

## PÓSTERS

Jueves, 9 de diciembre

Sesión 1

13.00-14.00 h

PONENCIA 1

Envejecimiento activo.  
Propuestas para atención primaria**P1 CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE NUESTROS PACIENTES POTENCIALES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA?***E. Martí Suau, M. Nolla Mallafre, M. Munté Bigorra, M. Huguet Jacob, M. Aliseda Tienza y J. Cabré Vila*ABS Reus-1. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: jcabrev@medynet.com

**Objetivos.** Describir la población mayor de 75 años atendida en nuestro Centro de Salud (CS) que acude a la consulta habitualmente y que por sus características pueden entrar en programa de atención domiciliaria (ATDOM) en un plazo medio.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal. Forma parte de un estudio longitudinal para evaluar la incidencia de paso a ATDOM.

**Emplazamiento.** CS urbano (n = 17000).

**Sujetos.** Sobre 990 sujetos mayores de 75 años atendidos en el CS, se selecciona aleatoriamente una muestra de 77, suficiente para potencia estadística = 80% y error alfa = 0,05.

**Medidas e intervenciones.** Se recogen variables sociodemográficas, características de la vivienda y del cuidador, patologías, escala cognitiva (Pfeiffer) y escala funcional (índice de Barthel). Realizamos un seguimiento trimestral de cada sujeto, evaluando: número de visitas (consulta/domicilio), paso a ATDOM y pérdidas.

**Resultados.** La edad media fue 81,2 años, 66% mujeres, viudos 45%, viven solos el 46% y el 65% tienen barreras arquitectónicas. No tienen cuidador principal el 58%. Los diagnósticos principales fueron: artrosis 48%, insuficiencia cardíaca 17% y EPOC o asma 14,4%. El índice de Pfeiffer fue en promedio de 9 y el de Barthel de 96. El número de visitas en consulta fue de 5,9 a los 3 meses y de 5,7 a los 6 meses.

**Conclusiones.** Pese a la elevada edad media de la muestra, el índice de funcionalidad aún es aceptable, pero la falta de un cuidador principal en casi la mitad de casos augura un incremento venidero del número de pacientes en programa ATDOM.

**P2 VALORACIÓN NUTRICIONAL DE ANCIANOS FRÁGILES EN ATENCIÓN PRIMARIA***M. Ortiz Fernández, F. Muñoz Cobos y P. Vega Gutiérrez*CS El Palo. Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga. Andalucía.  
Correo electrónico: franciscam@supercable.es

**Objetivo.** Determinar estado nutricional de personas mayores con riesgo desnutrición en atención primaria, evaluar evolución tras intervención.

**Diseño.** Descriptivo, de intervención no controlado.

**Emplazamiento.** Centro salud urbano.

**Sujetos de estudio.** Pacientes mayores 65, con criterios anciano frágil o incapacitado (N = 131), con factores riesgo nutricional atendidos en consulta o domicilio, adscritos a un cupo, (marzo 2003-marzo 2004) (n = 46).

**Mediciones.** Edad, sexo. Factores riesgo malnutrición: pérdida peso, enfermedad aguda o crónica. Índices antropométricos: Índice Masa Corporal (IMC), Pliegue tricipital (PT), porcentaje (%PT), Perímetro braquial (PB), Perímetro pantorrilla (PP), Circunferencia muscular brazo (CMB), porcentaje (%CMB). Índices analíticos: linfocitos, transferrina, albúmina. Malnutrición: al menos 2 parámetros antropométricos alterados. Tipo: calórica, proteica, mixta. Grado: ligera-moderada-severa. Intervención: dietas adaptadas y/o suplementos nutricionales. Reevaluación parámetros a 6-12 meses (prueba t muestras apareadas).

**Resultados.** Edad media 83. 63% son mujeres. Factores riesgo nutricional: pérdida peso 41%, enfermedad aguda 39%, crónica 10,5%, deterioro cognitivo 4%, riesgo social 2%. Malnutridos 80,4% (32,5% calórica, 46% mixta, 21,5% proteica; 27% leve, 56,7% moderada, 16,3% severa). Valores medios parámetros antropométricos: IMC 21, PT 11,3 mm (% PT 72%), PB 22 cm, CMB 19,4 (% CMB 90%), PP 28cm, % PI 87%. Se indican suplementos nutricionales en 15%. Reevaluación en 32 casos, sin cambios significativos en ningún parámetro antropométrico (prueba t para a = 0,05).

**Conclusiones.** La malnutrición es frecuente en ancianos con factores de riesgo (pérdida de peso y enfermedad aguda), más frecuentes malnutrición calórica o mixta. Las intervenciones efectuadas no mejoran los parámetros antropométricos.

**P3 RIESGO NUTRICIONAL: DETECCIÓN PRECOZ EN EL ANCIANO AMBULATORIO***D. García Pina, M. Marina Ortega, M. Acerete Rodríguez, S. Sanz Cardeñosa, C. Forcada Vega y C. Ginés García*ABS Canet de Mar. Canet de Mar. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 15589vmo@comb.es

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de Riesgo Nutricional en mayores de 69 años que acuden a la consulta en AP y la concordancia con la impresión clínica del profesional.

**Diseño.** Estudio observacional/transversal de prevalencia.

**Metodología.** Población. Mayores de 69 años que acuden a la consulta, por cualquier motivo, entre diciembre/03-abril/04. Muestra: 153 personas. Encuesta utilizada: NSI (Nutritional Screening Initiative), validada para población americana ambulatoria > 69 años. Previamente, el profesional valoraba el riesgo según su impresión clínica y lo anotaba en el ítem correspondiente. Después de pasar el test se realizaba una intervención individual sobre hábitos saludables nutricionales. A los de riesgo moderado se les repitió el test 4 meses después. A los de riesgo alto se les realizó un estudio nutricional.

**Resultados.** 43% varones y 57% mujeres. La edad media es de 76,33 años. El 71,2% no riesgo, el 24,2% riesgo moderado y el 4,6% riesgo alto. El profesional no percibió el 88,6% del riesgo moderado-alto. Presentaron: enfermedad reciente 5,9%; 3,9% tenía cambios de peso > 5 Kg; 2% hacía menos de 2 comidas al día; 23,5% comía poca fruta/verdura/lácticos; 3,9% bebía más de 3 vasos de alcohol al día; 3,1% tenía problemas dentales; 20,9% comía en soledad; 3,3% tenía dificultades para cocinar/comprar; 47% consumía 3 o más fármacos diarios y 1,3% le faltaba dinero para alimentarse. El 24% de riesgo moderado, después de 4 meses, pasaron a no riesgo. El 15% de riesgo alto era malnutrición.

**Conclusiones.** La mayoría de nuestra población ambulatoria no tiene riesgo nutricional. Dado que la impresión clínica subestima el riesgo real, sería interesante incorporar el NSI a las actividades preventivas de este grupo poblacional. La pobre ingesta en verduras/frutas/lácticos, la polifarmacia y la soledad son las 3 variables más repetidas. El NSI es un test anglosajón, se debería validar para nuestra población.

#### P4 DETERIORO MENTAL EN EL ANCIANO

C. de la Torre Solís, M. Guil García, T. López Madroñero, J. Lomeña Villalobos y M. Negrillo Villalón

DS Axarquía. HGB Axarquía. DS Antequera. Málaga. Andalucía.  
Correo electrónico: mguilgarcia@hotmail.com

**Introducción.** El deterioro cognitivo-afectivo de los ancianos, juega un papel importante en su salud. Los cuestionarios Pfeiffer y Yesavage son formas válidas de medirlo, ampliamente utilizados.

**Objetiva.** Conocer la prevalencia de ambos deterioros, relacionarlos con variables socio-demográficas y patologías prevalentes.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento.** Atención Primaria.

**Sujetos.** Población > 65 años.

**Mediciones.** Estudio en 6 cupos (3 rurales y 3 urbanos) realizándose un muestreo estratificado sistemático de > 65 años asignados, calculándose la muestra en base a prevalencia esperada de 15% con error a de 0,05 y precisión de  $\pm 5\%$ . Se realiza cuestionario que incluye datos de filiación, socio- económicos, patologías prevalentes, Pfeiffer, Yesavage. Los resultados se analizan con SPSS, realizándose regresión logística y análisis multivariante.

**Resultados principales.** Estudiamos 187 pacientes. Edad media 75,04 años; 54,4% mujeres. 51,1% rurales. 74,2% analfabetos / sin estudios. Viven con pareja 56%. 60 (32,09%) presentan deterioro mental. Pfeiffer patológico en 19,3% (leve 11,2%, moderado 2,7%, grave 5,3%). Yesavage positivo en 18,7% (leve 14,5% establecida 3,7%. Análisis multivariante respecto de deterioro cognitivo significativo para edad ( $p = 0,004$ ; OR: 3,914; IC95% = 1,55-9,85) diabetes mellitas ( $p = 0,009$ ; OR: 3,776; IC95% = 1,385-10,293), ámbito urbano ( $p = 0,021$ ; OR: 0,324; IC95% = 0,127-0,847), apreciándose tendencia en nivel educacional y sin significación para sexo, estado civil, HTA, cardiopatía, ACV, EPOC, osteoartritis, polimedicación. Respecto de depresión, significativo para sexo ( $p = 0,0001$ ; OR: 13,2; IC95% = 2,83-67,2), HTA ( $p = 0,024$ ; OR: 0,29; IC95% = 0,101-0,852), polimedicados ( $p = 0,02$ ; OR: 3,1; IC95% = 1,25-8,23). Sin significación para el resto.

**Conclusiones.** 32,09% ancianos presenta deterioro mental, (demencia 19,3% y depresión 18,7%). Edad y sexo influyen en el tipo de deterioro mental. Es posible que el ámbito y nivel cultural protejan de demencia. Habrá que determinar cuál es la relación de DM-HTA en el deterioro mental del anciano.

#### P5 CALIDAD DE LA INTERVENCIÓN REALIZADA EN LOS PACIENTES INCAPACITADOS, BASADA EN LA EVIDENCIA CLÍNICA

M. Ortiz Fernández, M. Díaz-Cordovés Rego, J. Ruiz San Basilio, F. Torrejón Matías, J. Vargas Díez y M. Blancas Avilés

CS El Palo. Málaga. Andalucía.  
Correo electrónico: lofdez@terra.es

**Objetivos.** Evaluar la calidad de la intervención realizada en los incapacitados, según la evidencia clínica.

**Diseño.** Evaluación retrospectiva, interna. Dimensiones: Calidad Científico Técnica, Adecuación, Continuidad Asistencial.

**Emplazamiento.** Centro Salud Urbano.

**Población de estudio.** Pacientes en programa de incapacitados en 2003 (N = 467).

**Mediciones.** Variables: edad, sexo, fallecimiento, Patología incapacitante (enfermedades crónicas, osteomuscular, deterioro cognitivo, enfermedades neurológicas, fracturas). Número visitas domiciliarias por médico, enfermería, enfermera de enlace, trabajadora social. Criterios de calidad: 1. Realización de valoración funcional, (Barthel, Lawton, Pfeiffer, Yesavage), evidencia: ensayo clínicos controlados (ECC). 2. Valoración riesgo caídas, evidencia: ECC, revisión sistemática. 3. Valoración del cuidador, evidencia: ECC, consenso experto.

**Resultados.** 70,55% mujeres. Edad media 80 (78,84-81,69). 11,5% fallecidos. Patología incapacitante: enfermedades crónicas 33,26%, osteomuscular 16,85%, deterioro cognitivo 16,18%, enfermedades neurológicas 15,3%, fracturas 9,5%. 68,9% visitados por médico, 69,7% enfermera/a, 22,9% enfermera de enlace, 19,4% trabajadora social. 1. Valoración funcional por escalas: 30,05% (24,47%-35,62%). Barthel 46,79 (39,83-53,75). 22,1% dependencia total, 19,1% dependencia grave, 15,3% dependencia moderada, 43,5% dependencia leve. Lawton 2,36 (1,48-3,23), Pfeiffer 4 errores (3,02-4,97). 40,6% normal, 14,1% deterioro cognitivo

leve, 26,6% moderado, 18,7% severo. Yesavage 5,79 (3,18-8,4). 57,1% normal, 21,5% probable depresión, 21,4% depresión establecida. 2. Valoración del riesgo caídas: 32,4% (26,8%-38%). 3. Valoración cuidador: 22,27% (22,17%-22,36%).

**Conclusiones.** Los incapacitados son mujeres de 80 años, por enfermedades crónicas, con dependencia alta para actividades básicas e instrumentales, con escaso deterioro cognitivo y depresión. Es mejorable la valoración funcional, del riesgo de caídas y del cuidador. Propuestas Mejora. Realización precoz de la valoración funcional. Intervención multifactorial en caídas. Atención reglada a cuidadores.

#### P6 PLAN DE ACTUACIÓN PREVENTIVO DE LA OLA DE CALOR EN UN CENTRO DE SALUD

J. Martínez Rodán, S. Cabrera Robledo, B. Fontoba Poveda, N. Gutiérrez Jiménez, D. Moll Casamitjana y P. Rodríguez de la Rubia

EAP Vinyets. Institut Català de la Salut. Sant Boi de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: jmartinez.cp.ics@gencat.net

**Justificación.** Temperaturas elevadas y mantenidas pueden provocar un efecto negativo sobre la salud especialmente en el paciente vulnerable. En el verano 2003 se supero en un 53% los valores de mortalidad comparado con los registros del 2002. Para minimizar los efectos negativos por la ola de calor en nuestra población, se ha diseñado un protocolo de actuación.

**Objetiva.** Informar y realizar actividades de prevención y educación sanitaria, para que el paciente sepa identificar y actuar ante los síntomas del golpe de calor. Cobertura de intervención en un 100% en pacientes de atención domiciliaria y 70% en pacientes mayores de 70 años. Reducir un 50% la mortalidad por golpe de calor respecto al año anterior.

**Diseño del programa.** Censo de población vulnerable. Personas mayores de 70 años y las de atención domiciliaria.

**Acciones.** 1. Preventiva: Recomendaciones de prevención mediante la entrevista clínica y la valoración de necesidades para cada paciente, en todas las consultas del centro y en el domicilio. Se reforzará mediante folleto informativo del Departament de Salut. Cuestionario que recoge información homogénea de todos los pacientes relacionado con la ola de calor. Al paciente ATDOM intervención mediante visita y/o llamada telefónica. Retransmisión de los consejos en la radio local. 2. Reactiva: Si aumento de temperatura excesivo se comunicará al equipo del centro para: reforzar los consejos preventivos en consultas y telefónicamente e incrementar disponibilidad de visitas espontáneas y domicilio.

**Conclusiones.** El diseño de un pla preventivo permitirá una disminución de la morbi-mortalidad asociada a la ola de calor.

#### P7 NO TODOS LOS ANCIANOS FRÁGILES SE DETERIORAN DE LA MISMA FORMA

M. Ortiz Fernández, P. Vega Gutiérrez, R. Cuenca del Moral, C. Sánchez Zayas, T. Sánchez García y F. Muñoz Cobos

CS El Palo. Málaga. Andalucía.  
Correo electrónico: lofdez@terra.es

**Objetivos.** 1) Describir los patrones evolutivos de capacidad funcional en ancianos de riesgo. 2) Relacionar la enfermedad de base y el patrón evolutivo de la valoración funcional.

**Diseño.** Descriptivo retrospectivo.

**Emplazamiento.** Centro de Salud urbano.

**Población de estudio.** Pacientes de un cupo incluidos en programa ancianos de riesgo (2003- Junio 2004), (N = 158).

**Mediciones.** Edad, sexo, Barthel, Lawton, Pfeiffer (mediciones en 18 meses), incluidos en el programa de atención domiciliaria, patología que los incapacita, patrón evolutivo de Barthel, Lawton y Pfeiffer. Relación patrón y patología (chi-cuadrado,  $a < 0,05$ ).

**Resultados.** Se evalúan 154 pacientes (4 fallecidos). Edad 84,04 (83,53-84,54), Mujeres 63,6%. Capacidad funcional basal: Barthel 73,07 (70,62-75,52), Lawton 3,82 (3,55-4,08), Pfeiffer 2,97 (2,67-3,27); Capacidad funcional final: Barthel 46,33 (37-55,66), Lawton 0,9 (0,49-1,31), Pfeiffer 5 (2,48-7,52). En programa de atención domiciliaria 32,5%. Patología que los incapacita: osteomuscular 14,9%, disneizante 7,8%, neurológico 5,8%, demencia 5,2%. Patrón Barthel: estable 14,3%, oscilante 13,6%, descendente 12,3%; patrón Lawton: estable 14,9%, descendente

10,4%, oscilante 8,4%; patrón Pfeiffer: descendente 10,4%, oscilante 7,1%, estable 6,5%. Existe relación estadísticamente significativa entre patología que incapacita y patrón funcional del Barthel (neurológico y demencia: descendente; osteomuscular y disneizante: oscilante o estable), ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones:** 1) Se identifican 3 patrones evolutivos en la capacidad funcional: descendente, oscilante y mixto. 2) Existe relación entre patología y patrón evolutivo (descendente en neurológicas y no descendente en resto).

