

6 de octubre de 2005

09:00 h

## 1. PREVALENCIA DE SÍNDROME DE RESISTENCIA A LA INSULINA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

I. Chacón M, R. Llovet, M. Mezquida, A. Lafarga, M. Portero y E. Miquel

CAP Mollerussa. Lleida.

**Objetivos:** Calcular la prevalencia de resistencia a la insulina (medida como ratio triglicéridos/colesterol HDL) en la consulta de Atención Primaria.

**Materiales:** Estudio descriptivo multicéntrico de una población de 260 individuos mayores de 14 años atendidos en 6 consultas de AP. Variables: edad, sexo, presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), perímetro abdominal, colesterol total, colesterol HDL, trigliceridemia, glucemia en ayunas, tratamiento prescrito para diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA) y/o dislipidemia. Criterios de exclusión: estados patológicos, fisiológicos y fármacos que alteren los parámetros, desnutrición ([IMC] < 18,5), talla mínima 152 centímetros.

**Resultados:** La prevalencia total de resistencia a la insulina es de un 19,9%, siendo en hombres del 28,8% y en mujeres de un 15,2%. De los pacientes hallados resistentes a la insulina el 82,69% cumplen criterios de síndrome metabólico (69,23% de hombres y 96,15% de mujeres).

**Conclusiones:** Estos dos marcadores metabólicos nos pueden ayudar a identificar individuos de alto riesgo cardiovascular y se correlacionan con el diagnóstico de síndrome metabólico, permitiendo ser más agresivo en la intervención terapéutica.

## 2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN EN UN CENTRO DE SALUD

Manuel C. Salas Tomás, Juan Pedro Chico Asensio, Miguel Ángel García Lillo, Jerónimo González García y José Bernardo Pedrós Moreno

C.S. Hospital Provincial. Alicante.

**Objetivos:** Analizar el programa de hipertensión (HTA) del C.S. Hospital Provincial del área 16 de Alicante.

**Materiales:** Se incluyeron pacientes hipertensos de los médicos participantes en el estudio, durante el período comprendido entre marzo de 1997 y mayo de 2005.

También se analizaron los factores de riesgo (FR) de una muestra aleatoria de 96 pacientes.

Criterios de inclusión: pacientes que acudieran al programa en los últimos 6 meses.

Criterios de exclusión: abandonos, exitus, cambios de domicilio.

**Resultados:** N = 6415. Diagnóstico estimado de HTA: 1283 (20%).

Número de pacientes diagnosticados = 914 (14,2%).

Muestra aleatoria: n = 96; siendo 36% varones y 64% mujeres. Rangos de edad: < 30 años = 0%; 31-40 = 3%; 41-50 = 4%; 51-60 = 19%; 61-70 = 35%; > 71 = 39%.

Incluidos en programa: 59%.

Con tratamiento farmacológico: 96%.

Con buen control: 45%.

Se asociaron FR: 21% cardiopatía isquémica, 26% dislipidemias, diabetes: 24%, obesidad: 23%, tabaquismo: 6%.

**Conclusiones:** A pesar de que la mayoría de pacientes reciben tratamiento farmacológico, menos de la mitad consiguen un buen control.

Existe una baja permanencia y un bajo control de la HTA en los incluidos en programa HTA.

No se consiguen modificar los FR, a pesar de estar controlados en el programa.

Es imprescindible la revisión anual de los programas de salud para un buen control de los pacientes.

## 3. SATISFACCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL CURSO DE SALUD CARDIOVASCULAR IMPARTIDO POR RADIO ECCA

Isabel Sánchez García, Jesús Cerdeña Marrero y Jesús Bernal Márquez

Centro de Salud de La Matanza de Acentejo. Gerencia de Atención Primaria Tenerife. SCS.

**Objetivos:** El curso se imparte por la radio mediante convenio de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias y Radio ECCA. Va dirigido a la población en general y en particular a aquellas personas con factores de riesgo cardiovascular y pretende:

- Aprender a través de la radio.

- Proporcionar estilos de vida que promuevan la salud cardiovascular evitando la aparición de factores de riesgo fomentando el autocuidado.

- Tomar conciencia de la relación que existe entre estilos de vida inadecuados y mortalidad prematura por enfermedad cardiovascular.

Consta de 12 clases radiofónicas con seguimiento semanal mediante tutorías/taller presenciales impartidos por monitores y miembros del Centro de Salud.

**Objetivos:** Conocer el grado de satisfacción de los alumnos sobre la realización de este curso a través de la radio.

**Materiales:** Voluntariamente los alumnos/as contestan un cuestionario anónimo sobre el grado de satisfacción respecto a contenidos, metodología y propuestas de mejora.

**Resultados:** En la edición de abril de 2005, se impartió el curso a 54 alumnos repartidos en tres grupos, de los cuales 32 contestaron la encuesta, destacándose la siguiente valoración de satisfacción: excelente 50%. Muy bueno: 40,6%. Bueno: 9,4%. Resto de resultados pendientes de procesar.

**Conclusiones:** La radio es un buen medio para la promoción de la salud y llega a todos los hogares, siendo de gran satisfacción para los alumnos/as seguir cursos de promoción de la salud a través de ella.

#### 4. CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN MEDIANTE LA PRESCRIPCIÓN BIMENSUAL

Manuel María Ortega Marlasca

Servicio Andaluz de Salud-Plataforma 10 minutos.

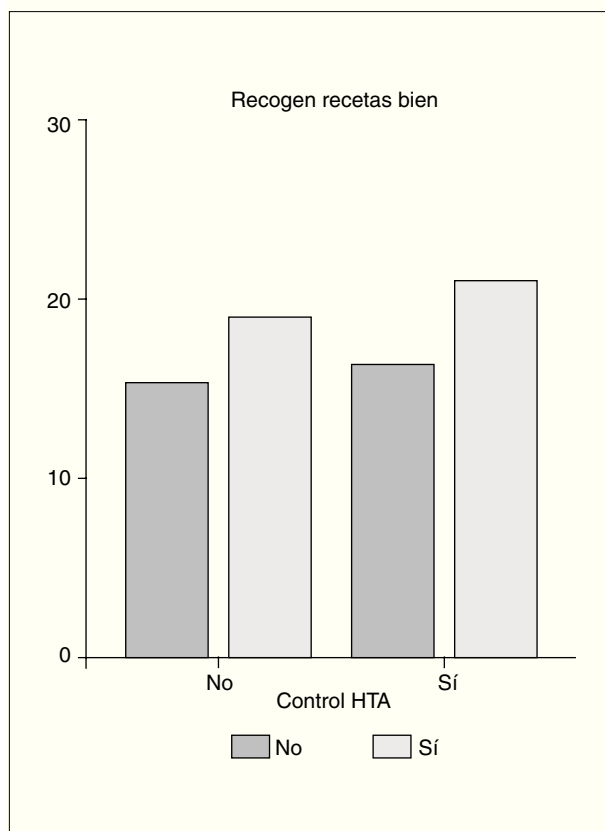
**Objetivos:** Determinar si la entrega de toda la medicación crónica de los pacientes cada dos meses en una única consulta influye en el control óptimo de las cifras tensionales en base a los criterios del JNC-7.

**Materiales:** A todos los pacientes diagnosticados de hipertensión en mi cupo médico se les informaba de que les prescribiría toda la medicación que precisasen de forma crónica (antigüedad mínima 4 meses con esa terapia) cada dos meses en la consulta de su médico con la finalidad de minimizar sus visitas con la única finalidad de recoger recetas durante el mes de enero y febrero del 2004. No se incluyeron en el estudio pacientes que debían recoger su medicación de forma mensual (visados o sin estabilizar su terapia).

Se consideró que recogían de forma adecuada las recetas aquellos pacientes que acudieron por recetas un mínimo de 4 veces al año a mi consulta y tuvieron al menos un total de tres determinaciones registradas en nuestro programa de gestión de la consulta, de las cuales la última cifra anual es la que se consideraba determinante para decidir si cumplía o no los criterios del JNC-7.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 72 pacientes, de ellos 68 (94,44%) aceptaron esta sistemática de prescripción. 38/72 (52,78%) se encontraron a final del año controlados y 22/78 (30,55%) se adecuaron a esta sistemática de prescripción.

**Conclusiones:** Este tipo de sistemática en la prescripción es bien aceptada por los pacientes y los resultados de pacientes finalmente controlados son mayores en los estudios recientemente publicados.



#### 5. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: UNA ENTIDAD CLÍNICA

Nieves Mula Rey, Carlos García Montero y Mercedes Mula Rey

SERMAS-ÁREA1.

**Objetivos:** La cardiopatía isquémica tiene múltiples presentaciones y la clínica nos orienta en el manejo terapéutico. Presentamos una cardiopatía isquémica severa con electrocardiograma (ECG) normal.

**Materiales:** Varón de 63 años, hipercolesterolemia familiar heterocigota. Revascularizado a los 40 años con safena a descendente anterior (DA) y circunfleja (Cx). No se revasculariza coronaria derecha por obstrucción 100%. Acude por cuadro de disnea en los últimos 4 días.

**Resultados:** Exploración cardiovascular: normal. ECG: isquemia subepicárdica inferior. ECO: FE: 55%. Cateterismo: trombo de 5 cm en injerto safena a DA, obstrucción 75% de safena a Cx. El enfermo se revasculariza nuevamente con mamaria interna izquierda a DA y radial izquierda a Cx. Tras el alta el paciente acude por dolor mandibular.

ECG: normal. En hospital mostró troponinas elevadas y nuevo cateterismo confirma la obstrucción completa de radial, siendo sólo permeable mamaria interna que da flujo a CD y Cx por circulación colateral.

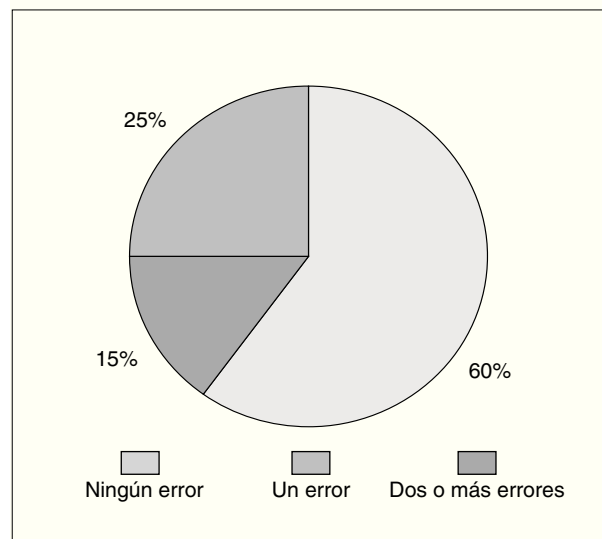
**Conclusiones:** la cardiopatía isquémica severa no siempre da manifestaciones ECG. La alta sospecha clínica permitió el diagnóstico de la severidad de las lesiones de nuestro paciente y un control exhaustivo de los factores de riesgo cardiovascular.

#### 6. ¿NOS MIENTEN NUESTROS PACIENTES AL TOMARSE LA PRESIÓN ARTERIAL? FIABILIDAD DEL REGISTRO DE AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Enric Estévez Rovira, Javier de León Belmar, Sergio Navarro Gutiérrez, Elena Oliete Ramírez, Joaquim Agustí Corredor y Eva Vilaplana Morillo

Centro de Atención Primaria Torroella de Montgrí. Girona.  
Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

**Objetivos:** Comprobar la fiabilidad del registro de automedición de presión arterial domiciliar (AMPA). Analizar si se cometen errores/omisiones y ver si influyen en la media obtenida y en la opción terapéutica adoptada.



**Materiales:** Estudio descriptivo prospectivo observacional. Búsqueda oportunista de casos en base a disponibilidad de aparatos de automedición (Omron M51), en un Centro de Salud de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial (HTA). Se les entregó un Omron M51 y una hoja para anotación de tomas. Posteriormente se compararon estos resultados con los almacenados en el Omron M51.

**Resultados:** De 63 pacientes seleccionados, tres no realizaron las automediciones. Los resultados demostraron una alta fiabilidad del registro de AMPA (60%).

Un 15% cometió únicamente un error, grupo en el que la media aportada por el paciente y la registrada varía más. Un 25% cometió dos o más errores, donde la media varía de 9 mmHg en presión arterial sistólica (PAS) hasta 4 mmHg en presión arterial diastólica (PAD).

Tomando cifras de PA que implican un cambio de actitud terapéutica, 140/90 mmHg, sólo en un 4% de los pacientes se asigna un grado de HTA más elevado del real, pudiendo implicar cambio en la actitud terapéutica adoptada.

**Conclusiones:** Podríamos afirmar que el registro de la AMPA tiene un alto porcentaje de fiabilidad para el control y seguimiento de cifras de PA domiciliaria.

Deberíamos intensificar las medidas de educación para pacientes, para mejorar aprendizaje y uso de aparatos de automedición. A pesar de ser un porcentaje escaso existen pacientes con un grado de HTA superior al real, pudiendo implicar un tratamiento excesivo.

## 7. OBESIDAD EN NUESTROS ADOLESCENTES

Rosa M.<sup>a</sup> López Fraile, M.<sup>a</sup> José Guasch Villanueva, Adelina Fallada Pouget, Cinta Dauñi Subirats, Josep A. Bitria Ibars y Faustino Güerri Ballarín

ABS Vilaseca. Unidad Docente de MFyC. Fundación Hospitalaria Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de obesidad en nuestros adolescentes.

**Materiales.** Diseño: estudio descriptivo transversal. Métodos: Área básica (ABS) de 15.000 habitantes. Sujetos: alumnos de los dos institutos del ABS. Se recoge información de todos los alumnos de primero y segundo de ESO de un instituto y de todos los alumnos de tercero y cuarto de otro. Medidas: edad, sexo, peso y talla medidos con la misma báscula y tallímetro previamente calibrados. Se calcula el índice de masa corporal (IMC) y se aplica la clasificación de obesidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para adolescentes.

**Resultados:** Se estudian 169 adolescentes. Edad media: 15,25; sexo: 45,6% chicos y 54,4% chicas. Prevalencia total de sobrepeso: 12,6%. Prevalencia total de obesidad: 3%. Sobrepeso en chicos: 5,3%. Sobrepeso en chicas: 18,7%. Obesidad en chicos: 3,9%. Obesidad en chicas: 2,2%.

**Conclusiones:** Destacamos la elevada prevalencia de sobrepeso en chicas. La prevalencia de obesidad más sobrepeso en las adolescentes es del 20,9%.

### Clasificación según la OMS

	Chicos		Chicas	
	n	%	n	%
Delgados	18	23,7	16	17,6
Normal	51	67,1	56	61,5
Sobrepeso	4	5,3	17	18,7
Obesidad	3	3,9	2	2,2
TOTAL	76	100	91	100

Sabemos que la obesidad es un problema sanitario de primer orden, siendo uno de los problemas más importantes de los adolescentes, y que un porcentaje importante de estos seguirán siendo obesos en la edad adulta. Hemos de considerar la posibilidad de intervención educativa en el período escolar sobre sus hábitos alimentarios y de vida.

## 8. ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL: LA QUE MÁS INGRESOS HOSPITALARIOS GENERA

Montse Andreu Miralles, Olga Domínguez Guillamón, Xavier Olivé Ferré, Ana Clara Cereijo Thomas, Óscar Peral Alonso y Alba Gurt Davi

CAP Vila Olímpica de Barcelona.

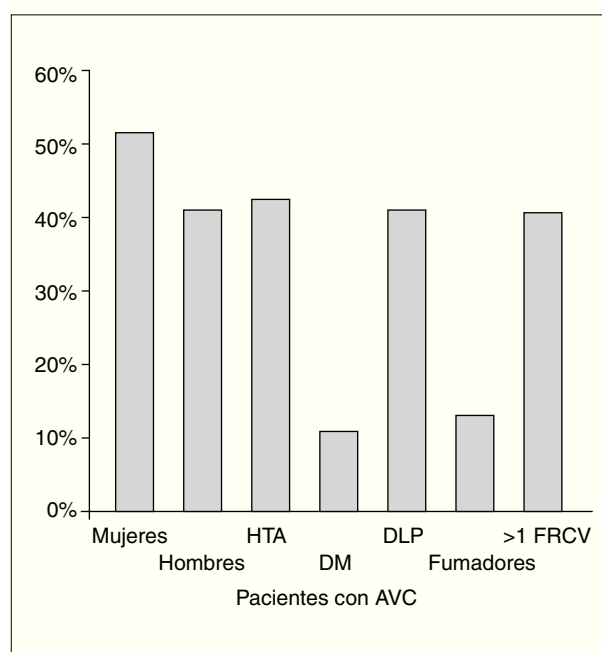
**Objetivos:** Conocer los factores de riesgo cardiovascular modificables que teníamos registrados en las historias clínicas de pacientes diagnosticados de enfermedad cerebrovascular, entidad neurológica que más ingresos hospitalarios genera y la tercera causa de mortalidad (10%). El ictus representó la primera causa de muerte en mujeres. La prevalencia condiciona un serio problema socioeconómico, el 50% sufren secuelas que les impiden una integración social completa.

**Materiales:** En un centro de Atención Primaria de ámbito urbano, estudio descriptivo retrospectivo transversal, en sujetos que son pacientes diagnosticados de ictus a los que accedemos mediante historias informatizadas y revisamos todas las historias, buscando los factores de riesgo cardiovascular modificables que hay registrados y su control.

**Resultados.** Total diagnosticados: 109; 56,88% mujeres; 47% hombres; 48,62% hipertensos; 13,76% diabéticos; 37,61% dislipidémicos; 16% fumadores; 36,77% más de un factor de riesgo.

Los hipertensos (87%) y diabéticos (92%) en su mayoría están bien controlados.

**Conclusiones:** Los factores de riesgo cardiovascular son los pilares básicos preventivos, hay factores no modificables, como la edad, sexo y raza en los que no podemos intervenir, pero en los modificables sí debemos actuar a nivel primario con el buen



control, en nuestro caso sobre todo el tabaco y el secundario, tratando a los pacientes que lo han sufrido.

En nuestro centro el mayor es la hipertensión, seguido por la dislipidemia, tabaco, diabetes y lo que es más importante hay un tanto por ciento elevado que tienen más de un factor de riesgo asociado, todo ello nos ha hecho reflexionar en dónde debemos incidir más.

## 9. CÁLCULO DE RIESGO CORONARIO Y RIESGO CEREBROVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS HIPERCOLESTEROLÉMICOS

Rosario Corio Andújar, Marta Ponce de León Roca, César Asenjo Vázquez, Amparo Hernández Sánchez, Eva Pérez Cano y Olga Otero Bermejo

EAP Martí-Julia de Cornellá de Llobregat.

**Objetivos:** Determinar si el cálculo del riesgo cerebrovascular de Framingham (RCER) en pacientes diabéticos hipercolesterolémicos se correlaciona con el riesgo coronario de Framingham-Anderson (RCOR).

**Materiales:** Diseño: estudio descriptivo transversal por muestreo consecutivo. Ámbito del estudio: Área Básica Urbana. Sujetos: 53 pacientes diabéticos hipercolesterolémicos con edad = 55 años. Mediciones: se recogen edad, sexo, antecedente familiar de cardiopatía isquémica (AFCI), tabaquismo, hipertensión (HTA), tensión arterial sistólica (TAS), hipertrofia ventricular izquierda (HVI), perfil lipídico completo y fibrilación auricular (FA).

**Resultados:** Se obtienen 66,7% mujeres, edad media 65 años, 3% AFCI, 18,9% fumadores, 58,5% hipertensión arterial (HTA), tensión arterial sistólica (TAS) media 139,4,5,7%, HVI, 5,6% FA, cifras medias de colesterol total (CT) 264,2, c-HDL 57,6, c-LDL 179,4 y triglicéridos 147,4 mg/dl. Se calculan RCOR y RCER siendo el coeficiente de correlación de Pearson de 0,1. Al estratificar se obtienen 13,2% con RCOR < 20 y RCER bajo, 39,6% RCOR < 20 y RCER alto, 5,7% RCOR ≥ 20 y RCER bajo y 41,5% RCOR ≥ 20 y RCER alto. El grupo con RCOR < 20 y RCER alto son 85,7% mujeres, 64,6 años de media, 57,1% HTA (con TAS media 144,5), 4,8% fumadores, 0% HVI, 4,7% FA, con medias CT 272,9, c-HDL 64,1, c-LDL 181,9 mg/dl.

**Conclusiones:** La correlación observada entre riesgos es baja, con un grupo de pacientes con RCOR < 20 y RCER alto, compuesto mayoritariamente por mujeres hipertensas y c-HDL elevados, en el cual el cálculo del RCOR no discriminaría por sí sólo la posibilidad de sufrir un evento cerebrovascular.

## 10. PREVALENCIA DE MICROALBUMINURIA EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA. RELACIONES CON LA SEVERIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Alejandro de la Sierra, María Isabel Egocheaga, Carlos Fernández-Lavandera, María Teresa Antonio, Ramón Ravella y María Teresa Aguilera

Hospital Clínic. Barcelona.

Centro de Salud Isla de Oza. Madrid.

Grupo Sanofi-Aventis.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de microalbuminuria en la población hipertensa española, así como correlacionar la presencia de microalbuminuria con la severidad de la hipertensión arterial (HTA) y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

**Materiales:** Encuesta epidemiológica en 7.673 hipertensos. La excreción urinaria de albúmina (EUA) se ha determinado en una muestra de orina fresca (4.952 pacientes), mediante el cociente albúmina/creatinina, expresado en mg/g, o mediante la excreción total en orina de 24 horas (mg/24h) en 4.536 pacientes. Se ha definido como microalbuminuria la presencia de una excreción urinaria de albúmina entre 30 y 300 mg/g o mg/24h.

**Resultados:** La mediana de EUA ha sido de 13 mg/g (intervalo intercuartil: 4-29) y de 20,9 mg/24h (6,8-40). La prevalencia de microalbuminuria se ha estimado en el 25,3% (IC 99%: 23,8-26,8). En el subgrupo de pacientes con diabetes tipo 2 (3.219) la prevalencia fue del 30,9% (IC 99%: 28,6-33,2). Al compararlos con los hipertensos normoalbuminúricos, los pacientes con microalbuminuria presentaban cifras más elevadas ( $p < 0,0001$ ) de presión arterial sistólica (PAS) (147 frente a 142 mmHg), presión arterial diastólica (PAD) (86 frente a 83 mmHg) y PP (61 frente a 59 mmHg). La prevalencia de MAB fue significativamente superior ( $p < 0,001$ ) en los pacientes que tenían otros FRCV: dislipidemia (28,9% frente a 22,1%), edad de riesgo (25,9% frente a 24,3%), tabaquismo (28,9% frente a 24,0%), antecedentes familiares (28,6% frente a 24,1%).

**Conclusiones:** La microalbuminuria se encuentra presente en una cuarta parte de la población hipertensa atendida en centros de asistencia primaria (hasta una tercera parte de los hipertensos diabéticos). Existe una correlación clara entre la microalbuminuria y la severidad de la PA, así como la presencia de otros FRCV.

## 11. VALORACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN POBLACIÓN GENERAL

Juana González, Emilio García-Criado, Antonio Hernández, María Auxiliadora Cabanás, Remedios Vigara y Manuel Anguita

Centro de Salud de la Fuensanta. Córdoba.

**Objetivos:** Evaluar prevalencia de la insuficiencia cardíaca (IC) en mayores de 45 años en consultas de Atención Primaria (AP) de un área sanitaria y establecer variables demográficas asociadas.

**Materiales:** 10 cupos de medicina de familia de diferentes centros de salud se realizó un muestreo estratificado por grupos de edad y sexo de la población asignada a los mismos ( $n = 200$ ). Los sujetos fueron citados telefónicamente, se les informó de metodología y objetivos a estudio. Lo completaron 189 personas (precisión  $\pm 1\%$ ). Se les realizó un historial clínico que recogía factores de riesgo (FR). Se determinó presencia de criterios diagnósticos de IC de Framingham, analítica, radiografía de tórax y ECG. El MF estableció o no el diagnóstico clínico de IC. Los diagnosticados de IC o con dudas sobre la presencia de la misma, fueron evaluados posteriormente por un cardiólogo. Mediante nueva evaluación y eco-doppler, confirmó o descartó el diagnóstico previamente establecido.

**Resultados:** Media de edad  $73 \pm 11$  años (37% varones, 63% mujeres). En 11 casos (5,8%) el médico de AP estableció el diagnóstico de IC, en 5 se confirmó por parte del cardiólogo (2,6% de total y 45,4% de los inicialmente diagnosticados).

Prevalencia de IC fue mayor en varones (2,9%) que en mujeres (2,4%) y aumentó con la edad (0% en menores de 60 años, 3,6% entre 60-75 años y 4,5% en mayores de 75 años).

**Conclusiones:** La prevalencia encontrada es similar a la establecida en otros estudios poblacionales. Nuevamente se constata la baja fiabilidad de la utilización de criterios únicamente clínicos para establecer el diagnóstico de IC.



## 12. EL PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS NO CONTROLADOS ATENDIDOS EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. CONTROL PROJECT

Antonio Coca<sup>a</sup>, Mariano de la Figuera<sup>b</sup>, José Antonio División<sup>c</sup>, Emilio Márquez<sup>d</sup>, Jose Luis Llisterri<sup>e</sup>, Javier Sobrino<sup>f</sup>

Hospital Clinic. Barcelona<sup>a</sup>. CAP La Mina. Barcelona<sup>b</sup>. Centro de Salud la Orden. Huelva<sup>c</sup>. Centro de Salud de Alaquas. Valencia<sup>d</sup>. Servicio de Medicina Interna. Hospital del Espíritu Santo. Barcelona<sup>e</sup>.

**Objetivos:** Determinar el perfil de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos tratados farmacológicamente que no alcanzan los objetivos de presión arterial (PA).

**Materiales:** Control Project es un estudio transversal, multicéntrico, de ámbito nacional, en el que participaron 356 médicos de Atención Primaria distribuidos por toda España.

**Resultados:** Se estudiaron 1.413 pacientes (edad:  $65,2 \pm 11,4$  años; 55,2% mujeres). Se observó una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular asociados: 53,7% eran obesos, 52,6% hiperlipidémicos, 39,6% diabéticos. Un 20,6% presentaban hipertrofia del ventrículo izquierdo y 12,8% tenían microalbuminuria. Además, el 17,2% y el 13,0%, de forma respectiva, tenían antecedentes de enfermedad vascular periférica (EVP) y enfermedad cardiovascular. Los pacientes con diabetes mellitus (DM) mostraron, a pesar de tener niveles de PA más bajos ( $154,5$  frente a  $156,8$  mmHg;  $p = 0,002$  para la presión arterial sistólica [PAS] y  $88,2$  frente a  $90,9$  mmHg;  $p < 0,0001$  para la presión arterial diastólica [PAD]) un perfil de riesgo más adverso: eran más ancianos, más obesos, con trigliceridemia más elevada y con mayor frecuencia de daño renal y EVP. Asimismo, a pesar del "no control de la PA", el 41,5% de los pacientes recibían monoterapia antihipertensiva proporción ligeramente inferior en los diabéticos (35,7% frente a 44,9%;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** El riesgo de los pacientes hipertensos no controlados es muy elevado por la alta prevalencia de factores de riesgo asociados, de forma especial en los diabéticos. A pesar de no conseguir los objetivos de PA, una gran proporción de pacientes siguen infratratados. Aunque se percibe una mayor concienciación por parte de los médicos en los pacientes con DM, ésta sigue siendo muy insuficiente.

## 13. SÍNDROME METABÓLICO EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA ESPAÑOLA

Alejandro de la Sierra, Ramón Romero, Josep Bonet, Ramón Ravella, María Teresa Antonio y María Teresa Aguilera

Hospital Clinic. Barcelona. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Grupo Sanofi-Aventis.

**Objetivos:** Examinar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) en la población hipertensa.

**Materiales:** Encuesta epidemiológica transversal efectuada en una muestra de 19.039 pacientes afectados de (HTA) atendidos en centros de asistencia primaria. La definición de SM se ha realizado siguiendo los criterios del ATP-III.

