

CASO CLÍNICO

TUMORES DEL PENE. ASPECTOS VARIOS A CONSIDERAR PARA EL MÉDICO GENERALISTA

J. Mas Lombarte, C. Pellicé Vilalta, A. Pedro Olivé, M^ºE. Parés Punta, J. Ordi Majà y J. Esquius Soriguera
GME (Barcelona 98-08400 Granollers-Barcelona).

Objetivos:

Emitir una serie de sucintos comentarios acerca del que hacer frente al carcinoma escamoso peneano (CEP) en el ámbito interdisciplinar de la asistencia (Médico Generalista: JML, Urólogos: CPV-EPP, Radioterapeuta: APO y Patólogos: JOM-JES).

Caso clínico:

Célibe de 53 años. CEP incidencia casual en la práctica de una prostatectomía. Estadía: pT1 N0 M0 G2-3. Evolución: Deceso a los dos años. Se argumenta y describe el infausto pronóstico.

Comentarios:

El CEP no es frecuente (1-2x1000000 habitantes) y entre 60-70 años. Propio del incircunciso, de bajo nivel socio-económico, faltado de hábitos higiénicos, diabético e inmunodeprimido.

Tumor de alta agresividad biológica. El 50% de los CEP no controlados fallecen a los seis meses y prácticamente el 100% a los dos años.

Una mas correcta evaluación y una mejoría en los tratamientos (Grado por Grado / Estadio por Estadio) exigirá seguir concensuando protocolos y/o algoritmos interdisciplinarios de actuación (Anatomía Patológica, Cuidados Paliativos, Dermatología, Medicina General, Oncología, Terapéutica Física: Radio-Braquiterapia y Urología)

QUISTES DE INCLUSIÓN ESCROTO-PENEANOS. ASPECTOS VARIOS A CONSIDERAR PARA EL MÉDICO GENERALISTA

J. Mas Lombarte, C. Pellicé Vilalta, E. Peyrí Rey, Luelmo Aguilar, J. Paga Carbonell, y M.A. Cosme Jiménez
GME (Barcelona 98-08400 Granollers-Barcelona).

Objetivos:

Dar una visión panorámica y de conjunto a la problemática generada por ciertas alteraciones dermatológicas del tipo quistes pilonidales, del rafe medio y de inclusión epidérmica presentes en los tegumentos genitales masculinos en el ámbito interdisciplinar de la asistencia (Médico Generalista: JML, Urólogos: CPV-EPR-JPC-MCG y Dermatólogo: ALA).

Metodología:

Estudio observacional y ambispectivo. 14 historias clínicas (Período: 1987 - 2002)

Edades: 3-40 años. Observación: 2 casos pediátricos. 4 exéresis por supuraciones y 8 por "aducir motivo estético" pero jamás por disorgasmia.

Resultados:

Quedan expuestos toda una serie de comentarios acerca de estas historias clínicas. Varones diagnosticados y tratados por unas lesiones dermatológicas surgentes tras dinámicas de atrapamiento y secuestros tisulares (Remedios organogenéticos o tras intervenciones quirúrgicas).

Comentarios:

Para mejor comprender estas entidades queda esbozada la organogénesis del pene, las bolsas escrotales, el prepucio y la uretra glándar.

No hay que presuponerles malignidad ninguna y solo se intervendrán quirúrgicamente frente a la duda diagnóstica, unas hipotéticas complicaciones (infecciones, fistulizaciones, aumentos de volumen,...) o por aducirse motivos estéticos por parte del varón consultante.

CASO CLÍNICO

CUANDO UN CÓLICO NEFRÍTICO NO ES SINÓNIMO DE LITIASIS URINARIA

C. Albaladejo Blanco^a y R. Alonso Martínez^b

^aMédico de Familia. Centro de Atención Primaria Llefia. Badalona. ^bMédico de Urgencias. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

Mujer de 70 años sin antecedentes patológicos, excepto hipertensión arterial.

Motivo de consulta:

Acudió a Urgencias del centro de salud por presentar dolor abdominal de aparición brusca en hemiabdomen izquierdo, acompañado de tenesmo vesical.

A la exploración: afebril, PA 170/90 mmHg, FC 92 lpm; abdomen doloroso en hipogastrio, sin signos de peritonismo, puñopercusión lumbar negativa. Se intentó realizar una tira reactiva, pero la paciente fue incapaz de orinar. Orientado el cuadro como cólico nefrítico se administró diclofenaco IM y se mantuvo en observación.

Evolución:

Por persistencia del dolor se derivó a Urgencias del hospital. Allí se administró dipirone EV mientras se realizaron exploraciones complementarias.

Análisis: hemograma y bioquímica sin alteraciones.

Sedimento urinario: 4 hematíes x campo.

RX simple de abdomen: imagen redondeada de densidad agua que ocupa la pelvis menor, sugestiva de globo vesical.

Como seguía con dificultades miccionales, el cuadro se reorientó como una retención aguda urinaria. Sin embargo el sondaje vesical fue nulo, practicándose una ecografía que mostró una gran tumoración ovárica (19 x 11 cm). La paciente fue intervenida y la anatomía patológica objetivó un cistoadenoma ovárico.

Comentarios:

El cólico nefrítico constituye la presentación clínica más frecuente de la urolitiasis, aunque el diagnóstico diferencial puede ser amplio. Los mayores problemas se plantean en la mujer, en la que siempre se contemplará la posibilidad de patología ginecológica compresiva del ureter como ocurrió en nuestra paciente. La RX simple de abdomen mantiene su valor diagnóstico, pero debe completarse con la ecografía para descubrir la etiología subyacente.

DETECCIÓN Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS GERIÁTRICOS

C. Balmón Cruz y J.A. Dorado Primo

Centro de Salud Levante Sur (Córdoba).

Fundamentos:

El objetivo es estudiar la prevalencia de depresión geriátrica en Atención Primaria y la detección de los trastornos depresivos y de los factores que influyen, mediante un estudio transversal y descriptivo de la población geriátrica consultante en un cupo de un Centro de Salud.

Método:

Se han incluido 262 pacientes > 64 años que consultaron previa cita con su Médico de Familia durante un periodo de tres meses, independientemente del motivo de consulta. Inicialmente se les administró el MMSE, siendo excluidos 17 que obtuvieron una puntuación <15 ya que un trastorno cognitivo podría interferir el resultado posterior.

A los 245 restantes se les administró la Escala de screening de depresión geriátrica GDS-15 de Yesavage, el Cuestionario CAGE de despistaje en Atención Primaria y una Encuesta de variables sociodemográficas y de salud.

Se seleccionó el punto de corte >5 de depresión de la GDS-15, con sensibilidad del 85,3% y especificidad del 85,5% y elevado valor predictivo negativo.

Resultados:

La prevalencia de depresión geriátrica en Atención Primaria es del 24,49%, con una O.R. de 1,61 en las mujeres frente a los hombres.

El perfil de depresión geriátrica incluye a mujeres, de 72 años, viudas, que viven solas, con estudios primarios, que tienen al menos tres enfermedades diferentes, con frecuentación semanal al Médico de Familia, y antecedentes personales de depresión.

Conclusiones:

Existe una elevada prevalencia de depresión geriátrica en Atención Primaria que permanece infradiagnosticada.

ALCOHOLISMO. REPERCUSIONES EN LAS PAREJAS DE LOS ALCOHÓLICOS

C. Fernández Piedra, T. Hernández Puente y J.L. Cañada Merino

Centro de Salud Algorta.

Objetivos:

General: Cuantificar grado de afectación bio-psico-social en las parejas de alcoholicos.

Específicos: Educación sanitaria específica para el personal facultativo.

Planificación global de asistencia al enfermo y su pareja

Búsqueda de un posible perfil adaptativo común

Material y métodos:

Revisión bibliográfica: previa MEDLINE.

Estudio: descriptivo transversal, Centro de salud, año 2000. Cuestionario de 36 items, mediante consulta programada.

Variables específicas: Test Codependencia, Apgar Familiar, GHQ Goldberg; AVE, entrevista dirigida

Criterios exclusión: Exbebedores antes de 1994, Viudedad, Alteraciones cognitivas.

Fuente: Cuestionario junto a Historia clínica del Centro de Salud
Población a estudio: parejas de alcoholicos que cumplan criterios inclusión.

Muestra: De la última encuesta Vasca de Salud se obtiene una Prevalencia Alcoholismo de 5%. Método

ENE cálculo tamaño, se obtiene una cifra de 70, extraídas mediante aleatorización simple.

Resultados:

Se obtienen indicadores de medición con cifras de: ansiedad 87%, Depresión 54%, inestabilidad emocional 95%, ideas de suicidio 32%, deseo de abandonar hogar 76%, deseo muerte 46%, Deseo muerte cónyuge 78%, intentos autolíticos 11%, sin repercusión aparente 4%, abuso medicamentos 56%

Discusión:

Alto porcentaje de afectación en la relación cotidiana (acostumbramiento, resignación, deseo abandono del hogar, desesperanza, violencia contenida...)

Concienciación de la repercusión que alcohol tiene no sólo en el bebedor problema sino en su entorno.

Necesidad de formación específica en técnicas individuales y grupales para el manejo de estos pacientes por parte del personal sanitario.

Necesidad de coordinación con otros niveles asistenciales y sociales

NUEVA CONSULTA, MÁS DEMANDA

V. Llorca Bueno, L. Roca Nieto y M. Llorca Defior

Consultorio Canteras. Cartagena. Murcia.

Fundamentos:

Estamos acostumbrados a leer que la mejora en la accesibilidad siempre lleva aparejado un aumento en la demanda de servicios, en el caso que nos ocupa la accesibilidad empeora ya que el nuevo centro está mas apartado y al final de una importante cuesta arriba, en este estudio se valora la incidencia de este hecho sobre el consumo de recursos.

Métodos:

Estudio descriptivo de un cupo de medicina general con un alto índice de dispersión (G4)

En dicho cupo existen 2037 historias activas, 1035 de mujeres con una edad media de 46.8 años y 1002 de hombres con una edad media de 44.4 años.

Las historias clínicas se encuentran en soporte informático mediante el programa FIMEDIC

Se han obtenido los datos correspondientes al periodo comprendido entre el 1 de Marzo y 30 de Junio de los años 2000 y 2001, coincidentes estos con el primer cuatrimestre de uso del nuevo consultorio. Se analizan los siguientes parámetros: Consultas totales realizadas, Pacientes atendidos, Recetas prescritas, Gasto farmacéutico, Derivaciones a especialista, Analíticas solicitadas, Bajas laborales. El tratamiento estadístico de los datos se realiza con EPI-5.

Resultados:

Se observa un aumento superior al 20% de todas las variables estudiadas, destacando un aumento de casi el 100% en los procesos que precisaron baja laboral.

Conclusiones:

El uso de un nuevo centro, aunque no mejore la accesibilidad supone un importante aumento en el consumo de recursos.

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

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

Centro de Salud Hospital Provincial-Plá (Alicante).

Fundamentos:

Valorar el consejo breve, firme y claro sobre la necesidad de abandonar el tabaco, aunque puede precisar otras medidas. La atención primaria es el ámbito ideal para intervenir sobre el principal motivo de enfermedad evitable.

Métodos:

Diseño:

Estudio próspectivo (abril a septiembre 2002)

Ámbito y Sujetos:

Consulta a demanda en el centro de salud de fumadores sin diagnóstico clínico de enfermedad pulmonar. Entrevista semiestructurada.

Variables: Sexo, edad, identificación del fumador, valorar test de Richmond, valorar test de Fagerström, identificar la etapa, motivos del abandono, intervención a los tres y seis meses, tratamiento farmacológico, espirometría.

Resultados:

Identificamos 50 fumadores en la consulta a demanda, citándoles en consulta programada. El 60 % mujeres. La prevalencia ascien-

de al 58 % rango de edad de 25 a 44 años. El 78 % con alta motivación. El 54 % con elevada dependencia a la nicotina. El 52 % en fase de contemplación. El primer motivo de abandono fue la salud. Damos entre dos y tres consejos antitabaco. El 16 % optó por fármacos. A los tres meses el 20 % dejó de fumar y el 10 % a los seis. Las espirometrías fueron normales. Debemos intensificar su seguimiento, establecer un plan antitabaco en fumadores con alta motivación y asumirlo por los profesionales.

Conclusiones:

El consejo antitabaco y los beneficios que comporta es una adecuada intervención. El registro y la actitud sobre su abandono es una fundamental actividad preventiva. Su continuidad en atención primaria es eficiente.

CARACTERÍSTICAS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD

F. Ibor Pica, S. Pérez Picazo, J. Del Campo Gozalvo y N. Marín Rueda

Centro de trabajo: CAP de Benicalap (Valencia).

Fundamentos:

Según el grupo de trabajo de la SEMFyC sobre la incapacidad temporal (IT), la mitad del gasto de un centro de atención primaria corresponde a la misma.

Por ello, nos hemos propuesto como objetivo:

- 1) Análisis descriptivo de la IT de la zona básica de salud.
- 2) Repercusión económica de la IT de nuestra zona con respecto al área de salud.

Material y método:

Se hace el estudio de las IT de la zona de salud registradas durante el año 2002.

Base de datos de la IT del área facilitados por la inspección médica.

Se ha calculado la incidencia, prevalencia y coste estimado tanto del área como de la zona.

Resultados:

En nuestra zona básica de salud:

- La incidencia es un 0,27% mayor que la media del área.
- La prevalencia es un 0,79% mayor que la media del área.
- El coste estimado es un 26% mayor que la media del área.

Los parámetros objeto de estudio en nuestra zona de salud se mantienen elevados respecto a los de la media del área durante todos los meses del año.

Conclusiones:

- 1) En nuestra zona básica, se prescriben más IT, tienen una mayor duración y mayor coste económico que la media del área de salud.
- 2) Los datos obtenidos sirven de base para un estudio posterior sobre los factores socioeconómicos y laborales que condicionan este perfil prescriptor de IT en nuestra zona.

COMORBILIDAD EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL (DE): ANÁLISIS DE PATOLOGÍAS ASOCIADAS Y HALLAZGOS EN LOS PATRONES HORMONALES Y BIOQUÍMICOS

P. Pérez Ortín, F. Sureda Anaya, I. Espinosa Freire y J.M. Sáez Pérez

Centro de Salud Malvarrosa (Valencia).

Objetivos:

Análisis de las determinaciones sanguíneas de hormonas tiroideas, TSH, prolactina, testosterona, glucosa, colesterol total y triglicéridos en pacientes con DE. Descripción de la patología médica y quirúrgica asociada.

Diseño:

Estudio descriptivo, transversal. Análisis estadístico con programa SPSS.

Sujetos:

42 pacientes varones entre 41 y 71 años con DE que otorgaron su consentimiento para ser estudiados.

Ámbito:

Centro de salud urbano.

Resultados:

Las tablas muestran los datos descriptivos más relevantes:

PATRÓN HORMONAL EN PACIENTES CON DE		
Parámetro	Valores normales	Valor medio en DE
T3	0,8 – 2,0 ng/ml	1,2405 ng/ml
T4	4 – 12 mcg/ml	8,5476 mcg/ml
T4L	0,85 – 1,70 ng/dl	1,1588 ng/dl
TSH	4 – 7 mU/ml	2,4312 mU/ml
Testosterona	0,1 – 11 ng/ml	5,2129 ng/ml
Prolactina	9,5 – 17 ng/ml	11,1024 ng/ml

ALTERACIONES BIOQUÍMICAS EN DE EN %	
Glucemia	26,2
Colesterol total	42,9
Triglicéridos	14,3

VPS en arterias cavernosas (media $\pm$ desviación típica)			
En DE	En DE y alteración de la glucemia	En DE e hipercolesterolemia	En DE e hipertrigliceridemia
15, 25 $\pm$ 6,57	13,76 $\pm$ 6,94	16,36 $\pm$ 7	19,41 $\pm$ 8,14

La prueba T no encontró diferencias significativas en las mediciones hormonales en DE respecto a los valores normales de laboratorio. La velocidad pico sistólica (VPS) en arterias cavernosas no se modificó por la existencia de alteraciones en los niveles de glucemia, colesterolemia y trigliceridemia.

Conclusiones:

No se encontraron alteraciones en los parámetros hormonales estudiados. Son frecuentes las alteraciones de la glucemia, la hipercolesterolemia y la hipertrigliceridemia. Las enfermedades asociadas más frecuentes fueron: diabetes, HTA, HBP-cirugía prostática y eventos cardiovasculares.

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA CIUDAD DEL MEDITERRÁNEO

V. Pallarés Carratalá⁽¹⁾, F. Piñon Sellés⁽³⁾ y J.L. Diago Torrent⁽²⁾

En representación de los investigadores del estudio. ⁽¹⁾Unión de Mutuas, ⁽³⁾Hospital General, Castellón. ⁽²⁾Hospital La Fe, Valencia.

Introducción:

El objetivo de los estudios epidemiológicos poblacionales es conocer la prevalencia de los factores que se consideren, para evaluar su impacto sobre la salud y diseñar estrategias de actuación. Por tanto, es deseable que un país o región cuente con estudios locales que comprueben la importancia de la contribución específica de los principales factores de riesgo en la presentación de las enfermedades más importantes para la correcta interpretación en su ámbito específico, en lugar de recurrir a la información generada en otros ambientes geográficos y culturales. En la Comunidad Valenciana, al igual que en el resto de España, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte y, por su morbilidad, origen de un gasto sanitario muy importante.

Objetivo:

Con el objeto de conocer la prevalencia de los factores de riesgo vascular en población adulta (27.144 h.) situada a orillas del Mediterráneo, se diseñó un estudio de sección transversal. La población a estudio, adultos de 30-80 años, elegidos de forma aleatoria a partir del censo municipal.

Resultados:

Se obtuvo un tamaño muestral de 375 sujetos, de los cuales acudieron a realizarse el estudio 317 (46,1% hombres, 53,9% mujeres), con una media de edad de 51,1 años. La incidencia de los diferentes factores de riesgo analizados se representan por décadas de edad en la siguiente tabla:

	30-39 (%)	40-49 (%)	50-59 (%)	60-69 (%)	70-79 (%)	TOTAL (%)
DM2	3,5	4,6	19,1	28,7	14,9	12,8
DISLIPEMIA	18,7	32,5	48,1	51,6	39,6	36,1
HTA	13,7	19,7	24,1	41,5	46,7	26,7
OBESIDAD	18,5	25,2	39,0	39,6	32,3	29,6
TABACO	32,8	43,5	22,7	15,3	11,6	25,9

Conclusiones:

La prevalencia de diabetes y obesidad es mayor en nuestro medio que en el resto de la península. La dislipemia es similar a datos aportados por otros estudios. La hipertensión y el tabaquismo están por debajo de las cifras descritas para otras zonas de nuestro país.

CARACTERÍSTICAS DE NUESTROS PACIENTES INMOVILIZADOS

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

Centro de Salud Hospital Provincial-Pla.

Fundamentos:

En el entorno de la asistencia primaria, existe un grupo de población que presenta una incapacidad para acudir al centro de salud por diferentes motivos y además, precisa de unos cuidados más continuados y frecuentes.

Tomando como base el programa de atención a inmovilizados del centro de salud, nuestro objetivo es conocer las características de estos pacientes.

Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo transversal (Enero a Marzo del 2003). Elaboramos una encuesta con 13 ítems.

Ámbito y sujetos: Pacientes incluidos en el programa de inmovilizados pertenecientes a seis cupos del centro de salud, que cumplen los criterios de inclusión de la Cartera de Servicios.

Variables: sexo, edad, enfermedades que presentan, número de fármacos que toman, tipo y grado de apoyo familiar y social, número de visitas por médico y enfermera.

Resultados:

Las variables estudiadas, en un total de 56 pacientes, arrojaron el siguiente resultado: mujeres fueron 41 (73%) y hombres 15 (26,7%). La edad media: 81 años. Las enfermedades genéricas fueron: cardiovasculares con el 68%, metabólicas: 39%, neurológicas: 39%, músculo-esqueléticas: 27% y otras: 11%. El número de fármacos/día: 4,2. Servicios de atención familiar y social: con cuidador familiar el 85,7%, cuidados no familiar: 14,3%. El número de visitas por parte del médico dependía de las necesidades y la enfermera una por mes.

Conclusiones:

El perfil de nuestros inmovilizados es el de una mujer anciana con edad por encima de los 80 años, con una media de 4 fármacos/día. Predominio de enfermedades cardiovasculares. La mayoría están cuidadas por familiares de primer grado y el resto por asistencia extrafamiliar.

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PARA MEJORAR CONOCIMIENTOS Y ESTILOS DE VIDA RESPECTO A LA OSTEOPOROSIS

C. Fernández Duato, D. Díez Fernández, G. Gómez Barrera, M.M. Quiles Catalá y P. Gimeno Navarro

Equipo de atención Primaria Villar del Arzobispo (Valencia).

Objetivos:

Valorar las características de nuestra población en cuanto a estilos de vida y su conocimiento sobre osteoporosis. Diferenciar osteoporosis de otras patologías frecuentes como motivo de consulta.

Métodos:

Diseño: estudio prospectivo de intervención antes y después.

Ámbito de estudio: población rural comprendida entre 30 y 71 años de un consultorio auxiliar perteneciente a nuestro equipo.

Sujetos: 105 mujeres que acuden citadas.

Menciones e intervenciones: Variables generales: edad y sexo. Variables a estudio: índice de masa corporal, menopausia, tabaquismo, ingesta de alcohol, ejercicio físico, medicación para osteoporosis, ingesta de calcio, conocimientos sobre osteoporosis.

Método de recogida de datos: densitómetro para densitometría ósea del calcáneo con el que se define osteoporosis cuando hay más de 2 DS, osteopenia 1-2 DS y normal <1DS.

Cuestionario con las variables, diseñado por nosotros, que se realizaba con la entrega de un folleto explicando la osteoporosis y cómo prevenirla o tratarla. Tanto la densitometría como el cuestionario se repitieron al año.

Resultados:

Los datos obtenidos muestran que la población presenta un sobrepeso en un 42%, menopausia 33%. Con el estudio densitométrico, un 21,9% presentaba osteoporosis, osteopenia un 28,6% y normal un 49,5%. La ingesta de calcio era media (2-3 raciones/día) en el 48%, baja en el 33% y alta en el 19%. Fumaban el 13%. Tras el primer cuestionario tenían conocimientos adecuados sobre osteoporosis el 37%.

Analizadas las variables y comparadas al año, mediante análisis estadístico utilizando chi cuadrado y McNemar, muestra que resultados estadísticamente significativos ($p < 0,005$) en cuanto a disminución de ingesta de café/día, aumento del ejercicio físico, ingesta de calcio y sobre todo del nivel de conocimientos.

Conclusiones:

La densitometría ósea ultrasónica no tiene indicación como método de cribaje de osteoporosis, aunque puede resultar útil para un diagnóstico de aproximación que junto a una adecuada información contribuye a mejorar su abordaje.

EVALUACIÓN DE LA POBLACIÓN DIABÉTICA EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

Centro de Salud Arona-Costa II y * Centro de Salud Doctor Guigú. TENERIFE. Islas Canarias.

Fundamentos:

El control de la diabetes y de los factores de riesgo que agravan su pronóstico, es objetivo prioritario en los programa de salud de Atención Primaria.

El objetivo del presente trabajo ha sido conocer el grado de control, la prevalencia de complicaciones y factores de riesgo de los diabéticos en nuestro centro de salud.

Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo transversal. La muestra quedó constituida por 262 pacientes (54,4% hombres y 44,5% mujeres),

con una edad media de $58 \pm 12,3$ años, y una antigüedad en el diagnóstico de $6,5 \pm 5,1$ años.

Resultados:

El 72,1% de nuestros diabéticos estaban óptimamente controlados ($HbA1c < 7,5\%$) (grupo I), frente al 27,9% con mal control de la misma (grupo II); la presencia de factores de riesgo fue similar en ambos grupos, al igual que el grado de control de los hipertensos, 21,4% en el grupo I y 18,8% en el grupo II. El grupo II consumía más hipoglucemiantes que el grupo I ($p < 0,001$), siendo similar el de antihipertensivos. En lo que se refiere a las complicaciones de la enfermedad, la retinopatía y nefropatía diabéticas, fueron más frecuentes en el grupo II ($p < 0,05$ y $p < 0,01$, respectivamente). No se encontraron diferencias en lo concerniente al Riesgo Cardiovascular entre ambos grupos.

Conclusiones:

A pesar de obtener unos buenos resultados, estamos de acuerdo que debemos hacer una mayor actuación para detectar la diabetes. Dar mayor importancia a un adecuado cumplimiento y adherencia al tratamiento indicado para poder conseguir un mayor grado de control.

MODIFICACIONES DEL FLUJO SANGUÍNEO PENEANO (FSP) EN LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (DE). ESTUDIO VASCULAR DEL PENE CON ECO-DOPPLER-DÚPLEX (EDD)

J.M. Sáez Pérez, I. Espinosa Freire, P. Pérez Ortín y F. Sureda Anaya

Centro de Salud Malvarrosa (Valencia).

Fundamento:

El uso del EDD ha experimentado un gran auge en los últimos años en el estudio de la DE. Sin embargo existen controversias relacionadas con la técnica utilizada, los parámetros a medir y la interpretación de los mismos.

Objetivos:

Determinación de la velocidad pico sistólica (VPS) del flujo sanguíneo peneano basal en arterias cavernosas en sujetos con DE y en sujetos sin DE. Comparación de dichas determinaciones y su relación con la DE.

Diseño:

Estudio descriptivo, transversal. Análisis estadístico con programa SPSS.

Sujetos:

42 pacientes varones entre 41 y 71 años con DE.

Ámbito:

Centro de salud urbano.

Resultados:

La tabla muestra los datos descriptivos más relevantes:

	VPS (en cm/s)	
	Controles	DE
Media	24,08	15,25**
Desviación típica	4,71	6,57
Intervalo de confianza para la media al 95%	22,18-25,99	13,20-17,30
Varianza	22,26	43,28

** $p < 0,001$

La prueba T encontró diferencias significativas ($p < 0,001$) en la VPS del FSP basal entre los sujetos sanos y los sujetos con DE. No hubo diferencias significativas entre las VPS de las arterias cavernosas derecha e izquierda ni en controles ni en pacientes con DE.

Conclusiones:

El uso del EDD permite un rápido y fiable diagnóstico de la DE, evitando la realización de exploraciones más agresivas. En sujetos

con patología vascular la VPS es un parámetro fiel del estado del FSP basal. En nuestro estudio aceptamos como parámetro indicativo de patología arterial una VPS menor de 22 cm/s. La afectación arterial es similar en ambos cuerpos cavernosos.

CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES DE UN ÁREA DE SALUD

J.L. Cabrera-Mateos¹, M.C. Mendoza-Luzardo¹, F. Gutiérrez-Riquelme², A. Baez-Álvarez³ e I. Toledo-Perdomo³

¹C Salud de Yaiza, ²C.S. San Bartolomé-Tinajo, ³Hospital Gral. de Lanzarote.

Fundamentos:

El objetivo es conocer la frecuencia de consumo de tabaco en adolescentes y su relación con la percepción de consumo en el entorno, y las creencias del adolescente respecto al mismo.

Métodos:

Estudio transversal descriptivo sobre 1230 adolescentes lanzaroteños de 12 a 18 años escolarizados en institutos de enseñanzas medias de la isla, empleando un cuestionario autoadministrado.

Resultados:

El 52,1% de los adolescentes son mujeres. El 16,5% (intervalo de confianza del 95%: 14,43-18,57) son consumidores habituales de tabaco. El consumo es superior en mujeres que en varones (17,9% de consumidoras habituales frente a 14,7) ($p = 0,032$). La presencia del hábito es superior en madres ($p = 0,001$), profesores ($p < 0,001$), amigos ($p < 0,001$) y hermanos ($p < 0,001$) de fumadores, pero no en los padres ($p = 0,052$). En cuanto al número medio de items, de un total de diez, con respuestas favorables al consumo de tabaco, aumenta progresivamente con la frecuencia de consumo de tabaco, desde 1,82 en no fumadores hasta 3,98 en fumadores habituales ($p < 0,001$).

Conclusiones:

La prevalencia de consumo de tabaco en nuestros adolescentes es importante, y esta relacionada con una mayor percepción de consumo en el entorno y unas creencias favorables a su consumo.

ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE LOS PRINCIPALES FÁRMACOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

P. Tarraga López, Á. Celada Rodríguez, M. Cerdán Oliver, J. Solera Albero, J. M. Ocaña López y M. López Cara
Cap N° 6 Albacete.

Objetivos:

Realizar una evaluación económica de las principales estatinas utilizadas en pacientes hipercolesterolémicos en atención primaria.

Diseño:

El análisis de coste-efectividad se ha realizado mediante un estudio abierto, prospectivo, aleatorizado, de intervención en condiciones de uso habitual en pacientes hipercolesterolémicos (colesterol total (CT) > 240 mg/dl, cLDL > 160 mg/dl).

Pacientes:

Se incluyó un total de 161 pacientes (49,7% hombres), con una edad de $64,98 \pm 10,29$ años (media $\pm$ desviación estándar). un 82,1% eran hipertensos, un 37,1% eran diabéticos y un 17,9% fumador.

Intervenciones:

44 pacientes tomaron simvastatina 20 mg/día, 48 pacientes atorvastatina 10 mg/día, 37 pravastatina 20 mg/día y 32 fluvastatina 40 mg/día.

Mediciones y resultados principales: A los 6 meses alcanzaron los objetivos terapéuticos de control de cLDL de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA)-Consenso 2000 (M° de Sanidad y Consumo, SEA, Sociedad Espa-

ñola de Cardiología, SEMFYC, SEMERGEN, SEMI, AES, S.E. de Geriatria y Gerontología...) un 62,5% de los tratados con atorvastatina, un 45,5% de los tratados con simvastatina, un 43,8% de los tratados con fluvastatina y un 40,5% de los tratados con pravastatina. Representando un coste/efectividad de 436,79 euros para atorvastatina, 520,41 para fluvastatina, 543,33 para simvastatina y 702,17 para pravastatina.

Conclusiones:

Todas la estatinas estudiadas han demostrado su efectividad para reducir el CT y cLDL. Sin embargo atorvastatina y fluvastatina ha demostrado ser las mas eficientes al mostrar una mejor relación coste-efectividad.

VENLAFAXINA RETARD EN PACIENTES CON DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ASOCIADA. ESTUDIO PERSEO

M. Roca Benassar*, E. Baca Baldomero** y Grupo Estudio Perseo

Unidad de Psiquiatria, Hospital Juan March, Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS), Universitat des Illes Balears, Palma de Mallorca* Servicio de Psiquiatria, Hospital Puerta de Hierro, Madrid**.

Introducción:

Los trastornos mentales presentan una prevalencia elevada en la población general. Hasta un 80 % de las intervenciones terapéuticas se resuelven a nivel de Atención Primaria (AP). En el control de la enfermedad depresiva es necesario considerar sobretodo la remisión. Este estudio pretende valorar el tratamiento con Venlafaxina Retard en el síndrome depresivo con síntomas de ansiedad en AP.

Métodos:

Estudio observacional, multicéntrico, en Atención Primaria, en 3010 pacientes ≥ 18 años diagnosticados de síndrome depresivo. El análisis de efectividad evalúa una muestra de 2201 casos y el análisis de seguridad 2921 pacientes. Venlafaxina retard se administró a dosis de 75-150 mg/día durante 24 semanas. Se realizó seguimiento a las 4, 12 y 24 semanas. La severidad y evolución de la depresión y ansiedad asociada se midieron mediante las escalas de Hamilton de depresión (HAM-D₁₇) y ansiedad (HAM-A).

Resultados:

VR redujo desde la segunda visita ($p < 0,05$) la intensidad de la depresión y la ansiedad asociada (HAM-D₁₇: 22,8 a 5,7; HAM-A: 22,4 a 4,9; basal y final), alcanzado a las 24 semanas porcentajes de remisión de: 73,5% (HAM-D₁₇), 80,7% (HAM-A₁₇) y 71,2% (HAM-D y HAM-A ₁₇); El 77,5% de los pacientes tomaba en la visita final dosis de VR de 75 mg. El 95,4% de los pacientes no presentaron acontecimientos adversos. Las medias de tensión arterial, frecuencia cardiaca y peso se mantuvieron en límites normales.

Conclusiones:

Venlafaxina Retard es una terapia efectiva y segura en el control del síndrome depresivo con síntomas de ansiedad en pacientes asistidos en Atención Primaria.

NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

J.L. Cabrera-Mateos¹, M.C. Mendoza-Luzardo¹, F. Gutiérrez-Riquelme², A. Baez-Álvarez³ e I. Toledo-Perdomo³

¹Centro de Salud de Yaiza, ²Centro de Salud San Bartolomé-Tinajo, ³Hospital Gral. de Lanzarote.

Fundamentos:

El objetivo es conocer la influencia del nivel socioeconómico en la frecuencia de consumo de alcohol, en la percepción de consumo en el entorno y en las actitudes de los adolescentes hacia el alcohol.

Métodos:

Estudio transversal descriptivo comparativo de 1419 alumnos de institutos públicos de enseñanzas medias y 180 de institutos privados de la isla de Lanzarote, mediante cuestionario autoadministrado.

Resultados:

Los adolescentes de los colegios públicos son consumidores habituales de alcohol con más frecuencia que los de los colegios privados: OR=5,12 ($p = 0,011$), ajustado por la edad. Además se han emborrachado alguna vez con más frecuencia que los de los colegios privados: OR=1,7 ($p = 0,009$). Estos presentan una mayor frecuencia de consumo de alcohol en el padre ($p = 0,039$) y en la madre ($p < 0,001$) que los adolescentes de los colegios públicos, pero la percepción de consumo en sus amigos es menor: 52,3% frente a 65,5% ($p = 0,001$). En cambio, la diferencia en cuanto al número de ítems, de un total de ocho, con respuestas favorables al consumo de alcohol de los colegios privados respecto a los colegios públicos ajustada por la edad ($d = 0,136$) no es estadísticamente significativa.

Conclusiones:

El nivel socioeconómico parece no tener influencia en las creencias y actitudes del adolescente hacia el alcohol. El mejor nivel socioeconómico se relaciona con una menor frecuencia de bebedores habituales y un menor consumo en sus iguales, pero mayor consumo en la familia.

CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS EN 5.195 MUJERES ATENDIDAS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS TRANSVERSAL

R.M. Alcolea¹, R. Belenguer², F. Laporta³, R. Moya⁴, S. Álvarez² y E. Yagüe⁶

En representación de los investigadores del proyecto ECOSAP

¹ABS Llefià, Badalona, Barcelona; ²CS Algemesi-Alfajar, Valencia; ³CS La Roda, Albacete; ⁴CS Cerro del Águila, Sevilla; ⁵CS Las Albarizas, Marbella, Málaga; ⁶Departamento de Investigación Médica, Lilly, Madrid.

Objetivos:

Comparar varios factores de riesgo de osteoporosis (FRO) y de fractura osteoporótica (FRFO), y los parámetros de ecografía cuantitativa ósea (QUS) de calcáneo en mujeres posmenopáusicas con y sin antecedentes de fractura osteoporótica.

Diseño:

Estudio descriptivo transversal. Ambito del estudio: Atención Primaria (AP). Estudio multicéntrico (58 centros de AP del territorio peninsular español).

Sujetos: 5.195 mujeres ≥ 65 años, sin enfermedades neoplásicas o metabólicas óseas, que acudieron por cualquier motivo a su médico/enfermera de AP, y que otorgaban su consentimiento para participar en el estudio.

Mediciones: Variables demográficas, antropométricas, QUS de calcáneo (SaharaTM) y un cuestionario dirigido de FRO y FRFO. Se estableció el antecedente de fractura osteoporótica (FO) ante fracturas por fragilidad ocurridas a partir de 35 años de edad.

Resultados:

1.042 (20'1%) de las mujeres incluidas presentaban antecedente de fractura osteoporótica. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes FR (no antecedente vs antecedente respectivamente): edad (72,1 $\pm$ 5'3 vs 72,8 $\pm$ 5'5), edad de la menopausia (49,0 $\pm$ 4'5 vs 48,7 $\pm$ 5'0), años de vida fértil (35'2 $\pm$ 5'4 vs 34'5 $\pm$ 5'9), talla (153,1 $\pm$ 6'6 vs 152,4 $\pm$ 6'5), horas semanales de ejercicio físico (16,2 $\pm$ 13'3 vs 15,2 $\pm$ 12'6), caídas en el último año (0,45 $\pm$ 1'23 vs 0,76 $\pm$ 3'32), alteraciones en órganos de los sentidos (5,2% vs 7,5%), antecedentes familiares de FO (14,6% vs 24,9%), antecedente de broncopatía crónica (2,7% vs 4,6%), uso de anti-

rrítmicos (3,4% vs. 5,6%) y glucocorticoides (1,9% vs 3,9%); y en todos los parámetros de la QUS (T-score BMD: $-1,19 \pm 1,07$ vs $-1,61 \pm 1,00$; BUA: $66,4 \pm 17,5$ vs $59,9 \pm 16,6$; SOS: $1.526,8 \pm 54,7$ vs $1.516 \pm 28,2$; QUI: $83,1 \pm 36,5$ vs $75,1 \pm 17,3$). Variables como paridad, peso, tabaquismo, ingesta de calcio y alcohol no mostraron diferencias entre los grupos.

Conclusiones:

Existe una mayor prevalencia de FRO y FRFO en las mujeres estudiadas con antecedentes de FO; sin embargo, no se encuentran diferencias en varios factores de riesgo de cadera y vértebra comúnmente aceptados en poblaciones anglosajonas, lo que sugiere que dichos factores podrían no ser completamente aplicables a nuestro entorno, o al tipo de fracturas que presentaba esta cohorte (mayoritariamente de extremidad superior).

FORMED, UN PROGRAMA DE TEST Y FORMULACIONES PARA MEDICINA

J. Paredes Pardo, R. Comendador Granero y V. Llorca Bueno
Centro de Salud Muchamiel.

Fundamentos:

Los asistentes personales o PDA son auténticos ordenadores de mano que cada vez alcanzan un mayor número de usuarios, y es de esperar, que gracias a los nuevos y mas asequibles modelos que van apareciendo, su uso será masivo a corto plazo.

Cada vez son mas frecuentes las aplicaciones médicas que aparecen para estos equipos, de forma que se van constituyendo en ayudantes indispensables para los profesionales sanitarios ya que permiten una absoluta movilidad y aplicación en cualquier lugar.

Métodos:

Se diseña y programa una aplicación (ForMed) para Pocket PC que procesa una serie de algoritmos y formulas frecuentes en medicina. Se utiliza el lenguaje Microsoft Visual Basic para CE.

Resultados:

Se logra el programa previsto que incluye entre otros el calculo de riesgo cardiovascular, algoritmo para diagnostico de ansiedad, depresión, tabaquismo, calculo del déficit de agua corporal, escala de coma de Glasgow, índice de masa corporal, calculo del LDL, metabolismo basal, conversores de medidas, etc. Funciona en cualquier PDA con sistema operativo Pocket 2002

Conclusiones:

Creemos en un uso cada vez mas frecuente de ordenadores de bolsillo como bases de datos médicos, vademécum, ayuda al diagnóstico y en un futuro próximo conexión inalámbrica a Internet para su uso en cualquier lugar.

INFLUENCIA DE LA DURACIÓN Y CONTROL DE LA DIABETES TIPO 2 EN LA APARICIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES

A. de Santiago, A. García Lledó* y E. Ramos

Área III de AP, Instituto Madrileño de la Salud. Dpto. de Medicina. Universidad de Alcalá.*

El propósito de este trabajo fue investigar la influencia del grado de control y la duración de la diabetes tipo 2 (D2) sobre la aparición de complicaciones cardiovasculares (CCV), que no está completamente aclarada en la literatura.

Se extrajeron todos los casos de diabetes conocida de una población de 10.449 individuos. Se analizaron las historias de aquellos incluidos en protocolo de área de diabetes (161). Se estimó la duración de la enfermedad, la glucemia media y la hemoglobina glicosilada media durante el seguimiento. Se definió glucemia controlada <140 mg/dl y HbA1c $<7,5\%$. Se definieron CCV las del estudio de Framingham. El tiempo medio de seguimiento fue 59 meses (6-195). La edad media fue 64 años, 78 eran varones. Veintio-

cho pacientes sufrieron CCV (claudicación, muerte, infarto, angina, ACVA, insuficiencia cardíaca).

La duración de la D2 y la edad se asociaron significativamente a la aparición de CCV, sin embargo, el análisis de regresión múltiple mostró que la duración de la diabetes dependía de la edad y la excluyó de la correlación. La proporción de CCV fue mayor en los pacientes con HbA1c $> 7,5\%$ en algún momento del seguimiento (23,6% vs 9,7% $p=0,02$). La glucemia media fue mayor en los pacientes con CCV (187 vs 166, $p=0,009$). Existió una tendencia no significativa a una HbA1c media y máxima mayores en los pacientes con CCV.

Conclusiones:

se demuestra una influencia entre el grado de control de la diabetes y la aparición de complicaciones macrovasculares, sin que se aprecie relación con el tiempo de duración de la enfermedad.

EFFECTIVIDAD CLÍNICA DE LA COMBINACIÓN FIJA DE SALMETEROL Y PROPIONATO DE FLUTICASONA EN UN SOLO DISPOSITIVO ACCUHALER EN EL MANEJO DEL ASMA

R. Mora Ripoll^a, C. Borràs Murcia^b y C. Murio Pujol^c

^aDepartamento médico ALMIRALL, Barcelona, ^bBIOMETRICA, Barcelona; ^cServicio de Neumología. Hospital General de Catalunya. Barcelona.

Fundamentos:

Son conocidos los beneficios clínicos de la administración de salmeterol (S) y propionato de fluticasona (F) en combinación fija (S/F). El objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad clínica de S/F en un único dispositivo Accuhaler en el manejo de pacientes con asma en atención primaria (AP).

Métodos:

Estudio observacional prospectivo en pacientes asmáticos (criterios SEPAR) que a juicio del médico investigador pudiesen beneficiarse del tratamiento combinado S/F. Se evaluaron los siguientes parámetros clínicos de efectividad en los 4 meses pre y post-tratamiento: escalas IMJ e ICG del asma, agudizaciones, ingresos, urgencias, uso de corticoides y cumplimiento.

Resultados:

797 médicos AP incluyeron 3299 pacientes asmáticos: 55,7% varones, edad media de 56,1 años (DE=16,9), con gravedad leve (29,4%), moderada (62,2%) o grave (8,4%). Respecto a los 4 meses pretratamiento, se apreció un descenso significativo ($p<0.001$) en todos los parámetros estudiados y para toda gravedad de asma. La tolerancia fue excelente. En el subgrupo de pacientes con asma moderado, los cambios significativos pre-postratamiento fueron los siguientes: Ingresos/ visitas a urgencias 31,6% vs 9,0%; Corticoides: 31,6% vs. 13,3%; Agudizaciones: 81,6% vs. 38,4%; Cumplimiento superior al 80%: 67,4% vs. 89,4%

Conclusiones:

El tratamiento en combinación fija S/F en un único dispositivo Accuhaler demostró ser de gran efectividad clínica y seguridad en el manejo de pacientes ambulatorios diagnosticados de asma leve, moderada o grave.

Estudio financiado por Almirall Prodesfarma.

ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO POR NEURALGIA POST-HERPÉTICA TRATADA CON FENTANILO TRANSDÉRMICO

S.E. Marrón Moya, L. Tomás Aragonés, M. Suárez Beneitez y J.M. Montesinos Dolado

Sector de Salud de Calatayud. Zaragoza.

Fundamentos:

La necesidad de potenciar nuestra formación a través de la investigación nos llevo a formatear el Proyecto de Investigación cuyo

Protocolo presentamos. Escogiendo la neuralgia post-herpética para comprobar el efecto que sobre ella y por tanto sobre la calidad de vida de los pacientes tiene el uso de fentanilo transcutáneo.

Metodología:

Es un estudio multicéntrico promovido por el Servicio de Dermatología, autorizado para su desarrollo en toda la Comunidad Autónoma, en el que participan en la fase inicial en la que nos encontramos 6 Servicios hospitalarios, los 10 Centros de Salud de nuestro Sector de Salud y otros 5 de fuera de nuestro Sector de Salud. El objetivo general es la evaluación de la calidad de vida en pacientes con neuralgia post-herpética (NPH) tratados con fentanilo transdérmico, para lo cual planteamos la necesidad de reclutar un número no inferior a 150 pacientes con NPH con una pérdida de 10-15% de los pacientes incluidos en el estudio por diversas causas. Considerándose 12 meses para desarrollar el trabajo de campo (6 meses de inclusión más 6 meses de seguimiento para cada paciente), con cuatro visitas (basal, 15 días, 3 meses y 6 meses) iniciándose los trabajos el 15 de abril de 2003. Utilizando el SCL-90-R y el SF-36 para la valoración de la calidad de vida.

Resultados:

Presentamos el Protocolo con sus particularidades en detalle y el mapa de los Centros participantes, haciendo especial énfasis en la importancia que tiene la realización de un estudio de este tipo en un medio laboral eminentemente rural en que desarrollamos nuestra actividad profesional con escasas facilidades.

Conclusiones:

La investigación y más la realizada en el medio rural debe de potenciarse desde los poderes públicos, las sociedades científicas y la sociedad en general, ya que revierten en mejora directa de la calidad de la asistencia sanitaria. Podemos decir que la colaboración primaria-especializada conseguida es la que ha posibilitado el desarrollo de este proyecto

DESARROLLO QUIRÚRGICO PRÁCTICO DEL PROTOCOLO DOCENTE DE CIRUGÍA MENOR

S.E. Marrón Moya, L. Tomás Aragonés, M. Suárez Beneitez y J.M. Montesinos Dolado

Sector de Salud de Calatayud. Zaragoza.

Fundamentos:

La necesidad de adaptarnos a los nuevos retos que la sociedad nos demanda como profesionales de la salud nos obliga a implementar el desarrollo de distintas áreas y campos específicos de capacitación profesional, una de ellas es la "Cirugía menor".

Metodología:

Se han realizado por nuestro Grupo diferentes tipos de cursos y talleres dentro y fuera de nuestro Sector de Salud desde 1997 hasta la actualidad. Todos ellos de tipo Teórico-Práctico con intervención de pacientes en vivo en los propios Centros. Elaborando protocolo con un número concreto de procesos y técnicas a utilizar, evitando la variabilidad dentro de lo posible, mediante un proceso de atención normalizado.

Resultados:

Presentamos la labor quirúrgica desarrollada que en el campo específico de la cirugía menor en atención primaria hemos realizado entre los años 1977-2003. Labor quirúrgica que ha sido desarrollada en 18 Centros de salud y en 3 Congresos (2 de ellos específicos de Cirugía menor y el tercero de Medicina general). Aportando datos sociodemográficos de los pacientes intervenidos, tipo de patología intervenida, tipo de técnica quirúrgica utilizada, correlación anatomoclínica, grado de satisfacción de los pacientes, entre otros.

Conclusiones:

La formación en cirugía menor es la piedra angular en la que se sustenta el éxito del desarrollo posterior de la actividad diaria en los diferentes Centros de salud. Haciendo un especial énfasis en el

desarrollo de nuestra propuesta docente en conseguir la capacitación del profesional en el diagnóstico de las patologías a tratar, de las técnicas a utilizar en cada caso y de la escrupulosa sistematización de todo el proceso para evitar errores y conseguir que la actividad sea beneficiosa para la población que atendemos y satisfactoria para el profesional. Obteniéndose de esta manera una alta percepción de calidad por parte del paciente y un alto grado de satisfacción por parte del profesional.

CASO CLÍNICO

TUMOR NEUROECTODÉRMICO (TENP) DE ESCÁPULA

J. Gual Ferreria, J. Gasch Blasi, B. López Ruiz y J.M. Amorós Macau

Hospital de Terrassa (Barcelona).

Introducción:

Los tumores neuroectodérmicos primitivos (TNEP) constituyen una estirpe histológica rara que pertenece a la familia de los tumores de Ewing, en los que también se incluyen los sarcomas de Ewing óseo y extraóseo y el tumor de Askin. Son frecuentes en el niño y en el adulto joven. Tienen su mayor incidencia entre los 10 y 15 años. Pocos casos están descritos por debajo de los 5 años y por encima de los 3. Histológicamente presentan células redondas pequeñas y muestran diferenciación neuroectodérmica en distintos grados. En la mayoría de casos los hallazgos radiológicos no permiten realizar un diagnóstico específico, siendo necesario para ello estudios de microscopía electrónica y pruebas de inmunohistoquímica.

Caso clínico:

Varón de 27 años de edad, fumador, consumidor habitual de opiáceos y benzodiazepinas. Consulta por presentar un bulto en región escapular derecha de 4 meses de evolución. A la exploración se halla una tumoración escapular de 9 x 5 cm, de consistencia dura e indolora. Las pruebas complementarias orientan hacia una tumoración sólida, moderadamente hipovascularizada, que desplaza al músculo redondo mayor, compatible con sarcoma de partes blandas.

Discusión y conclusión:

El tumor neuroectodérmico primitivo es una neoplasia maligna de células redondas pequeñas que probablemente se desarrolla a partir de la migración de células de la cresta neural y que muestra diferenciación neuroepitelial. Asienta generalmente en las partes blandas, sobre todo en la pared torácica y la región para espinal, aunque también se han descrito casos cuyo origen es visceral: riñón, útero, ovario, testículo, vejiga, páncreas y glándulas parótidas. La presentación clínica suele ser insidiosa, con un comienzo silente, lo que le permite adquirir grandes proporciones antes de diagnosticarse. El tratamiento combina cirugía y/o radioterapia más quimioterapia. El factor pronóstico más importante para la respuesta al tratamiento es la cantidad de masa tumoral y la presencia de metástasis. El pronóstico es malo debido a una alta incidencia de recurrencia local y metástasis a distancia; con un tiempo de supervivencia menor de tres años en la mayoría de los casos.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL PACIENTE HIPERTENSO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

*J.J. Ballester Baixauli, *E. Fernández Ripoll, *N. Salvador Guzmán, *F. Aixelá Ballester, **G. Robles Morales y **A. Revert Piera

**Médico de Familia. **Diplomada Universitaria de Enfermería.*

Fundamentos:

Para disminuir la morbi-mortalidad cardiovascular debemos contar con un adecuado manejo del paciente hipertenso. Los ci-

los de mejora han demostrado ser eficaces para mejorar la calidad asistencial en el ámbito sanitario. Nos planteamos conocer y mejorar nuestro nivel de calidad en la asistencia al paciente hipertenso a través de este método.

Metodología:

Diseño: estudio de nivel de calidad.

Emplazamiento: Atención primaria.

Medimos 13 indicadores de calidad de proceso avalados por la evidencia científica, eligiendo como principal indicador el grado de control de presión arterial (PA).

Consideramos buen grado de control las cifras de PA < 140/90 mmHg en < 65 años, < 130/85 mmHg en diabéticos y < 160/95 mmHg en > 65 años.

Evalúamos 100 hipertensos de ambos sexos, >18 años, del CS de Xixona (Alicante) elegidos por muestreo aleatorio simple. El tamaño muestral se calculó utilizando Epiinfo v.6.0.

Resultados:

Un 58 % eran mujeres (edad media: 71.2 años); 64.9 años en los hombres. El 26 % eran diabéticos.

El indicador con mayor grado de incumplimiento fue el 6 (realización de fondo de ojo) y el de menor el 11 (seguimiento adecuado en consulta). Alcanzamos un buen control de PA en el 54 %.

Conclusiones:

Aunque el grado de control de PA alcanzado es aceptable, el margen de mejora del resto de indicadores es amplio. El diagrama de Pareto, nos permitirá priorizar las mejoras a introducir y, después, objetivar el grado de mejora alcanzado cuando realicemos la segunda evaluación según la metodología de los ciclos de mejora.

CASO CLÍNICO

PSORIASIS INVERTIDA

I. Lozano Chilet

CENTRO: Centro de Salud Catarroja-Valencia.

Introducción:

Presentamos un caso de psoriasis invertida con afectación articular. Nos merece especial mención por la poca frecuencia con que se presenta esta variedad de psoriasis y además asociada a afectación articular.

Descripción del caso:

Paciente de 24 años, sin alergias conocidas, amigdalectomizada en la infancia, y como único antecedente relevante, un quiste subcondral esternoclavicular izquierdo. Diagnosticado por TAC en 1993.

Acude a la consulta con una lesión de 2-3 cm de diámetro en pliegue submamario derecho con borde bien definido y activo. Se plantea el diagnóstico diferencial con micosis cutánea y eccema seborreico entre otros. El tratamiento empírico no mejora la lesión, que se extiende por todo el pliegue sin lesiones satélites.

La anatomía patológica confirma el diagnóstico de psoriasis invertida. En junio de 1996 presenta artritis en interfalángicas distales y proximales del 2º y 3º dedo del pie izquierdo con afectación ungual.

Discusión y conclusiones:

Afecta al 1-2% de la población de cualquier edad. Se presenta como un brote de pápulas y placas bien definidas cubiertas por escamas finas nacaradas, siendo las zonas de presentación más frecuentes el cuero cabelludo, región lumbosacra y la zona de extensión de los miembros. Pueden afectarse los pliegues como única localización. (Harrison, 14ª Ed.) En este caso las placas son claramente autolimitadas y las lesiones pueden ser húmedas sin escamas. (Farreras Rozman, 14ª Ed.)

La afectación de las uñas es frecuente con diferentes patrones (piqueteado en lámina, mancha eritematosa, o hiperqueratosis subungueal). En un 5-10 % se desarrolla una artritis, antes, al mismo tiempo o después de la afectación cutánea. Esta artritis es seronegativa y puede adoptar uno de los siguientes patrones: Oligoartritis asimétrica (70%), poliartritis simétrica (15%), formas limitadas

de las interfalángicas distales (5%), artritis mutilante (5%), y espondilitis (5%). (Harrison 14ª Ed.).

El diagnóstico diferencial se debe establecer con dermatitis seborreica, lupus, liquen plano, erupciones medicamentosas, pitiriasis rosada, etc. En casos dudosos como el que estamos presentando se debe recurrir a la anatomía patológica para confirmar.

La evolución es a brotes y la base del tratamiento son los corticoides de potencia media, aunque también pueden usarse los psoralenos y los retinoides (O.Braun-Falco, Dermatología).

En conclusión desde la perspectiva de la Atención primaria se plantea la necesidad de un servicio de cirugía menor para la resolución de casos como el que nos ocupa de forma coordinada con el Centro de Especialidades de referencia.

SIDA: LA INFORMACIÓN TU MEJOR PREVENCIÓN

M.C. Calatayud, M.C. Rodríguez, M.C. Martínez y P. Muñoz

Centro de Salud Canals.

Introducción:

La información que existe en la sociedad sobre el SIDA es insuficiente, por ello es importante dar mensajes claros, concretos y adaptados al lenguaje de los adolescentes para que conozcan los mecanismos de transmisión, medidas de prevención y modificación de hábitos.

Objetivos:

Informar y sensibilizar a la población adolescente sobre formas de transmisión y prevención del SIDA.

Evaluar los resultados de la intervención educativa en grupos de adolescentes de 14 a 18 años.

Reforzar la imagen social del médico como referente en problemas de salud.

Método:

Realización de una serie de charlas-talleres en centros educativos de la zona de salud 5 del área 13 de la Comunidad Valenciana entre alumnos de 14 y 18 años de edad.

Se realiza una encuesta precharla, con 5 preguntas y 4 respuestas posibles, de la que solo una es válida. Posteriormente se lleva a cabo la intervención educativa. Como final se realiza una encuesta postcharla para valorar la información obtenida.

Resultados:

El número de encuestados ha sido de 167, con un total de 334 encuestas realizadas en 5 centros educativos.

La distribución por sexos fue: 54% mujeres y 46% varones.

Las edades de los encuestados estaban entre 14 y 18 años, con unos porcentajes de: 15,72% de 14; 26,99 % de 15; 31,90% de 16; 15,95% de 17 y un 7,98% de otras edades.

Del total de encuestas realizadas fueron contestadas correctamente precharla 126, lo que corresponden de a un 75,45%; incorrectas un 24,55%. Postcharla fueron 156 correctas lo que representa un 92,64% e incorrectas 12, un 7,36%.

