

## 306. PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS: COBERTURA Y CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE CALIDAD EN UN DISTRITO SANITARIO

Ángel Benítez Moyano, Francisco Pozo Muñoz, Alberto Durán Hoyos, María Dolores Llamas del Castillo, Negrillo Villalón y María José Sánchez Martín  
Distrito La Vega. Antequera. Málaga.

**Objetivo.** Analizar el grado de cobertura y evaluar la calidad de la asistencia prestada a la población incluida en los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) de un Distrito Sanitario (DS) mediante la valoración del grado de cumplimiento de las normas de calidad contempladas en la Guía de cada PAI de la Consejería de Salud.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Fuentes de datos: Módulo estadístico de procesos de la historia clínica informatizada TASS (PASIST) y Diraya (DIABACO). Variables estudiadas: 1) Cobertura poblacional; 2) Normas de calidad de cada PAI definidas en las Guías de PAI de la Consejería de Salud. Emplazamiento: Distrito Sanitario con 4 Unidades de Gestión Clínica de ámbito rural. Sujetos de estudio: Pacientes incluidos en los PAI implantados en un DS durante el año 2005: 1) Atención al paciente pluripatológico (1.215); 2) Embarazo (959); 3) Cáncer de cérvix (1.024); 4) Cáncer de mama (224); 5) HBP/Cáncer de próstata (1.363); 6) Insuficiencia cardíaca (474); 7) Diabetes (6.475); 8) Cuidados Paliativos (71); 9) EPOC (1.384); 10) Demencia (304).

**Resultados.** Coberturas: 1) Pluripatológico: 115%; 2) Embarazo: 130%; 3) C. Cérvix: 149%; 4) C. Mama: 78%; 5) HBP/C. Próstata: 209%; 6) I. Cardiaca: 90%; 7) Diabetes: 139%; 8) C. Paliativos: 136%; 9) EPOC: 84%; 10) Demencia: 69%. Normas de calidad: 1) Pluripatológicos con identificación del cuidador principal: 78,93%; 2) Embarazadas con captación < 12 semana: 83,94%; 3) Frotis inadecuado: 1,70%; 4) Solicitud mamografía: 5,00%; 5) Valoración IPSS: 18,78%; 6) Petición PSA: 13,39%; 7) IECA si FE < 40%.

**Palabras clave:** procesos asistenciales, calidad, evaluación.

## 308. DISCREPANCIAS ENTRE LAS ESTADÍSTICAS OFICIALES DE CATALUNYA Y LAS DEL CAP SANT CUGAT EN LA DISPENSACIÓN DE PÍLDORAS POST-COITALES

Joaquín Torras Salles, Margarita Español Garrigós, Pilar Delgado Martín, Ana M.ª Rosales Santos y M.ª Ángeles Galán Urbano  
Cap Sant Cugat.

**Introducción.** La publicación de datos estadísticos en la prensa escrita da lugar a interpretaciones singulares de los resultados obtenidos.

**Objetivos.** Demostrar la singularidad de la población de Sant Cugat del Vallès respecto a los datos publicados en la prensa escrita referente a la anticoncepción de emergencia.

**Metodología.** Estudio retrospectivo de las usuarias del CAP Sant Cugat del Vallès, que han precisado anticoncepción de emergencia comparando los resultados con los datos de Cataluña.

**Resultados.** Gráficas conteniendo: 1) Distribución por edades en Cataluña y en Sant Cugat del Vallès. 2) Frecuencia (n.º de veces que acude la misma persona). 3) Días de mayor frecuenciación. 4) Motivos. 5) Número de casos. 6) Variación en 2005 respecto al 2004.

**Conclusiones.** Desde la implantación gratuita de la píldora post-coital, la dispensación en el CAP Sant Cugat del Vallès se ha incrementado en un 217,32%, cifra que contrasta con el 1,22% de la totalidad de Cataluña. La edad mayoritaria de solicitud de nuestras usuarias es de hasta 21 años con un 64% de los casos, mientras que en la globalidad de Cataluña las usuarias mayoritarias están en la franja de edad de 22 a 40 años con un 47% de casos. Se ha detectado un 10% menos de casos de reincidencia en nuestro CAP respecto a Cataluña, pero debe valorarse el hecho de que la demanda la hace población más joven, y la posible eficacia de la educación sanitaria que protocolizada en el centro se ofrece a la usuaria. El gasto sanitario de la píldora post-coital en el CAP Sant Cugat del Vallès representa el 1% total del gasto de Cataluña.

**Palabras clave:** estadísticas, píldoras post-coitales.

## 310. VIOLENCIA DOMÉSTICA

Margarita Español Garrigós, Joaquín Torras Salles<sup>a</sup>, M. Ángeles Galán Urbano y Patrocinio Bartolomé Íñiguez  
<sup>a</sup>Cap Sant Cugat.

**Introducción.** Violencia doméstica se puede definir como la agresión, amenaza u ofensa ejercida sobre la mujer u otro integrante de la familia y que puede tener como resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual.

**Objetivos.** Conocimiento real de esta patología en nuestro medio. Facilitar habilidades de detección. Facilitar ayuda médico-legal a la víctima.

**Metodología.** Se realiza un estudio descriptivo mediante la recogida de datos de una población de 31.693 personas mayores de 14 años asignados al CAP de Sant Cugat del Vallès, detectados a través del Servicio de Urgencias, Consultas de Medicina de Familia, Ginecología, Psiquiatría y Asistente Social durante los años 2004 y 2005.

**Resultados.** El 98% de los casos las víctimas son mujeres, siendo la pareja en la mayoría de los casos el agresor (> 80). El rango de edad se centra entre los 26 años y 50 años. La mayoría de los casos son detectados en Servicios de Urgencias (98). Las agresiones de tipo físico/psíquico se detectan mayoritariamente en Servicios de Urgencias, mientras que las agresiones puramente psíquicas se detectan en servicios de Salud Mental. Las manifestaciones más frecuentes son psíquicas (43%) y del aparato locomotor (19%).

**Conclusiones.** De las 106 personas agredidas, que corresponde a un 0,33% de la población, se observa que un 98,1% son

mujeres y un 1,9% hombres. La mayoría de agresiones se producen de forma psíquica y física conjuntamente. Las personas más afectadas por agresiones se producen entre la tercera y cuarta décadas de la vida. Un 43,39% han sido detectadas en UCIAS, el 24,52% en consulta de M. F, el 23,58% en S. M. y en otras, el 8,51%. En cuanto a la sintomatología que suele acompañar a la persona agredida, se ha detectado que un 56,4% presenta causas somáticas, y un 43,5% causas psíquicas, si bien en la mayoría de los casos estos síntomas están entremezclados.

**Palabras clave:** comunicación, detección, doméstica.

### 316. CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD: AUDITORÍA INTERNA

M.<sup>a</sup> Victoria Alcaraz Martínez, Juan José Bedoya Belmonte, Guillermo Prats López, Victoria I. Orosa Jiménez, Lucía Martín Moreno y Esperanza Gamarra Barba

CS. Miraflores de Los Ángeles.

**Introducción.** En Atención Primaria la cirugía (CM) se limita a lesiones benignas de piel y tejidos subcutáneos, en pacientes sin riesgos añadidos a los habituales, con las técnicas de asepsia y anestesia establecidas. Las ventajas de realizar CM en Atención Primaria (AP) son, fundamentalmente: ahorro de tiempo y recursos; aumento de la satisfacción y confianza del paciente; enriquecimiento del equipo.

**Metodología.** En el Centro de Salud de Miraflores se instauró el programa de CM en junio de 2004, con participación de tres médicos y 3 auxiliares. Hemos realizado una auditoría interna: corte transversal de todas las actuaciones efectuadas hasta marzo de 2006, con el objeto de obtener: 1) memoria de actividades, 2) seguimiento de las interconsultas a cirugía antes y después de su implantación, 3) correcta petición y custodia de los consentimientos informados, 4) idoneidad en los registros, 5) congruencia de los diagnósticos clínicos y anatomo-patológicos, 6) adecuada extirpación de las lesiones, 7) complicaciones registradas.

Con ello hemos querido comprobar la adecuación de nuestras actividades a las normas básicas de calidad de la Agencia de Calidad Sanitaria de la Junta de Andalucía; la satisfacción de nuestros pacientes y los beneficios que para el centro ha supuesto este programa.

**Conclusiones.** A partir de nuestros resultados nos hemos podido plantear: un plan de mejora que nos permita un mayor y mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales de que disponemos. Comprobar la conveniencia de realizar CM en Atención Primaria.

**Palabras clave:** cirugía menor, calidad, adecuación.

### 317. DOLOR PERCIBIDO EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA ADSCRITO EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Antonio Alos Montoliu y Mercedes López Navarro  
Iriteb SA. Santa Coloma Gramenet. Badalona.

**Objetivos.** Valoración del dolor, en un centro de rehabilitación física. Analizar promedio de edad y sexo y relación con el dolor percibido. Valorar EAV (Escala Analógica Visual).

**Metodología.** Analizamos el dolor de pacientes remitidos al centro desde especialistas del hospital de referencia y zona, y médicos de familia de 5 ABS de la zona adscrita al centro. Se ha valorado la EAV en pacientes que llevan realizando tratamiento durante un mes. La escala se ha medido del 1 al 9.

**Resultados.** Total: 317, Mujeres: 72%, Varones 28%. Edad media: 59,27 (Mín 15, Máx 87; DE: 13,6). Media EAV: 4,4 (DE 2,10) Mujeres 4,63, Varones 4, EESS 4,16 EEII 4,5, Raquis 4,66

**Conclusiones.** La valoración del dolor, corresponde a un dolor entre leve y medio. Varones y mujeres presentan la misma franja de sensación del dolor. La sensación del dolor es la misma por grupos de patologías. A pesar de la variabilidad en la sensación del dolor, los resultados reflejan de forma global el dolor percibido durante el tratamiento.

**Palabras clave:** dolor percibido, AP.

### 318. MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN DE LA CONSULTA

Fernando Sánchez Ruano, Asencio Aznar, María García Leal, Vicent Llobell Bertomeu y Antonio Santonja Granados

Centro de Salud Callosa D'En Sarria.

**Objetivos.** Analizar las interrupciones, la asistencia de pacientes sin cita y los hiperfrecuentadores. Analizar los cambios producidos tras la introducción de medidas correctoras.

**Metodología.** Selección aleatoria de 10 días durante 3 meses en que se recogieron interrupciones, pacientes sin cita e hiperfrecuentadores. Se ha considerado hiperfrecuentador cuando ha acudido al menos 12 veces en un año. Tras analizar la situación, se realizó la intervención, y posterior reevaluación.

**Resultados.** Ha habido una reducción de interrupciones del 14%. El 45,2% que se origina en recepción en 2002, pasó al 25,5% en 2005; y del 27,7% que se origina en otra consulta, al 54,4%. Las originadas por motivos asistenciales pasaron 53,6% al 68,1%, y las administrativas del 33,1% al 25,5%. Los pacientes sin cita pasaron de  $7,1 \pm 0,8$  en 2002 a  $3,9 \pm 0,6$  en 2005. Los pacientes hiperfrecuentadores aumentaron un 6,8%, representando el 51% del total de consultas y el 61% del total de pacientes al año. Este aumento se produjo pese a haber aumentado la consulta de crónicos de enfermería, la CLT y la consulta programada.

**Conclusiones.** Ha habido una reducción del número de interrupciones a expensas de las de tipo administrativo. Cualitativamente se produce un cambio en el patrón de la interrupción, habiendo más por motivos asistenciales entre profesionales sanitarios. Ha habido una reducción de los pacientes sin cita. Las medidas restrictivas al acceso de los pacientes al sistema sanitario provoca vías de acceso alternativas indeseables. Ha habido un fracaso total en el intento de controlar la hiperfrecuentación. Representa un importante problema pues en nuestro caso el 12,2% del cupo consume el 61% de las consultas cada año. La edad, patología crónica y los procesos administrativos son una parte de los condicionantes de la hiperfrecuentación.

**Palabras clave:** calidad, gestión, consulta.

### 325. PEER ASSESSMENT. ACEPTABILIDAD COMO MEDICAL AUDIT

Josep María Sánchez Colom<sup>a</sup>, Oriol Armengol Badia<sup>b</sup>, Marta González Medina<sup>b</sup>, Daniel García Tristante<sup>c</sup>, Jaume Escoda Mingot<sup>b</sup> y Mónica García Fortea<sup>b</sup>

<sup>a</sup>ABS Santa Margarida de Montbui. SAP Anoia. Barcelona.

<sup>b</sup>ABS Poble Nou. SAP Litoral. Barcelona. <sup>c</sup>ABS Can Bou. Castelldefels. Barcelona.

**Objetivos.** El peer assessment es un sistema de evaluación y mejora continua de los profesionales ampliamente utilizado en muchos países del norte de Europa. En España, al igual que en otros países del sur, no encontramos experiencias de aplicación de

este sistema de evaluación. Nos proponemos una experiencia piloto con el objetivo de observar su aceptación y valorar los resultados en tres Centros de Salud de Barcelona.

**Metodología.** De acuerdo con la bibliografía indicada dos evaluadores previamente adiestrados entrevistaron a 21 médicos de Atención Primaria. Se interroga sobre aspectos de comunicación, valores profesionales, accesibilidad y competencia clínica a fin de identificar puntos particularmente débiles en la consulta diaria. Los resultados se describieron en relación a la aceptación y utilidad del método y se describen las principales carencias reconocidas.

**Resultados.** El 90,4% de los médicos opinó que es una herramienta útil. Las principales deficiencias observadas se relacionan con aspectos clínicos, (62%) seguido por aspectos de accesibilidad (28%) y comunicación (9%).

**Conclusiones.** Entre los médicos evaluados el grado de aceptación de este método de revisión es muy alto y podría extenderse a una mayor escala.

**Palabras clave:** *peer assessment, evaluación, medical audit.*

### 331. DISFUCIÓN ERÉCTIL: DATOS EVOLUTIVOS

**Pedro Antonio Vicioso Ranz**

*Orotava-Dehesa.*

Estudio descriptivo de la evolución de pacientes diagnosticados y tratados previamente por disfunción eréctil y controlados al cabo de 6 meses para ver su curso evolutivo y las variaciones en ese tiempo tanto de su disfunción eréctil, como de los demás datos funcionales y de antecedentes personales (diabetes, obesidad, dislipemia, etc.) para correlacionar su importancia dentro de la disfunción eréctil.

**Objetivos.** Valoración del estado de disfunción eréctil al cabo de 6 meses desde su diagnóstico y la correlación existente entre el inicio de la terapéutica y el control a los 6 meses de los demás datos funcionales observados en el inicio.

**Metodología.** Se estudian los resultados obtenidos en los 120 pacientes ya diagnosticados y tratados de disfunción eréctil y la correlación con su estado de salud, mediante la prueba de Shimm y se valora tanto la edad, como el estado civil, la presencia de diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, enfermedad cardiovascular y EPOC tanto al inicio del diagnóstico como a los 6 meses para valorar la variabilidad de resultados.

**Resultados.** Al inicio son 120 varones los estudiados y al cabo de 6 meses, sólo se puede contactar con 72 (60%), por lo que no se puede valorar a 48 pacientes. Por el Estado civil, al principio son 111 casados y 9 viudos. Al cabo de 6 meses de los 72 pacientes, 60 están casados y 12 viudos que suponen el 92,5% y 7,5% del total, pasando a ser el 83,33% y 26,66% respectivamente a los 6 meses. Diabéticos eran 39 y ahora son 21, que suponen el paso de 32,5% al 29,16%. En cuanto a la dislipemia: pasan de 28 a 16 lo que supone el paso del 23,33% al 22,22%. Hipertensos: pasan de 32 a 18 que supone el paso del 26,66% al 25%. Obesos: que pasan de 49 a 31, siendo del 40,83% al 43%. Y por el resultado de la prueba SHIMM efectuado al inicio y a los 6 meses, el resultado es de 80 pacientes, de los 120, con puntuación superior a 21, que supone el 56,66%. Al cabo de 6 meses, sólo son 26 de los 72 estudiados los que tienen una puntuación que detecta disfunción eréctil, lo que supone el 36,11% del total.

**Conclusiones.** La única variable que se detecta un nivel inferior al cabo de los 6 meses es en la prueba SHIMM mientras que las demás variables no se modifican en el transcurso del tiempo. Esta diferencia es esperable puesto que el tratamiento con inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE-5) hace que el efecto sobre la disfunción eréctil sea tan beneficioso, que desciende los niveles de la prueba descendiendo proporcionalmente

al beneficio obtenido, a la satisfacción de las relaciones sexuales y al aumento de la cantidad y calidad de esas relaciones. Las diferencias en cuanto al resto de las variables estudiadas: estado civil, diabetes, dislipemia, hipertensión arterial y obesidad, no son significativas puesto que es la misma población estudiada el inicio y a los 6 meses y las variaciones de esas patologías dependen de las propias enfermedades, sin que la mejora en su función sexual haya influido en el resto de las enfermedades, aunque se note un mejor control de estas enfermedades.