**Resultados:** La existencia de SM se diagnosticó en 8.488 pacientes (44,6%). El 30% presentaban tres criterios, un 12,6% 4 criterios y un 2% todos los criterios. Comparados con los hipertensos no afectados de SM aquellos con dicho síndrome presentaban de forma significativa ( $p < 0,0001$ ) una mayor edad ( $64,1$  frente a  $62,9$ ), mayor porcentaje de mujeres (58 frente a 53%) y de sedentarismo (79,3% frente a 73,9%), un IMC superior ( $32$  frente a  $29,5$  kg/m<sup>2</sup>), cifras más elevadas de presión arterial sistólica (PAS) ( $2,2$  mmHg), presión arterial diastólica

(PAD) ( $0,8$  mmHg) y PP ( $1,4$  mmHg), un peor control de su HTA (14,4% frente a 27,8%) a pesar de una mayor utilización de fármacos en asociación (49,7% frente a 40,5%), así como cifras superiores de colesterol total ( $6,5$  mg/dl), ácido úrico ( $0,4$  mg/dl) y un menor aclaramiento de creatinina determinado mediante la fórmula MDRD ( $76,4$  frente a  $78,8$  ml/min). La existencia de complicaciones hipertensivas, especialmente cardiopatía isquémica (7,8% frente a 5,5%), insuficiencia cardíaca (5,1% frente a 3,2%) o arteriopatía periférica (5% frente a 3,1%) fue igualmente superior ( $p < 0,0001$ ) en los hipertensos afectados de SM.

**Conclusiones:** El SM afecta a casi la mitad de la población hipertensa. Existe un predominio del sexo femenino y los pacientes mantienen cifras de PA superiores, un peor control tensional a pesar de un mayor número de fármacos antihipertensivos.

## 14. NEFRÓLOGO HOSPITALARIO: UN CONSULTOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Isabel González Saavedra, M.<sup>a</sup> Ángeles Salvador Milian, Natalia López Pareja, Josep Antón de la Fuente Cadenas y Francesca Calero González-Nicolás<sup>a</sup>

CAP Maragall. <sup>a</sup>Fundació Puigvert.

**Objetivos:** Mostrar la experiencia de un nefrólogo consultor en un centro de salud y conocer la opinión de los médicos de AP.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal. Recogimos los datos de las consultas realizadas (frecuencia, motivos de consulta, derivaciones) el primer año de funcionamiento de una consultoría presencial semanal de nefrología en 4 EAP urbanos que atienden a 120.000 habitantes. Realizamos una encuesta de opinión (aceptación, satisfacción de la consultoría y necesidades de formación) a todos los médicos.

**Resultados:** Durante el año 2004 se realizaron 154 consultas: 63 hombres (54,3%). Edad media: 70,2 años (DE: 15,1). Consultaron 31 de 49 médicos (63,3%). Hubo 101 (67,3%) consultas por enfermedad renal crónica (ERC); 13 (8,75%) alteraciones hidroelectrolíticas; 9 (6%) alteraciones de imagen; 7 (4,7%) hipertensión arterial (HTA); 20 (13,4%) otros. Se realizaron 33 (21,4%) derivaciones: 25 a consultas externas nefrología, 5 a consultas externas urología y tres ingresos hospitalarios. Contestaron la encuesta 31 de 49 médicos (63,3%): 24 (83,9%) utilizaron la consultoría; 30 (93%) la consideraron útil; un 100% estuvieron satisfechos. Veintisiete (87,1%) solicitaron ampliar la formación en: ERC 23 (62,2%); trasplante renal 3 (8,1%); protocolos actuación 3 (8,1%); manejo de fármacos en el paciente renal 2 (5,4%); formación mediante casos clínicos 2 (5,4%); HTA refractaria, alteraciones iones y glomerulopatías 4 (10,8%).

**Conclusiones:** La ERC fue el motivo de consulta más frecuente y la primera demanda de formación.

El 78,6% de consultas se resolvieron en AP.

La consultoría tiene una aceptación y grado de satisfacción mayor al 90% entre los médicos de AP y el 87,1% demandan ampliar la formación.

## 15. ¿CONOCEMOS EL RIESGO CARDIOVASCULAR DE NUESTROS PACIENTES OBESOS? OBESIDAD Y SÍNDROME METABÓLICO. UNA REALIDAD EN NUESTRAS CONSULTAS

M.<sup>a</sup> Concepción García Valverde, Laura Pailos Barros, M.<sup>a</sup> Josefa Gómez-Mora de la Vega y Ana Rodríguez Rodríguez CS Las Águilas. Área 7 de Madrid.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia del síndrome metabólico de los pacientes obesos de un Centro de Salud.

Analizar factores asociados tales como edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), tipo de obesidad, alteración tensión arterial, alteración lipídica y alteración de la glucemia.

**Materiales:** Material y métodos: estudio descriptivo transversal. Población de estudio: pacientes 15 años, obesos (IMC 30) con historia abierta, pertenecientes a un centro de salud.

Muestra: 74 pacientes. Nivel de confianza 95%. Error de precisión  $\pm 6$  para la situación más desfavorable ( $p = q = 0,5$ )

Tipo de muestreo: sistemático estratificado.

Variables: edad, sexo, IMC, circunferencia cintura y circunferencia de cadera, índice cintura/cadera, tipo de obesidad, presión arterial, triglicéridos, HDL y glucemia en ayunas.

Se han aplicado los criterios de NCEP-ATP III para definir el síndrome metabólico: presencia de 3 o más de los criterios: circunferencia cintura  $> 102$  en varones y  $88$  en mujeres. TG  $\geq 150$ mg/dl, HDL  $< 40$  mg/dl varones y  $< 50$  mg/dl mujeres, tensión arterial  $\geq 130/85$  mmHg, glucemia ayunas  $\geq 110$  mg/dl

**Resultados:** Edad:  $> 65$  años: 70,27%, 50-65 años: 22, 97%,  $< 50$  años 6,75%; sexo: mujer 70,27%, varón 29,72%; IMC: 30-39: 78,37%;  $\geq 40$ : 21,62%; obesidad abdominal: 82,43% síndrome metabólico (SM): 60,81% según sexo: mujer: SM: 68,18%, varón: SM: 57,69%, por tramos de edad:  $< 50$  : SM: 4,4%; 50-65: SM: 20%;  $> 65$ : SM: 75, 55%. Según IMC 30-40: SM 82,22%;  $\geq 40$ : SM: 17,77%.

**Conclusiones:** Alta prevalencia de SM en los pacientes obesos. Predominio en mujeres, mayores de 65 años con IMC entre 30-40. Alta prevalencia de obesidad central en la población obesa. Riesgo cardiovascular alto en pacientes obesos.

## 16 ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES INDICATIVOS DE DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME METABÓLICO EN POBLACIÓN CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR SEGÚN GÉNEROS. GRUPO CLYDIA

Jose Luís Palma Gámiz, Eduardo Alegría Ezquerro, Juan Ascaso Gimilio, Vicente Bertomeu González e Ignacio Conget Douro

Grupo CLYDIA.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia del síndrome metabólico (SM) y de sus componentes en población con enfermedad cardiovascular (ECV) por géneros.

**Materiales:** Estudio epidemiológico, transversal, descriptivo, multicéntrico, nacional. Un total de 1.342 pacientes con diagnóstico de ECV (infarto de miocardio, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular isquémica y/o enfermedad vascular periférica) fueron considerados valorables para el estudio. El diagnóstico de SM se estableció mediante los criterios ATP-III.

**Resultados:** El 37,0% de los pacientes con diagnóstico de ECV presentaron SM, siendo más prevalente entre las mujeres frente a (51,5% frente a 31,8%) (prueba Chi cuadrado,  $p < 0,0001$ ).

La descripción biodemográfica mostró diferencias significativas entre los pacientes con SM frente a los pacientes sin SM, para el índice de masa corporal (IMC) medio (31,6 kg/m<sup>2</sup> frente a 28,4 kg/m<sup>2</sup>) y perímetro de cintura medio (108,2 cm frente a 99,0 cm) (prueba Mann-Whitney,  $p < 0,0001$ ).

La prevalencia de los componentes del SM mostró diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p < 0,05$ ) en función del sexo. Las mujeres con SM mostraron en un 96, 9% obesidad abdominal, un 82,5% glucosa  $\geq 110$  mg/dl y un 76,2% con colesterol HDL  $> 50$  mg/dl. En varones, un 82,8% presentó glucosa  $\geq 110$ mg/dl, un 80,0% obesidad abdominal y triglicéridos  $\geq 150$  mg/dl en un 77, 9%) fueron los tres componentes del SM más representativos.

**Conclusiones:** Ante la elevada prevalencia del SM entre la población con ECV se nos plantea la necesidad realizar una bús-

queda activa de sus componentes en las consultas a fin de protocolizar, en la práctica clínica habitual la detección del SM.

El SM tiene una mayor prevalencia entre la población femenina con ECV y el perfil de paciente con SM varía notablemente en función del género.

## 17. DETERIORO COGNITIVO Y CUMPLIMIENTO AUTOCOMUNICADO EN PACIENTES ANCIANOS HIPERTENSOS. ESTUDIO COGNIPRES 2004

Mariano de la Figuera von Wichmann<sup>a</sup>, Ernest Vinyoles Bargalló<sup>a</sup>, Arantxa Matalí Gilarranz<sup>b</sup>, Silvia Armengol Bertolin<sup>b</sup> y Rous de Castellar Sansó<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CAP La Mina. Sant Adrià del Besós. Barcelona. <sup>b</sup>Almirall. Departamento Médico. <sup>c</sup>Biométrica. Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar deterioro cognitivo (DC) y cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en hipertensos ancianos ( $> 60$  años) atendidos en Atención Primaria (AP).

**Materiales:** Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico, realizado por 477 médicos de Atención Primaria (AP). DC si Mini-Mental State Examination (MMSE)  $< 17/18$  en pacientes analfabetos,  $< 20/21$  con estudios primarios incompletos y  $< 23/24$  con estudios primarios o más. Control de la presión arterial (PA) si  $< 140/90$ mmHg y en diabéticos  $< 130/80$  mmHg. Cumplimiento autocomunicado en tests de Haynes-Sackett (H-S) y de Morisky-Green (M-G).

**Resultados:** Se analizaron 1.579 pacientes (pacs) (55,6% mujeres), edad: 71,2+7años (media+DT), IMC: 28,2+4,1kg/m<sup>2</sup>, 30,2% diabéticos, 55,3% dislipidémicos, 20,7% con hipertrofia ventricular izquierda, 26, 9% con patología cardiovascular y 34,7% presentaba hipertensión sistólica aislada. El MMSE medio fue 25, 9+4,8 puntos. Un 12,3% presentó DC. El MMSE estaba inversamente relacionado con la presión arterial sistólica, presión de pulso y tiempo de evolución de HTA (coef. Pearson,  $p < 0,05$ ). La tasa de control de PA fue del 28,3%. En 76,8% de pacs el médico no era partidario de cambiar su tratamiento y en un 54,4% consideraba la pauta actual correcta. Un 11,8% eran mal cumplidores según opinión del médico, un 15,1% según test H-S y un 33,6% según test M-G. Los pacs mal cumplidores mostraban menor prevalencia de PA controlada (26,6% frente a 46, 9%) y mayor prevalencia de DC (23,5% frente a 10%) que los pacs cumplidores ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Sólo uno de cada tres pacs ancianos hipertensos logra el control de su PA, sin embargo la actitud terapéutica suele ser conservadora y el cumplimiento del tratamiento sobreestimado por el médico de AP. Se muestra asociación entre deterioro cognitivo, mal control de la PA y falta de cumplimiento.

## 18. RIESGO CORONARIO EN UNA POBLACIÓN HIPERCOLESTEROLÉMICA MEDITERRÁNEA: ¿SOBREESTIMAMOS O INFRAESTIMAMOS EL RIESGO?

Rosario Corio Andújar, César Asenjo Vázquez, Marta Ponce de León Roca, Olga Otero Bermejo, Isabel Ratia López y Carlos Valero García

EAP Martí-Julà de Cornellà de Llobregat.

**Objetivos:** Determinar la concordancia entre el cálculo de riesgo coronario (RC) mediante la tabla de Framingham y la tabla REGICOR. Determinar las implicaciones terapéuticas según la aplicación de la guía de hipercolesterolemia del Institut Català de la Salut con el dintel de RC alto del 20% de Framingham

(G-ICS-F), con el 20% de REGICOR (G-ICS-R20%) y con el 10% de REGICOR (G-ICS-R10%).

**Materiales:** Diseño: estudio descriptivo transversal por muestreo consecutivo. Ámbito de estudio: Área Básica Urbana. Sujetos: 413 pacientes hipercolesterolémicos. Mediciones: se analizan edad, sexo, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, tabaquismo, hipertensión arterial (HTA) y tensión arterial sistémica (TAS) perfil lipídico completo previo al tratamiento. Se calcula el riesgo coronario (RC) usando las tablas de Framingham y de REGICOR y se analizan las indicaciones terapéuticas.

**Resultados:** La concordancia entre el RC calculado con Framingham y REGICOR es muy débil ( $\kappa = 0,006$ ).

Aplicando la G-ICS-F tratamos farmacológicamente al 22,8%, con la G-ICS-R20% al 10,4% y con la G-ICS-R10% al 20,81%. La concordancia de la intervención terapéutica entre G-ICS-F y G-ICS-R20% es moderada ( $\kappa = 0,535$ ), siendo buena entre G-ICS-F y G-ICS-R10% ( $\kappa = 0,688$ ).

Presentan discordancia dos grupos: el 4,3% sin tratamiento según G-ICS-F y con tratamiento G-ICS-R10% y el 6,3% con tratamiento según G-ICS-F y sin tratamiento G-ICS-R10%.

**Conclusiones:** El cálculo del RC con REGICOR puede infraestimar el riesgo de nuestra población y con Framingham sobreestimar. La próxima aceptación como alto RC > 10% con REGICOR (en validación) en nuestra guía terapéutica parece una opción razonable para estimar el riesgo de forma correcta, reduciendo ligeramente el número de tratamientos con el consiguiente impacto farmacoeconómico.

## 19. DIABETES MELLITUS EN MUJER DE 52 AÑOS DE EDAD

Rafael Luquin Martínez, Jesús García Molina, Ruth Manrique Medina, Santiago Vera de Pedro, A. Belén Moral Zapata y Ángel Luis García González

Centro de Salud Docente Cartagena-Oeste. Unidad Docente-GAP de Cartagena. Murcia.

**Objetivos:** Describir un caso de diabetes mellitus tipo 1 (DM1)-LADA (*Latent-Autoimmune-Diabetes-in-Adults*) de baja prevalencia. Analizar la metodología diagnóstica seguida ante un caso de diabetes mellitus (DM).

**Materiales:** Antecedentes familiares: normales. Antecedentes personales: obesidad-G-II; escoliosis-poliartrosis; G1A0P1; menopausia (50 años). No medicación ni drogas. Estado actual: DM de inicio con síntomas-guía de dos meses de evolución con cetosis y glucemia plasmática casual = 200 mg/dl, diagnosticada como DM2. Exploración física: paciente obesa (índice de masa corporal [IMC]: 37,7); tensión arterial (TA) 110/70 mmHg. Perímetro-cintura: 100cm. Resto exploración normal. Exploración complementaria: sangre: hemograma, VSG, bioquímica elemental-ionograma-amilasa-ferritina-alfa1antitripsina-función hepatorenal-péptido C-hormonas y anticuerpos antitiroides: dentro de límites normales.

Glucosa: 236 mg/dl; HbA1c: 10,6%; colesterol total: 247 mg/dl; c-HDL: 105 mg/dl; c-LDL: 125,4 mg/dl; Triglicéridos: 83 mg/dl. Orina: Glucosuria: 1000 mg/dl; Cuerpos cetónicos: 150 mg/dl; resto normal, incluidos cortisol-aldoesterona-microalbuminuria (O.24h) y urocultivo.

ECG; Fondo de ojos; radiografía de tórax, manos; ecografía-tomografía axial computarizada (TAC) abdominal: dentro de límites normales.

**Resultados:** Inicialmente se sospechó:

– DM tipo 2 (DM2), pero por edad, cetosis, no síndrome metabólico, aparición brusca y florida y fracaso precoz a ADO se descartó, continuándose su diagnóstico (Clasificación-ADA-2004) con: otros tipos específicos de DM: defectos genéticos en

la función de la célula beta, como la DM2 de inicio juvenil (*MODY-Maturity Onset Diabetes of Young*) descartada por su edad y clínica acompañante, así como otros defectos genéticos descartados por su clínica.

Enfermedades del páncreas-exocrino, endocrinopatías, por medicamentos, infecciones con otros síndromes genéticos asociados y por defectos genéticos en la acción de insulina, descartados por clínica y exploraciones complementarias reseñadas.

– DM tipo1 (DM1) por comienzo y clínica (origen, edad, obesidad, Anti-ICA negativos) inicialmente se descartó, pero tras los anticuerpos contra la decarboxilasa del ácido glutámico (Anti-GAD) con 16,2 U/ml (v.n.1 U/ml) se diagnosticó una DM1-autoinmune-LADA de evolución muy lenta y presentación en adultos como una DM2, estando controlada con dieta-ejercicio-insulina y en estudio genético.

**Conclusiones:** Todo nuevo caso de DM exige un estudio individualizado, exhaustivo y completo del paciente con participación de Atención Primaria-especializada. El diagnóstico de DM1-LADA se realizó descartando los otros tipos de DM de la ADA.

## 20. EL ABUELO SE HA LEVANTADO DE LA CAMA MUY RARO

J.M. Lanza Gómez

C.S. Gama. Cantabria.

**Resultados.** Paciente de 72 años que vive con su familia en un ambiente rural, viudo, ex-ganadero. Entre los antecedentes personales destacan: diverticulosis de colon con pólipos sesiles en colon sigmoide; adenocarcinoma mucinoso de próstata en tratamiento hormonal. Recibimos aviso a domicilio por parte de la hija del paciente por encontrarle muy agitado desde que se levantó de la cama. A nuestra llegada al domicilio encontramos al paciente deambulando por el domicilio, verborreico, inquieto, agresivo, tanto verbal como físicamente, acompañado de alucinaciones visuales en forma de "perros y gatos corriendo por la casa". Se interpreta como cuadro confusional agudo siendo derivado al Servicio de Urgencias de nuestro hospital de referencia para ser valorado por Psiquiatría. Una vez allí es evaluado por el psiquiatra de guardia que decide tratamiento ambulatorio con haloperidol y control en consultas externas. Al día siguiente somos requeridos nuevamente en el domicilio por persistir la misma clínica, por lo que es de nuevo remitido al hospital donde es ingresado para descartar patología orgánica. A la exploración física destaca una tensión arteria (TA): 150/100; frecuencia cardíaca: (FC): 69 por minuto. T.<sup>a</sup>: 36 °C. Buen estado general, obeso, bien hidratado y normocoloreado, eupneico. No se palpan adenopatías periféricas. Consciente, habla disártrica (presente en exploraciones previas), alucinaciones visuales. AC: rítmica, sin soplos. AP: normal. Abdomen: normal. Extremidades: normales. Las pruebas complementarias solicitadas se desglosan: hemograma y bioquímica: normal. Coagulación: normal. Dímero D: 1,8 mg/l; gasometría: pH 7,48; PCO<sub>2</sub> 26,4 pO<sub>2</sub> 52, Sat O<sub>2</sub> 89,7%. Radiografía de tórax: fracturas costales derechas antiguas; CEA, PSA, actividad de protrombina y hormonas tiroideas normales. Serología de *Brucella* negativa; RPR: negativo. Punción lumbar: normal. Tomografía axial computarizada (TAC) craneal con contraste: atrofia córtico-subcortical panencefálica difusa. Resonancia magnética nuclear (RMN): no se objetivan hallazgos de interés. Eco-doppler de miembros inferiores: trombosis venosa profunda (TVP) parcial de la vena femoral común izquierda y total de la vena femoral superficial y poplítea del mismo lado.

Gammaografía pulmonar: TEP bilateral.

**Evolución y comentarios:** Remitido el paciente a la Unidad de Urgencias desde el servicio de Psiquiatría por un trastorno conductual para descartar patología orgánica, se le realizó una analítica completa y una exploración radiológica de tórax junto con una TAC craneal con contraste, una resonancia craneal y una punción lumbar que no mostraron alteraciones. Durante su ingreso fue diagnosticado de TEP bilateral y se inició tratamiento anticoagulante mejorando progresivamente de su cuadro confusional, estando al alta, tranquilo con una conversación coherente y una exploración neurológica normal, excepto sus focalidades previas.

## 21. CASO CLÍNICO: CAMBIO DEL PATRÓN DOLOROSO EN UN PACIENTE CON LUMBALGIA CRÓNICA

**M.<sup>a</sup> José Gimeno Tortajada, Juan Vicente Climent Sáez, Rafael Belenguer Prieto, José Francisco Pastor Oliver y Marie Martine Guillard**

*Grupo de Trabajo Aparato Locomotor. Comunidad Valenciana.*

**Objetivos:** Motivo de consulta: varón de 62 años, con lumbalgia crónica de 8 años de evolución por hernia discal L4-L5, que acude por cambio del patrón doloroso desde hace dos meses irradiado además incluso en reposo en el costado derecho impidiéndole el dormir a pesar de tratamiento con analgésicos. Antecedentes personales: hipertensión arterial, litiasis renal, hernia discal L4-L5.

**Materiales:** Exploración física: palidez de piel y mucosas. Abdomen blando y depresible, hepatomegalia discreta. Dolor a la palpación, apófisis espinosas a nivel raquis dorsolumbar. Reflejos osteotendinosos en extremidades conservados. Exploraciones complementarias: anemia, bioquímica ligero aumento enzimas hepáticas, resto normal. Radiografía: fracturas vertebrales. Ecografía: hipertrofia de LHD, imágenes de LOES. Litiasis renal derecha. Resonancia magnética nuclear (RMN): lesiones metastásicas C7, D1, D3, D12, L4 y L5. Masa paravertebral izquierda afectando a costillas llegando hasta supraclavicular. Masa paravertebral lumbar derecha afectando al diafragma. Tomografía axial computarizada (TAC) tórax-abdominal: masa arco posterior en la novena costilla izquierda con destrucción ósea; LOES hepáticas focales. No crecimientos adenopáticos. Endoscopias y colonoscopia negativo. Biopsia: metástasis de adenocarcinoma bien diferenciado de origen desconocido.

**Resultados:** Diagnóstico: metástasis óseas de adenocarcinoma de origen primario desconocido. Tratamiento: radioterapia como tratamiento paliativo. Cuidados generales paliativos.

**Conclusiones:** Ante un cambio en el patrón de dolor y en su localización en un paciente con lumbalgia crónica que presenta imágenes de aplastamientos vertebrales aparentemente osteoporóticos, debemos descartar otras patologías como causantes de ese dolor.

## 22. CINCO AÑOS DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Miguel Ángel García Lillo, Jerónimo González García, Isabel Sierra Martín, Soledad García Beviá, Nieves Gómez Moreno y José Bernardo Pedrós Moreno**

*Centro de Salud.*

**Objetivos:** Analizar 5 años de cirugía menor en centro de salud con equipo estructural necesario.

**Materiales:** Estudio descriptivo retrospectivo en población urbana.

Período de tiempo estudiado: noviembre 1999-diciembre 2004.

En esta actividad se incorporaron más del 50% de los médicos bajo el modelo organizativo de líderes quirúrgicos (mixto) con aspiración a conseguir un modelo colectivo.

Exigimos consentimiento informado escrito registrándose en la historia y libro de registros.

Analizamos: edad, sexo, localización, tiempo de espera, diagnóstico de sospecha en concordancia con Atención Primaria técnica y complicaciones postquirúrgicas.

**Resultados:** Intervenimos 968 enfermos con una o varias lesiones (total 1.052) entre 14 y 85 años (media de 64,5).

El 45,76% eran varones y el 54,24% mujeres. Tiempo de demora para la primera visita (mismo día) y para la intervención (menos de 15).

Remitimos AP el 20,14% con un porcentaje de concordancia del 75,38%.

Localizaciones: cabeza (33,17%), miembros superiores (23,86%), miembros inferiores (14,07%), espalda (13,78%), tórax-abdomen (12,64%), otros (2,63%).

Diagnósticos: fibromas (274), verrugas (189), quistes epidérmicos (170), infiltraciones (100), queratosis seborreicas (89), nevus (74), uñas (51), otras (30), biopsias (25), angiomas (20), lipomas (14), epitelomas basocelulares (9), queratosis actínica (7).

Técnicas o procedimientos: electroresección (39,54%), extirpación subcutánea (31,08%), infiltraciones (9,51%), drenajes (6,37%), crioterapia (5,42%), hemimatricectomía (4,81%), extirpación superficial (2,00%), otros (1,24%).

El porcentaje de complicaciones postquirúrgicas es de 2,17%.

**Conclusiones:** La cirugía menor en Atención Primaria puede ser asumida por el médico de familia siempre que se respete la consulta programada y se desarrolle labor de equipo.

La satisfacción por parte del paciente y del médico repercute en actividades: preventivas, formativas, reducción de listas de espera y calidad asistencial.

6 de octubre de 2005

11:00 h

## 1. INFILTRACIONES. CASUÍSTICA EN EL ÁREA BÁSICA DE SALUD MANRESA-4

**Isabel Roig Grau, Domingo José Rodríguez Sotillo, M.<sup>a</sup> Teresa Torras Bernáldez, José Ignacio Barrio Rubio, Josep Lluís Montserrat Carrió y M.<sup>a</sup> Dolores Martín Muncharaz**  
*Área Básica de Salud Manresa-4.*

**Objetivos:** Efectividad de las infiltraciones con corticosteroides en patología osteoarticular y tendinosa en Atención Primaria (AP).

**Materiales:** Estudio observacional descriptivo.

Muestra: 1.988 pacientes; año: 2004; variables:

- Edad.
- Sexo.
- Patología a infiltrar.
- Tiempo evolución hasta infiltrar.
- Número de infiltraciones/paciente.
- Complicaciones.
- Resultado de la infiltración después de 15 días.
- Derivaciones al especialista.

Evaluamos dos aspectos:

- Dolor: mejoría parcial/total.
- Recuperación movilidad: parcial/total.

Material utilizado:

- Gasas.



- Antisépticos.
- Jeringuillas.
- Agujas.
- Clorhidrato mepivacaina 2%.
- Acetato parametasona.

Solicitamos radiografía para descartar causa no inflamatoria. No pedimos consentimiento informado. Período mínimo de tres semanas entre dos infiltraciones. Si precisa una tercera intervención se deriva al especialista.

**Resultados:** 28 infiltraciones a 27 pacientes. Edad media: 62,1 años. Sexo: 21 mujeres (74%) 7 hombres (26%). La primera infiltración: 45 días post-sintomatología. Regiones anatómicas: hombro, 17 (60,71%), epicondilitis, 7 (25%), coccigodinia, 1 (3,57%), de Quervain, 1 (3,57%), artrosis femoropatelar 1 (3,57%). En el 96,3% casos se realizó una infiltración, en un caso se realizaron 2 (3,7%). Resultados clínicos 15 días después de infiltración: ninguna mejoría: 1 (3,7%), mejoría parcial: 12 (44,44%), mejoría total: 14 (51,85%). Derivación al especialista después de la segunda infiltración: 5 casos (18,52%).

No hubo efecto adverso serio; pero sí dos efectos locales de pigmentación cutánea (7,40%).

**Conclusiones:** El material utilizado tiene bajo coste y está disponible en nuestros centros.

Esta técnica no supone sobrecarga de trabajo. Puede practicarse en la consulta programada y espontánea. La infiltración es un recurso terapéutico que supone una mejoría en la calidad asistencial por su efectividad, facilidad de uso y escasas complicaciones, generando un alto grado de satisfacción en nuestros usuarios.

## 2. CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Joaquín Torras Salles, Patrocinio Bartolomé Íñiguez y M.<sup>a</sup> Ángeles Galan Urbano

CAP Sant Cugat.