## P8 ESTUDIO DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

N. Goñi Ruiz, T. Sánchez Lasheras, P. Buil Cosiales, M. Seguí-Gómez, V. Molina Samper y M. Serrano Martínez

CS de Azpilagaña. Departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: nuria\_goni@yahoo.es

**Objetivo.** Analizar el estado nutricional y su relación con la calidad de vida en personas mayores, no institucionalizadas.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal. Muestreo aleatorio de pacientes de edad igual o superior a 75 años de un Centro de Salud urbano. Se determinaron parámetros nutricionales y se completaron cuestionarios de valoración nutricional (MNA) y calidad de vida (SF-36), datos antropométricos, demográficos, socioeconómicos, y sobre patologías. Se analizaron mediante regresión múltiple la asociación entre los parámetros analíticos y las puntuaciones del MNA. Se realizó comparación de medias de los apartados del SF36 según puntuación en MNA.

**Resultado.** De los 84 pacientes incluidos (80,8 años de edad media), 53 fueron mujeres (63,1%). El 35,7% se encontraba en riesgo de desnutrición. En comparación con el grupo con buen estado nutricional, estos pacientes presentaban mayor edad media ( $p < 0,01$ ), mejor puntuación en la escala de Barthel ( $p < 0,01$ ), peor en la de Yessavage ( $p < 0,01$ ) y tomaban más fármacos cada día ( $p < 0,01$ ). Se encontró asociación entre las puntuaciones del MNA y las cifras de linfocitos ( $R^2 = 0,075$ ,  $p = 0,0032$ ) y albúmina ( $R^2 = 0,005$ ,  $p = 0,003$ ). Los pacientes en riesgo de malnutrición presentaban puntuaciones significativamente inferiores ( $p < 0,005$ ) en todos los ítems del SF36 excepto para rol físico y dolor corporal.

**Conclusiones.** Un alto porcentaje de la población de edad avanzada que vive en la comunidad se encuentra en riesgo de malnutrición y ello influye negativamente en la calidad de vida. El médico de familia tiene un papel clave en la detección precoz y el abordaje de los factores de riesgo nutricional.

## P9 PREVALENCIA DE LA HIPOACUSIA EN MAYORES DE 75 AÑOS

R. Valls Foix y E. Muñoz Seo

UBS ES Castell. ES Castell. Menorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: rogervalls@redfarma.org

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de la hipoacusia en >75 años en atención primaria y evaluar la utilidad del cribaje de la hipoacusia en esta población.

**Diseño y metodología.** Muestra: todos los >75 años de un cupo (73 pacientes), localizamos a 58, consintieron 50. Mediciones: edad, sexo, auto-percepción de hipoacusia, antecedentes otológicos, fármacos ototóxicos, tabaquismo, trauma acústico, portador de audífono, acúfenos, otoscopia y medición del umbral de audición a 500, 1000, 2000 y 4000Hz (vía aérea y ósea) utilizando audiómetro portátil modelo MAICO MA40.

**Resultados.** Se realizó otoscopia, detectando tapón de cerumen en 15 pacientes (28%); tras extracción, practicamos 47 audiometrías (6% pérdidas). Para cada frecuencia encontramos los siguientes umbrales promedio: 500Hz 29 dB ( $\pm 15$  dB), 1000Hz 29 dB ( $\pm 17$  dB), 2000Hz 36 dB ( $\pm 18$  dB), 4000Hz 53 dB ( $\pm 20$  dB). En algún oído y/o alguna frecuencia, presentan hipoacusia leve (25-40 dB) el 19,15% de los pacientes, moderada (40-65 dB) un 48,94% y severa (> 65 dB) un 27,66%. La auto-percepción de hipoacusia se asocia a una mayor pérdida media (50 dB  $\pm 14$  dB frente a 32 dB  $\pm 11$  dB) aunque no significativa, y no existe asociación con mayor prevalencia de tapones de cerumen (14,3% refieren oír mal, 85,7% no). Sólo un paciente con hipoacusia aceptó derivación, probablemente debido a falta de auto-percepción (24% de pacientes).

**Conclusiones.** La prevalencia de hipoacusia es globalmente muy elevada en mayores de 75 años, especialmente para frecuencias altas. Los pacientes

con hipoacusia no aceptan derivación. La otoscopia resultó más útil que la auto-percepción de hipoacusia en detección de tapones. Con nuestros resultados, parece más útil incluir en las actividades preventivas del anciano una otoscopia que una audiometría.

## P10 PREVALENCIA DE CAÍDAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS ENTRE LAS PERSONAS MAYORES RESIDENTES EN UNA COMUNIDAD URBANA

E. Castro Martín, L. Pérula de Torres, M. Fernández Fernández, F. Varas Fabra, I. Enciso Bergé y R. Ruiz Moral

CS Occidente. CS Levante-Norte. CS Guadalquivir. Córdoba. Andalucía.  
Correo electrónico: estrella@moraleslara.com

**Objetivos.** Estimar la prevalencia de caídas en personas de 70 años o más, residentes en tres Zonas Básicas de Salud (ZBS), identificar factores asociados y consecuencias.

**Diseño y metodología.** Diseño: Estudio observacional, transversal, multicéntrico. Muestreo estratificado por ZBS. Sujetos: N: 360, seleccionados por muestreo sistemático de Base Datos del Usuario por centro. Instrumentos de medida: 1. Cuestionario de la OMS para estudio de caídas en anciano. 2. Cuestionario calidad de vida: EUROQOL-5D. Análisis: Estadístico uni-bivariado, regresión logística múltiple.

**Resultados.** La prevalencia de caídas fue del 31,8% (IC 95%). Los ancianos se caen en el 55,3% de las ocasiones en el domicilio, en horas de la mañana (60%), 68% de ellos estaban sin compañía. 56% sufrieron heridas superficiales, 7,8% fracturas, 7% esguinces, 1% traumatismos craneoencefálicos. 30% contactaron con sistema sanitario. La media de edad es mayor en ancianos que se caen (77,96 años  $p < 0,001$ ). Las caídas son más numerosas en mujeres (39,8% y 20,5% en hombres;  $p < 0,001$ ). Los ancianos que caen tienen dificultad para: andar, sostenerse, levantarse, usar ambas manos, realizar esfuerzos, actividades cotidianas, cuidados personales, memorizar, orientación tiempo y espacio; los que salen solos de casa. Y padecen: enfermedades neurológicas, visuales, psíquicas, problemas en pies. El número de fármacos consumidos es mayor en ancianos que caen.

**Conclusiones.** La mayoría de caídas se producen en el domicilio, durante la mañana y estando solos los mayores. La media de edad es mayor en los que se caen. Las caídas son más frecuentes en mujeres. Constituyen un problema infradiagnosticado que origina restricciones de movilidad, consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas.

**Financiado por:** 1. Consejería Salud de la Junta de Andalucía 2003. 2. SAMFYC 2002.

## P11 RELACIÓN ENTRE EL APORTE DE CALCIO EN DIETA LIBRE PROCEDENTE DE PRODUCTOS LÁCTEOS Y LOS VALORES DE LA ECOGRAFÍA CUANTITATIVA DE CALCÁNEO EN 5.195 MUJERES MAYORES DE 64 AÑOS ATENDIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Julián<sup>1</sup>, M. Castel<sup>1</sup>, V. Rubio<sup>2</sup>, J. Muñoz<sup>3</sup>, M. Valero<sup>4</sup> y R. Álvarez<sup>5</sup>  
en representación de los investigadores del proyecto ECOSAP

<sup>1</sup>CS Peñagrande. Madrid. <sup>2</sup>CS Hermanos Iturrino. Irún. Guipuzcoa.

<sup>3</sup>CS San Fernando. Madrid. <sup>4</sup>Dpto. Investigación Médica Lilly. Madrid.

<sup>5</sup>Área 10 Atención Primaria. Instituto Madrileño de la Salud. Madrid.

Correo electrónico: rjulianvi@nacom.es

**Objetivos.** Analizar la relación entre la ingesta estimada de calcio derivada de lácteos y los valores de la ecografía cuantitativa ósea de calcáneo (QUS) en mujeres posmenopáusicas atendidas en centros de Atención Primaria (AP).

**Métodos.** Diseño: Estudio descriptivo, transversal. Ámbito: 58 centros de AP. Sujetos: 5.195 mujeres > 64 años que acudieron por cualquier motivo a consulta de AP. Variables: edad, talla, peso, cuestionario semicuantitativo de ingesta de lácteos (con cálculo posterior de consumo de calcio en mg/día), y QUS del calcáneo derecho (Sahara). Análisis estadístico: descriptivo y regresión lineal.

**Resultados.** Mediana de la ingesta de calcio: 832 mg/día (media + DE: 909 + 503). El análisis por cuartiles de ingesta de calcio mostró una correlación negativa con la edad (edad media + DE: 72,3 + 5,3 años) ( $p = 0,021$ ) y positiva con todos los valores de la QUS ( $p < 0,05$ ), excepto con la velocidad del sonido (SOS: speed of sound). El análisis de regresión múltiple ajustado por edad, altura y peso mostró coeficientes de correlación lineal estadísticamente significativos para todos los parámetros de la QUS con un valor  $r^2$  entre 0,04 y 0,07 dependiendo del parámetro ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión.** La ingesta de calcio en dieta libre estimada por el consumo de lácteos está relacionada positivamente con los valores de la ecografía cuantitativa de calcáneo en las mujeres estudiadas. Esta variable explica aproximadamente el 6% de la variabilidad de los parámetros medidos con esta técnica. Desde AP se deberían reforzar las estrategias de promoción del consumo de lácteos para prevenir la osteoporosis.

**Financiación:** *Bea no restringida. Departamento de Investigación Médica. Lilly S.A.*

## P12 PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LOS ANCIANOS CON RIESGO DE CAÍDAS

*L. Montull Navarro, M. Bellmunt Bonet, M. Torres Justribó, M. Ortega Bravo, S. Garrido Calvo y M. Rodrigo Claverol*

ABS Eixample. Lleida. Cataluña.  
Correo electrónico: mtorresj@comll.es

**Objetiva** Conocer el riesgo de caídas en pacientes mayores de 65 años, según la escala de Downton.

**Diseño y metodología.** Estudio observacional transversal. ABS urbana. Se calculó sistemática y aleatoriamente una muestra de 160 pacientes, para obtener una fiabilidad del 0,05, durante abril-nov 2003.

**Variables.** Escala de DOWNTON:

- Caídas anteriores: No/Sí\*
- Medicamentos: ninguno
- Tranquilizantes-sedantes\*
- Diuréticos\*
- Hipotensores\* (no diuréticos)
- Antiparkinsonianos\*
- Antidepresivos\*
- Otros medicamentos
- Déficit sensorial: ninguno
- Alteraciones visuales\*
- Alteraciones auditivas\*
- Estado mental orientado
- Confusión\*
- Marcha: normal
- Marcha segura con ayuda
- Marcha insegura con/sin ayuda\*

Pacientes de alto riesgo los que obtengan 3 ó más puntos (sumando asteriscos).

**Resultados.** 35% hombres, 65% mujeres; 48% mayores de 85 años; 33% entre 76-85 años; 19% de 65-75. El 18% había presentado algún tipo de accidente, frente al 82% no había presentado. Los fármacos más consumidos fueron antihipertensivos (21%), analgésicos (18%), antidepresivos (8,6%). Las patologías más frecuentes cardiovasculares (33%), psiquiátricas 16%, músculo-esqueléticas 14,43%. El 57,14% no presentaban riesgo de caídas según la escala de DOWNTON. Los mayores de 85 años presentaban 70% de riesgo; entre 85-76 años 17,5%; 75-65 años 12,5%.

**Conclusiones.** La escala Downton puede ser un método para predecir situaciones de alto riesgo y ayudarnos a implementar medidas correctoras. La edad es el factor de mayor influencia, caen los más dependientes. La prevalencia de riesgo de caídas es similar a la que describe la bibliografía.

## P13 ¿CÓMO SE MEDICAN NUESTROS ANCIANOS?

*R. Castillo Rubio, C. Olaya Sáez, M. López Gaitano, F. López Sánchez y C. López García*

CS Zona I. CS Zona III. CS Zona V. Albacete. Castilla-La Mancha.  
Correo electrónico: javilo@ono.com

**Objetivos** Conocer la prevalencia de polifarmacia y grado de cumplimentación terapéutica y automedicación en la población anciana de nuestra área de salud.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo, transversal en un área básica de salud urbana. Población a estudio: sujetos  $\geq 65$  años de 3 centros de salud, extrayéndose una muestra de 111 ancianos mediante selección aleatoria simple. Método: entrevista personal concertada, valoración geriátrica (índice Katz y test de Pfeiffer) y grado de cumplimentación (test de Morisky-Green). Criterios de inclusión: sujetos  $\geq 65$  años con Katz de A ó B y Pfeiffer de 0 a 2.

**Resultados.** Edad media muestral 74,57 (IC 95%: 73,44 – 75,70), siendo el 59,5% mujeres. Vivían solos el 18%, perteneciendo a clase media el 56,8%. Un 57,7% reciben 3 ó más fármacos. Existe buen cumplimiento en el 91,9%. En el 74,8% era el propio paciente quien se administraba su medicación. El 88,6% conoce la indicación de los fármacos que consume. El 96,4% había recibido indicaciones sobre posología y el 100% reconocía útil esta información. El 21,6% ha suspendido en alguna ocasión algún fármaco (29,6% por mala tolerancia). Existe automedicación en el 46,8% de los casos, por voluntad propia en el 50%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre clase social y automedicación ( $p = 0,041$ ) y entre información y cumplimentación ( $p = 0,032$ ).

**Conclusiones.** La mayoría de nuestros ancianos están polimedicados, presentando buen grado de cumplimentación, siendo casi la mitad los que se automedican, principalmente por voluntad propia. Informar sobre indicación y posología favorece la cumplimentación. Existe más automedicación en población con mayor poder adquisitivo.

## P14 PREVALENCIA DE OBESIDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLACIÓN $\geq 65$ AÑOS

*S. Pita Fernández, R. Seijo Bestilleiro, S. Pértega Díaz, M. Méndez Pazos, M. García Martínez, y J. Vázquez Cabarzas*

CS de Cambre. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística del Hospital Juan Canalejo. Escuela Universitaria De Enfermería Juan Canalejo de la Universidad de A Coruña. A Coruña. Galicia.  
Correo electrónico: spertega@canalejo.org

**Objetivos** Determinar la prevalencia de hipertensión arterial (HTA), sobrepeso y obesidad en población de 65 y más años de un municipio rural.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo de población  $\geq 65$  años de un municipio rural en el año 2003. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por edad, sexo y parroquia, incluyéndose 271 personas (alfa = 0,05; precisión +/- 6%). Se obtuvo un registro de tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD) con un esfigmomanómetro de mercurio (dos determinaciones). Se calculó a su vez el índice de masa corporal de cada individuo. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables. La asociación de diferentes variables con la presencia de HTA se estudió con un modelo de regresión logística.

**Resultados.** La media de edad fue de  $75,2 \pm 7,2$  años y 118 (43,5%) eran hombres. 32 (11,9%) personas tenían un peso adecuado, 124 (45,9%) sobrepeso y 111 (41,1%) eran obesos. Un 50,4% presentaba hipertensión (TAS  $\geq 140$  mmHg o TAD  $\geq 90$  mmHg). Un 37,5% de los sujetos con peso adecuado eran hipertensos, un 45,2% de los de sobrepeso y un 60,4% de los obesos. Ajustando por IMC, edad y sexo los determinantes de la presencia de HTA son el IMC (OR = 1,07) y la edad (OR = 0,96). De los hipertensos diagnosticados conocen que lo son el 57,4%. El 52,2% manifestaron estar con tratamiento farmacológico para la hipertensión, estando bien controlados el 49,3%.

**Conclusiones:** Existe una elevada prevalencia de sobrepeso, obesidad y HTA en la población de 65 y más años. La HTA se asocia con el índice de masa corporal y edad.

## P15 AUTOPERCEPCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN MAYORES DE 65 AÑOS

*M. Blanco Ramos, M. Aira Quintela, M. Pérez García, M. Diosdado Figueiredo y A. Souto Ramos*

Unidade Docente de MF. Xerencia de Atención Primaria. Ourense. Galicia.  
Correo electrónico: manuel.blanco.ramos@sergas.es

La OMS remarca la necesidad de integrar los cuidados de salud mental a largo plazo en las personas mayores, y alerta del gran porcentaje de patología no diagnosticada.

**Objetiva** Conocer mediante cuestionario validado, la valoración de su salud mental, la demanda y uso de recursos de salud mental y el consumo de psicofármacos de las personas mayores de 65 años. Realizar un despistaje de patología psiquiátrica. Ámbito del trabajo: 85987 personas mayores de 65 años de una provincia de interior (24% de la población total), selección mediante muestreo aleatorio: 543 individuos. Diseño: Estudio descriptivo transversal.