**Palabras clave:** disfunción eréctil.

### 333. ENVEJECIMIENTO Y FRACTURA DE CADERA

**Álvaro Peña Irán, Noelia Fontanillas Garmilla, Ana González Santamaría, José Luis Herrero González y Manuel Olmos Martínez**

*Servicio Cántabro de Salud.*

**Objetivo.** Conocer la edad media de los pacientes con fractura de cadera y las características generales de las mismas.

**Metodología.** Estudio retrospectivo. Período año 2002. Datos recogidos de las historias clínicas de los pacientes mayores de 50 años ingresados por fractura de cadera en un hospital comarcal, con registro de: sexo, edad, medio rural o urbano, estación del año, estancia media de ingreso, tipo de fractura, fracturas previas.

**Resultados.** Se registraron 163 casos (82,8% mujeres y 17,2% varones), con una edad media de 82 años, siendo en las mujeres de 85 años y en los hombres de 81 años. 68,7% viven en medio rural y la distribución estacional fue mayor en primavera y verano (27,6% y 30,1% respectivamente). Localización de fractura: pectocantárea 63,2%, cervical 35% y diafisaria 1,8%. Otras fracturas previas: cadera contralateral 14,1%, vertebral 1,8% y Colles 2,5%. El 95,1% de las fracturas fueron descritas como traumatismo desde caída de pie. La estancia media hospitalaria fue de 12 días.

**Conclusiones.** La fractura de cadera en mayores es un importante problema de salud, principalmente porque la incidencia aumenta con la edad y la población de mayor edad está creciendo. En relación con otros estudios, coincidimos que la fractura de cadera más frecuente es la pectocantárea producida por traumatismo de baja energía, sin embargo la distribución estacional y el lugar de residencia varía.

**Palabras clave:** edad, fractura de cadera.

### 334. INFILTRACIONES. CASUÍSTICA TRIANUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA 2003-2005

**Joan Manel García Campillo, Pere García Bru y Laura Arbonès Fincias**

*CAP Sant Vicenç de Castellet.*

**Objetivos.** Valoración de los resultados de las infiltraciones con corticoides en patología tendinosa y osteoarticular en nuestro centro.

**Metodología.** Estudio descriptivo observacional de 147 pacientes infiltrados durante los años 2003, 2004 y 2005. Variables: edad, sexo, patología a infiltrar, número de infiltraciones por paciente y efectos adversos. Material utilizado: jeringas, agujas, anestésico local, corticoide depot, gasas, antiséptico tópico. Previa exploración, historia clínica y si hace falta radiografía para descartar otras patologías, con el consentimiento del paciente, se realizan 3 infiltraciones con un periodo mínimo entre ellas de 8 días.

**Resultados.** Se realizan 441 infiltraciones a 147 pacientes en este periodo. Edad media de 60,2 años. Sexo: 59% mujeres, 41% hombres. Las infiltraciones en el año 2003 fueron administradas a 34 pacientes, en el 2004 a 49 pacientes y en 2005 a 64 pacientes.

Por regiones anatómicas: en hombros 81, en codos 9, en caderas 2, en rodillas 48 y en pies 7. Efectos adversos: ninguno importante. Efectos locales: 2 casos de rubor facial (24 horas) y 2 casos de hiperglucemia.

**Conclusiones.** La práctica de las infiltraciones en la consulta diaria no representa una sobrecarga importante en el trabajo diario. El material y la medicación los tenemos en nuestros centros. El bajo coste de la utilización y el esfuerzo de la aplicación de las infiltraciones por su facilidad, efectividad, mejora asistencial y escasas complicaciones puede ser un buen instrumento para resolver una gran cantidad de patologías del aparato locomotor muy frecuentes.

**Palabras clave:** infiltraciones, Atención Primaria, útil.

### 335. ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE LLEGADA DE LOS USUARIOS A UN CENTRO DE SALUD URBANO Y UNO RURAL (MÁLAGA)

Antonio Hormigo Pozo<sup>a</sup>, Javier Orellana Lozano<sup>b</sup>, María Dolores Gallego Parrilla<sup>a</sup>, Francisco José Blanca Barba<sup>c</sup>, Concepción García Ruiz<sup>d</sup> y Antonio Baca Osorio<sup>e</sup>  
<sup>a</sup>CS. Salud Puerta Blanca. Málaga. <sup>b</sup>CS. Alhaurín El Grande. Málaga. <sup>c</sup>CS. Capuchinos. Málaga. <sup>d</sup>CS. Cruz Humilladero. Málaga. <sup>e</sup>CS. Ciudad Jardín. Málaga.

**Objetivo.** Principal: analizar los motivos de llegada de los usuarios al Servicio de Atención al Usuario y las cargas de trabajo que representan en un centro de salud urbano y uno rural. Secundario: Comparación de los resultados con centro urbano.

**Metodología.** Estudio observacional, descriptivo y transversal de los motivos de contacto de los usuarios y las cargas de trabajo y distribución en los distintos puntos de contacto del Servicio de Atención al usuario en los Centros de Salud durante un muestreo de 5 días de septiembre de 2005. El centro rural tiene adscrita una población de 18.188 personas y el urbano 24.512. Los motivos son recogidos diariamente en los distintos puntos de atención por el personal administrativo del Centro, procediéndose a la codificación de las distintas causas por un único evaluador. Se estableció una hoja de registro con las siguientes variables: día semana, hora, motivo de asistencia.

**Resultados y conclusiones.** El día de la semana con mayor frecuencia fue el lunes (23,42%). El principal motivo de contacto fue la demanda de médico (35,57%). La demanda médica y la demanda pediátrica fueron más frecuentes en el centro de salud rural (59,8% frente al 35,57% y 7,14% frente al 5,01% respectivamente). Nos planteamos: 1) realizar redistribución de puestos en Atención al Usuario creando uno específico para citas de especialista. 2) sistema de rotación de profesionales para evitar burn out. 3) formación específica en manejo informático del programa para los profesionales. 4) Facilitar determinados trámites y citas desde las consultas. 5) reforzar puestos de citas demanda y especialista en horas punta (8:00-10:30 h) a diario y en especial lunes y martes.

### 336. CONTROL DE CALIDAD Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO OCFA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

Antonio Hormigo Pozo<sup>a</sup>, María Dolores Gallego Parrilla<sup>b</sup>, Javier Orellana Lozano<sup>b</sup>, Antonio Hormigo Pozo<sup>c</sup>, Francisco Blanca Barba<sup>d</sup> y Leonor Gomez Jiménez<sup>c</sup>  
<sup>a</sup>CS. Ciudad Jardín. Málaga. <sup>b</sup>CS. Alhaurín El Grande. Málaga. <sup>c</sup>CS. Puerta Blanca. Málaga. <sup>d</sup>CS. Capuchinos. Málaga.

**Objetivo.** Principal: analizar los criterios de calidad asistencial en el proceso OCFA en un Centro de Salud urbano. Secundario: Comparación de los resultados en los distintos cupos médicos.

**Metodología.** Estudio observacional, descriptivo y transversal de los criterios de calidad asistencial del proceso Obstrucción Crónica del Flujo Aéreo (OCFA) en el Centro de Salud de Puerta Blanca de Málaga, de característica urbana, durante el año 2005. El centro tiene adscrita una población de 24.512 personas. Los criterios son recogidos a través del sistema informático Diraya por un único investigador, procediéndose a su codificación posterior. Se estableció una hoja de registro con las siguientes variables: cupo médico, ícono proceso ocfa, criterio clínico OCFA, consejo antitabaco, realización espirometría.

**Resultados y conclusiones.** Alto porcentaje de consejo antitabaco por parte de todos los cupos médicos, así como un elevado cumplimiento de los criterios clínicos de diagnóstico de OCFA, por el contrario se encuentran en una distribución desigual el censo (marcado de pacientes con ícono) y una baja realización de espirometrías. En base a los resultados nos planteamos: 1) Asegurar la colocación del ícono de proceso en aquellos pacientes con la confirmación del criterio clínico de OCFA, 2) Captación activa de pacientes con factores de riesgo para acercarnos a la prevalencia teórica estimada de nuestra población (9% entre 40-70 años), 3) Mantener el consejo antitabaco como medida más eficaz en el tratamiento y 4) Solicitar un mayor número de espirometrías a los pacientes en sus revisiones anuales.

### 337. ¿APLICAMOS LAS GUÍAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR A NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS?

Antonio Hormigo Pozo<sup>a</sup>, Javier Orellana Lozano<sup>b</sup>, María Dolores Gallego Parrilla<sup>b</sup>, Antonio Baca Osorio<sup>c</sup>, María Ángeles Viciana Ramos<sup>a</sup> y Francisco Blanca Barba<sup>d</sup>  
<sup>a</sup>CS. Puerta Blanca. Málaga. <sup>b</sup>CS. Alhaurín El Grande. Málaga. <sup>c</sup>CS. Ciudad Jardín. Málaga. <sup>d</sup>CS. Capuchinos. Málaga.

**Objetivo.** Principal: analizar la aplicación y seguimiento en la toma de decisiones en diabéticos considerados *per se* de riesgo cardiovascular alto, tomando como base la Guía de Riesgo Cardiovascular del Distrito Sanitario Málaga. Secundario: cumplimentación de los parámetros bioquímicos de calidad asistencial.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo de tres cupos médicos escogidos al azar de un Centro de Salud urbano. Obtenido listado de pacientes diabéticos se realizó un muestreo aleatorio sistematizado con sistema de reemplazo recogiendo las variables: edad, sexo, tipo de diabetes, tratamiento de la diabetes, años de evolución, hipertensión, dislipemia, HbA<sub>1c</sub>, microalbuminuria, exploración del pie, cálculo del riesgo.

**Resultados y conclusiones.** De los 117 pacientes el 57,3% eran hombres, con edad media de 61,35. El 16,2% son fumadores no constando el dato en el 7,7%. En los hipertensos la tensión arterial media era de 136,96 y la diastólica de 77,94. La cifra de LDL estaba recogida en el 59% de los casos, con una media de 114,62 mg/dl. El 15,4% de los pacientes presentaban microalbuminuria positiva y el 52,1% negativas, no encontrándose este dato en el 32,5%. La cifra media de HbA<sub>1c</sub> fue de 6,87, estando recogida la exploración del pie en el 60,7% de los casos y el 74,4% tienen calculado el riesgo. Planteamos: 1) incrementar la rigurosidad en los registros mediante microauditorias. 2) Control exhaustivo de los factores de riesgo. 3) Recoger peso y talla en el 100% de los pacientes para control de IMC y perímetro cintura. 4) Intervención antitabaco reiterada en los fumadores. 5) Realización al menos cada 6 meses de HbA<sub>1c</sub>, microalbuminuria y exploración de pies y 6) Intentar controles según guías en LDL, HbA<sub>1c</sub> y tensión arterial.

### 338. ¿TRATAMOS DE FORMA ADECUADA A NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS?

Antonio Baca Osorio<sup>a</sup>, Javier Orellana Lozano<sup>b</sup>,  
 María Dolores Gallego Parrilla<sup>b</sup>, Antonio Hormigo Pozo<sup>c</sup>,  
 Francisco Blanca Barba<sup>d</sup> y Leonor Gómez Jiménez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS. Ciudad Jardín. Málaga. <sup>b</sup>CS. Alhaurín El Grande. Málaga. <sup>c</sup>CS. Puerta Blanca. Málaga. <sup>d</sup>CS. Capuchinos. Málaga.

**Objetivo.** Principal: analizar la aplicación y seguimiento en el abordaje terapéutico de los pacientes diabéticos considerados *per se* de riesgo cardiovascular alto, tomando la Guía de Riesgo Cardiovascular del Distrito Málaga. Secundario: cumplimentación de los parámetros bioquímicos de calidad asistencial.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo de tres cupos médicos escogidos al azar de un Centro urbano. Obtenido el listado de pacientes diabéticos se realizó un muestreo aleatorio sistematizado con sistema de reemplazo recogiendo las variables: edad, sexo, tipo de diabetes, hipertensión, dislipemia, HbA<sub>1c</sub>, microalbúminuria, LDL, tratamiento de la diabetes, hipertensión, dislipemia. Tratamiento renoprotector y anticoagregante.

**Resultados y conclusiones.** El 57,3% eran hombres. El 4,3% DM tipo 1 y el 95,7% DM tipo 2; el 24,8% presentaban DM+HTA, el 16,2% DM+dislipemia y el 34,2% DM+HTA+dislipemia. Fuman el 16,2% no constando en el 7,7%. El 66,4% toman ADO, el 12,1% insulina y el 12,7% ADO+insulina. En hipertensos el 54,7% tomaba IECA y sólo el 2,4% de los no hipertensos seguían tratamiento renoprotector. La dislipemia estaba tratada en el 44,4%, de éstos el 16,2% tomaban atorvastatina; el análisis multivariante de pacientes con LDL > 100 que recibían tratamiento era del 48%. El 51,3% recibían tratamiento antiagregante, de éstos la mitad en prevención primaria. En base a estos resultados nos planteamos: 1) revisión de los pacientes no hipertensos para instaurar tratamiento renoprotector. 2) Conseguir LDL < 100 utilizando estatinas equipotentes a la situación basal de cada paciente. 3) Instaurar antiagregación en prevención primaria y secundaria. 4) Realizar consejo antitabaco a todo paciente fumador. 5) Desarrollo de un estudio cualitativo para valorar las modificaciones de estilos de vida tras nuestra intervención.

### 339. NIVEL DE INFORMATIZACIÓN. CUMPLIMENTACIÓN EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE NUESTRA ABS

Joan Manel García Campillo, Reis Ma Serra Bertral, Josep Lluís Irujo Tatuarre, Agatha Martínez Pardo, Pere García Bru y Laura Arbonès Fincias

CAP Sant Vicenç de Castellet.

**Objetivos.** Valorar la calidad en la cumplimentación de las historias clínicas al año de la instauración de la informatización de la gestión de la consulta.

**Metodología.** Estudio descriptivo retrospectivo. Se selecciona de forma aleatoria y estratificada un número de historias de cada cupo atendido de un centro de salud, excluyendo aquellos que no han registrado visita en el centro y a los menores de 15 años. Usando como criterio las normas técnicas de informatización de historia clínica del ICS.

**Resultados.** Muestra inicial de 800 pacientes. Se recogieron datos de las historias: edad media: 52 ± 19,6; 56% mujeres, 55% hombres. Porcentajes de presencia de los parámetros evaluados: vacunación: 34%; alergia: 62%; introducción de la medicación crónica: 81%; MEAP: 64%; hoja de monitorización: 51%; tabaco: 56%; alcohol: 42%; problemas de salud: 66%; y

medición de la tensión arterial: 61%. Según los criterios fijados en el inicio del estudio hallamos bien cumplimentados el 17%; regular el 54%; deficiente el 29% de las historias.

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

**Palabras clave:** informatización, cumplimentación, historias, clínicas.

### 343. CONSULTA JOVEN EN A.P.

María del Carmen Azcarate Bang, Carmen R. Hernández Plasencia y Esther Ramos Afonso

Arona, Tenerife.

**Descripción del estudio.** Hacemos un estudio descriptivo y comparativo de los resultados obtenidos en consultas jóvenes de características iguales pero de ubicación diferente. La consulta joven consiste en una consulta exclusivamente para jóvenes de ambos性, comprendidos entre 12 y 20 años, anónima, gratuita, sin cita previa y en la que se oferta educación e información sobre anatomía y fisiología de la sexualidad, embarazo y IVE, anticoncepción, tratamiento postcoital, problemas asociados con la orientación del deseo, identidad sexual, agresiones sexuales, ETS, y relaciones interpersonales.

**Objetivos.** Comprobar y evaluar las diferencias entre 2 consultas jóvenes de iguales características pero de diferente ubicación, dentro del ámbito de la Atención Primaria.

**Metodología.** Adolescentes de ambos性 entre 12 y 20 años pertenecientes al municipio de Arona, Tenerife, que acudieron a la consulta joven en los años 2002, 2003 y 2005 hasta abril de 2006. Se compara 2 tipos de consulta: la consulta tipo I durante los años 2002 y 2003 ubicada en el Centro de Salud de Atención Primaria, una vez a la semana, durante dos horas, a la que puede acudir la población a estudiar, sin cita previa y voluntariamente, siendo un total de 59 días de consultas a estudiar. El total de esta población son 77 adolescentes divididos en 53 chicas y 24 chicos. La consulta tipo II desde enero de 2005 hasta abril de 2006, ubicada en los Institutos de Educación Secundaria de la Zona de Salud, una vez en semana, durante dos horas, a la que pueden acudir los adolescentes escolares, sin cita previa y voluntariamente, siendo un total de 35 días de consultas a estudiar. El total de esta población son 370 adolescentes, divididos en 255 chicas y 115 chicos.

**Resultados.** Consulta tipo I: número de días de consulta: 59 días. Número Total de consultas: 77 adolescentes, de los cuales 53 son chicas y 24 son chicos. El mayor número de consultas corresponde a hembras. Número de veces que acuden a la consulta: por primera vez 54, más de una vez 23. Consulta tipo II: número de días de consulta: 35 días. Número total de consultas: 370 adolescentes, de los cuales 255 son chicas y 115 son chicos. El mayor número de consultas corresponde a hembras de entre 14 y 16 años. Número de veces que acuden: por primera vez 257 y sucesivas 113. Número de adolescentes que acuden a la consulta joven, comparando los que acudieron al centro de Salud, con los que acudieron al instituto.

