer la evolución de los indicadores de calidad del proceso Diabetes Mellitus(DM)en una Zona Básica de Salud(ZBS)Rural durante el período 2002-2003.

**Materiales:** Estudio descriptivo. Población: pacientes diagnosticados de DM en período estudiado (n = 768 2002, n = 855 2003). Población ZBS: 16350 habitantes. Elegimos como variables: índice de masa corporal (IMC) y los indicadores del Proceso DM: proporción de pacientes con exploración de Fondo de Ojo (FO), de obesos tratados con metformina y de exploración de pies. Realización anual de HbA1c y grado de control. Comparaciones: mediante t para muestras independientes y proporciones con Chi cuadrado.

**Resultados:** Prevalencia DM en ZBS (2003): 5,2%. Se encuentran diferencias significativas p < 0,05 en cuanto al porcentaje de fondos de ojo realizado en 2002-2003.

### HbA1c

	N	Media
2002	731	8,2
2003	846	7,1

### Control metabólico

	2002	2003
Buen control HbA1c < 7	53,2%	57,9%
Aceptable HbA1c 7-8	20,9%	18,9%
Mal control HbA1c > 8	25,9%	23,2%

**IMC**

	2002	2003
Normal	14,1%	14,5%
Sobrepeso	38,7%	38,3%
Obesidad	38,0%	38,4%
Obesidad mórbida	9,2%	8,8%

**% pacientes con metformina**

	2002	2003
No toma	21%	16,7%
Contraindicada	3,1%	2%
Intolerancia	4%	4%
Sí toma	63,3%	69,2%
Dieta	8,2%	8,2%

**Indicadores del proceso**

	2002	2003	Standard SAS
FO	59%	95%	> 30-60%
HbA1c	95%	98%	> 30-60%
Exploración pies	84%	94%	> 50-80%

**Conclusiones:** Se cumplen los estándares y mejoran los indicadores propuestos por el Servicio Andaluz de Salud especialmente en cuanto a la realización del fondo de ojo en 2003. La proporción de pacientes con buen control metabólico es diferente según se utilice el recomendado en el proceso o el propuesto por las diferentes guías de práctica clínica.

**PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA HVI EN LA HTA**

A. Lado Llerena, A. Nores Lorenzo, M.J. Eiris Cambre y M. Sánchez Loureiro

Grupo Barbanza.

**Objetivos:** La Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) en pacientes con Hipertensión Arterial (HTA) identifica a un grupo con mayor riesgo en el que debe realizarse un control clínico y terapéutico más estrecho.

**Materiales:** Analizamos de forma prospectiva las características clínicas de 3200 pacientes hipertensos atendidos por 40 médicos de dos áreas de Atención Primaria. La edad media fue 68 años, 37% varones, presentaban antecedentes de cardiopatía isquémica el 13% (Infarto 4%, angina 9%), enfermedad cerebrovascular 6%, arteriopatía periférica 11%, fibrilación auricular 8% e insuficiencia cardíaca 6%. Eran diabéticos el 26% de los pacientes. La media de presión arterial era 137/79 mmHg, de Colesterol total 221 mg/dl, HDL-Colesterol 55 mg/dl, LDL-Colesterol 146 mg/dl y triglicéridos 121 mg/dl, y de albúmina en orina de 24 horas 40 mg.

**Resultados:** Presentaban criterios electrocardiográficos de HVI (Cornell o Sokolov) el 14% de los pacientes, destacando una mayor proporción de enfermedad cardiovascular clínica, fundamentalmente enfermedad cerebrovascular (9%), fibrilación auricular (12%) e insuficiencia cardíaca (10%). En las determinaciones analíticas mostraron mayor excreción urinaria de albúmina (52 mg/24 horas).

**Conclusiones:** En Atención Primaria se puede reconocer mediante el electrocardiograma a pacientes hipertensos con un peor perfil clínico cardiovascular que deben ser objeto de un seguimiento más estricto.

**TRATAMIENTO EN DIABÉTICOS TIPO II CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR ASOCIADA**

A.J. Baca Osorio, C. Fernández Lozano, M. Kuhn González, M.L. Fernández Tapia, L. Linares Castro y F. Taboada González

Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario. Málaga.