Conclusiones:

Los jóvenes tienen una buena información sobre el SIDA.

Se ha aumentado el nivel de información postcharla.

Informar es prevenir en SIDA.

CONSUMO DE BENZODIAZEPINAS EN USUARIOS MAYORES DE 65 AÑOS EN UN ÁREA BÁSICA DE SALUD URBANA

A. Bonillo Gómez, J.L. del Val García, C. Oliver, E. Vila, A. Altés y S. Dueñas

EAP Bordeta Magòria. SAP Sants-Montjuïc Les Corts Sarrià S Gervasi.

Fundamentos:

Objetivo: Describir el consumo de benzodiazepinas en la población de 65 años o más.

Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo observacional.

Sujetos: Pacientes que acudieron a consulta del 3 al 14 de marzo de 2003.

Ambito de estudio: Población de 65 años o más de un área básica de salud urbana

Variables: edad, sexo, problemas de insomnio / ansiedad, medicamentos específicos y descripción si son benzodiazepinas.

Estadística: medidas de tendencia central, sus intervalos de confianza al 95% y la prueba de la chi-cuadrado para comparar dos variables categóricas.

Resultados:

Se estudiaron 175 pacientes (74,9% mujeres). Un 58,9% refirieron problemas de insomnio (57 pacientes) / ansiedad (39 pacientes), de los cuales un 67,9% tomaban tratamiento (53,4% con benzodiazepinas).

En un 63,8% de casos la prescripción inicial era del médico de cabecera, y en un 22,4%, por el psiquiatra. La media de duración de los tratamientos fue de 64,5 meses (IC 95%: 45,2-83,6 meses). La benzodiazepina más utilizada fue el loracepam (43,1% de tratamientos).

La indicación principal fue insomnio (51,7%), seguida de ansiedad (25,9%), o ambas (15,5%).

Las benzodiazepinas fueron de vida media corta en un 55,2%.

No evidenciamos relación estadísticamente significativa entre indicación y vida media de la benzodiazepina.

Conclusiones:

La proporción de pacientes mayores con problemas de insomnio / ansiedad en nuestro centro es elevada, lo que conlleva un elevado consumo de benzodiazepinas, en especial loracepam.

La mayoría de estos tratamientos son indicados por el médico de cabecera y en muchos casos forman parte del tratamiento crónico del paciente mayor.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL-DENSITOMETRÍA ¿EXISTE RELACIÓN?

M^a.M. Zardoya Zardoya, S. Magaña Orta, G. Pozueta y M. Vitaller Serrano

Consultorio local de Ribaforada.

Fundamento:

Basados en el alto porcentaje de obesidad en nuestro medio, queremos conocer en la muestra a estudio la calidad de la masa ósea, y, si existe relación con el índice de masa corporal.

Objetivo:

Determinar si existe relación entre T-score, obtenido mediante densitometría por ultrasonido en calcáneo, con el IMC.

Método:

El diseño, consiste en un estudio descriptivo transversal siendo la fuente de datos, una población elegida al azar de un c.s. rural, con edades comprendidas entre 45-60 años (en una primera fase). Los datos obtenidos se procesaron informáticamente mediante programa standard (hoja de cálculo) manejando como variables: edad, peso, talla, menopausia precoz, T-score (obtenido mediante densitómetro de ultrasonidos).

Resultados:

Del total de la muestra 312, acudieron a la cita 216, de las que fueron excluidas 12 por tratamiento corticoideo, obesidad mórbida (3), siendo el conjunto de la muestra 204 mujeres. El 21% (41) presentaban normopeso, 31% (60) sobrepeso, 48% (90) obesidad. El total de mujeres con antecedentes de menopausia precoz documentada fue de 50. El T-score en límites normales fue del 55%, T-score osteopenia fue del 35%, T-score osteoporosis fue del 10%.

Conclusiones:

El 78% de la muestra presenta alteración en el índice de masa corporal por exceso.

No observamos diferencias entre los datos de T-score entre las mujeres con sobrepeso, y las mujeres con obesidad.

Según nuestros resultados la aparición de alteraciones óseas se da en mayor proporción en el grupo de mujeres con menopausia precoz.

La utilización de densitometría por ultrasonidos nos plantea el problema de la falta de estandarización de la técnica. Debería estandarizarse ésta técnica al igual que se hizo con la técnica DEXA, para que pueda ser útil en la práctica clínica.

IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS EN EL PACIENTE HIPERTENSO

M.M. Garces Guallart, J. Guarat Capdula, Á. Pelayo Salai, S. Sarriegui Domínguez y G. Galindo Ordela

CAP Ronda.

Fundamentos:

Los hipertensos que obtienen mayor beneficio del tratamiento son aquellos con el riesgo cardiovascular más alto. Nuestro objetivo es identificar a los hipertensos con riesgo cardiovascular alto y/o afectación de órganos diana y evaluar su tratamiento y grado de control de su HTA.

Métodos:

Diseño: Estudio Transversal. Sujetos:

Muestra poblacional aleatorizada de 160 sujetos de la población hipertensa de nuestra ABS (910), precisión: 0.07, proporción esperado de 0,2 y un alfa de 5 %. Medidas e intervenciones: Anamnesis, exploración física, ECG, Análítica sangre y orina, ECO doppler de extremidades inferiores y fondo de ojo. Variables: Edad, sexo, IMC, glucemia, colesterol, HDL, LDL, tabaquismo, N° fármacos, control HTA, riesgo cardiovascular (RC) y afectación de órganos diana.

Análisis estadístico: Programa SPSS-PC+, estadísticos descriptivos y prueba del chi-cuadrado.

Resultados:

Edad media 65 años. 73 % mujeres, IMC 29.8. Diabéticos M.II 26.9%, dislipémicos 15 %, 15 % fumadores. Afectación de órganos diana en un 54 %. El RC alto en el 22,3%, 24% mujeres, 76% hombres; afectación de órganos diana en 72% (OR:2,45;p=0,04), el 90% estaban mal controlados (OR:3,49;p<0,04) y un 24% no tomaba fármacos. Los pacientes con afectación de órganos diana 70 % estaban mal controlados (OR:0,6; p=0,18). No encontramos significación entre el grado de control con el sexo, diabetes, tabaquismo, dislipemia y n° fármacos.

Conclusiones:

Más de la mitad de nuestros enfermos hipertensos con riesgo cardiovascular altos tienen afectación de órganos diana, y la mayoría están mal controlados. Un número considerable no toman ningún fármaco. El riesgo cardiovascular debe ser tenido en cuenta en la valoración global de nuestros pacientes hipertensos.

DERIVACIÓN HOSPITALARIA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

M.M. Garces Guallari y Á. Pelayo Salai

CAP Ronda. Hospital Universitario Arnau de Vilanova.

Fundamentos:

Objetivo: Se pretende analizar el tipo de asistencia prestada en un servicio de Urgencias de un hospital Universitario, de paciente derivados desde la atención primaria o rural.

Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo y retrospectivo de historias clínicas, comparando los pacientes atendidos por propia iniciativa (PI) con aquellos derivados por su médico de familia (DMF).

Sujetos: Muestra aleatorizada de 2550 pacientes adultos atendidos en Urgencias durante el periodo de tiempo enero de 2001 y octubre de 2002.

Resultados:

Edad media: 43.4 años (Rango: 19-88). Mujeres 56 %. El 41 % fueron atendidos derivados por su médico, siendo el 81 % en los pacientes mayores de 65 años, frente al 19 % en menores de esta edad ($P<0.01$). Los varones DMF fueron en porcentaje semejante a las mujeres. La edad media de los pacientes DMF fue de 47.3 años frente a los 39.9 años de quienes acudieron por PI ($P<0.01$). Un 25 % de los pacientes de área urbana fueron DMF, frente a un 61 % de pacientes con origen en un área rural ($P<0.01$). Los DMF presentaban mayor frecuencia de enfermedad aguda y crónica, que los que acudían por PI ($P<0.01$). En el grupo DMF, ingresaron el 33 % frente al 13 % ($P<0.01$), con semejantes estancias medias.

Conclusiones:

Menos de la mitad de los pacientes fueron DMF, siendo los jóvenes y los pacientes del medio urbano los que en mayor proporción acuden por PI. Los pacientes DMF son ingresados en mayor proporción, lo que indica el buen papel de filtro que realizan los centros de atención primaria, sobre todo en el área rural.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y RIESGO CARDIOVASCULAR

M.M. Garces Guallart, J. Cuarat Capdevila, Á. Pelayo Salas, S. Sarriegui Domínguez y G. Galindo Ordela
CAP Ronda.

Fundamentos:

La hipertensión arterial conlleva un riesgo importante de complicaciones y alteraciones a nivel cardiovascular. Se pretenden dos objetivos: I) establecer la relación entre los pacientes con riesgo cardiovascular alto y afectación de órganos diana y, II) establecer la prevalencia de otros factores de riesgo cardiovasculares asociados.

Métodos:

Diseño: Estudio Transversal. Población 1750 hipertensos. Muestreo aleatorio simple ($n=300$), $\alpha=0.05$ precisión 7% y $p=20\%$.

Variables: Edad, sexo, diabetes mellitus, colesterol total, HDL, LDL, tabaquismo, IMC, y afectación de órganos diana. Criterios de exclusión: Pacientes terminales, demencias, o negarse a la exploración.

Se realiza una entrevista clínica, exploración con doppler manual (cálculo del índice T/B), ECG, analítica, cálculo del riesgo cardiovascular (tablas de Framingham) y exploración por oftalmólogo.

Análisis estadístico: Programa SPSS-PC+, estadísticos descriptivos y prueba del chi-cuadrado.

Resultados:

77 % mujeres. Edad media 62 años. IMC 28,65. Colesterol total 233 mg/dl. Presentaban diabetes el 26 % y dislipemia el 21 %. Fumadores 19 %. Afectación órganos diana: 56.7 %. Riesgo cardiovascular >20 , 23 %, AVC 3.4 %, OR=1.16, IC 0.1-11.6, $p=0.9$. Insuficiencia cardíaca 9 %, OR=1.17, IC 0.3-10.5, $p=0.7$. Nefropatía 3.6 % OR= 0.4, IC 0.05-4, $P=0.5$. Retinopatía 49 %, OR=1.7, IC 0.7-4, $p=0.1$. Cardiopatía 17 %, OR=2.1, IC 0.6-6.9, $p=0.2$. Arteriopatía 27 %, OR=2.4, IC 0.8-6.7, $p=0.07$

Conclusiones:

La prevalencia de alteraciones metabólicas es alta. El órgano más afectado es la retina, seguido de la afectación cardíaca (hipertrofia ventricular izquierda y cardiopatía isquémica). Existe una tendencia a que los pacientes con riesgo cardiovascular alto tengan una mayor tendencia a padecer una retinopatía, una cardiopatía isquémica o una arteriopatía periférica.

NEFROPATÍA DIABÉTICA EN PACIENTES DE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

R. Arrufat Nebot y P. Serrano Jaén

Centro de Salud de Socuellamos.

Fundamentos:

Los diabéticos presentan un deterioro progresivo de su función renal apareciendo sucesivamente: microalbuminuria, macroalbuminuria y finalmente insuficiencia renal. La nefropatía diabética (ND) es la causa más frecuente de insuficiencia renal en el mundo occidental.

Existen actuaciones que retrasan la aparición de la nefropatía o enlentecen la progresión de la nefropatía y disminuyen su manifestación analítica (albuminuria) cuando la nefropatía ya ha aparecido.

Objetivos:

- 1) Conocer la prevalencia de ND en los pacientes diabéticos atendidos en una consulta de atención primaria.
- 2) Conocer el tipo de ND (incipiente o establecida) que presentan.

Métodos:

Diseño: estudio descriptivo transversal de prevalencia.

Sujetos: una muestra de 41 pacientes diabéticos.

Ámbito de estudio: pacientes de una sola consulta de atención primaria (cupó de 1612 personas de 14 o más años), perteneciente a una Zona Básica de Salud, de población rural.

Resultados:

41 pacientes estudiados, 8 presentaban nefropatía, 11 no y en 22 se desconocía, por no tener realizada la prueba diagnóstica pertinente, aunque si solicitada.

En 4 se trataba de una nefropatía incipiente y en los otros 4 de una nefropatía establecida.

Conclusiones:

- 1) Las nefropatías diagnosticadas son pocas.
- 2) La gran mayoría de diabéticos atendidos no tienen hecho estudio para detectar nefropatía.
- 3) Es necesario mejorar el proceso de petición, tramitación y realización de la prueba diagnóstica (microalbuminuria).

ADOLESCENTES Y CONSUMO DE TÓXICOS

A. Parera, M. Argila, I. Recasens, J. Martí y R. Martínez Martínez

Área Básica de Salud, La Garriga, SAP Granollers (Barcelona).

Fundamentos:

La adolescencia es una etapa de la vida en la que se inicia el consumo de drogas. El objetivo del estudio es conocer el inicio y la prevalencia del consumo de tóxicos de los adolescentes escolarizados.

Diseño:

Estudio descriptivo transversal.

Sujetos:

Estudiantes de los cursos 3º y 4º de E.S.O. y 1º y 2º de bachillerato de las tres escuelas de la población ($n=474$) de 14 a 18 años de edad.

Ámbito:

Población de 12.703 habitantes de ámbito semirural.

Método:

Se utiliza una encuesta validada de 79 preguntas cerradas sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y factores sociofamiliares. Los adolescentes fueron encuestados durante el mes de febrero de 2003.

Resultados:

La media de edad es de 15,3 años (13-22). El 51,9% son mujeres. Tabaco: 29% refiere fumar actualmente (14 años el 12%, 16 años

el 39,8%) y el 30% no ha fumado nunca; un 40% el inicio es a los 14 años. Alcohol: 38% refiere haber tomado ≥ 5 bebidas seguidas alguna vez; no han bebido en los últimos 30 días el 36%. Cannabis: reconocen haber consumido alguna vez el 54,6% (5,6% consumen ≥ 30 veces/mes). Cocaína: el 6,8% ha consumido alguna vez.

Conclusiones:

El inicio del consumo de tóxicos se produce en edades muy tempranas. Llama la atención el alto consumo de cannabis en los adolescentes. El análisis completo de los datos permitirá establecer estrategias de intervención.

CASO CLÍNICO

UN VÉRTIGO PARADÓJICO

J.L. Bravo Corrales, N. Rodríguez, C. Armengol y C. Verdues
ABS Viladecans II.

Introducción:

Paciente que acude por inestabilidad.

Exposición del caso:

Paciente de 51 años sin hábitos tóxicos ni factores de riesgo cardiovascular. Antecedentes : destaca migraña. Acude tras presentar hace una semana cefalea hemisférica con sensación de movimiento rotatorio y vegetativismo. Valorada en urgencias : neuritis vestibular. Tratamiento tieliperazina y diazepam. Persisten los síntomas añadiéndose parestias en hemisférico izquierdo. Exploración física : disminución de la sensibilidad, asimetría en comisura bucal, ptosis ojo derecho con miosis del izquierdo. Ante la sospecha de síndrome vertiginoso central es ingresada en Neurología. Exploraciones complementarias : analítica de sangre, ECG, doppler de troncos supraaórticos, radiografía de tórax, TAC cerebral todos sin alteraciones significativas. RMN lesión focal isquémica en bulbo raquídeo. Doppler transcranial con contraste shunt masivo derecha-izquierda. Doppler cardíaco compatible con persistencia de foramen oval.

Discusión:

Se ha observado correlación estadística entre la persistencia del foramen oval y embolismos de causa desconocida^{1,2}. El sistema venoso periférico³ (flebitis en pelvis o EEII) y la presencia de un foramen oval persistente pueden ser causa de embolismos paradójicos (paciente sin factores de riesgo cardiovascular ni enfermedades concomitantes). La atención longitudinal en atención primaria nos permite detectar precozmente la mala evolución de un cuadro aparentemente benigno (neuritis vestibular) y prever la posibilidad de un ictus recurrente.

Bibliografía:

- Bobousslavsky J, Garazi S, Jeanrenaud X, Aebischer N, Van Melle G. Stroke recurrence in patients with patent foramen ovale. *Neurology* 1996; 46(5):1301-5.
- Gautier JC, Durr A, Koussa S, Lascault G, Grosgeat Y. Paradoxal embolism :role of patent oval foramen. *Bull Acad Natl Med* 1990;174 (7):1031-8.
- Isselbacher, Braunwald, Wilson, Martin, Fauci, Kasper. Harrison, Principios de Medicina Interna (13ª ed.). Madrid : McGraw-Hill-Interamericana de España S.A. 1994.

CASO CLÍNICO

¿SOLO UNA METATARSALGIA?

J. Iturralde Iriso, E. Lapuente Troncoso, J. Enríquez Barroso, G. Vieytes Suárez, M.A. López de Viñaspre y E. Olea de la Fuente
CS Casco Viejo.

Anamnesis:

Mujer de 46 años que acude al servicio de urgencias hospitalario por presentar desde hace unos días un dolor en el pie izquierdo sin

traumatismo previo. En la exploración presenta un dolor a la palpación en zona de 2º metatarsiano del pie izdo y el resto normal. Se le hace una rx del pie siendo interpretada como normal y se le da el alta con el diagnóstico de metatarsalgia y con un tratamiento con diclofenaco 50 mg/8h. Vuelve a acudir a la semana a la consulta del médico de familia, ya que persiste la clínica y no ha mejorado nada.

Exploración física:

En la exploración presenta dolor a la palpación en 2º metatarsiano del pie izquierdo y leve edema a este nivel. Ante la persistencia de la clínica y no haber mejorado con el tratamiento convencional, se le pide una nueva rx

Datos y exploraciones complementarias:

En la rx se aprecia una fractura en la zona media del 2º metatarsiano. Reinterrogando nuevamente a la paciente, nos dice que días antes de comenzar con el dolor ha cambiado de lugar de trabajo y el recorrido que hace a pie es mayor.

Diagnóstico:

Fractura de estrés.

A la paciente se le recomendó reposo y continuar con el diclofenaco, con una mejoría posterior, clínica y radiológica.

CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL c-LDL MARCADOS POR LA NCEP-III PARA EL INICIO DE HIPOLIPEMIANTES EN PACIENTES HIPERTENSOS

S. Hernández Sánchez, A. Gómez García, L.J. González Elena, MJ Rodríguez Rivera, L. García Ortiz y M.A. Gómez Marcos

Introducción:

El objetivo es conocer para cada categoría de riesgo establecida por la NCEP-III el cumplimiento del control de niveles de cLDL al tratamiento con fármacos en pacientes hipertensos.

Metodología:

Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra aleatoria de 476 hipertensos de un total de 1642, con inicio de control de tensión arterial anterior al 30/Abril/2002 en un centro de salud. La recogida de datos fue mediante cuestionario a partir de historia clínica y las variables a estudio fueron: antecedentes familiares, personales, edad, sexo, cLDL y cHDL.

Resultados:

El 97,6% de los hombres son ≥ 45 años y el 95,08% de las mujeres ≥ 55 ; el 7,4 % fuman y son diabéticos un 17,9 %, con cHDL medio: 52,7(DE: 13,5) Presentaron antecedentes personales de cardiopatía isquémica el 11,1%, un 2,5% de enfermedad cerebrovascular y el 1,5% enfermedad arterial periférica. El nivel global de control en pacientes hipertensos para terapia farmacológica según niveles de cLDL es del 32,6%. Para cada categoría de riesgo: Riesgo alto(enfermedad coronaria, equivalente de riesgo o RCV $>20\%$)(40,7%) con cLDL ≥ 130 , no controlados el 64,3%, estando sin fármacos: 69,6%. Riesgo medio (2 o más factores de riesgo) (55,7%) con cLDL ≥ 130 para RCV 10-20% y ≥ 160 si RCV $> 10\%$ no control del 55,8% y sin fármacos: 53,8% y riesgo bajo (0-1 factores de riesgo) (3,6%) con cLDL ≥ 190 : 14,3% no controlados y ninguno con fármacos.

Conclusión:

El deficiente control de cLDL obtenido en pacientes hipertensos con alto riesgo de eventos cardiovasculares plantea que se debe prestar una actitud terapéutica más intervencionista en éste grupo de riesgo con mayor mortalidad.

MESH: hipertensión, tratamiento hipolipemiante, NCEP-III

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS INTERVENIDOS DE CIRUGÍA MENOR

J. Iturralde Iriso, E. Lapuente Troncoso, J. Aiala Leitza, J. Enríquez Barroso, G. Vieytes Suárez y I. Gutiérrez Garitano
CS Casco Viejo.

Objetivo:

Describir el grado de satisfacción de los pacientes citados para cirugía menor en nuestro centro de salud en 1 año.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo. Se extrajo muestra aleatoria y se realizó encuesta telefónica.

Ambito de estudio:

Centro de Salud urbano con una población de aproximadamente 20.000 usuarios durante 1 año (1/7/2001 a 31/6/2002).

Mediciones:

Sexo, edad, si recuerda la intervención realizada, el tiempo pasado hasta la intervención, satisfacción con el resultado, con la atención recibida, que el médico de familia realice la intervención y volverlo a repetir.

Resultados:

90 usuarios citados, 53 mujeres (58,9%) y 37 hombres (41,1%). Edad media 55,4 (IC95% +/-37,4) años. Un 5,5% (0,8-10,2%) no recuerda haberse realizado la intervención. De los que la recuerdan, un 94,1% (89,1-99,1%) refiere que pasó poco tiempo hasta realizar la intervención y un 5,9% (0,8-10,8%) bastante tiempo. Un 91,7% (85,9-97,6%) refiere estar muy satisfecho y un 8,2% (2,4-14%) bastante satisfecho con el resultado. Un 97,6% (91,7-99,7%) está muy satisfecho y un 2,3% (0,3-8,2%) algo satisfecho con la atención recibida en el centro. Un 96,4% (90-99,2%) está muy conforme y un 3,5% (0,73-9,9%) algo conforme que el médico de atención primaria realice la intervención. El 100% de los encuestados volverían a repetir la intervención con el médico de atención primaria.

Conclusiones:

Gran satisfacción por parte del usuario para que se realice cirugía menor en nuestro centro de salud; esto ratifica los resultados de trabajos realizados en otros centros de salud. Supone un estímulo para seguir realizando cirugía menor en nuestro centro.

CASO CLÍNICO

UNA RARA PARASITOSIS TROPICAL

J. Iturralde Iriso, C. Sánchez Gutiérrez, E. Lapuente Troncoso, I. Gutiérrez Garitano, J. Enríquez Barroso y G. Vieytes Suárez
CS Casco Viejo.

Ámbito del caso:

Atención Primaria

Mujer de 30 años que acude a nuestro centro de salud por presentar lesión paraungueal blanco-amarillenta con punto negro central en quinto dedo de pie izdo, dolor local y sensación de cuerpo extraño. Asimismo presenta lesión socavada en planta de pie izdo, que fue tratada en otro centro con nitrato de plata por sospecharse papiloma plantar y que la paciente refiere como lesión similar a la otra. Como antecedente de interés refiere haber estado en una playa de la isla de Zanzíbar.

Se procedió a limpiar lesión y agrandar orificio de entrada de la pulga con aguja hipodérmica estéril, apareciendo unos cuerpos filiformes y material blanquecino. Se remitió el material al laboratorio de microbiología de referencia.

Diagnóstico diferencial:

Dracunculosis, paroniquia aguda, escabiosis, trombiculosis, miasis, verrugas plantares...

Juicio clínico:

Tunguiasis

Discusión:

La Tunguiasis es una parasitosis por *Tunga Penetrans*, que es endémica en varios países y que cada día se ve más en Europa como patología importada, por el turismo y en menor medida por los inmigrantes. La lesión aparece habitualmente en las plantas y dorso de los pies y espacios interdigitales. Es típica la aparición de una pequeña papula inflamatoria con un punto negro central que con el tiempo se convierte en un nódulo blanquecino. El diagnóstico es por la historia clínica y el aspecto, y se confirma con la observación al microscopio. El tratamiento consiste en limpieza local y extracción del contenido del nódulo. Debemos tener siempre en cuenta parasitosis tropicales en gente viajera.

PREFERENCIAS EN LA PRESCRIPCIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE EL PACIENTE HIPERTENSO SEGÚN SU HÁBITAT DE TRABAJO. ESTUDIO PRESCAP 2002

F.J. Alonso Moreno, G.C. Rodríguez Roca, J.L. Llisterri Caro, S.A. Divisón Garrote, S. Lou Arnal y A. Raber Béjar en representación del Grupo HTA/SEMERGEN y de los investigadores del estudio PRESCAP 2002

Objetivos:

Identificar las preferencias terapéuticas del médico de atención primaria (AP) en el paciente hipertenso en función del hábitat de trabajo.

Metodología:

Estudio transversal y multicéntrico, para estimación de prevalencias, con una actuación simultánea de todos los investigadores en un periodo de tres días. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico establecido de hipertensión arterial (HTA) tratados farmacológicamente y seleccionados por muestreo consecutivo. La PA se midió según recomendaciones del *Joint National Committee* (JNC-VI), calculándose la media aritmética de dos tomas sucesivas. Se consideró buen control de la HTA la PA inferior a 140/90 mmHg. El hábitat se dividió en rural, semiurbano y urbano. Se realizó estadística descriptiva y análisis bivalente con el paquete SPSS v. 11.

Resultados:

Se incluyeron 12.754 pacientes (57,2% mujeres), con una edad media de 63 ± 10,8 años. El 65,8% habitaba en medio urbano, el 18,9% en el semiurbano y el 15,2% en el rural.

El 63,9% de los pacientes mostró mal control de la PA.

No se encontraron diferencias significativas entre los porcentajes de pacientes en tratamiento con monoterapia o terapia combinada y los distintos hábitats.

En cuanto a los pacientes tratados en monoterapia (rural: 33,9%; semiurbano: 34,9%; urbano: 34,7%), los fármacos más utilizados fueron en orden decreciente IECA, ARA II, calcioantagonistas, diuréticos y betabloqueantes.

Las combinaciones fijas se utilizaron en el 76,6% de los casos, destacando la de IECA + diurético y ARA II + diurético. Las combinaciones libres se utilizaron en el 23,4% destacando diurético + calcioantagonista y calcioantagonista + ARA II.

Conclusiones:

Los médicos de AP no presentaron diferencias en la prescripción según su hábitat de trabajo. Los fármacos más utilizados fueron los IECA, ARA II y diuréticos.

EFICIENCIA DE CLARITROMICINA UNIDÍA FRENTE A CLARITROMICINA CONVENCIONAL GENÉRICA DOS VECES AL DÍA EN PACIENTES CON INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO

M. Rubio, S. Magaz y X. Badía

Health Outcomes Research Europe.

Objetivo:

Analizar la eficiencia del tratamiento antibiótico con claritromicina, administrado una vez al día, respecto al tratamiento con cla-

ritromicina convencional genérica, administrado dos veces al día, en pacientes con faringoamigdalitis, exacerbación aguda de la bronquitis clínica –EABC- y neumonía adquirida en la comunidad –NAC-.

Métodos:

Se elaboró un modelo de análisis coste efectividad (ACE) para una cohorte de 1000 pacientes en cada afección en un horizonte temporal máximo de 2 meses. La perspectiva del estudio fue la del SNS. Los datos de eficacia clínica con claritromicina unidía y dos veces al día se obtuvieron de ensayos clínicos controlados publicados¹. Las tasas de cumplimiento terapéutico se obtuvieron de un estudio clínico publicado que evaluaba el cumplimiento terapéutico con diferentes pautas de antibiótico². Los recursos utilizados en el manejo de cada afección se obtuvieron de un panel de expertos clínicos. Los costes unitarios se obtuvieron de bases de datos sobre costes nacionales (CE 2003). El resultado del ACE se expresó en términos de coste incremental por paciente con mejoría o curación clínica.

Resultados:

La efectividad incremental del tratamiento unidía vs. el tratamiento dos veces al día es del 8%, 16% y 17% en faringoamigdalitis, EABC y NAC, respectivamente. La razón coste-efectividad incremental del tratamiento unidía vs. el tratamiento dos veces al día es de 17 euros en faringoamigdalitis, y resulta dominante en EABC(-50 euros) y NAC(-811 euros).