**Objetivos:** Difusión de la cirugía menor en Atención Primaria. Disponer de datos objetivos sobre esta actividad.

Distribución por años y sexos

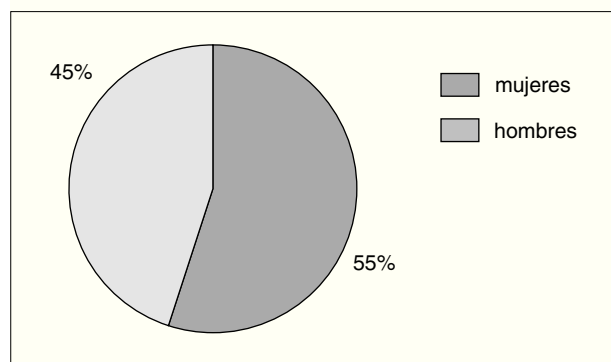


Figura 1.

Tabla 1.

Edades	Mujeres	Hombres	Total	% mujeres	% hombres	% total
10 a 19	3	-	3	6	-	6
20 a 29	2	6	8	4	12	16
30 a 39	1	3	4	2	6	8
40 a 49	7	4	11	14	8	22
50 a 59	3	3	6	6	6	12
60 a 69	4	4	8	8	8	16
70 a 79	3	2	5	6	4	10
80 a 89	3	2	5	6	4	10

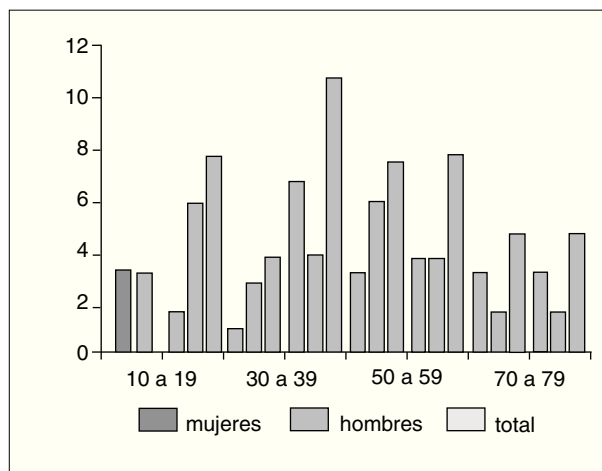


Figura 2.

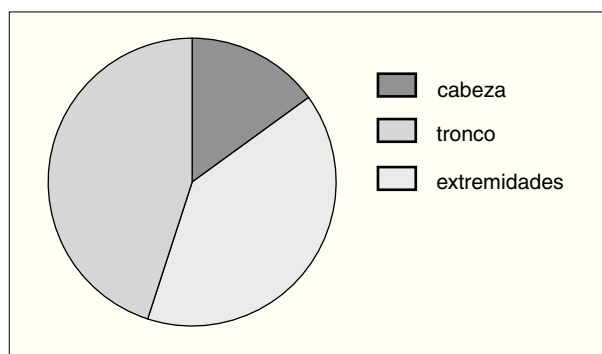


Figura 3.

Vacuna antitetánica :

- Sin vacunar 13 mujeres y 8 hombres.
- Vacunados 13 mujeres y 16 hombres.

Localización:

- Cabeza 11 (22%).
- Tronco 19 (38%): dorso-lumbar 9 (47,3%), tóraco-abdominal 10 (52,6%).
- Extremidades 20 (40%): superiores 9 (45%), inferiores 11 (55%).

Distribución por meses del año

Tabla 2.

	Octubre	Noviem.	Diciem.	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Mujeres	3	4	-	1	2	3	6	4	3
Hombres	1	1	2	4	3	4	5	1	4
Total	4	5	2	5	5	7	11	5	7

**Diagnósticos anatomopatológicos:** En 22 casos ( 44% ), se han remitido muestras al laboratorio de anatomía patológica.

**Materiales:** Estudio descriptivo a partir de los pacientes asignados a nuestra UBA y que precisaron alguna práctica de cirugía menor en el período comprendido entre el 1 de octubre de 2003 y el 30 de junio de 2004.

**Resultados:** distribución de edad y sexo (figs. 1, 2 y tabla 1); localización de las lesiones (fig. 3), control de vacunación antitetánica, distribución por meses del año (tabla 2 y fig. 4), diagnósticos previos (tabla 3) y diagnósticos anatomopatológicos (tabla 4).

**Conclusiones:** Se han recopilado un total de 50 pacientes, 26 mujeres y 24 hombres. Por edades el mayor número de personas está en el período comprendido entre los 40-49 años. El se-

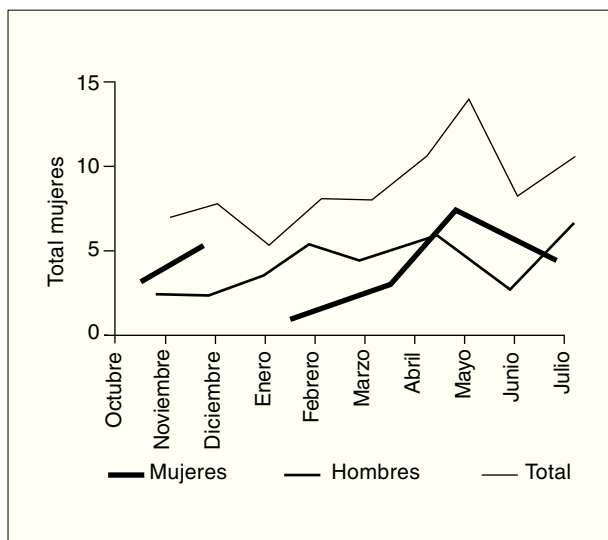


Figura 4.

Tabla 3.

Diagnóstico	Mujeres	Hombres	Total	%Total
Uña encarnada	2	1	3	6
Nevus melanocítico	4	37	14	
Nódulo fibroso	2	-2	4	
Verruga vulgar	8	2	10	20
Verruga plantar	1	1	2	4
Cuerpo extraño	-	3	3	6
Lipoma-Q.sebaceo	4	6	10	20
Quiste sacro	1	7	8	16
Otros:	3	2		
Quiste sinovial	1			
Úlcera sacra	1			
Limpieza herida		1		
Nódulo calcificante	1	1		
Nódulo indurado				

Tabla 4.

Diagnósticos	Mujeres	%	Hombres	%	Total	% Total
Queratosis actínica	4	18,18	1	4,5	5	22,7
Queratosis seborreica	1	4,5	3	13,6	4	18,18
Nódulos fibrosos	6	27,2	-	-	6	27,2
Nevus melanocítico	3	13,6	1	4,5	4	18,18
Carcinoma basocelular	2	9	1	4,5	3	13,6

xo masculino predomina en el grupo comprendido entre los 20-29 años. El mes de mayor actividad fue abril con un caso. La localización mas frecuente fue en las extremidades. Los diagnósticos previos más habituales son verruga vulgar y lipoma. Anatómopatológicamente predomina el nódulo fibroso. De todos los pacientes 21 no estaban vacunados de antitetánica. Se han detectado tres casos de carcinoma basocelular. No han surgido complicaciones quirúrgicas.

### 3. PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR MEDIANTE EL SISTEMA DE LÍDER QUIRÚRGICO ÚNICO. GESTIÓN OPERATIVA

Manuel María Ortega Marlasca

Servicio Andaluz de Salud. Plataforma 10 Minutos.

Coordinación provincia de Cádiz.

**Objetivos:** Creación de una guía estructurada que sirva de marco asistencial consensuado por los médicos y enfermeros

del centro de salud, formularios de aplicación en el programa y puesta en funcionamiento del Programa de Cirugía Menor.

**Materiales:** Fase 1: redacción de la guía y creación de los formularios por parte de un médico de familia y un enfermero que disponían de formación y experiencia previa en cirugía menor del centro.

Fase 2: puesta en común de la fase 1 en sesión clínica de consenso en el centro de salud.

Fase 3: inicio de la actividad asistencial aplicando la guía consensuada. Notificación del inicio de esta actividad a los servicios hospitalarios y de Atención Primaria con los que se va a interactuar.

Fase 4: estimación de resultados y valoración de su posible utilidad de ofertar esta sistemática asistencial a otros centros que dispongan de este programa. Actualización continua de dicha guía.

**Resultados:** Pensamos que esta guía ha servido para consensuar la sistemática asistencial de todos los pacientes candidatos a cirugía menor en nuestro centro garantizando una alta calidad asistencial y que sería de alta utilidad para otros centros de salud de similares características del mismo.

De la guía inicial se han producido un total de 8 actualizaciones de la misma tras 1,5 años de uso.

**Conclusiones:** Consideramos adecuado colocar una versión íntegra de la guía en la sección "sala de estar" de la web [www.medicinadefamilia.net](http://www.medicinadefamilia.net) y/o bien en el lugar que la organización estime oportuna.

MeSH: *family practice, Surgical Procedures (Minor), Managed Care Programs.*

### 4. RESULTADOS DE INFILTRACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Oscar Peral Alonso, Montserrat Andreu Miralles, Alba Gurt Daví, Olga Domínguez Guillamón, Xavier Olivé Ferré y Francisco José Montañés Muñoz

CAP Vila Olímpica. Barcelona.

**Objetivos:** Valoración de los resultados de infiltración sobre patología del aparato locomotor en nuestro centro.

**Materiales:** Estudio descriptivo, transversal, de los 36 pacientes infiltrados por diferentes patologías del aparato locomotor durante 6 meses. Se analizaron los resultados del registro de infiltraciones de la consulta, en el que se valoran las complicaciones, tipo de patología tratada y número de infiltraciones realizadas.

**Resultados:** De los 36 pacientes que precisaron infiltración un 44,4% (16) por epicondilitis; 33,3% (12) por tendinitis del manguito de rotadores y 22,2% (8) por gonartrosis. No se objetivaron (0%) complicaciones graves. Un 19,4% (7) refirieron dolor en la zona de infiltración en las 24 horas siguientes, que autotrataron con analgésicos y antiinflamatorios habituales. Ninguno (0%) precisó acudir a alguna consulta médica posterior por causa derivada de la infiltración. El 52,7% (19) refirió desaparición de la clínica con la primera infiltración. El 11,1% (4) precisaron segunda infiltración por sólo leve mejoría con la primera. El 5,5% (2) no apreciaron ninguna mejoría con la infiltración. El 30,5% (11) notaron mejoría parcial de su sintomatología y prefirieron no repetir la infiltración.

**Conclusiones:** La infiltración es una técnica sencilla, con escasas (aunque no inexistentes) complicaciones, y con buenos resultados como tratamiento sintomático o definitivo de determinadas patologías del aparato locomotor. Su uso, tras una adecuada formación, debería extenderse a la práctica diaria del médico de Atención Primaria.

## 5 ¿CONTROLAMOS ADECUADAMENTE A LOS DIABÉTICOS EN NUESTRA CONSULTA?

Francisco Antón García, Carolina Mir Sánchez, Gabriela Llorens Ortells y Mario Rodríguez Montes

*Centro de Salud Virgen de la Fuensanta. Valencia.*

**Objetivos:** Evaluar el grado de control, en los últimos 4 años, y prevalencia del síndrome metabólico (SM) según los criterios de la ATP-III, en los diabéticos tipo 2 de una consulta de medicina general de un Centro de Salud (CS).

**Materiales:** A partir del archivo de morbilidad 2004 del CS recogimos los pacientes diabéticos atendidos en nuestra consulta. Las variables evaluadas de la historia clínica, en los últimos 4 años fueron: sexo, edad, enfermedad cardiovascular, tensión arterial sistólica (TAS), diastólica (TAD), colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, glucemia, hemoglobina glicosilada (HbA1c), índice de masa corporal (IMC), perímetro cintura y tabaquismo.

**Resultados:** Evaluamos 106 pacientes diagnosticados antes del 2000, 140 antes del 2002 y 162 hasta el 2004 (11,5% de la población atendida), 45% varones. Seguimiento: bueno (analíticas anuales: 93%). En 2004: buen control metabólico (HbA1c 6,7%, DE 1,7), TAS/TAD 139 mmHg (DE 11,9)/77,8 mmHg (DE 8,0), colesterol 201 mg/dl (DE 36,5), LDL 124,8 mg/dl (DS 32,4).

Seguimiento de 4 años: descenso significativo TAS (3,3 mmHg IC 95% 0,3-6,3), TAD (3,1 mmHg IC 1,4-4,7), colesterol total (11 mg/dl IC 3-18), LDL (134 mg/dl IC 4,7-22-7) y de la HbA1c en los dos últimos años (0,96% IC 0,7-1-2). Prevalencia del SM 77%.

**Conclusiones:** La prevalencia del SM en los diabéticos es similar a la de otros estudios. Podemos considerar bueno el seguimiento y control de los diabéticos de nuestra consulta, si bien precisa mejorar.

## 6 ¿ALCANZAMOS BUENOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2?

Carmelo Jiménez Mena, Patricio Navarro Medina y Eduardo Herrera Hernández

*Centro de Salud de San Gregorio. Servicio Canario de Salud.*

**Objetivos:** Evaluar la calidad de la asistencia prestada al paciente diabético tipo 2 (DM2) en nuestra zona de salud. Valorar en qué grado se alcanzan los objetivos de control. Conocer si existe relación entre ambos parámetros.

**Materiales:** 394 pacientes con DM2 elegidos por muestreo aleatorio sistemático, evaluando en sus historias el período referido al año 2003. Se procesan los datos con SPSS-10 para Windows.

**Resultados:** Edad media: 64 años, 54% son mujeres. El 90% tiene calculado su riesgo cardiovascular (28% tiene una enfermedad cardiovascular y 29% un riesgo mayor del 20% a los 10 años). Recibe educación sanitaria individual (ESI): 82% y grupal (ESG) < 1%. Realiza autocontroles: 58%. Figura exploración física específica (EF): 62%, fondo de ojo: 44%, electrocardiograma: 69%, despistaje microalbuminuria: 51%. Un 35% no recibe fármacos para la DM2, 49% antidiabéticos orales y 15% están insulinizados. El 78% toma fármacos para la presión arterial (PA) y 43% ácido acetilsalicílico (AAS).

Cumplimiento de objetivos: 89% no fuma; 35% tiene tensión arterial (TA) < 130/85 y 59% < 140/90; 49% colesterol total (CT) < 200 y 57% LDL < 130; 56% tiene HbA1C < 7%.

Existe relación estadísticamente significativa (ES) entre ESI y autocontroles y las cifras TA diastólica, CT y LDL, respectivamente. También hay ES entre EF y CT y LDL y entre pruebas complementarias y HbA1C, CT y LDL.

Existe ES entre tipo de tratamiento antidiabético y cumplimiento de objetivos.

**Conclusiones:** Existe ES entre ESI, autocontroles, EF, realización de pruebas complementarias, tipo de tratamiento antidiabético y el cumplimiento de algunos de los objetivos de control. Escasa insulinización y uso de AAS.

## 7. PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Jaime Alfonso Landa, Pilar Sanz Lana, María Teresa Maquirriain Górriz y Begoña Viejo Hernández

*Zona Básica de Salud de Allo. Navarra.*

**Objetivos:** Determinar la prevalencia del síndrome metabólico (SM) en los diabéticos tipo 2 de una Zona Básica de Salud Rural.

**Materiales:** Diseño: estudio observacional retrospectivo. Ambiente: ZBS de Allo (Navarra). Sujetos: todos los pacientes diabéticos tipo 2 registrados en dos cupos. Mediciones: variables analizadas: edad, sexo, peso, talla índice de masa corporal (IMC), tratamiento actual, obesidad abdominal, HDL, triglicéridos y presión arterial sistólica y diastólica.

Se determinó si cumplían tres o más criterios de SM según el NCEP III (*National Cholesterol Education Program*).

**Resultados:** Se evaluaron 77 pacientes, de los cuales 40 (52%) eran hombres y 37 (48%) mujeres. La edad media fue de 69 años, con una talla media de 1,62 m y un IMC medio de 29,47. La mayor parte (86%) estaba en tratamiento con dieta y/o antidiabéticos orales, mientras que sólo el 14% utilizaba insulina.

De todos los pacientes, el 64% cumplía tres o más criterios de SM. Los criterios diagnósticos más observados fueron glucemia (100%), tensión arterial (70%) y obesidad abdominal (62%).

**Conclusiones:** Entre los pacientes diabéticos tipo 2 la prevalencia del SM es alta (dos de cada tres pacientes).

Los criterios de SM de mayor prevalencia son la tensión arterial y la obesidad, por lo que son éstos los principales factores de riesgo sobre los que se debería actuar.

## 8. CRIBAJE DE FONDO DE OJO EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA (DIABETES MELLITUS TIPO 2) DE UN ÁREA BÁSICA DE SALUD RURAL DE CATALUÑA

Marta Pedrerol Mas, Mireia Zarco Martínez y Dolors Perpinya Morera

*ABS Ribes Campdevàrol Fundacion Hospital de Campdevàrol.*

**Objetivos:** Aumentar la cobertura del cribaje de fondo de ojo (FO) en pacientes con DM tipo 2, para asegurar tratamiento precoz en la retinopatía diabética.

**Materiales:** – Consenso de criterios de inclusión y exclusión.

– Obtención del listado de pacientes diagnosticados de DM tipo 2, a partir de la base de datos omiap de la HCAP informatizada.

– Una vez seleccionados los pacientes se realizó la petición informatizada de retinografía (según criterios oftalmólogo de referencia)

– El personal de la Unidad de Atención al usuario avisó telefónicamente a los pacientes para comunicarles día y hora de la realización de la prueba.

– Las fotos de FO fueron valoradas por el oftalmólogo, siendo citados directamente los pacientes que presentaban alteraciones en la prueba.

– Los resultados fueron enviados a los médicos, junto con las imágenes de retinografías (CD).

**Resultados:** La solicitud de retinografía se realizó a 153 pacientes: 52,94%; 94 pacientes acudieron a realizarse la retinografía: 61,43%; 6 pacientes tuvieron que ser excluidos por reunir criterios de exclusión; la retinografía pudo realizarse a 47 pacientes, correspondiendo a 30,71%.

**Conclusiones:** La cobertura de cribage de RD ha podido incrementarse al realizar las solicitudes a partir de listados informáticos.

Al convertir las solicitudes en acciones dirigidas a la población, se ha obtenido la inclusión de pacientes que no acuden de forma habitual al centro.

El circuito ha facilitado que los médicos realicen de forma eficiente el seguimiento de la retinografía, aunque es una prueba habitual en estos pacientes se ha constatado un desconocimiento de la prueba y su importancia.

## 9. EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE DIABETES EN UNA ZONA RURAL

**Fernando López Sanz y Lourdes Cardós de la Fuente**  
SESCAM.

**Objetivos:** Evaluar la calidad del servicio de diabetes y detectar posibilidades de mejora.

**Materiales:** Estudio retrospectivo basado en datos suministrados por las historias clínicas de 5 consultas rurales.

Muestra de pacientes diabéticos incluidos en el servicio de diabetes (N = 175, n = 47). Con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 15% (detección posibilidades de mejora).

**Resultados:** Se mide el grado de cumplimentación de 13 criterios explícitos de la Guía Gedaps y 7 adaptados del Consenso Europeo y de la Guía Gedaps (COMBO). Cabe reseñar: control aceptable < 8 de la HbA1c (63,8%), mal control de la tensión sistólica (60% mayor de 140), buen control del colesterol total (89,4% menor de 250 mg/dl) considerando los criterios de la Guía sin adaptar al consenso europeo (21,3% con el objetivo cumplido < de 185 mg/dl). Un 68,1% no tienen determinaciones del HDL y LDL. El 50% tenían un índice de masa corporal (IMC) mayor de 30. Respecto a los indicadores de resultados finales cabe destacar el alto porcentaje de complicaciones cardiovasculares (36,2%), el 10,6% de retinopatía y solo un ingreso por descompensación aguda de la diabetes. El 15% no tenían registrado la microalbuminuria o proteinuria.

**TABLA 1. Indicadores de calidad propuestos por el Gedaps**

### Indicadores de resultados intermedios

Porcentaje de pacientes con:

- Control glucémico aceptable HbA1c < 8 (o media + 6 DE)
- Control glucémico inaceptable HbA1c > 10 (o media + 12 DE)
- Valores de colesterol total > 250
- Valores de colesterol HDL > 40 (> 35 en > 65 años)
- Valores de TA < 140/90
- Índice de masa corporal (IMC) > 30
- Tabaquismo activo

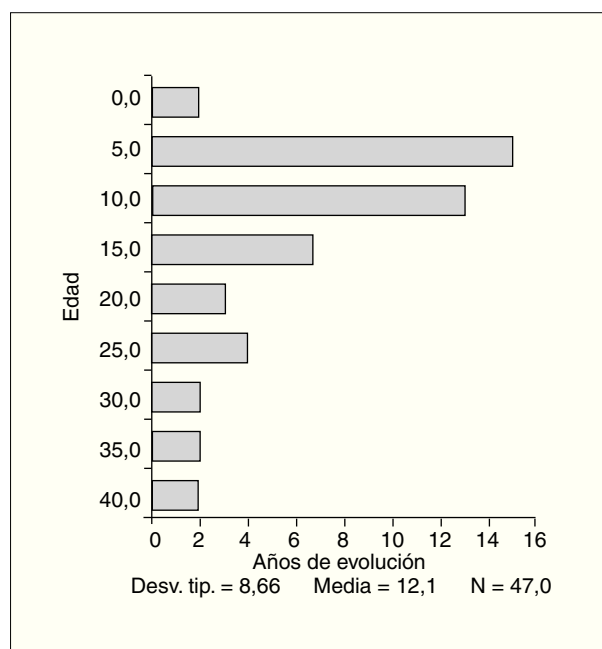
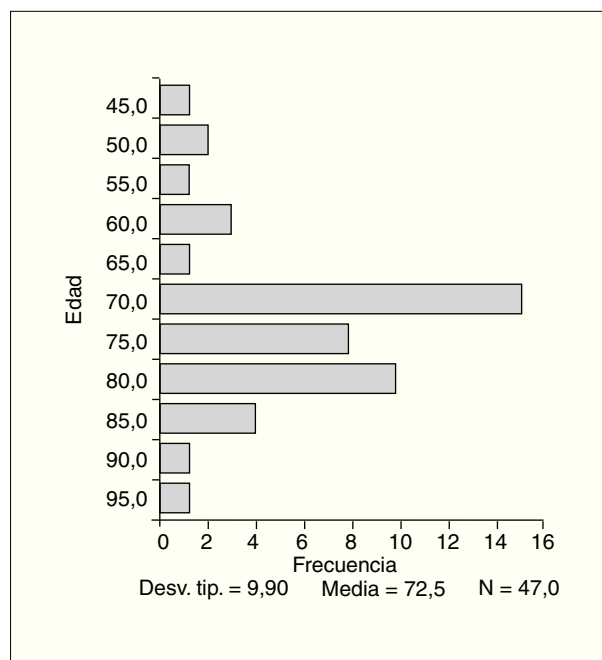
### Indicadores de resultados finales

Porcentaje de pacientes con:

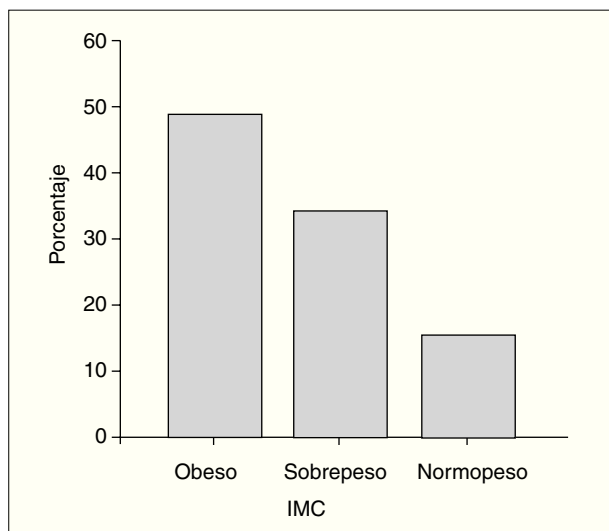
- Retinopatía
- Úlceras/lesiones del pie
- Amputaciones de EEII (cualquier nivel)
- Microalbuminuria o proteinuria
- Complicaciones cardiovasculares (AVC e IAM) actuales o pasadas
- Ingresos por lesión/amputación, descompensación aguda (hiper/hipoglucemia) de la diabetes o por cualquier otro motivo, pero con glucemia 500

**TABLA 2. Criterios de control en la DM2. Adaptados del Consenso Europeo para el tratamiento de la DM2 y de la "Guía de tratamiento de la diabetes tipo 2 Gedaps 2000" (basada en las recomendaciones de la American Diabetes Association)**

	Objetivo de control	Intensificar intervenciones
HbA1c	< 7	> 8
Colesterol total (mg/dl)	< 185	> 230
Colesterol LDL (mg/dl)	< 100	> 130
Colesterol HDL(mg/dl)	> 40	< 35
Triglicéridos (mg/dl)	< 150	> 200
Presión arterial (mmHg)	≤130/80	> 140/90
Consumo de tabaco	No	Sí







Obeso (IMC  $\geq 30$ ); sobrepeso (IMC = 25-29,9 en mujeres, 27-29,9 en hombres); normopeso (IMC < 25 en mujeres, < 27 en hombres).

**Tabla 3. Criterios de evaluación con los estándares y los índices obtenidos en la evaluación**

N.º Criterios elaborados para la evaluación	Estándar	Índices
Control glucémico aceptable HbA1c < 8 (o media + 6 DE)	100%	63,8%
Control glucémico inaceptable HbA1c > 10 (o media + 12 DE)	0%	14,9%
Valores de colesterol total > 250	0%	4,3%
Valores de tensión sistólica < 140	100%	38,3%
Valores de tensión diastólica < 90	100%	91,5%
Índice de masa corporal (IMC) > 30	0%	46,8%
Tabaquismo activo	0%	12,8%
Úlceras/ lesiones del pie	0%	0%
Amputaciones de EEII	0%	0%
Microalbuminuria o proteinuria	0%	6,4%
Complicaciones cardiovasculares (AVC e IAM)	0%	36,2%
Ingresos por descompensación de la diabetes	0%	2,1%

El análisis es crudo, contando todos los casos, incluso los missing.

**Tabla 4. Criterios de evaluación adaptados del Consenso Europeo y de la Guía del Gedaps**

	Objetivo de control			Intensificar intervenciones		
	Estándar		Observado	Estándar		Observado
HbA1c (%)	< 7	100%	43,2%	> 8	0%	28,6%
Colesterol total (mg/dl)	< 185	100%	22,2%	> 230	0%	20%
Colesterol LDL (mg/dl)	< 100	100%	20%	> 130	0%	60%
Colesterol HDL (mg/dl)	> 40	100%	100%	< 35	0%	0%
Triglicéridos (mg/dl)	< 150	100%	55,8%	> 20	0%	18,6%
Presión arterial (mmHg):						
Sistólica	≤ 130	100%	31,1%	> 140	0%	37,8%
Diastólica	≤ 80	100%	60%	> 90	0%	4,4%
Consumo de tabaco	NO	100%	86,6%	Sí	0%	13,3%

En este análisis no se han incluido los datos en blanco, ya que son muchos los missing en las lipoproteínas.

**Conclusiones:** Se confirma el alto grado de complicaciones cardiovasculares y el mal control metabólico, lipídico y de la tensión arterial, así como un exceso de peso. Se evidencia una falta de consenso a seguir. Se dan propuestas de medidas correctoras y hacer reevaluación.

## 10. ¿VALORAMOS ADECUADAMENTE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2?

Silvia Sánchez de la Pisa, M.<sup>a</sup> Begoña Morejón Huerta, Cristina Andreu Dallerés y Ruperto Sanz Cantalapiedra

Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid Oeste.

**Objetivos:** Valorar el estadio de la enfermedad renal crónica (ERC) en los pacientes diabéticos tipo 2. Los estadios de ERC están basados en la función renal medida por el filtrado glomerular; la determinación de creatinina no es una buena medida de función renal, pues depende de muchos factores: el riñón puede perder hasta el 50% de su función sin reflejar alteraciones en la creatinina sérica.