**Objetivos:** La diabetes tipo II suele asociarse a otros factores de riesgo y patología cardiovascular, lo que aumenta la mortalidad

y el riesgo de complicaciones. Nuestro objetivo es analizar el tratamiento que reciben los diabéticos tipo II con patología cardiovascular asociada y su relación con el sexo y la edad.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal. Muestreo aleatorio simple de 384 pacientes (precisión de 0,005 y nivel de confianza de 95%). Año 2003. Centro de salud urbano. **Variables:** sexo, edad, fármacos relacionados con la patología cardiovascular (antidiabéticos, antihipertensivos, antiagregantes, hipolipemiantes). **Estadística:** análisis descriptivo de cada una de las variables y de la varianza o de la correlación (según el tipo de variables) en el bivariante.

**Resultados:** 220 mujeres, 57,3%, (IC: 52,2 - 62,3). Edad media de 65 años, rango de 33-92 y DE 11,56.

Tratamiento	Pacientes	Porcentaje	Intervalo confianza
Insulina	93	24,2	20,1 - 28,9
Sulfonilureas	101	26,3	22 - 31,1
Metformina	88	22,9	18,9 - 27,5
Acarbosa	28	7,3	5,1 - 10,1
Repaglinida	59	15,4	12 - 19,5
Antihipertensivos	227	59,1	54 - 64
Antiagregantes	134	34,9	30,2 - 39,9
Hipolipemiantes	128	33,3	28,7 - 38,3

**Conclusiones:** 1) Los fármacos antihipertensivos se utilizan en 2/3 de los diabéticos tipo II. 2) 1/3 de los pacientes utilizan hipolipemiantes y otro tercio antiagregantes o anticoagulantes. 3) El 25% de los diabéticos utilizan insulina. 4) El uso de los fármacos se relaciona con la edad (a mayor edad mayor uso de medicamentos).

**DIFERENCIAS EN EL GRADO DE CONTROL DE LOS HIPERTENSOS RURALES Y URBANOS ESPAÑOLES ANALIZADOS EN EL ESTUDIO PRESCAP**

J.L. Llisterri Caro, F.J. Alonso Moreno, J.A. Divisón Garrote, S. Lou Arnal, J.R. Banegas Banegas y A. Raber Bejar

Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

**Objetivos:** Analizar si existen diferencias en el grado de control de la hipertensión arterial (HTA) según el ámbito de residencia.

**Materiales:** Estudio transversal y multicéntrico realizado en pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico antihipertensivo, seleccionados consecutivamente. Se clasificaron según el número de habitantes de su ámbito de residencia como rurales-semiurbanos (< 20.000) o urbanos (> 20.000). La medición de la presión arterial (PA) se efectuó siguiendo las recomendaciones del JNC-VI. Se consideró mal control de la HTA cuando la PA fue  $\geq 140$  y/o 90 mm Hg. Se realizó estadística descriptiva, comparación de medias y regresión logística multivariante.

**Resultados:** Se incluyeron 12.228 pacientes (57,1% mujeres), edad media  $63,9 \pm 10,6$  años; 4.172 (34,1%) pertenecían al ámbito rural. En el ámbito rural-semiurbano la PA sistólica (PAS) media fue de  $142,3 \pm 15,2$  mm Hg y la PA diastólica (PAD) media de  $82,5 \pm 9,0$  mm Hg; en el urbano la PAS media fue de  $140,9 \pm 14,5$  mm Hg y la PAD media de  $82,6 \pm 8,7$  mm Hg. ( $p < 0,001$  para la PAS). La población urbana presentó un control de HTA del 37% (IC 95%, 35,9 - 38,0), superior ( $p < 0,01$ ) al 34,6% (IC 95%, 33,1 - 36,0) de la población rural-semiurbana. El mal control se asoció al consumo de alcohol, diabetes, sedentarismo y sobrepeso ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La población hipertensa del ámbito rural semiurbano presenta un peor control de su HTA. El mayor consumo de alcohol, la mayor edad y el sobrepeso pueden justificar estos hallazgos.

## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS HIPERTENSOS Y EN LOS DIABÉTICOS DE UNA Z.B.S.

J.C. Aguirre Rodríguez, M.D. Pelegrina Castillo, L. García Nieves y R. García-Valdecasas

Centro de Salud de Armilla. Granada.