**Conclusiones.** Tras analizar los resultados de ambas consultas llegamos a las siguientes conclusiones: los adolescentes acuden mucho más a la consulta joven si está ubicada en una zona de fácil acceso, como el instituto y que además les representa más privacidad que en el consultorio de Atención Primaria. La media de adolescentes que acuden en un día de consulta joven, ubicada en el centro de Salud es de 1 adolescente y medio por día de consulta, en cambio la media de adolescentes que acuden

den en un día de consulta ubicada en el instituto es de 11 adolescentes por día de consulta, por lo cual la consulta del instituto se aprovecha mucho más. Las edades de los jóvenes que acuden a la consulta joven ubicada en el consultorio de Atención Primaria es bastante uniforme, mientras que en los que acuden al instituto la edad más frecuente se concentra entre los 14 a 16 años, esto es debido a que la consulta en el centro de Salud se oferta a toda la población adolescente, en cambio la consulta en el instituto sólo se oferta a los adolescentes que están en edad escolar. Las chicas y los chicos acuden en la misma proporción, tanto sea en el ámbito escolar como en el ámbito sanitario. No hay diferencias en la proporción que acude una sola vez a la que acuden más de una vez en los distintos ámbitos.

**Palabras clave:** sexualidad, adolescencia, anticoncepción.

#### 344. ACTITUD DEL MÉDICO DE FAMILIA ANTE LAS CONSULTAS DERMATOLÓGICAS

Rosario Corio Andujar, M.<sup>a</sup> Rosa Senan Sanz<sup>a</sup>  
y Josep M.<sup>a</sup> Cots Yago<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CAP El Clot. <sup>b</sup>Profesor Facultad Medicina Universidad de Barcelona.

**Objetivo.** Conocer la actitud del médico de familia frente a los problemas dermatológicos atendidos en Atención Primaria y sus necesidades formativas.

**Metodología.** Diseño: estudio descriptivo transversal; ámbito: España. Participantes: se distribuyeron 1.000 encuestas, respondieron 478 médicos de AP (47%). Método: encuesta auto-cumplimentada con 23 preguntas distribuidas en tres apartados: datos demográficos, asistenciales y de formación.

**Resultados.** Datos Asistenciales: ámbito de ejercicio: rural (12%), semiurbano (24%), urbano (64%). Tamaño del cupo: 86% cupos de 1.000-2.500 usuarios. El 93% visita 31 o más pacientes al día. Consultas dermatológicas a la semana: un 64% atiende entre 5-15 y el 30% más de 15. Las patologías dermatológicas más frecuentes son: dermatitis-eczemas (34,1%), micosis (15,3%) y piodermitis-acné (12,5%). Las que se derivan más son: patología tumoral (68%), alopecia areata (51,9%) y verrugas (44,9%). Desviación típica > 40 en nevus, acrocordones-fibromas, verrugas, alopecia areata y escabiosis. Datos de Formación: El 61% ha recibido formación en dermatología en los últimos 3 años. De entre los que no (39%), el 56% alude a falta de tiempo, un 8,2% cree tener buena formación dermatológica y, sólo un 5%, desinterés. Los temas de mayor interés son: patología tumoral, psoriasis, eczemas, micosis de piel y cirugía dermatológica.

**Conclusiones.** Aún con una presión asistencial alta la mayoría de procesos dermatológicos son resueltos en Atención Primaria. Nevus, acrocordones-fibromas, verrugas, alopecia areata y escabiosis presentan variabilidad importante en su abordaje. El interés formativo es alto y se centra en procesos de alta prevalencia o mayor dificultad diagnóstica.

**Palabras clave:** Atención Primaria, actitud, dermatología.

#### 349. NUESTRA EXPERIENCIA EN LA CONSULTA JOVEN

Guillermo Muñoz Cabañero, Ana María Roldán González, Carmen Bravo Marín, María José González González, Ana Torrijos Gabaldón y Francisco Mata Guerrero

ZBS. Villanueva de Los Infantes.

**Objetivos.** Facilitar a los jóvenes un recurso cercano para que puedan solicitar ayuda de una manera más fácil y accesible des-

plazándonos a su entorno educativo. Favorecer un conocimiento básico sobre hábitos posturales, ejercicios y ergonomía. Informar sobre las consecuencias del abuso de sustancias adictivas. Informar a los adolescentes de métodos anticonceptivos con el fin de evitar embarazos no deseados, E.T.S. Detectar trastornos de conducta alimentaria, maltrato entre compañeros ofreciendo asesoramiento. Conocer los problemas de salud que preocupan a los jóvenes.

**Metodología.** Para conseguir los objetivos descritos disponemos de una consulta en cada I.E.S. donde acudimos los jueves los encargados de gestionarla son médico, pediatra, fisiterapeuta y enfermero. El acceso a la consulta es libre o cita previa a través del orientador del centro. Acuden individualmente o en pequeños grupos. Durante la entrevista utilizamos dos hojas: una de registro en la que consta: genograma, hábitos y actitudes; y otra para evaluar la existencia de posible acoso escolar. Taller de prevención de adicciones. Taller de cuidado de la espalda a 1.<sup>º</sup> y 2.<sup>º</sup> de ESO. Taller de sexualidad a bachillerato.

**Conclusiones.** El 43% de las consultas son motivadas por drogas (tabaco y alcohol principalmente); el 28%, perfil de trastornos de conducta alimentaria; el 22%, temas de sexualidad y el 7% otros. Hemos incorporado un taller de adicciones a los cursos inferiores, para retrasar la edad de inicio de consumo de tabaco y alcohol. En todas las aulas en las que se han detectado perfiles de acoso escolar, se ha trabajado educación en valores con el orientador y el tutor. En este segundo año de consulta hemos mejorado el acceso a la misma ya que se puede solicitar con cita previa o no.

**Palabras clave:** adolescente, educación sanitaria, prevención, promoción de la salud.

#### 351. DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

Antonio José Baca Osorio, José Mancera Romero, Antonio Hormigo Pozo, Leovigildo Ginel Mendoza, Francisco Taboada González y Rosa Sánchez Pérez

CS. Ciudad Jardín. Málaga.

**Objetivo.** Conocer la prevalencia de desgaste profesional (*Burnout*) en un centro de salud urbano.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Marzo 2006. Centro de salud urbano. 56 profesionales. *Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)*, en el cual se analizan los distintos aspectos que integran el síndrome de *Burnout* en suscalsas: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). El cuestionario consta de 22 ítems con una escala de puntuación de Likert (0-6), de los cuales 9 valoran el CE, 5 la DP y 8 la RP. Con respecto al CE, las puntuaciones de 27 o más indicarían un nivel alto, entre 19 y 26 moderado, e inferiores a 19 bajo. Medidas de frecuencia.

**Resultados.** Contestan la encuesta todos los profesionales del centro (56). Categorías profesionales: 19 médicos de familia, 5 pediatras, 17 enfermeros, 5 auxiliares y 10 personal administrativo. Sexo: 52,9% mujeres. Edad: media de 47,2 años (32-57). Años trabajando: 22 (3-35). El 74% de los profesionales presentan un nivel moderado-alto de agotamiento emocional, el 62% un nivel-moderado alto de despersonalización y un 63% nivel moderado-bajo de realización personal.

**Conclusiones.** Elevada prevalencia de desgaste profesional. Los médicos son los profesionales más afectados.

**Palabras clave:** desgaste profesional, agotamiento profesional, despersonalización, realización personal, Atención Primaria.

### 358. FRACTURA DE CADERA. ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN?

Álvaro Peña Irán, Ana González Santamaría, Noelia Fontanillas Garmilla, José Luis Herrero González y Manuel Olmos Martínez

Servicio Cántabro de Salud.

**Objetivo.** Analizar los factores de riesgo asociados a fractura de cadera en pacientes mayores de 50 años.

**Metodología.** Se revisaron 163 historias clínicas de pacientes mayores de 50 años ingresados en un hospital comarcal por fractura de cadera en el año 2002. Registrando las siguientes variables: edad, sexo, tabaco, alcohol, déficit visual, menopausia, enfermedades y tratamientos asociados.

**Resultados.** La edad media fue de 82 años, un 82,8% eran mujeres. Un 93,9% eran no fumadores y un 95,1% no consumían alcohol. En cuanto a las enfermedades que aumentan el riesgo de caída, presentaban alteraciones visuales el 44,2%, precisaba ayuda para caminar el 41,1%, demencia el 10,4%, accidente cerebro-vascular 9,2%, Parkinson 4,9% y Diabetes Mellitus 17,7%. Con respecto a las enfermedades que disminuyen la masa ósea: hiperparatiroidismo 1,2%, hipertiroidismo 3,1%, hepatopatía crónica 1,2%, EPOC 9,2% y artritis reumatoide 3,1%. Medicación con influencia ósea (corticoides, antidiabéticos orales, hormonas tiroideas, tiazidas, heparina de bajo peso molecular, acenocumarol, benzodiazepinas, anticomiales, antiarrítmicos) 43,6%.

**Conclusiones.** Es llamativa la falta de referencia a la edad de la menopausia en las historias clínicas de estos pacientes. Sobre el resto de factores destacaba la edad avanzada y las alteraciones visuales como principales responsables de caída y fractura. Y la ausencia de pacientes consumidores de tabaco y alcohol.

**Palabras clave:** fractura, cadera, factores de riesgo.

### 360. ELABORACIÓN DE UN PROYECTO DE INTERVENCIÓN: ¿CUIDANDO AL CUIDADOR? COMO BASE DE PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Isabel Redondo Zambrano, Isabel Veiguela Martínez, Virginia González López, Martina Díaz Folgar y Natalia Romero Martínez

Centro de Salud de Vite. Santiago de Compostela.

**Introducción.** Dado el progresivo envejecimiento de la población y que el núcleo familiar, en muchos casos, debe hacerse cargo del cuidador de los familiares con incapacidad y dependencia, se producen cambios en la familia, sobre todo en el cuidador principal, que se ve afectado/a por una sobrecarga laboral y emocional y que para hacer frente a todas estas necesidades, la red social (apoyo formal e informal) no cuenta con recursos suficientes.

**Objetivo.** Elaborar un proyecto de intervención: "Cuidando al cuidador" para prevenir el deterioro psicosocial de los mismos.

**Resultados.** Entre los cuidadores existe un predominio de mujeres (67,6%), con una edad media global de 61,8 años [desviación estándar (DE) de 13,3] hijas del paciente (47,1%) y convivientes con él. La morbilidad más detectada fueron los problemas osteoarticulares (52,9%); un 41,2% presentan malestar psíquico relacionado con la ansiedad y depresión; el resto de las patologías reflejadas no presentan relación directa con el cuidado del paciente inmovilizado. La media de visitas del cuidador al médico en los 6 últimos meses fue de 5,4 (DE = 3,7). Reciben apoyo de la red formal el 41,2% de los pacientes. En el proyecto de intervención los resultados previstos son mejorar la información sobre los recursos bio-psico-sociales existentes (aumentar la información al menos en un 50%); garantizar los cui-

dados de las personas dependientes a través del apoyo bio-psico-social de sus cuidadores (75%) y enseñar al cuidador a aprender a delegar como forma de proteger su propio bienestar físico y mental (50%).

**Conclusiones.** El cuidador presenta un perfil con sobrecarga laboral y emocional que influye en su salud (síntomas físicos y psíquicos) y un apoyo de la red social insuficiente. Por lo que se ve necesaria la elaboración de un proyecto de intervención desde la Atención Primaria de Salud: "Cuidando al cuidador" en el que intervengan médico, enfermera y trabajador social.

**Palabras clave:** sobrecarga laboral/emocional, morbilidad, cuidadores, inmovilización, recursos sociosanitarios, prevención.

### 366. EVALUACIÓN DEL ESTUDIO ANÁTOMO-PATOLÓGICO EN CIRUGÍA MENOR

Miguel Ángel García Lillo, Jerónimo Gonzálbez García, Cayetano Alarcón Jiménez, Rosario García Santafe, Marta Arana Hidalgo y Ángela Barrio Ramos

Centro de Salud. Hospital Provincial-Plá. Alicante.

**Objetivos.** Conocer el grado de concordancia entre los diagnósticos pre y post Anatomía-Patológica (A-P) obtenidos en el programa de Cirugía Menor.

**Metodología.** Estudio transversal y retrospectivo desarrollado en un centro de salud urbano desde noviembre de 1999 hasta diciembre del 2004. Analizando los pacientes intervenidos y remitiendo la muestra al Hospital de San Juan, bajo el modelo organizativo de Líderes Quirúrgicos (mixto). El número de enfermos intervenidos fue 968.

**Resultados.** El número de muestras remitidas para estudio A-P fue 195 (20,14%). El número de médicos participantes fue 11 (57,89%). El procedimiento quirúrgico empleado fue: Extirpación subcutánea 143 (73,33%), extirpación superficial 21 (10,77%) y electro resección 31 (15,90%). El Índice de Concordancia fue 147 (75,38%). Diagnósticos: Queratosis Seborreica (40), Nevus (36), Verruga (31), Fibromas (15), Epitelioma Basocelular (7), Queratosis actínica (4), Angioma (4), Quiste epidérmico (3), Paniculitis septal (2), otros (5). Las Lesiones discordantes fueron 48 (24,62%). Diagnósticos: Biopsias (14), Queratosis seborreicas (11), Nevus (10), Verruga (3), Fibromas (2), Hiperplasia en Nevus (1), Queratosis actínica (1), otros (2). La proporción de patologías remitidas con presunción de benignidad y diagnosticadas de malignidad fue 4 (2,05%). Diagnósticos: Epitelioma basocelular (4).

**Conclusiones.** Los actos en Cirugía Menor tienen un alto grado de calidad. La concordancia entre los diagnósticos pre y post A-P es aceptable aunque mejorable. Lesiones presuntamente benignas que resultaron ser malignas, debe erradicarse.

### 369. ANÁLISIS DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO

Uberto Prada Presa, Juan Manuel Ruiz Aguilar, Manuela Márquez Ferrando, Rosa Mª Ramos Guerrero y Jesús López Palomino

**Objetivo.** Estudiar la problemática percibida por los usuarios ante la implantación de la prescripción por principio activo en un Centro de Salud rural.

**Metodología.** Se diseñó estudio descriptivo transversal. El Universo de estudio lo compone la población adscrita al Centro de Salud Rural de Vejer de la Frontera con 12.900 habitantes y la unidad de análisis y observación, los usuarios asistentes una consulta médica y otra de referencia de crónicos, con un tamaño muestral de 106 (IC 95%, error + 5% y ED 1,0). Se elabora encuesta dirigida a los usuarios que de carácter oportunitis-

ta y voluntaria con una única pregunta abierta sobre la problemática que encuentra cuando su médico le realiza la prescripción por principio activo. La encuesta se pasó en una semana de lunes a viernes.

**Resultados.** Participaron un total de 106 usuarios; 62 mujeres (58,49%) y 44 hombres (41,51%). La distribución por grupos de edad fue: de 15 a 25 años: 10 (6,2%), de 25 a 40 años: 33 (20,6%), de 40 a 65 años: 26 (16,3%), > 65 años: 37 (23,1%). El 20,75% de los usuarios encuentran problemas, siendo el grupo mayor de 65 años los que refieren más problemas. Los tipos de problemas detectados son: no identifican el tipo de fármaco: 6 (27,3%), se prefiere las marcas comerciales: 3 (13,6%), se desconoce el significado del principio activo: 3 (13,6%), el especialista les prescribe el nombre comercial: 1 (4,5%).

**Conclusiones.** El principal problema recogido es que no saben identificar el medicamento, fundamentalmente las personas mayores de 65 años. Ante estos resultados se plantea mejorar la información ofrecida a este grupo de usuarios y seguir potenciando esta forma de prescripción como Uso Racional del Medicamento.

### 378. LOS MÉDICOS, ¿SOMOS BUENOS PACIENTES?

Juan Carlos Campos Rodríguez, Amelia González Gamarra, Marta Guzón Centeno, Paloma Casado de Pedro, Fatima López Zamarra y Mario Martínez Grandmontaigne

EAP Goya II. Madrid.

**Objetivos.** Conocer la opinión de los facultativos de AP sobre el comportamiento de los pacientes que son médicos.

**Metodología.** Encuesta autoadministrada, de dos partes, valorando la opinión de los médicos sobre sus pacientes médicos y sobre su actitud cuando son pacientes. Se realizó en 8 EAPs, participando 106 médicos (34 hombres, 70 mujeres, 2 no identificados) con un rango de edad entre 29 y 59 años.

**Resultados.** El 85% atienden pacientes que son médicos, identificándose el paciente como médico en un 85% de los casos. 50% se sienten condicionados con estos pacientes y les solicitan trato "especial". El 60% ofrecen trato "especial". El 88% respetan horario y espacio físico dedicado a consulta. El 90% creen que se confía en sus diagnósticos y cumple sus prescripciones. La 2.<sup>a</sup> parte de la encuesta valora a los médicos como pacientes. 60% acuden a su médico de AP y se identifican como médicos. El 20% solicita trato "especial" y cree que lo recibe. El 100% respetan horario, espacio físico, confían en diagnóstico y cumplen prescripciones.