**Materiales:** Estudio observacional retrospectivo no aleatorizado de una zona básica de salud. Se analizaron en 257 pacientes diabéticos tipo 2 el sexo, peso, edad, talla y creatinina sérica. Para el cálculo del filtrado glomerular se utilizó la fórmula de Cockcroft-Gault y en muy obesos, la corregida por superficie corporal. Se clasificó ERC en estadios según la medida del filtrado glomerular estimado. Los resultados estadísticos se expresan en media  $\pm$  desviación estandar o proporciones.

**Resultados:** El 48% son hombres y 52% mujeres. La edad media es  $70,58 \pm 11,89$  años. El 1,5% tienen (IMC) > 40. Se encontraban en estadio 5 de fallo renal 0,8% en hombres; en estadio 4,1,61% de hombres y 4,65% de mujeres; en estadio 3,36,29 de varones y 58,13% de mujeres; es estadio 2,41,12% de hombres y 27,9% de mujeres.

**Conclusiones:** En Atención Primaria no valoramos el filtrado glomerular, sino la alteración de creatinina sérica. Es importante la actuación conjunta con nefrología para detectar precozmente y evitar la progresión de ERC.

## 11. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DE PACIENTES INCAPACITADOS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD JARDÍN

Antonio J. Baca Osorio, Antonio E. Hormigo Pozo, Francisco J. Blanca Barba, José Mancera Romero, Sagrario López Garcés y M.<sup>a</sup> Dolores Sáenz Merchant

Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Servicio Andaluz de Salud.

**Objetivos:** Aplicabilidad y análisis del uso de distintas escalas de valoración del programa de incapacitados en el centro de salud (CS) urbano Ciudad Jardín de Málaga.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal de los pacientes atendidos a través del programa de incapacitados en el CS Ciudad Jardín durante el año 2004 mediante muestreo aleatorio. El centro tiene adscrita una población de 37.128 personas de ca-

Día	Avisos	Hora aviso	%
Lunes	20,80%	8-11 horas	50,6%
Martes	18,60%	11-40 horas	29,1%
Miércoles	18,40%	14-17 horas	20,3%
Jueves	19,35%		
Viernes	21,85%		

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

racterísticas puramente urbanas. La atención a incapacitados es realizada a cada cupo por unidades médico-enfermera de forma conjunta. Se estableció una hoja de registro con las siguientes variables: sexo, visitas: médico, enfermera, enfermera de enlace, trabajadora social y escalas de valoración.

**Resultados:** tabla 1.

Escalas	N.º de pacientes valorados (*)	%
Barthel	21	42,0
Lawon-Brody	11	22,0
Pfeiffer	15	30,0
Yesavage	4	8,0
Norton	16	32,0

Población del centro: 37.128 habitantes.

Población incapacitados: 473 (1,27%)

Muestra: 55 pacientes (5 exitus, muestra válida 50 pacientes).

(\*)La valoración de cada paciente incluye la posibilidad de aplicación de las distintas escalas.

**Conclusiones:** La distribución por sexos es de 70,0% mujeres y 30,0% hombres. La media de incapacitados por cupo es de 24,8 (rango 15-38). La media de visitas por paciente de médicos es de 1,64 y de 2,72 de enfermería. La enfermera de enlace visitó al 26% de los incapacitados y la trabajadora social acudió al 12% de los domicilios. Tras el estudio nos planteamos: creación de hoja con los registros obligatorios de visita domiciliaria para médicos y enfermeras. Definición de criterios para derivación de incapacitados a enfermera de enlace y trabajadora social. Comisión mixta médico-enfermera de seguimiento de calidad del programa. Formación continuada para el manejo de los distintos instrumentos clinicométricos de valoración.

## 12. DEMORA: ¡USUARIO TAMBIÉN CULPABLE!

**Manuel Cano Sanz, Vicente Gallego Tarrazón, José Presencia Pellicer, Teresa Rosell Piquer**

*Centro de Salud de Algira.*

**Objetivos:** Cuantificar la demora que el usuario ocasiona en nuestro centro de salud, al pedir cita previa y no acudir. Realizamos propuesta de mejora.

**Materiales:** Utilizamos el SIGAP declarado y registrado por los médicos de familia de un centro de salud urbano, que atiende a una población de 43.000 habitantes; del 1 de enero al 31 de diciembre de 2004.

Estudio descriptivo retrospectivo. Fueron objeto de estudio 153.964 citados, acudieron a consulta 143.222, pidieron cita pero no acudieron 10.742 pacientes.

Tenemos datos completos de 135.068 pacientes (88%) y sin completar 18.896 (12%). La media de pacientes/día fue de 45,9/ médico.

**Resultados:** El 12% de los médicos no declaran o lo hacen mal. No acudieron a su cita 10.742 pacientes (7%). Incumplen más las mujeres 6.428 (59,8%) frente a 4.225 hombres (39,3%). No existe diferencia por edad/sexo en el incumplimiento: de 15-44 años 1.730 hombres (41%) frente a 2.568 mujeres (40%), de 44-65 años 1.294 hombres (30%) frente a 1.823 mujeres (28%), mayores de 65 años 1.238 hombres (29%) frente a 2.065 mujeres (32%). La media diaria de citados que no acudieron fue de 3,6 pacientes médico/día, el 7,8% de los pacientes.

**Conclusiones:** para mejorar la accesibilidad en nuestro centro, y por tanto la calidad asistencial, debemos reducir la demora, y proponemos:

- Informatizar la gestión de las consultas.
- Implicación de todos los estamentos.
- Folletos informativos.
- Mejora del SIGAP.

## 13. USO DE CARNÉ DE MEDICACIÓN DE UNA UBS, ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

**Ignacio Javier Cova Díaz, Stefanie Schmücke, Clara Sáenz Galván, Elena Sosa y Antonio Burgos Ojeda**

*Unidad Docente de Centro de Salud de Barranco Grande, ULL-MPSP, SCS-AP*

**Objetivos:** Evaluar el uso de carné de medicación de una Unidad de Asistencia Básica de Atención Primaria.

Aproximación a la adherencia a los tratamientos según programas preventivos.

Perfil de uso.

**Materiales:** A partir de 341 carnés de medicación, recogidos al azar entre los pacientes de asistencia diaria del cupo UAB-6. Se estudian 288 de ellos por tener más de un año de anotación de uso. Estudiándose sexo, medicación registrada, fechas de primera y última fecha de repetición, así como el número de las mismas. Se usa en el análisis medidas de dispersión central usando el paquete estadístico SPSS-PC V7.5.

**Resultados:** Los 288 carnés se distribuyeron con una razón hombre/mujer 0,78, media repetición 16,57 (2,55). Uso temporal por años; 1 año (37%), 2 años (33,5%), 3 años (17,3%), 4 años (8,5%), 5 años (1,4%), 6 años (0,7%), 7 años (1,4%), 9 años (0,4%). Perfil diurético razón hombre/mujer (H/M) 0,41, IECA H/M 0,74, ARAII H/M 0,4, amilodipinio H/M 0,7, genfibocilo H/M 0,5, atorvastatina H/M 0,46, sinvastatina, pravastatina H/M 0,82, antipsicóticos H/M 1,7%, antidepresivos H/M 0,34, ansiolíticos H/M 0,60, hipnóticos H/M 0,54. Intervalo de prescripción registrado por año: diurético (1,6), IECA (1,9), ARAII (1,4), amilodipino (1,5), BB (1,7), genfibrilo (1,4), sinvastatina, pravastatina (1,9), atorvastatina (1,7), antipsicóticos (1,7), antidepresivos 81,7), hipnóticos (1,7) y ansiolíticos (1,7).

**Conclusiones:** El uso del carné se presenta como una buena herramienta de control. Se ve una adherencia a los tratamientos crónicos preventivos que se concentra prioritariamente en los primeros 4 años, aunque pueden llegar hasta 9 años de seguimiento. En el programa de diabetes no se detecta diferencia entre la prescripción y adherencia, no siendo igual en el resto de las prescripciones donde destacan las mujeres como mejores cumplidoras. En los sicotrópicos los antipsicóticos los hombres doblan a las mujeres, invirtiendo la proporción con antidepresivos e hipnóticos.

## 14. DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS COLECTIVOS DE LATINOAMERICANOS, MAGREBÍES Y SUBSARIANOS ASENTADOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

**Elena Rodríguez Álvarez, Nerea Lanborena Elordui, Celina Pereda Riguera<sup>a</sup>, Alba Rodríguez Rodríguez y José Julio Pardo<sup>a</sup>**

*Departamento Enfermería I. Universidad del País Vasco.*

<sup>a</sup>*Munduko Medikua.*

**Objetivos.** Una de las mejores medidas para identificar grupos de riesgo en la salud de la población son las encuestas de salud.

En nuestro país su aplicación entre inmigrantes ha resultado ser poco representativa. El objetivo de este trabajo fue identificar los determinantes de salud en las poblaciones latinoamericanas, magrebíes y subsaharianas.

**Materiales:** Encuesta de Salud (ESCAV2002) en poblaciones latinoamericanas y africanas utilizando muestreo de conveniencia.

**Resultados:** Estudios recientes indican que entre los determinantes que influyen en el nivel de salud son: alimentación inadecuada, hábito tabáquico y abuso de bebidas alcohólicas. En nuestro estudio el consumo de alcohol, tabaco y el índice de masa corporal muestran resultados significativamente diferentes según los colectivos de procedencia. El porcentaje de bebedores habituales es del 1,2% en magrebíes, 2,5% en subsaharianos y 1% en latinos. Se declaran no bebedores el 82%, 61% y 19% respectivamente. Se han declarado fumadores habituales el 60%, 27% y 15% respectivamente, fumando una media de 18,5 y 6 cigarrillos. El 85% de los magrebíes ha intentado dejar de fumar. El porcentaje de obesidad es de 0,9%; 1% y 7%.

**Conclusiones:** La interpretación de estas variables exige considerar la media de edad, de 29 años y la religión. Los estudios comparativos con población autóctona contemplarán la edad y las diferencias culturales. Siendo el caso de la prohibición mulsulmana de consumir alcohol, que invalida la interpretación de subvariables que conforman la sospecha de alcoholismo.

## 15. CALIDAD DE CUMPLIMENTACIÓN EN LAS HISTORIAS EN EL PROCESO DE INFORMATIZACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD

Pedro Moreno Ruiz, Yolanda León Rosales, Eva Jiménez Rosendo, Antonio Guiote Torres, Esteban Rojas Navas y Germán Gálvez Santiago

*Centro de Salud Huéscar.*

**Objetivos:** Estimar la calidad en la cumplimentación de las historias clínicas al año de instauración de un programa informático de gestión de la consulta.

**Materiales:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se seleccionó de forma aleatoria y estratificada un número de historias de cada cupo atendido de un centro de salud, excluyendo a aquellos de los que no hubiera registrada visita en el centro en el período previo a recogida (enfermería, médica administrativa o clínica) y a los menores de 15 años.

Usando como criterio las normas técnicas mínimas INSALUD (1998), se establecieron 6 parámetros asignando un punto a cada uno, se estableció una clasificación: bueno (5-6), regular (3-4) y malo (1-2). Los datos se analizaron con SPSS.

**Resultados:** Muestra inicial de 500 pacientes, excluyendo 139 (29 no estaban en base de datos, 110 sin visita previa). Se recogieron datos de 361 historias; edad media  $53 \pm 20,8$  años, 52% mujeres, 48% hombres. Porcentajes de presencia de los parámetros evaluados: antecedentes familiares: 2%; antecedentes personales: 30%; hábitos 7,3%; problemas de salud: 46,3%; alergias medicamentosas: 73,1%, motivos de consulta/diagnóstico: 100%; plan de actuación 29,8%.

Según los criterios fijados al inicio del estudio: bien cumplimentados 3,6%; regular 60,7%; mal cumplimentados 35,7%.

**Conclusiones:** El porcentaje de historias bien cumplimentadas fue bajo. Infraestimación en hábitos y antecedentes, esto generó un elevado porcentaje de cumplimentación intermedia. Necesidad de mejora en el registro de los datos clínicos de nuestros pacientes.

## 16. NUEVO PROGRAMA PARA EL CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL; ENE 2.0

Llorenç Badiella Busquets y Alejandro Pedro Mingo

*Servicio de Estadística. Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Biometría. GlaxoSmithKline. Tres Cantos. Madrid.*

**Objetivos:** Desarrollar un programa de libre distribución, para usuarios no especialistas en estadística, que cubriera los requerimientos básicos y avanzados del cálculo del tamaño muestral (TM). El programa incluye los principales diseños utilizados en Epidemiología, Investigación básica y Clínica.

**Materiales:** Ene 2.0 es un programa multiplataforma (Windows, Mckintosh, Linux, etc.) presentado en formato CD. Está diseñado para que el usuario pueda realizar, de una forma rápida y fácil, cálculos del TM con resultados gráficos y numéricos. El programa se maneja por menús. Incluye un asistente para seleccionar diseños, ejemplos autoejecutables, redactado de resultados y ayuda contextual y por Internet.

**Resultados:** Se incluyen entornos de 22 diseños para el cálculo del TM en la estimación de proporciones y medias, estimación de RR y OR, comparación de medias y proporciones, regresión logística, múltiple, coeficientes de correlación, anota, supervivencia y datos ordinales. Las opciones incluyen poblaciones finitas, muestreo inverso, y datos pareados. Se contemplan hipótesis de diferencias, no superioridad (inferioridad) y equivalencia. Es posible el ajuste de errores alfa y beta, límites de inferioridad y equivalencia, niveles de confianza, la imprecisión máxima admisible y el tamaño del efecto. Alternativamente se puede modelizar la imprecisión y la curva de potencia.

**Conclusiones:** Los errores y omisiones cometidos en la fase de diseño de un estudio suelen ser graves e irreversibles. Se ha desarrollado un programa Ene 2.0 para realizar cálculos del TM, fácil de manejar. Se distribuye libremente a la comunidad científica en <http://www.ene-ctm.com>.

## 17. EVALUACIÓN DE LA INSATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS)

Ernesto Real Valcárcel, Cristina Luis Ruiz, Emma Navarro Brito y Pablo Morales Morales

*Servicio Canario de Salud.*

**Objetivos:** Analizar las reclamaciones presentadas por usuarios de una ZBS.

**Materiales:** Estudio descriptivo-retrospectivo. Revisamos todos los registros del libro de reclamaciones de una ZBS-suburbana, con 30.494 usuarios, durante los años 2003 y 2004, y su proceso de gestión. Analizamos: edad, sexo, quién presenta la reclamación, mes, año, profesional implicado, motivos (clasificación ODDUS: Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios), y tiempo de respuesta (estándar de calidad < 30 días). Análisis: SPSS-versión 12.

**Resultados:** Evaluamos 126 reclamaciones: 52 en 2003 y 74 en 2004. Tasa de incidencia de reclamación 1,7 y 2,42/1.000usuarios/año respectivamente. El médico de familia es el profesional más reclamado (31,7%), hay un aumento en los auxiliares administrativos en el 2004 ( $p = 0,036$ ). En conjunto el 73% son mujeres, media de edad 40,32 años (DE 12,17). En el 75,4% el afectado es quien presenta la reclamación. Tiempo medio de contestación: 31,31 días (rango 3-118), 59,8% antes de 30 días. De julio a noviembre se registran el 59,6%. Los motivos más comunes fueron: demora asistencial (28,6%), desacuerdo con normas institucionales (11,1%), suspensión/anulación de consulta (10,3%), dificultad programa mostrador (10,3%) y trato personal inadecuado (9,5%). Agru-

pados por categorías: 47,6% corresponden a organización-administración, 45,2% asistenciales y 7,1% estructura.

**Conclusiones:** La tasa de reclamaciones de nuestro centro, aunque aumenta, se mantiene por debajo de la media del área de salud (3,34/1.000 usuarios/año).

El principal motivo de reclamación es la demora asistencial, que coincide con nuestra Área de salud. Detectamos escaso número de reclamaciones referentes a competencia profesional, trato o información. Creemos necesario mejorar el tiempo de contestación.

## 18. INMIGRACIÓN: ¿QUÉ CONSULTAN LOS PACIENTES PENDIENTES DE REGULARIZAR SU SITUACIÓN?

Montse Andreu Miralles, Xavi Olivé Ferré, Oscar Peral Alonso, Olga Domínguez Guillamón, Alba Gurt Davi y Francisco Montañes Muñoz

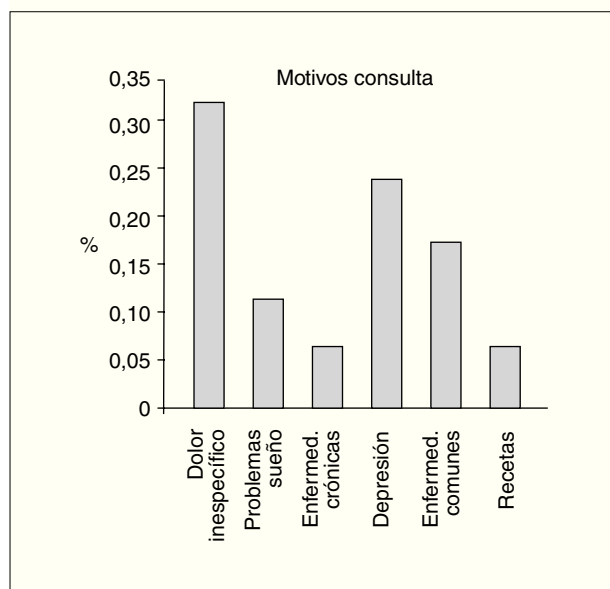
Cap Vila Olímpica de Barcelona.

**Objetivos:** Conocer los motivos de consulta de la población inmigrante pendiente de regularizar su situación ya que la migración constituye un factor de riesgo para la salud física y mental debido a la situación de alta vulnerabilidad biopsicosocial en que se encuentra el individuo cuando migra.

**Materiales:** Estudio descriptivo retrospectivo en Centro de Atención Primaria de ámbito urbano, mediante historias informatizadas, cogiendo una muestra aleatorizada, de 200, de un total de 1.200 pacientes, que se visitan en consulta programada especial que la llamamos: "otras poblaciones", y nos vienen derivados de Salud y Familia.

**Resultados:** Total visitados: 1.200; muestra: 200; 64 dolores inespecíficos, 32%; 24 Problemas relacionados con el sueño, 12%; 16 pacientes con enfermedades crónicas 8%; 46 depresión 23%; 34 enfermedades comunes, 17%; 16 recetas, 8%.

**Conclusiones:** Vemos que los pacientes tienen motivos de consulta igual de habituales que el resto de la población pero también vemos motivos de consulta que pueden estar relacionados con el duelo migratorio, y con su situación de inestabilidad legal, por tanto si queremos ser efectivos debemos formarnos más y concienciarnos más de la situación que padecen.



## 19. MORTALIDAD DURANTE 10 AÑOS EN UNA UNIDAD ASISTENCIAL DE UN CENTRO

María Teresa Torras Bernaldez, Isabel Roig Grau, Matilde Catalá Grau, Mar Pedregosa Dueñas, Ana Martín Pérez y Mireia Foz Serra

CAP Sagrada Familia. Instituto Catalán de la Salud.

**Objetivos:** Conocer las causas de mortalidad, durante 10 años, en los pacientes asignados a una determinada unidad asistencial de un centro de salud.

**Materiales:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo, realizado a partir del registro informatizado de las historias de los pacientes asignados a unidad asistencial de un centro de salud urbano. A partir de este registro se obtendrán todos los datos. Una vez encontrada la muestra de 1.965 pacientes, se estudiaron las historias clínicas de los pacientes fallecidos durante los últimos años, para determinar las causas. Se supone un sesgo de los pacientes de los que se desconozca su fallecimiento, aunque el registro se actualiza cada 5 años.

**Resultados:** De una muestra de 1.965 pacientes asignados durante estos 10 años (49% del sexo masculino y 51% del femenino), habían fallecido 76 hombres y 68 mujeres. Las causas principales de fallecimiento en los hombres fueron: primero los accidentes vasculares cerebrales (28, 94% de ellos), neoplasia de pulmón (11,84%), Alzheimer (9,21%), infarto de miocardio (7,89%) y el cáncer de colon (6,57%) y en las mujeres: los accidentes vasculares (33,82% de ellas), cáncer de mama 14,70%, Alzheimer (13,23%), cáncer de colon (7,35%) y de pulmón (4,41%).

**Conclusiones:** Los accidentes vasculares siguen siendo la primera causa de mortalidad en los dos sexos, a pesar del incremento de las medidas de prevención. Por otra parte se ve un incremento en los fallecimientos por cáncer de colon en los dos sexos y de mama en el femenino.

## 20. ADECUACIÓN DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ECOGRAFÍA ABDOMINAL

Nieves Mula Rey, Andrés Esteban Chicharro y Mercedes Mula Rey

Servicio Madrileño de Salud.

**Objetivos:** La ecografía permite el diagnóstico no invasivo de distintas patologías, facilitando diagnósticos rápidos y de gran rendimiento. El objetivo es analizar las diferentes ecografías solicitadas en el ámbito de la Atención Primaria, la adecuación de la misma y la patología encontrada.

**Materiales:** Se analizan 205 ecografías solicitadas en el período de noviembre de 2004 y abril de 2005 en el centro de salud Hermanos Sangro, Área 1, IMSALUD. Se siguen los criterios del Royal College of Radiologist 1998. Se estudia el porcentaje de pruebas adecuadas (PA), pruebas patológicas (PP) y dentro de las PP se estudian las PP no adecuadas (PPNA) y las PP adecuadas (PPA), así como su intervalo de confianza.

**Resultados:** La exploración ecográfica solicitada mayoritariamente desde Atención Primaria fue la ecografía abdominal (89,3%) (n = 183). Otras pruebas ecográficas solicitadas fueron: urológicas (3,4%), ginecológicas (1,5%), mama (1,5%), teste (1%) y tiroides (3,4%).

PA	34/184	18,6	13,2-25,0
PP	26/183	14,2	9,5-2,0
PPNA	3/149	2,01	0,41-5,77
PPA	23/34	67,6	49,5-82,6



**Conclusiones:** La Atención Primaria solicita mayoritariamente ecografías abdominales, con un porcentaje de adecuación muy bajo (18%). La utilización de pruebas diagnósticas con indicaciones precisas elevaría el rendimiento de las mismas y disminuiría los costes. El porcentaje tan bajo de patología en pruebas no adecuadas (2%) no justificaría el uso indiscriminado de las mismas.

## 21. ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA Y CAUSAS DE INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA. COMPARACIÓN DE UN CENTRO URBANO Y UNO RURAL (MÁLAGA)

Antonio E. Hormigo Pozo, Antonio Baca Osorio, Francisco J. Orellana Lozano, Francisco J. Blanca Barba, Concepción García Ruiz y María Dolores Gallego Parrilla

Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. Servicio Andaluz de Salud.

**Objetivos:** Principal: analizar la prevalencia, causas de incapacidad laboral transitoria (ILT) de un centro de salud rural (CS Alhaurín el Grande). Secundario: comparación de los resultados con centro urbano (CS Puerta Blanca).

**Materiales:** Estudio observacional, descriptivo y transversal de prevalencia y causas de ILT y distribución en los cupos médicos en ambos centros. Período diciembre-mayo de 2004. El centro rural tiene una población de 18.188 personas y el urbano de 24.512. Las ILT son recogidas diariamente en los distintos cupos por el administrativo del Centro, procediéndose a la codificación de las causas por un único evaluador. Se estableció una hoja de registro con las variables: cupo médico, día, mes, población por cupo y diagnóstico médico de la incapacidad.

**Resultados:** Tablas 1, 2 y 3.

**Conclusiones:** La distribución de ILT está en la tabla 3 destacando: procesos osteomusculares, psiquiatría y procesos agudos, no existiendo diferencias entre ambos centros ni estudios previos. Tras los resultados nos planteamos: facilitar trimes-

Día	Avisos	Hora aviso	%
Lunes	20,80%	8-11 horas	50,6%
Martes	18,60%	11-14 horas	29,1%
Miércoles	18,40%	14-17 horas	20,3%
Jueves	19,35%		
Viernes	21,85%		

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

TABLA 1. Prevalencia de IT en el CAS Alhaurín el Grande

	Cupo 1	Cupo 2	Cupo 3	Cupo 4	Cupo 5	Cupo 6	Cupo 7	Cupo 8	Cupo 9	Cupo 10	Media CS
Prevalencia %	22,14	30,91	31,27	31,65	36,90	19,33	37,8	29,27	38,53	16,8	29,82

TABLA 2. Prevalencia de IT en el CS "Puerta Blanca"

	Cupo 11	Cupo 12	Cupo 13	Cupo 14	Cupo 15	Cupo 16	Cupo 17	Cupo 18	Cupo 19	Cupo 20	Cupo 21	Media CS
Prevalencia %	33,27	29,73	32,82	35,54	27,55	31,22	39,28	27,30	26,01	44,4	33,1	32,81

TABLA 3. Comparación causas ILT en ambos centros

Causa ILT	CS Alhaurín (%)	CS Puerta Blanca (%)
Procesos agudos	6,40	15,91
Neoplasias	4,30	2,34
Endocrino	0,90	1,09
Psiquiatría	12,40	17,0
Neurología	2,40	1,72
Circulatorio	4,90	3,74
Respiratorio	2,10	1,87
Digestivo	6,80	2,65
Genitourinario	6,50	2,34
Obstétrico	6,50	5,46
Osteomuscular	33,60	30,58
Accidentes/lesiones	16,10	11,39
En estudio	3,10	2,81
Desconocido	1,10	1,09

tralmente el análisis de los datos a los profesionales de los centros, creación de comisión conjunta con Inspectores de Delegación para seguimiento de casos problemáticos, formación específica en las causas más prevalentes para incrementar la resolución de los profesionales, obtención de pruebas complementarias específicas para disminuir las causas de baja por este motivo y uso de listados diagnósticos tipificados (WONCA, etc.), que harían más sencillo y eficaz el análisis y seguimiento de las causas de ILT.

## 22. IMPLICACIÓN DE NUESTROS ESPECIALISTAS CONSULTORES EN LA INCAPACIDAD TEMPORAL PROLONGADA

Cristóbal M. Segovia Martínez<sup>a</sup>, Raquel García Luque<sup>b</sup>, Francisco J. Farrás Expósito<sup>a</sup>, Trinidad Rufino Delgado<sup>c</sup>, María Díaz Herrera<sup>d</sup> y Francisco J. Cuevas Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médicos AP Tenerife. <sup>b</sup>R-3 MFyC UD Tenerife-I. <sup>c</sup>Técnico Salud Pública UD MFyC Tenerife-I. <sup>d</sup>DUE de Empresa. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos:** Valorar la implicación del médico consultor en la incapacidad temporal (IT) prolongada y su repercusión en la duración.

**Materiales:** Diseño: estudio descriptivo transversal. Sujetos: pacientes con alta laboral entre 01-mayo-2003 y 30-abril-2004 tras IT > 90 días, remitidos a consulta especializada. Método: variables analizadas del historial: edad, sexo, existencia y contestación del documento de interconsulta, registro de inclusión en lista espera (consulta, quirúrgica, rehabilitación) e indicación y duración probable de IT por consultor. Comparamos promedios de duración total y de prolongaciones sobre estándares de duración, entre los que tenían o no indicación de IT. Utilizamos paquete estadístico SPSS 11,0.

**Resultados:** 215 pacientes, mujeres 53,1%, edad media 46,75 (DT: 11,31). Duración de las IT (días): 90-180: 36,7%, 181-270: 21, 9%, 271-360: 11,2%, 361-450: 7,2%, > 451: 23%. Existía documento de interconsulta (Ta7) en 129 (60%), contestado en 58,6%, indicación de IT en 42,8%, especificación duración probable 14 (6,5%), registro lista espera: consulta 33 (15,3%), quirúrgica 9 (4,2%), rehabilitación 7 (3,3%). La media de la duración de las IT indicadas por el consultor fue de 322,7 frente a 253,8 días de los casos de no especificación ( $p = 0,002$ ) y el exceso de la duración (duración total menos duración estándar máxima) de 246, 3 frente a 174,4 ( $p = 0,02$ ).