Conclusiones:

El mayor cumplimiento terapéutico con claritromicina unidía vs. Claritromicina dos veces al día incrementa la efectividad y mejora la eficiencia del tratamiento antibiótico.

1. Portier 20002, Adam 2001 y Allin 2001

2. Kardas, 2001

PERFIL DE LA SOLICITANTE DE LA PÍLDORA POSTCOITAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

A. Hormigo Pozo, R. González Delgado, A. Baca Osorio, M^a.J. Bandera Donaire, C. García Ruiz y M^a.J. Aparicio Cervantes
Servicio Urgencias Centro de Salud Colmenar (Málaga).

Objetivo:

Analizar el perfil de la mujer que acude a Urgencias de un Centro de Salud rural demandando la anticoncepción postcoital como objetivo principal y el motivo de solicitud como objetivo secundario.

Material y métodos:

estudio transversal durante un periodo de un año (2002) de las mujeres solicitante de la píldora postcoital en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud Rural que realiza atención a unas 11.300 personas. Se realizó una encuesta recogiendo: edad, horas desde el coito, uso anterior de anticoncepción postcoital, anticoncepción habitual y motivo de solicitud.

Resultados y Conclusiones:

Edad	%	Horas del coito	Nº	%
14-19 años	50,0%	< 12 horas	30	44,12%
20-24 años	20,7%	12-23 horas	16	23,53%
25-29 años	8,8%	24-35 horas	16	23,53%
30-34 años	17,7%	36-47 horas	6	8,82%
35-40 años	2,95%	> 48 horas	0	0,00%

Uso postc. Anter.	Nº	%	Anticonc. Habitual	Nº	%
Sí	24	35,3%	Preservativo	64	94,12%
No	44	64,7%	ACO	2	2,94%
			Ninguno	2	2,94%

Acudieron, durante el año 2002, 68 mujeres que solicitaron la anticoncepción postcoital, se le administró gratuitamente al 100 %. La edad media fue de 22,08 años (rango 14-40) siendo el 79,4% < de 30 años. Acudieron antes de las 24 h el 67,65% y entre las 24 y 48 el 32,35% y ninguna pasadas las 48 h. El 65 % era la primera vez que usaban la anticoncepción postcoital con un 35% de repletoras. El 94,12% usaba el preservativo como método anticonceptivo y solo 2 mujeres usaban ACO. El 94,12% presentaban como motivo la rotura del preservativo, 2,94% olvido de la ACO y 2,94% no usaban método alguno. Las conclusiones de nuestro trabajo es que el perfil es: 1º una joven de 22 años, 2º que usa el preservativo como método anticonceptivo habitual, 3º que no ha usado previamente la postcoital y 4º acude a urgencias en las primeras 24 horas por rotura del preservativo.

ESTUDIO DE LA DISTRIBUCIÓN Y CAUSAS DE INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA DE LOS PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD URBANO

A. Baca Osorio, R. González Delgado, A. Hormigo Pozo, F. Blanca Barba, C. García Ruiz y J.L. Doña Díaz,
Centro de trabajo Centro de Salud Ciudad Jardín (Málaga).

Objetivo:

Analizar la distribución y diagnósticos clínicos de incapacidad laboral transitoria (ILT) de un centro de salud urbano.

Material y métodos:

estudio prospectivo descriptivo de las causas y su distribución en los distintos cupos médicos en el Centro de Salud durante el periodo Diciembre-Mayo de 2003. El centro tiene adscrita una población de 37.000 personas de características puramente urbanas. Las ILT son recogidas en los distintos cupos por los administrativos del Centro, procediéndose a la codificación de los diagnósticos por un único evaluador. Se estableció una hoja de registro con las variables: cupo médico, día, mes, población por cupo y diagnóstico de la incapacidad.

Resultados y conclusiones:

Cupo	Media ILT	Causa ILT	%
1	37	Proc. Agudo	15,91%
2	33	Neoplasias	2,34%
3	32	Endocrino	1,09%
4	37	Psiquiatría	17,00%
5	31	Neurología	1,72%
6	34	Circulatorio	3,74%
7	46	Respiratorio	1,87%
8	32	Digestivo	2,65%
9	27	Genitourin	2,34%
10	47	Obstétrico	5,46%
11	36	Obsteomusic	30,58%
12	31	Acc/lesiones	11,39%
13	28	En estudio	2,81%

La media de ILT/día por cupo fue de 33,74 (Rango 15-47) mientras a nivel del distrito es de 39,38 y a nivel de la Provincia de Málaga de 37,28. La media de edad es de 39,6 (Rango 19-59) La distribución por causas de ILT esta recogida en la tabla destacando los procesos osteomusculares con 30,58%, Psiquiatría 17% y procesos agudos 15,91%. La incidencia de incapacidad (Nº procesos nuevos mes por mil /nº de activos) del Centro es de 8,02 mientras que la del Distrito Sanitario es de 9,57. En base a los resultados nos planteamos: 1º Facilitar de forma trimestral el análisis de los datos a los distintos profesionales del Centro. 2º Creación de Comisión conjunta con los Inspectores de la Delegación para el seguimiento de los casos problemáticos. 3º Abordaje de formación específica en las causas más prevalentes para incrementar las posibilidades de reso-

lución de los profesionales. 4º Iniciar líneas de obtención de pruebas complementarias específicas para disminuir las causas de baja por este motivo.

ESTUDIO DE LOS MOTIVOS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS USUARIAS DEL PROGRAMA DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

A. Hormigo Pozo, R. González Delgado, C. García Ruiz, A. Baca Osorio, M^a.J. Aparicio Cervantes y A. Panadero Vallejo
Centro de trabajo C.S. Puerta Blanca (Málaga).

Objetivo:

Estudiar las características y los motivos de las mujeres que solicitan la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el Centro de Salud.

Material y métodos:

estudio transversal retrospectivo realizado durante el año 2002 a todas las mujeres que solicitaron la IVE en el Centro de Salud de características urbanas que atiende a unas 21.000 personas. Se recogieron las variables: edad, estado civil, semana gestación, abortos voluntarios previos, método anticonceptivo usado, situación laboral, nivel instrucción y motivo de la IVE.

Resultados y Conclusiones:

Edad	Centro	Distrito	Estado civil ^a	Nº	%
15-19 años	13,3%	12,82%	Soltera	19	63,34%
20-24 años	30,0%	27,99%	Casada	9%	30,0%
25-29 años	26,7%	20,76%	Viuda	0	0,0%
30-34 años	10,0%	14,83%	Separada/divor.	1	3,33%
35-39 años	17%	14,17%	Pareja hecho	1	3,33%
40-44 años	3%	9,37%			

Método anticon.	Nº	%	Motivo IVE	Nº	%
Preservativo	16	53,34%	Económico	20	66,7%
ACO	2	6,7%	Familiar	4	13,3%
DIU	1	3,3%	Salud	6	20,0%
Ninguno	11	36,7%			

La edad media es de 26,6 años (rango 15-40). Por grupos de edad presentamos diferencias respecto al Distrito con mayor número en menores de 30 años. Acuden de media a las 7 semanas y 1 día de gestación (rango 2-12). El 93,3% de las mujeres tiene estudios de las cuales el 16,66% son universitarias. Destacar que un 26,6% de las mujeres atendidas eran inmigrantes. El 73,33% de las mujeres era la primera vez que utilizaba la IVE, el resto había realizado con anterioridad abortos voluntarios. Entre los motivos recogidos por la ley destaca el económico con el 66,6%. Tras estos resultados nos hemos planteado: 1º Atención preferente a los grupos de inmigrantes con facilitación del acceso a los medios anticonceptivos. 2ª Realización de campañas informativas en los Institutos de la Zona para evitar embarazos en menores de 20 años. 3º Seguimiento de las mujeres que hayan utilizado la IVE por Trabajadora Social para incluirlas en el Programa de Planificación del Centro. 4º Programa específico de Seguimiento a las reincidentes para estudiar situación Socio-Familiar.

PATOLOGÍA ONCOLÓGICA EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE 10 AÑOS

C. Domingo Puig, N. Yanovsky Martí, M^a.T. Martínez Mendoza, A. Linares Ballesté, C. Ubierna Gómez y G. Brunet Josa
ABS-2B "Via Roma" Barcelona.

Fundamentos:

Objetivo: Conocer las características de la patología oncológica en una consulta de Atención Primaria.

Método:

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo

Sujetos: Todos los pacientes diagnosticados de cáncer en una consulta de atención primaria (AP) no informatizada noviembre 1992 de noviembre de 2002.

Ámbito de estudio: Centro de atención primaria urbano

Se estudia la edad, sexo, tipo de cáncer, intervención del médico de AP, motivo de consulta, exploraciones complementarias, relación anemia microcítica y cáncer de colon, mortalidad.

Resultados:

Se han diagnosticado 72 casos de cáncer, 36 casos en hombres (50%) y el 66,7% de pacientes son mayores de 65 años. El cáncer de pulmón (30,6%), próstata (19,4%) y colorectal (13,9%) han sido los cánceres más frecuentes en hombres; y en las mujeres el cáncer colorectal (27,8%) y mama (25,0%). En el 65,3% de pacientes el médico de AP ha intervenido en el proceso diagnóstico. Los motivos de consulta más frecuentes han sido la astenia (19,8%), anorexia (17,4%), tos (5,8%), rectorragia (4,7%), e ictericia (4,7%). En estos casos las exploraciones más solicitadas han sido la analítica (45,1%), radiografía (11,3%), colonoscopia (8,5%) y mamografía (7,0%). El 46,7% de pacientes con cáncer de colon han presentado una anemia microcítica ferropénica. La mortalidad en estos pacientes ha sido del 45,8%; y los tipos de tumores que han causado más mortalidad han sido el cáncer colorectal (11,1%) y pulmón (9,7%).

Conclusiones:

El médico de AP tiene un papel fundamental en el proceso diagnóstico del cáncer.

La frecuencia de los principales tipos de cáncer en hombres es similar al registro de cáncer en Cataluña.

En las mujeres la frecuencia de cáncer colorectal es superior a la de mama dada la población envejecida de la consulta.

EXPERIENCIA GRUPAL DE ATENCIÓN A LA OBESIDAD

C. Toran Frasnado, M^a.J. Toribio Toribio, M. Castaño Martín y M^a. Á. Magrazo Carreras

ABS Llefia Badalona.

Fundamentos:

El consejo dietético y la prescripción del ejercicio físico constituyen los pilares del tratamiento de la obesidad, que se fundamentan en el cambio global de la conducta. Una reducción de la ingesta energética es el punto básico, el ejercicio físico desempeña un papel mayor en la fase de mantenimiento.

Los objetivos son: pérdida de peso y mantenimiento del mismo a largo plazo; mejorar la salud; mejorar el estado de ánimo, la autoestima y disminuir las molestias derivadas de la obesidad. Aumentar los conocimientos dietéticos y promocionar el ejercicio físico.

Métodos:

Grupo cerrado de participantes seleccionados que adquieren el compromiso de asistencia y participación a las sesiones semanales, así como de llevar a cabo las actividades que se deriven.

Sujetos: Adultos con IMC (índice de masa corporal) > 30 motivados para adelgazar, derivados por los profesionales del centro de salud, de una zona urbana. El primer grupo: 20 pacientes y el segundo 25.

Resultados:

En todos los casos la satisfacción de los participantes, la mejora de la autoestima y la adquisición de conocimientos se ha objetivado según manifestaciones y comparación mediante encuestas previa/posterior. Pérdida de peso: 89 % de casos y el mantenimiento del mismo: 60% al cabo de 1 año.

Conclusiones:

El grupo permite relaciones entre personas con los mismos objetivos, compartir sensaciones, experiencias y sentimientos, refuerzan

do el cambio de hábitos. Las técnicas grupales aumentan la eficacia del trabajo de los profesionales de la salud, que con menos recursos pueden alcanzar mejores resultados.

CASO CLÍNICO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EVOLUCIÓN A NEFROANGIOESCLEROSIS BENIGNA

A. Gómez García, M^a.J. Rodríguez Rivera, S. Hernández Sanmer y L.J. González Elena

Centro de Salud Alamedilla (Salamanca).

Mujer de 74 años hipertensa conocida hace 10 años controlada con ibersartan e indapamida. Acude a su médico de atención primaria por tos y fiebre de 38° así como edemas en extremidades inferiores.

Exploración física:

Auscultación pulmonar: crepitantes en mitad superior de hemitorax derecho y sibilancias en ambos campos pulmonares. Edemas en extremidades inferiores.

Pruebas complementarias:

Hipercolesterolemia, proteinuria en orina de 24 horas de 8,3 gr. Proteinograma: proteínas totales de 4,5gr/dl y albumina de 2,1gr/dl, hormonas tiroideas, factor reumatoide y complemento normales, proteinuria de Bence-Jones negativa. Antígeno de Legionella en orina y serología de atípicas negativa. Estudio inmunológico negativo. Rx de torax: condensación en segmento apical del lóbulo superior derecho. ECO de ambos riñones normales. Biopsia renal: de nefroangioesclerosis benigna.

Tras tratamiento antibiótico se resuelve la neumonía pero aumentan los edemas.

Juiciodiagnostico:

Síndrome nefrótico. Nefroangioesclerosis benigna e hipertensión arterial.

Diagnostico diferencial:

Por la simultaneidad del síndrome nefrótico y la neumonía habría que descartar la infección por legionella. También enfermedades sistémicas como diabetes, lupus eritematoso sistémico y amiloidosis, además de otras enfermedades netamente renales como enfermedad de cambios mínimos, glomerulonefritis proliferativa mesangial...

Discusión:

No se sabe porque la nefroangioesclerosis progresa aun estando la TA bien controlada, quizás los valores de normotensión sean insuficientes para prevenir la nefroangioesclerosis, tambien se ha de tener en cuenta en su control el tipo de antihipertensivos que se utilizan.

CASO CLÍNICO

ADENITIS TUBERCULOSA

A. Gómez García, M^a.J. Rodríguez Rivera, S. Hernández Sanmer y L.J. González Elena

Centro de Salud Alamedilla (Salamanca).

Introducción:

Dado el aumento de la incidencia de la tuberculosis en nuestro medio hemos querido destacar el papel del médico de atención primaria tanto en el diagnostico como en la detección y control de los contactos.

Mujer 77 años diagnosticada de adenocarcinoma de endometrio y ademoma cistoide de ovario por lo que se le practicó una histerectomía con doble anexectomía en agosto 2002. En octubre del 2002 durante el seguimiento por su médico de atención primaria se objetiva una tumoración laterocervical indolora, de consistencia petrea, adherida a planos profundos, no móvil y sin signos inflamatorios.

Ante este hallazgo se solicitó una PAAF para su diagnostico anatomico patológico, éste fue informado como linfadenitis granulomatosa necrotizante tuberculoide. El estudio microbiológico mostró: micobacterium tuberculosis

Diagnostico diferencial:

Con procesos como: metástasis, adenitis agudas inespecificas, adenoflemones, adenitis crónica infecciosas(tuberculosis, VIH, Mononucleosis), adenitis crónicas inflamatorias no infecciosas (colagenosis, lupus, ...), tesaurismosis.

Juicio diagnostico:

Adenitis tuberculosa.

Ante este diagnostico se inició el estudio tanto de la paciente como de su hermana que era la cuidadora principal. Iniciándose tratamiento específico en la paciente.

Discusión:

¿La adenitis como expresión atípica de la tuberculosis requiere tratamiento específico con tuberculostáticos?. ¿Una masa laterocervical en portadores de cáncer avanzado requeriría la realización de una PAAF como prueba inicial diagnóstica?

Importancia del papel del médico de atención primaria en la actuación individual sobre un solo paciente y como una medida de Salud Publica para interrumpir la cadena de transmisión de la tuberculosis.

DIABETES TIPO 2 Y RIESGO DE INFECCIÓN:

UN ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO

J.M^a. Verdú Rotellar, M. Domínguez Tarragona, M^a.J.

Bernaldez Sánchez, A. Conesa García, C. Mayorgas Mayorga y F. Sancho Almela

CAP San Martí (Barcelona).

Objetivo:

Cuantificar el aumento de riesgo de infección en los diabeticos tipo 2 frente a pacientes sin patología crónica.

Diseño: estudio de cohortes históricas

Ámbito: Dos áreas de salud urbanas

Sujetos:

Se seleccionó una cohorte histórica de 155 diabéticos tipo 2 y otra de 118 individuos no diabéticos ambas sin otra patología crónica. **Mediciones:** Se recogieron las variables edad, sexo, tabaquismo, vacunación antigripal y antineumocócica, infección y localización de ésta en el último año, hospitalización causada por la infección, hemoglobina glicosilada (HbA1c) y tipo de tratamiento antidiabético. Se utilizó el programa SPSS para análisis estadístico(T para muestras independientes para variables cuantitativas y test de chi cuadrado para cualitativas). Nivel de significación: p<0.05

Resultados:

No hubo diferencias significativas entre ambas cohortes en cuanto a edad (media: 62,25(14,47), ni sexo(58,2 hombres 41,8 mujeres) ni en proporción de fumadores. Se constató un aumento no significativo de infecciones en total (38% en diabéticos vs 37% en no diabéticos), en infecciones respiratorias(27.7% vs 26%), ORL 2% vs 1.2%), orales (6% vs 4,2%) y dermatológicas (3.8% vs 1.2%). Se constató un aumento significativo del número de hospitalizaciones secundarias a infección en diabéticos(5,1% vs 0%), infecciones gastrointestinales(5,1% vs 0%), y urinarias(5,1% vs 0%). No se encontraron diferencias significativas entre el tipo de tratamiento de la diabetes, los niveles de HbA1c media(7.08 no hospitalizados vs 6.47 en hospitalizados; 6.83 en no infección vs 7.17 en infección), la presencia de tabaquismo, la vacunación antitetánica y antigripal con la incidencia total de infección ni con la hospitalización secundaria a ésta.

Conclusión:

En nuestra cohorte los diabéticos tipo 2 sin otra patología crónica no presentaron un mayor riesgo de infección general respecto a una población similar, si bien tienen aumentado el riesgo de hospi-

talización debido a un proceso infeccioso, así como el de infecciones gastrointestinales y urinarias.

¿SON EFECTIVOS LOS TRATAMIENTOS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

I. Vallecillos Segovia, J. Sánchez Garzón, P. García Pérez, L.F. López Fernández, H. Sulaiman Sahyuni y E. Martos Rubio

Centro de Trabajo: Consultorio Local Montejicar. Granada.

Objetivos:

Conocer los diferentes tratamientos empleados para combatir el hábito tabáquico en Atención Primaria y su efectividad en nuestro medio rural.

Diseño:

Diseño observacional, descriptivo y retrospectivo.

Ámbito de estudio:

Centro de Salud rural.

Sujetos:

328 fumadores pertenecientes a dos cupos médicos.

Métodos:

Revisión de las historias clínicas de los pacientes registrando los tratamientos seguidos en los últimos tres años, así como analizar la abstinencia a los 6 y 12 meses de tratamiento.

Resultados:

La edad media fue de 41 ± 11 años con un 52,3% de hombres. El 75% comenzó a fumar entre los 14 y 21 años. El tiempo medio de consumo fue de 24 años. Se dio consejo antitabaco (CA) a 285 (86,9%) y 40 (12,2%) recibieron tratamiento específico. De los 285 a los que se les dio CA 12 (4,2%) seguían en abstinencia al año. De los que recibieron tratamiento específico, al 22,5% (9) se les dio terapia conductual (TC), al 10% (4) TC más chicles de nicotina y al 67,5% (27) TC más parches. Seguían sin fumar a los seis meses 33 (82,5%) y al año 21 (52,5%).

Conclusiones:

Como era de esperar recibieron tratamiento específico aquellos pacientes que tenían un alto grado de dependencia tabáquica. El tratamiento más utilizado y con mayor porcentaje de éxitos fue TC más parches. Las intervenciones específicas contra el tabaquismo en la consulta de Atención Primaria se muestran muy efectivas y deberían de realizarse sistemáticamente por el médico de familia.

LA EMBARAZADA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

I. Vallecillos Segovia, J. Sánchez Garzón, L.F. López Fernández, H. Sulaiman Sahyuni, E. Martos Rubio y P. García Pérez

Centro de Trabajo: Consultorio Local Montejicar. Granada.

Objetivos:

Elaborar el perfil de las usuarias del programa de embarazo de un Centro de Salud. Conocer el momento de captación y determinar el riesgo gestacional.

Diseño:

Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio:

Zona Básica de Salud rural.

Sujetos:

Gestantes (225) que acuden a la primera visita del programa de embarazo entre Enero- 2.000 y Diciembre-2.002.

Métodos:

Variables recogidas de las historias clínicas informatizadas: edad, sexo, estado civil, nivel laboral y estudios, métodos anticonceptivos y eficacia, antecedentes obstétricos, tabaco, captación semana

embarazo, edad primera gestación, número de embarazos y abortos previos, hijos actuales, tipo y embarazo de riesgo y deseo de gestación.

Resultados:

Edad $28 \pm 4,7$ años. Casadas 80,6%. Estudios Primarios 66,8%. Trabajan fuera de casa 36,6%. Fumadoras 28,3%.

Métodos Anticonceptivos	Antecedentes Obstétricos	Riesgo Gestacional
Anticonceptivos orales 36%	Sin antecedentes 77%	Sin riesgo 82 %
Coitus interrupto 27%	Amenaza parto prematuro 8%	Cesárea anterior 6%
Barrera 26%	Infecciones 5%	Otros 5%
Ninguno 7%	Diabetes Gestacional 4%	Edad 3%
Naturales 2%	No consta 4%	Diabetes 2%
Dispositivo intrauterino 2%	Esterilidad 1%	Gemelar 1%
	Útero bicornueo 1%	Genética 1%

Fracaso del método 13,5%.. Gestaciones no deseadas 24,7%. Semana de embarazo en la captación $7,5\% \pm 4,5$. Edad primera gestación $26 \pm 5,4$ años. Embarazos previos $0,26 \pm 0,49$. Hijos actuales $0,75 \pm 0,78$.

Conclusiones:

Hay una temprana captación de gestantes. Una cuarta parte son fumadoras. Alto índice de embarazos no deseados relacionados con métodos anticonceptivos y fracaso del método. Sería necesario seguir insistiendo en la correcta elección y uso de la metodología anticonceptiva.

VALORACIÓN DE LOS FRACASOS FARMACOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. Vallecillos Segovia, J. Sánchez Garzón, L.F. López Fernández, E. Martos Rubio, P. García Pérez y H. Sulaiman Sahyuni

Centro de Trabajo: Consultorio Local Montejicar. Granada.

Objetivos:

Conocer las causas y tipo de incumplimiento farmacológico detectados en dos consultas de un Centro de Salud rural.

Diseño:

Estudio descriptivo transversal (Diciembre 2.002- Mayo 2.003). Método de detección mediante autoinforme de pacientes que acuden a la consulta y reciben tratamiento farmacológico. Encuesta dirigida a los incumplidores detectados, y posterior revisión de las Historias Clínicas informatizadas.

Ámbito de estudio:

Consultorio local rural con 2.788 habitantes.

Sujetos:

Nº= 40 incumplimientos detectados en 2 consultas médicas.

Métodos:

Con los pacientes incumplidores se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, número de fármacos/día, fármaco incumplido, duración del tratamiento y causa y tipo de incumplimiento (abandono/cambio de dosis).

Resultados:

Edad media 59 ± 15 años. Porcentaje mujeres-hombre 69,7% - 30,3%. El valor medio del número de fármaco/día fue de tres (mediana). El 44% de los incumplimientos se daban en pacientes que consumían más de tres fármacos/día. Los grupos terapéuticos más incumplidos fueron: Antihipertensivos (22,3%), Psicofármacos (16,4%) y Antiinflamatorios (13,5%). Las causas de incumplimiento fueron: efectos adversos (55%), mejoría (13,3%), desconocimiento posología (5%), creer que toma muchos fármacos (4,8%), no-mejoría (4,7%), información confusa (2,3%), rechazo a la forma de presentación (1,6%), económico (0,6%) y otras causas (12,7%). El incumplimiento fue de un 80,2% por abandono y un 19,8% por cambio de dosis.

Conclusiones:

La causa más frecuente de incumplimiento fue la aparición de efectos adversos. La mayoría de incumplimientos fueron abandono de fármacos. Casi la mitad de los incumplimientos han aparecido en pacientes que toman más de tres fármacos/día. El grupo terapéutico más implicado fueron los antihipertensivos.

¿ESTÁN BIEN CONTROLADOS LOS DIABÉTICOS TIPO 2 DE UN CENTRO DE SALUD?

V. Garijo García, J.J. Barbero Lope, J.M. Ruso Benavente, S. Bou Garcés, A. Morales Gisbert y R. Lloret Macian Rosario

Centro de trabajo: Centro de salud Juan XXIII.

Fundamentos:

El 90% de los pacientes diabéticos tipo 2 son seguidos en las consultas de atención primaria. El objetivo de este trabajo es conocer el grado de control metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2 en un centro de salud urbano.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal mediante la revisión de historias clínicas de atención primaria (HCAP) durante el año 2002. Se recogen los siguientes indicadores: hemoglobina glicosilada (HbA1c), perfil lipídico, microalbuminuria, fondo de ojo, examen de los pies y tensión arterial. Se admite que aquello que no consta en la HCAP no está realizado.

Resultados:

En el 64% de las HCAP no consta la HbA1c, en el 32% existe una determinación anual, y en el 4% dos determinaciones anuales; HbA1c < 7 % en el 50% de los casos, HbA1c > 8% en el 42%; en el 58% consta el perfil lipídico, apareciendo la c-LDL en un 38% de ellos siendo < 100 mg/dl en el 21% de los casos; la microalbuminuria está reflejada en el 16% de las HCAP; el fondo de ojo en el 8%, y no consta en ninguna HCAP el examen de los pies. Las cifras de tensión arterial se sitúan por debajo de 130/80 mmHg en el 41% de las historias.

Conclusiones:

- 1) Escasa constancia en las historias de hemoglobina glicosilada, microalbuminuria, y c-LDL.
- 2) Falta de realización de la exploración del fondo de ojo y del examen de los pies.
- 3) Bajo porcentaje de pacientes con buen control de su tensión arterial.

CRÓNICOS Y POLIMEDICADOS

F. Linero Vázquez, A. Navarro Pérez, J.A. Cortés Garrido, I. Ríos Rodicio, E.P. Jiménez León y C. González Guzmán

Consultorio de Pizarra. Centro de Salud Cártama Estación.

Fundamentos:

Introducción: Polifarmacia es la utilización crónica de múltiples fármacos por un paciente, especialmente ancianos con problemas de salud crónicos. Cuando el número de fármacos es superior a 5, hablamos de polifarmacia mayor.

Objetivos: 1. Evaluar los resultados del protocolo de polimedicados tras un año de puesta en práctica. 2. Prevenir la iatrogenia y determinar la cumplimentación terapéutica de nuestros pacientes crónicos.

Métodos:

Diseño: Nuestro trabajo consistió en una evaluación médica inicial del tratamiento con la Hª clínica, luego enfermería realizó una evaluación a domicilio o en consulta de crónicos con el paciente y por último una puesta en común médico-enfermero cuyos resultados se comunicaban al paciente.

Sujetos: Se incluyeron en el estudio (Enero-Diciembre 2002) 90 pacientes polimedicados elegidos por su mayor riesgo (pertenecientes al programa de crónicos).

Ámbito de estudio: La población estudiada pertenece a un núcleo rural de 7000 habitantes atendidos en un consultorio.

Resultados:

Los pacientes estudiados (n= 90) tenían una edad media de 70.6 +/- 11.7 años con el 64.44 % de mujeres. Las patologías crónicas más prevalentes fueron: HTA 76.46%, diabetes 52.22%, dislipemia 35.55%, cardiopatías 33.33% y EPOC 14.64%. La media de fármacos según la historia clínica era de 6.87 +/- 1.96 y la encontrada con el paciente eran de 7.6 +/- 2.14. En el 56.44% no coincidían la Hª y la realidad del paciente. No se detectó ningún caso de incompatibilidad mayor aunque 14 pacientes se derivaron a la Unidad de Farmacia. No se encontró relación estadística entre las variables estudiadas.