**Conclusiones.** Contrariamente a la escasa literatura sobre el tema, los médicos no son pacientes difíciles, respetan las normas de consulta y las decisiones de sus médicos de AP, pero exigen y reciben un trato especial.

**Palabras clave:** comportamiento, médico, paciente.

### 386. OBJETIVO. PRESCRIPCIÓN DE GENÉRICOS

José Francisco Ibor Pica, Salvador Pérez Picazo y Juan del Campo Gozalvo  
CAP de Benicalap. Valencia.

**Objetivo.** Determinar la prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) en nuestra zona de salud y compararla con la del Departamento y con la de la Comunidad Valenciana (CV).

**Diseño.** Estudio descriptivo, retrospectivo, de utilización de medicamentos. Emplazamiento: Zona de salud 11 del Departamento 7 de la CV. Período: año 2005.

**Metodología.** Se han utilizado los datos de facturación de recetas proporcionados por el programa GAIA (Gestión de la prestación farmacéutica) de la Conselleria de Sanitat. Los tres indicadores que utilizamos se expresan en porcentaje de envases de EFG. Se compara cada uno de los indicadores de nuestra zona con los mismos de la CV y con los del Departamento.

**Resultados.** La prescripción de EFG frente al total de especialidades farmacéuticas fue de un 9,65% en la CV, un 10,28% en el Departamento y un 14,8% en nuestra zona. La prescripción de EFG frente al total de especialidades farmacéuticas que se encuentran en genérico fue de un 28,05% en la CV, un 28,99% en el Departamento y un 39,31% en nuestra zona. En cuanto a la prescripción de EFG más económicas con un rango del 5% apreciamos que fue del 11,89% en la CV, del 12,17% en el Departamento y del 17,37% en nuestra zona.

**Conclusiones.** La prescripción de EFG en nuestra zona es igual que la media de la Unión Europea. Se aprecia un gran nivel de motivación, compromiso e implicación en la prescripción de EFG y en la disminución del gasto farmacéutico.

**Palabras clave:** prescripción, medicamentos genéricos.

### 387. EXPERIENCIA DE UN AÑO CON MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

José Francisco Ibor Pica, Luis Ángel Castellano Mateo y José Vicente Marco Ortega

CAP de Benicalap. Valencia.

**Objetivos.** Describir resultados tras la utilización de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA).

**Diseño.** Estudio descriptivo y retrospectivo.

**Metodología.** Se han realizado 30 MAPAs, 60% en hombres y 40% en mujeres. El 50% tenía 60 o más, el 47% entre 40 y 59 y el 3% entre 20 y 39 años. Para los resultados se usaron las hojas de petición y los informes de las MAPAs que contienen motivo de la petición, tratamiento antihipertensivo, presión arterial media diurna, nocturna, de 24 horas y patrón circadiano.

**Resultados.** En el 30% de los casos la MAPA se justificó por una hipertensión refractaria y en un 27% por sospecha de bata blanca confirmándose ésta sólo en un 7%. El 97% de los pacientes llevaban tratamiento antihipertensivo, el 21% un  $\beta$ -bloqueante, el 19% un IECA y el 16% un diurético a dosis plenas seguidos por ARA II, calcioantagonistas, diuréticos a dosis bajas y otros. El patrón dipper fue el más frecuente en el 41% de los casos frente al 33% de no dipper, 13% dipper extremo y 13% riser.

**Conclusiones.** El 27% de las peticiones de MAPA fueron por sospecha de hipertensión de bata blanca, confirmándose en un 7%. El tratamiento más utilizado fueron los  $\beta$ -bloqueantes seguidos por los IECA y los diuréticos a dosis plenas. Al 73% de los pacientes se les suministró el tratamiento mediante dos o más principios activos. El 41% de los pacientes tenía un patrón dipper, 33% no dipper, 13% dipper extremo y 13% riser.

**Palabras clave:** hipertensión arterial, MAPA.

### 388. ESTUDIO DE LAS HOJAS DE RECLAMACIONES PRESENTADAS EN EL CONSULTORIO RINCÓN DE LOIX DESDE ENERO DE 2001 A DICIEMBRE DE 2005

María Antonia Ortega Aznar, Ana María Pastor Morell, Francisco Medina Ruzafa, María Moyano Bautista, Teresa Fortea Quesada y Eugenia Guinea Rueda

Rincón de Loix. Benidorm.

**Objetivo.** Describir y analizar las 96 hojas de reclamaciones registradas en consultorio del Rincón de Loix en los 5 últimos años.

**Metodología.** Para el estudio utilizamos el programa estadístico g-stat 2.0 y tomamos como variables edad, género y procedencia del reclamante (residente o desplazado), motivo de la reclamación y persona o servicio reclamado.

**Resultado.** Incidencia acumulada de 14 reclamaciones por 100.000 consultas médicas/enfermería. El 56% corresponden a mujeres. La edad media es de 42 años. El 57% proviene de personas desplazadas. El principal motivo de la reclamación fue en relación a la competencia o trato profesional (43%), seguido de los problemas referidos a la accesibilidad (32%), el 26% restante de las quejas son referidos a problemas con la organización, estructura y continuidad en el seguimiento. El 32% de las reclamaciones van dirigidas al personal facultativo, el 25% al personal de admisión/mostrador y el 33% hacen referencia a otros centros (centro especialidades, hospital, etc.).

**Conclusiones.** La tasa global de reclamaciones es baja en nuestro centro, comparado con la bibliografía revisada. El estudio exhaustivo de las hojas de reclamaciones de los usuarios en Atención Primaria puede ser un instrumento útil para detectar aspectos conflictivos, como el trato personal deficiente y accesibilidad al centro por un lado y las reclamaciones dirigidas a los facultativos y personal de admisión/mostrador, por otro.

**Palabras clave:** hojas de reclamaciones, calidad, Atención Primaria.

### 391. ¿CÓMO CONTROLAMOS LA DIABETES EN UN ÁREA DE SALUD?

Ana López de Viñaspre Muguerza, Asunción Roldán Marrodán, Marian Calvo Gainzarain, Jesús Iturrealde Iriso, Martínez Elgarresta y Ainhoa Lekuona Irigoyen

CS. Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz.

**Introducción.** La Diabetes Mellitus (DM), constituye una patología crónica por la que consultan nuestros pacientes. Es una patología, que según las previsiones va en aumento y un buen control de estos pacientes, influye en el curso de la enfermedad y en la aparición de complicaciones.

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es conocer como es el control de la DM en un área de salud.

**Metodología.** Diseño: estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un Área de salud que atiende a una población de 244.878 habitantes mayores de 14 años. El corte se realiza a principios de septiembre del 2005. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

**Resultados.** Consta en la historia clínica informatizada, que se ha realizado cribado al 23,47% de toda la población asignada al área. La prevalencia de DM en nuestra área es de un 5,81%. Analítica tiene realizada un 36,20 de los diabéticos. Consejos dietéticos y de ejercicio el 41,39%. Cuidados del pie 37,55%. Fondo de ojo 22,73%. Buen control de HbA<sub>1c</sub> 29,80%. Buen control de la tensión arterial 23,47%. Buen control del colesterol 30,80%. No fuman 77,45%.

**Conclusiones.** Gracias al programa OSABIDE, conocemos en todo momento el control de toda nuestra población diabética. Debemos tener en cuenta la falta de registro en la historia informatizada y que debemos esperar algo más de tiempo para que los profesionales del área registren bien en la historia clínica. Debemos mejorar el control de la hemoglobina glicosilada y de tensión arterial.

**Palabras clave:** diabetes mellitus, Atención Primaria, control.

### 392. ¿CÓMO SE CONTROLA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN ÁREA DE SALUD?

Ana López de Viñaspre Muguerza, Asunción Roldán Marrodán, Marian Calvo Gainzarain, Jesús Iturrealde Iriso, Miren Martínez Elgarresta y Ainhoa Lekuona Irigoyen  
CS. Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz.

**Introducción.** La hipertensión arterial (HTA), constituye el motivo de patología crónica más frecuente por el que consultan nuestros pacientes. El buen control de estos pacientes, influye en el curso de la enfermedad y en la aparición de complicaciones debidas a la HTA.

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es conocer cómo es el control de la HTA en un área de salud.

**Metodología.** Diseño: estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un Área de salud que atiende a una población de 244.878 habitantes mayores de 14 años. El corte se realiza a principios de septiembre del 2005. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

**Resultados.** Consta en la historia clínica informatizada, que se ha realizado cribado al 24,20% de toda la población asignada al área. La prevalencia de HTA en nuestra área es de un 12,37%. Analítica tiene realizada un 49,5% de los hipertensos. Electrocardiograma un 49,05% de ellos. Consta que se les ha recomendado dieta y ejercicio a un 38,90% de todos ellos. Tiene un control bueno de su HTA un 28,76% de toda la población hipertensa.

**Conclusiones.** Gracias al programa OSABIDE, conocemos en todo momento el control de toda nuestra población hipertensa. Debemos tener en cuenta la falta de registro en la historia informatizada y debemos esperar algo más de tiempo para que los profesionales del área registren bien en la historia clínica. Debemos aumentar el cribado, para que se acerque la prevalencia a la que da la bibliografía.

**Palabras clave:** hipertensión arterial, Atención Primaria, control.

### 393. ¿CÓMO ES EL CONTROL DE LA INGESTA EXCESIVA DE ALCOHOL EN UN ÁREA DE SALUD?

Asunción Roldán Marrodán, Marian Calvo Gainzarain, Ana López de Viñaspre Muguerza, Jesús Iturrealde Iriso, Miren Martínez Elgarresta y Ainhoa Lekuona Irigoyen  
CS. Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz.

**Introducción.** El consumo excesivo de alcohol supone un importante problema de salud por la implicación sanitaria y social que conlleva. Es importante la detección, control y seguimiento de estos pacientes para mejorar su calidad de vida y la de las personas que los rodean.

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es conocer cómo es la detección y control del consumo excesivo de alcohol en un área de salud.

**Metodología.** Diseño: estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un Área de salud que atiende a una población de 244.878 habitantes mayores de 14 años. El corte se realiza a principios de septiembre del 2005. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

**Resultados.** Consta en la historia clínica informatizada, que se ha realizado cribado de consumo de alcohol al 20,34% de toda la población asignada al área. La prevalencia de consumo excesivo de alcohol en nuestro área es de un 0,76%. Se les ha realizado prueba de dependencia (CAGE) a un 16,45%. Se les ha dado consejo e intervención sobre su consumo a un 16,45%. Se les ofertó deshabituación a un 41,36%. Tiene realizado estudio analítico para conocer repercusión orgánica un 36,37%. Se ha valorado la situación familiar a un 15,43%.

**Conclusiones.** Tenemos detectados pocos consumidores excesivos de alcohol según describe la bibliografía. Debemos detectarlos con prontitud y ofertar a todos ellos deshabituación en nuestras consultas o en el segundo nivel. Debemos valorar su situación familiar, ya que influye en su seguimiento y curación. **Palabras clave:** alcohol, Atención Primaria, seguimiento.

### 394. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA PRESTADA EN EL PROGRAMA DE SALUD DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE CERVIX EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

Ángel Benítez Moyano<sup>a</sup>, Francisco Pozo Muñoz<sup>a</sup>, María Victoria Vega Jimena<sup>b</sup>, Luis Domínguez Rodríguez<sup>b</sup>, Francisco Almellón Montero<sup>b</sup> e Inmaculada Roldán Carregalo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Distrito Sanitario La Vega. <sup>b</sup>Centro de Salud de Mollina.

**Objetivo.** Evaluar la calidad de la asistencia prestada a la población incluida en el Programa de Salud de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix (DPCC) en una Zona Básica de Salud (ZBS) mediante la valoración de los indicadores de calidad del programa.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Unidades de estudio: pacientes incluidos en el Programa de Salud DPCC durante el año 2005 en una ZBS. Marco muestral: se estudia la totalidad de mujeres incluidas en el programa (n = 344). Se realiza una evaluación interna cruzada. Variables estudiadas: A) Datos demográficos; B) Indicadores de calidad del programa: 1) Registro completo datos filiación; 2) Petición citología según recomendaciones del PAPPS; 3) Demora en la recepción del informe de Anatomía Patológica; 4) Demora en la comunicación de resultados; 5) Registro adecuado de resultados en la hoja específica del programa; 6) Porcentaje frotis no valorables < 5%.

**Resultados.** Edad media 48 años. Registro completo datos filiación: 92,45%. Petición ajustada recomendaciones PAPPS 54%. Demora media recepción informe: 25,66 días. Demora media comunicación resultados 24-48 horas. Registro adecuado en hoja específica 63,95%. Frotis no valorables 3,33%.

**Conclusiones.** Consideramos que existe un aceptable registro de datos de filiación si bien debe optimizarse. Pensamos que es necesario un esfuerzo para adecuarnos a las recomendaciones del PAPPS. Nos ajustamos en el 100% de los casos al plazo marcado por el Decreto de garantías de la Consejería de Salud de Andalucía, tanto en la recepción del informe como en la comunicación de resultados. Creemos aceptable el porcentaje de frotis no valorables, cumpliendo el indicador de calidad establecido (< 5%); no obstante creemos necesario incrementar las habilidades del personal sanitario en la realización de citologías.

**Palabras clave:** programa de salud, evaluación, calidad.

### 397. RASGOS DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE TABACO Y ALCOHOL

José Luis Cabrera Mateos, Alexis Báez Álvarez<sup>a</sup>, María del Carmen Mendoza Luzardo<sup>b</sup>, Román García Zerpa<sup>c</sup> e Ico Toledo Perdomo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Zona Básica de Salud Yaiza. <sup>b</sup>Zona Básica de Salud San Bartolomé-Tinajo. <sup>c</sup>Zona Básica de Salud Arrecife I. <sup>d</sup>Hospital General de Lanzarote.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia del consumo de tabaco y alcohol en adolescentes, y su asociación con la personalidad, síntomas depresivos y disfunción familiar.

**Metodología.** Estudio descriptivo, muestra de 1.568 adolescentes de 12 a 19 años elegidos mediante muestreo por conglomerados en los Institutos de ESO. El 50,3% eran chicas. Como instrumento de medida se empleó un cuestionario autoadministrado, que incluía 19 ítems sobre la forma de pensar, sentir o actuar.

**Resultados.** El 8,1% de los adolescentes son bebedores habituales y el 41,8%, ocasionales. El 8,3% fuman habitualmente y el 6,4% ocasionalmente. El 21,3% de los bebedores habituales se consideran un fracaso como personas (OR = 3,29 con respecto a no bebedores) (p = 0,001), el 70,6% actúan impulsivamente (OR = 3,39) (p < 0,001), al 61,1% le gustan las cosas que implican peligro (OR = 5,23) (p < 0,001) y el 47,2% hacen cosas prohibidas e ilegales (OR = 18,97) (p < 0,001). En los fumadores habituales: el 20,8% se consideran un fracaso como personas (OR = 3,28) (p < 0,001), el 72,9% actúan impulsivamente (OR = 2,71) (p < 0,001), al 57,8% le gustan las cosas que implican peligro (OR = 3,05) (p < 0,001) y el 46,9% hacen cosas prohibidas e ilegales (OR = 9,39) (p < 0,001). Tanto los consumidores habituales de alcohol y tabaco presentaban más disfunción familiar y síntomas relacionados con la depresión que los no consumidores (p < 0,001).

**Conclusiones.** El consumo de alcohol y tabaco es más frecuente en aquellos adolescentes con peor autoconcepto, impulsivos y conducta antisocial. El consumo de ambas sustancias está asociado a disfunción familiar y depresión.

**Palabras clave:** alcohol, tabaco, adolescente.

### 398. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES DE UN ÁREA DE SALUD

José Luis Cabrera Mateos, Román García Zerpa<sup>a</sup>, Ico Toledo Perdomo<sup>b</sup>, María del Carmen Mendoza Luzardo<sup>c</sup> y Alexis Báez Álvarez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Zona Básica de Salud Arrecife I. <sup>b</sup>Hospital General de Lanzarote. <sup>c</sup>Zona Básica de Salud San Bartolomé-Tinajo. <sup>d</sup>Zona Básica de Salud de Yaiza.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia del consumo de drogas en adolescentes, así como su asociación con rasgos de personalidad y disfunción familiar.

**Metodología.** Estudio descriptivo, en una muestra de 1.568 adolescentes de 12 a 19 años de los Institutos de Educación Secundaria del área de salud, elegidos mediante muestreo por conglomerados. Como instrumento de medida se empleó un cuestionario autoadministrado, que incluía 19 ítems sobre la forma de pensar, sentir o actuar.