**Resultados.** 59,7% mujeres. La edad media de 77 años (IC 95% 76 a 78), los mayores de 80 años constituían el 29,3%. El 70% de los en-

cuestados viven en entrono rural. La autopercepción de la salud mental es mala o regular en un 54,8% de las mujeres y en un 32,6% de los hombres ( $p < 0,0001$ ). Consideran interesante la vida el 7,1% de las mujeres frente a un 13% de los hombres ( $p < 0,0001$ ). Mediante el Short Psychiatric Evaluation Schedule (SPES), se evidenció que existía sospecha de patología psiquiátrica en el 39,6%, siendo un 50,5% en las mujeres frente a un 29,9% en hombres ( $p < 0,0001$ ). Declara percibir psicofármacos un 23,2% creyendo necesitarlos un 28%. Creen precisar atención en salud mental un 11,4%, siendo menor a nivel rural sin diferencia significativa.

**Conclusiones.** Las mujeres presentan una satisfacción menor y mayor sospecha de patología. Parece necesario establecer estrategias encaminadas a detectar y mejorar desde la consulta este aspecto relevante de la salud.

### P16 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO UTILIZADO POR LOS HIPERTENSOS DE 65 Y MÁS AÑOS

H. las Heras Alonso, P. Toribio, A. Arizti, G. Muñoz Méndez, J. Hernández Dettoma y J. Gil De GómeZ

CS Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.  
Correo electrónico: hortensiaweb@mixmail.com

**Objetivos.** Conocer el tratamiento antihipertensivo que utilizan los hipertensos mayores de 64 años atendidos en Atención Primaria.

**Diseño y metodología.** Estudio observacional descriptivo. Se revisaron 132 historias clínicas correspondientes a todos los pacientes hipertensos mayores de 64 años de una consulta de un centro de salud urbano, inscritos en la cartera de servicio de HTA y registrados en OMI. Se recopiló, mediante una hoja de datos de elaboración propia, el tratamiento farmacológico empleado por dichos pacientes incluyendo el orden de introducción de los fármacos así como datos de edad, sexo, tabaquismo y diabetes. **Resultado.** La edad media es de 75,87 años. El 35,9% eran hombres. En el momento del diagnóstico un 16% de los pacientes eran fumadores y un 12,2% diabéticos versus un 3,1% y 20,6% en la actualidad. El primer fármaco utilizado fue un diurético en el 52,7% de las ocasiones. Este porcentaje es del 19,8% en el caso de los IECA. Los fármacos más utilizados son los diuréticos: un 61,5% de los pacientes los toman en la actualidad y un 77,1% los ha tomado alguna vez. El 84,8% de los pacientes que están tomando dos o más fármacos, está tomando un diurético. En el momento del diagnóstico de HTA un 21,7% tenía un RCV alto. Este porcentaje es del 14% a fecha de hoy.

**Conclusiones.** El grupo farmacológico más utilizado es el de los diuréticos seguido del de los IECA. Se observa un descenso del RCV alto en nuestros pacientes.

### P17 ¿CÓMO MANEJAMOS EL TRATAMIENTO CON NEUROLÉPTICOS EN ANCIANOS?

R. Cuadros Margarit, L. Sandé Suarraz, V. León Rel, P. Dolcet Romeo, A. Lafuente Navarro, M. Méndez Trias

ABS Sant Josep. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: abssjosep.hos.cp.ics@gencat.net

**Introducción.** Las guías de práctica clínica recomiendan revisar y retirar el tratamiento con neurolépticos entre uno y seis meses. Predomina la impresión entre los profesionales de AP de que se ejerce poco control sobre estos tratamientos.

**Objetivo.** Evaluar el manejo del tratamiento con neurolépticos en mayores de 65 años con trastornos psicológicos y conductuales según las guías de práctica clínica.

**Diseño y ámbito.** Estudio descriptivo transversal en ABS urbana.

**Sujetos.** Mayores de 65 años tratados con neurolépticos durante el año 2003.

**Criterios de exclusión.** Trastornos mentales severos.

**Mediciones.** Revisión de 87 historias clínicas registrando edad, sexo, motivo de prescripción, patología de base, tipo de neuroléptico, duración del tratamiento, médico prescriptor, revisión del tratamiento y actuación posterior, efectos secundarios.

**Resultados.** Edad media  $81,6 \pm 7$  años. 63,2% de mujeres. La indicación principal fue la agitación (54%) destacando la falta de registro (34,5%). El trastorno cognitivo fue la principal patología de base (58%). La risperidona fue el neuroléptico más prescrito (39,1%). En un 75,6% de casos el tratamiento superó los 6 meses. EL médico de AP prescribió el 27,6%

de los tratamientos. Se revisó el tratamiento en los primeros 6 meses en el 29,9% de los casos y no consta la revisión en el 56,3% de casos. La revisión del tratamiento y la actuación posterior no eran las recomendadas en el 58,6% de casos. Aparecieron efectos secundarios en un 14,9%, con predominio del extrapirramidalismo (9,2%).

**Conclusiones.** Detectamos la necesidad de mejorar la competencia clínica de los médicos de AP en el manejo de neurolépticos en ancianos.

### P18 EFECTIVIDAD DE UN CUESTIONARIO POSTAL PARA IDENTIFICAR A LOS ANCIANOS CON MAYOR RIESGO SOCIAL Y SANITARIO

R. Monteserín Nadal, M. Fornasini Salvador, A. Muñoz Pena, M. Galán Díez, E. Rayó Martín y C. Brotons Cuixart

EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: rmonteserin@eapsardenya.net

**Objetivo.** Valorar la eficacia de un cuestionario auto-administrado y remitido por correo para identificar problemas sociales y sanitarios en personas mayores.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal, basado en un cuestionario auto-administrado (adaptación del desarrollado por Wallace y Williams), en viado por el método postal a sujetos de 75 años o más de un centro de salud y que cubre el entorno social, actividades de la vida diaria, problemas sensoriales, morbilidad, síntomas físicos, estatus afectivo y cognitivo y uso de medicación.

**Resultados.** La respuesta global fue de 65,8% (1299 total). Con una edad promedio de 82,3 años, 66% fueron mujeres y con mayor promedio de edad ( $P = 0,004$ ). Las mujeres respecto a los hombres presentaron diferencias estadísticamente significativas en: vivir solas ( $P = 0,000$ ), les es difícil mantener su casa acogedora ( $P = 0,001$ ), tener problemas económicos ( $P = 0,035$ ), sentirse deprimidas ( $P = 0,000$ ) y realizar incorrectamente el dibujo del reloj ( $P = 0,001$ ). Los sujetos que viven solos se relacionan más socialmente, tienen menores limitaciones en las Actividades de la vida diaria, consumen menos fármacos y se sienten más deprimidos ( $P < 0,05$ ). Hubo asociaciones significativas entre la frecuencia de caídas con problemas de memoria diarios, consumo de fármacos, dificultades para llevar sus cuentas y dificultades para recordar la toma de medicamentos.

**Conclusiones.** La utilización del cuestionario postal en ancianos es un procedimiento efectivo para identificar problemas sociosanitarios y ancianos frágiles. Nos permite realizar posteriormente, intervenciones preventivas, curativas y de seguimiento.

### P19 ¿POR QUÉ SE CAEN NUESTROS MAYORES?

R. Monteserín Nadal, A. Muñoz Pena, E. Rayó Martín, M. Martínez Gil, M. Fornasini Salvador y C. Brotons Cuixart

EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: rmonteserin@eapsardenya.net

**Objetivo.** Conocer circunstancias asociadas a las caídas en personas mayores.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal, basado en un cuestionario auto-administrado (adaptación del cuestionario multidimensional del Royal College of General Practitioners of England) enviado por correo a un total de 1973 ancianos de 75 años o más adscritos a un Centro de Salud.

**Resultados.** Respondieron un 65,8%. El 66% eran mujeres. La media de edad de las mujeres fue significativamente mayor que la de los hombres ( $82,5 \pm 5,3$  vs.  $81,6 \pm 5,0$  respectivamente) ( $P = 0,004$ ). Los sujetos sin problemas visuales sufrieron menos caídas 16% vs. 33% de los sujetos que refirieron una ligera carencia visual y vs. 38% de los sujetos con severa carencia visual. Hubo asociación estadísticamente significativa entre la frecuencia de caídas con los problemas de memoria diarios y las dificultades para recordar la toma de medicamentos. Los ancianos deprimidos han sufrido alguna caída con mayor frecuencia que los que no se sienten deprimidos 38% vs. 19%. Los activos físicamente sufrieron un promedio de 3,2 caídas en comparación con los nada activos físicamente 5,2 caídas ( $P = 0,0000$ ) Los sujetos que habían sufrido 4 caídas tomaban 5,1 fármacos al día, en tanto que los que no habían sufrido ninguna caída tomaban 3,8 fármacos ( $P < 0,000$ ). Los activos físicamente sufrieron en promedio 3,2 caídas en comparación con los nada activos físicamente 5,2 ( $P < 0,000$ ).

**Conclusión.** El déficit sensorial, la polifarmacia y los problemas cognitivos tuvieron correlación con un mayor número de caídas. La actividad física podría ser un factor de protección frente a las caídas.

**P20 NUESTROS ANCIANOS, ¿QUÉ CALIDAD DE VIDA TIENEN? ESTUDIO DESCRIPTIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA**

R. Crespo López, J. Llauradó Morant, A. Muñoz, Penalba, H. Sánchez Badojo, J. Sierra Sala y M. Vives Jorba

EAP Sant Elies. SAP Sants-Montjuïc-Les Corts-Sarrià-Sant Gervasi. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: jldelval.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos:** Describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los usuarios > 65 años y estudiar los factores asociados a la CVRS en esta población.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal, incluyendo todos pacientes > 65 años que acudieron a un Centro de Atención Primaria urbano a consultas de medicina y enfermería hasta completar el tamaño muestral. Los datos se recogieron mediante cuestionario auto-administrado. Variables: edad, sexo, estado civil, convivientes, enfermedades y medicaciones crónicas y CVRS mediante SF-12. El tamaño muestral se decidió para un alfa de 0,05 y una precisión de 0,06, en función de la máxima incerteza.

**Resultados.** Se incluyeron 273 pacientes. El 62,6% eran mujeres. La edad media fue de 75,7 años (DE: 8,7). El 54,6% eran casados, el 32,6% viudos y el 10,6% solteros. El conviviente actual es la pareja en un 52%, otros en un 25,6% y viven solos un 22,3%. La situación económica era precaria en un 31,9%. Un 46,9% de los pacientes tenían artrosis/gota, un 37,7%, insomnio, un 42,1%, hipertensión y un 50,9% tomaban más de 4 fármacos. La media del SF para el componente físico fue de 41,6 (IC95%: 40,2-43,0) siendo 4,5 puntos peor en las mujeres (p = 0,001) y para el componente psíquico de 48,15 (IC 95%: 46,67-49,63), siendo 3,7 puntos peor en mujeres (p = 0,01).

**Conclusiones.** En general, la puntuación del SF-12 clasifica esta población como personas con afección física grave. La calidad de vida de las mujeres es peor que en los hombres, sobre todo en el componente físico.

**P21 DEPENDENCIA FÍSICA DE NUESTROS MAYORES. INFLUENCIA DE FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS**

L. Rubio Martínez, M. Pérez Cárceles, J. Pereñíguez Barranco, E. Osuna Carrillo de Albornoz, y A. Luna Maldonado

CS de Espinardo. Murcia. Área de Medicina Legal. Universidad de Murcia. Correo electrónico: luismarubio@ono.com

**Objetivos.** 1. Conocer el grado de dependencia física para actividades básicas de la vida diaria en sujetos de 65 o más años que demandan asistencia sanitaria en Atención primaria. 2. Analizar si existen variables socio-demográficas asociadas a la dependencia física.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo, transversal. Sujetos: 460 de 65 o más años. Instrumento de medida: Cuestionario con 6 ítems (índice de Katz) que valoran aspectos de las actividades básicas de la vida diaria (baño, vestido, uso del wc, movilidad, continencia esfinteriana y alimentación) y 4 ítems variables sociodemográficas (edad, convivencia, pensión, centro de salud).

**Resultados.** Los porcentajes de dependencia para el baño, vestido, uso del wc, movilidad, continencia esfinteriana y alimentación son respectivamente: 22%, 23,5%, 16%, 16,7%, 17,6% y 11,7%. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la dependencia al baño, vestido y control de esfínteres (a mayor edad mayor porcentaje de sujetos dependientes en estas tres actividades) y entre las 6 actividades de la vida diaria con el tipo de convivencia (el menor porcentaje de sujetos dependientes viven solos), la pensión que reciben (los sujetos con pensiones más elevadas son menos dependientes) y el centro de salud (los porcentajes más altos de sujetos dependientes pertenecen al área semiurbana).

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes posee una capacidad funcional total (72,36%). Las personas con mayor autonomía física tienen una mejor capacidad tanto para su desarrollo personal como para el acceso a los recursos. Necesidad de ejercer una actitud más activa para la promoción personal en las personas con limitaciones funcionales.

**P22 QUEJAS DE MEMORIA DE PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA, ESTUDIO ISSEA: DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y CONCORDANCIA CON LOS DIAGNÓSTICOS DE LOS ESPECIALISTAS**

J. Argimon, S. Riu, J. Martínez-Lage, N. Lara, XG. Badia

Regió Sanitària Costa de Ponent. CATALUT. Barcelona. Llars Mundet. Barcelona. Unidad de Trastornos de Memoria. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Group Health Outcomes Research Europe. Barcelona. Departamento de Epidemiología Clínica y Salud Púb. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: nuria\_lara@hotmail.com

**Objetivos.** Describir los métodos diagnósticos utilizados por los médicos de Atención Primaria (MAP) en pacientes que acuden por primera vez debido a quejas de memoria, según el diagnóstico de sospecha inicial.

**Diseño.** Descriptivo, longitudinal (basal, 6,12 meses), multicéntrico y naturalístico.

**Ámbito del estudio.** 105 centros (rurales y urbanos) de Atención Primaria de toda España.

**Sujetos.** 1083 pacientes que consultaron por primera vez a su MAP debido a quejas de memoria de más de 6 meses de evolución. Se excluyeron los pacientes previamente diagnosticados de trastornos afectivos/psicóticos graves.

**Mediciones.** Se recogió información sobre los diagnósticos de sospecha (DSOS) realizados, métodos diagnósticos utilizados y derivaciones.

**Resultados.** Se evaluaron 921 pacientes, 66,9% mujeres, edad media (SD) 74,3 (6,8) años. En visita basal los DSOS fueron: 17,5% alteración de memoria asociada a la edad, 21,9% deterioro cognitivo, 29,2% demencia, y 14,9% trastorno psicopatológico. La batería de pruebas más frecuentemente aplicada en todos los DSOS fue anamnesis + exploración física/neurológica + test de cribado + pruebas laboratorio (63,8%). La batería anterior más una prueba de neuroimagen se aplicó mayoritariamente a los pacientes con DSOS de demencia (14,8%) El test más empleado (67,6%) fue el MMSE/MEC en todos los DSOS seguido del de Hamilton (40,6%) El DSOS de demencia fue el más derivado a la atención especializada a lo largo del estudio.

**Conclusiones.** Se observa una gran coherencia entre los DSOS realizados por los MAP y los métodos diagnósticos empleados así como con las derivaciones al especialista.

**P23 BAJO PORCENTAJE DE ANTICOAGULACIÓN ORAL EN NONAGENARIOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR**

A. Ferrer Feliu, F. Formiga Pérez, E. Ruiz, R. Abad, N. Pinar y M. Redondo

ABS Sant Feliu de Llobregat. Barcelona. UFISS Geriatria Servei de Medicina Interna Hospital Universitari de Bellvitge. L'hospialet de Llobregat. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: assumptafeliu@terra.es

**Objetiva.** Comprobar el porcentaje de >89 años con fibrilación auricular (FA) crónica y anticoagulación oral.

**Diseño.** Descriptivo poblacional transversal.

**Pacientes y métodos.** Se recogió las 305 personas >de 89 años de una ciudad de 45 000 habitantes. No se pudieron entrevistar 119; 30 por domicilio itinerante, 70 por no poder ser localizados, 10 por fallecer antes de iniciarse la entrevista y 9 por no aceptar. Se registró: diagnóstico de FA según historia (se excluyó diagnóstico reciente <72h o FA paroxística), edad, género, Índice Charlson, Índice Barthel, si existía contraindicación de anticoagulación (demencia, caídas durante último año), y tratamiento crónico.