Conclusiones:

- 1) El tratamiento indicado a los pacientes y el que estos realizan, no coinciden. Creemos muy necesario un protocolo de polimedicados para un conocimiento más real del tratamiento de nuestros pacientes.
- 2) Aunque nuestros pacientes crónicos consumen un gran número de fármacos, no aparecen grandes incompatibilidades entre ellos.

VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE PRECÁNCER Y CÁNCER DE PIEL EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Botella, D. Terrero, J.L. Garavis, J. García, D. Asensio y M.J. Vicente

C.S. de Vitugudino (Salamanca).

Fundamentos:

Diversos estudios indican que los cánceres de piel son los tipos más frecuentes de cáncer en las poblaciones de raza blanca, y su incidencia está incrementándose hasta el punto de poder decir que el cáncer de piel ha alcanzado proporciones de epidemia. Lo mismo ocurre con las lesiones precancerosas cutáneas. Es necesario que los médicos de familia seamos capaces de reconocer estas lesiones en estadios precoces, y así abordar su tratamiento con las máximas garantías. Para ello no se requieren medios diagnósticos complejos, aunque sí un conocimiento preciso de la clínica de estos procesos. En nuestro Centro de Salud hemos contado con formación continuada en Dermatología desde hace diez años. Nuestro objetivo es conocer la validez de los diagnósticos clínicos realizados por el médico de familia.

Método:

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de base poblacional a una muestra representativa de nuestra Zona Básica de Salud. El tipo de muestreo realizado fue aleatorio estratificado según la edad. Como instrumento de medida y recogida de datos se utilizó un protocolo clínico-epidemiológico.

Resultados:

Se incluyeron 462 sujetos. Las lesiones encontradas fueron: 72 dermatitis actínica crónica (DAC), 40 queratomas actínicos (QA), 3 carcinomas basocelulares (CB), 3 queratosis actínicas (QUE), 2 leucoplasias (LEU), 1 cuerno cutáneo (CC) y 1 carcinoma espinocelular (CE). Todos los diagnósticos menos dos fueron coincidentes. Quince pacientes no acudieron a la cita con el dermatólogo. Éste realizó 10 diagnósticos nuevos de QA, 2 de QUE y 1 de DAC, LEU y CB.

Conclusiones:

La formación continuada con interconsultor de dermatología es fundamental para la realización de diagnósticos correctos por el médico de familia.

El papel del médico de familia es fundamental en el diagnóstico precoz de las lesiones precancerosas y cancerosas cutáneas.

¿CÓMO PERCIBIMOS LA OBESIDAD?

S. Martín-Almendros¹, M.A. Martínez-González², A. Martínez³, J. de Irala Estévez², M. Gibney⁴ y J. Kearney⁴

¹Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Rochapea; ²Unidad de Epidemiología y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra; ³Departamento de Fisiología y Nutrición, Facultad de Farmacia, Universidad de Navarra; ⁴Instituto Europeo de Estudios Alimentarios (IEFS), Trinity College, Dublin, Ireland.

Fundamentos:

Conocer la prevalencia así como las creencias de los españoles acerca de la obesidad.

Métodos:

Estudio transversal descriptivo. Participación de 1000 individuos españoles mayores de 15 años.

El procedimiento de selección fue multietápico, aplicando cuotas por edad, sexo y tamaño de hábitat. Se aplicó el test de Ji-Cuadrado de Pearson y test de Ji-Cuadrado de tendencia lineal.

Resultados:

La prevalencia de obesidad (Índice de Masa Corporal- IMC- >30 Kg/m²) fue elevada (11%) así como el sobrepeso (IMC=25-30 Kg/m²)(32%). La obesidad era más prevalente entre las mujeres, los participantes de mayor edad, aquellos con menor nivel educativo y socioeconómico y los residentes en regiones Centrales y Sur de España. Las creencias sobre los factores más influyentes en el peso daban mayor importancia al consumo de grasa (51%) y la cantidad total de alimentos consumidos (44,3%) que a la actividad física (12%). Las mujeres mencionaban más el consumo de azúcar y los hombres el alcohol (p<0,01). El 78% de los participantes no estaban tratando de perder peso, fundamentalmente hombres. Los que sí, lo hicieron principalmente con dieta (9,2%) o ejercicio (6%). Sólo un 3,4% con dieta y ejercicio.

Conclusiones:

La prevalencia de obesidad y sobrepeso en España es elevada. No parece ser adecuadamente entendido por la población adulta española que la actividad física mantiene el peso de manera saludable. Deberíamos fomentar más la promoción de la actividad física especialmente en los mayores, jubilados o desempleados y en los individuos con nivel educativo y socioeconómico bajo.

CASO CLÍNICO**VARÓN DE 68 AÑOS CON FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO DE UN MES DE EVOLUCIÓN**

J.R. López Lanza, R. López Videras, Á. Pérez Martín y M. Guijarro Bezanilla

Centro de Salud Covadonga.

Introducción:

Fiebre de origen desconocido (FOD) es aquella que no se resuelve en el tiempo limitado a una infección aguda y que permanece sin causa tras emplear métodos diagnósticos adecuados. Entre sus causas en el anciano son frecuentes las vasculitis sobre todo la arteritis de la temporal

Exposición del caso:

Paciente 68 años, diabetes mellitus tipo 2 controlada con dieta. Fiebre de 38º hacia un mes sin otra clínica. Anamnesis por aparatos negativa, exploración normal, latido temporales presente. Analítica: AST y ALT elevadas, VSG 148, PCR 161. Serología hepatitis, VIH, atípicas, salmonella, borrelia, brucela, LUES y toxoplasma negativos. TAC toracoabdominal, ANA, ANCA, crioglobulinas, y marcadores tumorales normales. Fondo de ojo normal. Ante persistencia de la fiebre se biopsia arteria temporal e iniciamos terapia con prednisona altas dosis, desapareciendo la fiebre en 48 horas. Biopsia: Hiperplasia de la íntima con infiltrado inflamatorio trans-

mural con células gigantes multinucleadas siendo diagnosticado de arteritis de la temporal. Tres meses después el paciente toma 60 mg diarios de prednisona, afebril y VSG 64 pero desarrolló un Cushing secundario y descompensación diabética, requiriendo insulina.

Discusión:

La FOD se produce por infecciones (30-40%), neoplasias (20-30%) y vasculitis (15-20%), la más frecuente la arteritis de la temporal. Sólo en 6% de casos, esta se manifiesta como fiebre aislada y entonces es raro hallar induración de las arterias. Es importante pensar en esta patología en ancianos con FOD y VSG elevada. Debemos vigilar el tratamiento con corticoides por los efectos de las altas dosis empleadas y prolongado tiempo con medicación.

CASO CLÍNICO**SÍNDROME TÓXICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

M. Herranz, C. Dapena, A. Fabra, J.M. Carmona, M. Baré y L. Arroyo

A.B.S. Creu Alta.

Paciente de 67 años, fumador y bebedor importante que consulta por síndrome tóxico, odinofagia y disfagia de 4 semanas de evolución

La exploración física resultó normal salvo candidiasis oro-faríngea y dermatomycosis en los pies. Peso de 44 kilos (peso habitual 53 kilos)

Se solicitó analítica general (con serologías de hepatitis B y C), radiografía de tórax y gastroscopia. De los resultados destaca gammaGT de 63 y una úlcera gástrica de aspecto neoplásico de localización antral; tratándose de una lesión plana de 3 a 4 cm que respetaba píloro. La anatomía patológica fue de adenocarcinoma gástrico precoz.

Se extirpó mediante gastrectomía subtotal Billroth II; encontrándose en el estudio preoperatorio una pancitopenia que no se había detectado antes.

Al cabo de 40 días de la intervención, seguía con síndrome tóxico (ahora pesaba 40 kilos) y las micosis no habían mejorado.

Se solicitó una nueva analítica incluyendo una serología HIV; apareciendo de nuevo pancitopenia y el VIH fue positivo. Se practicó una gastroscopia detectándose una esofagitis por *Cándida Albicans* y no mostrándose recidivas neoplásicas.

El enfermo murió a los dos meses del diagnóstico a causa de una hemorragia digestiva alta

Recordar que ante todo cuadro de síndrome tóxico no explicado hay que solicitar una serología para el virus VIH para poder descartar enfermedad relacionada con este virus. La localización antral (no suele causar disfagia), el estudio precoz y el hecho de que el tumor no protuyera la luz, nos puede hacer pensar en otras alternativas diagnósticas.

HIPERFRECUENTACIÓN

V. Llorca Bueno, L. Roca Nieto y M. Llorca Defior

Consultorio Canteras. Cartagena. Murcia.

Fundamentos:

En las consultas actuales de Atención Primaria existe un número importante de pacientes hiperfrecuentadores, definidos por triplicar la frecuentación media del cupo, se intenta encontrar medios de control para esta situación.

Métodos:

Se realiza estudio de intervención en cupo urbano de 2037 historias, actuando sobre el grupo seleccionado de pacientes mediante entrevista personal estandarizada.

Se selecciona un grupo de 35 pacientes con una frecuentación durante el año 2001 superior a 21 consultas/año y se mantiene una

entrevista dirigida a valorar los factores de su alta frecuentación, poniendo durante la misma los medios para evitar esta situación.

Se analizan los resultados un año después mediante una nueva valoración de la frecuentación de estos pacientes.

Resultados:

Se realiza una inversión de 5.50 horas de trabajo en las charlas formativas y se obtiene una reducción de 331 consultas en el grupo de estudio a lo largo del año 2002, lo que representa un importante ahorro de tiempo.

Conclusiones:

Existe un número importante de hiperfrecuentadores que, además de poner a prueba nuestros nervios, altera de forma importante el desarrollo habitual de la consulta.

Con nuestro estudio demostramos que una pequeña, pero directa, intervención sobre este grupo, puede darnos unos resultados francamente positivos, de esta forma vemos que una intervención de poco mas de media jornada nos permite ganar casi 3 días de trabajo. Si este programa se hiciera extensivo a mas pacientes se podrían obtener grandes resultados en el control de este grupo de usuarios.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS NUTRICIONALES EN RELACIÓN AL FOOD CRAVING-ANSIA DE COMER EN UNA CONSULTA DE AP

J.M. Guiu Bardaji, F.J. Garrabella Pujal, J. Pujol Salud y P. Urdaniz Bondia

Introducción:

El *food craving* es un determinante en la génesis de la obesidad y una de las causas de fracaso de las dietas de adelgazamiento.

Objetivos:

Conocer la incidencia de *food craving* y su relación con el resultado nutricional en una muestra de obesos.

Sujetos:

Individuos con IMC mayor de 30 atendidos en una zona básica de salud rural.

Material y métodos:

Se seleccionó de forma aleatoria a 282 pacientes que acudían a consulta nutricional con IMC>30 el test craving I/P (6 items) y el test de ansiedad de Goldberg EADG (9 items) clasificándolos en 3 subgrupos (craving bajo de 0 a 4 puntos, medio de 4 a 10 y alto a mayor de 10).

A todos ellos se les incluyó en programa nutricional consistente en dietas cualitativas hipocalóricas durante 5 meses con control cada 3 semanas.

Resultados:

Edad		IMC			Food craving/IMC				
15 a 30 años	20	30 a 35	146	x	30/35	35/40	>40	Total:	
30 a 45	78	35 a 40	93	x	ALTO	20	15	22	57
45 a 60	141	> 40	43	x	MEDIO	42	28	10	80
> 60 a	43			x	BAJO	84	50	11	145
	282		282			146	93	43	282

	%perdida En kg	St	Intervalo de confianza 95% del porcentaje de pérdida	Abandonos/	% (IC95%)
ALTO	7,1	11,1	7,1±1,3	8	14 ± 5,6
MEDIO	7,4	12,5	7,4 ± 1,2	9	11,2 ± 4,8
BAJO	8,5	8,6	8,5±0,8	14	10,35 ± 3,7

Discusión:

Porcentaje alto de *food craving* (nivel Alto del 20,2% , Medio 28,3% Bajo 51,5%) aumentando conforme lo hace el IMC (Así en el nivel Alto pasa de un 13,6% en obesidad tipo II a un 51% en obesi-

dad mórbida siendo en el nivel Bajo de un 57% en el tipo II y sólo un 25,5% en la tipo IV)

En los resultados en una población de 48 años de media y un alto índice de obesidad (IMC medio=34,9), destaca tras 5 meses de dieta la mayor pérdida en *food craving* bajo que contrasta con lo que *a priori* se esperaría, ya que en nivel mas alto el porcentaje de obesidad es mayor (37,52 frente al 34,62) y los kilos a perder también .

La proporción de pérdida de peso respecto al peso inicial, muestra una tendencia a ser mayor cuando el *food craving* es bajo aunque en nuestro estudio no existen diferencias significativas entre los diversos grupos configurados según la intensidad del *food craving* al igual que en el número de abandonos que pasan de un 10% en craving bajos a un 14% en Alto

En función de estos resultados podría afirmarse que el *food craving* es un buen predictor en los resultados nutricionales, aunque se necesita ampliar el estudio en el tiempo y nuevas muestras para obtener una mejor evidencia.

USO DE LA PÍLDORA POSTCOITAL EN UNA ZONA RURAL DE ANDALUCÍA

D.C. Pineda Dorado, O. García Resa, A.B. Castillo Rodríguez y S. Rodríguez

Consultorio de Badolatosa. ZBS de Estepa (Sevilla).

Fundamentos:

EL Objetivo del estudio es el análisis del uso de la píldora postcoital (PPC) y los métodos anticonceptivos (MAC) utilizados por las mujeres de una zona rural de Andalucía.

Material y métodos:

Diseño: Estudio transversal realizado a los seis meses de implantarse la dispensación de la PPC en Andalucía, mediante una entrevista personal. Los resultados fueron analizados utilizando el programa EPIINFO6.0.

Variables: Edad, MAC del total de la muestra, Anticoncepción postcoital (ACPC) en el último año o anterior a éste, Anticoncepción anterior y posterior al uso de la PPC y motivo de la solicitud.

Sujetos: 310 mujeres entre 15-49 años (Índice de Fecundidad), elegidas aleatoriamente del padrón municipal(775),

Ambito: Atención Primaria. Ambito rural

Resultados:

Sobre el MAC utilizado ninguno fue la respuesta más frecuente en todos los rangos de edad, salvo en 20-24 años y 25-29, donde el preservativo sería el método más utilizado.

Del total de la ACPC el 56% fue anterior a la implantación de la PPC, mediante el método Yuzpe.

El uso más frecuente de la PPC está entre 20-24 años(18.18%)seguido de 15-19 años(13.95%).

El MAC más frecuentemente utilizado con anterioridad a la ACPC fue el preservativo(98%), que continuó siéndolo con posterioridad a ésta(75.34%).

El motivo más frecuente de solicitud de la PPC fue la rotura del preservativo(59.09%).

Encontramos significación estadística en las relaciones siguientes: edad-MAC, ACPC-MAC anterior a su uso, ACPC-MAC posterior a su uso, ACPC-motivo de su solicitud y ACPC-edad.

Conclusiones:

La usuaria estándar de la PPC en una mujer joven de 20-24 años que utiliza el preservativo, y el motivo de la solicitud es la rotura de éste, y además volverá a utilizarlo como MAC. Los datos obtenidos coinciden con otros estudios publicados sobre el tema. Una mayor accesibilidad a Planificación Familiar de estas mujeres probablemente incidiría en un menor uso de la PPC

¿SE CONOCE LA CARTERA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA?

E.J. Fariña Herrador, M^aJ. Ulldemolins Papaseit e Y. Bermejo Cacharron

ABS Llefia. Badalona.

Fundamentos:

Frecuentación baja en consultas de enfermería de usuarios entre 15 y 65 años, que representan el 73% de la población y bajo índice de revisiones PAPPs realizados.

Nos cuestionamos el conocimiento de los servicios de enfermería, por el personal del centro y usuarios; y si conocen a su médico y enfermera.

Cuáles serían los servicios de enfermería según los diferentes profesionales.

Conocer por qué motivos se visitarían los usuarios con enfermería.

Metodología:

Encuesta a los profesionales sobre los servicios de enfermería.

Encuesta a usuarios por qué motivos pedirían visita con enfermería. Estudio transversal, muestra calculada para un error Alfa = 0'05%, error Beta = 0'10%, considerando probabilidades de respuestas P = Q = 50%.

Resultados:

Encuestas recibidas de los profesionales:

–Médicos 6 (25%)

–Enfermería 9 (37'5%)

–Administrativos 6 (42'9%)

Servicios mayormente mencionados: PAPPs, Vacunaciones, control Pat. Crónica, inyectables.

Usuarios encuestados: 162 varones y 238 mujeres.

Los mayores de 65 años (55'7%) conocen más a su enfermera; menores de 40 (24'7%), los que menos la conocen.

Por sexos: varones conocen menos a su enfermera (34'6%), las mujeres el 45%.

En general, el 40'8% conoce a su enfermera.

Motivos que más consultarían a enfermería: vacunas (87'8%), retirada de puntos (81%), y curas (78'8%). Los motivos que menos consultarían: PAPPs (10'5%), consejo/información estreñimiento (12'5%).

Conclusiones:

Desconocimiento de los servicios de enfermería, en general.

Potenciar la cartera de servicios de enfermería.

Crear estrategias para informar a toda la población, y captar al grupo de edad de 15-65 años.

ISOFLAVONAS: ESTUDIO DE LA EFICACIA E INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MENOPÁUSICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. García Ruiz, A. Hormigo Pozo, A. Baca Osorio, F. Blanca Barba, M^aJ. Aparicio Cervantes, y C. Delgado Utrera

Centro de trabajo Centro de Salud Cruz Humilladero (Málaga).

Objetivo:

Evaluar la efectividad del tratamiento con isoflavonas 40 mgr/día en mujeres con diagnóstico de menopausia y su posible influencia en la calidad de vida de las mismas.

Material y métodos:

Estudio multicéntrico, observacional, abierto, prospectivo y longitudinal realizado en Centros de Salud urbanos durante los meses de Enero-Mayo, y que continua a un año, presentándose en este trabajo los resultados de las 2 primeras visitas programadas del estudio al inicio y 3 meses. En hoja de vaciado se recoge: edad, años menopausia, Escala de Blatt-Kupperman para menopausia, Escala de Whoqol para calidad de vida y efectos secundarios.

Resultados y conclusiones:

Edad	Nº	%	Años menopausia	Nº	%
40-44 años	4	10,52%	1-4 años	12	31,57%
45-49 años	9	23,68%	5-9 años	15	39,47%
50-54 años	15	39,47%	10-14 años	10	26,31%
55-59 años	9	23,68%	> 15 años	1	2,63%
> 60 años	1	2,63%			

Kupperman	1ª visita	2ª visita	Whoqol	1ª visita	2ª visita
Leve < 15	10,52%	23,68%	Muy satisfecha	2,63%	0,00%
Moderado 15-35	63,15%	71,05%	Satisfecha	47,36%	63,15%
Severo > 35	26,31%	5,26%	Insatisfecha	39,47%	36,84%
			Muy satisfecha	10,52%	0,00%
				0,00%	0,00%

La edad media es de 51,82 años con diagnóstico de menopausia medio de 7,07 años. El peso medio de las mujeres fue de 67,32 kgr. La media de valoración de la Escala de Kupperman en la 1ª visita fue de 26,25 y en la 2ª de 18,79 con una mejoría del 28,42 %, con valoración media del síntoma sofoco en 1ª visita de 7,71 y en la 2ª de 5,43 con una mejoría del 29,58% tras tratamiento. La Escala de Whoqol tiene de media en 1ª visita 12,36 y en 2ª de 13,68, con una mejoría del 10,67%, con valoración de la vida sexual de mala ó muy mala del 31,57% de las mujeres al inicio del estudio. Las conclusiones del tratamiento con isoflavonas son: 1º Son eficaces en el tratamiento de los síntomas postmenopausicos, especialmente los sofocos. 2º Presentan una mejoría percibida de la calidad de vida de las pacientes. 3º No han aparecido modificaciones en el peso. 4º La tolerancia del preparado ha sido alta, no apareciendo efectos secundarios en las pacientes.

IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS DISTINTOS FACTORES DE RIESGO EN LA IDENTIFICACIÓN DE HIPERCOLESTEROLEMIAS PRIMARIAS EN LA INFANCIA

A. Nores, M. Sánchez, M^aJ. Eiris Cambre, Á. Lado y N. Fernández

Centro de Salud de Sierra de Outes. A Coruña.

Introducción y objetivo:

El proceso ateromatoso comienza en la infancia y su progresión depende de factores genéticos y ambientales. Entre los factores de riesgo susceptibles de intervención preventiva se encuentra la hipercolesterolemia. El objetivo es valorar la importancia de las distintas variables para la identificación de las hipercolesterolemias.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal (febrero 2003), cuya población objeto de estudio fueron todos los niños entre 2 y 15 años con analítica de colesterol (n=189). Se recogieron las siguientes variables: género, edad, diagnóstico o no de dislipemia, presencia de dislipemia en los progenitores, y obesidad. Para el análisis univariante se emplearon proporciones y medias, éstas con sus correspondientes desviaciones estándar (DE), y para el multivariante el análisis de regresión logística con sus correspondientes odds ratios.

Resultados:

El 50,8% eran del género masculino, siendo la edad media de 10,8 (DE=3,2) años. El 28,6% estaban diagnosticados de hipercolesterolemia. Tenían dislipemias primarias el 9,5% (hiperlipemia familiar combinada el 4,8%, hipercolesterolemia poligénica el 3,2% e hipercolesterolemia familiar heterocigota el 1,6%). Tenían antecedentes de obesidad el 11,1%. La concentración media de colesterol total en los niños dislipémicos fue de 218 (19) mg/dl y la de LDL de 137 (24) mg/dl. La odds ratio (razón de ventajas) fue de 59,7 veces para aquellos niños con antecedentes de hipercolesterolemias familiares y de 3 veces para los que presentaban obesidad.

Conclusiones:

Los antecedentes familiares de hipercolesterolemia son las que tienen mayor importancia relativa en la detección de niños dislipémicos y en la detección de hipercolesterolemias primarias. La identificación de niños afectados de dislipemia de causa genética es prioritaria en los primeros años de vida.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL. ESTUDIO COMPARATIVO RURAL-URBANO

J.F. Pérez Castán, L. Díez-Madroño Cendrero, C. Gómez González y A. Martín Calderón

Consultorio de Magdalena, Centro de Salud Villanueva de la Serena.

Fundamentos:

Objetivo: describir el estado de salud y calidad de vida de los ancianos de una Zona Básica Salud mediante la Valoración geriátrica integral (VGI) y determinar la influencia del medio rural (R) o urbano (U).

Metodos:

Estudio observacional, descriptivo y comparativo U/R.

Sujetos: 147 personas >75 años incluidas en programa del anciano de dos unidades asistenciales U (72) y R (75).

VGI con Cuestionario de Barber, Escala de Barthel, Índice de Barthel y cuestionario de Pfeiffer.

Resultados:

C.Barber: La fragilidad según medio U/R ($p=0,129$), sexo ($p=0,035$), edad ($p=0,017$). Urbanos precisan mas ayuda ($p=0,000$), mas impedidos ($p=0,002$), oyen peor ($p=0,028$).

Escala de Barthel: Incapacidad U/R ($p=0,131$), por sexo ($p=0,711$), por edad ($p=0,079$), por edad en medio rural ($p=0,022$). Incontinentes por medio U/R (0,420), por sexo ($p=0,736$), por edad ($p<0,001$).

Índice de Barthel (ABVD): Grado de incapacidad por edad ($p>0,001$), por sexo ($p=0,49$). Incontinencia por U/R ($p=0,121$), por sexo ($p=0,973$), por edad ($p=0,009$).

C.Pfeiffer: Deterioro cognitivo por edad ($p=0,007$), por sexo ($p=0,29$) y en medio rural ($p=0,001$).

Conclusiones:

La fragilidad no depende de donde se viva, es mas frecuente en hombres y aumenta con la edad.

Los urbanos perciben mayor necesidad de ayuda y tienen mas problemas de audición.

La incapacidad aumenta con la edad, no dependiendo del medio U/R según la escala de Barthel, pero con el índice de Barthel existe mayor incapacidad en los urbanos.

Los mas mayores presentan mas incontinencia y mas deterioro cognitivo, no dependiendo del sexo ni del lugar de residencia.

ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA EN UN ÁREA RURAL EN FUNCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD

A. Peset Pérez, C. Palop, N. Aguilar, C. Antón, J. Miranda y J. Ibañez

Centro Sanitario Integral Alto Palancia. Unidad Prevención Cáncer Castellón AECC. DGSP

Objetivo:

El cáncer de mama es la primera causa de muerte en mujeres. Desde 1.994, se realiza, en nuestra comunidad, un programa de screening con el objetivo de reducir un 30% la mortalidad por esta causa. La participación es un elemento fundamental para conseguir ese objetivo y debe ser superior al 60-70%.

Metodología:

El programa invita mediante citación personalizada a todas las mujeres de 45 a 65 a la realización de una mamografía bilateral (en 1

ronda y única en sucesivas) y exploración física selectiva cada 2 años. Presentamos los resultados obtenidos en el programa, en los municipios de la Comarca de la que forma parte nuestro Centro de Salud, entre 1.994-1998 (1ª serie) en la que las mujeres eran estudiadas en un centro situado en la capital de la Provincia (60 km) y de 1998 a 2002 (sucesivas) años en que se cita en la misma comarca. Se comparan las tasas de participación, nº de mujeres que han participado dividido por el nº de citaciones válidas. Para este análisis utilizamos el programa estadístico Confidence Interval Analysis.

Resultados:

La tasa de participación en el screening ha pasado del 67,85% en la 1ª serie a unas tasas de 80,69, 75,28 y 77,95% en las series sucesivas.

Conclusiones:

Aun cuando esta mejora en la participación entre la 1ª serie y sucesivas, se da en todas las unidades estudiadas, lo hace en valores entre 5-6% que es significativamente menor a los resultados obtenidos; por ello debemos entender que la mejora en la accesibilidad facilita la posibilidad de alcanzar los objetivos de participación establecidos.

PERCEPCIÓN EN PRIMARIA... ¿SOBRECARGA POR PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA?

M. Miralles Piñeyro, MªL. Pérez Miras, M. Del Val Viñolas, A.C. Cereijo Thomas, F. Montañes Muñoz y Mª.T. Martí Vilà

Centro de trabajo ABS Vila Olímpica.

Fundamentos:

Atendiendo a la percepción de los profesionales de primaria de visitar un elevado nº de pacientes afectados de cuadros de ansiedad y depresión, y la creciente preocupación por la gestión clínica y el consumo de recursos asistenciales, comparamos la prevalencia de dichos procesos en nuestra población respecto a la general, y determinamos las características de los recursos que utilizan dichos pacientes, tales como tipo de fármaco prescrito, el lugar de control del paciente y el nº de visitas al médico.

Método:

Estudio descriptivo mediante revisión de muestra aleatoria de 280 historias clínicas con diagnóstico de ansiedad y/o depresión. Se evaluó el periodo de un año y se contabilizaron los siguientes parámetros:

- Lugar de seguimiento clínico del paciente
- Nº de visitas médicas
- Grupo farmacológico utilizado y nº de fármacos

Resultados:

La población diagnosticada fue de 1763 pacientes, lo que supone un 7.1% sobre la población asignada:

- 55.71% se controlaban el Área Básica (ABS).
- 11.79 % eran pacientes controlados en el Centro de Salud Mental (CSM).
- 8.21% eran atendidos en centros hospitalarios.
- 24.29% seguían controles en centros privados

El porcentaje de pacientes tratados con combinación de ansiolíticos y antidepresivos fue de 53.57%; el 42.14% se trataron con un solo fármaco, mientras que el 4.29% utilizaron más de un fármaco del mismo grupo terapéutico.

Conclusiones:

La prevalencia de la ansiedad y/o depresión es similar a la observada en la población general. La mayor frecuentación se encuentra en pacientes controlados en el ABS y CSM. La combinación farmacológica más prescrita fue la de ansiolítico más anti-depresivo.