**Objetivos:** Calcular el riesgo cardiovascular (RCV) de los hipertensos y de los diabéticos de nuestra ZBS, y su grado de control.

**Materiales:** Hemos seleccionado 548 pacientes que acuden a realizarse una analítica por cualquier motivo, de ellos 232 son hipertensos (42,3%) y 88 son diabéticos (16%); 69 son diabéticos e hipertensos (12,6%). Aplicamos la Fórmula de Framingham para calcular el RCV de cada uno, y posteriormente analizamos su medicación y su grado de control.

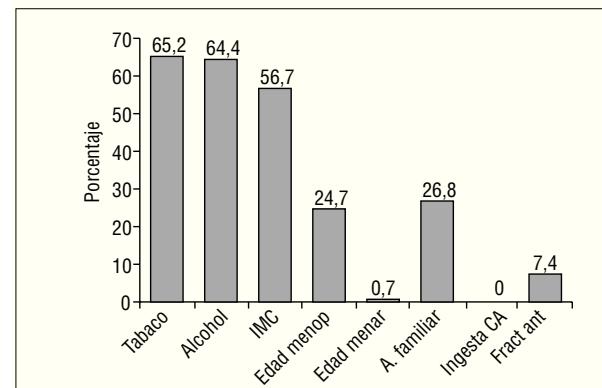
**Resultados:** Se representan en la siguiente tabla:

	Hipertensos (232)	Diabéticos (88)
Hombres	101 (43,5%)	39 (44,3%)
Edad media	64,4 ± 12,1	67,5 ± 10,7
Colesterol medio	228,6 ± 12,1	223,8 ± 43,3
HDL	51,4 ± 14,04	50,9 ± 14,8
TAS	141 ± 19,4	139,4 ± 18,9
Fumadores	32 (13,8%)	7 (7,9%)
HVI	29 (12,5%)	8 (9%)
2 FRCV	34 (14,6%)	48 (54,5%)
> 2 FRCV	4 (1,7%)	28 (31,8%)
Tratamiento con IECA/ARA II	138 (59,5%)	39 (44,3%)
Tratamiento con estatinas	51 (22%)	30 (34,1%)
Tratamiento con antiagregantes	34 (14,7%)	25 (28,4%)
RCV (Framingham)	17,3 ± 10,6	20,92 ± 10,3
HTA no controlada	114 (49,1%)	51 (57,9%)
Dislipemia no controlada	62 (26,7%)	26 (29,5%)
RCV elevado (>20)	87 (37,5%)	39 (44,3%)

TAS: tensión arterial sistólica; HVI: hipertrofia ventrículo izquierdo; FRCV: factor de riesgo cardiovascular.

**Conclusiones:** 1) El 50,9% de nuestros hipertensos está controlado. 2) Sólo el 33,8% de hipertensos que son diabéticos está controlado. 3) El grupo farmacológico más empleado son IECA y ARA II. 4) El factor de riesgo más asociado a los hipertensos es la diabetes, seguido de dislipemia y ser fumador. 5) Sólo el 25% de nuestros diabéticos tiene unas cifras tensionales adecuadas. 6) El grupo farmacológico más empleado son IECA y ARA II. 7) Sólo el 28,4% de nuestros diabéticos utiliza antiagregantes. Si además es hipertenso solo lo utiliza el 16,2%. 8) El 44,3% de nuestros diabéticos presenta un elevado RCV. 9) El factor de riesgo más asociado a la diabetes es la hipertensión. 10) Tabaquismo e HVI están menos presentes que en hipertensos. 11) A mayor RCV peor control.

**Materiales:** Estudio descriptivo, trasversal en un centro de salud con población de 15234 habitantes, a través de la historia informática (OMI-AP), obteniendo todos los pacientes diagnosticados como "osteoporosis" y analizando en el episodio y todos los relacionados (patología osteoarticular y menopausia y climaterio) los FR recogidos. Análisis estadístico con programa SPSS.