**Conclusiones:** El consultor especialista se implica insuficientemente en la indicación de IT de procesos largos y prácticamente nula estimando su duración.

La presencia de estas informaciones se asociaron a prolongación total y del estándar de duración de IT, con respecto a procesos que no la contenían en las interconsultas.

## 23. CUMPLIMIENTO VACUNAL EN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

**María Inés Pérez Ramos, Manuel José Vicente Arroyo, Montserrat Alonso Sardón y José Antonio Mirón Canelo**

*Centros de Salud (SACYL) y Facultad de Medicina.*

**Objetivos:** Valorar el cumplimiento vacunal a través de los profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP).

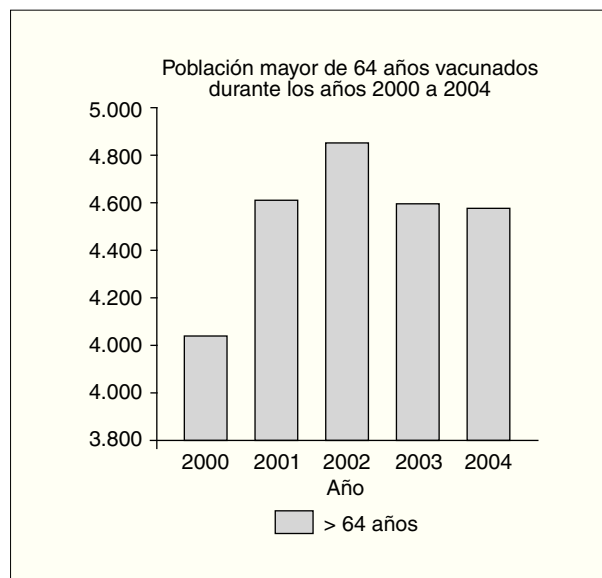
**Materiales:** Estudio transversal mediante encuesta autocumplimentada por los profesionales de la Salud en la provincia de Valladolid. El cuestionario consta de 37 ítems sobre cumplimiento y registro de vacunación, así como estado vacunal de los profesionales de la salud. La encuesta fue cumplimentada por 90. El trabajo de campo se realizó de marzo a mayo de 2003.

**Resultados:** Del total de profesionales, 36 fueron médicos, 48 ATS/DUE, 3 matronas y 3 pediatras. Responsable de vacunaciones del Centro de Salud el personal de enfermería (92,3%) (IC 95%: 92 ± 6). Existen protocolos consensuados 88, 9% (IC. 95%: 89 ± 6). En el 94,4% (IC. 95%: 94 ± 5) existe un registro y en el 84,4% (IC. 95%: 84 ± 7) utilizan medios de divulgación de los programas vacunales. La cobertura vacunal se sitúa entre 50%-75%. Específicamente en pacientes de alto riesgo, mayores de 65 años y ocupación laboral (50%-75% y > 75%). En inmunodeprimidos y pacientes con prácticas de riesgo es menor al 25%.

Vacunación en los profesionales, según calendario de adultos, es: completo (40%) (IC 95%: 40 ± 10), mayoría de dosis (36,7%) (IC 95%: 37 ± 10) y no lo están (23,3%) (IC 95%: 23 ± 9).

Las variables sociodemográficas/profesionales, con significación estadística ( $p < 0,05$ ): existencia de protocolo y responsable, colaboración con colectivos e instituciones y utilización de medios comunicación y divulgación.

**Conclusiones:** Es necesario un registro de vacunas en AP. Se debe ampliar la cobertura vacunal en pacientes inmunodeprimidos y pacientes con prácticas de riesgo. Es necesaria una mayor concienciación y coherencia de los profesionales.



detza: año 2000: 5.080 dosis, año 2001: 5.600 dosis, año 2002: 5.925 dosis, año 2003 6.750 y año 2004, 7.220. Se administraron tanto en el Centro de Salud como en los domicilios y residencias de la tercera edad.

**Resultados:** 2000: 4.202 mayores de 64 años (1.740 hombres y 2.462 mujeres) de una población de 7.502 con una cobertura del 56%. 2001: 4.676 (1.940 hombres y 2.736 mujeres) cobertura del 62,89%. El 2002: 4.920 (2.085 hombres y 2.835 mujeres) cobertura del 65,36%. El 2003: 4.670 (1.912 hombres y 2.758 mujeres) cobertura del 61,76% y en el 2004: 4.683 (1.946 y 2.737) cobertura del 61,81%.

**Conclusiones:** En la campaña 2002 se superaron los objetivos de cobertura para mayores de 64 años establecida en el 65%. En los años siguientes no se superaron los objetivos que se pusieron en el 70% (2003) y 73% (2004), incluso disminuyó la cobertura en dicho período. La cobertura en las residencias de la tercera edad superó los 5 años el 97%, alcanzando en el año 2000 y siguientes el 100% de la población censada.

6 de octubre de 2005

16:30 h

## 1. EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN MAYORES DE 64 AÑOS ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO. VALORACIÓN DE 5 AÑOS

**Jon Imaz Urrengoetxea, José Luis Blázquez Díez, Antón Elorriaga Axpe, Naiara Arteagoitia Ruiz y Yolanda Santiago Sierra**

*Centro de Salud de Algorta. Bizkaia.*

**Objetivos:** Con la campaña de vacunación se pretendía lograr una cobertura mínima del 65% de la población mayor de 64 años adscrita a la red de Atención Primaria de Osakidetza y atendida en el centro de Salud de Algorta.

**Materiales:** Población mayor de 64 años entre 7.435 el año 2001 y 7.577 el año 2004. Vacunas suministradas por Osaki-

## 2. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EFICACIA DE MOXIFLOXACINO EN EL TRATAMIENTO DE LAS AGUDIZACIONES DE LA BRONQUITIS CRÓNICA

**Jesús Molina Molina<sup>a</sup>, Marc Miravittles Miravittles<sup>a</sup> y Max Brosa Brosa<sup>c</sup>**

*<sup>a</sup>EAP Francia. Fuenlabrada. Madrid. <sup>b</sup>Servicio de Neumología. Hospital Clínic. Barcelona. <sup>c</sup>Oblikue Consulting. Barcelona.*

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de moxifloxacino en el tratamiento de las agudizaciones de la bronquitis crónica (BC) mediante la revisión sistemática de los estudios existentes.

**Materiales:** Revisión sistemática de la bibliografía publicada sobre estudios del tratamiento de las agudizaciones de la BC con moxifloxacino u otros antibióticos. Se ha llevado a cabo primero un metaanálisis de los ensayos clínicos doble ciego y aleatorizados y después se han incluido los estudios comparativos abiertos.

**Resultados:** Se han identificado 6 estudios, 4 ensayos clínicos que incluyen un total de 1.954 pacientes y 2 estudios abiertos con 911 pacientes. La eficacia clínica de moxifloxacino en los ensayos clínicos fue del 85% frente a 82,5% de los compara-

dores. En los estudios abiertos fue del 91,1% frente a 86,6%. Globalmente, la eficacia clínica de moxifloxacino fue del 87% frente al 83,8% de los comparadores. El test de homogeneidad presentó una  $p = 0,424$ , lo que descarta una heterogeneidad significativa y permite aplicar la técnica del metaanálisis. El metaanálisis mostró una diferencia a favor de moxifloxacino del 2% que justo estuvo al borde de la significación estadística (intervalo de confianza  $-0,0005$  a  $+0,048$ ).

**Conclusiones:** Los resultados de los estudios muestran de forma consistente un mejor resultado clínico del tratamiento de las agudizaciones de la BC con moxifloxacino frente a los comparadores. A pesar de que estos estudios han sido diseñados para demostrar “no inferioridad”, la técnica del metaanálisis demuestra un efecto favorable de moxifloxacino que está al límite de la significación estadística.

### 3. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS

Eunate Arana Arri, Amaia Ecenarro Mugaguren e Iñaki Gutiérrez Ibarluzea

*Centro de salud de Bidezabal. Osakidetza.*

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de factores de riesgo de osteoporosis en mujeres mayores de 45 años en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

**Materiales:** Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por conglomerados, seleccionando 4 centros de Salud. Se estimó una muestra total de 600 mujeres, escogidas de manera aleatoria de los cupos de pacientes asignadas a los 4 centros de salud. Tras la citación el 77% de éstas respondieron una encuesta de factores de riesgo validada. Los factores de riesgo fueron agrupados en cuatro grandes grupos: hábitos tóxicos, antecedentes familiares, antecedentes personales y antecedentes ginecológicos.

**Resultados:** En relación a los hábitos tóxicos destacar que el 2,5% de las pacientes eran fumadoras de riesgo y el 0,2% bebedoras de riesgo. El 18,2% tenían antecedentes familiares de osteoporosis. Entre los antecedentes personales destacar que el 4,8% de las mujeres referían fracturas osteoporóticas previas por traumatismo mínimo, el 2,8% enfermedades osteopenizantes, el 1,8% consumo de fármacos osteopenizantes y el 2% un peso insuficiente. Entre los antecedentes ginecológicos el 10% presentaban una menopausia precoz y el 2% antecedentes de amenorrea prolongada.

**Conclusiones:** La prevalencia de factores de riesgo de osteoporosis en nuestro entorno, muestra la necesidad de instaurar programas de sensibilización entre los profesionales de la Atención Primaria, de cara a la captación de mujeres para desarrollar planes de promoción de la salud.

### 4. ¿CUÁLES SON MIS MEDICINAS?

Juan de Dios Mora Díaz, Antonio Ríos Méndez, José Antonio Lomeña Villalobos, M.<sup>a</sup> Dolores López Aguilera, José Polo Chicano y M.<sup>a</sup> Esther Jiménez Castillo

**Objetivos:** Valorar grado de conocimiento y opinión de los usuarios de atención primaria (AP) respecto a medicamentos genéricos, determinar porcentaje de usuarios que confían en ellos y aceptan la sustitución de su medicación habitual en farmacia.

**Materiales:** Estudio descriptivo, transversal, realizado en 4 consultorios de AP del distrito de la Axarquía, Málaga. Dos-

cientos noventa y tres pacientes mayores de 18 años. Previamente estudio piloto sobre 29 pacientes para validar encuesta. Muestreo consecutivo durante febrero-marzo 2005. Las variables se analizaron con el programa estadístico Data-Desk 6.0.

**Resultados:** 66,3% mujeres, se cambió medicación anterior por genéricos al 58,54%, conocen que es medicamento genérico 37,18%, consideran que el color/envase de los medicamentos es importante para evitar confusiones 70,85%, han dejado de tomar medicación por pensar que se habían equivocado 14,82%, toma medicación cambiada con confianza 64,82%, notando mismo efecto que con medicación anterior solo 42,96%, estando más contento con la marca de siempre 53,51% y no importándole tener que pagar una pequeña cantidad de dinero para que no cambien su medicación 41,95%. Aquellos que han dejado de tomar su medicación no les importaría pagar una pequeña cantidad de dinero para evitar el cambio ( $p = 0,0019$ ) y son los que no notan el mismo efecto en la medicación cambiada ( $p = 0,0002$ ), dejándola de tomar por falta de confianza en ella ( $p = 0,0001$ ).

**Conclusiones:** La mayoría no conocen el concepto de genérico. Hace falta un esfuerzo “docente” de los profesionales implicados. Los pacientes no aceptan de buen grado cambio de medicación si éste no lo hace su médico prescriptor, sino el farmacéutico. Considera importante “fidelizarse” con su medicación en base al color y forma de los comprimidos/envases. Están quizás por esa razón más contentos con su marca de siempre. Cerca de la mitad de los encuestados no tendrían inconveniente en pagar dinero extra si con ello consiguieran su medicación habitual.

### 5. CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS GENERALES PARA ENVÍO DE RESÚMENES DE COMUNICACIÓN AL XXVI CONGRESO SEMERGEN (GRANADA 2004)

José Mancera Romero, Francisca Paniagua Gómez, Leovigildo Ginel Mendoza, José Antonio Paz Aguilar, María José Aparicio Cervantes y José Luis Casals Sánchez  
*Comité Científico XXVI Congreso SEMERGEN. Granada.*

**Objetivos:** Analizar el cumplimiento de las normas generales para envío de resumen de comunicación al XXVI Congreso Semergen (Granada 2004).

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal. Fuente: SEMERGEN 2004;30 (Supl 1): 53-115. Variables: número de autores (máximo seis), autores (nombre y dos apellidos completos), nombre de la institución, localidad, apartados (objetivos, metodología, resultados, conclusiones), número de palabras (máximo 250), ausencia de referencias que permitan localizar el origen de las mismas. Medidas de frecuencia y asociación.

**Resultados:** 213 comunicaciones aceptadas (25,4% orales y 74,6% póster). Todos los resúmenes cumplen el número de autores máximos. El 89% cumplen los apellidos y el nombre. En el 95% aparece la institución. En el 70% se refleja la localidad. El 100% cumplen la división en apartados. El 52% cumple el número máximo de palabras. En el 82% no aparecen referencias del origen. El 26% cumple todas las normas de envío. No existen diferencias estadísticamente significativas entre comunicaciones orales y pósters.

**Conclusiones:** Elevado incumplimiento de las normas de presentación de las comunicaciones. La secretaría técnica (número de autores, apellidos, institución, localidad, apartados y número de palabras) y el comité científico (referencias que permiten identificar a los autores) deberían extremar los mecanismos correctores para que se cumplan las normas de envío de los resúmenes.

## 6. ESTUDIO DE SALUD EN LOS PACIENTES INMOVILIZADOS Y TERMINALES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA MEDIANTE ORDENADORES DE BOLSILLO

**María Téllez Sánchez, M<sup>a</sup> Dolores Rodríguez Gálvez y Marcelino Domingo Álvarez Portela**

*Centro de Salud de Daimiel. Ciudad Real.*

**Objetivos:** Analizar la prevalencia y los valores medios de las variables recogidas en el programa de atención domiciliaria, de un cupo de Atención Primaria de una población urbana de la provincia de Ciudad Real usando un cuestionario electrónico para PDA elaborado a partir del Programa de Atención Domiciliaria del SESCAM.

**Materiales:** Estudio piloto transversal descriptivo de 21 personas incluidas en el programa de atención domiciliaria, inmovilizados y terminales, mediante la aplicación de un cuestionario electrónico para PDA.

**Resultados:** De los 21 pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria, el 19% eran terminales y el 81% inmovilizados. La edad media de los pacientes fue 84,76 años. Eran mujeres el 71,42% y hombres el 28,58%. El 95,2% de los casos tenían cuidador. En los pacientes terminales de nuestro estudio, los síntomas más frecuentes fueron el dolor, el estreñimiento, el insomnio, la anorexia y las náuseas y vómitos.

**Conclusiones:** El perfil básico de los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria muestra un predominio de mujeres. Se observó una mayor prevalencia de problemas osteoarticulares y oncológicos. El trabajo, al ser un estudio piloto descriptivo con un número reducido de pacientes, no permite hacer correlaciones entre todas las variables. La atención domiciliaria debe ser una de las actividades fundamentales de los Equipos de Atención Primaria para ofrecer una atención integral de los pacientes inmovilizados y/o terminales en su propio domicilio, usando los adelantos tecnológicos a su alcance (PDA) para hacer más fácil el registro y manejo de la información.

## 7. DOCENCIA: ¿ CÓMO EVALÚAN NUESTRO TALLER?

**María Montserrat Andreu Miralles, Olga Domínguez Guillamón, Oscar Peral Alonso, Rosa Senan Sanz y Ana Clara Cereijo Thomas**

*CAP Vila Olímpica de Barcelona.*

**Objetivos:** Valorar globalmente: organización, aplicación práctica, calidad de los apuntes, conocer la habilidad de los docentes, evaluar las expectativas del alumnado, ver la evolución desde el primer taller hasta hoy, ya que la cirugía menor en Aten-

Puntuación	N/C	A	B	C	D	E
Interés contenido				2	31	26
Aplicación y utilidad práctica				3	29	27
Tiempo	1		3	6	28	25
Calidad apuntes			2	4	32	20
Metodología				6	28	25
Habilidades				2	29	28
comunicación						
Grado de expectativas			3	7	27	22
Valoración global taller	3			6	30	22
Valoración global organización				3	33	18
Interés tema	2			6	27	24

ción Primaria es un instrumento importante que incrementa la satisfacción del profesional, del paciente y la administración. Podemos realizar medicina integral: prevención, diagnóstico y tratamiento; mejoramos la lista de espera, dismuye gasto económico, y trámites burocráticos.

**Materiales:** Es un estudio transversal de calidad en que los sujetos son médicos de Atención Primaria, mediante encuestas de valoración con 10 preguntas puntuadas desde el excelente (E), a muy deficiente (A), que se entregan al finalizar el taller.

**Resultados:** Total alumnos 168 y mostramos la tabla de resultados.

**Conclusiones:** Interesa y la valoración global es buena, peor puntuado es el tiempo, por tanto, haremos más talleres, y cómo no, alargaremos el tiempo.

El caminar es duro, pero al final del camino la recompensa, que no es otra que poder dar a conocer un instrumento más que ayude al día a día de la Atención Primaria.

## 8. EL MALESTAR DE SER TESTIGO. LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

**Leonor García de Vinuesa Garijo y Juana M.<sup>a</sup> González Barranco**

*Servicio Andaluz de Salud.*

**Objetivos:** Conocer los sentires de los profesionales de la salud que se derivan de la asistencia a mujeres en situación de maltrato. Aprender a graduar el impacto emocional que ocasiona el relato de las escenas violentas. Optimizar los recursos personales para actuar en estas situaciones.

**Materiales:** Un taller que se desarrolla en una jornada de 8 horas consta de:

- Exposiciones teóricas.
- Espacios de reflexión grupal.
- Ejercicios prácticos.

Dirigido a profesionales sanitarios.

Participantes recomendados: de 10 a 15.

Impartido por una psicoterapeuta y una internista, ambas médicas de Atención Primaria y miembros de la Comisión de Salud de la Cátedra de Estudios sobre las Mujeres de la Universidad de Córdoba, que han trabajado en investigación, docencia y asistencia en situaciones de violencia.

**Resultados:** Dota a los profesionales sanitarios de herramientas necesarias para poder afrontar las situaciones de maltrato y relacionarlas con los motivos de consulta, la hiperfrecuentación y la patología que presentan las mujeres.

**Conclusiones:** Solo a través del entrenamiento es posible implicarse en una atención sanitaria biopsicosocial que garantice la atención integral a las mujeres en situación de maltrato.

Es preciso aprender a manejar la sobrecarga emocional que sufren estos profesionales, para asegurar una asistencia responsable y eficaz.

## 9. ECOE PREGRADO. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

**José Fernando Pérez Castán, Félix Suárez González, Cayetano Suárez González y Carmen Gómez González**

*Semerger-Extremadura.*

**Objetivos:** La evaluación clínica de la competencia, objetiva y estructurada (Ecoe), de las habilidades en el manejo, técnicas de comunicación, anamnesis, exploración y actividades preventivas, utilizando pacientes estandarizados (actores), preguntas de respuesta múltiple y abierta, maniqués y otras. Se estructura en estaciones que simulan situaciones clínicas cercanas



a la práctica real. En España existe poca experiencia en ECOE y en pregrado hasta ahora casi inexistente, de ahí el interés de una encuesta de satisfacción dirigida a los participantes, alumnos de quinto y sexto de Medicina, que voluntariamente pasaron una ECOE dentro del convenio entre SEMERGEN y la Universidad de Extremadura.

**Materiales:** Se pasó una encuesta, al finalizar la prueba, a los 22 participantes. Consta de 17 preguntas valoradas entre 0 y 10 en función del grado de acuerdo. Agrupadas en: organización y logística, contenidos e impacto y una pregunta de opinión.

**Resultados:** Puntuación sobre 10 organización y logística = 8,16; contenidos = 8,84; impacto = 8,69; puntuación media = 8,44. Estrés prueba = 6. Representa práctica habitual = 8,86. Representa situaciones de manejo en AP = 9,09. Interesante para mi práctica = 9,22. Mide mejor competencia profesional que un examen = 8,59. Aconsejaría a otros compañeros realizarla = 9,68.

**Conclusiones:** Los estudiantes valoran muy positivamente su realización y aconsejarían pasarla a sus compañeros. Pensamos que puede ser un excelente sistema de evaluación en el pregrado, dada su gran aceptabilidad y por reflejar de manera adecuada los problemas habituales de la Atención Primaria.

## 10. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD URBANA

Estrella Castro Martín, Luis Ángel Pérula de Torres, Roger Ruiz Moral, Francisco Varas Fabra y María Jesús Fernández Fernández

*Centro de Salud Aguilar de la Frontera. Córdoba.*

**Objetivos:** Conocer las características sociodemográficas, clínicas, funcionales y diferencias según el sexo de ancianos de 70 o más años residentes en tres Zonas Básicas de Salud (ZBS). Valorar la calidad de vida relacionada con la salud.

**Materiales:** Diseño: estudio observacional, transversal, multicéntrico, mediante entrevista personal. Muestreo estratificado por ZBS. Instrumento de medida: cuestionario Euro-Qol: 1. Sistema descriptivo. 2. EVA (escala visual analógica). Sujetos: 360, selección: muestreo sistemático Base Datos Usuario. Análisis: uni-divariado, regresión logística múltiple.

**Resultados:** Características sociodemográficas: el 58,3% fueron mujeres, 41,75 hombres, la media de edad fue 75,56 años (DT 5,37, IC95%: 75,4-77). La mayoría casados/as (53,6%), 39,5 viudos/as. El 65,7% no tenían estudios. El 29,6% practican deporte. El 92,3% salen solos de casa.

Características clínicas y funcionales: el 60,2% padecen enfermedades cardiovasculares, 65,4% óseas, 28,7% y 51,1% problemas de audición y vista, 16,4% enfermedad psíquica, 12,7% neurológicas (las anteriores son más frecuentes en mujeres  $p = 0,05$ ), 19,9% patología respiratoria. Las mujeres presentan mayor dificultad para sentarse, recoger un objeto, levantarse, andar, realizar esfuerzos, orientarse en tiempo y espacio ( $p = 0,05$ ). La media de enfermedades es 3,30 en hombres y 3,78 en mujeres ( $p = 0,05$ ). La media de medicamentos utilizados fue 3,59 en hombres y 4,37 en mujeres ( $t = -2,91$ ,  $p = 0,06$ ).

La calidad de vida relacionada con la salud: 48,1%. Tienen algunos problemas de movilidad, 21,5% para sus cuidados personales y 38,4% para realizar sus actividades cotidianas. El 53,3% tienen moderado y 14,6% mucho dolor a diario. El 37% está moderadamente y 7,5% muy ansioso o deprimido. El 34,5% se encuentra peor de salud que hace un año. La puntuación media en EVA fue 60,82 (DT 18,42, IC95%: 58,92-62,73).

**Conclusiones:** Existen diferencias clínicas y funcionales que indican el desigual estado de salud en mujeres y hombres. La población anciana presenta más problemas de movilidad, mayor dolor, mayores dificultades para su cuidado personal y se encuentra más ansiosa y deprimida que la población general.

## 11. PTERIGIÓN: PATOLOGÍA QUE CON LA INMIGRACIÓN VA AUMENTANDO SU PREVALENCIA

Montse Andeu Miralles, Óscar Peral Alonso, Olga Domínguez Guillamón, Xavier Olivé Ferré, Alba Gurt Davi y Francisco Montañez Muñoz

*CAP Vila Olímpica de Barcelona.*

**Objetivos:** Conocer si con el aumento de la inmigración hemos visto un incremento de la prevalencia de patologías que en España prácticamente era nula.

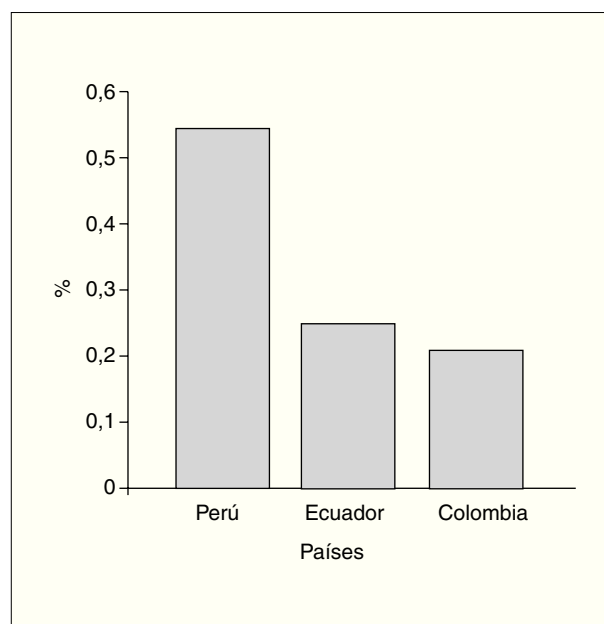
El pterigión se desarrolla típicamente en pacientes que han estado viviendo en climas cálidos y pueden representar una respuesta a la sequedad crónica y a la exposición solar. La lesión se inicia con el desarrollo de pequeñas opacidades corneales grisáceas cerca del limbo nasal. Seguidamente la conjuntiva recubre las opacidades e invade la córnea con una morfología triangular.

**Materiales:** En un Centro de Atención Primaria de ámbito urbano, mediante un estudio descriptivo transversal, utilizando las historias informatizadas del CAP. Como son pocos diagnósticos la población es la muestra.

**Resultados:** De 40 diagnósticos hallados en las historias tres son pacientes de nacionalidad española y 37 de procedencia sudamericana, de estos un 54% son del Perú, 25% de Ecuador y un 21% de Colombia.

**Conclusiones:** Debemos ser conscientes que con la inmigración muchas enfermedades y patologías que en España no son frecuentes, aumentan su prevalencia, y que en este caso sí hay un aumento; el tratamiento es quirúrgico, por lo que conlleva a una mayor derivación a oftalmología y a cirugía oftalmológica. Todo ello supone un incremento en el gasto sanitario y tener en cuenta que, con el gran aumento de la inmigración aumentará el número de consultas, las pruebas diagnósticas, las derivaciones y el gasto farmacéutico.

Pensamos que este puede ser un ejemplo, que aunque poco significativo nos puede dar una idea.



## 12. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL HÁBITO TABÁQUICO EN LOS PROFESIONALES DE UN CENTRO DE SALUD

Catalina Fernández Lozano, José Mancera Romero, Antonio Baca Osorio, Francisca Paniagua Gómez y Rosa Sánchez Pérez

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

**Objetivos:** Conocer la prevalencia y las características del hábito tabáquico entre los profesionales de un centro de salud urbano.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal. Año 2004. Profesionales que trabajan en un centro de salud urbano. Variables: hábito tabáquico y algunas características del consumo. Métodos estadísticos: medidas de frecuencia y asociación.

**Resultados:** 66 profesionales. Categorías: 26 médicos, 22 enfermeros, 10 administrativos, 5 auxiliares de clínica y 3 limpiadoras. Hábito tabáquico: fuman 30 (45,5%), exfumadores 21 y no fuman 21.

De los 30 fumadores 16 son hombres. Fuman el 34% de los médicos, el 50% de los enfermeros, el 70% de los administrativos, el 40% de las auxiliares y el 33% de las limpiadoras.

El 56% habían realizado intentos previos de abandono, el 53% quiere dejar de fumar, el 16% quiere intentarlo antes de un mes el 50% antes de seis meses. El 80% tiene un nivel de dependencia bajo (Fargestron) y el 83% tiene motivación baja (Richmond).

**Conclusiones:** Alta prevalencia del hábito tabáquico. Baja dependencia a la nicotina y baja motivación para dejar de fumar.

## 13. DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Pedro Antonio Vicioso Ranz

*Servicio Canario de Salud. Centro de Salud Orotava-Dehesa.*

**Objetivos:** Correlación en pacientes que acuden a la consulta de Atención Primaria entre los síntomas de disfunción eréctil y las enfermedades predominantes cardiovasculares y psíquicas.

**Materiales:** Se estudiaron a 120 pacientes varones, quienes manifestaron algún síntoma de disfunción eréctil. Se les realizó el test de Shimm para verificar la patología y se correlacionó con los antecedentes personales y sus patologías crónicas. Se pautó medicación específica a todos aquellos que superaron los límites del test.