PRINCIPIO ACTIVO. NUEVO MODO DE PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA. GRADO DE ACEPTACIÓN EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

S. Rafael Jiménez, R. Antonio Rojas y M^a.P. Corpas Muñoz
Centro de Salud de Pozoblanco.

Fundamentos:

Con la llegada de la receta por principio activo (PA) en Andalucía queríamos valorar el conocimiento y la aceptación por el usuario, diferenciando entre pensionista y activo.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal, seleccionado de nuestro cupo (1515), (n=82, 33 pensionistas, 49 activos) mediante muestreo aleatorio estratificado sistematizado. Se ha realizado un test encuesta de 10 ítems.

Resultados:

El 66% de los pensionistas no conoce el PA, el 77,5% de los activos sí lo conocen.

El 54,6% de los pensionistas que conocen el PA piensa que no es igual de eficaz que el nombre comercial (NC).

El 45,2% de pensionistas y el 20,6% de activos tienen un grado de aceptación negativo al PA.

Un 45,5% de pensionistas y un 79,4% de activos estarían dispuestos a cambiar NC por PA.

Al 60% de pensionistas y al 44,5% de activos les molesta el cambio de caja en la farmacia.

El 54,5% de pensionistas y el 56,4% de activos piensa que es un método de ahorro.

Conclusiones:

Falta de conocimiento por la población pensionista de la receta por PA; lo que conlleva a rechazo de la misma.

No ha llegado información por parte de la Administración Sanitaria a la población que más medicación consume.

Sobrecarga asistencial en consulta para explicar en qué consiste el PA.

La población cree que es un buen método de ahorro por parte de la Administración.

ESTADO DE SALUD BUCODENTAL EN GESTANTES

M. Polo, A. Hidalgo, J.A. Quintano, R. Mérida, F. Rico y J.A. Jiménez

Centro de trabajo: Z.B.S. Lucena (Córdoba).

Fundamentos:

Conocida la influencia de la gestación en la salud bucodental de la mujer gestante, analizamos la situación de nuestra Zona Básica, durante el año 2000, con el Objetivo de conocer el estado de nuestras gestantes en cuanto al estado de salud bucodental, con el fin de adoptar las medidas pertinentes para mejorarlo.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal, de prevalencia

La población está compuesta por gestantes, captadas en el primer trimestre del embarazo y derivadas, para exploración y valoración por parte de Médico Estomatólogo.

La muestra se recluta de entre 493 gestantes, de nuestra Zona Básica, durante el año 2000, de forma aleatoria (mediante tabla de números aleatorios), con un tamaño de 83.

Como variables se miden: edad, profesión, número de embarazos anteriores, exploración (número de obturaciones y exodoncias) y medidas recomendadas

Estos datos son recogidos por vaciado de historia clínica de Consulta de Odontología

Para su Análisis aplicamos el programa estadístico "G-Stat"

Resultados:

–Profesión: el 67,47 de las mujeres son Amas de casa

–Edad media de 30,13, con un mínimo de 16 y un máximo de 47 años.
–La media de embarazos anteriores es de 0,86, con mínimo de 0, y máximo de 4.

–Exploración: –Media de obturaciones 5,19, siendo de 4,05 en las Amas de casa y 7,78 en las mujeres que tienen otra profesión habitual fuera del domicilio.

–El mayor porcentaje de obturaciones (13,25%) ocurre a los 30 años, sin diferencias significativas con otras edades.

–El porcentaje de obturaciones (así como de exodoncias) respecto al número de embarazos anteriores es del 33,73% con un embarazo y 43,37% con cero embarazos, siendo los otros evidentemente menores.

–Media de extracciones 2,19, siendo similar en Amas de casa (2,07) y Trabajadoras fuera de casa (2,37%).

–Observaciones y recomendaciones:

–El 31,33% tienen la boca en buen estado, presentando placa y cálculo dental el 26,50% y, gingivitis el 8,43%, caries y necesidad de obturaciones el 57,83%, restos radiculares de piezas dentarias que precisan extracción el 6,02%.

–Además se le recomienda Endodoncia al 12,04%, Ortodoncia al 1,20%, Limpieza al 30%, Fundas al 4,81% y Puente al 3,61%.

–Índice CAO de 9,54, correspondiendo C(nº cariado)=192, A(nº ausentes)=177, O(nº obturaciones)=423.

–Índice de Restauración de 5,09.

Conclusiones:

El componente de obturación del Índice CAO es alto, lo que justifica que el Índice de Restauración sea relativamente alto.

El 34,93% de embarazadas precisan cuidado y prevención de la enfermedad periodontal.

El estado de Salud Bucodental de las embarazadas de nuestra zona es DEFICIENTE, por lo que es aconsejable la valoración por Odontostomatología y Médico/Enfermería de Atención Primaria antes, durante y postgestación para llevar a cabo medidas correctoras y sobre todo profilácticas.

SÍNDROME DE BURNOUT, NIVELES DE SALUD Y PRÁCTICA DE HÁBITOS SALUDABLES EN UN COLECTIVO DE SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

P. Moreno González, J.A. Maderuelo Fernández, A. Almaraz Gómez y M.J. González Casado

Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.

Objetivos:

Conocer niveles Síndrome de Burnout en colectivo sanitarios de Atención Primaria. Conocer relación de estos niveles con aspectos de estado de salud. Conocer repercusión de niveles de Burnout con práctica hábitos saludables.

Método:

Estudio descriptivo transversal. Análisis descriptivo media e IC 95%; de varianza, prueba t-Student, coeficiente correlación Pearson. Análisis regresión lineal múltiple para conocer variables predictoras y regresión logística para cada variable con presencia/ausencia de Burnout.

Sujetos:

Médicos/enfermeras AP Salamanca (336/260).

Variables:

Cuestionario características socio-demográficas, y laborales. Maslach Burnout Inventory (MBI).

Resultados:

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

Diferencias:

EE y DP entre muy buena/buena salud (15,47 y 6,14) y regular/mala salud (23,67 y 8,24); en no dificultad conciliar sueño (EE 15,02, DP 5,93) frente a sí (23,46 y 8,56), y en consumo/no medicinas (EE 19,14, frente a 15,84). No diferencias en consumo/no tabaco, ni en práctica ejercicio físico; Sí en consumo excesivo alcohol en DP (11,30, frente 6,37) y en práctica de ocio (EE 16,39 frente a 19,72). Variables predictoras de EE: regular/mal estado salud, dificultad conciliar sueño y fumar. Predictoras de DP: consumo excesivo alcohol y regular/mal estado salud.

Elevan riesgo grado extremo Burnout: Consumo excesivo alcohol, dificultad conciliar sueño y sentimiento regular/mal estado salud.

Conclusiones:

Colectivo con nivel medio-bajo Síndrome *burnout*. Altos niveles en EE y DP relacionan con peores indicadores salud percibida. Consumo excesivo alcohol es el principal determinante de padecer alto nivel de *burnout*. Consumo tabaco y realización ejercicio físico no relacionan con niveles de *burnout*.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN 2.985 MUJERES POSMENOPÁUSICAS ENTRE 50 Y 65 AÑOS ATENDIDAS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Abizanda, J.A. Paniagua, M.L. Rentero y I. Julián,
en representación investigadores estudio FARO
CAP Vila Olímpica.

Objetivos:

Describir la prevalencia de factores de riesgo de osteoporosis (FRO) en una muestra de mujeres posmenopáusicas entre 50 y 65 años atendidas en centros de atención primaria.

Diseño:

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Ámbito del estudio:

Participaron 97 centros de atención primaria españoles y 5000 mujeres.

Variables:

Se recogieron datos demográficos, antropométricos, de factores de riesgo de osteoporosis y se realizó ecografía de calcáneo en ambos pies. Se dispone de datos de 2.985 mujeres.

Las variables cuantitativas se describen con la media, las cualitativas con el porcentaje. El intervalo de confianza es del 95%.

Resultados:

Dentro de los factores analizados destacan el 14,8% presentan menopausia quirúrgica, IMC de 28,4 de media, el 32,6% han apreciado una disminución de la talla, el 9,2% presentan incapacidad para levantarse de la silla, el 79,8% no han fumado nunca, el 10,65% presentan antecedentes personales de fractura donde la de antebrazo es la más frecuente, y el 23,4% antecedentes familiares, el fármaco más tomado son las benzodiazepinas.

Conclusiones:

La evaluación rutinaria de los factores de riesgo de osteoporosis puede constituir una valiosa herramienta en la consulta de atención primaria para acercarnos al diagnóstico donde algunos factores tienen un mayor valor predictivo que otros como pueden ser antecedentes personales y familiares de fracturas, IMC o disminución de la talla.

UTILIZACIÓN DE JABÓN LÍQUIDO DE ACEITE DE OLIVA EN LESIONES DERMATOLÓGICAS

L. Ginel Mendoza, J. Morales Naranjo, J. Mancera Romero,
C. Fernández Lozano y M.J. Lara Farfante
Centro de Salud Ciudad Jardín (Málaga).

Fundamentos y objetivos:

La composición del Jabón de Aceite de Oliva Virgen Extra (JLAOVE) presenta un 32% de grasa vegetal, hidróxido potásico, alcohol etílico, agua y perfume. La presencia de fenoles y un pH de 9 con-

feriría poderes antioxidantes y bacteriostáticos respectivamente que junto a las propiedades hidratantes, emolientes y de arrastre de tejidos muertos del Aceite de Oliva podría ser útil en el tratamiento de dermatosis varias: acné, atopía, eccemas de contacto, dermatosis secas, descamativas y agrietamientos cutáneos entre otras.

Métodos:

Asignación de JLAOVE a pacientes a demanda con lesiones dérmicas y cita en dos semanas para evaluar resultados y satisfacción del paciente tras dos aplicaciones diarias (puntuación de 1 a 4 según sea nada satisfactorio, algo, satisfactorio o muy satisfactorio respectivamente).

Sujetos: Pacientes que acuden a demanda por dermatosis en Atención Primaria durante 5 meses.

Ámbito: Centro de Salud Urbano.

Resultados:

138 pacientes captados (32 perdidos). Hombres: 45,6%. Media Edad: 46,15 años. Diagnósticos: piel seca: 39,71%, d. seborreica: 14,71%, grietas: 10,29%, atopias: 7,25%, eccema de contacto: 4,88%, acné 4,71%, dishidrosis 4,41% y psoriasis 2,94%. El 25 % requirieron asociación de fármacos. El 88% de los pacientes obtuvo una mejoría satisfactoria o muy satisfactoria. El 86 % de los pacientes quedó satisfecho o muy satisfecho. Los resultados más óptimos se dieron en pacientes con piel seca o agrietada (más del 95 % de resultados satisfactorios o muy satisfactorios).

Conclusiones:

JLAOVE obtiene resultados muy positivos en dermatosis leves y moderadas, fundamentalmente secas, tanto en la evaluación del profesional como del paciente.

CAMINAR Y ANSIEDAD/DEPRESIÓN EN UNA POBLACIÓN RURAL MAYOR DE 64 AÑOS

E. Rodríguez Fernández y A. Gómez Moraga
Centro de Salud Albox (Almería).

Fundamentos:

Conocer si la actividad física (caminar) de mayores de 64 años en una población rural se asocia como medida preventiva frente a la ansiedad/depresión.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal. Participaron 170 pacientes, no institucionalizados, que acudían a consulta a demanda o programada, en una población rural mayor de 64 años. Las mediciones realizadas fueron: A) Variables socio-demográficas: edad, sexo B) Tiempo que dedican a caminar: no caminan, hasta 30 minutos, entre 30-60 y más de 60 minutos C) Escala de ansiedad/depresión de Goldberg (EADG). Se realizó un estudio descriptivo de cada variable y análisis bivariante mediante χ^2 de Pearson.

Resultados:

A) *Variables socio-demográficas:* Sexo: El perfil del encuestado es mujer (62,4%; 106/170); Edad: entre 65-69 años (33,5%; 57/170) B) *Tiempo que dedica a caminar:* El 57,6% (98/170) caminan 30 minutos diariamente. C) *Tests EADG:* El 16,5% presentan posible ansiedad y el 17,6% depresión. D) *Relaciones:* Caminar entre 30-60 minutos/día disminuye la probabilidad de depresión ($p=0,0385$).

Conclusiones:

Debemos potenciar entre la población mayor de 64 años los paseos diarios superiores a 30 minutos.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR DECÚBITO EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 75 AÑOS

A. Altés Boronat, J.L. del Val García, A. Gaitano, M^a.E. Burgos, P. Vilagrassa y L. Ivern

EAP Bordeta Magòria. SAP Sants-Montjuïc Les Corts Sarrià S Gervasi.

Fundamentos:

Objetivo: Describir el riesgo de úlceras por decúbito de la población mayor de 75 años de un área básica de salud (ABS).

Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Sujetos: Población mayor de 75 años adscrita a un ABS.

Ámbito: ABS urbana.

Variables: Edad, sexo, existencia de úlceras por decúbito en la actualidad, antecedente de úlcera por decúbito, índice de la escala de Braden (<13 = riesgo alto, 13-14 = riesgo moderado, 15-18 = riesgo bajo).

Estadística: Medidas de tendencia central, con sus intervalos de confianza del 95%, para variables continuas, y descripción de frecuencias para variables categóricas.

Resultados:

Se estudiaron 147 pacientes (el 61,5% eran mujeres, con una media de edad de 83,89 años). Se excluyeron 62 pacientes por exitus o desplazados a otras áreas de salud. En la actualidad había 1 paciente con úlceras por decúbito (1,2 %). Había antecedente de úlcera en 4 pacientes (4,7 %). Los resultados de la escala de Braden fueron: <13 = 2 casos (2,4 %), 13-14 = 0 pacientes, 15-18 = 7 pacientes (8,4 %), y > 18 = 76 pacientes (91,2 %).

Conclusiones:

La gran mayoría (91,2 %) de la población mayor de 75 años no tiene riesgo de úlcera por decúbito. Sólo existe riesgo moderado o alto en un 2,4 % de pacientes.

RELACIÓN ENTRE MORBILIDAD SENTIDA-MORBILIDAD REGISTRADA Y EL CONTROL EN EL ÁREA BÁSICA DE SALUD

A. Altés Boronat, J.L. del Val García, E.M^a. Burgos, A. Butxaca, A. Abilla y L. García

EAP Bordeta Magòria. SAP Sants-Montjuïc Les Corts Sarrià S Gervasi.

Fundamentos:

Objetivo: Describir el grado de morbilidad sentida por la población mayor de 75 años comparada con la morbilidad registrada en la historia clínica y su relación con el uso y frecuentación del área básica de salud (ABS).

Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Sujetos: Población mayor de 75 años adscrita a un ABS.

Ámbito: ABS urbana.

Variables: Edad, sexo, número de diagnósticos subjetivos del paciente según cuestionario, número de diagnósticos registrados en la historia clínica (HCAP), número de fármacos que consume, creencia de necesidad de control médico y control en el ABS.

Estadística: medidas de tendencia central, sus intervalos de confianza al 95%, descripción de frecuencias para variables categóricas, y la prueba de t-student para comparar dos variables cuantitativas, o no paramétrica si procede.

Resultados:

Se estudiaron 155 pacientes (el 61,5% eran mujeres, con una media de edad de 83,89 años). Se excluyeron 62 pacientes por exitus o desplazados a otras áreas de salud. La media de diagnósticos según el paciente fue de 2,67 (IC 95% 2,32-3,02), según HCAP fue de 5,16 (IC 95% 4,65-5,68), el número de fármacos fue de 3,92. El 63% creía que necesitaba control médico. En los pacientes controlados en el ABS la media fue de 2,79, 5,56 y 4,28 respectivamente; mientras en los que no fue de 2,3, 3,7 y 2,82. La comparación fue estadísticamente significativa para el número de diagnósticos según HCAP ($P < 0.001$) y para el número de fármacos ($P < 0.026$).

Conclusiones:

La morbilidad sentida infravalora la morbilidad registrada en el HCAP. El número de diagnósticos en el HCAP y el número de fármacos consumidos son predictores positivos del control en el ABS.

USO Y FRECUENTACIÓN DE UNA ÁREA BÁSICA DE SALUD POR PARTE DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 75 AÑOS

A. Altés Boronat, J.L. del Val García, C. Oliver, M. Saurí, R. Goldaracena y J. Llinás

EAP Bordeta Magòria. SAP Sants-Montjuïc Les Corts Sarrià S Gervasi.

Fundamentos:

Objetivos: Describir el uso y frecuentación de la población mayor de 75 años en un área básica de salud (ABS).

Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Sujetos: Población mayor de 75 años adscrita al ABS.

Ámbito de estudio: ABS urbana.

Variables: Edad, sexo, existencia de control en el ABS, motivo de la primera visita, motivo de visita habitual, número de visitas en los años 2001 y 2002, causas de no control en el ABS y controles ajenos al ABS.

Estadística: Medidas de tendencia central, sus intervalos de confianza del 95%, para variables continuas, y descripción de frecuencias para variables categóricas.

Resultados:

Se estudiaron 165 pacientes (el 61,5% eran mujeres, con una media de edad de 83,89 años). Se excluyeron 62 pacientes por exitus o desplazados a otras áreas de salud. El 72,2 % seguía controles en el ABS, el 42,7 % ya se visitaba antes de los 70 años, el motivo de visita habitual eran: control de patología crónica (36 %) y recetas (29 %), la media de visitas fue de 6,79 en el 2001 y 8,71 en el 2002. El 27,8 % no se controlaban en el ABS, el 71,4 % seguían otros controles (32,1 % en hospital, 39,3 % en privada), el 21,4 % no quería visitarse y el 7,2 % no se visitaba por mala accesibilidad.

Conclusiones:

Se observa un bajo nivel de actualización censal de la población adscrita mayor de 75 años. Existe un mayor control en el ABS que en otros servicios sanitarios, principalmente por patología crónica ya controlada antes de los 70 años, con una frecuentación media de 7,7 visitas/año. Se constata un 7,7 % de pacientes sin control médico.

APOYO FAMILIAR, SOCIAL Y SANITARIO DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 75 AÑOS

A. Altés Boronat, J.L. del Val García, L. Ivern, C. Viola, P. Vilagrassa y A. Bonillo

EAP Bordeta Magòria. SAP Sants-Montjuïc Les Corts Sarrià S Gervasi.

Fundamentos:

Objetivo: Describir el grado de apoyo de la población mayor de 75 años en los ámbitos familiar, social y sanitario.

Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Sujetos: Población mayor de 75 años adscrita a un área básica de salud (ABS).

Ámbito: ABS urbana.

Variables: Edad, sexo, vive solo, convive con, convive con menores de 65 años, contacto con familia y entorno social, sensación subjetiva de apoyo familiar-social-ABS.

Estadística: Medidas de tendencia central, sus intervalos de confianza del 95% para variables continuas, y descripción de frecuencias para variables categóricas.

Resultados:

Se estudiaron 93 pacientes, 61,5 % mujeres, con una media de edad de 83,89 años. El 31,2 % vive solo, aunque solo el 2,2 % no tiene contacto con la familia. El 54,7 % vive con una persona, el 21,9 % con dos y el 18,7 % con más de dos. El 37,6 % vive con la pareja, el 27 % con otro familiar, y el 2,2 % con otros. El 26 % vive

con algún menor de 65 años. El 63,4 % tiene contacto social habitual, el 20,4 % ocasional, y el 16,1 % no tiene. La sensación subjetiva de apoyo fue: 88% para el familiar, 80 % social y 81 % sanitario.

Conclusiones:

Se observa un elevado porcentaje de mayores de 75 años que vive solo, aunque la mayoría tiene contacto familiar o social habitual. La sensación subjetiva de apoyo por parte del ABS es baja.

CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON DIABETES E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO PRESCAP 2002 (SUBGRUPO DIABETES)

S. Lou Arnal, J. Mediavilla Bravo, E. Carrasco Carrasco, P. Beato Fernández, O. García Vallejo, T. Rama Martínez, en representación del Grupo HTA / SEMERGEN y de los investigadores del estudio PRESCAP 2002

Objetivos:

Conocer el grado de control de la presión arterial (PA) en pacientes diabéticos con hipertensión arterial (HTA) atendidos en Atención Primaria (AP) y su relación con el tipo de tratamiento hipotensor establecido (monoterapia o terapia combinada).

Material y métodos:

Estudio transversal y multicéntrico, para estimación de prevalencias. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con HTA tratada farmacológicamente y seleccionados por muestreo consecutivo. Se definió control óptimo de la HTA una PA < 130/85 mm Hg (promedio de dos medidas realizadas en la visita). Se realizó estadística descriptiva y análisis bivariable con el paquete SPSS v. 11.

Resultados:

Del total de pacientes incluidos en el estudio PRESCAP 2002 (n=12.754), 2.721 (21.3 %) eran diabéticos, con una edad media de 65.7 ± 9.6 años y predominio de sexo femenino (62.2 %). Los valores medios de PA fueron de 143.5 ± 15.7 para la PA sistólica y 82.4 ± 9.2 para la PA diastólica. Globalmente, el 13.2% de los pacientes evidenciaron control óptimo de la HTA; el 14.8% tenía cifras de PA sistólica <130 mmHg y el 59.1% cifras de PA diastólica <85 mmHg. El tratamiento hipotensor era en monoterapia (un sólo fármaco) en 1.264 pacientes (46.4 %), y con terapia combinada (2 o más fármacos) en 1.457 (53.6 %). En la tabla se reflejan el grado de control de la PA en función del tipo de tratamiento hipotensor, sin que se aprecien diferencias estadísticamente significativas.

	Control Óptimo			NO control óptimo			TOTAL		
	N	% fila	% col	N	% fila	% col	N	% fila	% col
Monoterapia	512	40,5	51,3	752	59,5	43,6	1.264	100	46,5
T. Combinada	486	33,4	48,7	971	66,6	56,4	1.457	100	53,5
TOTAL	998	36,7	100	1.723	63,3	100	2.721		

p > 0.05 (Test de Chi cuadrado)

Conclusiones:

La tasa de control de la PA en pacientes diabéticos encontrada en nuestro estudio es superior a la de otros estudios similares realizados en el ámbito de la Atención Primaria, pero sigue ofreciendo un importante margen de mejora.

PROGRAMA COORDINADO PRIMARIA-ESPECIALIZADA DE REDUCCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABÉTICOS. ESTUDIO BARBANZA-DIABETES

A.Lado*, M. Sánchez*, M.J.Eiris** y A. Nores*

C.S. de Serra de Outes (A Coruña)**C.S. Pobra do Caramiñal (A Coruña) en representación del Grupo Barbanza. Cap Serra de Outes.

Fundamentos:

La diabetes representa una patología endocrinológica- vascular con un incremento de incidencia y prevalencia en la que un control in-

tensivo de los factores de riesgo asociados ha demostrado un importante beneficio clínico y pronóstico.

Métodos:

El estudio BARBANZA-DIABETES se diseñó de forma coordinada entre médicos de Atención Primaria y cardiólogos como un programa prospectivo para la reducción de riesgo cardiovascular de diabéticos. Participaron 32 médicos que incluyeron 1425 diabéticos (edad media 64,8 años, 48,5% varones), seguidos trimestralmente durante un año. Aplicando las guías de práctica clínica se consensuaron diversos objetivos de control: Índice de masa corporal (IMC), presión arterial sistólica y diastólica (PAS y PAD), metabólicos (hemoglobina glicada, HbA1C), lipídicos, control de la proteinuria (Pu), cambios en el estilo de vida y tratamientos empleados.

Resultados:

Al final del seguimiento se observaron reducciones significativas de PAS/PAD, HbA1Cc, Pu y lípidos (colesterol total: CT, LDL-colesterol). A pesar de consejos sobre dieta, ejercicio físico y supresión del tabaco, no se consiguió una reducción del IMCC, aunque sí del hábito de fumar. Al inicio del programa mostraban un IMCC < 25, Pau <130/85, LDL-Col < 100, Hb1Ac < 7.2% y Pu <30 mg/24h el 10%, 41,7%, 13,5% 57,3% y 52,7%, respectivamente; al finalizar el seguimiento eran 9,2%, 55,3%, 21%, 66,9% y 59%. Durante el seguimiento se observó un aumento significativo en la prescripción de antiagregantes, hipotensores (en particular IECA y ARA-II), estatinas y antidiabéticos orales.

Conclusiones:

Un programa coordinado Atención Primaria-Cardiología logra una significativa reducción del riesgo cardiovascular de un amplio grupo de diabéticos, a través de una intervención múltiple sobre los diferentes componentes del riesgo. Debería estimularse la coordinación Primaria-Especializada con programas específicos de control en los diferentes grupos de patologías.

IMPORTANCIA DEL MÉDICO DE FAMILIA EN EL DIAGNÓSTICO DE ACROMEGALIA

A. Cuesta Ramos, N. Marrero Negrín, M^aJ. Cuesta Ramos, M^a. Gil Ibáñez, M. San Millán Honrado y J. Castillo Obeso

Centro de Salud de Camargo. Cantabria.

La acromegalia es una enfermedad producida por exceso de hormona de crecimiento. Causa alteraciones sistémicas y anatómicas que modifican la esperanza y calidad de vida de los pacientes. Se instaura de forma insidiosa, por ello el diagnóstico suele ser tardío. Habitualmente, son los cambios morfológicos los que establecen la sospecha clínica.

Objetivo:

valorar el papel del médico de atención primaria en el diagnóstico de acromegalia, así como la importancia de un diagnóstico temprano.

Analizamos de manera retrospectiva los casos diagnosticados de acromegalia en nuestro hospital durante un periodo de 20 años.

Resultados:

38 pacientes. Edad media al diagnóstico: 40±15 años. El tiempo desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 7±5 años. Un 78% fue remitido a la consulta de endocrinología desde atención primaria. El principal síntoma de presentación fue aumento de partes acras (70%), apareciendo en un 93% de los pacientes en la exploración física, en el 83% se objetivaba prognatismo. El 29% presentaba dislipemia, 26% diabetes mellitus, 20% HTA, y el 21% patología cardiovascular establecida. La mortalidad fue del 10%.

Conclusiones:

Confirmamos con este estudio que el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico es prolongado. Los cambios morfológicos son los signos más frecuentes, siendo el médico de familia quien suele percibirlos. Estos pacientes tienen mayor prevalencia

de factores de riesgo cardiovascular, de ahí la importancia del diagnóstico temprano. Así mismo, esta patología hemos de tenerla presente ante factores de riesgo, cuya sospecha se basa en la cuidadosa observación.

ESTUDIO MICROIRBE. DETECCIÓN Y CONTROL DE LA MICROALBUMINURIA EN EL PACIENTE HIPERTENSO DIABÉTICO TIPO 2

M. de La Figuera¹, J. Franch², M^a.T. Aguilera³, R. Ravella³, J. Naval⁴ y E. Ramírez⁴

¹CAP La Mina Barcelona ²CAP Raval Barcelona ³Dep.Médico Sanofi-Synthelabo. ⁴INFOCIENCIA, S.L.

Fundamentos:

Los objetivos fueron conocer, en pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2, el nivel de microalbuminuria; evaluar el efecto del tratamiento con irbesartán sobre los niveles de microalbuminuria; controlar las cifras de presión arterial por debajo de 130/85 mmHg y evaluar la seguridad del tratamiento con irbesartán.

Métodos:

Participaron 1966 médicos de Atención Primaria de España que trataron a pacientes diabéticos hipertensos (según los criterios de diabetes tipo 2 (ADA-Committee-Report-2002) y HTA(JNC-VI)) mayores de 40 años con Irbesartán 300mg. En visita de inclusión y visita final se realizó una analítica y en todas las visitas se registró la presión arterial. La determinación de la excreción urinaria de albúmina se realizó mediante Índice albúmina/creatinina (microalbuminuria=30-299mg/g) o en su defecto, mediante muestra de orina matinal aislada no ajustada (microalbuminuria=20-199mg/L), muestra de orina 24 horas (microalbuminuria=30-299mg) o minutada (microalbuminuria=20-199mg/min).