**Resultados.** Se incluyeron 186 nonagenarios; 143 mujeres (77%) con edad media de 92,9 años; 137 (73,7%) vivían en la comunidad y 49 en residencias (26,3%). Existía FA crónica en 33 (17,7%); 2 de ellos (6%) estaban anticoagulados, y 16 (48%) antiagregados. En el grupo con FA no existía historia de sangrado reciente y ninguno de los 18 (54%) que referían caídas previas o de los 8 (24%) con demencia y FA estaba anticoagulado. En total en 23 (70%) existía uno o más factores de riesgo que podrían contraindicar la anticoagulación.

**Conclusiones.** En una proporción importante de nonagenarios con FA crónica existe motivo de contraindicación para anticoagulación, no obstante en un tercio de ellos debería revalorarse la posibilidad de anticoagulación. Debemos profundizar en sus causas para mejor implementar la anticoagulación oral en nonagenarios, ya que a dosis adecuadas ha demostrado su eficacia y seguridad.

## P24 TEST DE MOORE: UNA HERRAMIENTA DE PREDICCIÓN DE FRAGILIDAD EN EL ANCIANO

L. Gayolà Leuco, O. Fariñas Balaguer, S. Flores Delgado, M. Rubio Eire, J. Rodríguez Cristóbal y M. Pol López-Manzanares

CS Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 20740lgl@comb.es

**Objetivo.** Analizar el uso del test de Moore como predictor de fragilidad geriátrica en la comunidad.

**Diseño.** Estudio de seguimiento de una cohorte.

**Ámbito.** Atención Primaria. Centro de Salud Urbana.

**Sujetos.** Muestra sistemática aleatoria de 174 pacientes ambulatorios de > 70 años que acuden a consulta.

**Mediciones.** En una primera parte del estudio se analizaron las siguientes variables. Sexo, comorbilidad, polifarmacia, caídas y los Factores de riesgo de fragilidad evaluados en el test de Moore: Deterioro visual. Deterioro auditivo. Getupalterado. Incontinencia urinaria. Desnutrición. Alteración de la memoria. Depresión. Discapacidad física. Se analizan por separado los test de Barthel, y el test de Pfeiffer. Seguimiento durante primeros 2 años analizando la relación de estas variables con las siguientes variables de resultado: muertes, hospitalizaciones, institucionalización e inclusión programa de atención domiciliaria (ATDOM).

**Resultados.** Mujeres: 64%, media 79 años (DE-5,8). No diferencia significativa de edad entre sexos. 52,3% ingreso hospitalario, 19% incorporación un programa de ATDOM, 3,4% institucionalización y 5,2% han fallecido. Análisis Bivariante: ATDOM relación significativa con deterioro audición, movilidad y discapacidad. Institucionalización con movilidad, memoria, discapacidad. Ingreso hospitalario con comorbilidad y polifarmacia. El sexo no relación con ninguno de los parámetros. Barthel y Pfeiffer alterados relación con institucionalización y ATDOM. Tres o más factores del Moore se relacionan con institucionalización y ATDOM.

**Conclusiones.** El test es de aplicación rápida y de utilidad en la detección de fragilidad. Umbral de tres factores de riesgo alterados puede ser un predictor de fragilidad en el Moore.

## P25 EL PACIENTE EN LA RESIDENCIA GERIÁTRICA: ¿IGUAL QUE EN CASA?

R. Madridijos Mora, R. Tomas Sanz, C. Bistuer Mallén y D. González Chavero

CAP Sant Cugat. Sant Cugat del Vallès. Unidad de Farmacia de Atención Primaria de la Mútua de Terrassa. Terrassa. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: rmadrijosm@sefap.org

**Objetivo.** Analizar si existen diferencias en el tratamiento farmacológico entre los pacientes mayores de 60 años ingresados en residencias geriátricas (RG) y los que siguen en el domicilio.

**Material y método.** se han seleccionado todos los mayores de 60 años en RG de 2 médicos de un CAP urbano y se buscó de forma aleatoria un paciente control que perteneciera al cupo del mismo médico, fuera del mismo sexo y franja de edad. Se ha evaluado el tratamiento farmacológico (enero-abril 2004) y en una muestra de 50 pacientes por grupo los diagnósticos principales.

**Resultados.** Total 286 pacientes por grupo, 63,3% mujeres. Pacientes RG: edad 79,8 (DE 9,32). Gasto total: 106.275 euros (47,5% pañales). Medicamentos más prescritos (total: 1.701 envases): 7,8% benzodiazepinas, 7,1% analgésicos, 4,8% diuréticos. Por gasto: 18,3% neurolépticos, 11% fármacos para demencias, 6,4% antidepresivos y 3,8% protectores gástricos. 68 pacientes con neurolépticos. Diagnósticos: 36% demencias y 20% secuelas de AVC. 49% incontinentes Pacientes en el domicilio: edad 77,3 (DE 9,4). Gasto total: 65.352 euros (3,2% en pañales). Medicamentos más prescritos (total: 1.548 envases): 6,5% benzodiazepinas, 6,5% IECA, 6,3% analgésicos. Por gasto: 11,2% hipolipemiantes, 10,5% IECA, 5,8% antidepresivos y 5,2% inhaladores respiratorios. 16 con neurolépticos. Diagnósticos: 10% demencias y 6% secuelas de AVC. 7% incontinentes.

**Conclusión.** El perfil de utilización de medicamentos en los pacientes RG se diferencia principalmente en el consumo de neurolépticos. El gasto varía principalmente por la utilización de pañales. Las demencias, los pacientes con secuelas de un AVC y los incontinentes son más frecuentes en la residencia geriátrica.

## P26 ¿CONOCEN NUESTROS ANCIANOS LOS MEDICAMENTOS QUE CONSUMEN?

M. Juárez Laiz, C. Bayona Faro, I. Hospital Guardiola, A. Garrido Díaz, O. Esteso Hontoria y P. Andreu Alcover

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

**Objetivo.** Valorar que variables se asocian a un mayor conocimiento de los fármacos consumidos en > 65 años.

**Ámbito.** Atención Primaria de Salud.

**Sujetos.** Muestra aleatoria estratificada de 270 sujetos > 65 años del censo poblacional.

**Medidas e intervenciones.** Encuesta mediante entrevista domiciliaria y consulta historia clínica. Variables estudiadas: sociodemográficas, sexo, edad, fármacos consumidos, patología clínica, dependencia para actividades instrumentales (AIVD) y básicas de la vida diaria (ABVD).

**Resultados.** 270 sujetos, 40,4% varones. Edad media 75,79 años (DE = 6,97). Conocen los fármacos que consumen el 57 % del total, bajando el porcentaje con la edad (38,9% en > 80 años) sin d.e.s. entre sexos. Realizaban posología correcta 95,6% del total. Variables asociadas significativamente a un mayor conocimiento son: vivir solos (90,2%) o en pareja (86,6%), nivel estudios (86,2% si tenían estudios secundarios), pertenecer a un EAP reformado (69,9%), nivel ingresos (84,4% si ingresos superiores 100.000 pts/mes), no padecer déficit visual (70,3%), independencia funcional AIVD (69,2%) y ABVD (65,7%). No hemos encontrado asociación con el resto de variables estudiadas.

**Conclusiones.** La posología es correcta en la gran mayoría. En general los ancianos conocen bien los fármacos que consumen, exceptuando a los >80 años, los analfabetos, los que viven en residencias y los que tienen cualquier tipo de incapacidad o dependencia funcional. Sería preciso asegurarnos en estos casos del grado de conocimiento que poseen e intervenir en caso de necesidad para evitar riesgos de yatrogenia. Destaca también el hecho de que los pacientes de equipos reformados poseen un mayor conocimiento.

## LIBRES

## P27 VACUNACIÓN ANTIGRIपाल EN MAYORES DE 65 AÑOS: REALMENTE, ¿A QUIÉN ESTAMOS VACUNANDO?

A. Vila Córcoles, O. Ochoa Gondar, R. Andreu Alcover, O. Esteso Hontoria y A.G. Garrido Díaz

Unidad Docente de MFyC Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: oesteso@hotmail.com

**Objetivo.** Conocer el grado de cobertura de vacunación antigripal (VAG) en mayores de 65 años, y analizar las tasas de cobertura en función de la presencia o no de problemas de salud o patologías crónicas (PS-PC).

**Diseño.** Multicéntrico observacional transversal.

**Ámbito.** Atención Primaria de Salud.

**Sujetos.** Total de personas > 65 años adscritas a 8 Áreas Básicas de Salud (n = 10610).

**Medidas e intervenciones.** En cada paciente valoramos si había recibido VAG en otoño de 2003, y consideramos la existencia de 10 PS-PC (hipertensión, diabetes, cardiopatía, accidente cerebro-vascular, EPOC, hepatopatía, nefropatía, tabaquismo, neoplasia activa e inmunocompromiso).

**Resultados.** La cobertura VAG global fue 61,1% (IC 95%: 60,2-61,9), siendo mayor en hombres (62,7%) que en mujeres (59,7%) (p < 0,01). Por edades, la cobertura es máxima entre 75-84 años (65,1%) (p < 0,01). La cobertura VAG fue máxima en cardiopatas (78,7%) siendo mínima en fumadores (59,2%). Entre las personas sin ningún PS-PC la tasa VAG fue 48,3%, en comparación al 65,7% entre aquellos con algún PS-PC (OR: 2,05; IC 95%: 1,88-2,24; p < 0,00001). La cobertura VAG ascendió desde 63,6% en presencia de 1 PS-PC hasta 71,8% cuando había >4 PS-PC (67,8% si 2 PS-PC y 69,4% si 3 PS-PC).

**Conclusiones.** La cobertura VAG es globalmente aceptable. Sin embargo, existe aún un importante número de personas con PS-PC graves que

quedan sin vacunar. Aunque su indicación es universal en >65 años, la probabilidad de haber recibido VAG se ve reducida en más del 50% si no presentan ningún PS-PC.

### P28 DIVULGACIÓN SANITARIA PARA MAYORES: A PROPÓSITO DE UNA EXPERIENCIA COMUNITARIA

M. Pedrosa Arias, P. de la Torre Torres, B. Villarrubia Martos, V. Aguilera Vedia y M. Soriano Molina

CS Huétor Tájar. Huétor Tájar. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: pilarto@mixmail.com

**Objetivos.** Iniciar encuentros divulgativos para la población de un municipio rural. Proponemos temas relacionados con la promoción de la salud. Fomentar el interés y el intercambio de inquietudes acerca de estos temas, acercando así al Médico de Familia a la población.

**Descripción.** Existe un desconocimiento sobre promoción de la salud, por lo que creemos útil crear un ámbito de intercambio paralelo a la consulta a demanda, habitualmente saturada, en el que ciudadanos y ciudadanas puedan resolver dudas y crearles al mismo tiempo la necesidad de informarse acerca de temas divulgados inadecuadamente en medios de comunicación. Comenzamos con la antibioterapia en los niños. Sorprendentemente el aforo no lo componían madres con hijos en edad pediátrica, sino abuelas, cuidadoras de estos niños. Dado el alto nivel de participación de las mujeres de la escuela de adultos decidimos orientar el siguiente encuentro a los mayores: planteamos "Nutrición en los mayores". Acuden entre 50 y 70 personas, con gran participación. Los temas se eligen en función de las necesidades expresadas en la última reunión y son preparados por la médica adjunta y las dos residentes, y debatidos por todo el foro.

**Conclusiones.** El colectivo de mayores demuestra gran interés en aprender. Es positivo que su médico sea el encargado de solventar dudas y de fomentar el interés en su propia salud. En el medio rural, la figura del Médico de Familia cobra especial sentido. Sería favorable disponer de tiempo durante el horario laboral para actividades de promoción de la salud comunitarias.

### P29 ESTUDIO CUALITATIVO: VISIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

N. Ayuso Torrijos, T. Sayrol Clois, C. Sierra Matheu, J. Muñoz López, M. C. Ma Sole y P. Postigo Lastrada

ABS Les Planes. Sant Joan Despí. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: aizuzquiza.cp.ics@gencat.net

**Objetivo.** Conocer la opinión de los profesionales sanitarios de atención primaria sobre el maltrato al anciano y su abordaje.

**Tipo de estudio.** Cualitativo de tipo etnográfico mediante grupos focales.

**Emplazamiento.** Atención primaria.

**Participantes.** Muestreo opinático de veintisiete profesionales, doce médicos y quince enfermeras (todos voluntarios) reunidos en 2 grupos de cada estamento.

**Mediaciones.** Análisis del contenido temático de los datos, codificación, segmentación y creación de categorías del corpus textual.

**Resultados principales.** Se identificó espontáneamente el maltrato físico, psíquico, negligencia, auto-negligencia, abandono y vulneración de derechos, y el abuso sexual al sugerirlo el moderador. Psíquico y económico fueron considerados los más frecuentes. Como factores de riesgo todos los profesionales identificaron: familias desestructuradas, sobrecarga y poca formación del cuidador, y hostilidad del anciano. Enfermería incluyó además al cuidador formal (especialmente si era inmigrante) y al anciano sin familia. El perfil de maltratador se asoció a enfermedad mental, drogodependencia y violencia familiar previa aunque, en algunas tipologías, todos podríamos ser maltratadores. Los profesionales asociaron detección con intervención y reconocieron dificultades por falta de formación y recursos. Se sentían obligados a intervenir en situaciones graves, pero impotentes en actuaciones preventivas. Consideraron los recursos sociales insuficientes y pusieron de manifiesto dificultades para delimitar responsabilidades (familia-sociedad-profesional).

**Conclusiones.** Médicos y enfermeras mostraron un buen conocimiento del problema y la necesidad de establecer pautas consensuadas para aumen-

tar capacidades de detección, intervención y delimitación de funciones. Consideraron el maltrato como un problema emergente a tener en cuenta a la hora de planificar recursos.

### P30 ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS Y ATENDIDOS EN EL DOMICILIO

F. Bassó Serra, H. Badía Capdevila, A. González Saez, S. Unanue Urquijo, A. Ciurana Paradeta y C. Mestre Morey

ABS La Bisbal. La Bisbal d'Empordà. Girona. Cataluña.  
Correo electrónico: hbadia@hospal.es

**Objetiva.** Conocer estado nutricional de la población geriátrica con dependencia. Identificar factores relacionados con riesgo de malnutrición.

**Diseño.** Estudio observacional transversal, de prevalencia y asociación cruzada.

**Ámbito.** 2 ABS urbanorurales, en cada una hay una residencia geriátrica. **Sujetos.** Pacientes mayores de 70 años institucionalizados o incluidos en programa de atención domiciliaria (ATDOM). Para cálculo muestra: mínimo 66 pacientes institucionalizados y 126 en ATDOM, para una alfa = 5% y precisión del 5%, suponiendo riesgo de malnutrición del 4% y 8%, y 10% de pérdidas.

**Método.** Evaluación estado nutricional utilizando medidas antropométricas, test nutricionales (MNA, INR) y parámetros bioquímicos. Variables independientes: domicilio/institución, sexo, edad, grado de dependencia, medicación y tipología. Análisis estadístico: univariante (frecuencias y medias, IC 95%), bivariante para asociaciones cruzadas y multivariante.

**Resultados.** Inclusión de 102 pacientes institucionalizados y 169 en ATDOM, sin diferencias significativas entre ambos grupos por edad, sexo, pero sí en las tipologías. El 14,7% de pacientes en ATDOM y el 32,4% de pacientes institucionalizados presentan desnutrición según MNA ( $p < 0,045$ ). Introduciendo las variables evaluadas y factores de interacción, se construye un modelo de regresión múltiple para el MNA, con una  $R^2$  corr. = 0,327. La edad es el factor independiente con mayor efecto negativo sobre el estado nutricional.

**Conclusiones.** El MNA es el indicador de estado nutricional más relacionado con los factores evaluados. Estar institucionalizado aumenta el riesgo de malnutrición cuando está asociado a factores que determinan un alto grado de dependencia.

### P31 VARIABILIDAD CIRCADIANA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE CASTILLA Y LEÓN

J. Garmendia Leiza, M. Aguilar García, S. Marabini Trugeda, J. Andrés de Llano, J. López Messa y J. Ardurá Fernández

Laboratorio de Cronobiología. Facultad De Medicina. Valladolid. UCI Hospital Río Carrión. Palencia. CS Carrión de los Condes. Palencia. Castilla y León.  
Correo electrónico: jrgarmen1@tiscali.es

**Objetivo.** El infarto agudo de miocardio (IAM) ha mostrado ritmo circadiano (RC) en su hora de inicio. El objetivo de este trabajo es determinar si la población geriátrica de Castilla y León conserva este RC.

**Métodos.** Estudio retrospectivo de una cohorte de 3642 pacientes mayores de 65 años de Castilla y León (estudio nacional multicéntrico entre 1994 y 2003). Analizamos la hora de inicio del IAM. Se estratifica la población según la edad en décadas y se comparan dichos subgrupos entre sí. Aplicamos el método chi-cuadrado con horas agrupadas en 6 hr. y un test simple de igualdad de series desarrollado a partir del análisis cosinor de múltiples sinusoides, utilizando tres sinusoides (periodos 24-12-8 horas).