**Resultados.** 49 adolescentes (3,1%) consumen habitualmente cannabis y 166 (10,6%) esporádicamente. El 2,2% ha consumido alguna vez drogas de síntesis, el 2,2% cocaína, el 1,9% inhalantes y el 0,7% heroína. Los consumidores habituales de cannabis tienen mayor prevalencia de síntomas depresivos (28,6%) (OR = 3,05 respecto a no consumidores; p < 0,001), de disfunción familiar (27,1%) (OR = 10,56; p < 0,001) y es más frecuente en hijos de madres bebedoras habituales (24,4%; p = 0,01). El 30,6% se consideran un fracaso como personas (OR = 5,29; p < 0,001), el 76,7% hacen cosas impulsivamente (OR = 3,59; p < 0,001), al 63,7% le gustan las cosas que implican peligro (OR = 4,67; p < 0,001) y el 69,4% hacen cosas prohibidas e ilegales (OR = 25,06%; p < 0,001). El haber consumido alguna de las otras drogas ilegales se asoció a mayor frecuencia de depresión, disfunción familiar, consumo de alcohol habitual en la madre, impulsividad y conducta antisocial.

**Conclusiones.** El consumo de drogas ilegales en adolescentes se asocia con peor autoconcepto, mayor búsqueda de sensaciones, impulsividad y comportamiento antisocial, siendo estos

indicadores de personalidad una importante fuente de información sobre dicho consumo.

**Palabras clave:** drogas, personalidad, adolescente.

#### 402. SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA ISLA DEL HIERRO (CANARIAS)

Rómulo Ardévol González, Rosa Esther Rodríguez<sup>a</sup>  
y Carlos Gavilán Quintero<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS. Frontera. El Hierro. <sup>b</sup>CS. El Pinar. El Hierro.

**Introducción.** El Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico caracterizada por sufrir agotamiento emocional padecido por profesionales que trabajan en íntimo contacto con otras personas, relación que les exige una respuesta emocional continua.

La definición más conocida la realizaron Maslach y Jackson en 1986: "Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en los individuos que trabajan con personas". Cansancio Emocional (CE). Incapacidad para establecer el contacto emocional necesario para la realización satisfactoria del acto profesional. Despersonalización (D). Los pacientes dejan de verse como personas, provocando desconfianza por parte del paciente hacia el profesional y con frecuencia la queja. Baja Realización Personal (BRP). El sanitario se ve como un mal profesional, infravalorándose con el resto de compañeros.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia del síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios de Atención Primaria de la Isla del Hierro.

**Metodología.** Diseño: estudio observacional, descriptivo y transversal. Sujetos y método: encuesta auto-administrada y anónima con datos sociodemográficos y profesionales más un cuestionario, *Maslach Burnout Inventory*.

**Resultados.** Participación 66,66%. En Prevalencia, obtenemos: 25% para Cansancio emocional alto, 33,33% para CE medio, 41,6% para CE bajo, 16,66% para Despersonalización alta, 33,33% para D media, 50% para D baja, 8,33% para Realización Personal Baja, 33,33% para RP media.

**Conclusiones.** El síndrome de Burnout tiene una baja prevalencia en los profesionales sanitarios de la isla del Hierro.

**Palabras clave:** Burnout, cansancio emocional, despersonalización, realización personal, Atención Primaria, sanitarios, médicos, enfermeros.

#### 405. ¿SE CONTROLA LA HIPERCOLESTEROLEMIA DE NUESTROS PACIENTES?

Asunción Roldán Marrodán, Marian Calvo Gainzarain, Ana López de Viñaspre Muguerza, Jesús Iturrealde Iriso, Miren Martínez Elgarresta y Ainhoa Lekuona Irigoyen

CS. Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz.

**Introducción.** La hipercolesterolemia es considerada un factor de riesgo cardiovascular. Es importante su detección y control, para evitar en lo posible que ocurra un evento de estas características en nuestros pacientes.

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es conocer como es la detección y control de la hipercolesterolemia en un área de salud.

**Metodología.** Diseño: estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un Área de salud que atiende a una población de 244.878 habitantes mayores de 14 años. El corte se realiza a principios de septiembre del 2005. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

**Resultados.** Consta en la historia clínica informatizada, que se ha realizado cribado al 24,20% de toda la población asignada al área. La prevalencia detectada de hipercolesterolemia en nuestro área es de 11,26%. Analítica tiene realizada en el último año un 48,49% de los hipercolesterolemicos. Se les ha dado consejo de dieta, ejercicio y control de toma de medicación a un 38,90% de ellos. Tienen un buen control de los niveles de colesterol, un 28,76%.

**Conclusiones.** Gracias al programa OSABIDE, sabemos en todo momento el control de toda nuestra población hipercolesterolémica. Debemos tener en cuenta la falta de registro en la historia informatizada y que debemos esperar algo más de tiempo para que los profesionales del área registren bien en la historia clínica. Tenemos bajos controles de las cifras de colesterol, por lo que debemos ser conscientes de ello y utilizar las armas terapéuticas con las que contamos.

**Palabras clave:** hipercolesterolemia, área de salud, control.

#### 408. ¿CÓMO SEGUIMOS A LOS PACIENTES CON ASMA?

María Ángeles Calvo Gainzarain, Asunción Roldán Marrodán, Ana López de Viñaspre Muguerza, Jesús Iturrealde Iriso, Miren Martínez Elgarresta y Ainhoa Lekuona Irigoyen

CS. Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz.

**Introducción.** El asma es una patología respiratoria crónica, inflamatoria, que suele afectar fundamentalmente a gente joven, y que puede tener consecuencias graves si no hay un buen control y seguimiento.

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es conocer como es la prevalencia y control del asma en un Área de Salud.

**Metodología.** Diseño: estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un Área de Salud que atiende a una población de 244.878 habitantes mayores de 14 años. El corte se realiza a principios de septiembre del 2005. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

**Resultados.** Consta en la historia clínica informatizada. Tenemos una prevalencia en pacientes de 20 a 44 años de un 2,73%. A un 20,32% de los pacientes diagnosticados de asma, se les ha clasificado su nivel de gravedad. Tienen registro de su FEM (Flujo espiratorio máximo) un 23,24%. Consta que se le ha realizado espirometría al 10,51% de los asmáticos. En la historia, se ha referido que se les ha explicado la técnica de cómo utilizar los inhaladores a un 20,14% de todos ellos.

**Conclusiones.** Gracias al programa OSABIDE, sabemos en todo momento el control de toda nuestra población asmática. Debemos tener en cuenta la falta de registro en la historia informatizada y que debemos esperar algo más de tiempo para que los profesionales del área registren bien en la historia clínica. Debemos incidir en explicar al paciente cómo utilizar correctamente los inhaladores, ya que influye en su control.

**Palabras clave:** asma, control, área de salud.

#### 409. ¿CÓMO SEGUIMOS A LA POBLACIÓN CON EPOC?

María Ángeles Calvo Gainzarain, Asunción Roldán Marrodán, Ana López de Viñaspre Muguerza, Jesús Iturrealde Iriso, Miren Martínez Elgarresta y Ainhoa Lekuona Irigoyen

CS. Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz.

**Introducción.** La EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica), es una patología que aumenta con la edad y con un

factor de riesgo muy importante, que es el tabaco. Es importante su seguimiento para intentar evitar exacerbaciones y posibles complicaciones.

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es conocer cómo es la prevalencia y control de la EPOC en un área de salud.

**Metodología.** Diseño: estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un Área de salud que atiende a una población de 244.878 habitantes mayores de 14 años. El corte se realiza a principios de septiembre del 2005. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

**Resultados.** Consta en la historia clínica informatizada. Tenemos una prevalencia en pacientes de 40 a 69 años de un 1,32%. Un 19,32% de los diagnosticados de EPOC tienen clasificado su nivel de gravedad. Consta que se les ha realizado espirometría en el último año a un 14,19%. Se les ha educado en el uso de inhaladores a un 28,67% de todos ellos. Un 48,99% de los diagnosticados de EPOC ya no fuma.

**Conclusiones.** Gracias al programa OSABIDE, sabemos en todo momento el control de toda nuestra población con EPOC. Debemos tener en cuenta la falta de registro en la historia informatizada y que debemos esperar algo más de tiempo para que los profesionales del área registren bien en la historia clínica. Debemos seguir incidiendo en conseguir que casi la totalidad de los pacientes diagnosticados de EPOC no fumen.

**Palabras clave:** EPOC, control, área de salud.

Hb superior a 140 g/l. 4 pacientes fueron transfundidos debido a episodios hemorrágicos agudos secundarios a su enfermedad neoplásica de base.

**Conclusiones.** La administración semanal de 40.000 UI de epoetina alfa desempeña un importante papel en el tratamiento de la anemia asociada al cáncer, por cuanto logra un alto índice de respuestas sin efectos adversos de importancia. Minimiza así el uso de sangre homóloga y sus efectos asociados, entre los que destaca la inmunomodulación y las recurrencias tumorales, de suma importancia en éstos.

**Palabras clave:** eritropoyetina, anemia, neoplasia.

## 426. EVOLUCIÓN DE LA DEPRESIÓN

Pedro Antonio Vicioso Ranz<sup>a</sup> e Ignacio Javier Cova Díaz<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Orotava-Dehesa. <sup>b</sup>Barranco Grande.

**Objetivos.** Se estudia una población diagnosticada de depresión y tratada con antidepresivos ISRS para valorar su evolución al cabo de un año y controlar los datos de ansiedad y depresión mediante las pruebas que se utilizaron en el principio del estudio, valorando la evolución y efecto de los antidepresivos en ésta población y su correlación con datos de patología funcional.

**Metodología.** Se estudia la evolución de 63 pacientes, diagnosticados de depresión según las escalas de Beck, Hamilton D y Yer-savage, para la valoración al cabo de 12 meses de sus estadios evolutivos, así como su permanencia al tratamiento y la posición global de la depresión, bien por el tratamiento, bien por abandono del tratamiento o por mejoría de su enfermedad. Para ello se comparan los resultados obtenidos al comienzo del estudio, a los 6 meses y a los 12 meses, por sexo y proporción de resultados, comparando las medias entre uno y otros pacientes.

**Resultados.** Se estudian a 63 pacientes, mayores de 18 años, que según la edad y las pruebas apropiadas, se diagnostican de depresión en esa primera consulta, siendo un total de 16 hombres y 47 mujeres, (25% y 75% respectivamente). Con tratamiento permanecen 19 pacientes (3 hombres que representan el 15% del total y 16 mujeres que son el 85% del total). Sin tratamiento 41 pacientes: 10 hombres (24,39%) y 31 mujeres (75,60%); de los cuales por abandono del tratamiento son 31: 2 hombres (6,5%) y 29 mujeres (93,5%), y por mejoría un total de 10 pacientes: 2 hombres (20%) y 8 mujeres (80%). Sin poder contactar con 3 pacientes: 1 hombre (33,33%) y 2 mujeres (66,66%). Se realizan las pruebas de Beck, Hamilton-D y Yer-savage en el día inicial, a los 6 meses y a los 12 años y se valora la media de los resultados obtenidos: encontrándose un descenso significativo de la puntuación en las 3 pruebas de la depresión, que es lo esperado con el tratamiento, así como el abandono del tratamiento farmacológico, bien por mejoría en su sintomatología o por incumplimiento de la terapia pactada.

**Conclusiones.** De 63 pacientes diagnosticados y tratados por depresión, al cabo del año hay una cifra de abandono del tratamiento farmacológico de 31 pacientes, lo que supone el 49,2%, que coincide con las cifras de los trabajos publicados, mientras que sólo 10 pacientes han mejorado tanto como para abandonar la terapia por suponerse haberse curado, lo que supone que sólo el 15,87% de los pacientes mejoran gracias al tratamiento. Hay que tener en cuenta que 19 de ellos permanecen con el tratamiento actualmente, lo que supone el 30,15% del total inicial, cifras que son muy significativas de que el tratamiento farmacológico debe permanecer durante varios meses para que su resultado sea lo suficientemente efectivo como para que el paciente lo pueda dejar de tomar. También demuestran que los pacientes no se sienten capacitados como para abandonar el tratamiento, a pesar de que las cifras que ofrecen las pruebas de

## 425. MEJORÍA DE LA CALIDAD DE VIDA CON ERITROPOYETINA EN PACIENTES CON ANEMIA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Sara Magaña Orta<sup>a</sup>, Rosana Grandez Ladrón de Guevara<sup>b</sup>, Laura Murillo Jaso<sup>b</sup>, Eduardo Polo Marques<sup>b</sup> y José María Domingo Morera<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Tudela Oeste. <sup>b</sup>Hospital Reina Sofía Tudela Oncología.

**Objetivo.** Evaluar la eficacia y seguridad del empleo de epoetina alfa (EPO) dosis de 40.000/semana como tratamiento de la anemia en pacientes con tumores sólidos y neoplasias hematológicas.

**Pacientes y métodos.** Desde enero de 2004 hasta marzo de 2006 hemos evaluado 62 pacientes con tumores sólidos y 16 con hemopatías malignas. Los diagnósticos han sido: cáncer de pulmón (12), cáncer de mama (10), cáncer colorrectal (14), cáncer de cabeza y cuello (6), cáncer de vejiga (13), cáncer de ovario (7), linfoma no Hodgkin (7), leucemia linfática crónica (5) y mieloma múltiple (4). Todos los pacientes tenían anemia sintomática, con cifras de hemoglobina comprendidas entre 90 y 110 g/l y estaban en tratamiento con fármacos citostáticos. Se administró epoetina alfa a dosis de 40.000 UI/semana, subcutánea durante 4 semanas, prolongándose a otras 4 semanas si persistía la anemia y el tratamiento antitumoral. El tratamiento se interrumpió si la cifra de Hb superaba los 140 g/l; se administraron suplementos ferrosos y ácido fólico. Los pacientes fueron evaluados clínica y analíticamente en cada ciclo de quimioterapia administrada.

**Resultados.** Cuarenta y dos pacientes eran hombres y 36 mujeres, con una edad media de 65 años (38-79). 65 pacientes recibieron 4 dosis de EPO y 13 pacientes a 8 dosis. La cifra media inicial de Hemoglobina se situó en 103 g/l (91-109) y la final en 117 g/l (111-147). Con una mediana de seguimiento de 7 meses todos los pacientes experimentaron mejoría clínica (definida como un incremento de la cifra de Hb > 20 g/l en 4 semanas sin necesidad de transfusión). El fármaco fue bien tolerado; 6 pacientes desarrollaron trombocitosis asintomática. En 8 pacientes se suspendió la administración de EPO por alcanzar una

valoración de la depresión han descendido en sus niveles lo suficiente como para abandonar la terapia, pero no se encuentran totalmente seguros de que la depresión haya desaparecido y por ello no están preparados como para dejar el fármaco.

**Palabras clave:** evolución, depresión.

### 431. CÓMO ES LA DEMORA PARA ENTRAR EN LA CONSULTA EN UN ÁREA SANITARIA

**Antonio Fernández Fernández, José Antonio Noya Mejuto, Mario E. González Puente, Jesús T. Matos Marcos y Jesús M. Delgado González**

*CS. de Arriondas. Área VI de Asturias. SESPA.*

**Objetivos.** Conocer nuestros tiempos de demora y posibles medidas de mejora.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal multicéntrico de 7 centros de salud. Muestreo por etapas buscando un intervalo de confianza al 95% de menos de 4 minutos de una población infinita de citas (más de 600.000). Selección al azar de 24 profesionales entre 116 al azar y de ellos la agenda de dos días consecutivos y de cada una las citas 3<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> y 17<sup>a</sup>. Muestra final: 137 citas (66 de medicina de familia, 59 de enfermería y 11 de pediatría). Análisis de datos con Epidat 3.1.

**Resultados.** La demora media fue de 14,19 minutos (IC 95%: 11,39-17) No existen diferencias significativas entre medicina de familia y enfermería (13,57 vs 12,55) pero sí entre medicina de familia y pediatría (13,57 v 28). Si eliminamos de la muestra a seis profesionales que inician su consulta con más de 15 minutos de demora la media para las 102 citas restantes es de 4,28 (3,60-4,95).

**Conclusiones.** No se deben sobrevalorar los datos obtenidos en pediatría por lo escaso de la muestra y más teniendo en cuenta que el 45,54% de los datos proceden de un cupo con retraso en el inicio de la consulta. La demora media resulta satisfactoria si bien se ha identificado una posible área de mejora para cupos que abren la consulta con retraso.

**Palabras clave:** demora, Atención Primaria, accesibilidad.

### 432. PRUEBA DE LOS SEIS MINUTOS COMO UNA NUEVA ESCALA PARA VALORAR PACIENTES AFECTOS DE PATOLOGÍA PULMONAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Rosa Segura Aresté, Jorge Soler González, Irene Gómez Companys, Ana M.<sup>a</sup> Retamero Fernández, Ángel Fondevila Duaigües y Josep Lluís Cruz Cubells**

*CS. Rambla de Ferrán.*

**Objetivos.** Explorar nuevos métodos de valoración para pacientes afectos de discapacidad pulmonar que sean de utilidad en Atención Primaria para valorar la capacidad del paciente para realizar actividades específicas de la vida diaria.

**Metodología.** Estudio de tipo prospectivo, transversal y observacional. En una primera fase se valoró la tensión arterial, frecuencia cardíaca (FC) y saturación de O<sub>2</sub> (SatO<sub>2</sub>). Se realizó la prueba caminando por un pasillo acotado de 25 metros, monitorizando cada minuto la FC y SatO<sub>2</sub> hasta los seis minutos. Una vez finalizada la prueba se realizó un descanso de 15 minutos y se midieron las variables en la fase de recuperación. La prueba se repitió durante cuatro días diferentes.