Resultados:

Tras 18 semanas de tratamiento la prevalencia de microalbuminuria disminuyó de 40,0% a 33,6%, la presión arterial se redujo de 154,87(+/-10,34mmHg)/91,98(+/-5,55 mmHg) a 134,81(+/-10,67 mmHg)/80,10(+/-6,41mmHg) para la PAS y PAD respectivamente y el porcentaje de pacientes con PA controlada (PA<130/85 mmHg) pasó del 0% al 11,6%. Asimismo se observó una mejora significativa y una clara asociación entre la reducción de microalbuminuria e IMC (odds-ratio=1,27 [1,07;1,5]), glucosa (odds-ratio=1,49 [1,25;1,78]), hemoglobina glicosilada (odds-ratio=1,63 [1,37;1,94]), colesterol-total (odds-ratio=1,37 [1,16;1,62]), colesterol-LDL (odds-ratio=1,44 [1,22;1,71]), colesterol-HDL (odds-ratio=1,28 [1,09;1,52]) y triglicéridos (odds-ratio=1,52 [1,29;1,80]). La incidencia de hiperpotasemias fue del 2,8%.

Conclusiones:

El tratamiento con Irbesartán se asoció a una disminución de la prevalencia de microalbuminuria, lo que sugiere un papel renoprotector del fármaco en pacientes diabéticos tipo 2 hipertensos.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

P. Zamora Gálvez, D. Moscoso Sánchez y T. Palomino Fernández

Centro de Salud de Pazoblanco.

Fundamentos:

La Anticoncepción de Emergencia se realiza desde 1977 con Método Yuzpe, consiste en combinado de estrógenos-progestágenos administrados antes de 72 horas postcoitales. En 1984 aparecen estudios con Levonorgestrel, es más efectivo y produce menos efectos secundarios. Objetivo: describir características del uso de anticoncepción de urgencia.

Métodos:

Análisis Retrospectivo simple y Bivariado. Ambito de estudio: Unidades de Urgencias Area Sanitaria Norte de Córdoba. Reco-

gida de datos: cuestionario validado por Servicio Andaluz de Salud(SAS) depositado en Area del Medicamento.

Criterios de inclusión: solicitar píldora postcoital en Sistema Sanitario Público Andalucía)

Variables: Fecha de administración, edad, uso de PPC, anticoncepción habitual (AH), motivo de la solicitud.

Resultados:

Predomina meses estivales (Agosto, Junio, Julio y Diciembre). Elevada incidencia fines de semana. Centros que administran PPC: Atención Primaria, poblaciones que más demandan: Pozoblanco, Peñarroya, Vva de Córdoba y Fuente Obejuna.

El 72% de encuestadas solicitan PPC por primera vez, 28% la ha usado previamente, de estas, el 80% hasta una vez, el 16% dos veces, y 5% tres veces

Demanda PPC por rotura de preservativo, edad media solicitud 22.9 años, Mediana: 21 años y Moda:19 años en rango de 14-48 años. Demandan PPC en residencia habitual, la AH en jóvenes es preservativo, demandan PPC por rotura en los fines de semana. Con la edad la AH es A.Hormonal, la PPC se usa por olvidos.

Conclusiones:

PPC se demanda en vacaciones, fin de semana, y residencia habitual. Las consumidoras son jóvenes. Se adquiere en Atención Primaria.

ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA URGENTE (ADU) EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ÁMBITO URBANO

A. Gurt Daví, O. Domínguez Guillamón O. Peral Alonso, M. Andreu Mirralles, X. Olivé Ferré y A. Bassa Massanas

CAP Vila Olímpica. Barcelona.

Fundamentos:

Pretendemos estudiar las variables que influyen en la solicitud de ADU en nuestro medio, y establecer cuáles son las patologías más frecuentes.

Métodos:

Estudio prospectivo, observacional, en el que recogemos datos del 100% de las solicitudes de ADU que se realizaron en nuestro centro durante un año natural.

El ámbito de estudio se corresponde con el ABS que cubre nuestro centro, urbano, y con una población estimada de 35000 personas.

Las variables recogidas son fecha, sexo, edad, motivo principal de consulta, distancia al centro y si finalmente fue reconducido, entendiéndose con ello que se le invitó a acudir al centro para ser visitado o bien fue derivado al hospital.

Resultados:

Los resultados preliminares, sobre 470 pacientes, tras analizar los datos de los primeros 5 meses de estudio, indican que el 61.9% de las demandas fueron realizadas por mujeres, con una media de edad de 52 años. Un 40.2% de los pacientes tiene una edad ≥65 años y un 12.9% <14.

Los motivos de consulta más frecuentes fueron la fiebre (35.4%), gastroenteritis aguda (13.6%), lumbalgia (5.8%), vértigo/mareo (5.6%), dolor en miembros inferiores (4.4%), malestar general (3.4%), tos (2.9%), traumatismos (2.7%).

Un 11.7% de los pacientes fue reconducido.

Estamos pendientes de analizar los datos referentes a la distancia domicilio-CAP.

Conclusiones:

El prototipo de paciente que solicita una visita domiciliaria urgente, sería el de una mujer de 52 años que consulta por fiebre.

Consideramos que el conocimiento de las patologías más frecuentes por parte de la población general, asociado a una fluida comunicación del paciente con el médico, podría evitar muchas visitas domiciliarias.

CONSENSO EN LA PETICIÓN DE DETERMINACIONES ANALÍTICAS EN NUESTROS PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA

G. Mediavilla, A.A. Rodríguez, P.M^a Urigoitia, G. Díaz, I. Gutiérrez y J.M^a Calleja
C.S. Aranzabizkarra I.

La hipercolesterolemia es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRC) MODIFICABLE.

Su abordaje se justifica por su trascendencia (alta morbimortalidad relacionada con ella), su magnitud (elevada prevalencia) y su vulnerabilidad (efecto terapéutico positivo demostrado).

Objetivo:

Conocer y comparar los distintos procedimientos analíticos de rutina recomendados por comités de expertos para diagnóstico y seguimiento de hipercolesterolemia y así adecuar nuestras peticiones.

Método:

Comparar las recomendaciones : SEA, SEC, SEMERGEN, SEMFyC, Ministerio de Sanidad y Consumo, NCEP, OSTEBA, OSAKIDETZA.

Resultado:

Niños: Se analizará Colesterol Total (CT), Triglicéridos (TG), cHDL y cLDL si:

Historia familiar de enfermedad cardiovascular precoz.

Un padre presenta hiperlipemia familiar.

Si obesidad, diabetes, otro trastorno del metabolismo.

Adultos: Si CT<200 repetir 5 años. Si CT>200 determinar cHDL, TG, cLDL en 2 ocasiones separadas 1-8 semanas.

Prevención Primaria:

Evaluar a los 3 y 6 meses de iniciar recomendaciones sobre hábitos saludables vida.

Si tratamiento farmacológico determinar trimestralmente hasta llegar a nivel deseable CT, TG, cHDL y cLDL. Determinar enzimas hepáticas si tratamiento farmacológico y si mialgias CPK.

Posteriormente cada 6-12 meses, de acuerdo a existencia FRC.

Prevención Secundaria:

Determinar CT, TG, cHDL en las primeras 24 h. del episodio coronario.

2º analítica (a los 3 meses): CT, TG, cHDL.

3ª analítica (a los 6 meses) igual 2ª. Si tratª farmacológico transaminasas, si mialgias CPK.

4º y 5º análisis (a los 9 y 12 meses) si control cLDL solo CT y TG.

2º año y sucesivos: Cada 6 meses con la sistemática del 4º y 5º análisis.

NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS DE ACECLOFENACO, MELOXICAM Y ROFECOXIB, DURANTE EL PRIMER AÑO DE COMERCIALIZACIÓN EN EL REINO UNIDO

A. Raber Béjar, J. Heras Navarro, R. Rodríguez Beltrán y F. Moreno Alba
(Almirall Prodesfarma).

Fundamentos:

Estudios iniciales con antiinflamatorios (AINE) COX-2 selectivos, sugieren que éstos presentan menos reacciones adversas (RAs), particularmente gastrointestinales. Se consideró apropiado comparar la incidencia de RAs comunicadas, en un país con sistema de farmacovigilancia (FV) reconocido como el Reino Unido, para AINEs con diferente grado de selectividad COX2.

Métodos:

Búsqueda en la base de datos de FV del centro colaborador de la OMS. Se incluyeron todas las notificaciones de RAs espontáneas

con aceclofenaco (AC), meloxicam (MX) y rofecoxib (RF) durante el año posterior a su comercialización: 1997 para AC y MX y 2000 para RF. Se estudió la tasa de incidencia (IR), según los datos de consumo expresados en dosis diarias definidas (DDD-AC: 200mg/d, MX: 7,5mg/d, RF: 12,5mg/d), las razones de la tasa de incidencia (IRR) y el intervalo de confianza (IC). Se evaluó la significación estadística de las diferencias entre AC y los otros dos fármacos mediante estimación por intervalo de las IRR, corregidos por la tendencia secular de notificación.

Resultados:

La IR (RAS x 10⁶ DDD) resultó de 9 para AC, 25 para MX y 52 para RF. En relación a MX, AC presentó una incidencia significativamente menor de hemorragia digestiva: IRR, 0.08 (IC: 0.00-0.83) y dolor abdominal: IRR, 0.09 (0.00-0.87). MX presentó una incidencia menor de afectación renal: IRR, 7.46 (IC: 1,00-55,68). Frente a RF, AC presentó también una incidencia significativamente menor de hemorragia digestiva: IRR 0.05 (IC: 0.00-0.44) dolor abdominal: IRR 0.04 (IC: 0.00-0.37) y edemas (IRR, 0.31 (IC: 0.10-0.73). En ningún caso la incidencia de RAs de AC fue superior a RF.

Conclusiones:

La incidencia de comunicaciones de RAs con AC en general y gastrointestinales en particular es notablemente inferior a MX o RF. La naturaleza y origen de los datos no garantizan una menor incidencia real de RAs con AC, ya que ello depende en parte, de las expectativas y nivel de alerta de los profesionales sanitarios.

AUMENTO ASINTOMÁTICO Y PERSISTENTE DE CREATIN KINASA

M. Miralles Piñeyro, M^aT. Martí Vilà, M^aL. Pérez Miras, A.C. Cereijo Thomas y M. del Val Viñolas

Centro de trabajo ABS Vila Olímpica.

Fundamentos:

El presente trabajo se dirige a la necesidad de establecer una guía de actuación ante el hallazgo casual de un aumento de creatinquinasa (CK)

Método:

El estudio consta de 8 pacientes, hombres y mujeres de edad comprendida entre 35 y 80 años de un área básica urbana, en los que se detectó aumento asintomático de CK en la analítica.

Se descartaron los aumentos de CK de origen farmacológico y los transitorios.

A cada uno de los pacientes se le realizó : anamnesis; exploración física completa, incluyendo la neurológica; analítica general (bioquímica, hormonas tiroideas, electroforesis de CK y fracciones) y electromiograma.

Resultados:

–3 pacientes presentaron macroCK tipo I.

–2 tenían desplazamientos electroforéticos atípicos, uno de ellos fue diagnosticado de "Afectación Miogénica Inespecífica".

–2 presentaron CKMM con electroforesis normal.

–1 se halla pendiente de finalizar el estudio.

Conclusiones:

Dado que en uno de los 8 pacientes se corroboró el diagnóstico de Miopatía Inespecífica, creemos necesario establecer una guía de actuación ante el hallazgo casual de aumentos de CK que incluya:

–Anamnesis.

–Exploración física incluyendo exploración neurológica.

–Analítica: bioquímica (ionograma, calcemia, fosfatemia, transaminasas, lactodeshidrogenasa, aldolasa, CK y fracciones, y electroforesis de CK) hormonas tiroideas, hemograma, vitamina B 12 y ácido fólico.

–Electromiografía.

–Biopsia si es preciso.

¿PODEMOS CONOCER EL ESTADO NUTRICIONAL DE NUESTROS PACIENTES A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE INMOVILIZADOS?

M.D. Vázquez García, J. García Molina, A. García Gálvez, M. Soto Martínez, A. Gracia Tirado y F. Alcazar Manzanera
Centro de Salud Barrio Peral.

Fundamentos:

La población inmovilizada constituye un subgrupo poblacional que está cobrando mayor importancia actualmente. El estado nutricional es importante a la hora de mantener una adecuada calidad de vida y evitar complicaciones derivadas de enfermedades crónicas. Objetivo del estudio: conocer el estado nutricional de nuestros pacientes inmovilizados a través de los datos obtenidos del programa de inmovilizados y su relación con otras variables.

Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo de 202 pacientes incluidos en programa de inmovilizados de una Zona Básica de Salud. Período de estudio 1 año. Criterio de inclusión: dos visitas realizadas por personal médico y/o enfermería. Variables: edad, sexo, tiempo de inclusión, cuidador, síntomas físico-psíquicos, estado de conciencia, lesiones cutáneo-mucosas, estado nutricional, escala de Barthel y recomendaciones dietéticas.

Resultados:

La edad media: 81 años. El 68,6% son mujeres. La unidad familiar cuida al 81% de pacientes. Tiempo medio de inclusión 32 meses. Sólo un 12% de ellos no presenta sintomatología física, ni psíquica. El 65,6% tiene una nutrición normal. El 65,8% no presenta lesiones cutáneo-mucosas. Un 72% tiene normal el estado de conciencia. Al 70,5% de pacientes reciben recomendaciones dietéticas. Las mujeres son obesas ($p=0,01$). Los pacientes menos tiempo incluidos en programa tienen más variaciones de peso ($p=0,013$). El cuidador y el estado nutricional se relacionan significativamente: la unidad familiar con estado nutricional normal ($p=0,006$) y otros cuidadores con variaciones de peso ($p=0,006$).

Conclusiones:

La unidad familiar favorece el estado nutricional normal, lo que resalta la figura del cuidador como eje central de la atención domiciliaria. —Encontramos dificultades para la valoración objetiva nutricional en el programa.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE PANTOPRAZOL 20 MG EN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE)

B. Ferro¹, G. Hedo², J. Chaves¹, y G. Hernández¹

¹Unidad Médica Pfizer, S.A., ²Altana Pharma, S.A.

Fundamentos:

El pantoprazol es uno de los inhibidores de la bomba de protones más eficaces para controlar la ERGE. Durante el tratamiento con pantoprazol 20mg, se evaluaron como objetivos principales: i) control de los síntomas de ERGE; ii) utilización de medicación sintomática y iii) no aparición de recidivas. Como objetivo secundario se evaluó la aparición de acontecimientos adversos (AA).

Métodos:

Estudio en fase IV, nacional, multicéntrico, abierto y observacional en condiciones de práctica clínica habitual. Seis meses de seguimiento, con tres visitas: basal, 3 meses y final (6 meses). Participaron 823 investigadores y 4262 pacientes (53% varones y 47% mujeres).

Resultados:

La sintomatología desapareció en un 93,1% de los pacientes al final del estudio (mediana de 8 días). La pirosis severa que basalmente era del 15,6% se controló completamente. La utilización de medicación sintomática se redujo al 12,5% al final del estudio vs

el 84% descrito en el comienzo. Más del 93% de los pacientes tuvieron un buen cumplimiento del tratamiento (>80%). El índice de recidivas en las visitas de 3 y 6 meses fue del 2,1% y 2,3% respectivamente. Únicamente 13 pacientes tuvieron AA, todos de categoría leve o moderada.

La eficacia global, fue valorada al final del estudio, como buena y excelente por más del 97% de médicos y pacientes.

Al final del estudio, el 80% de los pacientes continúan con el tratamiento y lo hacen con una posología igual a la estudiada (pantoprazol 20 mg)

Conclusiones:

Estos datos demuestran la elevada eficacia y seguridad de Pantoprazol 20mg como tratamiento de mantenimiento de la ERGE

DE LA EVIDENCIA A LA REALIDAD: ADECUACIÓN DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA POST INFARTO A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

I. López Pavón, J.M. Benítez Moreno, C. López Mompó, A. Sancho Perpiñán, M.M. Ansaldó Pérez y E. Corral Pérez

Área Básica 1 Sta. Coloma de Gramenet (Barcelona).

Fundamento:

La Sociedad Española de Cardiología (SEC) en su Guía de Práctica Clínica (2002) describe las recomendaciones de tratamiento farmacológico para la prevención secundaria postinfarto agudo de miocardio que presentan grado de evidencia I. Con el objetivo de determinar si estas recomendaciones se cumplen en la práctica habitual de nuestro Centro de Atención Primaria (CAP) hemos diseñado el siguiente estudio.

Métodos:

Diseño: estudio observacional longitudinal retrospectivo.

Ámbito: Centro de Atención Primaria ubicado en zona urbana

Sujetos: la totalidad de usuarios con diagnóstico de IAM incidente durante los últimos 36 meses, obtenidos del registro informático de las Historias Clínicas de Atención Primaria (HCAP) del centro.

Variables: edad, sexo, fecha de diagnóstico de IAM, adecuación a las recomendaciones (sí/no) respecto: Antiagregantes Plaquetarios (AP), Beta Bloqueantes (BB), Hipolipemiantes (HL)

Resultados:

62 HCAPs revisadas. Edad: media 65,3 años (DE 12,1). Sexo: 20,9% mujeres.

Porcentaje de pacientes con tratamiento adecuado respecto AP: 93,5%.

Porcentaje de pacientes con tratamiento adecuado respecto BB: 74,2%.

Porcentaje de pacientes con tratamiento adecuado respecto HL: 66,1% (53,6% con las estatinas recomendadas expresamente en la Guía de la SEC).

Conclusiones:

Pese a la existencia de recomendaciones claras y basadas en un grado máximo de evidencia, aún existe un porcentaje elevado de pacientes a los que no se aplica en la práctica habitual dichas recomendaciones, especialmente en el caso del tratamiento hipolipemiente. Creemos que dada la importancia de la patología de la que se ocupa el estudio conviene impulsar la difusión de las Guías de Práctica Clínica en el ámbito de la Atención Primaria y analizar posibles factores limitadores de su aplicación.

¿ESTÁN PREPARADOS PARA DEJAR DE FUMAR? DEPENDENCIA Y MOTIVACIÓN

P. Beato, P. García, R. Alcolea, A. Girona, G. Pizarro y T. Rama

Centro de Atención Primaria Llefià (Badalona 6).

Fundamentos:

El grado de dependencia a la nicotina y el nivel de motivación para dejar de fumar son básicos para encarar la deshabituación tabáquica y valorar las posibilidades de éxito.

Objetivos:

Conocer el grado de dependencia a la nicotina y de motivación para dejar de fumar de los fumadores/as que acuden a un Centro de Salud.

Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Sujetos: Pacientes fumadores que acuden a consulta de Atención Primaria

Metodología: Muestreo sistemático aleatorizado de los pacientes fumadores que acuden a 5 consultas del centro de salud urbano durante 5 meses. *Tamaño de la muestra:* 156

Variables de estudio: Edad, sexo, dependencia a la nicotina (test de Fagerström), motivación para dejar de fumar (test de Richmond).

Resultados:

Edad media: 40,8 años [15-86]. Sexo: 64,1% hombres. Dependencia: alta 10,2%, baja 55,8%. Motivación: alta 19,9%, baja 42,9%. Dependencia alta y motivación baja: 4,5% dependencia baja y motivación alta: 10,3 %, dependencia y motivación bajas 25,6%. De los de dependencia baja un 18,3% motivación alta y un 46% motivación baja. De los de dependencia media un 24,6% motivación alta. De los de dependencia alta un 12,4% motivación alta y un 43,8% motivación baja.

Conclusiones:

Más de la mitad de los fumadores que nos visitan tienen dependencia baja.

—Sólo 1 de cada 5 fumadores tiene una alta motivación para dejar de fumar.

—Sólo un 1 de cada diez fumadores tiene baja dependencia y motivación alta.

—La mitad de los fumadores con dependencia baja tienen baja motivación para dejar de fumar.

INTERVENCIÓN SOBRE TABAQUISMO EN LOS ADOLESCENTES DEL INSTITUTO

M. Monteagudo Zaragoza, P. Barrado Sampietro, N. Sáenz Moya, E. Gabarre Iglesias, E. Ruiz Gil y M. Soler Costa

Centro trabajo: ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

Objetivos:

Conocer el grado de información previo de los escolares sobre hábito tabáquico

Valorar la eficacia y grado de satisfacción de una intervención en forma de talleres.

Métodos:

Diseño: Descriptivo

Ámbito: Comunitario

Sujetos: Alumnos 2º de ESO, instituto.

Intervención:

Pasamos una encuesta anónima con ítems sobre tabaquismo (has fumado alguna vez, continuas fumando y piensas seguir fumando de mayor)

Impartimos talleres sobre: composición tabaco/repercusiones orgánicas, motivos de iniciación y publicidad engañosa.

Valoramos mediante un cuestionario los conocimientos previos y los adquiridos tras los talleres, y grado de satisfacción participantes.

Resultados:

Encuesta: 51% habían probado el tabaco (edad inicio 10,6 años, consumo medio 15cig/sem), 49% fumaban habitualmente y 44% pensaban fumar de mayores.

Participación talleres: 53 alumnos.

100% sabían que fumar era perjudicial y su principal repercusión: cáncer pulmón. La identificación de sustancias nocivas contenidas en el tabaco pasó de 1,2 a 3,1 después del taller y aumentó los conocimientos de efectos sobre la salud.

Motivos aludidos para la iniciación: curiosidad, diversión, influencia de amigos o parecer mayor. Motivo de continuación: adicción.

Respecto publicidad: 72% consideraban que su grupo diana eran los jóvenes, 70% reconocieron que inducía al consumo y 45% que sus contenidos eran engañosos.

96% han valorado positivamente los talleres.

Conclusiones:

La encuesta previa nos permitió detectar alta incidencia de fumadores con un punto de inflexión en 11-15 años, donde decidimos intervenir. Los talleres (con alta participación) produjeron reflexión, aumento nivel conocimientos y satisfacción entre los alumnos. Esperamos que la realización de futuras ediciones, se traduzca en una disminución de la incidencia de fumadores.

CASO CLÍNICO**DOCTORA ME ENCUENTRO MAL, ¿ME PUEDE AYUDAR?**

A. Fabra, M. Herranz, C. Dapena y J. Vilà

A.B.S. Creu Alta. Sabadell. Barcelona.

Introducción:

Final de la consulta, 45 visitas previas, cansados. La paciente entra con aspecto de estar angustiada, a punto de llorar. Refiere encontrarse mal desde hace 1-2 meses, no sabe por qué. El interés del caso además del diagnóstico y tratamiento final radica en lo mal que manifiestan algunos pacientes sus síntomas, lo difícil de hacer una buena anamnesis y exploración a última hora de la consulta.

Exposición:

Mujer, 34 años: sudorosa nerviosa, ojos levemente saltones. Dice «doctora ayúdeme, me encuentro mal».

Tras indagar constatamos que lleva un par de meses más nerviosa, cansada, con sensación distérmica, episodios de palpitaciones, diarrea y pérdida de peso no cuantificada.

Exploración: Todo normal excepto: tiroides aumentado de tamaño, varios nódulos, uno grande 3cm lóbulo D.

ECG: RS 90x'. Normal. Análisis: función tiroidea y anticuerpos antitiroideos normales.

Ecografía tiroidea: nódulos en ambos lóbulos tiroideos, uno mayor de 3cm sólido con micro calcificaciones, en polo inferior del lóbulo D de aspecto sospechoso de malignidad.

PAAF: extensiones con escaso material celular, elementos de origen folicular, de morfología normal.

Se decide conjuntamente con la paciente y cirujano Intervención. Tiroidectomía total derecha y subtotal izquierda.

AP: confirma citología previa de benignidad y la sospecha clínica de bocio multinodular.

Discusión:

Llama la atención la clínica inicial de la paciente sugestiva de hipertiroidismo y la normalidad analítica. Ante un bocio multinodular con nódulo sospechoso, citología no determinante, se decide extirpación casi total del tiroides sin tener una confirmación de malignidad, era necesario?, en literatura se recomienda tiroidectomía subtotal en casos de compresión local, sospecha de malignidad, hipertiroidismo, problema estético.

Bibliografía:

Guía de actuación en atención primaria. 2ª ed. Semfyc. Barcelona, 2002. Farreras P, Rozman C. Medicina interna (14 Ed). Vol II. Madrid: Hartcourt, 2000. Zurro M., Atención Primaria. 4ª Ed. Barcelona, 1999

CASO CLÍNICO**DOCTOR, "NO PUEDO CON LA VIDA"**

J.M. Lanza Gómez, N. Balbas Brígido y N. Cadenas González

Centro de Salud San Vicenç de la Barquera.

Paciente de 81 años que acude a nuestra consulta por síndrome general y vómitos.

Antecedentes personales:

no alergias, HTA ni dislipemias, no hábitos tóxicos.

Enfermedad actual:

desde hace aproximadamente 2 meses refiere vómitos matutinos diarios junto a pérdida de unos 20 Kg, así como intensa astenia. No presentaba otra clínica por aparatos acompañante.

Exploración física:

TA 120/70, hiperpigmentación cutánea con afectación de pliegues y labios. Resto de la exploración física sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias:

- 1) Rx tórax: lesiones residuales en lóbulo superior izquierdo.
- 2) Mantoux: positivo
- 3) ECG: normal
- 4) Bioquímica: Cr 2.2, urea 59, sodio 131, potasio 5.2 Hemo-grama normal.
- 5) Hormonas tiroideas: normales
- 6) Alfa fetoproteína, CEA y CA19.9: normales
- 7) TAC abdominal: imagen hipodensa en segmento posterior del lóbulo hepático derecho que podría corresponder a quiste. Riñón derecho pequeño cicatricial con reducción del parénquima compatible con pielonefritis crónica. Divertículos en sigma. Suprarrenal izda. nodular.
- 8) Cortisol basal disminuido (2microgramos/dl). ACTH aumentada (426 pgr/ml) y Aldosterona baja.

Juicio diagnóstico:

Enfermedad de Addison

Conclusión:

La Tuberculosis es la segunda causa de Insuficiencia suprarrenal crónica (20%), tras la autoinmune; producida por diseminación hematógena. La Enfermedad de Addison es de difícil diagnóstico en Atención Primaria ya que sus manifestaciones aparecen lentamente, por lo que debemos "afinar" al realizar la anamnesis y la exploración física.

¿ESTÁN NUESTROS OBESOS BIEN DIAGNOSTICADOS?

M. Andreu Miralles, X. Olive Ferre, A. Bassa Massanas, A. Gurt Davi, O. Domínguez Guillamon y Ó. Peral Alonso
ABS Vila Olímpica.

Obesidad, afección de gran prevalencia en los países occidentales. Problema de salud pública, pues ocasiona una disminución de la esperanza de vida, siendo la segunda causa de mortalidad previsible, sobrepasada únicamente por consumo de tabaco. Existe una alta asociación con otros factores de riesgo cardiovascular.

Por consiguiente, hemos realizado un estudio de calidad, y así diagnosticar equitativamente los riesgos cardiovasculares y la obesidad. El trabajo consiste en autoevaluarnos para garantizar mejor calidad preventiva y asistencial.

Objetivos:

enumerar obesos diagnosticados, comprobar pacientes no diagnosticados correctamente, seguir el protocolo del papps, mejorar la calidad asistencial, sensibilizar a la población y a sanitarios que la obesidad es una enfermedad con todas sus consecuencias y educar más que recetar.

Método:

realizar estudio de calidad en una área básica de salud de ámbito urbano, con 25.000 historias clínicas informatizadas contabilizando el total de pacientes diagnosticados, posteriormente tomamos muestra de 1000 pacientes, estratificada y aleatorizada por edades 14-45, 45-65 y mayores de 65 años, comprobando si están diagnosticados, en caso contrario calculamos el índice de masa corporal con el peso y talla. A falta de datos, citamos al paciente, recopilando los que deberían estar diagnosticados.

Resultados:

7% de población total diagnosticada. En la muestra, no están diagnosticados; 8% entre 14-45 años, 10% 45-65 y 9% mayores de 65.

Conclusión:

analizando y reflexionando resultados, nos concienciamos en seguir más las indicaciones del papps, y en la educación.

Comprometiéndonos a una nueva evaluación, transcurrido un año.