**Resultados.** La hora de inicio del dolor mostró RC en todos los casos con ambos métodos ( $p < 0,05$ ), con pico matinal hacia las 10:20 a.m. y valle sobre las 5:30 a.m. La curva ajustada muestra aspecto sinusoide con pico matinal único en los subgrupos analizados. La comparación de los grupos utilizando la chi-cuadrado presenta diferencias estadísticamente significativas en todos los casos. El análisis cosinor de múltiples sinusoides, no encuentra diferencias estadísticamente significativas en la comparación del RC de presentación del IAM en los distintos subgrupos de ancianos, como muestra su representación gráfica.

**Conclusiones.** La hora de inicio del IAM sigue un patrón circadiano que se conserva en la población geriátrica. El modelo de análisis de co-

sinor ajustado con tres componentes (periodos de 24-12-8 horas) muestra buena sensibilidad para la comparación de ritmos clínicos significativos.

### P32 NEUMONÍA NEUMOCÓCICA: EPIDEMIOLOGÍA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

I. Gil Faure, L. Higuera Caballero, E. Salsench Serrano, R. Girona Real, E. Oya Girona y A. Moreno Destruels

ABS Torreforta-La Granja. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: inmagf@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer la etiología y distribución de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) en un sector sanitario urbano.

**Diseño.** Estudio observacional longitudinal retrospectivo.

**Ámbito.** Atención primaria de salud.

**Metodología.** Muestra de 188 pacientes mayores de 65 años que presentaron una NAC durante el año 2002, en 8 ABS urbanas y su hospital de referencia. Se examinaron las altas hospitalarias y de urgencias valorando características clínicas, cultivos y serologías.

**Resultados.** El 61,2% de los pacientes eran varones y el 38,8% mujeres (43,8% tenían entre 65-74 años, 38,7% entre 75-84 años y 17,5% eran mayores de 85 años). El 81,6% precisaron ingreso (2,6% en UCI) y el 18,4% fueron tratadas desde atención primaria (AP). Un 30,1% ocurrieron en invierno, 27,5% en primavera, 17,5% en verano y 24,9% en otoño. La incidencia fue 9,39‰ habitante/año (7,99‰ NAC ingresadas y 1,39‰ controladas en AP). El 17,9% de los pacientes habían tomado antibióticos previamente al diagnóstico. Se realizaron hemocultivos en el 80,3% (4,2% positivos), cultivos de esputo en el 64,8% (12,7% positivos) y serologías en el 18,8% (13,3% positivas). La etiología fue: 6,3% S. pneumoniae, 3,2% H. influenzae, 2,7% P. aeruginosa, 1,1% L. pneumophila, 4,2% otros gérmenes y 82,4% gérmenes no identificados.

**Conclusiones.** Aunque es el agente etiológico más frecuente, destaca la baja incidencia de neumonías neumocócicas filiadas en comparación con otros estudios. La toma de antibióticos previa y la poca rigurosidad en la metodología de recogida de muestras, explicarían parcialmente estos resultados. No obstante, tendríamos que preguntarnos si sobrevaloramos o no el papel de S. pneumoniae como causante de las NAC.

### P33 IMPORTANCIA DEL PATRÓN NOCTURNO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES ANCIANOS CON HIPERTENSIÓN CLÍNICA AISLADA (PGIDIT03SAN0001PR)

M. Castiñeira Pérez, S. Penín España, C. Costa Ribas, F. Martínez Anta, B. Sánchez Bugallo y J. Dapena Barros

EAP Fingoi. Lugo. Galicia.  
Correo electrónico: ecascas@arrakis.es

**Objetivos.** Determinar el patrón nocturno de la Presión Arterial (PA) entre pacientes mayores de 65 años con Hipertensión clínica aislada (HCA) y sus factores de riesgo asociados.

**Diseño y metodología.** Estudio prospectivo de cohortes de la totalidad de pacientes a quienes se practicó Monitorización Ambulatoria de PA (MAPA) entre 1995 y 2003, en una población semiurbana del municipio de Lugo. Se analizan un total de 350 variables clínicas, demográficas, estudios complementarios y seguimiento. En el diagnóstico de los patrones por MAPA se utilizaron los criterios habituales.

**Resultados.** Entre 250 MAPA realizadas, en 138 (55,2%) se estableció el diagnóstico de HCA, correspondiendo 44 (31,8%) a pacientes mayores de 65 años (65,9% mujeres). La Tensión Arterial Media en Consulta (TAMC) fue 152 (DS 1,3)/87,4 (DS 1) mmHg y la media de la Presión de Pulso (PP) 64,6 (DS 1,2) mmHg. El 54,5% presentaban un patrón no dipper (solo 1 caso risser) y el 45,5% dipper (50% de ellos dipper extremo). Analizando los patrones nocturnos, no se encontraron diferencias en los antecedentes personales, TAMC ni PP. Sin embargo, el grupo no dipper presentaba cifras superiores, estadísticamente significativas, en los valores de glucemia, colesterol, índice de Sokolov y Cornell, riesgo cardiovascular y PA obtenida por MAPA.

**Conclusiones.** La MAPA permite identificar subgrupos de pacientes ancianos con diferentes riesgos: los dipper extremos, donde el tratamiento farmacológico supondría un riesgo sobreañadido y los no dipper donde es más frecuente la asociación con otros factores de riesgo cardiovascular. Futuros estudios determinarán si ello implica diferentes aproximaciones terapéuticas.

## MESA 2

### Genética clínica y medicina de familia: realidad más que ficción

#### P34 PREVALENCIA DE HIPERFALFALIPOPROTEINEMIA Y LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS EN UNA POBLACIÓN RURAL

A. Jiménez Marín, E. Merino de la Torre, J. Pla Madrid, F. Pasán, F. Villalba Alcalá y A. Espino Montoro

CS de Aguadulce. Sevilla. Unidad de Investigación del Hospital de la Merced de Osuna. Sevilla. Andalucía.  
Correo electrónico: ajmement@inicia.es

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de hiperalfalipoproteinemia y los factores de riesgo cardiovascular asociados en una población rural con elevada edad media poblacional.

**Ámbito del estudio.** Consultorio rural de Aguadulce (Sevilla), con un censo aproximado de 2.337 habitantes.

**Diseño del estudio.** Estudio descriptivo, transversal, con una duración de 3 meses.

**Sujetos.** Se detectaron 22 casos de hiperalfalipoproteinemia en la consulta de los programas de diabetes (DM) e hipertensión arterial (HTA).

**Mediciones.** Se determinaron los niveles plasmáticos de colesterol total (CT), triglicéridos (TG), HDL colesterol (HDL-c) y LDL colesterol (LDL-c), así como la frecuencia de presentación de DM, HTA, cardiopatía isquémica y accidentes cerebrales vasculares (ACV).

**Resultados.** De los 22 pacientes, 21 (95,5%) fueron mujeres y solo un hombre (0,5%), con una edad media de 55 ± 22 años. El 50% de los pacientes presentaban una edad superior a los 75 años. La presencia de DM fue tan solo de 2 casos (9%), de HTA 8 casos (36%) y de ACV y de cardiopatía isquémica no apareció ningún caso. La distribución del perfil lipídico fue el siguiente: CT 214 ± 30, HDL-c 95 ± 9, LDL-c 120 ± 22, TG 89 ± 35. La prevalencia de hiperalfalipoproteinemia fue del 0,9%.

**Conclusión.** La hiperalfalipoproteinemia en Aguadulce presenta una prevalencia de casi el doble a la descrita, que se sitúan en el 0,5%. La determinación de las diferentes fracciones lipoproteicas para el diagnóstico de la hiperalfalipoproteinemia supone un ahorro del gasto farmacéutico, ya que no requiere tratamiento médico.

#### P35 ECOGRAFÍAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS POR EL MÉDICO DE FAMILIA

A. Saavedra Ruiz, S. Duarte Vallejo, P. Aleman Sinning y L. Arribas Mir

CS La Chana. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: sinning@eresmas.com

**Objetivo.** Analizar la realización de ecografías por el médico de familia (MF) en el seguimiento del embarazo (E).

**Diseño.** Estudio descriptivo retrospectivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Consulta de MF en centro de salud urbano y seguimiento de E compartido con el obstetra.

**Sujetos.** Gestaciones finalizadas del 13-9-2001 al 31-5-2004 con al menos una ecografía básica, biometría y valoración de placenta y líquido amniótico (LA), realizadas por el MF en algún trimestre.

**Mediciones.** Hallazgos ecográficos del MF, recogidos de la historia clínica TASS, contrastados con las ecografías hospitalarias posteriores y con la evolución clínica del E.

**Resultados.** Se incluyeron 98 gestaciones del trimestre 1º, 92 del 2º y 94 del 3º. Hubo 112 embarazos distintos, y en 39 (34,11%) la ecografía aportó 46 hallazgos: trimestre 1º, 10 errores en la edad gestacional, 7 abortos retenidos, 6 alteraciones en útero y anejos, 3 embarazos gemelares, 1 muerte de un gemelo, 1 hematoma subcoriónico y se manejan 6 sangrados por amenaza de aborto; 2º, 2 edades gestacionales diferentes a FUR, 1 oligoamnios con placenta oclusiva, 1 polihidramnios, y se descarta 1 pérdida de LA; 3º, 3 CIR, 1 polihidramnios, 2 casos de no pérdida de LA, y se descarta una sospecha de CIR. No se apreció un gemelar en la semana 6 pero sí en la 8.

**Conclusiones.** La ecografía obstétrica básica realizada por el médico de familia aporta un número significativo de hallazgos con trascendencia clínica.

MESA 3

El médico de familia:  
profesionalidad y valores

**P36 HACIA LA DIRECCIÓN POR VALORES EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

G. Jodar Solà, J. Martínez Roldán, A. Gómez Arevalo, D. Gosálbez García, A. Jover Blanca y R. Pérez Ezquerdo

EAP Vinyets. Institut Català de la Salut. Sant Boi de Llobregat. Barcelona. Cataluña.

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

**Justificación.** Los valores son la forma en que el equipo de atención primaria (EAP) ha elegido pensar y actuar para cumplir la visión y la misión. Ser capaces de consensuar valores compartidos ayuda a crear un sistema cultural propio y humanista, que a la vez genera bienestar ético y emocional a todo el equipo, permitiendo compartir la política y estrategia.

**Objetiva.** Construir valores instrumentales entre y para todas las personas del equipo. Combinar diversos tipos de valores (éticos, de control y de desarrollo).

**Material y métodos.** Mediante la realización de un taller de valores en el que mediante tormenta de ideas silenciosa y abierta. De los valores definidos y mediante una técnica de votación abierta se prioriza los valores de la organización. Intervienen en el taller 40 personas, incluyendo todas las categorías profesionales que forman el equipo.

**Resultados.** Participan en el taller de valores el 95% del personal El taller tiene una duración de 1 hora. Los valores a la apertura del centro eran, accesibilidad, proximidad, fiabilidad, transparencia y cordialidad. Como resultado del taller de valores y tras la priorización se detecta los siguientes valores que se añaden a los anteriores: puntualidad (relacionado con la accesibilidad), trabajo en equipo (relacionado con la fiabilidad) y se mantiene cordialidad.

**Conclusiones.** Mediante este método se consigue hacer propios los valores de la organización y permite orientar a la misma hacia una visión compartida por las personas que la integran.

**P37 CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA DE UNA UNIDAD DOCENTE**

R. Sánchez González, R. Álvarez Nido, E. Barrera Linares y L. del Río Martín

CS San Blas. Parla. Madrid.

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

**Objetivos.** Determinar la calidad de vida profesional (CVP) percibida por los residentes de medicina familiar y comunitaria (MFyC) de una Unidad Docente. Evaluar posibles diferencias con la percibida por los médicos de Atención Primaria (AP) del mismo área.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal.

**Participantes.** Residentes de MFyC (56: 18 residentes por año) y médicos de AP de una misma área sanitaria (157).

**Mediaciones.** Variables sociodemográficas y cuestionario CVP-35 autoadministrado y validado para nuestro medio. El cuestionario tiene 35 preguntas valoradas de 1 (menos) a 10 (más) que se agrupan en 7 dimensiones más una valoración global de la CVP.

**Resultados.** Residentes: Tasa de respuesta 39,3%. 68% mujeres, edad media 28 años. CVP global = 6,2, disconfort laboral = 6, apoyo directivo = 5,2, carga de trabajo = 5,8, recursos relacionados con el trabajo = 6,6, apoyo social = 7,4, motivación = 7,3, capacitación = 6,9. No existen diferencias significativas según año de residencia excepto en la capacitación (mayor en los residentes de tercer año). Médicos de AP: Tasa de respuesta 57,3%. Mujeres 59%, edad media 37 años. Perciben peor CVP global (4,8) y menos disconfort (5), apoyo directivo (4,3), apoyo social (6,5) y motivación (6,4) que los residentes, así como más carga de trabajo (7,6), recursos (6,9) y capacitación (7,6) que los residentes.

**Conclusiones.** La CVP global de los residentes de MFyC de nuestro área es aceptable, con buenos recursos y moderadas demandas. Estos parecen

más motivados y con mejor CVP que los médicos de AP del mismo área. Es conveniente profundizar en el estudio de la CVP de nuestros trabajadores y poner en marcha un ciclo de mejora de la misma.

**P38 DETECCIÓN DE FACULTATIVOS CON BURNOUT POR PARTE DE LOS RESIDENTES DURANTE SU PERIODO DE ROTACIÓN HOSPITALARIA**

C. López López, I. Román Romera, M. Liñan López, N. Ortega Torres, E. Olmedo Sánchez y A. Polo Moyano

Área Docente Granada Sur II. Motril. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: manlin1969@hotmail.com

**Objetiva.** Detectar si existe Síndrome de Burnout (S.B.) en los facultativos docentes hospitalarios, y cuales son sus características sociolaborales. **Diseño.** Estudio observacional descriptivo, durante Junio 2004.

**Ámbito de estudio.** Hospital de 1º nivel, ámbito comarcal, acreditado para la docencia de Medicina de Familia.

**Sujetos.** Facultativos de servicios hospitalarios con labor docente para M.I.R. de 1º y 2º año de Medicina de Familia.

**Medición.** Cumplimentación anónima de hoja de recogida de datos sociolaborales, así como del cuestionario Malasch Burnout Inventory (MBI) donde se recoge el grado de agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP), y la realización personal (RP). Análisis estadístico en SSPS mediante test no paramétricos Kruskal Wallis y el valor z de U Mann Whitney.

**Resultados.** Se analizan 48 cuestionarios, varones 83%. Rango de edad: 32-55 años. El 95% están casados, 86% con hijos. El 70% tienen contrato fijo. La media de años trabajando es 19. El 90% tienen horario de 8 H a 15 H., 10% turnos. Todos realizan guardias de presencia física. Distancia al trabajo: moda 70 Km. El 6% relacionan con su trabajo sus patologías. En el test MBI, la puntuación media es: AE 23,5, DP 8,9 y RP 35,8, cumpliendo criterios de burnout 12 facultativos (25%). Detectamos relación entre S.B. y sexo, estado conyugal, tipo de contrato, años trabajados, realización de guardias y distancia al trabajo.

**Conclusiones.** Una cuarta parte de los facultativos con labor docente de nuestro centro cumplen criterios de burnout, el cual tiene un perfil sociolaboral de: varón, casado, contratado fijo, con trayectoria profesional amplia y que realiza guardias físicas.

**P39 PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS Y FACTORES RELACIONADOS**

R. de Dios del Valle y A. Franco Vidal

Área I del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Jarrío-Coaña. Asturias.

Correo electrónico: ricardodios@telecable.es

**Objetivos.** Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en profesionales sanitarios de un Área de Salud y la influencia de diversos factores.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento.** Área Sanitaria.

**Sujetos.** profesionales sanitarios.

**Metodología.** Encuesta anónima autoadministrada, incluyendo el Maslach Burnout Inventory, variables sociodemográficas, variables que miden el efecto del síndrome (nº procesos de baja, calidad de prescripción, tasa de derivación) y variables relacionadas con la aparición del mismo (presión asistencial, años trabajando...). Análisis estadístico mediante t-Student y Anova (variables cuantitativas) y chi-cuadrado o Fisher (variables cualitativas). Se analizó la correlación entre variables mediante correlación de Pearson o de Spearman (no paramétricas). Nivel de Significación estadística de 0,05.