**Resultados.** Se incluyeron en el seguimiento 8 hombres, con una edad media de 68 años (rango 56-76), FEV<sub>1</sub>/FVC 64 (DT 7,3), FEV<sub>1</sub> de 59 (DT 16,3), FVC 65,75 (DT 16,35). El 37% tenían la prueba de broncodilatación positiva. Al inicio del programa recorrieron 416 metros (DT 77,35) con una SatO<sub>2</sub> me-

dia de 94% (DT 1,8), y FC media de 70,5 (DT 7,2). Al final del programa recorrieron 459 metros (DT 72,45) con una SatO<sub>2</sub> media de 95,25% (DT 2,9). Los valores espirométricos no se vieron modificados de forma estadísticamente significativa tras la intervención.

**Conclusiones.** La prueba de los seis minutos con escala validada se muestra de utilizada para ser utilizada en la Atención Primaria para la evaluación de la discapacidad pulmonar y se correlaciona con la patología pulmonar de base.

**Palabras clave:** escalas medición, patología pulmonar, prueba de los seis minutos.

### 449. ACTITUD DE LOS MÉDICOS ANTE LA OBESIDAD

**Rosario Corio Andújar<sup>a</sup>, Josep Vidal Cortada<sup>b</sup>, Lucía Rodríguez<sup>c</sup>, Rosa M.<sup>a</sup> Piñeiro Guerrero<sup>d</sup>, Félix Suárez González<sup>d</sup> y César Asenjo Vázquez<sup>e</sup>**

<sup>a</sup>CAP Martí-Juliá de Cornellá de Llobregat. Grupo de Nutrición de Semergen. <sup>b</sup>U. Obesidad Hospital Clínic Barcelona. <sup>c</sup>Enfermera Educadora U. Obesidad Hospital Clinic.

<sup>d</sup>Médico de Familia, Grupo de Nutrición de Semergen.

<sup>e</sup>CAP Martí-Juliá de Cornellá de Llobregat.

**Objetivo.** Conocer la actitud ante la obesidad de médicos seleccionados para participar en la Fase I del "Programa de Formación sobre el paciente obeso y su riesgo" del Plan Nacional de Obesidad.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Participantes: 113 médicos seleccionados de cada provincia española, para realizar el curso de formador de formadores en obesidad. Método: encuesta autocumplimentada de 64 preguntas sobre datos demográficos, salud personal, actitudes-percepciones, prácticas de prevención-tratamiento y opinión sobre medidas legislativas relacionadas con la obesidad.

**Resultados.** Responder 80 (70,8%), 44 hombres (55%), 59,5% entre 46-55 años, ejercicio ámbito urbano (57,5%), y promedio de 31-50 visitas/d (54%). Consideran que dedican al paciente obeso el mismo tiempo que al normopeso (47%), menos (31%) y más (22%). El 61% opina que muchos profesionales sanitarios tienen actitudes negativas hacia los pacientes con obesidad, (57%) hacia fumadores y (75%) hacia alcohólicos. Un 59% se centra en diagnósticos como hipertensión o diabetes antes que en obesidad. El 51% considera al obeso gran comedor, inactivo e incumplidor, y el 26% considera el factor genético determinante. El 67% cree que el obeso se preocupa por su salud, el 71% que se resiste a cambios de estilo de vida a largo plazo y el 100% que la obesidad es una enfermedad en sí misma. Un 37% prefiere más trabajar con pacientes con normopeso.

**Conclusiones.** Aunque la obesidad es considerada enfermedad, se prefieren otros diagnósticos; y se percibe una actitud negativa del profesional sanitario hacia el paciente obeso, algo mayor que hacia el fumador y menor que al alcohólico.

**Palabras clave:** actitud, obesidad, Atención Primaria.

### 450. ¿Y LA FAMILIA, QUÉ TAL?

**María Estévez Domínguez, Anna Rovira i Piera, Pere Beato Fernández, Javier Marmol Puy, Rosa Cabello Lázaro y Montserrat Brugada i Mir**

*ABS LLefià.*

**Objetivos.** Conocer prevalencia de percepción de disfunción familiar de pacientes atendidos. Conocer deficiencias específicas de función familiar.

**Metodología.** Análisis de respuestas al cuestionario de Apgar familiar de una muestra aleatoria de pacientes que acuden a consulta. Datos de HCAP.

**Resultados.** 326 estudiados, 69,6% mujeres, edad media 58,1 años. Prevalencias de DF: 11,04%, mujeres 11,89%, varones 9,09%. Segundo edad: 15-39 años (8,92%), 40-65 (11,32%), > 65 (11,71%). Segundo estado civil: casados 7,31%, solteros 16,66%, viudos 23,07%, separados 36,36%. Segundo patologías: depresión 21,42%, ansiedad 16,12%, sin patologías crónicas 7,36%. Percepción de deficiencias específicas: satisfacción 19,63%, discusión 31,28%, decisiones 22,08%, tiempo 32,21%, afectividad 8,58%.

**Conclusiones.** > 10% de pacientes perciben disfunción familiar; La percepción de disfunción familiar aumenta en mujeres, no casados, mayor edad y con depresión/ansiedad; Discusión y tiempo son las áreas con más insatisfacción.

**Palabras clave:** Apgar familiar, disfunción familiar.

## 452. EL DOLOR EN URGENCIAS

**Sonia Fernández-Arruty Ferro, Débora Azuaje Sánchez, Sonia Rodríguez Martínez, Belén Cartimil Neira, María de los Ángeles Carracedo González y Laura Martínez Pérez**

*Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*

**Objetivos.** Conocer el tipo, la intensidad y el tratamiento del dolor de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias.

**Metodología.** Se estudiaron 50 pacientes que acudieron al servicio de urgencias y fueron atendidos en el área de filtro por dolor durante 3 días en diferente horario y que fueron elegidos aleatoriamente. Para el registro de la intensidad del dolor se utilizó la regla de Escala visual analógica (EVA). Se realizó estudio descriptivo. Los datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico de SPSS.12.

**Resultados.** De los 50 pacientes estudiados, el 48% (24) fueron varones y el 52% (26) mujeres con una edad media de 48,06 ( $\pm$  desviación típica 18,36). El dolor músculo-esquelético fue el motivo de consulta más frecuente con un 86%, el 8% de las consultas fue por dolor cólico y el resto por otro tipo de dolor. Los pacientes que refirieron haber tomado algún tipo de analgesia previa a su consulta en urgencias fue de 16 (32%). El 100% de los pacientes recibió tratamiento analgésico a su llegada al servicio con AINES. El tiempo de evolución medio del dolor fue de 43,2 horas ( $\pm$  49,7 desviación típica). En cuanto a la intensidad del dolor los pacientes refirieron una media de 5,88 de la EVA.

**Conclusiones.** No existen diferencias significativas en cuanto al sexo de los pacientes que acuden a urgencias por dolor. El dolor músculo-esquelético es el motivo de consulta por dolor más frecuente. La intensidad del dolor que se registra es de una intensidad media. El tiempo de evolución de dicho dolor es de casi dos días.

**Palabras clave:** dolor, urgencias.

## 461. ¿CÓMO NOS VE EL USUARIO?

**Montserrat Andreu Miralles, Ana Clara Cereijo Thomas, Óscar Peral Alonso, Olga Domínguez Guillamón, Francisco Montañes Muñoz y Joan Bertrán Español**

*CAP Vila Olímpica.*

**Objetivos.** Conocer la opinión del usuario sobre los médicos de Atención Primaria tras la huelga convocada en Cataluña.

**Metodología.** Estudio: descriptivo transversal. Ámbito: centro Atención Primaria: área urbana. Sujetos: 100 usuarios.

**Resultados.** Mediante encuesta auto administrada, 20 usuarios cada día aleatoriamente 1) Está justificada la huelga de médicos; 2) sabe porqué se hace la huelga; 3) cree que las condicio-

nes de trabajo son buenas para los médicos; 4) cuánto tiempo cree que tiene el médico para usted; 5) querría más tiempo para usted; 6) ve a su médico contento con su trabajo; 7) cree que el médico se gana bien la vida. Contestan: 73 (73%); 57 mujeres (78,08%): 14-45 años 10 (17,54%); 45-65 años, 35 (61,40%); más 65 años, 12 (20,05%); hombres 16 (21,91%): 14-45 años, 3 (18,75%); 45-65 años, 10 (62,5%); más 65 años (18,75%). Contestaron 1-: mucho: 0; bastante: 19; un poco: 30; nada: 24; 2-: mucho: 0, bastante: 7, un poco: 38, nada: 28; 3-: mucho: 34, bastante: 27, un poco: 10, nada: 0; 4-: mucho: 0, bastante: 22, un poco: 35, nada: 16; 6-: mucho: 44, bastante: 7, un poco: 10, nada: 0; 7-: mucho: 8, bastante: 35, un poco: 10, nada: 8; 8-: mucho: 26, bastante: 25, un poco: 10, nada: 0. **Conclusiones.** Tenemos que informar mejor a los usuarios de nuestras condiciones de trabajo, ya que no encuentran justificación a la huelga, quieren más tiempo para ellos, y no nos ven demasiado contentos, eso si, nos ganamos bien la vida.

**Palabras clave:** usuario, Atención Primaria, encuesta.

## 463. ¿ANTIAGREGAMOS A NUESTROS DIABÉTICOS?

**Montserrat Andreu Miralles, Olga Domínguez Guillamón, Ana Clara Cereijo Thomas, Óscar Peral Alonso, Alex Bassas Massanas y Alba Gurt Daví**

*CAP Vila Olímpica.*

**Objetivos.** Saber cuántos pacientes diabéticos tenemos antiagregados siguiendo las recomendaciones de la Asociación Diabetes Americana 2006: Utilizar AAS (75-162 mg/d) en diabéticos con enfermedad cardiovascular; utilizar AAS (75-162 mg/d) en diabéticos de más de 40 años o algún factor de riesgo cardiovascular (historia familiar ECV, HTA, fumadores, dislipemia, o albuminuria); en alérgicos a AAS, tendencia hemorrágica, tratamiento con anticoagulantes, historia de sangrado gastrointestinal reciente o enfermedad hepática activa, no utilizar AAS. Valorar otros antiagregantes; no utilizar AAS en diabéticos menores de 21 años.

**Metodología.** Estudio: descriptivo de calidad transversal. Ámbito: Centro Atención Primaria urbano. Sujetos: pacientes diabéticos. Mediciones: listado pacientes diabéticos del Cap, cogemos una muestra aleatorizada sistemáticamente de cada 20, y revisamos las historias.

**Resultados.** De 922 pacientes, tenemos una muestra de 55, de estos 27 (49%), si están con antiagregantes, 1 (0,037%) no tiene FRCV, y 26 (96,2%) sí tienen; 28 pacientes no están con antiagregantes (50,09%), de ellos 18 (64%) tienen algún riesgo cardiovascular, y 10 (35%) no tienen ningún riesgo cardiovascular.

**Conclusiones.** Tenemos algunos pacientes diabéticos con algún factor de riesgo cardiovascular que deberían estar antiagregados según ADA 2006; un paciente que está con antiagregante sin tener FRCV, por tanto, vamos a partir de ahora a seguir mejor las recomendaciones de la ADA 2006.

**Palabras clave:** diabéticos, Atención Primaria, asociación diabetes.

## 466. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, PERSONALIDAD Y ADOLESCENCIA

**Arturo Santana Farcy<sup>a</sup>, José Luis Cabrera Mateos<sup>b</sup>, Francisco Gutiérrez Riquelme<sup>c</sup> y Agustín González Sánchez<sup>d</sup>**

<sup>a</sup>Centro de Salud de Haria. <sup>b</sup>Centro de Salud Arrecife I.

<sup>c</sup>CS. San Bartolomé-Tinajo. <sup>d</sup>CS. Teguise.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia y rasgos de personalidad de los adolescentes con riesgo de Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

**Material y métodos.** La muestra estaba constituida por 238 adolescentes de 12 a 19 años del único instituto de la Zona Básica de Salud, de los cuales fueron excluidos 39, por tener protocolos incompletos. Por lo tanto el número final de protocolos válidos fue de 199. Se empleó un cuestionario autoadministrado que incluía el EAT-26 y 19 ítems sobre la forma de pensar, actuar y sentir.

**Resultados.** Treinta y siete adolescentes presentaban riesgo de TCA (18,6%), más frecuente en chicas (24% frente a 13%;  $p = 0,05$ ). En los adolescentes en riesgo de TCA: el 51,4% no se gustan a sí mismos físicamente (OR = 2,6 respecto a adolescentes sin TCA,  $p = 0,009$ ), el 29,7% no cree tener buenas cualidades (OR = 3,  $p = 0,009$ ), el 51,4% dicen cosas sin pensarlas (OR = 2,32;  $p = 0,021$ ), el 47,2% se precipita normalmente (OR = 2,06;  $p = 0,051$ ); al 52,8% le gustan hacer cosas que impliquen peligro (OR = 2,97;  $p = 0,003$ ), al 42,9% le gusta el desenfreno y la desinhibición (OR = 2,64;  $p = 0,011$ ), y el 29,7% se pelea o insulta a los demás (OR = 3,18;  $p = 0,003$ ).

**Conclusiones.** Los resultados de nuestro estudio sugieren que los adolescentes con riesgo de TCA tienen un peor autoconcepto, una conducta posiblemente más antisocial, son más impulsivos y hacen una mayor búsqueda de sensaciones que aquellos sin TCA.

**Palabras clave:** trastorno de la conducta alimentaria, adolescencia, personalidad.

## 468. GESTIÓN DE RECURSOS SOCIO-SANITARIOS

**Mercedes Liras García, Pilar Cazeneuve Usieto, Silvia Tenllado Pérez, Ángela Castellví Sampol y Adela Gejo Bartolomé**

*Pades L'Hospitalet. Programa de Atención Domiciliaria Equipo de Soporte.*

**Introducción.** Los recursos socio-sanitarios basándose en la atención integral/multidisciplinar ofertan diferentes servicios para responder necesidades de pacientes frágiles/dependientes. Las cargas asistenciales generadas por: patología base y situación socio-familiar determinarán el recurso idóneo.

**Objetivo.** Analizar el proceso desde la demanda al ingreso mediante un instrumento validado.

**Metodología.** Estudio descriptivo-retrospectivo. Revisamos las demandas de ingreso socio-sanitarias 2003-2005. Población diana: paciente geriátrico/crónico, alta dependencia y/o trastornos conductuales asociados a demencia. Criterios inclusión: pacientes pluripatológicos, importante carga socio-sanitaria, gran dependencia. Criterios exclusión: perfil residencial. En las valoraciones aplicamos un instrumento validado el 2000, consensuado para Área Costa Ponent. Contiene informes: médico, social y enfermero, cada uno puede representar hasta 1/3 de puntuación total. La puntuación resultante de cada informe no supera 100 puntos, estableciéndose una ponderación para cada uno del 33%. Basándose la priorización de valoración en la puntuación final. Estas valoraciones se presentan a la CIMSS (Comisión Interdisciplinar Mixta Socio-Sanitaria) por el representante del nivel asistencial de procedencia, donde se determina el recurso socio-sanitario idóneo.

**Resultados.** Realizamos 206 valoraciones durante 2003-2005, 36,4% fueron larga estancia, 4,4% larga estancia psicogeriátrica, 34,5% ingresos temporales, 5,3% ingresos temporales psicogeriátricos, y 19,4% se derivaron a otras unidades.

**Conclusiones.** Utilizando un instrumento único y consensuado de valoración por parte de todos los equipos: da homogeneidad al perfil de las demandas, priorizando aquellos casos con mayores factores de riesgo; asigna a cada paciente el recurso más adecuado a sus necesidades; hay un único lenguaje entre los distintos niveles asistenciales favoreciendo el intercambio de información.

**Palabras clave:** gestión, recursos, socio-sanitarios.

## 471. CONTROL METABÓLICO Y MONOTERAPIA EN LA DIABETES TIPO 2

**Matilde Fuentes Riaza<sup>a</sup>, Sonia Moreno Gutiérrez<sup>a</sup>, Pere Joan Cortés Pérez<sup>b</sup>, Ana Bonillo Gómez<sup>a</sup>, Araceli Abilla Lumbiarres<sup>a</sup> y Amelia Samperio González<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>CAP Magoria-Consell de Cent. <sup>b</sup>SAP Numancia.

**Objetivo.** Evaluar grado control metabólico en diabéticos tipo 2 según tipo monoterapia.

**Metodología.** Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: centro de salud urbano. Sujetos: 903 diabéticos tipo 2. Mediciones: edad, sexo, IMC, tratamiento y HbA<sub>1c</sub>.