**Resultados:** Se encontraron 135 pacientes diagnosticados de osteoporosis, mujeres 125 (92,6%) de ellas el 89,3% eran postmenopáusicas, y hombres 10 (7,4%). A pesar de su diagnóstico, no tenían registrado consumo de tabaco el 34,8% ni de alcohol el 35,6%. El I.M.C no constaba en el 43,3%. La edad de la menopausia sólo se encontró en 33 mujeres (24,7%) y de la menarquia tan sólo en 1 (0,7%). En ningún paciente se cuantificó ingesta de calcio diaria. Referencia a medicación osteopenizante en 18 pacientes (13,3%) sobre todo corticoides y quimioterapia. Antecedentes familiares en el 26,8% obtenido en todos los casos del protocolo de climaterio/menopausia. Antecedente de fracturas previas se registró en un 7,4%

**Conclusiones:** Existe muy escasa recogida de factores de riesgo en pacientes diagnosticados de osteoporosis. Debemos mejorar la recogida de datos para proporcionar un adecuado abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico. Se debe formar más en este campo al personal médico / enfermería, y crear un protocolo informatizado que ayude a la recogida de datos en estos pacientes.

## ES UNA CARGA ASISTENCIAL EL PACIENTE INCLUIDO EN UN PROGRAMA PADES PARA UN ABS URBANA?

A. Martín Lorente, N. Nievas Díaz, V.M. Silvestre Puerto, N. Saun Casas, E. Satue Gracia y R. Monegal Galduch

ICS La Granja Tarragona.

**Objetivos:** Conocer las cargas asistenciales derivadas del control de los pacientes incluidos en un programa PADES (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte).

**Materiales:** Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en una Área Básica de Salud Urbana (ABS) y equipo PADES de referencia. Realizamos una revisión exhaustiva de las historias, determinando: edad, sexo, tiempo de seguimiento, motivo de inclusión, carga asistencial, existencia de recursos propios familiares y figura del cuidador principal.

**Resultados:** Del total de 217 pacientes controlados por PADES (tasa de incidencia de 2,8 pacientes por 1000 habitantes/año), de los cuales 29 procedían de nuestra ABS (TI de 1,3). La edad media fue de 71,8 años, correspondiendo el 51,7% hombres. La media de seguimiento fue de 3 meses (rango 0-43), número de contactos con PADES de 26 (8 con el médico, 11 con la enfermera y 7 asistente social), lo que supone una media de 2,1 contactos por semana. Del mismo modo, PADES contactó con el

15 de octubre de 2004

11:30 h

## ¿REGISTRAMOS LOS DATOS ADECUADOS EN EL ABORDAJE DE LA OSTEOPOROSIS?

J.R. López Lanza, A. Pérez Martín, R. López Videras, E.J. Sánchez Cano y D. García Barrigón

C.S Covadonga, Torrelavega. Cantabria.

**Objetivos:** Valorar la recogida en la historia clínica de factores de riesgo (FR) en la osteoporosis (tabaco, alcohol, edad de menopausia y menarquia, I.M.C., ingesta calcio, medicación osteopenizante y antecedentes familiares y personales de fractura), en pacientes diagnosticados de osteoporosis.

médico de familia una media de 3,1 ocasiones por caso. El motivo principal de derivación a PADES fue neoplásico (51,7%), crónicos terminales (27,5%), demencias (17,2%) y otros (3,6%). Un 27,6% de las familias precisaron de ayudas socio-económicas complementarias por carencia de recursos propios. Los cuidadores principales fueron los hijos (55,1%), conyuge (27,5%) y el resto otros familiares y personal contratado.

**Conclusiones:** A pesar de que los cuidadores principales son familiares directos, las cargas asistenciales que estos pacientes comportan son elevadas. Por lo que convendría mejorar la comunicación entre equipos para optimizar la gestión de éstas, que fundamentalmente soporta PADES, y acelerar las ayudas socio-económicas que precisen.

#### PREVALENCIA DE ECOGRAFÍA ANÓMALA EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS MENORES DE 65 AÑOS ATENDIDAS EN CENTROS DE SALUD DEL TERRITORIO NACIONAL

C. Valdes, A. Márquez, M.L. Rentero Caño e I. Julian en representación del grupo FARO

C.S. Miraflores Alcobendas, Madrid.

**Objetivos:** Describir la prevalencia de una ecografía de calcáneo por debajo de -1,5 de Tscore en mujeres posmenopáusicas entre 50 y 65 años que acuden a centros de salud de atención primaria.