**Resultados:** De todos ellos sólo 80 (el 66,66%) de los que manifestaron que tenían disfunción eréctil superaba el límite establecido del test de Shimm. De ellos, 39 (el 32,5%) tenían antecedentes de diabetes tipo 2. Veintiocho de ellos (el 23,33%) tenían dislipidemia, 32 (el 26,66%) tenían hipertensión arterial, 49 (el 40,83%) eran obesos. También se estudió la relación con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma.

Se estudió la relación entre disfunción eréctil y causas psíquicas, depresión o ansiedad y con respecto a la medicación prescrita.

Para ello se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.

**Conclusiones:** No hay muchos estudios sobre salud sexual, siendo éste un tema que no se plantea en Atención Primaria, a pesar de la trascendencia que supone la salud sexual sobre el resto de las patologías.

Los valores encontrados en esta serie son variables con respecto a los que se encuentran en la literatura científica, con pequeñas variaciones en los porcentajes, que estimamos son de tipo específico de la zona de salud estudiada.

## 14. NEOBRUFEN® RETARD, UNA BUENA OPCIÓN EN LOS PROCESOS REUMÁTICOS CRÓNICOS Y AGUDOS

Luís M.<sup>a</sup> Muñiz Estancona<sup>a</sup>, Carlos Martínez García-Olalla<sup>b</sup>, Guillermo Prats López<sup>c</sup>, Pere Miret Serra<sup>d</sup>, Manuel Cancio Luque<sup>e</sup> y César Casimiro<sup>f</sup>

<sup>a</sup>CAP de Gorliz. Gorliz. Vizcaya. <sup>b</sup>CAP de Legazpi. Madrid.

<sup>c</sup>AMB. Miraflores. Málaga. <sup>d</sup>CAP de Cervello. Cervello.

Barcelona. <sup>e</sup>CAP Fleming. Sevilla. <sup>f</sup>Abbott Laboratories.

Madrid.

**Objetivos:** Las enfermedades reumáticas y osteomusculares, frecuentemente de carácter crónico, afectan sobre todo a sujetos mayores de 60 años, en general, polimedicados. Simplificar y optimizar el tratamiento es importante para asegurar su buen cumplimiento. Los Coxibs fueron considerados la alternativa ideal a los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) convencionales, pero su alto coste y la polémica sobre su hipotético riesgo cardiovascular han devuelto el protagonismo a los AINE. El objetivo de este estudio fue evaluar la seguridad de Neobufen® Retard, nueva formulación de ibuprofeno que permite administrar altas concentraciones en unidosis diarias, en pacientes con procesos inflamatorios agudos y crónicos.

**Materiales:** Estudio Nerea, observacional, prospectivo, multicéntrico de seguridad con Neobufen® Retard. Inclusión de 4.307 pacientes con artritis reumatoide, espondilitis anquilopoyética, artrosis o lesiones de tejidos blandos, tratados durante 20 días, con la posibilidad de prolongar 20 días más.

**Resultados:** El 6,7% de los pacientes (288) presentaron 351 acontecimientos adversos (AA), de los cuales, 250 fueron relacionados con el medicamento (RAM). La mayoría de RAM fueron de origen gastrointestinal (86,4%), de carácter leve/moderado, con una incidencia parecida en pacientes con procesos agudos y crónicos. Se registraron 2 RAM graves (rectorragia y melena) que se resolvieron. Se presentarán los datos por estrato de edad, cronicidad y medicación concomitante.

**Conclusiones:** Ibuprofeno es el AINE mejor tolerado. Los resultados del Nerea demuestran que incluso a altas dosis (1.600 mg/día) tiene un buen perfil de seguridad. Las características de esta nueva formulación (altas dosis, única administración diaria) lo convierten en una alternativa atractiva para el tratamiento de procesos inflamatorios crónicos.

## 15. ERGONOMÍA Y DISEÑO DE LOS CENTROS DE SALUD. ¿ENEMIGOS ÍNTIMOS?

M.<sup>a</sup> del Carmen Magdalena Fernández, Miguel García Ribes, Roberto Acereda Gómez, María Andrés Gómez y Jesús Castillo Obeso

*Servicio Cantabro de Salud.*

**Objetivos:** En el Año Europeo de la Discapacidad consideramos interesante revisar la accesibilidad de los Centros de Salud (CS) de nuestra área valorando si las nuevas propuestas en diseño arquitectónico se corresponden con una mejoría en la ergonomía de acceso para una población de edad avanzada y con más limitaciones de desplazamiento, así como en la población discapacitada y/o con necesidades especiales de transporte.

**Materiales:** Se valoró la accesibilidad y ergonomía de los 24 CS del CAP-1 (Santander-Laredo) mediante encuesta que valora 19 ítems que incluyen distribución del CS, acceso de vehículos y personas, así como la existencia de barreras arquitectónicas.

**Resultados:** De los CS visitados ninguno cumple totalmente con todos los criterios de accesibilidad analizados. Solo un 54% cuentan con rampa de acceso y en un 24% hay consultas sólo accesibles mediante escaleras. Los vehículos sólo pueden acceder hasta la puerta en un 62% y, una vez en el interior, un 30%

presentan pasillos no practicables para sillas y camillas. No observamos una mejora significativa de la ergonomía en los centros de construcción más reciente.

**Conclusiones:** Si bien la mayor parte de los CS de nuestra comunidad no cuenta con una buena ergonomía de acceso, los diseños arquitectónicos de los CS de reciente construcción tampoco parecen tener en cuenta los criterios de accesibilidad de personas y vehículos. En muchas ocasiones son las innovaciones en la construcción las que las hacen impracticables para ambos. En el diseño de nuevos CS debe de primar el sentido práctico sobre el estético.

## 16. FORMACIÓN DE ESCOLARES EN RCP

Alfredo Ortiz Arjona, Francisco Javier Fonseca del Pozo, Juan Carlos Castro López, Luis Ángel Pérula Torres, Enrique Martín Rioobo y Emilio I. García Criado

*Centro de Salud Dr. Villamor. La Carlota. Córdoba.*

**Objetivos:** Describir los conocimientos de la población escolar de ESO de La Carlota (Córdoba) en materia de resucitación cardiopulmonar (RCP). Conocer su opinión de la enseñanza de RCP en sus estudios.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: escolares de ESO. Cuestionario de elaboración propia. Autocumplimentado en horario escolar. Análisis estadístico descriptivo (SPSS 12.0).

**Resultados:** 462 encuestas. Edad entre 12 y 17 años. Sexo: 45% varones, 55% mujeres. El 13% habían recibido algún curso de RCP. El 36% responden bien a cómo valorar la inconsciencia. El 88% conocen algún teléfono de urgencias. Responden adecuadamente cómo valorar la respiración y qué hacer ante una persona en parada el 67%. El 48% haría el boca a boca a desconocidos. El 52% localiza el punto de masaje. El 77% sabrían reconocer una obstrucción de la vía aérea. El 86% responden correctamente sobre la maniobra de Heimlich. Sólo un 35% contestan adecuadamente sobre la actuación ante un niño mayor de un año. El 67% reconocen que con la RCP la mortalidad disminuiría. El 67% estaría interesado en realizar un curso de RCP en horario escolar.

**Conclusiones:** Más de las tres cuartas partes conoce al menos un número de teléfono de urgencias, con lo que podría alertar a los sistemas de emergencias adecuadamente.

Más de la mitad abriría de forma adecuada la vía aérea, localizaría el punto de masaje correctamente y sabría reconocer una obstrucción de la vía aérea actuando de forma correcta.

La mayoría están interesados en realizar cursos de RCP.

## 17. FORMA JOVEN: APLICACIÓN PRÁCTICA DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN GRUPAL

María Presentación Rull Martínez, Carmen Barea Diáñez, Enriqueta Carrillo Badillo y José Antonio Rodríguez Gómez

*Centro de Salud de Benaolán. Distrito Serranía. Málaga.*

**Objetivos:** Evaluar, empleando los indicadores contemplados en la Guía Forma Joven de la Junta de Andalucía, los resultados en las áreas de atención preferente (afectivo-sexual, adicciones y salud mental), para la selección y mejora continua de nuevas estrategias de intervención grupal.

**Materiales:** Población: 312 alumnos de ESO de la zona con edades de 12 a 18 años.

Recursos humanos: orientador del instituto, médico, enfermera y trabajadora social del centro de salud. Recursos materiales: aula, material didáctico y audiovisual de apoyo.

Instrumentos de análisis y diagnóstico de conductas: modelo

PRECEDE. La información se recoge fundamentalmente a través de cuestionarios en distintas fases para ser posteriormente procesada.

Instrumentos de intervención grupal: modelo EDIPO. Los métodos encaminados a fomentar el aprendizaje se integran y presentan en forma de juegos y actividades diseñados por el equipo docente en función de los problemas de salud detectados previamente.

**Resultados:** Presentamos los datos de indicadores de estructura, de proceso y de resultado. Los indicadores de morbilidad aún no son valorables para todas las áreas al ser la perspectiva temporal todavía limitada.

**Conclusiones:** Las encuestas de satisfacción y la adherencia al programa evidencian la buena aceptación por parte del alumnado.

Frente a diseños más clásicos, el diseño innovador de algunas actividades en forma de juegos de pregunta-respuesta tipo pareja o tipo trivial facilitan la participación del alumno, la superación de barreras y la retroalimentación por parte del equipo docente.

## 18. ¿SABEN NUESTROS PACIENTES MANEJAR SUS INHALADORES?

Margarita Pinel Monge, M.<sup>a</sup> Luisa Esteban Marcos, Gerardo Vieytes Suárez, Miren Martínez Elgarresta, Antonio Luis Martínez López, Francisco Javier Nafarrate Arreche

*C.S. Casco Viejo Vitoria.*

**Objetivos:** Conocer el manejo de inhaladores en pacientes con asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e instruirles en su uso correcto.

**Materiales:** Diseño: estudio descriptivo trasversal. Población: pacientes con asma o EPOC entre 18 y 85 años, con uso de inhaladores en los últimos 6 meses. Material y métodos: se realizó una ficha para cada paciente donde se incluía edad, sexo, tiempo de uso del inhalador médico y un test con diversos pasos recomendados por la SEPAR para el uso de cada inhalador. Los inhaladores evaluados fueron: turbuhaler, Accuhaler, Cartucho Presurizado y Polvo Monodosis. A cada paso del test de la técnica inhalatoria (TI) se le asignó un punto y se consideró la técnica incorrecta si se fallaba en alguno.

**Resultados:** Obtuvimos un total de 40 pacientes con media de edad de  $54,02 \pm 20,71$ . Un 65% eran varones. El 62,5% tenían EPOC y el 37,5% restante sufrían asma. La TI fue incorrecta en el 63% de los casos. El 37% usaban Turbuhaler, el 26% Cartucho Presurizado, el 19% Polvo Monodosis y el 18% Accuhaler. La TI peor realizada fue el Cartucho Presurizado (incorrecta en el 73% de los casos). Los pacientes con EPOC realizan la TI peor que los asmáticos (67% incorrecta frente a 56%). Las mujeres realizan la TI peor que los varones (68% frente al 61% incorrectamente).

**Conclusiones:** Se obtuvo un elevado porcentaje de pacientes con TI incorrecta. Sería necesario insistir en la educación sobre las TI a nuestros pacientes.

## 19. PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Marta Gloria Fábregas Camps, José Luis del Val García EAP Marc Aureli. Institut Català de la Salut.

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres, diferenciando por tipo de incontinencia (de esfuerzo y otras).

**Materiales:** Se realiza en un centro de salud urbano.

Para diagnosticar la incontinencia se utiliza el cuestionario para el diagnóstico de incontinencia urinaria. Variables recogidas: edad, número de hijos, intervenciones ginecológicas / urológicas previas, incontinencia urinaria y tipo.

Muestra: aceptando un riesgo alfa de 0,05 para una precisión de  $\pm 5$  unidades porcentuales en un contraste bilateral para una proporción estimada de 15, se precisa una muestra aleatoria poblacional de 195 sujetos, asumiendo que la población femenina es de 35.018 sujetos (Padrón 2003).

**Resultados:** La prevalencia de IU total fue del 32,2% (IC95%: 25,7-38,6%), siendo más frecuente por inestabilidad del detrusor (25,7%). En el grupo de 15-48 años la prevalencia hallada fue del 37,5%, siendo más frecuente por estrés (31,3%). Las mujeres con IU tienen una media de 5 años más que las que no tienen ( $p = 0,021$ ). No se encuentran diferencias significativas por antecedente de intervención ni número de hijos. El 100% de las IU estudiadas fueron permanentes (4 o más semanas de evolución).

**Conclusiones:** La incontinencia urinaria en mujeres es un problema importante en nuestra población y es necesario implementar equipos de profesionales de Atención Primaria específicos para diagnosticar y tratar a estas pacientes.

## 20. UTILIZACIÓN DE LA ESCALA DE LAWTON-BRODY EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Antonio Alos Montoliu, Judith Company Fontané y Nuria Sorolla Redrado

*Institut Català de la Salut.*

**Objetivos:** Analizar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en pacientes mayores de 65 años que acuden a la consulta de Atención Primaria (AP).

Diferenciar entre sexos la autonomía y establecer la edad en que disminuyen las AIVD.

**Materiales:** Pacientes mayores de 65 años que acuden a la consulta de AP de forma autónoma.

Se han establecido tramos de edades (cada 5 años) para analizar las diferencias entre edad y sexo. Se ha utilizado la escala de Lawton-Brody para determinar las AIVD.

**Resultados:** Número de pacientes: 116 hombres y 44 Mujeres 72.

Edad: media: hombres 73 (Min: 66 - Max 86), mujeres 74,76 (Min: 66-Max 86).

AIVD: media total 4,3 (DE 0,9), hombres 4,5 (DS 0,7), mujeres 4,2 (DE 1), a los 76 años: hombres, 4,5 mujeres 4.

**Conclusiones:** A partir de los 76 años es cuando se producen más alteraciones en las actividades diarias en ambos sexos, aunque no afecta de forma significativa en su autonomía global.

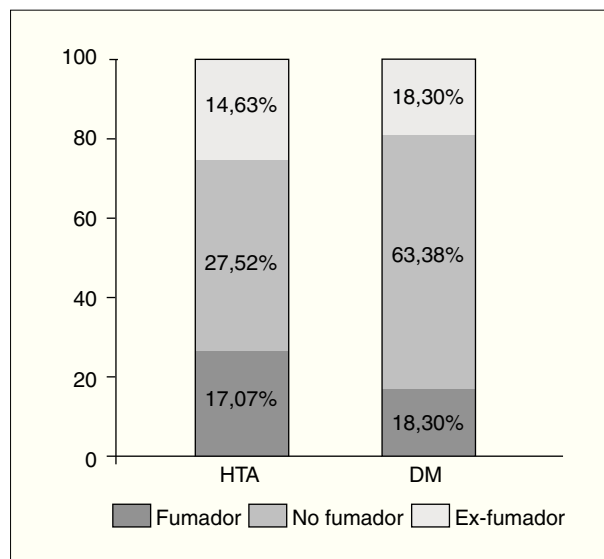
La escala de Lawton-Brody permite de forma rápida y en la consulta tener una idea global del grado de independencia en su vida diaria a este grupo de pacientes.

## 21. FUMAR: FACTOR DE RIESGO MODIFICABLE, ¿PODEMOS INTERVENIR MÁS?

Montse Andreu Miralles, Olga Domínguez Guillamón, Óscar Peral Alonso, Xavier Olivé Ferré, Alba Gurt Davi y Francisco Montañés Muñoz

*CAP Vila Olímpica de Barcelona.*

**Objetivos:** Conocer qué pacientes con factores de riesgo cardiovascular fuman, y así poder intervenir más activamente, ya que el consumo del tabaco mata a 4 millones de personas cada



año en todo el mundo. Es causa conocida o probable de más de 25 enfermedades. Es la primera causa prevenible de enfermedad e incapacidad.

La consulta de Atención Primaria ofrece una de las mejores oportunidades para identificación, tratamiento, seguimiento y derivación, cuando sea necesaria, de los fumadores. La relación entre el profesional y el paciente por las características de la consulta crea una situación especial en la que el paciente está más receptivo a los consejos sobre la salud.

**Materiales:** En un centro de Atención Primaria de ámbito urbano mediante un estudio descriptivo retrospectivo y transversal, en pacientes diabéticos, hipertensos de un cupo, mediante historias informatizadas, para así cuando vuelvan a la consulta podamos insistir de manera breve, firme y clara para dejar de fumar.

**Resultados:** De 287 hipertensos y diabéticos, de los 116 hipertensos: 17,07% son fumadores, 27,52% no fumadores, y un 14,63% son exfumadores; de 71 diabéticos 18,30% son fumadores, 18,30% exfumadores, y un 63,38% no fumadores. Tenemos un 17,07% de hipertensos fumadores y un 18,30% de diabéticos fumadores.

**Conclusiones:** Viendo que aún hay hipertensos y diabéticos que son fumadores queremos ser más intervencionistas, aunque hayamos empezado por hipertensos y diabéticos no quiere decir que no lo hagamos con los demás. En un año volveremos a evaluar cuántos de ellos ya han dejado de fumar.

## 22. ¿TIENEN CALIDAD DE VIDA NUESTROS ANCIANOS?

Jerónimo González García, Nieves Gómez, Soledad García, Rosario García Santa Fe y Miguel García

**Objetivos:** Valorar la calidad de vida en mayores de 65 años de un centro de salud urbano.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal realizado en el 2004. El tamaño muestral fue de 378. El muestreo fue sistemático, aleatorio y obtenido a partir de la base de datos informatizada de la tarjeta sanitaria individual (SIP).

Instrumento de medida: escala de valoración socio familiar de Díaz Palacios (ESVF).



El contacto se estableció mediante llamada telefónica, concertando la cita para la encuesta con el paciente o cuidador en el Centro.

**Resultados:** Sólo respondieron 188, de estos 116 acudieron al Centro, 44 no acudieron y 28 se negaron a participar. El 62% fueron mujeres.

Valoración situación familiar: 63% vivía con la familia, 37%, solos. Economía: 84,5% > 360,2,6% sin ingresos.

Vivienda: 61,2% adecuadas a sus necesidades. Relaciones y contactos sociales: 41,4% fuera del domicilio, 19,5% no sale del domicilio. Apoyo red social: 81,9% no necesita apoyo (cobertura familiar), 7,8% voluntarios o ayuda domiciliaria.

La ESVF: 37,1% en buena situación social, 62,9% en situación de riesgo social, 0% problemática social severa.

**Conclusiones:** La ESVF es una escala de fácil manejo, se aplica en poco tiempo y es comprensible por los ancianos. La información es relevante, por tanto sería interesante su inclusión en la guía de la Consellería de Sanidad. Destacar el porcentaje en riesgo social más elevado de lo esperado (40% en otros estudios), 19% viven solos y carecen de hijos y familiares.

7 de octubre de 2005

09:00 h

## 1. DETECCIÓN DE LA ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Mikel Casado Goti, Francisco Salmerón Corraliza, Juan Luis Delgado Estévez, Isidro Domingo Godoy García, Margarita Taboada García y Pilar Orozco Hernández

ZBS Ofra-Delicias. Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos:** Detectar la probable ansiedad y/o depresión en población general que acude por sintomatología psíquica a consultas de Atención Primaria (AP). Conocer sus características y detectar diferencias significativas.

**Materiales:** Diseño: Estudio descriptivo. Ámbito: ZBS urbana. Sujetos: pacientes que acuden a 3 consultas urbanas desde noviembre de 2004 hasta abril de 2005.

Variables de la HCAP: edad, sexo, análisis previos en 12 meses (APREV).

Encuesta sobre antecedentes personales y familiares ansiedad/depresión y escala Golberg (G) ansiedad/depresión.

**Resultados:** G positivo ansiedad (GPA): 89%. G positivo depresión (GPD): 87%. Ciento trece pacientes (70% mujeres); edad 48,43 más/menos 15,63; (IC 95%: 45,52 a 51,53), APREV 79%.

Por grupos de edad:

– 17 a 34 años, n = 26: GPA 24% GPD 23%.

– 35 a 64 años, n = 67: GPA 58% GPD 57%.

– 65 a 79 años, n = 20: GPA 18% GPD 18%. Por Mac Nemar (2 x 2) existen diferencias significativas entre GPA para grupos b y c (p = 0,0049), entre GPA respecto a los 2 sexos y entre GPD respecto a mujeres (p = 0,0116) y hombres (p = 0,0013).

También existen diferencias entre GPA respecto a grupos a y b (p = 0,0013) y entre GPD respecto a estos grupos (0,0090).

**Conclusiones:** A edades mayores de 65 años existe significativamente menor GPA para grupo de 65 a 79 años. A edades menores de 35 años significativamente más GPA y GPD para grupo de 17 a 34 años.

## 2. ANÁLISIS DEL LAVADO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Carlos González Rubio, Félix Lorenzo Martínez y Pilar Vilarrasa Parcerisa

ICS.

**Objetivos:** Cuantificar, durante un año, los casos de tapones de cerumen. Valorar la efectividad del lavado otológico para eliminar el taponamiento por cerumen del conducto auditivo externo. Analizar las complicaciones asociadas a la técnica realizada.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal en pacientes atendidos por dos UBA entre el 23 de febrero de 2004 y el 22 de febrero de 2005 en el CAP Lliçà de Vall que presentan obstrucción del conducto auditivo externo por cúmulo de cerumen, siendo el principal motivo de consulta o detectándose en una visita por otro motivo.

Tras valorar el médico las contraindicaciones (otitis media o externa activas, antecedentes o sospecha de perforación timpánica, historia de otitis crónica supurada, heridas recientes del tímpano o CAE, tapón epidérmico, cirugía otológica) se informa al paciente de las posibles complicaciones de la técnica y se decide la indicación o no de la extracción.

Realización del lavado por parte de enfermería.

**Resultados:** – Número de casos 106 (62 bilaterales y 44 unilaterales).

– Efectividad: 92,5% de los casos se resuelven en la consulta con una sola extracción, 5,7% de los casos requieren una segunda intervención, 1,8% de los casos son derivados.

– Complicaciones: 0% graves, 3,9% leves, 2 erosiones en CAE, 2 otitis externas.

**Conclusiones:** La resolución de los casos de taponamiento del conducto auditivo externo mediante el lavado otológico con jeringa en Atención Primaria es elevada. Los riesgos de causar lesiones con esta técnica son bajos. La derivación a Otorrinolaringología se minimiza, disminuyendo el tiempo de espera, y se aumenta la eficiencia y la satisfacción del usuario.

## 3. ABORDAJE DEL DOLOR EN EL ANCIANO

Julio Zarco, Carmen Castillo, Pedro Gil Gregorio, Antón Herreros, Alfonso Moreno González y Manuel Jesús Rodríguez

Invesalud Consultoría.

**Objetivos:** Características del paciente anciano con dolor y abordaje del mismo, realizado por médicos de Atención Primaria (AP).

**Materiales:** Estudio epidemiológico transversal, multicéntrico, nacional. Muestra analizada 1.120 pacientes mayores de 65 años de ambos sexos.

**Resultados:** El 60% de la muestra son mujeres; la edad media es  $74 \pm 6,25$  años; un 76,5% reside en medio urbano. El 68% de los pacientes acude a consulta por revisión; el 32% son de nueva consulta. Para un 86% de los pacientes el dolor constituye el principal motivo de la consulta; el 74,7% de los pacientes ya había acudido anteriormente por dolor. El tiempo de evolución del dolor se recogió en días, meses o años: la media en años es de  $6,9 \pm 5,21$ , en meses de  $5,1 \pm 4,44$  y en días es de  $10,1 \pm 8,57$ ; el mínimo es de un día y el máximo de 30 años. Los pacientes duermen una media de 6,4 horas/noche; el 31% necesita hipnóticos; el dolor despierta a un 49%. Un 83% de los pacientes presenta alguna patología asociada: HTA (53,5%), hiperlipidemias (28,6%), obesidad (27,3%).

**Conclusiones:** Presentan dolor intenso EAV 7,  $1 \pm 1,28$ ; se localiza principalmente MMII 44% y espalda 43%; un 83% presenta alguna patología asociada; importante número de pacien-

tes con ansiedad (27,4%) y depresión (15,4%); el 31% necesita hipnóticos para dormir a causa del dolor; el dolor despierta por la noche a un 49% de la muestra.

#### 4. EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE CÁNCER: CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y ACTITUDES

Manuel José Vicente Arroyo, María Ángeles González Lucas, Marta Moreno Gómez, Montserrat Alonso Sardón, José Antonio Mirón Canelo y María del Carmen Sáenz González

*Centros de Salud y Facultad de Medicina de Salamanca.*

**Objetivos:** El objetivo general ha sido conocer la educación sanitaria (ES) de la población adulta en relación a las medidas preventivas del cáncer.

**Materiales:** Se realizó un estudio transversal y muestral del Área de Salud de Salamanca. Los individuos seleccionados mediante rutas aleatorias (656) fueron entrevistados a través de un cuestionario (instrumento de medida) con las variables epidemiológicas e ítems relativos a las medidas de prevención relacionadas con el cáncer.

**Resultados:** Es la enfermedad que más preocupa (IC 95%: 63,1  $\pm$  4). El 19,7% (19,7  $\pm$  3) han oído hablar del Código Europeo contra el Cáncer (CECC). De éstos, el 64,8% (64,8  $\pm$  4) NS/NC y el 23,9% (23,9  $\pm$  3) que son recomendaciones preventivas. El nivel de instrucción, clase social y antecedentes se asocian significativamente a conocimientos del CECC. Las acciones preventivas más conocidas: no fumar (97,7  $\pm$  2), evitar exposición al sol (92,2  $\pm$  2) y beber moderadamente alcohol (77,8  $\pm$  3). El 6,1% ha asistido a charlas de ES. El 16,3% ha participado en programas de cribados. Básicamente, mujeres a cribados de mama. A mayor nivel de instrucción, con significación estadística, más consultas y mayor participación. El nivel de instrucción influye significativamente en las actitudes y opiniones. El 84,1% desearía saber el diagnóstico desde el primer momento y el 46% refiere que debe cambiar la coordinación entre servicios (302), entre niveles asistenciales (289) y las habitaciones hospitalarias deberían ser individuales (299). También refieren diferencias entre el sistema privado y público (26,1  $\pm$  3).

**Conclusiones:** Escaso conocimiento del CECC y de las medidas preventivas. La clase social se asocia significativamente a conocimiento y a actitudes inadecuadas.

#### 5. LA JORNADA DE LA SALUD: UNA EXPERIENCIA COMUNITARIA DIFERENTE

Teresa Rama Martínez, Montserrat Portas Gómez, M.<sup>a</sup> José Lorente Guerrero y M.<sup>a</sup> Carmen Martínez Carbó

*Área Básica de Salud Sant Adrià del Besós. Barcelona.*

**Objetivos:** Conocer los temas de salud que preocupan más al ciudadano; difusión y valoración de una actividad comunitaria.

**Materiales:** Nuestro Equipo de Atención Primaria (EAP) situado en una zona urbana organiza un día al año con la colaboración del Ayuntamiento una jornada de divulgación sanitaria mediante diversos stands en la calle. Este año: hipertensión arterial (HTA), diabetes, tabaco, alimentación, ancianidad, pediatría y adolescencia y trabajo social.

Estudio observacional transversal mediante un cuestionario realizado aleatoriamente en los stands. Variables: edad; sexo; ser residente. Preguntas: temas de salud que le preocupan más; stand que falta; otras actividades comunitarias que le

gustaría que hiciesen los profesionales sanitarios; si conocía la Jornada y puntuación global de la misma: de 1 (poco) a 5 (mucho).

**Resultados:** 123 encuestas; 68,2% mujeres. Edad media: 52 años. Por grupos de edad: 4,8% de < 24; 24,3% entre 24-40; 45,5% entre 41-64; 25,2% 65.

El 78,8% vive en la población.

– Temas más puntuados: alimentación (73% de los encuestados). HTA (55%), ancianidad (32%).