**Resultados.** Se obtuvo información de 145 profesionales (tasa de respuesta: 79,23%; 97 mujeres (66,9%; IC95%: 58,9-74,2), de 40,22 años (DE: 9,60). 70 médicos y ATS de equipo (48,2%; IC95%: 40,2-56,4), profesionales de refuerzo, 12,4% y 22,1% profesionales demandantes de empleo. El 44,1% (IC95%: 36,2-52,3) de los profesionales presenta una puntuación media o alta de cansancio emocional, un 36,6% (IC95%:29-44,6) puntúa medio o alto en la escala de despersonalización y un 17,9% (IC95%: 12,3-24,8) tiene un bajo nivel de logros profesionales (teniendo peor comportamiento los profesionales de equipo en cansancio emocional, los refuerzos en despersonalización [p < 0,005]). El cansancio emocional se correlaciona de forma significativa con edad (C. Pearson: 0,177; p: 0,034), número de años ejerciendo (C. Pearson: 0,186; p: 0,030), pre-

sión asistencial (C. Pearson: 0,297; p: 0,004); como variables efecto: procesos de baja (C. Pearson: 0,306; p: 0,002), mayor derivación (C. Pearson: 0,355; p: 0,037), menor prescripción de genéricos (C. Pearson: -0,353; p: 0,012), de antimicrobianos recomendados en atención primaria (C. Pearson: -0,418; p: 0,002) y mayor prescripción de novedades terapéuticas tipo C (C. Pearson: 0,483; p: 0,004).

**Conclusiones.** El burnout tiene incidencia en bajas laborales y en la calidad del trabajo y se relaciona con sobrecarga asistencial.

## MESA 10

### ¿Cómo no dar antibióticos en atención primaria?

#### P40 PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA INDUCIDA EN UN ÁREA DE SALUD

J. Martínez Candela, A. Gallardo Martín, M. Santos Villalba, M. Paez Pérez, M. Carpena Bañon y V. Nohales Requena

CS Mariano Yago. Yecla. Murcia.  
Correo electrónico: jmc0507@telefonica.net

**Objetivos.** Conocer la prescripción antibiótica inducida en un área de salud, su variabilidad estacional e inter centros y la originada por Atención Especializada y por automedicación.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento.** Zona básica de salud atendida por dos centros, (localidades diferentes, hospital comarcal en una de ellas).

**Ámbito.** Atención Primaria.

**Metodología.** Se analizaron 3.681 prescripciones antibióticas del total de las realizadas durante el período de estudio; obtenidas mediante muestreo estratificado proporcional por conglomerados para cada centro, estación (invierno-primavera) y profesional prescriptor.

**Mediciones.** Se estudiaron variables demográficas: sexo, edad y colectivo (activo-pensionista); origen de la prescripción (propia o inducida por especializadora, urgencias, privada y automedicación) y especialidad farmacéutica (nombre comercial, presentación, precio y número de envases por receta). Se valoraron asociaciones de la prescripción inducida con las variables demográficas, estación y emplazamiento del centro.

**Resultados.** Origen: propia 59%, automedicación 15%, privada 14%, especializada 9% y urgencias 3%.

Origen automedicación: oficina farmacia 13%, iniciativa propia 41%, prescripción médica anterior 44%, otros 2%.

Prescripción inducida (grupos terapéuticos): penicilinas 35%, amox-clavulánico 30%, macrólidos 14%, quinolonas 6%, cefalosporinas 5%, antisépticos urinarios 4%.

Grupos terapéuticos utilizados en automedicación: penicilinas 52%, macrólidos 15%, amoxi-clavulánico 12%, antisépticos urinarios 6%, cefalosporinas 5%, quinolonas 3%.

Prescripción inducida se asocia a edad media, pensionistas, primavera y población con hospital; coste de la prescripción asociado a edad y atención especializada.

**Conclusiones.** La automedicación es el componente más importante de la prescripción inducida. El perfil terapéutico varía según la edad y sexo del paciente. Atención especializada origina mayor gasto incluso a igualdad de principio activo.

#### P41 NOS BASAMOS EN CRITERIOS CLÍNICOS PARA TRATAR LAS REAGUDIZACIONES EN PACIENTES EPOC

M. Boira, J. de Magaña, Y. Ortega, D. Moran, M. Ricart y T. Basora

EAP Reus 4. SAP Reus-Altebrat. ICS. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

**Objetivo.** Comprobar la correcta prescripción de antibióticos en pacientes reagudizados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) según criterios de Antonissen.

**Diseño.** Estudio transversal retrospectivo.

**Metodología.** Evaluación de 130 historias clínicas de pacientes diagnosticados de EPOC escogidos aleatoriamente. Ámbito de Atención Primaria.

**Variables.** Agudizaciones. Criterios Antonissen (tos, purulencia expectoración, aumento disnea) y fiebre, prescripción antibiótica y tipo de antibióticos prescritos.

**Resultados.** Total agudizaciones n = 63, el criterio disnea consta en 44,4%, tos 87,3%, cambios esputo 14,3%, y fiebre 34,3%. En un 31,7% consta un criterio, en 57,14% constan 2 criterios, en 9,5% tres criterios y en 1,6% constan 4 criterios. De los que tienen un criterio, hemos tratado con antibióticos 60%, el más utilizado: betalactámicos (75%), con dos criterios tratamos el 83,3% siendo también el tratamiento más utilizado los betalactámicos con 76,6%, el segundo grupo de antibiótico utilizado es levofloxacino con 6,6%. Los pacientes con tres criterios se trataron el 100% y los antibióticos utilizados: 100% fueron betalactámicos. Con cuatro criterios constaba un paciente que se derivó al hospital.

**Conclusiones.** Nuestra actuación en el paciente EPOC agudizado es correcta excepto en el grupo de pacientes que presentan un criterio clínico, estos, están sobre tratados o infraregistrados su clínica. Deberíamos esquematizar la anamnesis para justificar la actuación terapéutica. Respecto al antibiótico utilizado, nos ajustamos en un elevado porcentaje a las recomendaciones de las sociedades científicas.

#### P42 PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LAS INFECCIONES DE VÍAS AÉREAS EN EUROPA: DIFERENCIAS NORTE-SUR

C. Llor, J. Cots, A. Boada, L. Bjerrum, B. Gahrn-Jansen y A. Munk

Sociedad Catalana de Medicina de Familia. Barcelona. Unidad de Investigación de Medicina General de la Universidad de Southern Denmark. Dinamarca. Cataluña.

Correo electrónico: t2604clv@comb.es

**Objetivo.** La prevalencia de resistencias antimicrobianas refleja el consumo local de antibióticos. El objetivo de este estudio ha sido el de comparar la prescripción de antibióticos en infecciones de vías aéreas altas en un país con altas tasas de resistencia como España y un país con pocas resistencias, Dinamarca.

**Metodología.** Estudio observacional multicéntrico.

**Sujetos.** Un grupo de médicos de atención primaria de Cataluña y de Dinamarca registraron todas las visitas con infecciones de las vías aéreas (faringoamigdalitis, catarros, infecciones óticas y sinusales) durante un período de 3 semanas entre noviembre de 2001 y enero de 2002.

**Resultados.** Se registraron un total de 923 casos. Se prescribieron más antibióticos en España que en Dinamarca, principalmente en infecciones amigdalares. Los antibióticos que más se prescriben en España en amigdalitis, otitis y sinusitis son las penicilinas de amplio espectro, asociadas o no a inhibidores de b-lactamasas (más del 65% en las tres infecciones) mientras que en Dinamarca se prescriben mayoritariamente penicilinas de espectro reducido (58% del total fue fenoximetilpenicilina). Se prescribe fenoximetilpenicilina en el 5,1% de las faringoamigdalitis en España y en el 91,7% en Dinamarca. Las quinolonas se prescriben allí en menos del 1% de las infecciones mientras que en España supuso el 7,7% de toda la prescripción.

**Conclusiones.** Las importantes diferencias cualitativas existentes en el tratamiento antibiótico de estas infecciones entre el norte y el sur de Europa debe hacernos reflexionar sobre la utilización racional del antibiótico. Esto es fruto de tradiciones, hábitos, recomendaciones y presiones distintas entre ambos países.

#### P43 CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN PATOLOGÍA AGUDA EN LOS NIÑOS

E. Ras Vidal, I. Noguera Vila, R. Olive Vilella, O. Ochoa Gondar, P. Arcelin Zabal y F. Grifoll Ruiz

CS Sant Pere i Sant Pau. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: temescar@teletel.es

**Objetivo.** Evaluar el grado de cumplimentación del tratamiento antibiótico infantil y determinar factores asociados

**Tipo de estudio.** Observacional y Transversal

**Emplazamiento.** Área Básica de Salud Urbana.

**Sujetos.** Muestra aleatoria 175 niños calculada con riesgo alfa 0,05 y precisión  $\pm 7\%$  que precisaron tratamiento antibiótico.

**Mediciones e intervenciones.** Para la medida del cumplimiento antibiótico, usamos el test de MorisKy-Green, recitando a los pacientes al finalizar el tratamiento.

**Resultados** 97 (55,4%) eran varones. Edad media 5,29 años (DE 3,81). 98 (56%) estaban en niveles de escolarización infantil o superior, 38 (21,7%) iban a guardería y 39 (22,3%) no escolarizados. Motivo del tratamiento antibiótico: 117 por procesos vías respiratorias altas, 28 por procesos vías respiratorias bajas, 12 por infección urinaria y 18 otros. Número de tomas diarias prescrito; 76,6% cada 8 horas. Mediana de duración del tratamiento;  $8 \pm 1,75$  días. No cumplieron adecuadamente el tratamiento prescrito 60 (34,3%). Motivo incumplimiento; 20 olvidó alguna toma, 15 no respetó horario, 23 abandono por mejoría y 2 abandono por efectos secundarios. Encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,043$ ) niños escolarizados abandonaron la medicación por mejoría respecto no escolarizados. Por grupos de edad, de 3 a 5 años no respetaron horario establecido ( $p < 0,025$ ) y de 12 a 14 años más abandono tratamiento con la mejoría ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones** Uno de cada cuatro niños no cumple con el tratamiento prescrito para su patología aguda. Los niños no escolarizados, la menor duración tratamiento y menor número de dosis al día ayudan a mejorar el seguimiento del tratamiento, factores que deberán ser tenidos en cuenta por el médico.

#### P44 PROPUESTA DE USO ADECUADO DE ANTIBIÓTICOS EN LA INFECCIÓN TRACTO URINARIO

M. González Suárez, J. Torres Moreno, M. Caraballo, E. Montblanc, C. Marchena y E. Roldán

Área Gestión Sanitaria Osuna. Osuna. Sevilla. Andalucía.  
Correo electrónico: mgonzalezsu@papps.org

**Objetivos** Establecer una conducta en el uso racional y eficiente de antibióticos en el tratamiento empírico de la infección del tracto urinario (ITU) en nuestra Área Sanitaria.

**Ámbito estudio** Pacientes de Atención Primaria de siete Zonas Básicas del Área Gestión Sanitaria de Osuna que abarca 162897.

**Diseño** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Mediaciones** Se analizaron 346 urocultivos positivos correspondientes al 2º semestre de 2003. Se registró la Zona Básica de procedencia, germen, y sensibilidad/resistencias a diferentes antibióticos testados, expresados en porcentajes. La propuesta se realizó en base a sensibilidad, coste y nivel del antibiótico.

**Resultados** El 78,9% de los cultivos positivos fueron por *E. Coli*, el 7,25% por *Klebsiella Pneumoniae*, el 3,75% por *Proteus Mirrabillis* y *Enterococcus faecalis* y otros gérmenes el 6,35%. Los antibióticos de primer nivel con menor tasa de resistencia fueron Fosfomicina (3,90%) y Nitrofurantoina (12,76%), de segundo nivel amoxicilina-clavulánico 8,3% y cefuroxima 12,5% y de tercer imipenem (1,1%) y amikacina (1,46%) y cefixima (9%). Las resistencias a cotrimoxazol fueron de (31,6%), ciprofloxacino (24,8%) norfloxacino (20,4%) y ácido pipemídico (41,2%). En los urocultivos positivos a *E. Coli* nitrofurantoina presenta una tasa de resistencia de 6,3%, fosfomicina 2,2% y amoxicilina-clavulánico 6% y ciprofloxacino de 36%.

**Conclusiones** Se recomienda el empleo de fosfomicina y nitrofurantoina para el tratamiento empírico de la ITU. Como alternativas amoxicilina-clavulánico y cefuroxima. Destacamos las elevadas resistencias de los antisépticos urinarios y quinolonas y la disminución proporcional de resistencias de todos los antibióticos frente a *E. Coli* excepto las quinolonas.

#### P45 SI QUIERE ANTIBIÓTICOS PARA EL CATARRO VENGA A VERME AL HOSPITAL

A. Moreno Pastor, A. Hernández Torrano, M. Abellán Rivero, A. Ibáñez Reales, P. Alcántara Muñoz, y J. Menárguez Puche

CS Virgen de la Consolación. Molina de Segura. Murcia.  
Correo electrónico: jmenarguezp@medynet.com

**Objetivos** Evaluar calidad de atención a pacientes con infecciones de vías respiratorias altas (CVA).

**Diseño** Estudio evaluación calidad (descriptivo transversal).

**Metodología** Se identificaron pacientes sin factores de riesgo que consultaron por CVA comunitarias (15-Enero a 15-Febrero 2004) en los que teóricamente no era necesario usar antibióticos. El ámbito de estudio fue dos niveles de atención: Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) y Equipo Atención Primaria (EAP). Se analizaron cuatro criterios sobre calidad de tratamiento (uso o no de antibióticos y sus tipos) y otro sobre

calidad de exploración, con sus correspondientes estándares. Se midió índice de cumplimiento de criterios. Se utilizó t de Student y  $\chi^2$ .

**Resultados** Consultaron 291 pacientes: 149 atendidos en SUH y 142 en EAP. Globalmente se usaron antibióticos en 51,9% casos. Los pacientes atendidos en SUH eran, en relación a los del EAP, más jóvenes ( $36,8 \pm 19,1$  versus  $48,1 \pm 19,5$  años,  $p < 0,0001$ ), mejor explorados (97,3% versus 14,5%,  $p < 0,0001$ ) y con más tratamiento antibiótico previo ( $p < 0,0001$ ). Se emplearon más tratamientos antibióticos sistémicos en SUH (65,1% versus 38%,  $p < 0,0001$ ), aunque no hubieron diferencias en cuanto al uso de antibióticos de 1ª línea o grupo farmacológico más empleado. No se alcanzó el estándar de calidad en ninguno de los dos niveles de atención para criterios de uso de antibióticos. En ambos niveles el uso de antisépticos fue adecuado.

**Conclusiones** Aunque en SUH se atienden pacientes de menos edad, se explora mejor y se piden más exploraciones complementarias que en el EAP, el uso de antibióticos fue mayor, aunque con fármacos de perfil similar.

#### P46 PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN CENTROS GERIÁTRICOS DE UNA ÁREA BÁSICA DE SALUD. RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN

C. Expósito Martínez, M. Rocabrava Triadó, M. Altaba Barceló, J. San José Mataró, C. Galisteo Lencastre da Veiga y L. Urrutia Masana

CAP Rambla-Sabadell. Sabadell. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: cap.rambla@sabadell.es.es

**Objetiva** Evaluar cambios cualitativos y cuantitativos en prescripción farmacéutica en centros Geriátricos (CG) de una área básica de salud (ABS) tras una intervención.

**Diseño** Estudio multicéntrico, antes-después con grupo control de las prescripciones en las ABS año 2003 versus 2002.

**Emplazamiento:** CG de un Servicio de Atención Primaria (SAP).

**Intervención:** a) Entrevista informativa. b) Transmitir objetivos de farmacia de entidad proveedora de servicios de salud (Estándar de calidad) (EC): Fármacos de eficacia probada, genéricos e indicaciones específicas de utilización.

**Variables:** Puntuación EC 2002 y 2003, diferencia de gasto farmacéutico (GF) (porcentaje) 2002-2003, incremento del gasto del SAP 2002-2003.

**Resultados:** 25 centros: 11 (casos) pertenecen al ABS y 14 (controles) al resto del SAP.

-Rango de EC: -Controles año 2002: 9-82 (media 44); año 2003: 32-80 (media 55); diferencia 2002-2003: 11. -Casos año 2002: 15-75 (media 35); año 2003: 17-76 (media 53); diferencia 2002-2003: 18.  $P = 0,516$

-Rango de incremento GF:(-)23,37-51,63 (media 10,43) en controles y (-) 3,57-79,2 (media 26,71) en casos.

-Incremento medio SAP: 14,44 excluyendo CG y 14,41 incluyéndolos.

-Dos controles empeoran EC y disminuyen gasto. Dos controles y un caso mejoran EC y disminuyen gasto.

Un control empeora EC aumentando gasto. Nueve controles y nueve casos mejoran EC y aumentan gasto. Un caso mantiene EC y aumenta gasto.

**Conclusiones** Ambos grupos mejoran cualitativamente EC, más el grupo intervención, aunque estadísticamente no significativo, probablemente por EC de partida menor. La mejora cualitativa no comporta contención del GF; suponemos por variables no incluidas. El gasto en CG no desvía gasto medio del SAP.