**Materiales:** Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico. Ámbito del estudio: 96 centros de atención primaria en el territorio nacional- 5000 mujeres. Variables: Se recogieron datos demográficos, antropométricos y de factores de riesgo de osteoporosis y fracturas y se realizaron 2 ecografías de calcáneo en pie derecho e izquierdo con ecógrafo modelo Sahara. Las variables cuantitativas: la media, la mediana, la desviación típica, el primer y tercer cuartil y el rango (valores mínimos y máximo), se analizaron mediante el modelo ANOVA. Las variables cualitativas: la frecuencia y el porcentaje, se analizaron mediante pruebas de Chi cuadrado o test exacto de Fisher en caso de que el primero no sea aplicable. Asimismo, se incluirán intervalos de confianza del 95%. Se considera osteoporosis cuando la T. Score es igual o menor a -1,5 en cualquiera de los calcáneos. La evaluación de los factores de riesgo se ha realizado mediante un análisis de regresión logística.

**Resultados:** El 34,1% de la población estudiada presentó una T. Score por debajo de -1,5. Este grupo presentó una disminución de la talla en un 36,1% frente a un 27,1% en el grupo por encima de -1,5, perdida de peso del 9,7% frente a 7,4%, cifosis en el 24% frente a 15,7%, antecedentes personales de fractura del 16,1% frente a 7,8%.

**Conclusiones:** Las mujeres con una T. Score por debajo de -1,5 presentan mayor prevalencia de factores de riesgo que las mujeres con una T. Score superior. Algunos como los antecedentes personales de fractura casi son el doble.

#### PERFIL DEL PACIENTE DERIVADO A LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA EN UN MEDIO RURAL

E. Sánchez Cañete, J. Ruiz de Castroviejo del Campo, J.R. Siles Rubio, M. Arjona Varo, J. Cuevas López y R. Mérida Cano

Hospital Infanta Margarita de Cabra y Centro de Salud de Lucena. Córdoba.

**Objetivos:** Conocer, en nuestro medio, los motivos de derivación de los pacientes a cardiología, así como los principales diagnósticos y posterior destino del enfermo.

**Materiales:** Análisis retrospectivo de 1000 pacientes consecutivos remitidos en el 2002 a la consulta de cardiología.

**Resultados:** La edad media de los pacientes ha sido de  $64 \pm 11$  años. El motivo de consulta más frecuente fue dolor torácico y disnea como síntomas de sospecha de cardiopatía isquémica (75%). La insuficiencia cardíaca aparece en el 33%. Otras causas han sido el síncope, palpitaciones, alteraciones electrocardiográficas y soplo. El diagnóstico inicial más frecuente es HTA (70%) y cardiopatía hipertensiva (45%), seguido de dolor torácico para estudio y cardiopatía isquémica, estable en el 40%. Aunque la mitad de los pacientes son dados de alta a su Médico, un tercio requieren ser remitidos nuevamente, definiéndose este grupo: mayores de 70 años con cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca. Curiosamente otro grupo, el de mujeres postmenopáusicas con estudios negativos para isquemia y más de dos factores de riesgo cardiovascular: diabetes tipo II, hiperlipidemia y cifras tensionales diastólicas mayores de 90 mmHg, requieren más de una valoración.

**Conclusiones:** En nuestro medio la sospecha de enfermedad coronaria es la causa más frecuente de derivación por parte del Médico General al cardiólogo, siendo la hipertensión arterial esencial el diagnóstico más frecuente. Existe un flujo bidireccional bien definido en pacientes mayores de 70 años, que precisan abordaje conjunto e interrelacionado con cardiología.

#### ¿DEBE ABORDARSE EL TABAQUISMO EN LAS ESCUELAS?

A. Morales Sánchez, M. Torrecilla García, M.A. Hernández Mezquita, D. Plaza Martín, E. León Diaz y P. Amigo Rodríguez

Asociación para la Prevención y Control del Tabaquismo de Castilla y León.

**Objetivos:** Valorar la información sobre el tabaquismo a los 12 y 13 años.

**Materiales:** Estudio descriptivo sobre 7284 jóvenes de 1º y 2º de la E.S.O. de la provincia de Salamanca. Las variables fueron: consumo de tabaco, grado de conocimiento y las consecuencias de su consumo. El test estadístico utilizado fue el chi<sup>2</sup>(p < 0,05).