**Resultados.** Prevalencia DM2 4,6%. Mujeres 466 (51,6%), edad media 69,2. Monoterapia 765 (84,7%): dieta 45,1%, metformina 26,9%, insulina 9,4%, otros 18,6%. 400 pacientes (52,3%) con HbA<sub>1c</sub> posterior a 1/1/05: dieta 40,5% metformina 31,8% insulina 8,5%, otros 19,3%. IMC grupo metformina 30,4 (sin diferencias entre grupos). HbA<sub>1c</sub> grupo metformina 6,6 dieta 5,9 insulina 7,3 otros 6,6.

**Conclusiones.** Necesitamos mejorar determinación/registro de HbA<sub>1c</sub> en diabéticos. La edad media del grupo con metformina es menor al resto. No existen diferencias en IMC según tratamiento. El grupo con mejor control metabólico es el de dieta. El grupo de metformina tiene mejor control metabólico que los insulinitizados. Podría deberse a que tratamos escalonadamente la diabetes: dieta los menos complicados e insulina los más graves. Podríamos mejorar el control metabólico si iniciáramos el tratamiento con fármacos precozmente.

**Palabras clave:** monoterapia, HbA<sub>1c</sub>, diabetes tipo 2.

## 472. CONDUCTA TERAPÉUTICA EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ESENCIAL TRATADOS CON LERCANIDIPINO U OTRAS DIHIDROPIRIDINAS: ESTUDIO TOLERANCE

**José Luis Llisterri Caro, Mariano de la Figuera Von Wichmann<sup>a</sup>, Alberto Calderón Montero<sup>b</sup>, Vivencio Barrios Alonso<sup>c</sup>, Jesús Honorato Pérez<sup>d</sup> y Julián Segura de la Morena<sup>e</sup>**

<sup>a</sup>CAP La Mina. <sup>b</sup>CS. Rosa de Luxemburgo. <sup>c</sup>Hospital Ramón y Cajal. <sup>d</sup>Clinica Universitaria de Navarra.

<sup>e</sup>Hospital 12 de Octubre.

**Objetivos.** El control de la presión arterial (PA) está relacionado con la tolerabilidad y el cumplimiento del tratamiento. El objetivo del estudio *Tolerance* fue valorar la tolerabilidad y efectividad de lercanidipino frente otras dihidropiridinas (DHPs) (amlodipino y nifedipino GITS) en el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA).

**Metodología.** Criterios de selección: > 18 años, con HTA esencial tratados durante al menos un mes con lercanidipino 20 mg, amlodipino 10 mg o nifedipino GITS 60 mg, y en tratamiento previo al menos un mes con la mitad de la dosis del fármaco correspondiente. La actitud terapéutica del tratamiento se registró utilizando un cuestionario *ad-hoc*.

**Resultados.** 650 pacientes incluidos: 446 (68,6%) con lercanidipino y 204 (31,4%) amlodipino (n = 113) o nifedipino GITS (n = 91). Control de PA (PA < 140/90 mmHg): 46,4% vs 38,1% de los pacientes tratados con lercanidipino y otras DHP respectivamente ( $p = 0,059$ ). En general una proporción significativamente menor de pacientes tratados con lercanidipino presentó reacciones adversas asociadas a vasodilatación, en comparación con otras DHPs. Al final de la visita, el tratamiento no se modificó en el 91,2% de los pacientes tratados con lercanidipino frente al 56,1% de los pacientes tratados con otras DHPs ( $p < 0,001$ ). La acción terapéutica más frecuente, en el grupo de tratamiento

de otras DHPs fue cambiar por otros antihipertensivos, y en el grupo de lercanidipino, añadir otro antihipertensivo.

**Conclusiones.** El perfil de tolerabilidad y control de la PA observado con Lercanidipino podría explicar la menor necesidad de modificar el tratamiento en el grupo de pacientes tratados con este fármaco.

**Palabras clave:** actitud terapéutica, dihidropiridinas, HTA.

#### 473. TOLERABILIDAD DE LERCANIDIPINO FRENTE A OTROS CALCIO-ANTAGONISTAS: ESTUDIO TOLERANCE

**José Luis Llisterri Caro, Mariano de la Figuera Von Wichmann<sup>a</sup>, Vivencio Barrios Alonso<sup>b</sup>, Alberto Calderón Montero<sup>c</sup>, Jesús Honorato Pérez<sup>d</sup> y Julián Segura de la Morena<sup>e</sup>**

<sup>a</sup>CAP La Mina. <sup>b</sup>Hospital Ramón y Cajal. <sup>c</sup>CS. Rosa de Luxemburgo. <sup>d</sup>Clinica Universitaria de Navarra.

<sup>e</sup>Hospital 12 de Octubre.

**Objetivos.** Lercanidipino es una dihidropiridina (DHP) de larga duración de acción que ha demostrado una eficacia comparable a otros antihipertensivos. *TOLERANCE* fue un estudio observacional para valorar la tolerabilidad de lercanidipino a altas dosis respecto a otras DHP (amlodipino y nifedipino GITS), con especial énfasis en las reacciones adversas (RAs) ligadas a vasodilatación.

**Metodología.** Criterios de inclusión: > 18 años, con hipertensión arterial esencial tratados durante al menos un mes con lercanidipino 20 mg, amlodipino 10 mg o nifedipino GITS 60 mg, y en tratamiento previo durante al menos un mes con la mitad de la dosis del correspondiente fármaco. Las RAs fueron evaluadas mediante un cuestionario de 16 ítems.

**Resultados.** Se incluyeron 650 pacientes: 446 (68,6%) con lercanidipino y 204 (31,4%) amlodipino (n = 113) o nifedipino GITS (n = 91). Los pacientes con lercanidipino presentaron RAs con menor frecuencia que con las otras DHPs (60,8% vs 76,8%, p < 0,001). Las RAs ligadas a vasodilatación más comunes fueron significativamente menos frecuentes (p < 0,001) en pacientes tratados con lercanidipino: edema (39,7% vs 57,3%; RRR = 30,7%, NNT = 6), hinchazón (25,7% vs 44,1%; RRR = 41,7%, NNT = 6), sofocos (26,5% vs 45,0%; RRR = 41,1%, NNT = 6) y cefalea (25,4% vs 41,6%; RRR = 38,9%, NNT = 7). En un modelo de regresión logística para predecir la presencia de RAs ligadas a vasodilatación, el tratamiento con lercanidipino fue un factor protector de aparición de RAs respecto otras DHPs (OR: 0,44, 95% IC: 0,28-0,68).

**Conclusiones.** Lercanidipino parece asociarse a un mejor perfil de tolerabilidad y un menor riesgo de RAs ligadas a vasodilatación en comparación con otras DHPs.

**Palabras clave:** tolerabilidad, dihidropiridinas, HTA.

#### 474. CONTROL DE LA PA EN PACIENTES TRATADOS CON LERCANIDIPINO Y OTRAS DIHIDROPIRIDINAS A DOSIS ALTAS: ESTUDIO TOLERANCE

**José Luis Llisterri Caro, Alberto Calderón Montero<sup>a</sup>, Vivencio Barrios Alonso<sup>b</sup>, Mariano de la Figuera Von Wichmann<sup>c</sup>, Julián Segura de la Morena<sup>d</sup> y Jesús Honorato Pérez<sup>e</sup>**

<sup>a</sup>CS. Rosa de Luxemburgo. <sup>b</sup>Hospital Ramón y Cajal.

<sup>c</sup>CAP La Mina. <sup>d</sup>Hospital 12 de Octubre. <sup>e</sup>Clinica Universitaria de Navarra.

**Objetivos.** Estudio observacional para comparar la tolerabilidad y la efectividad del lercanidipino respecto a otras DHPs

(amlodipino y nifedipino GITS) en el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA).

**Metodología.** Criterios de inclusión: > 18 años, con HTA esencial tratados durante al menos un mes con lercanidipino 20 mg, amlodipino 10 mg o nifedipino GITS 60 mg, y en tratamiento previo durante al menos un mes con la mitad de la dosis del correspondiente fármaco. Las reacciones adversas (RAs) se evaluaron mediante un cuestionario de 16 ítems.

**Resultados.** Se incluyeron 650 pacientes: 446 (68,6%) con lercanidipino y 204 (31,4%) amlodipino (n = 113) o nifedipino GITS (n = 91). En el grupo del lercanidipino, un menor número de pacientes recibían otros tratamientos antihipertensivos (38,3% vs 49%, p = 0,013). Los tratamientos antihipertensivos concomitantes más comunes fueron los diuréticos (21,4%), ARA II (15,2%) e IECAs (11,7%). El control de la presión arterial (PA < 140/90 mmHg) se obtuvo en el 46,4% y 38,1% de los pacientes tratados con lercanidipino y otras DHPs respectivamente (p = 0,059). El control de la presión arterial fue significativamente mayor en los pacientes tratados con lercanidipino frente a los tratados con amlodipino (46,4% vs 34,2%, p = 0,025). Una proporción significativamente inferior de pacientes tratados con lercanidipino presentaron reacciones adversas asociadas a vasodilatación.

**Conclusiones.** Lercanidipino parece asociarse con un mejor control de la presión arterial que amlodipino. El perfil de tolerabilidad mejorado del lercanidipino comparado con otras DHPs podría jugar un papel importante en los resultados de PA observados con este fármaco en la práctica clínica diaria.

**Palabras clave:** control PA, dihidropiridinas, HTA.

#### 481. FIBROMIALGIA Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS: ¿SIEMPRE SE ASOCIAN?

**Ana María Cerón Muñoz, Francesca Centelles Mañosa, Silvia García Capel, Mireia Abellana Sangra, Jacint Altimiras Roset y Vicky López Palacios**

CAP Sant Llatzer.

**Objetivos.** Evaluar la relación entre patología mental y fibromialgia.

**Metodología.** Estudio: descriptivo transversal, de ámbito urbano. Sujetos: pacientes diagnosticados de fibromialgia que constan en historia informatizada (OMI), n = 161 (160 mujeres y un hombre). Medidas: recogida de datos mediante entrevista y revisión de historias clínicas.

**Resultados.** Se entrevistaron 121 mujeres, 29 no localizadas y 11 rehusaron. Edad media: 54 (DE: 9,6). 60 (49,6%) eran controladas por atención primaria, 38 (31,4%) por atención especializada y 23 (19%) por ambas. Constaba diagnóstico de patología psiquiátrica en 89 casos (73,6%). Éste diagnóstico era previo al de fibromialgia en 49 (55,1%), posterior en 34 (38,2%) y simultáneo en 6 (6,7%). Media de años de diferencia entre diagnósticos 9,1 (DE 7,8). Diagnósticos más prevalentes: depresión 50 (89%), trastorno de ánimo 56 (62,9%), por ansiedad 27 (30,3%), de personalidad 4 (4,49%), por somatización 2 (2,2%) y psicótico 1 (1,2%). Durante la entrevista refirieron una mala percepción de salud 65 (37%) y regular 19 (18%). Refirieron insomnio 96 (79,3%): de mantenimiento 41 (42,7%), conciliación 19 (18,8%), despertar precoz 4 (4,2%) y mixtos 33 (34,4%). Respecto al tratamiento, 49 (55%) pacientes con diagnóstico de patología psiquiátrica recibían antidepresivos y 53 (59%) benzodiazepinas. En el análisis estadístico tan sólo se encontró una relación significativa entre insomnio y trastorno de ánimo (p = 0,032). No se encontraron diferencias significativas entre tener diagnóstico de enfermedad psiquiátrica y nivel social, presentar insomnio o peor autopercepción de salud.

**Conclusiones.** La patología mental tiene una alta prevalencia en las pacientes afectas de fibromialgia y antecede a la enfermedad en un gran número de casos. Consideramos que es importante un abordaje global que incluya la valoración y tratamiento de su patología psiquiátrica.

**Palabras clave:** fibromialgia, trastornos psiquiátricos.

## 482. DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD JARDÍN DE MÁLAGA

Álvaro Milán Fernández, Inmaculada Pinilla González, Paula de los Reyes Martínez, Leovigildo Ginel Mendoza Sergio Giménez Basallote y Mercedes Villalobos Bravo  
CS. Ciudad Jardín.

**Objetivo.** Conocer el perfil del paciente inmigrante, sus necesidades y uso del sistema sanitario en nuestro Centro de salud. **Metodología.** Estudio cualitativo, antropológico, mediante triangulación, utilizando la entrevista abierta participativa, entrevistas con profesionales de nuestro Centro de Salud, y análisis cuantitativo de patologías más frecuentes, uso de los servicios, así como revisión bibliográfica social y sanitaria actualizada.

**Resultados.** 178 inmigrantes. 24% marroquíes, 16% argentinos, 12% nigerianos, 11% colombianos, 7% italianos, 30% resto de nacionalidades. Síndromes más comunes en orden decreciente: Infección de vías respiratorias altas, algias ósteo-musculares, síndrome depresivo, síndrome ulceroso, EPOC y HTA. 25% acuden con un problema de salud anterior, frecuentemente trabajan enfermos, dificultad para incorporarse al sistema sanitario público por desconocimiento del idioma, cultura y sistema sanitario. Dificultad de seguimiento de tratamientos por falta de recursos. Los motivos de consulta son similares a los de aquí, no continúan los tratamientos ni pruebas complementarias, no acuden los que tienen que venir y viene el que no lo necesita, no plantean grandes problemas de salud por que vienen los más fuertes. Prioridad para el inmigrante: conseguir trabajar (40%), precariedad laboral, poder adquisitivo bajo, vienda.

**Conclusiones.** La salud del inmigrante está condicionada por su contexto social. Siguen existiendo barreras de acceso al sistema sanitario público: idioma, condiciones laborales, multiculturalidad. No presentan problemas de salud diferentes que los de aquí. Los frecuentes problemas de salud mental (s. Ansioso-depresivo) refuerzan la exclusión social y la situación de riesgo.

**Palabras clave:** inmigración, salud, Centro de Salud.

## 483. CONTROL DE ANTICOAGULACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿ESTÁN CONTENTOS NUESTROS PACIENTES?

Joaquim San José Mataró, Asunción Altaba Barceló, Carmen Expósito Martínez, Dolors Rocabruna Triadó, Mónica Baraut Martínez y M.ª José Pérez García  
ABS Sabadell 1<sup>a</sup>.

**Introducción.** Al año del inicio de la prueba piloto de control del tratamiento anticoagulante oral en nuestro centro, se decide de conocer grado satisfacción de la población.

**Objetivos.** Valorar grado de satisfacción de pacientes anticoagulados controlados en nuestro centro.

**Metodología.** Población: pacientes anticoagulados del Área básica de salud (ABS), remitidos desde el hospital de referencia. Emplazamiento: ABS urbana. Tipo de estudio: estudio descrip-

tivo. 4 semanas de duración. Criterios de exclusión: pacientes que no acuden o se niegan a participar. Variables: edad, sexo, diagnóstico, encuesta de satisfacción. Encuesta de satisfacción: 5 preguntas (1. accesibilidad al centro, 2. horario de control, 3. accesibilidad al personal sanitario, 4. periodicidad de los controles, 5. tiempo de espera) con 5 respuestas: muy satisfecho-5, bastante satisfecho-4, satisfecho-3 poco satisfecho-2, nada satisfecho-1.

**Resultados.** Casos (42), 23 varones (54,76%), 19 mujeres (45,24%). Edad media de 75 años (67-89). Diagnósticos: 57,14% (16) ACxFA, 10,7% (3) miocardiopatía dilatada, 17,86% (5) insuficiencia mitral sin ACxFA, 14,29% (4) otros diagnósticos, 14 sin diagnóstico que justificara el tratamiento anticoagulante. Encuesta: pregunta 1: 83% (35), puntuación  $\geq$  3, pregunta 2: 95% (40), pregunta 3: 92% (39), pregunta 4: 59% (25) y pregunta 5: 76% (32). Media de controles: 16,88 (5-26). Media controles fuera de rango 5,80 (0-16). Se miró relación entre: sexo-n.º controles (anova p = 0,70), sexo-n.º controles fuera de rango (anova p = 0,53), edad-n.º controles (r pearson = 0,2560 p = 0,08), edad-n.º controles fuera de rango (r pearson = 0,2516 p = 0,03), diagnóstico-n.º controles fuera de rango (anova p = 0,31), diagnóstico-n.º controles (anova p = 0,56), sexo-preg 4 (Mann-Whitney-Wilcoxon p = 0,17).

**Conclusiones.** Grado de satisfacción alto en las preguntas excepto en periodicidad de controles, probablemente por mayor frecuencia. Diferencias significativas en periodicidad de controles por sexo: varones menos satisfechos. Resto de relaciones sin diferencias significativas, probablemente por muestra insuficiente. Falta notable de registro del motivo de anticoagulación.

**Palabras clave:** anticoagulación, satisfacción, Atención Primaria.

## 487. ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS EN BILBAO, ANÁLISIS COMPARATIVO RESPECTO A PARÍS Y FRANCIA: 1993-2002

José Manuel Llamazares Medrano<sup>a</sup>, Jesús Delgado Naranjo<sup>b</sup>, Ricardo Franco Vicario<sup>c</sup>, Susana Rubio Cabello<sup>d</sup>, Luis Cubas Largacha<sup>e</sup> y Felipe Miguel de la Villa<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Consultorio de Soto de La Marina. Cantabria. <sup>b</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina y Odontología. UPV. <sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Basurto. <sup>d</sup>Servicio de Hematología. Hospital Santa María. Lisboa. <sup>e</sup>Director del Centro de cálculo de La Comercial. Universidad de Deusto.