PREVALENCIA DE DISLIPEMIA EN PACIENTES AMBULATORIOS ATENDIDOS EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL. ESTUDIO HISPALIPID

O. Vegazo, T. Mantilla¹, J.R. Banegas², P. Serrano³, E. Luengo⁴ y F. Civein⁵

¹Centro de Salud Mar Báltico, Madrid, ²Universidad Autónoma de Madrid, ³Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, ⁴Hospital Militar "Orad Gracis", Zaragoza, ⁵Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Fundamentos:

La dislipemia es uno de los principales factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), sin embargo en España disponemos de poca información sobre su prevalencia y la carga que supone al Sistema Sanitario Español (SSE). El objetivo del Estudio HISPALIPID fue estimar la prevalencia del diagnóstico de dislipemia (hipercolesterolemia (HC), hipertrigliceridemia (HT) e hiperlipidemia mixta (HM)) en los pacientes que acuden a las consultas médicas del SSE.

Métodos:

Se realizó un estudio transversal, en la que participaron 1461 médicos (78,2% de Atención Primaria (AP) y 21,8% de Atención Especializada (AE)), distribuidos por todas las Comunidades Autónomas españolas. Se incluyeron los 5 primeros pacientes que acudieron a la consulta durante cada día de la 2ª semana de Junio de 2002. Se recogieron datos sociodemográficos y de salud de 33913 pacientes.

Resultados:

El 24,3% (n=8256) de los pacientes que acudieron a las consultas tenían diagnóstico previo de dislipemia (21,4% en AP y 36,4% en AE). La edad media de los pacientes dislipémicos fue de 62,4 ± 12,4 años, siendo el 52,4% mujeres. El 16,4% tenían diagnóstico de HC, el 6,1% HM, el 1,3% HT y en el 0,5% no se especificaba el tipo de dislipemia. El 86,8% de los pacientes dislipémicos tenían al menos otro FRCV asociado: hipertensión (51,1%), sedentarismo (32,9%), obesidad (29,5%), diabetes (23,5%) y consumo de tabaco (16,1%).

Conclusiones:

La dislipemia supone una importante carga para el SSE, ya que uno de cada cuatro pacientes que acuden a las consultas médicas españolas, están diagnosticados de este FRCV.

NECESIDAD DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN DOS GUÍAS RECIENTES

R. Corio Andújar, R.M. Ponce de León, C. Asenjo Vázquez, E. Pérez Cano, A. Hernández Sánchez y O. Otero Bermejo
ABS MARTI-JULIA de Cornellà de Llobregat.

Fundamentos:

Determinar las diferencias en la indicación terapéutica de la dislipemia en pacientes diabéticos según la guía ICS y las recomendaciones de la NCEP-ATPIII.

Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo transversal por muestreo consecutivo.

Ámbito del estudio: Área Básica Urbana.

Sujetos: 70 adultos diabéticos con hipercolesterolemia.

Mediciones: Revisando las historias Clínicas se analizan las siguientes variables para el cálculo del riesgo cardiovascular: edad, sexo, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, tabaquismo, HTA, HVI, TAS y perfil lipídico previo al tratamiento actual.

Resultados:

Según la guía ICS indicaríamos solo medidas higiénico dietéticas en 44 pacientes (62,9%), tratamiento farmacológico en 24 pacientes (34,3%) y ninguna indicación en 2 pacientes (2,9%). Según las recomendaciones de la NCEP-ATPIII la distribución de estos pacientes sería: ninguna recomendación a 4 (5,7%), medidas higiénico-dietéticas a 7 (10%) y tratamiento farmacológico a 59 (84,3%). La concordancia de la intervención terapéutica entre ambas guías (índice Kappa = 0,05) es muy baja.

Conclusiones:

Las recomendaciones del ATP III son más intervencionistas desde el punto de vista farmacológico que la guía del ICS. Dado que existe la tendencia a considerar al diabético como paciente a tratar como prevención secundaria, habría que pensar que la guía ICS infravalora la indicación de tratamiento farmacológico en estos pacientes.

MEDIO AMBIENTE Y CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES: A PROPÓSITO DE UNA EXPERIENCIA SOBRE LOS "OTROS" DETERMINANTES DE LA SALUD

A. Bandrés Salvador, Á. Martí Alapont, M. Marco Ortiz, P. Pérez Rovira, M^aJ. Villa Pérez y H.L. Sales Safont

Consultorio Auxiliar de Vistabella del Maestrazgo.

Fundamentos:

El medio ambiente influye sobre la salud y la calidad de vida de la población. El equipo de Atención Primaria ha de ser consciente de su realidad sociocultural para entender sus formas de enfermar y de sanar.

Objetivo genérico: promover estilos de vida saludables mediante el conocimiento del medio ambiente. **Objetivos específicos:** 1) Fomentar actitudes de respeto, integración y aprovechamiento sostenible. 2) Identificar las plantas utilizadas con fines terapéuticos. 3) Reconocer cuáles tienen potencial tóxico. 4) Percibir aspectos antropológicos de nuestra población aún no estudiados.

Métodos:

Durante el 2.002 se recogió información sobre las plantas del propio entorno utilizadas con fines terapéuticos.

Tras recopilar los datos, el equipo de Atención Primaria, el personal docente del colegio y los técnicos de la *Conselleria de Medi Ambient* organizaron conjuntamente para los escolares las jornadas *La salut amb l'entorn*, en las cuales se desarrollaron los objetivos indicados con un programa teórico-práctico para que el proceso enseñanza-aprendizaje fuese significativo.

Resultados:

Se identificaron 27 especies de plantas utilizadas en 17 diferentes afecciones.

Las mencionadas jornadas consistieron en una exposición fotográfica de las plantas medicinales y tóxicas de nuestro entorno, un taller acerca de la función de las plantas en la naturaleza y de sus repercusiones en la salud, y una salida al campo para identificar *in situ* las plantas estudiadas y confeccionar un herbario.

Conclusiones:

La experiencia fue ampliamente satisfactoria: conseguimos ofrecer una visión del consultorio local y de su equipo como *procuradores de la salud*, y no meramente como *cuidadores de la enfermedad*.

FACTORES DEPENDIENTES DE LA UBA QUE INFLUYEN EN LA INCLUSIÓN DE LOS PACIENTES EN EL PLAN DE AYUDA AL FUMADOR (PAF)

J.R. Ardura González, F.J. Herrera Pérez, S. Diego Roza, C. Gómez Suárez y M. Pascual Llorente

CS. La Felguera y CS Sama. Área Sanitaria VIII del SESPA.

Objetivo:

Conocer los factores relacionados con el desempeño que influyen en la inclusión de pacientes en el PAF.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal.

Ambito: Área Sanitaria.

Sujetos: Todas las Unidades Básicas de Asistencia (UBAs) del área sanitaria del nuevo modelo. **Variables.** De cada profesional (encuesta): Edad y Sexo, hábito tabáquico, formación, experiencia laboral, responsable de la captación, disponibilidad de cooxímetro, creencias sobre la efectividad del protocolo. A partir de la información de la Gerencia: cupo, presión asistencial (PA), porcentaje de consultas a demanda, informatización y tipo de centro, número de pacientes incluidos en el programa (variable dependiente).

Resultados:

n=49 UBAs. Número medio de pacientes incluidos en el PAF: 6,41 (d.s. 4,6). Perfil de las UBAs: edad entre 41 y 50 años, mujeres, no fumadores o exfumadores, tiempo medio trabajando de entre 17 y 18 años, y más de 5 años en la UBA, formación MIR y DUE. La captación se hacía por ambos profesionales, y había accesibilidad a los cooxímetros. Consideraban efectivo el PAF el 55,8% del personal médico y el 47,7% del personal de enfermería. Cupo medio de 1473 pacientes; PA: 33,38 pacientes/día y un porcentaje de consultas a demanda del 63,42%. Solo se encontraron diferencias entre el número de pacientes incluidos en el PAF y la creencia en la efectividad del programa por parte de medicina (8,21 pacientes vs. 4,96, p=0,021) y el tamaño del cupo (r=0,25, p=0,083).

Conclusiones:

Determinados factores inherentes a los profesionales o relacionados con la carga asistencial no influyen en la inclusión de pacientes en el PAF. Dado que la creencia del personal de medicina sobre la efectividad de la intervención sí se relaciona parece indicado diseñar estrategias encaminadas a reforzar este hecho si se pretende aumentar la cobertura del programa.

¿SE HA MODIFICADO EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II?

G. Badell Osuna*, E. Almendro Almendro* y D. Rodríguez Cumplido**

**CAP Horta (Barcelona), **Fundació Institut Català de Farmacologia.*

Objetivos:

Conocer el grado de control de la diabetes, la hipertensión y la dislipemia en los pacientes con diabetes tipo II y el tratamiento farmacológico.

Diseño:

Estudio descriptivo retrospectivo.

Ámbito de estudio:

Dos equipos de atención primaria.

Sujetos:

Muestra aleatoria de 410 pacientes con diabetes tipo II.

Método:

Se recogen datos de la historia clínica en dos momentos: antes de 1996 y después de 1999. Se analizó el control metabólico, cifras de tensión arterial sistólica y de LDL así como prescripción de los diferentes fármacos.

Resultados:

El porcentaje de pacientes que presentaba unas glucemias por debajo de 110mg/ml pasó de 5,1 en la primera medición a 11,5 en el control posterior. El porcentaje de pacientes con una tensión arterial sistólica por debajo de 140 mmHg pasó de 32,9 a 46,8. Ha aumentado el porcentaje de pacientes con LDL por debajo de 130 mg/dl de 33,5% a 35,9%. El porcentaje de pacientes tratados con metformina se multiplicó por 8,43 (de 0,7 a 5,9%) y el incremento de pacientes tratados con acarbosa fue de 1,98 (de 8,5 a 16,8%). Se produjo un incremento de 3,93 entre los pacientes que fueron

tratados con una combinación de insulina y antidiabético oral. Aumentó el porcentaje de pacientes tratados con fármacos antihipertensivos de un 23,4% a un 32,7% y de los pacientes tratados con inhibidores de la HMG Co A- Reductasa de un 13,9% a un 29,5%.

Conclusiones:

Se ha aumentado el porcentaje de pacientes que presentan un mejor control de los factores de riesgo cardiovascular.

CASOS CLÍNICO

ARTRITIS REUMATOIDE Y TUMORES SÓLIDOS

G. Prats López, F. Escassi Gil, J.A. Ortega Domínguez, C. Garces Alonso, M^aV. Calvo Pérez y E. Martín Auriolles

Centro de trabajo: Centro de Salud Miraflores.

Introducción:

La Artritis Reumatoide es la enfermedad autoinmunitaria más frecuente, afectando más frecuentemente a mujeres, en ella existe un aumento de la incidencia de neoplasias, sobre todo en las formas de larga data, existe también mayor incidencia de neoplasias en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico, Síndrome de Sjogren, Dermatomiositis y Dermatomiositis. El proceso implicado en la génesis tumoral se debe a trastornos del sistema inmune, HLA, y tratamiento inmunosupresores a los que son sometidos dichos enfermos.

Casos clínicos:

Se presentan 7 pacientes afectos de A. Reumatoide, de los que sólo dos tomaban tratamiento inmunosupresor (Metotrexate) en el momento del proceso oncológico. Tres pacientes fueron diagnosticadas de Carcinoma(Ca) de mama(La primera Ca. Intraductal de bajo grado cribiforme, la segunda Ca Ductal Infiltrante G2 pT2N0M0 Receptores (+) y la tercera Ca. Mixto pT1bN0M0 receptores (-). El 4 paciente afecto de Linfoma no Hodgkin estadio IAE y el último paciente Ca recto estadio pT3N0M0.

Conclusiones:

Siendo la A. Reumatoide, como hemos comentado en la población general, no existen datos clínicos ni epidemiológicos de asociación con tumores sólidos, Debemos evaluar a los pacientes con Artritis Reumatoide de forma rigurosa ya que, por una parte, debido a su estado de inmunosupresión, presentar complicaciones a nivel de órganos vitales para el tratamiento quimioterápico; y por otra parte, estos tratamientos pueden modificar la evolución de la propia enfermedad.

CONOCER A NUESTROS CUIDADORES ASALARIADOS

T. Bonet Salinas, R. Martín Peñacorba, M. Modrego Rius, T. Sorribas Ors, M. Amoros Brotons y R. Berganzo Alonso
ABS Sants, Barcelona 08028 (C/Vapor Vell nº 44).

Objetivos:

Conocer el perfil de los pacientes con cuidador asalariado y dichos cuidadores.

Diseño:

Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio:

Centro de Salud Urbano. Nivel socioeconómico medio. Envejecimiento alto.

Sujetos:

Cuidadores asalariados que acudieron a las consultas participantes durante un periodo de 30 días, en atención domiciliaria o no.

Mediciones:

De la historia clínica del paciente: edad, sexo, número de patologías crónicas y genograma. Se realizaron los test de Barthel, Mini-mental(Pfeiffer), Zarit y una entrevista a la cuidadora obteniendo edad, nacionalidad, formación y experiencia y su perspectiva de seguir con este trabajo a largo plazo.

Resultado:

32 pacientes recogidos: 81,3% mujeres con una media de 84,65 años y 3,39 patologías crónicas. Dependencia y deterioro cognitivo

moderados y 1,25% cuidadores asalariados en el último año. El 84,4% no recibe ayuda social. Cuidadoras (mujeres en un 96,87%): 15,59 horas/día de cuidado. Formación en un 59,4% (37,5% con estudios relacionados y el 21,9% con experiencia por otros cuidados). El 62,1% dicen que es el trabajo que quieren realizar a largo plazo, el 13,8% no contestó a la pregunta. El Zarit mostró sobrecarga en el 18,75% y en un 12,5% tras suprimir las preguntas 6, 13 y 17 dada la frecuencia de no respuestas. El 41,4% vive con la cuidadora, un 31,25% solo con la cuidadora y un 31,25% solos.

Conclusiones:

No encontramos diferencias significativas entre los pacientes con cuidador permanente o parcial ni entre los que viven solos o con cuidador (familiar o asalariado). Seguiremos recogiendo casos para encontrar diferencias y valorar si el test de Zarit es adecuado para medir en estos cuidadores, cada vez más frecuentes.

DERIVACIONES ENTRE NIVELES: ATENCIÓN PRIMARIA / ATENCIÓN ESPECIALIZADA

J. Camp y M. Borrell

CAP Les Corts. Barcelona.

Objetivo:

Analizar las necesidades de derivación a la atención especializada (AE) de los pacientes visitados por los médicos de familia (MF). Conocer la demanda real, valorar las diferencias entre médicos, constatar las características del paciente derivado a las diferentes especialidades, la urgencia o prioridad de la derivación, la relación de episodios clínicos más derivados por especialidad y objetivar la capacidad resolutoria global en el ámbito de la atención primaria.

Diseño:

Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento:

CAP Les Corts. Centro urbano de un nivel social medio alto que tiene la AE integrada.

Participantes:

Usuarios del CAP mayores de 14 años que han sido derivados por el MF al especialista de primaria durante los 10 meses del periodo de estudio. Las especialidades son: Cirugía, Digestivo, ORL, Oftalmología, Dermatología, Endocrinología, Traumatología, Neumología Cardiología y Urología.

Se excluyen: los pacientes menores de 14 años, las derivaciones hechas entre especialistas y las derivaciones a Salud Mental y a la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) por no estar del todo controladas por el médico de familia.

Mediciones:

De cada derivación se recogen las variables siguientes: edad, sexo, especialidad derivada, prioridad de la visita (normal, preferente, urgente), episodio clínico o motivo médico de derivación (según el registro CIAP) y el médico de familia que ha pedido la interconsulta.

Resultados principales:

Del total de 80.815 consultas registradas durante 10 meses a los 13 MF del equipo de AP por un episodio clínico, han sido derivadas a la AE 5403 (6%). Cuatro disciplinas médicas (Oftalmología + Optometría, Traumatología +Reumatología, Dermatología y ORL) acaparan el 74% de las derivaciones. Hay una desigualdad en la ratio de derivaciones por cada cien episodios entre los profesionales con un máximo de 8,6 y un mínimo de 4,7. La modalidad de derivación considerada ordinaria, como prioridad, es la dominante (75,5%), la urgente y preferente suman el 25,5% restante. Hay una gran variabilidad entre las especialidades por lo que se refiere al sexo y edad de los pacientes derivados. La capacidad resolutoria en el ámbito de la AP es máxima en Reumatología (97%) y mínima en Cirugía (72%). Los episodios motivo de derivación son relativamente pocos por cada especialidad.

Conclusiones:

El porcentaje global de derivaciones es razonable, predomina en cuatro especialidades y se constata una diferencia significativa entre los médicos por el número de solicitudes de derivación.

La capacidad resolutoria en el ámbito de la AP es alta y la vía ordinaria de demanda de interconsulta es la predominante.

Hay diferencias entre las especialidades por la tipología del paciente derivado y el abanico de episodios motivo de las interconsultas es reducido y repetitivo.

La subespecialización de parte del personal sanitario de los EAP podría evitar derivaciones.

¿DETECTAMOS CORRECTAMENTE A LOS BEBEDORES DE RIESGO EN NUESTRA ABS?

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

ABS El Venderll (Tarragona).

Objetivos:

Valorar el grado de correlación de consumo de UBAS y el cuestionario AUDIT.

Tipología y factores asociados al consumo.

Trastornos asociados con el consumo.

Diseño:

Estudio descriptivo transversal.

Sujetos:

Selección de una muestra mediante muestreo consecutivo de pacientes que acuden a la consulta durante un periodo de 2 meses.

Mediciones:

Mediante una entrevista semidirigida se interrogaba sobre consumo de alcohol en UBAS (diferenciando entre días laborables y días festivos), antecedentes familiares, nivel de estudios, trabajo de riesgo, realización del test AUDIT, y valoración de trastornos asociados al alcohol (analíticas, ecografías, alteraciones orgánicas y psicosociales).

Resultados:

Muestra total de 167 pacientes. 51 % hombres, 48,5 % mujeres. Edad media 46 +/- 16. Antecedentes familiares 9,5%. Factores de riesgo 14,3 %. Consumo medio de UBAS 16,6 (7,26 los días laborables y 5,35 los días festivos). Tabaco 69,4 % en hombres y 30,6 en mujeres. Consumo >28 UBAS/semana 16,7 %. Grado de correlación entre consumo de UBAS y resultado de AUDIT 0,844. Diagnóstico biaxial 10,2 % TRA y 3% SDA. Trastornos analíticos más frecuentes (Colesterol 16,7 %, VCM 15% GOT 11,3 %). Trastornos orgánicos digestivos 14,3 %. HTA 13,1 %. Trastornos psicosociales (depresión y ansiedad) 15,5 %.

Conclusiones:

destacamos el elevado patrón de consumo de fin de semana, correlación de tabaco, antecedentes familiares y AUDIT con el consumo de UBAS semanales. Elevado infraregistro como factor de riesgo en HCAP. Alteraciones digestivas y ansiedad-depresión como trastornos no analíticos.

RELACIÓN ESTABLECIDA ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES E HIPOTIROIDISMO

D. Ramos Pollo, M.A. Palomero Martín e I. Esteban Vicente
Centro de Salud de Pizarrales, Salamanca.

Fundamentos:

Existen varios trabajos en la literatura que relacionan el hipotiroidismo con los factores de riesgo cardiovasculares. El objetivo de nuestro trabajo es establecer la relación entre el hipotiroidismo y los factores de riesgo cardiovasculares en una muestra sacada de una población adscrita a una consulta de Atención Primaria.

Método:

Ámbito: Atención Primaria.

Diseño:

Casos y Controles.

Sujetos:

Selección de una muestra cuyo origen es el cupo perteneciente a una consulta de Atención Primaria, en los que se definen como Casos aquellos pacientes que son hipotiroideos según criterios, TSH >4 y como Controles una muestra representativa de la población que son eutiroideos y que tienen factores de riesgo cardiovascular, independientemente del tipo de los mismos.

Resultados:

Se obtuvieron datos de 1320 pacientes, 500 mujeres y 350 varones, y 65 hipotiroideos, 40 mujeres y 15 varones. La frecuencia de hipotiroidismo es algo superior a la población general. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, es superior en hipotiroideos, a la de estudios poblacionales. La presencia de hipercolesterolemia y obesidad es claramente superior en el grupo de hipotiroidismo. La frecuencia de factores de riesgo cardiovascular es similar a la demostrada en otros estudios.

Conclusiones:

Existe un aumento de factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con hipotiroidismo con respecto al resto de la población estudiada.

PREVALENCIA DE HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 75 AÑOS

A. Altés Boronat, J.L. del Val García, A. Bonillo, E. Raidó, M. Sauri y C. Viola

EAP Bordeta Magòria. SAP Sants-Montjuïc Les Corts Sarrià S Gervasi

Fundamentos:

Objetivo: Describir la prevalencia de hipotiroidismo subclínico en la población mayor de 75 años de un área básica de salud (ABS).

Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Sujetos: Población mayor de 75 años adscrita a un ABS.

Ámbito: ABS urbana.

Variables: Edad, sexo, determinación de TSH (<0'36 microU/ml = niveles de hipertiroidismo, 0'36-5 = normalidad, > 5 = hipotiroidismo subclínico, > 10 = hipotiroidismo subclínico tributario de tratamiento sustitutivo) y T4 libre (normalidad = 0'80-1'80 ng/dl).

Estadística:

Medidas de tendencia central, con sus intervalos de confianza del 95%, para variables continuas, y descripción de frecuencias para variables categóricas.

Resultados:

Se estudiaron 58 pacientes (el 61'5% eran mujeres, con una media de edad de 83'89 años). Los niveles de TSH fueron: <0'36 = 3 pacientes (1'5 %), uno de ellos con T4 libre > 1'8 (0'5 %), 0'36-5 = 48 pacientes (86'4%), > 5 = 5 pacientes (2'5 %), > 10 = 2 pacientes (1 %), uno de ellos con T4 libre > 0'8 (0'5%).

Conclusiones:

La prevalencia de hipotiroidismo subclínico fue del 3 %, siendo el 0'5 % tributario de tratamiento sustitutivo. Se halló un caso de hipotiroidismo clínico (0'5%).

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL (EN) EN PACIENTES ONCOLÓGICOS (PO): SU APLICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

M.R. Bosca*, F.J. Pascual, A. Egido, P.P. Escolar, M. Aguayo y E. Contell

Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia.

*Centro de Salud de Orba. Alicante.

Introducción:

La desnutrición es uno de los problemas más graves derivados de los procesos cancerígenos; más del 50% de los PO, presentan alteracio-

nes nutricionales con síntomas como la pérdida de peso, disminución de la ingesta y del apetito, cansancio y debilidad, y en general, un importante deterioro de la calidad de vida. La propia enfermedad y los efectos de las terapias son sus principales causas.

Objetivos:

Analizar en EN en el PO hospitalizado para valorar la utilidad de un programa de valoración nutricional con el fin de realizar una intervención nutricional y seguimiento del paciente, tanto en el hospital como en AP.

Métodos:

Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo, realizado entre junio y diciembre de 2002 en el IVO. Se seleccionó a 47 PO por muestreo consecutivo (39 varones) y en tratamiento activo (químico, radio y quimio-radioterapia concomitante) con una edad media de 67 años (rango 63-85) y con posible riesgo de desnutrición. Los tumores más frecuentes eran cabeza y cuello en varones y mama metastásica en mujeres. Se elaboró una hoja de recogida de datos antropométricos y analíticos que incluían edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal (IMCC), porcentaje de pérdida de peso en los últimos 6 meses, hemoglobina, linfocitos, proteínas totales, albúmina, urea y creatinina. Al inicio del estudio y durante el seguimiento, se han calculado las necesidades energéticas y calóricas de los PO mediante la ecuación de Harris-Benedict y la ecuación de Long y se ha realizado el test de valoración nutricional Mini Nutritional Assessment (MNA) (>24, EN adecuado; de 17 a 24, desnutrición moderada y <17, desnutrición grave). En los PO que al principio del estudio presentaban riesgo de desnutrición o ya establecida, se administró un suplemento nutricional adaptado al paciente en función de la sintomatología relacionada con la nutrición como la anorexia y caquexia tumoral, náuseas y vómitos postratamiento, disfagia, mucositis, disgeusia y mucositis, diarrea, síndrome de mala absorción y estreñimiento. La comparación de medias se realizó mediante la T de Student.

Resultados:

De los PO estudiados, 8 (17%) presentaban un EN adecuado, 14 (29,8%), desnutrición moderada y desnutrición grave 25 (53,2%). La media de los parámetros antropométricos, hematológicos y bioquímicos al inicio y a los tres meses se expone en la tabla I:

	Pérdida	IMC	HB	Linfocitos	Urea	Creatinina	Prot.total	Albúmina
Inicio	58%	25,7	9	1.3-4000	53	1,8	4,6	2,3
3 meses	37%	27,9	10	1,8-5000	37	1,2	5,7	3,4

Conclusiones:

1) La realización de un programa de valoración nutricional, permitió la detección de PO con desnutrición moderada o grave, y facilitó el seguimiento del EN y la instauración de medidas nutricionales adaptadas.

2) El MNA test, constituye una herramienta útil y de fácil utilización para valorar el EN en PO.

3) Es necesaria la implicación de todo el personal médico, auxiliar y de enfermería, así como, los familiares de los PO para realizar el test, el seguimiento y la atención continuada a los PO.

4) Aunque no existe un marcador universal del EN en los PO, sí hay varios índices que permiten predecir el riesgo nutricional y son de fácil aplicación en AP.

USO DE BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA EN EL DOLOR CRÓNICO ASOCIADO A LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

M.R. Bosca*, F.J. Pacual, A. Mancheño, S. Fons, E. Conesa y J.J. Ferrando

Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia.

*Centro de Salud de Orba. Alicante.

Fundamentos:

La incorporación de nuevos fármacos en el arsenal de los analgésicos, siempre es bien recibido, ya que supone un aumento de las posibilidades de controlar el dolor, y en consecuencia, ofrecer calidad de vida al paciente. Así, la aparición de la buprenorfina transdérmica, supone una nueva alternativa en el tratamiento del dolor crónico asociado a la enfermedad oncológica e interesaba conocer el beneficio analgésico, la aceptación del paciente y la familia, los problemas de uso y la incidencia de efectos secundarios.

Métodos:

Se trata de un estudio prospectivo sobre una muestra de 37 pacientes (25 varones) a quienes se realizó un seguimiento de 2 meses, con una edad media de 63.8 años (rango 58-72) y en tratamiento con analgésicos de primer y segundo escalón y con dolor crónico no aliviado. Por tumores, en mujeres el más frecuente fue de mama, genitourinario y cabeza y cuello, y en varones, genitourinario, cabeza y cuello, digestivo y pulmón. En cuanto al tipo de dolor, se calificó como dolor óseo, visceral, óseo y visceral, neuropático y somático.

Resultados:

El tratamiento analgésico previo a la instauración de la buprenorfina transdérmica, era tramadol 300 mg/24h en 20 pacientes, dihidrocodeína 240 mg/24h, codeína 280mg más paracetamol 2g/24h y metamizol magnésico 8g/24h. Los pacientes con tratamiento asociado como antiepilépticos, ansiolíticos, antidepresivos y/o corticoides, se mantuvo. El motivo del cambio a buprenorfina transdérmica, fue analgesia insuficiente con el tratamiento previo y efectos secundarios (estreñimiento en tres casos). En todos los pacientes se comenzó el tratamiento con 35 ug/24h asociado a metoclopramida 10mg/8h durante 5 días. Los efectos adversos generales y locales se exponen en la tabla I:

E.A Generales	3 días	15 días	2 meses	E.A. LOCALES	3 días	15 días	2 meses
Náuseas	8 (21.6%)	2(5.4%)	1 (2.7%)	Eritema	5 (13.5%)	3 (8.1%)	-
Somnolencia	5 (13.5%)	3(8.1%)	1 (2.7%)	Prurito	5 (13.5%)	2 (5.4%)	-
Mareo	4 (10.8%)	1 (2.7%)	-	Falta de adherencia	2 (5.4%)	-	-

Hubo 2(5.4%) abandonos pro falta de efectividad. La satisfacción por el tratamiento fue excelente en 12 casos (32.4%), buena en 20 (54%), regular en 3 (8.1%) y 2 insatisfechos (5.4%).

Conclusiones:

En nuestra experiencia, el uso de la buprenorfina transdérmica, supone una alternativa válida en el tratamiento del dolor asociado a procesos oncológicos, ya que proporciona analgesia satisfactoria, con dosis que se mantienen estables durante periodos prolongados y con efectos secundarios que disminuyen con el tiempo en los pacientes que lo toleran inicialmente.