#### P47 CALIDAD DE LOS INFORMES DE DERIVACIÓN A URGENCIAS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

B. Contreras Raris, E. Molés Moliner, A. Guard Ibáñez, G. Espinosa Garriga, J. Camp Herrero y J. Hernández Rodríguez

CAP les Corts. Dispensario Extrahospitalario de Urgencias Hospital Clínic. Corporación Sanitaria Clínic. Barcelona. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: bibiana\_cr@yahoo.es

**Objetivos** Valorar el grado de cumplimentación y legibilidad de los informes de derivación desde la AP a Urgencias.

**Diseño y metodología.** Estudio retrospectivo y descriptivo, en el que se incluyeron los 93 pacientes visitados en la Unidad de Medicina de un Dispensario de Urgencias Extrahospitalario de una zona urbana durante tres meses, remitidos al centro por médicos de AP mediante informe de derivación. Se valoró la cumplimentación de los informes mediante la presencia de 4 ítems: antecedentes patológicos, motivo de consulta, exploración física y orientación diagnóstica. También se analizó la legibilidad de

diferentes variables: historia clínica, centro de origen y nombre del médico que deriva.

**Resultados.** Respecto a la cumplimentación, se observó que el 15% reunía solamente 1 de los ítems, 2 el 30,2% y 3 el 32,2%, mientras que sólo se consideraban completos (4 ítems) el 22,6%. Si bien el motivo de consulta constaba en el 97% de los informes, en el 50% no constaba orientación diagnóstica. En cuanto a la legibilidad, el 19,3% de los informes estaban informatizados, eran legibles completamente el 41,9% y parcialmente (> 50%) el 24,7%, mientras que se consideraron ilegibles parcialmente (< 50%) el 10,8% y completamente el 3,3%.

**Conclusiones.** La cumplimentación del informe de derivación no fue correcta en casi la mitad de los casos. La legibilidad era aceptable en la mayoría, pero el 14% resultaba prácticamente imposible. Por tanto, en algunos casos, el informe de derivación puede llegar a perder su importante papel de transmisión de la información clínica entre la AP y Urgencias.

## MESA 11

### Doctor ¡¡¡yo no me vacuno!!!

#### P48 SE PUEDE MEJORAR LA COBERTURA DE VACUNACIÓN DE LA GRIPE CON LA LLAMADA TELEFÓNICA, EN LA POBLACIÓN DE 60 A 64 AÑOS?

M. Zwart Salmerón, C. Bou Mias, E. Calvet Feixas, C. Morera y R. Carbó Teigeiro

ABS Girona-1. Girona. Cataluña.  
Correo electrónico: mzwart@scmfic.org

**Objetiva 1)** Conocer si la estrategia de captación telefónica sobre la población de 60 a 64 años que es objeto por primera vez de una campaña institucional intensiva de vacunación de la gripe mejora los resultados de cobertura vacunal. 2) Estudiar el efecto en función del profesional que la realiza.

**Diseño.** Estudio de intervención experimental, prospectivo en toda la población diana. Distribución aleatoria de casos entre los profesionales que realizan la llamada (médicos M, enfermería I, administrativos A) y un grupo control con campaña convencional.

**Emplazamiento.** Área básica de salud urbana de 18.000 hab.

**Participantes.** Población diana incluida: personas de 60-64 años asignadas. Criterio de exclusión: no respuesta a 5 llamadas, registro de éxitos.

**Mediaciones principales.** Vacunación realizada sí o no Distribución por edad sexo y profesional.

**Resultados.** 685 casos (54,1% mujeres) y 208 controles (51,4% mujeres) sin diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) en la distribución por sexo entre grupos. Se aumentó la vacunación al 40,3% casos frente al 24,5% controles, estadísticamente significativa  $p = 0,001$ . La intervención del personal sanitario (M, I) no presenta diferencias de vacunación y si existen con el grupo administrativo ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** La población de 60-64 años incluida por primera vez como grupo diana para la campaña de vacunación de la gripe en nuestra CCAA, presenta una tasa de respuesta baja a la campaña convencional. La intervención telefónica mejora el número de personas inmunizadas de la gripe. Los resultados según el profesional confirman los datos de la bibliografía existente sobre la mejora si se realiza por los profesionales sanitarios.

#### P49 ¿ESTAMOS LOS SANITARIOS BIEN VACUNADOS? PREVALENCIA DE LA VACUNACIÓN ANTE LA GRIPE, TÉTANOS-DIFTERIA Y HEPATITIS B ENTRE LOS TRABAJADORES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Morató Agustí, P. Robles Raya, M. Mayer Pujadas, A. Mas Casals, C. Valero González, y A. Serra Torres

Grupo de Vacunas de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 7946lma@comb.es

**Objetivos.** Identificar la prevalencia de sanitarios (TS) vacunados de gripe (vG) durante campaña 2002/2003, tétanos-difteria (Td) y hepatitis B (VHB).

**Diseño.** Estudio transversal observacional.

**Emplazamiento.** Centros Atención Primaria (AP) de Cataluña seleccionados aleatoriamente.

**Participantes.** Médicos (M) de familia (MF), pediatras (P). Enfermería (E) general (EG), de pediatría (EP) que realizaron asistencia desde octubre 2002 hasta octubre 2003.

**Intervención.** Cuestionario autoadministrado. Respuestas dicotómicas, multirespuesta y abiertas.

**Variables.** Edad, género, titulación, vG campaña 2002-2003, motivación para vG, Td, año última dosis; VHB, año vacunación, reacciones postvacunales. Efectuamos estadística descriptiva, con pruebas de chi cuadrado, análisis varianza, t de Student-Fisher, considerando diferencias significativas cuando  $p < 0,05$ .

**Resultados.** 551 respuestas 76,4% TS de 27 centros. 79,2% de médicos, 73% de enfermería.

-40% vG (51M, 7.4P, 31.21EMG, 9.52EP); 50,4% hombres, 36,1% mujeres. Entre médicos: 53,6% hombres, 38,7% mujeres; ( $p < 0,05$ ). 50,8% > 40 años, 35,4% < 40 años ( $p < 0,05$ ).

-89,2% TS recibió alguna dosis Td o recuerda última dosis > 10 años. 70,6% vacunados correctamente Td (89,6MF, 89,5P, 88,6EG, 95,3EP), 87,8% hombres, 90,5% mujeres, sin diferencias significativas respecto sexo ni categoría laboral. Por edades: 93,7% < 40 años, 87,4% > 40 años; ( $p < 0,05$ ).

-80,3% vacunados correctamente VHB (81,1MF, 60,5P, 85,8EG, 72,7EP) sin diferencias significativas entre categorías laborales. 74% varones, 82,7% mujeres; ( $p < 0,05$ ). 93,7% < 40 años, 72,3% > 40 años; ( $p < 0,001$ ).

-18,6% manifestaron reacciones post-vacunales. 43,14% locales asociadas Td, 23,53% pseudogripales asociadas vG.

**Conclusiones.** Alta prevalencia de vacunación Td y VHB entre < 40 años. Probablemente debido a la incorporación de vacunación sistemática en escuelas para Td y en universidades de medicina y enfermería para VHB. Los > 40 años no vacunados de VHB durante la carrera no se vacunaron posteriormente. En Td no se han administrado dosis de recuerdo. Baja prevalencia global para vG. TS < 40 años no se consideran grupo de riesgo. Los escasos efectos secundarios locales y leves no justifican la mala vacunación de TS. Es necesaria mayor formación en vacunas y concienciación sanitarios.

#### P50 VACUNACIÓN GRIPAL: EVALUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

A. Muñoz Ureña, M. Rosado López, M. Tárraga Aguilar, C. Pérez-Crespo, J. Murcia Legaz y P. Pérez López

CS de San Antón. Cartagena. Murcia.  
Correo electrónico: alfonmu@cajamar.es

**Introducción.** La gripe presenta elevada capacidad de propagación y complicaciones graves. Cambios antigénicos ocasionan epidemias. Esto obliga a vigilancia virológica permanente.

**Objetivos.** Conocer la efectividad de la vacunación de la Gripe, en población igual o mayor de 14 años, de nuestra Zona de Salud. Determinar la virología en casos con diagnóstico clínico de gripe. Describir la morbimortalidad de la Gripe.

**Sujetos de estudio.** Población igual o mayor de 14 años adscrita a la Zona de Salud San Antón-Cartagena con sintomatología compatible con etiología gripal en el período 01/11/03-30/04/04.

**Metodología.** Estudio epidemiológico descriptivo transversal. Según incidencias años anteriores, con prevalencia: 7%, nivel de confianza: 95%, potencia: 80%, realizamos muestreo consecutivo: K = 3. De cada individuo recogemos exudado nasal y remitimos al Centro Nacional Virología (INS Carlos III), para tipificación. Obtenemos de la historia clínica datos de variables establecidas, para análisis estadístico.

**Resultados.** De 12.865 individuos, 181 casos declarados de gripe. Total muestra exudados: 58,2% varones y 41,8% mujeres. 84,7% Exudados influenza positivos: 17,6% vacunados y 76,9% no vacunados,  $p = 0,174$ . Del total de la población 1,0% de vacunados tuvieron gripe y 1,4% de no vacunados,  $p = 0,199$ .

**Conclusiones.** Baja incidencia de casos de gripe confirmados con exudado nasofaríngeo en 2003-2004. No podemos determinar diferencias significativas en la efectividad de la vacunación, por la baja incidencia. Apreciamos mayor incidencia en semanas 45 y 46, realizándose la campaña vacunal en semanas 40 a 50.

## P51 INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉDICOS Y DEL CUPO EN LA VACUNACIÓN ANTIGRIपाल (VAG) DE ANCIANOS EN UN ÁREA DE SALUD

H. Schwarz, Chávarri, J. Ortuño López, A. Lattur Vildhez, V. Pedrera Carbonell, D. Orozco Beltrán y V. Gil Guillén

Unidad de Calidad y Formación Dirección Atención Primaria Área 18. Unidad de Investigación y Docencia. DAP Área 17. Alicante. Comunidad Valenciana. Correo electrónico: schwarz\_her@gva.es

**Objetiva** Identificar las características de médicos y cupos relacionadas con la tasa de vacunación antigripal (VAG) en ancianos. Cuantificar su VAG. **Diseño** Observacional transversal multicéntrico de ámbito poblacional, utilizando datos primarios.

**Participantes** Todos los centros del área con registro informatizado de VAG. 19.457 vacunados (campana 2001-02), de 73 médicos que permanecieron en su puesto durante los 2 años previos.

**Emplazamiento.** Atención primaria.

**Mediciones principales.** Edad y sexo del médico, titulación MIR, acreditación docente, plaza en propiedad, antigüedad en la plaza, años de ejercicio profesional, modelo asistencial, población total asignada, población y porcentaje de población > 65 años asignada, tasa de VAG del total de asignados. Criterio de evaluación: tasa de VAG a ancianos. Realizamos análisis descriptivo, bivariante, y modelo multivariante, fijando la significación estadística en  $p < 0,05$ , calculando límites de confianza al 95%.

**Resultados.** Tasa de VAG en ancianos (> 65 años): 50,9%; gran variabilidad entre médicos (de 18% a 77%). Menor tasa de VAG cuanto mayor antigüedad del médico ( $p = 0,01$ ), población asignada ( $p = 0,03$ ), ancianos asignados ( $p = 0,000$ ), porcentaje de ancianos asignados ( $p = 0,001$ ), y cuanto menor es la tasa de VAG al total de asignados ( $p = 0,000$ ), no obteniendo significación con el resto de variables estudiadas. Análisis multivariante: sólo permanece significativo el porcentaje de ancianos asignados.

**Conclusiones.** La tasa de VAG a ancianos es baja, similar a las del entorno. El porcentaje de ancianos asignados es la única variable explicativa del modelo, con una relación inversamente proporcional.

## P52 ANÁLISIS DE LA PROFILAXIS DEL TÉTANOS EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

A. Serra Torres, M. Morató Agustí, A. Benavides Ruiz, J. Camp Herrero, P. Robles Raya y A. Mas Casals

Dispensari d'Urgències Extrahospitalaries de LHospital Clínic. Grup de Vacunes de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Barcelona. Catalunya. Correo electrónico: 7946lma@comb.es

**Objetiva.** Conocer a través de la historia clínica (HC) la actuación de los médicos de urgencias extrahospitalarias (UEH) respecto a la profilaxis antitetánica, en función de la herida y los antecedentes vacunales de tétanos. **Ámbito.** Servicio de UEH urbanas.

**Tipo de estudio.** Transversal descriptivo retrospectivo.

**Metodología.** Selección sistemática de HC de lesiones cutáneas con riesgo de tétanos (LRT) (según recomendaciones SCMFic) en  $\geq 18$  años del período octubre2003-enero2004, excluyendo derivados al hospital. Se valoró registro de estado vacunal, tipo de herida, y si la conducta profiláctica fue correcta. Análisis mediante programa SPSS10.0.

**Resultados.** HC: 5811. LRT: 257 (4,4%). Edad: 47,49  $\pm$  20,39. Sexo: 49%H, 51%M. El 30% de las actitudes profilácticas se consideraron correctas, sin diferencias por edad ni sexo. No se detectó mejoría significativa en la actitud profiláctica al realizar una sutura o no para reparar la lesión (33% vs 29%;  $p = 0,51$ ). Por tipos de herida hubo diferencias significativas; los % de actitudes consideradas correctas por tipo de herida (valoración correcta/total): Heridas punzantes 60% (6/10), mordeduras 60% (3/5), erosiones 47,6% (20/42), heridas incisas-contusas 31,6% (42/133), quemaduras 23,5% (4/17), picaduras insectos 0% (0/14), procedimientos (incluye drenaje abscesos y hematomas subungueales) 0% (0/12), úlceras 0% (0/7), otras 7% (1/13). El 88% de las actitudes incorrectas lo fueron por falta de valoración del estado vacunal.

**Conclusiones.** Solamente un tercio de las actitudes de profilaxis antitetánica en UEH son consideradas correctas. En algunos tipos de LRT (abscesos, úlceras, picaduras) no se plantea la profilaxis. Realizar una sutura no supone mejoría en la actitud. Destaca la baja constancia del estado vacunal en los informes. Es necesaria una intervención para mejorar la profilaxis antitetánica en UEH.

## LIBRES

## P53 INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE INFECCIÓN URINARIA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON Y SIN BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

M. Ribera Montes, D. Orozco Beltran, V. Pedrera Carbonell, R. Pascual Perez y C. Perez Barba

Unidad de Investigación Área 17. Elda. Comunidad Valenciana. Correo electrónico: export@falca.es

**Introducción.** Las mujeres diabéticas (DM) tienen más infecciones urinarias (ITU). Se desconocen las consecuencias de la BA.

**Objetivos.** Determinar la incidencia de ITU en diabéticos con y sin BA. Identificar otros factores de riesgo para su desarrollo tras 12 meses de seguimiento.

**Métodos.** Definición: BA presencia de 100.000 UFC/ml en 2 urocultivos consecutivos. ITU: disuria, polaquiuria y urgencia miccional. Criterios Inclusión: DM tipo 2 de Petrer. Criterios exclusión: embarazadas, anomalías urinarias, ITU y antibióticos 14 días previos a la inclusión. Cuestionario con datos de filiación, epidemiológicos, bioquímica, HbA1c, microalbuminuria, sedimento urinario y urocultivo. Diseño: Estudio observacional analítico prospectivo de cohortes. Análisis estadístico: comparación entre pacientes con y sin BA y/o ITU: t de Student y X2 de Pearson. Cálculo del riesgo de ITU: riesgo relativo.

**Resultados.** 457 diabéticos tipo 2, 63,2% mujeres y 36,8% varones. Media de edad 68,3  $\pm$  11,11 años. Prevalencia de BA: 19,9% (25,6% mujeres y 10,1% varones;  $p = 0,000$ ). Incidencia de ITU: 21,7% (28,4% mujeres y 10,1% varones). Riesgo relativo de ITU en pacientes con BA: 7,04 (IC al 95% 5,01/9,9;  $p = 0,000$ ). Factores de riesgo para ITU sintomática: BA, incontinencia urinaria, antecedentes de ITU en el año previo, tratamiento antibiótico en el seguimiento y obesidad.

**Conclusiones.** La BA (más frecuente en las mujeres) predispone al desarrollo de ITU en diabéticos tipo 2. No encontramos relación entre tiempo de evolución, control, tipo de tratamiento, complicaciones de la DM y función renal con BA e ITU.

## P54 VALIDEZ DEL SEDIMENTO URINARIO EN EL DIAGNÓSTICO DE BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

M. Ribera Montes, D. Orozco Beltran, V. Pedrera Carbonell, V. Gil Guillen, R. Pascual Perez y C. Pérez Barba

Unidad de Investigación Área 17. Elda. Comunidad Valenciana. Correo electrónico: export@falca.es

**Introducción.** Los diabéticos tienen bacteriuria asintomática (BA) más frecuentemente que los pacientes sin diabetes y mayor riesgo de desarrollar infecciones urinarias. En base a ello se sugiere la necesidad de realizar despistaje sistemático en este grupo de pacientes. Nuestro objetivo es determinar la validez del sedimento urinario frente al urocultivo para el diagnóstico de BA.