**Resultados:** Contestaron 4907 jóvenes (67,4%). El 45,4% y el 39% de los chicos/as habían probado el tabaco (p < 0,05). El 7,7% de los chicos fumaba diariamente y el 13% ocasionalmente, las chicas el 4,8% y 15,8%. El 96,2% de los chicos y el 98,8% de las chicas consideraba al tabaco perjudicial para la salud. El 92,3% y el 95,2% lo relacionaban como droga, el 74,8% y el 76,7% sabían lo que era el tabaquismo pasivo. El 18,7% y 16,3% pensaban que fumar poco no era dañino; y el 47,5% frente al 47,1% que el tabaco light hacia menos daño. El 65% de los varones y el 71% de las mujeres relacionaban al cáncer, bronquitis e infarto del corazón con el consumo de tabaco, de igual forma el 97,7% y el 98,5% pensaba que fumar era perjudicial para el feto si la mujer fumaba durante el embarazo. La adicción al tabaco la relacionaban con la nicotina el 88,9% de los chicos y el 92,8% de las chicas; y al monóxido de carbono con la peor respuesta al ejercicio el 52,5% y 54,9% respectivamente.

**Conclusiones:** Va siendo mayor la información que se ofrece durante la edad escolar sobre el tabaquismo y sus consecuencias, pero sigue siendo necesario su abordaje escolar.

#### EVALUACIÓN DEL DOLOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.D. Martínez Mazo, L. Arrué Izaguirre, P. Palacio Cuenca, E. Orbara Soret, A. Ganuza Armendáriz y B. Ochoa de Olza Tainta

C.S. Rochapea.

**Objetivos:** Conocer la intensidad del dolor de los pacientes que acuden a una consulta de Atención Primaria.

**Materiales:** Registro mediante escala numérica simple.

**Resultados:** Se analizan un total de 134 personas que acuden a consulta con dolor como síntoma principal o único, entre el 17-11-03 y el 1-4-04, de las que 45 (32,41%) eran varones y 89 (67,86%) mujeres. Las edades estaban comprendidas entre 16 y 93, con una media de 56,4 y una mediana de 59. Las patologías más frecuentemente detectadas fueron lumbalgia con o sin irradiación en 26 casos (19,4%), 16 cervicalgias (11,9%) y coxalgia en 12 (8,9%). En una valoración de escala numérica simple 12 personas (8,96%) cuantificaron su dolor entre 2 y 4, y 7 (5,22%) lo definieron en términos de dolor leve; 29 personas (21,64%) lo evaluaron entre 5 y 6, y 1 (0,75%) usó calificativos que se interpretaron como dolor moderado. 54 personas (40,3%) evaluaron su dolor como mayor de 7, usando calificativos que se interpretaron como dolor severo en 8 casos (5,97%). 58 (43,28) pacientes no volvieron a consultar por este motivo; 39 (29,10%) cuantificaron su mejoría; 20 (14,45%) mejoraron pero no la cuantificaron. 14 pacientes (10,45) no experimentaron cambios en la intensidad de su dolor, mientras que 3 (2,24%) empeoraron.

**Conclusiones:** El uso de un método para cuantificar el dolor se muestra como un instrumento válido, a fin de conocer la evolución de los pacientes y de la eficacia de los tratamientos. El uso de calificativos en la descripción del dolor se correlaciona bien en el dolor leve, pero mal en el dolor moderado y severo.

#### BOTIQUÍN FAMILIAR (BF) Y CONSUMO ORAL DE MEDICAMENTOS DE 300 FAMILIAS

M.J. Pérez Pallarés, A.M. Vivas Broseta, I. Martínez Mir, I. Pereiro Berenguer, P. Andrea Villanueva Pastor y R. Peiró Pérez

Conselleria de Sanitat. Àrea 3. Comunitat Valenciana. FIS 01/1180. EVES 2002.