**Objetivos.** Estimar las tasas de incidencia de tuberculosis y analizar su tendencia durante la década 1993 a 2002 en Bilbao. Efectuar un estudio comparativo respecto las tasas registradas en las poblaciones de París y Francia.

**Metodología.** Se recogieron los casos de tuberculosis de la villa bilbaína diagnosticados en el Hospital de Basurto, referencia para la ciudad de Bilbao en la década 1993 a 2002. Estimadas las tasas de incidencia, éstas fueron comparadas con datos de París y Francia, mediante la t de Student así como correlación de Spearman.

**Resultados.** Bilbao presenta tasas de incidencia inferiores respecto a París, siendo dicha diferencia estadísticamente significativa ( $t = 26,59$ ;  $p < 0,00001$ ). La incidencia es superior en Bilbao respecto a Francia, siendo dicha diferencia estadísticamente significativa ( $t = 6,32$ ;  $p < 0,001$ ). Se halló una alta correlación estadísticamente significativa ( $Rho = 0,86$   $p < 0,001$ ) entre Bilbao y Francia. Los valores de Rho fueron sensiblemente inferiores, 0,4134 para Bilbao con París y de 0,5160 para Francia con París, careciendo ambos de significación estadística.

**Conclusiones.** La incidencia de la tuberculosis en Bilbao sigue un patrón de tendencia similar al de la población francesa y opuesto al de la ciudad de París. La tendencia global de la incidencia de la tuberculosis es descendente.

**Palabras clave:** tuberculosis, incidencia.

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

Carmen Tejero<sup>a</sup>, José Mínguez Platero, Vicente Palop<sup>b</sup>, J. Navarro<sup>c</sup>, José Mínguez<sup>d</sup>, José Luis Gonzalvez<sup>e</sup> y J. Redón<sup>f</sup>

<sup>a</sup>CS Catadau. Valencia. <sup>b</sup>Hospital de La Ribera. Valencia.

<sup>c</sup>CS Salvador Pau. Valencia. <sup>d</sup>CS Carlet. Valencia.

<sup>e</sup>CS Algemesí. Valencia. <sup>f</sup>Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Objetivos.** La hipertensión arterial (HTA) es la principal causa de morbilidad en España. La intervención mediante protocolos de actuación ha demostrado un mejor control de la misma. El objetivo de este trabajo es la estandarización de los indicadores de calidad mínimos para poder evaluar adecuadamente a la población hipertensa.

**Metodología.** Selección de indicadores de calidad mínimos en HTA en base a las principales guías nacionales e internacionales: Protocolos de Actuación Médica; Séptimo informe del *Joint National Committee*; Guía para el manejo de la hipertensión arterial en Nueva Zelanda; Guía de la Sociedad Británica de hipertensión; Recomendaciones canadienses para el manejo de la hipertensión; Directrices de la Organización Mundial de la Salud y de la Sociedad Internacional de Hipertensión; 2003 Guía de la Sociedad Europea de Hipertensión-Sociedad Europea de Cardiología. Los criterios de selección de indicadores son: concordancia entre guías; evidencia clínica y actualización.

**Resultados.** Se han seleccionado 32 indicadores de calidad mínimos: anamnesis; exploración física; exploraciones complementarias y tratamiento, perteneciendo 15 de ellos a la primera visita y 17 a las visitas anuales.

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

**Palabras clave:** hipertensión arterial, calidad, Atención Primaria.

#### 495. ANTICOAGULACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD. ¿SEGUIMOS LOS PROTOCOLOS?

Juan Carlos Campos Rodríguez<sup>a</sup>, Marta Guzón Centeno<sup>b</sup>, Amelia González Gamarra<sup>b</sup>, Paloma Casado de Pedro<sup>b</sup>, Fatima López Zamarro<sup>b</sup> y Mario Martínez Grandmontaigne<sup>b</sup>

<sup>a</sup>EAP Pastrana. Guadalajara. <sup>b</sup>EAP Goya II. Madrid.

**Objetivos.** Conocer el ajuste al protocolo de anticoagulación con el nuevo método de valoración anticoagulante PROTIME.

**Metodología.** Corte transversal de enero a marzo de 2006, calculando el número de pacientes dentro del rango terapéutico y grado de cumplimiento del protocolo. Ámbito de estudio: EAP GOYA II (Madrid); población asignada: 30.152. Participan 403 pacientes anticoagulados incluidos en protocolo. 71% fibrilación auricular, 14% valvulopatías, 5% prótesis valvulares, resto otras cardiopatías, TEP, TVP, ACVA y síndrome de hipercoagulabilidad.

**Resultados.** Se calculó el número de pacientes por unidad de tiempo, realizándose 1.219 determinaciones, 1.085 incluidas

en protocolo. 474 (43,52%) dentro de rango terapéutico INR 2-3; 404 (37,09%) INR < 2; 161 (14,78%) INR 3-4; 43 (3,94%) INR > 4. No hubo hemorragias importantes, episodios de ACVA o trombosis durante este periodo.

**Conclusiones.** En general no nos ajustamos al protocolo, tenemos a INR bajos, desconfiamos de la técnica y realizamos más controles de los indicados en el protocolo. El único seguimiento del tratamiento se realiza en Atención Primaria siendo excepcional el control por Especializada.

**Palabras clave:** anticoagulación, protocolo, rango terapéutico.

#### 496. CRIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ramón Bofill Rovira, Clara Riera Nadal, Montserrat Peraferrer Puigpelat, Álvaro Muñoz Rodríguez, Merce Aliaga Ugarte y M.ª Dolores Caballero Martínez

ABS Torrassa.

**Objetivo.** Evaluar la puesta en marcha de un servicio de crioterapia, para el tratamiento de lesiones dermatológicas benignas, en nuestro centro de Atención Primaria.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Se analizaron la totalidad de los pacientes tratados con crioterapia de un centro de Atención Primaria urbano de 26.000 habitantes. Se recogieron las variables edad, sexo, diagnóstico, localización de la lesión, efectividad, número de sesiones necesarias y complicaciones.

**Resultados.** Se visitaron 78 pacientes (47 mujeres y 31 hombres). Los diagnósticos que presentaban fueron los siguientes: 32 acrocordones, 14 verrugas vulgares, 11 fibromas pendulares, 11 queratosis seborreicas, 9 queratosis actínicas y 1 angioma senil. Las lesiones estaban distribuidas: 56 en cara y cuello, 9 en brazos y manos, 11 en tronco y 2 en zona inguinal. En 17 pacientes (22%) fue necesaria una segunda sesión de crioterapia para erradicar la lesión. En el 96% de los casos la crioterapia fue efectiva y se resolvió la lesión. El 76% de los casos (59 pacientes) cursaron sin efectos secundarios. 8 pacientes sufrieron ampollas en el lugar de la lesión que precisaron curas tópicas y se resolvieron en 3-5 días, 5 presentaron dolor local que se autolimitó en 1-2 días, 5 presentaron discromia y 1 paciente en tratamiento con dicumarínicos presentó una úlcera cutánea que se resolvió en varios días con curas tópicas.

**Conclusiones.** La crioterapia es una técnica de fácil aplicación, económica, asumible desde Atención Primaria, muy eficaz y con escasas complicaciones.

**Palabras clave:** crioterapia, Atención Primaria.

#### 498. ASMA Y EMBARAZO

Alfonso Rodríguez Fernández, Gregorio Mediavilla Tris, Jesús Iturrealde Iriso, Miren Martínez Elgarresta, Lekuona Irigoyen y Luis Martínez López

Comarca Araba.

**Objetivo.** El asma es probablemente la patología concurrente más común en embarazo.

**Método.** Revisión sistemática de los principales estudios y Guías de práctica clínica sobre asma.

**Resultados.**

- No se conoce con certeza como influye el embarazo en la gravedad del asma.
- El asma materna aumenta el riesgo de mortalidad perinatal, preeclampsia, parto pretérmino y bajo peso al nacer. El riesgo es mayor si el asma es grave o mal controlada.
- Los fármacos habitualmente empleados en el asma son razonablemente seguros en la mujer gestante.

- Los estudios observacionales avalan la seguridad de los betoadrenérgicos en el embarazo. El fármaco más estudiado es el salbutamol.
- Los GCI pueden reducir el riesgo de exacerbaciones en la mujer embarazada. Los estudios avalan su seguridad y el fármaco más estudiado es la budesonida.
- El uso de CO en el primer trimestre del embarazo se ha asociado a un aumento en la frecuencia de labio leporino (0,2-0,3%).

**Conclusiones.**

- En la mujer asmática embarazada es más seguro el tratamiento del asma con fármacos que padecer síntomas de asma y exacerbaciones.

- La mujer asmática embarazada requiere un seguimiento estrecho, con visitas médicas regulares (cada 1-2 meses).
- El asma de la mujer gestante debe tratarse con los mismos fármacos que se recomiendan para los asmáticos en general,
- Las mujeres gestantes con asma inadecuadamente controlada debe derivarse al especialista.
- La lactancia materna no contraindica los tratamientos habituales para el asma.

**Palabras clave:** asma, embarazo.

## Pósters MIR

### 326. SÍNDROME METABÓLICO EN LOS PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD

Francisco Antón García, Gabriela Llorens Ortells, Carolina Mir Sánchez, Oswaldo Artieda Anívarro, Josefa Soriano Benet y Mario Rodríguez Montes  
CS. Fuensanta.

**Objetivo.** Determinar la evolución y grado de control de los diabéticos tipo 2 y si la presencia del síndrome metabólico (SM) implica variaciones en el mismo.

**Metodología.** Diseño: estudio observacional retrospectivo. Emplazamiento: Tres consultas de medicina general de un centro de salud urbano. Participantes: de 473 pacientes diabéticos incluidos en el registro de morbilidad, 245 se han seguido durante 4 años (2000-2004), 336 durante dos y de 393 tenemos los datos sólo del 2004. Mediciones principales: edad, sexo, talla, peso, Índice Masa Corporal (IMC), perímetro cintura, tensión arterial, colesterol total y fraccionado, triglicéridos, hemoglobina glicosilada ( $\text{HbA}_{1c}$ ), presencia de SM, tratamiento farmacológico.

**Resultados.** Prevalencia de SM 78,1%. En el año 2004 la presencia de SM implica peor control de Presión Arterial Sistólica (PAS): diferencia 9,9 mmHg (IC 6,3 a 13,3), Diastólica: diferencia 2,8 mmHg (0,7 a 4,9), HDL colesterol: diferencia -5,8 mg/dl (-8,7 a -2,8), triglicéridos: diferencia 73,8 mg/dl (50,4 a 97,2), IMC: diferencia 4,0 (2,9 a 5,3). No hay diferencias en el Colesterol total, LDL,  $\text{HbA}_{1c}$ . El porcentaje de pacientes con control bueno o aceptable evolutivamente sólo ha sufrido discretas variaciones. El tratamiento farmacológico ha oscilado del 69% al 78% para la tensión arterial y del 36% al 43% para los lípidos.

**Conclusiones.** La prevalencia de SM en los diabéticos de nuestro centro y el grado de control es ligeramente superior al de otros estudios, sin embargo sigue estando lejos de los objetivos por insuficiente tratamiento, sobre todo para la dislipemia. Debemos evaluar de forma periódica para estimularnos a mejorar.

**Palabras clave:** síndrome metabólico, diabetes mellitus, Atención Primaria.

### 407. PACIENTES CON HTA ESENCIAL. EXPRESIÓN (mRNA) Y ACTIVIDAD DE ENZIMAS ANTIOXIDANTES EN SUS LINFOCITOS.

M.ª Teresa Martínez Martínez, Felipe J. Chaves<sup>a</sup>, María C. Tormos, Vicente Giner<sup>b</sup> y Josep Redón<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Bioquímica de la Facultad de Medicina de Valencia. <sup>b</sup>Unidad de Hipertensión del Hospital Clínico de Valencia.

En la HTA esencial aparece un aumento de los niveles de estrés oxidativo y una disminución de la actividad de los enzimas antioxidantes.

**Objetivo.** Evaluar si la reducción de la actividad de los enzimas protectores frente al estrés oxidativo es consecuencia de una

baja expresión de ARNm o si por el contrario, es la consecuencia de un excesivo consumo.

**Diseño y métodos.** Dieciocho pacientes con HTA esencial, 8 durante el tratamiento antihipertensivo y 10 en ausencia, y 10 controles se incluyeron en el estudio. Se midió la actividad enzimática de superóxido dismutasa (SOD), glutathion peroxidasa y catalasa, y la expresión de ARNm en linfocitos extraídos de sangre periférica. La actividad del ARNm se midió por PCR cuantitativa en tiempo real.

**Resultados.** En ausencia de tratamiento antihipertensivo la actividad de SOD, Catalasa y Glutathion Peroxidasa fue significativamente más baja que la de los controles. Tras 3 meses de tratamiento antihipertensivo, se observó un aumento de la actividad para los 3 enzimas. La medida simultánea del ARN para la SOD mostró un incremento de la expresión tanto antes como después del tratamiento antihipertensivo. Por el contrario, el ARN para Catalasa y Glutathion peroxidasa fue menor en los hipertensos que en los controles en situación basal. Tras el tratamiento se incrementó la expresión.

**Conclusiones.** En linfocitos de pacientes hipertensos la baja actividad de la SOD a pesar de un incremento de la expresión de ARNm indica que la falta de actividad es debido a una excesiva degradación en respuesta al estrés oxidativo. El comportamiento de los otros enzimas, Catalasa y Glutathion peroxidasa, sigue un patrón distinto. El mejor conocimiento de estos procesos puede mejorar nuestro conocimiento de la relación entre estrés oxidativo e hipertensión.

**Palabras clave:** hipertensión arterial, estrés oxidativo, tratamiento antihipertensivo.

### 457. FUNCIÓN RENAL EN POBLACIÓN HIPERTENSA DIABÉTICA Y NO DIABÉTICA ATENDIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Berta Gil Zamorano<sup>a</sup>, M. Teresa Martínez Martínez<sup>a</sup>, Susana Molina Castañer<sup>a</sup>, Sandra Miñana Aguado<sup>a</sup>, Navarro Pérez<sup>a</sup> y D. Orozco<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS. Salvador Pau. Valencia. <sup>b</sup>CS. Babel. Alicante.

**Objetivos.** Determinar el estado de la función renal en población hipertensa atendida en Atención Primaria, y si existe diferencia entre hipertensos diabéticos y no diabéticos.

**Metodología.** Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal. Ámbito del estudio, atención primaria de salud. Sujetos: población hipertensa atendida en Atención Primaria (N = 283). Mediciones e intervenciones, se recogen variables sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular y función renal (aclaramiento de creatinina y microalbuminuria). Para el cálculo del aclaramiento de creatinina se utilizaron las fórmulas de Cockcroft-Gault ( $[140-\text{edad}^* \text{peso}]/[\text{creatinina}^*72]$  para varones; y  $[140-\text{edad}^* \text{peso}]/[\text{creatinina}^*85]$  para mujeres) y de MDRD abreviada ( $[186]^*[\text{creatinina}-1,154]^*[\text{edad}-0,203]$  para varones y  $[186]^*[\text{creatinina}-1,154]^*[\text{edad}]-0,203^*[0,742]$  para mujeres). Los datos se analizaron mediante el programa SPSS. Para el análisis estadístico se utilizó para comparar variables

cualitativas dicotómicas la t de Student, para variables cuantitativas el coeficiente de correlación de Pearson y para variables cualitativas categóricas la ANOVA.

**Resultados.** El 40,6% eran hipertensos y diabéticos y el 59,4% hipertensos no diabéticos. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre la media del aclaramiento de creatinina medido con cualquiera de las dos fórmulas en ambos grupos. Según la fórmula de Cockcroft-Gault, la media en el primer grupo fue 74,79 ml/min y en el segundo 75,09 ml/min; y según la fórmula de MDRD, 64,66 ml/min y 64,69 ml/min respectivamente. El 61,5% de pacientes tenía una función renal normal o una insuficiencia renal crónica (IRC) estadio 1-2 (filtrado glomerular igual o mayor de 60 ml/min), el 37,8% presentaba una IRC estadio 3 (moderado descenso del filtrado glomerular, 59 a 30 ml/min), y el 0,7% una IRC estadio 4-5 (severo descenso

del filtrado glomerular, menor de 30 ml/min). La media del aclaramiento de creatinina fue menor para mayores de 70 años, siendo según la fórmula de Cockcroft-Gault 60,4 ml/min y según la fórmula de MDRD 58,0 ml/min; y para pacientes con edad igual o menor de 70 años, los resultados fueron 85,4 ml/min y 69,5 ml/min según las fórmulas anteriores. Existe una buena correlación entre las dos fórmulas de cálculo del aclaramiento de creatinina.

**Conclusiones.** En la mayoría de nuestros pacientes hipertensos el filtrado glomerular era superior a 60 ml/min, lo cual nos habla de un control aceptable de la función renal. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la función renal entre hipertensos diabéticos y no diabéticos.

**Palabras clave:** función renal, hipertensión arterial, diabetes tipo 2.