– Stand que falta: 83% ninguno. Resto de respuestas heterogéneas.

– Otras actividades a realizar fuera del centro de salud: charlas a centros de enseñanza (52%) y a centros de ancianos (43%).

– El 59% conocía la Jornada. Un 28% es residente y no la conocía.

– Valoración de la Jornada: 4,5.

**Conclusiones:** Esta actividad comunitaria estimula el EAP y facilita el acercamiento a la población. Nos permite realizar una labor importante de información y educación sanitarias.

#### 6. ENCUESTA DE CONOCIMIENTO, SATISFACCIÓN Y EXPECTATIVAS DEL PACIENTE CON ARTROSIS EN ESPAÑA. ESTUDIO ARTE: RESULTADOS PRELIMINARES

Santiago Suso Vergara<sup>a</sup>, Jaume Benavent Areu<sup>b</sup> y Anna Raber Béjar<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servei de Cirurgia Ortopédica y Traumatológica. Hospital Clínic Barcelona. <sup>a</sup>Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample. Barcelona. <sup>c</sup>Departamento Médico Almirall. Barcelona.

**Objetivos:** La artrosis es la enfermedad reumática articular más frecuente. En su correcto tratamiento parece tan importante la educación al paciente como un tratamiento farmacológico eficaz.

Evaluar el conocimiento, satisfacción y expectativas del paciente en relación a su enfermedad y manejo terapéutico y describir el perfil de los pacientes con artrosis en España.

**Materiales:** Estudio epidemiológico. Se prevé contar con una muestra representativa de la población con artrosis en España, edad  $\geq$  18 años, en tratamiento farmacológico para la artrosis  $\geq$  4 meses.

**Resultados:** Se muestran resultados preliminares de n = 1.844 pacientes; edad media de 64,2 años ( $\pm$  10,4); 75,4% mujeres. La localización de la artrosis más frecuente es en rodillas (79,6%) y columna (53%). En cuanto a la sintomatología, 96,1% manifiestan dolor y 66,7% rigidez. El factor de riesgo más común es la obesidad (52,4%).

El diagnóstico se realiza de modo clínico y radiológico simultáneamente (73,3%).

La terapia farmacológica más habitual son antiinflamatorios orales (69,1%) y analgésicos (66,3%); la no farmacológica es educación al paciente (67,5%) y recomendación de reducción de peso (55,5%).

En cuanto al conocimiento del paciente de su enfermedad, el 88,3% creen que su artrosis no tiene curación. En sus expectativas, el 93,8% prefieren un tratamiento que alivie el dolor y retrase la evolución de la enfermedad. El 55,9% están bastante satisfechos con su tratamiento actual.

**Conclusiones:** El paciente valora las estrategias orientadas al control del dolor y evolución de la artrosis, que junto con los programas de educación/información para pacientes deben ser una prioridad para lograr optimizar la actitud frente a la artrosis y su tratamiento.

## 7. DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Pedro Antonio Vicioso Ranz

Servicio Canario de Salud. Centro de Salud Orotava-Dehesa.

**Objetivos:** Estudio observacional para la valoración del efecto del antidepresivo sertralina en pacientes adultos afectados de un proceso depresivo, ansioso-depresivo, con trastornos obsesivos-convulsivos, o con trastornos de pánico (con o sin agorafobia).

**Materiales:** En este análisis se estudian los efectos beneficiosos de un fármaco antidepresivo, sertralina, a dosis de 50 mg/día o 100 mg/día, según el diagnóstico clínico de depresión a una población de 50 pacientes de ambos sexos y de edad entre los 18 años y los 77 años, durante un período de 6 meses. Se analiza la puntuación en el test de Beck, test de Hamilton, test de Yesavage, tanto al principio como al final del estudio, así como la edad y el sexo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.

**Resultados:** Se escogieron a 63 pacientes mayores de 18 años, 16 varones y 47 mujeres, y se estudiaron durante 6 meses. De ellos, 13 (el 20,63%), no continuaron en el estudio por abandono. Cincuenta pacientes terminaron los 6 meses de tratamiento y de evaluación (12 varones y 38 mujeres). La edad variaba entre los 18 años como mínimo y los 77 años máximo, con una edad media de 47,58 años.

**Conclusiones:** Se evidencia la eficacia del tratamiento durante 6 meses por las diferencias estadísticamente significativas de las puntuaciones obtenidas en ambos test al principio y al final del estudio. Analíticamente, no se observaron variaciones en las cifras que indiquen patología hepática, ni de disfunción renal, así como ausencia de efectos secundarios específicos del fármaco.

## 8. MANEJO DE INSTRUMENTOS EN LA DETECCIÓN DE ALCOHOLISMO EN ADOLESCENTES

M.<sup>a</sup> Ángeles Javierre Loris, Cristina Garcés San José, Claudia Espinosa Castillo, Belén Aladrén Martínez, Federico García Saiz y Alberto Valls García

Hospital Miguel Servet. Centro de Salud San José Norte.

**Objetivos:** Comprobar la existencia de patología derivada del consumo de alcohol entre los adolescentes.

Averiguar la influencia que puede tener sobre el adolescente el consumo de alcohol en familiares que conviven con ellos. Valorar la relación entre alcohol y consumo de otros tóxicos.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal mediante administración de encuestas de autocumplimentación. Incluye adolescentes entre 13 y 19 años, incluyendo el test de Cage, test de MALT-S y el test de Audit.

**Resultados:** Muestra: 75,42,6% de varones.

Según test de Cage: 20% de posible alcoholismo (12% varones).

Según test de Audit: 22% de sospecha de alcoholismo (17% mujeres). Según test de MALT-S: 12% de sospecha de alcoholismo (8% mujeres). La edad de mayor consumo de alcohol fueron los 16 años.

**Conclusiones:** A la vista de los resultados obtenidos, podemos concluir que verdaderamente existe un importante problema de salud pública con el consumo de alcohol entre adolescentes. Cifras como el 20% de los encuestados con problemas de alcohol deberían hacernos reflexionar para poner solución cuanto antes a los mismos.

## 9. PREVALENCIA Y SIGNIFICADO CLÍNICO DE LA FIBROMIALGIA EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE

Rafael Belenguer Prieto<sup>a</sup>, José Francisco Pastor Oliver<sup>b</sup>, María José Gimeno Tortajada<sup>c</sup>, José Vicente Climent Sáez<sup>d</sup>, Marie M. Guillard<sup>e</sup> y José P. Gomis

Centros de Salud <sup>a</sup>Algemesi. <sup>b</sup>Xàbia. <sup>c</sup>Ingeniero J. Benlloch. <sup>d</sup>Castelló de la Ribera. <sup>e</sup>Cáncer. Grupo de Estudio del Aparato Locomotor (GEAL)-SEMERGEN-Comunidad Valenciana.

**Objetivos:** Analizar la prevalencia de fibromialgia en pacientes diagnosticados de Síndrome de Sjögren Primario (SSP), así como su impacto en la calidad de vida de estos pacientes.

**Materiales:** Se incluyeron 110 pacientes con SSP (105 mujeres-5 varones) visitados consecutivamente. La evaluación de la calidad de vida se realizó mediante el cuestionario SF-36. El diagnóstico de fibromialgia se efectuó según los criterios de clasificación del ACR (1990).

**Resultados:** El 31% de los pacientes presentaron fibromialgia. Todas mujeres: edad media de 56 años. No observamos diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de las principales manifestaciones clínicas, analíticas e inmunológicas del SSP respecto a la presencia o no de fibromialgia asociada. Sí observamos una mayor frecuencia de dolor diario (77 frente a 33%,  $p < 0,001$ ), cefalea (74% frente a 42%,  $p = 0,004$ ), alteración del sueño (38 frente a 15%,  $p = 0,007$ ), depresión (59% frente a 25%,  $p = 0,001$ ) y fatiga (media EVA de 6,85 frente a 5,09,  $p = 0,02$ ) en pacientes con SSP y fibromialgia.

La evaluación de la calidad de vida mostró puntuaciones significativamente inferiores para la función física ( $p = 0,002$ ), papel físico ( $p = 0,003$ ), vitalidad ( $p < 0,001$ ), salud mental ( $p < 0,001$ ), función social ( $p = 0,005$ ), dolor corporal ( $p < 0,001$ ) y salud general ( $p < 0,001$ ) en aquellos pacientes que se asoció fibromialgia al SSP.

**Conclusiones:** Un tercio de nuestros pacientes con SSP sufren concomitantemente una fibromialgia. Estos pacientes presentan con mayor frecuencia dolor, cefalea, alteraciones del sueño, depresión, fatiga y una peor calidad de vida. Debemos evaluar exhaustivamente la coexistencia de fibromialgia con el SSP debido al impacto que origina en la morbilidad y calidad de vida del paciente.

## 10. DEPRESIÓN EN POBLACIÓN INMIGRANTE

M.<sup>a</sup> José Fernández Jiménez, Aurora Maestro Martín, Javier Martínez Blanco, Maximina Fernández Menéndez, Carlos Enrique Callejón Cuadra y Gloria Aycart Valdés

Centro de Salud Alhaurín de la Torre. Málaga.

**Objetivos:** Analizar la patología depresiva presente en la población inmigrante que acude a nuestro centro de salud.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal. Se aplicó la escala de depresión de Hamilton a una muestra aleatoria de 200 inmigrantes que acudieron a nuestro centro de salud del 1 de enero al 30 de abril del 2005.

**Resultados:** El 19,5% presentaron una puntuación entre 0-7 (normal); el 51% una puntuación entre 8-12 (depresión menor); el 14,5% una puntuación entre 13-17 (menos que depresión mayor); el 11% una puntuación entre 18-29 (depresión mayor); el 4% una puntuación entre 30-52 (más que una depresión mayor). De los 200 pacientes a los que se les aplicó la escala sólo un 16% habían demandado una atención relacionada con la salud mental.

**Conclusiones:** Destaca la alta prevalencia de depresión entre la población inmigrante, con el agravante de que la mayoría

no demanda por iniciativa propia una atención relacionada con la salud mental. Debido a esto se deberían realizar actuaciones específicas en el área psiquiátrica en esta población.

## 11. EVOLUCIÓN DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR DROGAS (IAD) DURANTE 25 AÑOS, EN EL ÁREA 11 DE LA COMUNIDAD DE MADRID (ESTUDIO VEIA)

**Pedro J. Caballero Vallés**

*Centro de Salud Ángela Uriarte. Área 1 de la Comunidad de Madrid.*

**Objetivos:** Presentar las IAD del año 2004 y comparar con nuestros datos de 1979 para conocer la evolución. Analizar los cambios sanitarios y sociales que permiten estos estudios periódicos. Alertar sobre un problema creciente que implica frontalmente al médico de familia (más de un 30% de IAD se benefician con nuestra actuación), y que tiene escasa representación en nuestros Congresos.

**Materiales:** Se recogen todas las urgencias por IAD del Hospital Doce de Octubre de Madrid durante 2004 anotándose la edad, sexo, hora, día de la semana, tóxico, antecedentes y evolución. Dos estudios descriptivos transversales analizados con técnicas básicas de estadística descriptiva cuyos resultados se comparan con Chi cuadrado.

**Resultados:**

	N.º	Hombres	Mujeres	Edad	Edad hombres	Edad mujeres
1979	15	13%-86%	2-14%	20 ± 2	21	18
2004	226	162%-72%	64%-28%	30 ± 8	30	27
		Heroína	Cocaína	Cannabis	LSD	Anfetaminas
1979	20%	13%	33%	6,6%	6,6%	6,6%
2004	6,2%	67,7%	12%	—	8,8%	5,3%

**Conclusiones:** En estos años las IAD se han multiplicado por 15 (1.500%). La media de edad pasa de 20 a 30 años y es significativamente menor en las mujeres ( $p < 0,05$ ). Aparecen casos en mayores de 50 años, antes impensables.

La cocaína representa actualmente casi el 70% de todas las drogas y la heroína baja hasta el 6%. Hace 25 años no hubo ningún caso de MDMA ahora hay 20 casos. El cannabis ha pasado de 6 casos a 27. Los disolventes y el éxtasis líquido habrán de tenerse en cuenta.

## 12. ¿QUÉ LES PREOCUPA A LOS ADOLESCENTES SOBRE EL SEXO?

**Ana Belén Melgar Borrego, Rosa Julián Viñals, Lourdes Martín Méndez, Ainhoa Gómez Lumbreras, Olga Bermejo Pablos e Isabel Boch Meléndez**

*Centro de Salud Peñagrande. Área 5. Madrid.*

**Objetivos:** Analizar los temas que más han interesado a adolescentes de tercero de ESO de un instituto urbano, tras recibir charlas de educación para la salud sexual por parte de profesionales de Atención Primaria.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal. Mediante cuestionario anónimo autocumplimentado se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, primeras y segundas conclusiones más importantes para ellos y utilidad de las charlas. Los temas tratados son: anatomía y fisiología del aparato genital de ambos sexos,

embarazo, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual (ETS).

**Resultados:** Muestra de 102 adolescentes cuya edad media es de 14,82 años (14 a 17 años) siendo el 59% mujeres. El tema que más ha interesado es el preservativo (47,1%), seguido de las ETS (39,2%) y otros métodos anticonceptivos (10,8%). Muchos de ellos no encontraban una segunda conclusión (29,4%), el 28,4% señalan ETS y el 23,5% el preservativo.

El 99% consideraron muy útiles las charlas.

Analizando ambos sexos se observa que el preservativo es el tema candente en los varones (60%), frente al 40,7% de las féminas. Las ETS son la primera preocupación de las mujeres (44,1%), frente al 35% de los varones. Otros métodos anticonceptivos lo señalan únicamente el 15,3% de las mujeres y el 5% de los varones, (diferencias no estadísticamente significativas).

**Conclusiones:** El uso del preservativo como método anticonceptivo es la primera preocupación de los adolescentes consultados, siendo secundario las ETS (especialmente en varones). Existe menor interés por el resto de métodos anticonceptivos. Los encuestados consideran que recibir educación sexual de profesionales de atención primaria es muy útil para ellos.

## 13. GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LAS HISTORIAS DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

**Pedro Moreno Ruiz, Eva Jiménez Rosendo, Yolanda León Rosales, Antonio Guiote Torres, Antonio Molina Rodríguez y Esteban Rojas Navas**

*Centro de Salud de Huéscar.*

**Objetivos:** Conocer el grado de cumplimentación de la historia clínica de urgencias en un centro con urgencias 24 horas, situado a 50 km del hospital.

**Materiales:** Estudio descriptivo retrospectivo, se escogieron de forma aleatoria historias del dispositivo de urgencias del centro de salud durante 45 días. Recogiendo datos acerca de la cumplimentación de distintos aspectos de la historia. Analizados mediante SPSS.

**Resultados:** Se recogieron datos de 266 historias, edad media de 37 ± 26 años, distribución por sexos: 49% mujeres, 51% hombres.

El 91% fueron asistidos en el centro, 8,6% en domicilio y 0,4% en vía pública, la demora fue menor a 15 minutos en el 80%.

De entre los antecedentes reflejados en la historia: alergias 83%, enfermedades previas 50%. Datos no recogidos: tratamiento habitual 80%, cirugía previa 65%.

La anamnesis estaba bien cumplimentada en un 89% de las historias, la exploración en un 73%, se recogió juicio clínico en un 93%.

Registrada la aplicación de tratamiento en la actuación del centro un 46%, se derivaron un 7% de los pacientes a hospital, el resto a su médico de Atención Primaria.

**Conclusiones:** Buen registro de datos clínicos referentes a la actuación prestada.

Bajo registro en la historia de algunos aspectos referentes a los antecedentes (tratamiento habitual, patologías y/o cirugías previas).

Mayoría de la atención prestada en el ámbito físico del centro de salud.

Bajo grado de derivación-alto grado de resolución.



#### 14. MEJORANDO LAS URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿CUESTIÓN DE FORMACIÓN O DE NECESIDAD?

Miguel García Ribes, María Andrés Gómez, M<sup>a</sup> del Carmen Magdalena Fernández y Jesús Castillo Obeso

Servicio Cántabro de Salud.

**Objetivos:** Un elevado porcentaje de las urgencias son atendidas inicialmente en los Centros de Salud (CS) por lo que éstos deben contar con un área de urgencias convenientemente dotada desde el punto de vista instrumental y humano. Las medidas habituales para la optimización de la atención urgente en Atención Primaria (AP) son los cursos de formación para el personal, pero ¿son suficientes? El objetivo de este estudio es analizar la situación actual al respecto, así como los factores determinantes en este proceso.

**Materiales:** Mediante visita no concertada se revisó la infraestructura instrumental y humana del área de urgencias de los 24 CS del CAP 1 de Cantabria. Tras los preceptivos cursos de formación en urgencias se realizó una nueva revisión, controlando las posibles causas de las variaciones observadas.

**Resultados:** La dotación media de los servicios de urgencias analizados sólo cubre el 38,83% de los requerimientos mínimos recomendados, 4 puntos por debajo del año anterior. Observamos una importante mejoría en lo que respecta a la distribución monocompartimental del material pero no así en su cantidad y calidad. Parece que el número de urgencias atendidas, así como la gravedad de éstas es el principal factor determinante en la calidad de la dotación de estos servicios.

**Conclusiones:** La dotación de los servicios de urgencias de AP del área estudiada presenta importantes carencias. Mientras que la formación, ubicación y accesibilidad del CS no parecen ejercer influencia significativa en esto, las características de la demanda sí parecen ser un factor determinante.

#### 15. ESTUDIO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE UN AÑO. ¿EXISTEN DIFERENCIAS SEGÚN LA RAZA?

Fernando Andrés Mantecón, Álvaro Pérez Martín, José Ramón López Lanza, Santiago Raba Oruña, María José Agüeros Fernández y Pedro Echave Ceballos

CS Los Valles. Cantabria.

**Objetivos:** Analizar las características de los usuarios menores de 14 años atendidos en un servicio de urgencias extrahospitalarias, buscando diferencias y similitudes con los usuarios de etnia gitana.

**Materiales:** Estudio transversal descriptivo de los pacientes menores de 14 años atendidos por las urgencias extrahospitalarias de Los Valles (Cantabria) durante el año 2004. Análisis estadístico: variables cuantitativas media y desviación típica y cualitativas porcentajes, para comparar Chi-cuadrado. La zona tiene 1.530 pacientes, 1,37% de etnia gitana.

**Resultados:** Se realizaron 344 atenciones urgentes a niños, 139 a usuarios etnia gitana (40,40%). Se encontraron diferencias significativas en el sexo (varón gitano 69,1% frente a 49,3%) y destino paciente ( $p < 0,05$ ) pero no en edad (8,47 años frente a 7,26), atención a domicilio (0% frente a 0,5%), atención en horario tarde ( $p = 0,053$ ), mes atención ( $p = 0,065$ ), día atención ( $p = 0,283$ ) o necesidad medicación ( $p = 0,457$ ). Las causas más frecuentes en la etnia gitana fueron traumatológicas (36%), neumológicas (16,5%) y dermatológicas (15,8%) mientras que en el resto fueron causas neumológicas (27,3%), traumatológicas (17,6%) y digestivas (13,7%). Los fines de semana son los días más usados (31,7% frente a

44,4%), por la tarde (69,8% frente a 57,6%), siendo la atención nocturna 11,5% frente a 13,2%. El destino más frecuente es el domicilio (61,9% frente a 74,3%), siendo la derivación hospitalaria 4,3% frente a 3,5%. Necesitó medicación aguda en 3,6% frente a 4,5%, (antiinflamatorios [80%]); requirió medicación posterior 63,8% frente a 67,7%, (antiinflamatorios [60,2% frente a 68,4%]).

**Conclusiones:** Existe un mayor uso del servicio de urgencias por parte del usuario de etnia gitana, siendo éste principalmente varón. El gitano no demanda asistencia domiciliaria, siendo la causa principalmente traumatológica. Sólo se han encontrado diferencias significativas con el sexo y el destino del paciente. Existe menor derivación hospitalaria en la etnia gitana.

#### 16. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

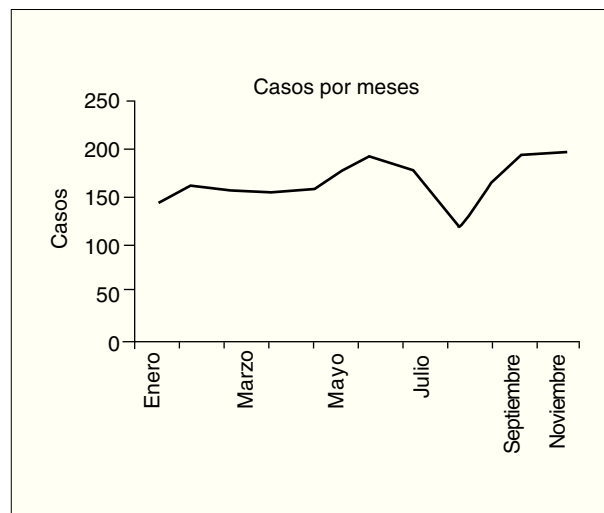
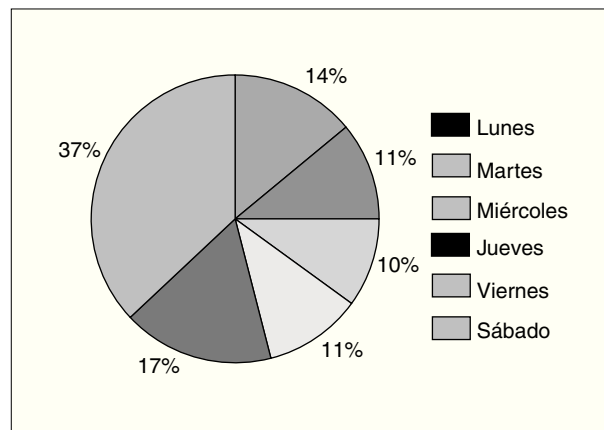
Joaquín Torras Sallès, Pilar Delgado Martín y M.<sup>a</sup> Angeles Galán Urbano

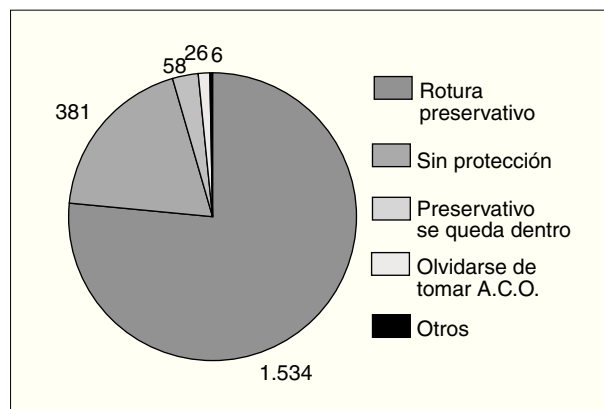
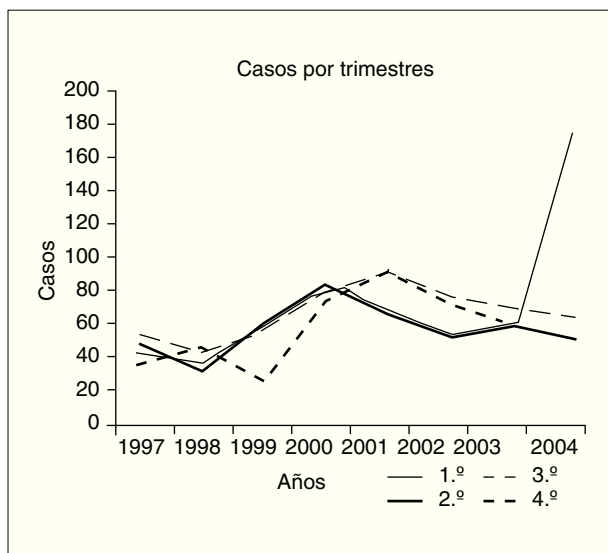
CAP Sant Cugat. Barcelona.

**Objetivos:** Evitar embarazos no deseados, fomentar la educación sexual y métodos anticonceptivos.

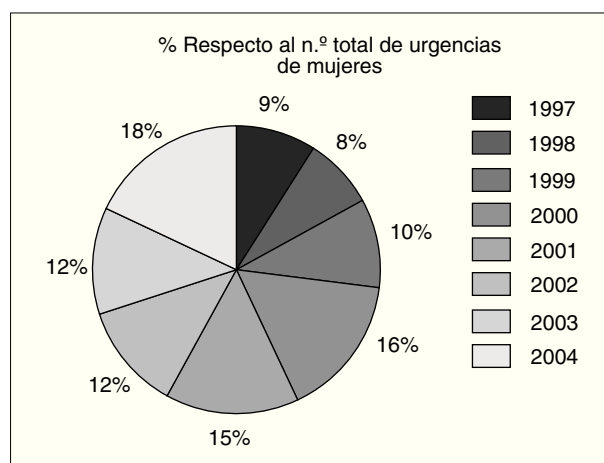
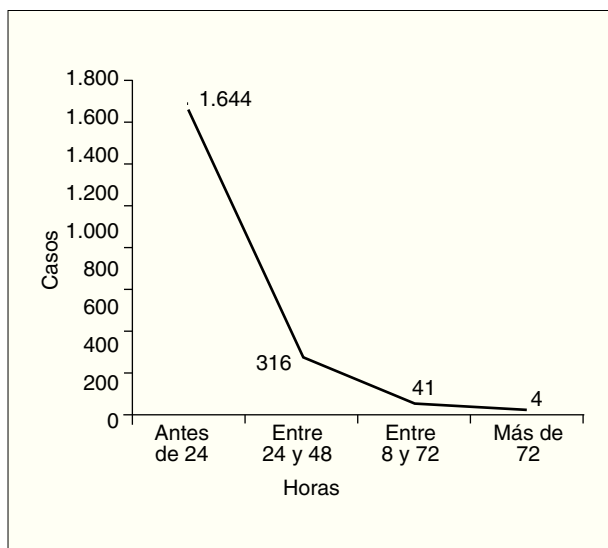
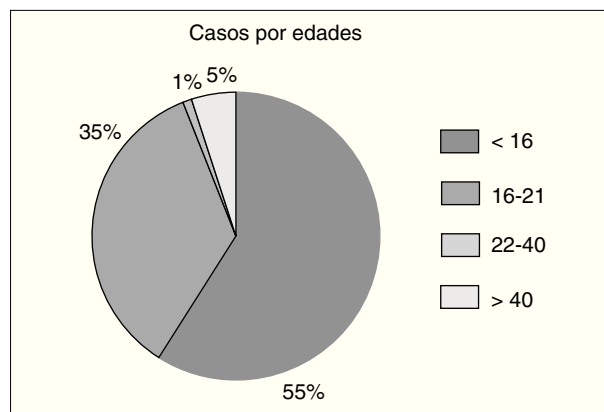
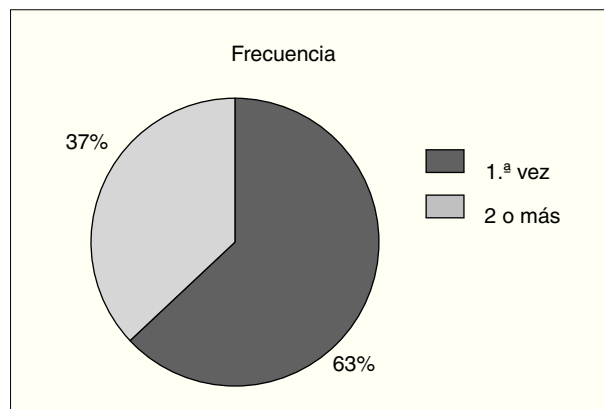
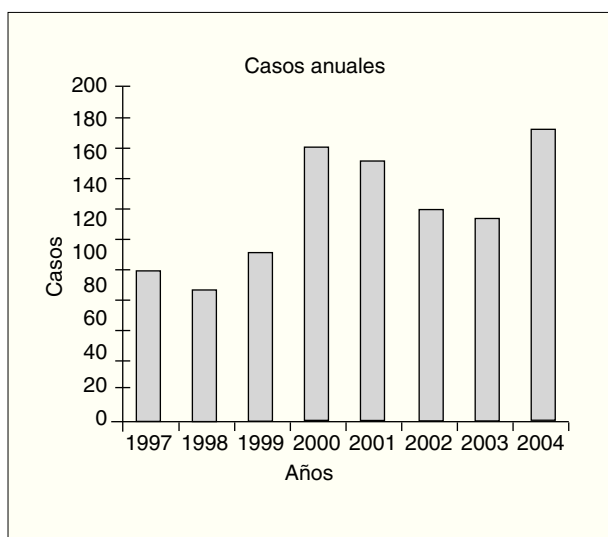
**Materiales:** Estudio retrospectivo a partir de los pacientes que utilizaron el servicio de urgencias del CAP Sant Cugat desde enero de 1997 hasta diciembre de 2004 y que precisaron anticoncepción de emergencia.