**Objetivos:** Describir el BF y consumo de medicamentos en últimos 15 días, en población Àrea 3, Comunidad Valenciana.

**Materiales:** Estudio observacional transversal estacional, mediante cuestionario estructurado y entrevista domiciliaria. **Selección:** Población urbana Sagunto (60.640 Hab.) y semirrural Segorbe (8.197 Hab.), la población diana 17.209 unidades familiares (UF), tamaño de la muestra N = 300. Para seleccionar UF "el dedo al azar" sobre plano callejero, mediante números aleatorios determinábamos nº de la calle. Enviamos carta solicitando participación. El cuestionario recogía contenido del BF, medicamentos-hierbas medicinales, tomados últimos 15 días, características sociodemográficas.

**Resultados:** Se entrevistaron 300 UF con 968 personas (52% mujeres). La mediana y moda de miembros por UF fue tres (1-7). La mediana de edad 43, (11,8% 0-14, 81,5% 15-59 y 6,7% > 60). El ama de casa es responsable del BF en 84%, 64% son pareja con hijos, 45% estudios Primarios completos-incompletos y 36,9% bachiller-universitarios, situación laboral más frecuente activo 36,8%, casados 53,5%, pensionistas 25,6% y

6,1% cartilla CLT. Encontramos 6468 medicamentos. La media por UF es 21,63 (0-86). Según Clasificación Anatómica Terapéutica (0,23% sin clasificar): Sistema-Nervioso 18,6%, Dermatología 17,8%, Digestivo-Metabolismo 13,4%, Respiratorio 13,2%, Locomotor 12%, Cardiovascular 8,9%, Antiinfecciosos 3,1%. Los últimos 15 días habían tomado 2008 medicamentos (31%) correspondiendo: Sistema-Nervioso 21,4%, Cardiovascular 18,6%, Digestivo-metabolismo 15,9%, Respiratorio 11%, Locomotor 10,7%, Dermatología 4,5%, y Antiinfecciosos 2,4%. **Conclusiones:** La media está dentro del rango de estudios previos. El BF contiene los medicamentos más tomados, destacando dermatológico-antiinfecciosos con bajo consumo e inversamente cardiovascular.

#### MARCADORES AMBIENTALES Y PROTECCIÓN DE LA SALUD: NUESTRA EXPERIENCIA CON LOS LÍQUENES

A. Bandrés Salvador, M. Marco Ortiz, S. Fos Marín, M.J. Villa Pérez, A. Martí Alapont y H.L. Sales Safont  
Consultori Auxiliar de Vistabella del Maestrat.

**Objetivos:** Los líquenes son indicadores indirectos de la sani-dad ambiental por su sensibilidad a los cambios del medio. Pueden ser útiles en actividades de protección de la salud planteadas de un modo lúdico a los escolares.

**Materiales:** Durante las Cuartas Jornadas Micológicas de Vista-bella los escolares participaron en un taller sobre los líquenes y su utilidad como bioindicadores. Tras una charla en la cual se expusieron comprensiblemente las respuestas selectivas de los líquenes frente a las alteraciones de la composición química del aire, que determina el desarrollo de determinadas especies, se llevó a cabo una visita a los bosques del propio entorno, asisti-da por personal cualificado, con el fin de dar mayor significa-ción al proceso de enseñanza-aprendizaje.

**Resultados:** Los líquenes demostraron a los escolares, que com-pararon sus hallazgos con los de otras poblaciones con mayor contami-nación, la buena salud ambiental del entorno. Se les transmitió así la idea de que la salud del medio ambiente influ-yen en la salud de los individuos que dependen de él, y que por tanto, las actitudes de respeto, integración y aprovechamiento sostenible del mismo repercuten positivamente sobre todos.

**Conclusiones:** Siguiendo en nuestra línea de trabajo interdis-clipinar para fomentar el conocimiento y el respeto del medio ambiente, que puede influir positivamente en la mejora de la calidad de vida y de la salud (protección de la salud, en definitiva); y de ofrecer a todos una visión del consultorio local y de su equipo como procuradores de la salud, y no meramente como cuidadores de la enfermedad, hemos conseguido ya uno de los objetivos que nos proponíamos en la anteriores Jornadas: ampliar nuestra actuación a otros municipios. Pensamos que instruir deleitando es la manera más adecuada para concienciar a los escolares sobre los valores de la salud: lo significativo se comprende, lo que se comprende se acepta.