**Resultados:**





% respecto al número total de urgencias de mujeres.



**Conclusiones:**

- El 63,2% de los casos son menores de 22 años.
- Durante el primer trimestre escolar es cuando más se solicita
- En octubre de 2004 se inició la distribución sin receta, incrementándose notablemente los casos.
- Tras la administración se facilita educación sexual y control ginecológico.

## 17. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y DE UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA DE AVISOS DOMICILIARIOS DEL CENTRO DE SALUD CRUZ DE HUMILLADERO

Antonio E. Hormigo Pozo, Antonio Baca Osorio, Francisco J. Blanca Barba, Concepción García Ruiz, Francisco J. Orellana Lozano y María J. Aparicio Cervantes

Centro de Salud Cruz de Humilladero. Málaga. Servicio Andaluz de Salud.

**Objetivos:** Analizar las características sociodemográficas y de utilización del programa de avisos domiciliarios de un centro de salud urbano (CS Cruz Humilladero de Málaga).

**Materiales:** Estudio prospectivo descriptivo de los avisos domiciliarios atendidos en el CS Cruz de Humilladero durante el período marzo-mayo de 2005. El centro tiene adscrita una población de 31.000 personas de características puramente urbanas. Los avisos son realizados por los profesionales de lunes a viernes y de 8 a 17 horas correspondiendo el resto del tiempo al Servicio de Urgencias Urbano. Se estableció una hoja de registro con las siguientes variables: sexo, edad, hora de aviso y respuesta, situación de incapacidad y traslado hospitalario.

**Resultados:**

Día	Avisos	Hora aviso	%
Lunes	20,80%	8-11 horas	50,6%
Martes	18,60%	11-14 horas	29,1%
Miércoles	18,40%	14-17 horas	20,3%
Jueves	19,35%		
Viernes	21,85%		

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

**Conclusiones:** La media de edad fue de 71,5% (rango 22-93) siendo el 85,4% > 60 años. La distribución por sexos es de 75,6% mujeres y 24,4% hombres que difiere de la distribución de consulta: 68,30% mujeres y 31,64% hombres. El tiempo de intervención medio fue de 83' (rango 15-180'). Se consideraron incapacitados el 51,2% de los avisos, siendo la capacidad de resolución sin traslado del 87, 9%. En base a los resultados nos planteamos: distribución de profesionales adecuada por rangos horarios en base a la demanda de avisos, instauración de un modelo programado de asistencia a incapacitados, coordinación con los sistemas de atención a Urgencias y críticos para traslado de los pacientes (12,1% de los avisos), dotación específica del Centro de material para realización de avisos y formación de los profesionales en atención a Urgencias.

## 18. ¿CÓMO ES EL PERFIL DEL NIÑO DE ETNIA GITANA ATENDIDO EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA? ESTUDIO DE UN AÑO

Fernando Andrés Mantecón, Álvaro Pérez Martín, José Ramón López Lanza, Miguel Villa Puente, Trinidad Dierssen Sotos y Pilar Lavin Castañeda

CS Los Valles. Cantabria.

**Objetivos:** Analizar las características de los usuarios de etnia gitana menores de 14 años atendidos en un servicio de urgencias extrahospitalarias.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal retrospectivo de los menores de 14 años de etnia gitana atendidos por las urgencias extrahospitalarias de Los Valles durante el año 2004. Para variables cuantitativas: media, desviación típica y para cualitativas porcentajes.

**Resultados:** Se realizaron 139 atenciones urgentes, con edad media de 8,47 años y predominio masculino (69,1%). Ninguno fue atendido a domicilio. Las causas más frecuentes fueron traumatológicas (36%), neumológicas (16,5%) y dermatológicas (15,8%); según la clasificación CIPSAP-2 los códigos más frecuentes fueron XVII traumatismos y envenenamientos (25, 9%), IX enfermedades del aparato digestivo (17,3%) y XII enfermedades dermatológicas y del tejido celular subcutáneo (14,4%). Los días más frecuentes fueron domingo y lunes (17,3%), en el mes de noviembre (15,8%) y por la tarde (15-22 horas) (69,8%), siendo nocturna la atención en el 11,5%. El destino más frecuente es el envío a su domicilio (61, 9%), seguido de a su médico (33,8%), siendo el 4,3% derivados al hospital. No se requiere medicación aguda (96,4%), siendo principalmente antiinflamatorios (80%); necesitó medicación posterior el 63,3%, mayoritariamente antiinflamatorios (60,2%) y desinfectantes (12,5%).

**Conclusiones:** El perfil del niño gitano atendido es el de un varón de 8 años, que acude en horario de tarde, por un motivo traumatológico, siendo derivado a su domicilio. Los motivos de consulta más habituales, como cabría esperar, son los debidos a patología traumatológica, respiratoria y dermatológica. No existe atención a domicilio. Se realiza muy poca derivación hospitalaria. En una gran mayoría de los casos no precisan medicación.

## 19. MEDICACIÓN ADMINISTRADA EN URGENCIAS POR ENFERMERÍA EN ZONA VILLAFRANCA-MILAGRO

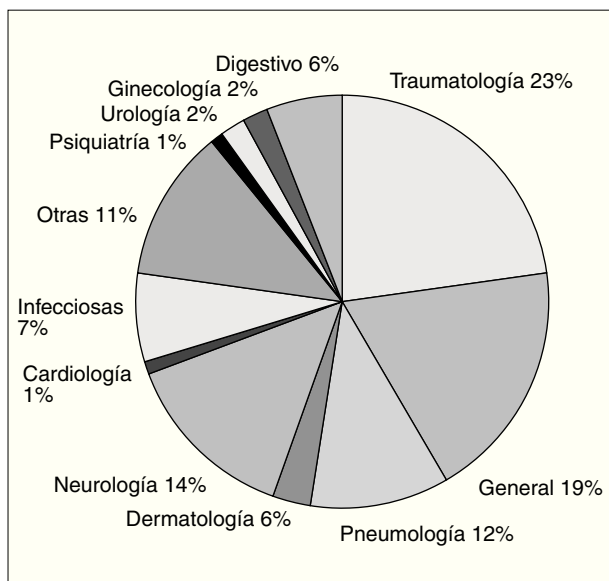
Lorena García Pérez, Luis Mendo Giner, Sonia López Jusue, Inés Murillo Pozo y María Luz Ibáñez Erviti

Consultorio Villafranca-Milagro. Navarra.

**Objetivos:** Valoración de la medicación utilizada en urgencias por enfermería y su vía de administración en consultorio de Villafranca-Milagro. Identificar la medicación menos utilizada y plantear retirada de botiquín.

**Materiales:** Plantilla de recogida de datos con las medicaciones utilizadas de las disponibles en botiquín de urgencias. Plantilla de recogida de datos de vías de administración: oral, intramuscular, subcutáneo, intravenosa, sublingual, y otras (inhala, rectal). Duración: 6 meses (junio 2004-diciembre 2004).

**Resultados:** Medicaciones utilizadas: – Intramuscular (208): Nolutil 46; Voltarén 31; Urbason 40 mg 27; Primperan 22; Dogmatil 18; Valium 10 mg 17; Buscapina Compositum 7; Buscapina simple 6; Polaramine 6; Adolonta 5; Seguril 5; Inzitan 5; Urbason 20 mg 3; Ventolin 3; Tranxilium 50 mg 2; Benerva 1; Glucosmon 1; Haloperidol 1; Toradol 1; Urbason 8 mg 1.



– Endovenosa (33): Nolutil 6; Adrenalina 5; Morfina 4; Adolonta 3; Seguril 3; Primperan 2; Anexate 2, Voltarén 1; Valium 10 mg 1; Dogmatil 1; Buscapina 1; Ventolin 1; actocortina 100 mg 1; Naloxona 1; Glucagon 1.

– Subcutánea (8): Clexane 6; Morfina 2.

– Oral (6): Adiro 100 mg 2; Captopril 25mg 1; Carbón activado 1; Nolutil 1; Orfidal 1.

– Sublingual (4): nitroglicerina sublingual 4.

– Otros (5): Ventolín inhalado 3; Stesolid rectal 2.

**Conclusiones:** Las medicaciones más utilizadas son Nolutil, Voltarén, Urbason 40 mg; Primperan, Dogmatil y Valium 10 mg. Los medicamentos no utilizados de nuestro botiquín de urgencias actual son Akineton, Aleudrina, Digoxina, Efortil, Eufilina, Largactil, lidocaína y luminal. La vía más utilizada en urgencias por enfermería es la intramuscular. Se crea comisión para revisión de botiquín.

## 20. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES QUE UTILIZAN LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA. ¿QUÉ PASA CON ELLAS?

Montserrat Ribas Martín, Sílvia Saura Sanjaume, Núria Puigvert Viu, Carlos Cerezo Goyeneche y María Teresa Faixedas Brunsoms

Institut Català de la Salut (ICS).

**Objetivos:** Conocer las características de las mujeres que utilizaron la anticoncepción de emergencia (ACE).

**Materiales:** Estudio descriptivo multicéntrico.

Mujeres que consultan en los centros de Atención Primaria, atención continuada y hospitales del ámbito de Girona para que les dispensen la ACE.

Recogida de datos de las usuarias: edad, zona de procedencia, primera vez de su uso y fecha de dispensación durante los primeros 6 meses del inicio de la campaña de dispensación gratuita. También se recogió una submuestra con una encuesta en la que se preguntaban características sociales, personales y hábitos sexuales.

**Resultados:** La mediana de edad, de 35,1 años (rango 12-55). El grupo de mayor frecuentación, 15-19 años (34,6%). Del lugar de nacimiento el 77,8% eran de Cataluña. Un 59,3% vivía con los padres. El 36,1% tenía estudios secundarios. El 51,9%

eran laboralmente activas. Un 91,7% refería utilizar métodos anticonceptivos, representando el preservativo masculino el 75%. El día de la semana de mayor demanda fue el lunes (22,6%) y el mes, octubre (19,5%). El 36,6% ya la había tomado con anterioridad. La rotura del preservativo representó el 77,8% y un 13,9% no había tomado ninguna medida anticonceptiva. En el 11,1% habían pasado 12 horas desde el coito.

**Conclusiones:** Mayoritariamente eran mujeres menores de 25 años, vivían con los padres, referían usar el preservativo masculino como anticonceptivo habitual, el motivo de la solicitud de la ACE fue la rotura de éste. Un tercio eran repetidoras. Obtenidos estos resultados nos planteamos mecanismos de educación sanitaria para estas mujeres teniendo en cuenta sus características.

## 21. PRESIÓN ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE COSTA DURANTE EL PERÍODO ESTIVAL. ¿DE DÓNDE NOS VIENEN LAS URGENCIAS?

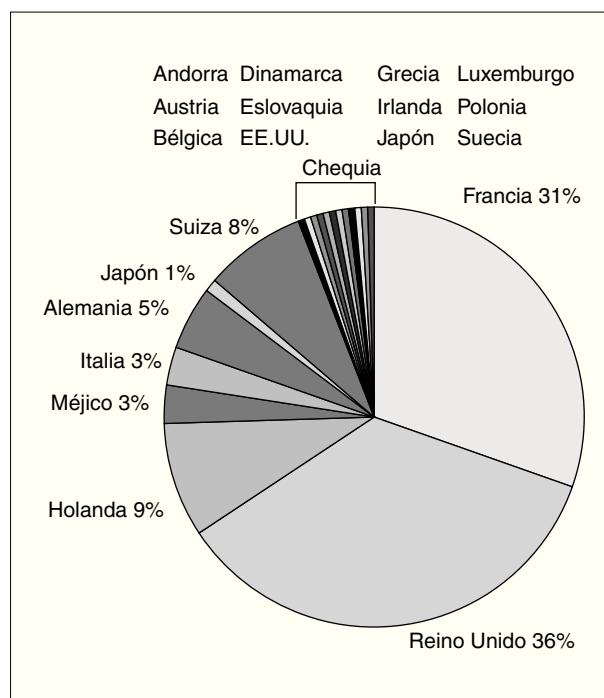
Enrique Estévez Rovira, Joaquim Agustí Corredor, Marc Pérez Oliveras, Eva Vilaplana Morillo, Anna Coquard Rafales y Josep Triadú Peiró

Centro de Atención Primaria Torroella de Montgrí. Girona.

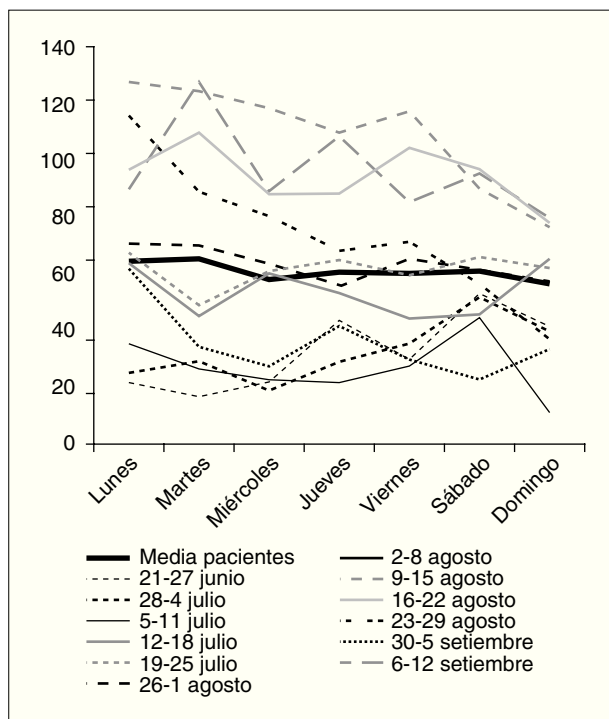
**Objetivos:** El Centro Atención Primaria (CAP) de l'Estarit atiende durante el verano una población de 35.000 habitantes. El servicio de urgencias se compone de un médico, una enfermera y un administrativo, durante el período de 12 h entre 10 h y 22 h. **Objetivos:** valorar origen de los pacientes, edades, horarios, días, meses de máxima presión asistencial, patologías más frecuentes y porcentaje derivado a urgencias hospitalarias.

**Materiales:** Estudio retrospectivo descriptivo observacional.

**Resultados:** Se atendieron 5.115 pacientes con una edad media de 35,7 años, 54% mujeres. El 61,4% de Cataluña, 14,43% del resto de España y 24,42% extranjeros: 36% Reino Unido, 31% Francia, 9% Holanda y 8% Bélgica. Se atendieron una me-







día de 60 pacientes/día con picos horarios de 10 h-12 h y de 17 h-19 h; el mes de máxima presión fue agosto y no se encontraron diferencias entre días. Los diagnósticos más frecuentes: 23% traumatología, 19% generalidades (ORL, Oft), 14% Neurología y 12% Neumología y 11% otras patologías. El 98,34% fue dado de alta, 1,55% a Urgencias hospitalaria y un 0,06% visitas anuladas.

**Conclusiones:** – El impacto de población extranjera es considerable, siendo ingleses, franceses, holandeses y belgas los más visitados.

– No existen diferencias en relación al día de la semana, existiendo dos picos horarios de más presión, que corresponden a 10-12 h y 17-19 h, siguiendo perfil de población turística.

– El mayor porcentaje de población atendida corresponde a pacientes pediátricos y ancianos.

– Las urgencias más frecuentes fueron las traumatológicas, seguidas de generalidades, neurológicas y neumológicas.

– La capacidad resolutoria del equipo es buena en relación a derivaciones a urgencias hospitalarias.

## 22. ¿LA ATENCIÓN CONTINUADA: UN SERVICIO DE URGENCIAS O UNA COMODIDAD PARA EL PACIENTE?

Jordi Grau Bartomeu, Marta Escriba Baeza, Rosa Serrano Fuentes, Manuel Álvarez Fernández y José Antonio Gallego Montalbán

ABS Raval Sud-CAP Drassanes.

**Objetivos:** Describir los criterios de utilización de los pacientes, valorar su grado de adecuación según el médico y conocer el porcentaje de resolución.

**Materiales:** Estudio descriptivo transversal sobre una muestra aleatoria consecutiva de 770 consultas efectuadas entre octubre y marzo, en un centro de Atención Primaria de un barrio urbano sociodeprimido de Barcelona. Variables de estudio: datos sociodemográficos, tipo de demanda, motivo de consulta, número de consultas en el último mes, si había consultado previa-

mente otro profesional médico por el mismo motivo. Cada profesional registró el tipo de patología diagnosticada (CIE-10) y el grado de resolución de la consulta.

**Resultados:** 27% población activa, 64% inmigrantes, 60% varones, edad media 40-50 años. Tipo de demanda: 47,5% expresada como urgente por el paciente, y tan sólo un 18% se considera como tal por el profesional.

Un 34% de pacientes habían consultado previamente por el mismo motivo de consulta con otro profesional (mutua, urgencias hospitalarias, otro centro de AC, su médico de familia). Un 8% de pacientes han acudido al servicio de AC > 5 veces en el último mes. Gráfico de sectores: % de la morbilidad atendida en AC. Gráfico de barras de los motivos de acudir a la AC. Organigrama del grado de resolución del médico de AC.

**Conclusiones:** Se valora una inadecuada utilización de la AC por parte de los pacientes, según los datos obtenidos en los motivos de consulta. La inadecuación es inversamente proporcional a la accesibilidad (listas de espera, horarios laborales, etc.). Encontramos diferencias estadísticamente significativas al cruzar las variables: el número de visitas y los diferentes días de la semana.

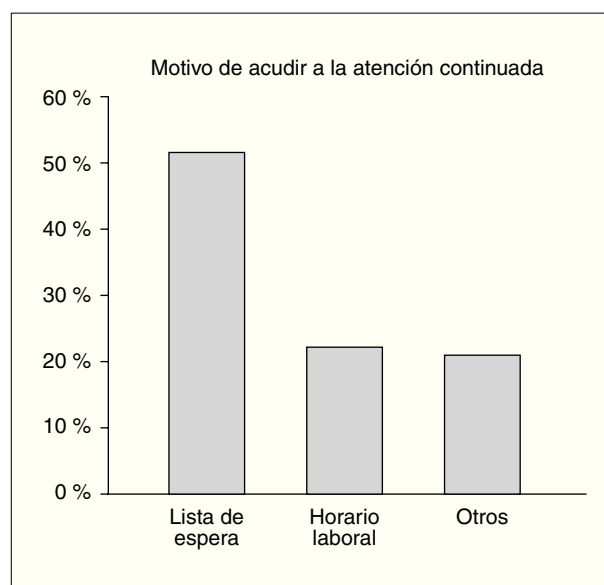
## 23. ESTUDIO DE PREVALENCIA Y CRIBAJE DE POLINEUROPATÍA PERIFÉRICA DIABÉTICA EN UNA POBLACIÓN RURAL

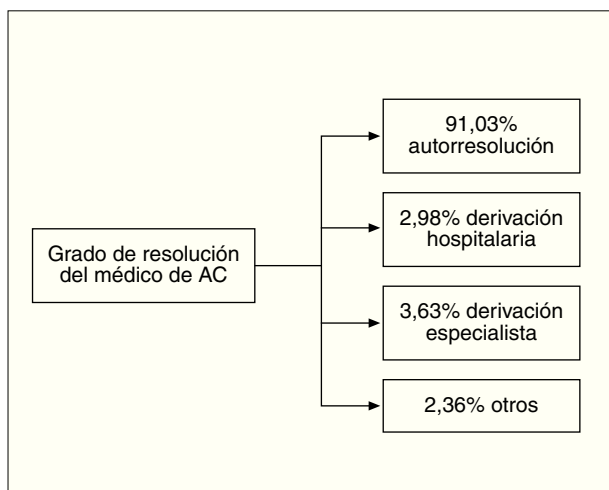
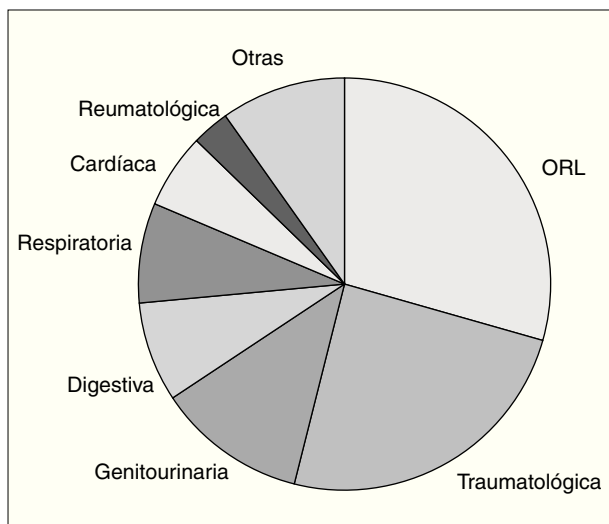
F. Sánchez Ruano, R. Alfaro Greciano, M. Allo Sánchez, A. Asencio Aznar, A. Santonja Granados y A. Eres Romero  
C.S. Callosa d'En Sarrià. Alicante.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de neuropatía diabética en nuestra población.

Estudiar las diferencias de prevalencia al aplicar distintos criterios diagnósticos, y la sensibilidad (S) y especificidad (E) de las distintas pruebas exploratorias.

**Materiales:** Exploración de pacientes con diabetes tipo 2. Exclusión: déficit por otra enfermedad neurológica; lumbalgias con afectación neurológica; alcoholismo. Exploración: sensibilidad táctil: monofilamento de Semmes-Weinstein (MFS-W); sensibilidad dolorosa: *pinprick*; sensibilidad vibratoria: diapasón de 128 Hz; sensibilidad térmica: barra; reflejos aquileos: martillo de reflejos.





El diagnóstico de polineuropatía periférica diabética (PNPD) se estableció mediante el *Michigan Diabetic Neuropathy Score* (MDNS).

**Resultados:** Estudiados 33 pacientes (46% hombres y 54% mujeres). Edad media 67,8 años. Evolución de diabetes: 5,24 años. Tratamiento: 57% hipoglucemiantes orales (HO); 12% insulina; 9% HO e insulina; 21% dieta. Presencia de parestias, calambres o dolor: 12,2% de pacientes; reflejos ausentes: 60%; sensibilidad térmica alterada: 51%; sensibilidad dolorosa alterada: 3%; sensibilidad vibratoria alterada: 51%. Prevalencia de PNPD mediante el MDNS: 27,3%. La prevalencia de PNPD se asocia con la edad ( $p = 0,004$ ) y con años de evolución de la diabetes ( $p = 0,0006$ ). La sensibilidad dolorosa tiene una E = 100% y S = 11%; parestias E = 91,6% y S = 22%; sensibilidad vibratoria E = 62,5% y S = 88%; sensibilidad térmica E = 58% y S = 70%; reflejo aquileo E = 58% y S = 100%; MF S-W E = 95,8%, S = 30%.

**Conclusiones:** El diagnóstico de PNPD debe basarse en la presencia de síntomas y signos, mediante test validados. El diagnóstico basado sólo en algún signo o síntoma sobreestima la prevalencia real. La alteración de sensibilidad vibratoria, del reflejo aquileo y del MFS-W, dada su alta sensibilidad, son útiles como pruebas de cribaje.

## 24. DIFERENCIAS EN LA PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO UTILIZANDO CRITERIOS ATP III O IDF EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

V. Sánchez, M.I. Chacón, M. Mezquida, M. Pena y D. Bartolomé

CAP Mollerussa. Lleida.

**Objetivos:** En abril de 2004 la IDF establece una nueva definición, teniendo en cuenta el perímetro cintura (PC) según las diferentes razas.

El aumento del riesgo relativo de eventos cardiovasculares en pacientes con síndrome metabólico (SM) nos demanda especial atención para detectar esta población de alto riesgo.

Determinar la variabilidad en la prevalencia de SM según criterios ATPIII e IDF.

**Materiales:** Estudio descriptivo multicéntrico de una población inicial de 260 individuos atendidos en AP, seleccionados por muestreo consecutivo.

**Variables:** edad, sexo, presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), perímetro abdominal, colesterol total y HDL, trigliceridemia, glucemia en ayunas, tratamiento para diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA) y/o dislipemia.

**Criterios de exclusión:** estados patológicos, fisiológicos y fármacos que alteren los parámetros, desnutrición (índice de masa corporal [IMC] < 18,5), talla mínima 1,52 centímetros.

**Resultados:** Según criterios de ATP-III la prevalencia de SM en el total de la población estudiada es del 50,19% (hombres 47,7%, mujeres 51,46%). La misma población según la IDF presenta una prevalencia total de 52,49% (50%, 53,8% respectivamente).

Un 47,3% (42,2% hombres y 49,7% mujeres) cumplen ambos criterios.

Estudiando la población por quintiles de edad se observa en hombres un pico máximo entre los 71-80 años, mientras que en mujeres la mayor prevalencia se encuentra en un margen de edad más amplio (41-75 años), tanto al utilizar criterios IDF como NCEP-III.

**Conclusiones:** En contra de las expectativas generadas con los nuevos criterios IDF no se observa un aumento espectacular de la prevalencia de SM, pudiéndose explicar en la obligatoriedad de presentar el PC alterado en lugar de la aleatoriedad de los 3/5 criterios del NCEP-III.

## 25. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DISFUNCIÓN FAMILIAR

José Luis Cabrera Mateos<sup>a</sup>, Alexis Báez Álvarez<sup>b</sup>, Román García Zepa<sup>c</sup>, Ico Toledo Perdomo<sup>d</sup> y Zoraida Dávila Martín<sup>e</sup>

<sup>a,c</sup>Médico ZBS Arrecife I. <sup>b,d</sup>DUE Hospital General de Lanzarote, <sup>e</sup>DUE ZBS Arrecife I.

**Objetivos:** Describir la asociación de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) con la disfunción familiar y otras características.

**Materiales:** Estudio descriptivo trasversal de una muestra de 1.118 adolescentes del área de salud (muestreo por conglomerados), con edades comprendidas entre 12 y 18 años con una edad media corregida de 14,98 (DE: 1,66) y un 50,85% de chicas. Como instrumento de medida se empleó un cuestionario que incluía el APGAR familiar y el EAT-26.

**Resultados:** Un 17% (IC 95%: 14,8-19,2) (190 adolescentes) tienen riesgo de TCA, de los cuales 19 (10,1%) presentan APGAR compatible con disfunción familiar, frente a 16 (1,5%) de los no afectados de TCA (OR = 6,22) ( $p < 0,001$ ). Es superior

en aquellos que dicen sentirse tristes 31,2% frente a 12,7% (OR = 3,12) ( $p < 0,001$ ) y en los que han perdido interés por las cosas: 27,7% frente a 13,7% (OR = 2,42) ( $p < 0,001$ ). El 80% de los adolescentes con disfunción familiar se sienten tristes frente al 20,8% (OR = 15,22) ( $p < 0,001$ ), y el 38,2% (frente al 22,3%) han perdido interés por las cosas (OR = 21,53) ( $p = 0,03$ ). La OR de asociación entre TCA y disfunción familiar ajustados por aquellas variables es de 4,15 ( $p < 0,001$ ). La dis-

función familiar se asocia significativamente con el consumo de alcohol en los padres y con el consumo de alcohol, tabaco y drogas en amigos.

**Conclusiones:** Los TCA son más frecuentes en adolescentes con familias disfuncionales y en aquellos con síntomas propios de depresión. Los adolescentes que perciben disfunción familiar presenta más síntomas de depresión y percepción de consumo de tabaco, alcohol y drogas en el microambiente.