**Metodología.** Estudio observacional de pruebas diagnósticas. Criterios de inclusión: pacientes con DM tipo 2 de Petrer. Criterios de exclusión: embarazadas, anomalías del tracto urinario, ITU sintomática y tratamiento antibiótico en los 14 días previos a su inclusión. Cuestionario con datos de filiación, epidemiológicos, bioquímicos, HbA1c, microalbuminuria, sedimento urinario y urocultivo

**Resultados.** 457 diabéticos. Media de edad: 68,3  $\pm$  11,1 años. IMC mayor en mujeres. Media del tiempo de evolución de DM: 11,3  $\pm$  8,9 años. HbA1c media: 7,86  $\pm$  1,6%. Sedimento normal en 342 pacientes (74,8%) y patológico en 115 (25,2%). Urocultivo normal en 366 pacientes (80,1%) y patológico en 91 (19,9%). Indicadores de validez: Prevalencia-0,19; Sensibilidad-0,94; Valor predictivo positivo-0,74; Valor predictivo negativo-0,99; Especificidad-0,92; Cociente de Probabilidad positivo-11,89; Cociente de Probabilidad negativo-0,058.

**Conclusiones.** En el contexto de una probabilidad de enfermedad de 19,9% (prevalencia o probabilidad pre prueba) un sedimento patológico no confirma el diagnóstico de BA, pues el VP+ es del 74%, pero un sedimento normal la descarta (el VP- es de 99%); casi todos los sedimentos normales tienen urocultivo normal. El sedimento es una prueba muy sensible y bastante específica. Sirve para descartar la BA más que para confirmarla.

## P55 PREVALENCIA DETECTADA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS HEPATITIS VIRALES EN POBLACIÓN ADULTA INMIGRADA PAKISTANÍ ATENDIDA EN UN CENTRO DE SALUD

G. Ros Cervera, G. Moreno Galarza, V. Serrano Borraz, A. Mérida Martos, J. Grau Bartomeu y M. Álvarez Fernández

ABS Raval Sud. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 22056maf@comb.es

**Objetivos.** Estimar la prevalencia de los marcadores serológicos de las hepatitis virales en la población inmigrada pakistaní atendida en nuestro centro de salud (CS). Describir las características clínicas de los sujetos con hepatopatía crónica por virus B y C.

**Métodos.** Estudio descriptivo transversal en un CS urbano. De octubre a diciembre de 2003 se revisaron 956 historias clínicas de sujetos mayores de 15 años cuyo país de origen era Pakistán (60% de la población pakistaní atendida en nuestro CS). Variables de estudio: demográficas, serológicas y clínicas. **Resultados.** Edad mediana 34 años (P25:29,P75:42). Varones (92,6%). Estancia mediana en España 47 meses (P25:35,P75: 62 meses). Prevalencia de marcadores serológicos virales: antiVHA IgG (n = 110) 88,5% (IC del 95%, 78,9-92); antiHBc (n = 298) 28,5% (IC del 95%, 23,4-33,7), HBsAg (n = 533) 5,1% (IC del 95%, 3,42-7,3), antiVHC (n = 549) 11,3% (IC del 95%, 8,7 – 13,9). Ninguno de los sujetos con hepatitis crónica por virus B y/o C presentó complicaciones por cirrosis y ninguno había recibido tratamiento con antivirales.

**Conclusiones.** La población inmigrante pakistaní atendida en nuestro CS presenta una alta prevalencia de marcadores virales, planteando la necesidad de la petición rutinaria de los marcadores serológicos de las hepatitis B y C en este colectivo y la pertinencia de estudios de seroprevalencia en otros colectivos de inmigrantes.

## P56 EXACERBACIONES GRAVES EN LA EPOC: ¿SON UN FACTOR PRONÓSTICO ADVERSO INDEPENDIENTE?

M. Navarro, E. Salcedo, J. Soler, M. Martínez, R. Ochando y P. Román

Hospital General de Requena. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: megapoitier@ono.com

**Objetivo.** Evaluar la influencia que tienen las exacerbaciones graves (AE-POC) (aquellas que precisan asistencia hospitalaria [AH]) en la supervivencia de los pacientes con EPOC.

**Diseño.** Estudio de supervivencia en una cohorte prospectiva con seguimiento durante 5 años.

**Ámbito de estudio.** Consultas externas de neumología de un hospital comarcal.

**Sujetos.** Pacientes con EPOC (criterios SEPAR), controlados ambulatoriamente en nuestras consultas durante 1998.

**Mediciones.** Se recoge la edad, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, comorbilidad, oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD), espirometría forzada y gasometría arterial durante 1998. Se registra el número anual de AH por AEPOC durante el período 1993-2002, evaluando las visitas a urgencias sin ingreso (USI) y las hospitalizaciones (H). Las AH se agrupan de la siguiente forma: grupo A) ninguna AH; B)  $\geq$  IUSI sin H; C)  $\geq$  1H, pero  $<$ 3AH; D)  $\geq$  3AH (incluyendo siempre al menos 1H). **Resultados.** Se incluyen 312 pacientes, 310 (99,3%) hombres. La edad media fue de  $71 \pm 9$  años y el FEV1 medio de  $1183 \pm 640$  ml. La mortalidad por causa respiratoria al año, 3 años y 5 años fue del 5%, 18,7% y 29,1%, respectivamente. Las variables que mostraron influencia pronóstica adversa en el análisis univariado fueron: edad  $>$  70 años ( $p = 0,000$ ), comorbilidad significativa ( $p = 0,03$ ), AH pre98 (1993-1997) ( $p = 0,000$ ), AH durante 1998 ( $p = 0,000$ ), H post98 (1999-2002) ( $p = 0,000$ ), tratamiento con OCD ( $p = 0,000$ ), gravedad de la enfermedad según FEV1 (%) ( $p = 0,012$ ), PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ( $p = 0,000$ ) y PaCO<sub>2</sub> ( $p = 0,000$ ).

**Conclusiones.** las AEPOC graves, pueden considerarse, per se, un factor pronóstico adverso independiente en la EPOC. La presencia de exacerbaciones repetidas aumenta notablemente el riesgo de muerte.

## P57 NEUMONÍA RECURRENTE EN LA EDAD PEDIÁTRICA Y SU RELACIÓN CON EL ASMA INFANTIL

A. Picas Jufresa, A. Lladó Puigdemont, J. Buñuel Álvarez, y C. Vila Pablos

ABS Girona 4. Institut Català de la Salut. Girona. Cataluña.  
Correo electrónico: jcrisobal@wanadoo.es

**Objetivos.** Determinar: 1) si la neumonía recurrente (NR) es un factor de riesgo para el posterior desarrollo de asma infantil en comparación con el

padecimiento de un solo episodio de neumonía-Neumonía No Recurrente (NNR)-; 2) Si los pacientes con asma infantil están más predispuestos a contraer NR.

**Diseño y metodología.** Estudio de cohortes históricas. Se recogieron todos los episodios de neumonía diagnosticados en nuestro centro entre el 1 de enero de 1996 y el 30 de junio de 1999 (80 episodios en 64 niños menores de 15 años). Estadística: descriptiva, Intervalos de Confianza del 95% (IC 95%), análisis bivalente:  $\chi^2$ , estimación del Riesgo Relativo (RR).

**Resultados.** El 58,5% (IC 95%: 46,5%-70,4%) eran niñas. Edad media: 52,8 meses sin que existieran diferencias entre sexos. El 61,1% de niños con NR desarrollaron posteriormente asma, en comparación con el 14,3% de niños con NNR (RR = 4,3, IC 95%: 1,9-9,8). El 27,8% de los niños con asma infantil previamente diagnosticado desarrollaron posteriormente NR en comparación con 23,3% de los pacientes con NNR (RR = 1,3, IC 95%: 0,54-3).

**Conclusiones.** La NR parece constituir un factor de riesgo para el posterior desarrollo de asma infantil en el presente estudio. Por otra parte, la prevalencia previa de asma es muy elevada, tanto en niños con NR como con NNR, muy por encima de las cifras ofrecidas por estudios epidemiológicos poblacionales españoles (10,1%-11,5%). Por ello todo es fundamental el estudio y control de los niños que padecen neumonía en busca de asma infradiagnosticado.

## P58 AÚN DEBEMOS SEGUIR RECOMENDANDO LA AMOXICILINA EN EL TRATAMIENTO DE LA AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA?

S. Hernández Anadón, C. Llor Vilà, S. Crispí Cifuentes, A. Moragas Moreno, M. Pérez Bauer y J. Cots Yago

CAP Jaume I. Tarragona. CAP Tàrraco. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: silviaha@comt.es

**Objetivo.** Comparar efectividad de 2 tratamientos en faringoamigdalitis probablemente estreptocócica.

**Diseño.** Estudio de intervención efectuado en febrero, marzo y abril del 2004.

**Ámbito de estudio.** Cuatro consultas de atención primaria.

**Sujetos.** Pacientes mayores de 14 años, no alérgicos a los  $\beta$ -lactámicos, con 4 o más criterios de Centor.

**Mediciones e Intervenciones.** Aleatoriamente (listado números aleatorios) se administraba: amoxicilina 500 mg/8 horas 8 días, o penicilina V (fenoximetilpenicilina) 800 mg/12 horas 8 días. Registramos a los 8 días curación, mejoría, fracaso e intolerancia. Indicamos al paciente la devolución del pote y preguntamos cuando había desaparecido la sintomatología. Efectuamos estadística descriptiva, pruebas de chi-cuadrado y t de Student (significación estadística  $p < 0,05$ ).

**Resultados.** 60 pacientes reclutados, (31 amoxicilina, 29 penicilina V). Curación en 27 y 26, respectivamente (no d.s.). Intolerancia gastrointestinal en 2 tratados con penicilina V. La resolución de la fiebre fue más rápida con penicilina (1,78 días vs 2,95 días;  $p < 0,001$ ) y también la duración de la odinofagia (2,13 vs 3,32 días;  $p < 0,001$ ). El cumplimiento fue igual en ambos grupos.

**Conclusiones.** A partir de este estudio deberíamos diseñar un ensayo clínico con técnicas de enmascaramiento para asegurar los resultados obtenidos. El que la penicilina oral sea un  $\beta$ -lactámico de espectro reducido, a diferencia de las aminopenicilinas, que son antibióticos de amplio espectro y unido al hecho de igualdad de efectividad en la práctica clínica, hace que debamos recomendar como tratamiento de elección la penicilina V, excepto en situaciones de intolerancia gastrointestinal.

## P59 ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN INMIGRANTES AFRICANOS ADULTOS

D. Lagares Serrano y J. Mora Arias

Ayuntamiento de Móstoles. Móstoles. Madrid.  
Correo electrónico: lolasug@hotmail.com

**Introducción.** La prevalencia de enfermedades infecciosas es mayor en personas que viven en países en vía de desarrollo. En la Unidad de Atención al Inmigrante del Ayuntamiento de Móstoles hemos atendido entre enero de 1993 y enero de 2000 a 1.530 africanos mayores de 14 años de los cuales un 73% (1116/1530) realizaron al menos una parte del protocolo de actuación que incluía el despistaje de las enfermedades infecciosas más frecuentes.

**Objetivo.** Estudiar la prevalencia de enfermedades infecciosas en adultos procedentes de África atendidos en la Unidad de Atención al Inmigrante.

**Método.** Se estudiaron 1.116 inmigrantes africanos mayores de 14 años, de los cuales 1028 eran del África subsahariana y 88 del Magreb. El protocolo incluía serologías para el HIV, hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC), Lúes, PPD y exudado vaginal.

**Resultados.** En inmigrantes subsaharianos: Hepatitis B: 10% AgHbs (+), teniendo un 77,5% uno ó más marcadores(+) para el VHB; HCV 15,5%, Lúes 5,8%, HIV 4%, PPD > 10 mm 54%. En inmigrantes magrebíes: Hepatitis B: 2,3% AgHbs (+), teniendo un 27,3% uno ó más marcadores(+) para el VHB 27,3%(+), no HCV, Lúes 2,7%, no HIV, PPD > 10 mm 54%.

**Conclusión.** La prevalencia de enfermedades infecciosas es alta en el grupo de población estudiado. La tasa de infección tuberculosa fue similar en ambos grupos de pacientes. Los subsaharianos tenían mayor prevalencia de HBV, HBC, Lúes and HIV. Es conveniente realizar el despistaje de enfermedades infecciosas en personas procedentes de países africanos.

### P60 VALIDEZ DE VALORACIÓN RADIOGRÁFICA EN URGENCIAS PARA DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

O. Ochoa Gondar, A. Vila Córcoles, M. García Sancho, R. Peláez Moreno, A. Romero Orenaga y E. Borreguero Guerrero

CAP Torreforta. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. Cataluña. Correo electrónico: avila.tarte.ics@gencat.net

**Objetivo.** Analizar la validez de la valoración radiográfica en urgencias para el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

**Diseño.** Transversal, validación prueba diagnóstica.

**Ámbito.** Atención Primaria y hospital de referencia.

**Sujetos.** Total personas > 65 años a quienes se practica RX tórax tras consulta médica durante 2003 en servicio urgencias hospitalarias de referencia (n = 934).

**Medidas e intervenciones.** Consideramos la valoración radiográfica efectuada por los facultativos de guardia en Urgencias y comparamos con diagnóstico revisado de alta hospitalaria (gold estándar). Verdaderos positivos (VP): ingresados como neumonía desde urgencias, confirmados en revisión alta hospitalaria. Falsos positivos (FP): ingresados como neumonía desde urgencias, desmentidos posteriormente tras estancia en planta. Falsos negativos (FN): ingresados desde urgencias con otros diagnósticos que, tras estancia hospitalaria, son altas como NAC. Verdaderos negativos (VN): pacientes no afectos de neumonía (confirmado) a quienes se había realizado radiografía tórax en urgencias. Calculamos sensibilidad, especificidad, valores predictivo positivo (VPP), negativo (VPN) y valor global (VG).

**Resultados.** Del total de pacientes, 230 (34,26%) fueron finalmente considerados como neumonía (129 VP y 101 FN), mientras que en 704 pacientes la neumonía fue finalmente descartada (40 FP y 664 VN). Así, para el diagnóstico correcto de NAC, la valoración radiográfica en urgencias tiene 56,7% sensibilidad, 94,3% especificidad, 76,4% VPP, 87,8% VPN, 85,1% VG.

**Conclusiones.** Sorprendentemente, la valoración radiográfica en urgencias no posee una fiabilidad muy alta para el diagnóstico de NAC. Más del 40% de NAC no fueron detectadas en esta valoración, siendo VPP sólo del 75%.

### P61 ESTUDIO DE PACIENTES QUE INGRESAN POR EXACERBACIÓN DE EPOC CANDIDATOS A SER TRATADOS POR HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

F. Pérez Tenreiro, A. Puga Bello, E. Fernández-Obanza Windscheid, M. de la Cámara Gómez, A. Otero Pose y A. Gómez Iglesias

CS Elviña-Mesoiro. CS Cambre. A Coruña. Galicia. Correo electrónico: anapuga39@hotmail.com

**Objetivo.** Pretendemos valorar cuántos pacientes ingresados por exacerbación de EPOC serían candidatos a tratamiento por Hospitalización a Domicilio. Además se estudiaron las preferencias de pacientes y familiares respecto a la posibilidad de atención domiciliaria.

**Diseño y metodología.** Se valoraron pacientes con exacerbación de EPOC que, cumpliendo criterios de inclusión y de no exclusión, serían candidatos para tratamiento domiciliario. El estudio se realizó entre Diciembre

de 2003 y Febrero de 2004. Se pidió autorización a pacientes y familiares y se revisaron los datos de la historia clínica del ingreso y previa. Se realizó entrevista a paciente y familia para valorar la posibilidad de tratamiento domiciliario. Los datos personales se trataron según los principios de la Ética Médica.

**Resultados.** De 297 pacientes incluidos en el estudio 13 (4,3%) resultaron excluidos por falta de datos y 64 (21,5%) cumplieron criterios para tratamiento domiciliario. 175 pacientes (58,9%) prefirieron ser tratados en domicilio, mientras que 78 (26,26%) prefirieron atención hospitalaria. De todos los pacientes que cumplen criterios para tratamiento domiciliario, 41 (64,1%) preferían atención en domicilio.

**Conclusiones.** Utilizando como referencia los estudios vigentes algo más de una quinta parte de estos pacientes podrían ser tratados en su domicilio; creemos que este número podría incrementarse si utilizamos los recursos disponibles en nuestro medio (Hospitalización a Domicilio, Centros de Salud...). La mayoría de los pacientes y sus familiares mostraron su preferencia por ser tratados en su domicilio.

### P62 TBC PLEUROPULMONAR EN EL ÁREA SANITARIA LEVANTE-ALTO ALMANZORA

J. Granero Pardo, M. Valdivia Salas, C. Góngora Beltrán, C. Castillo Aguilar, A. Cazorla Jiménez, y F. Cobos Galisteo

Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa. Almería. Andalucía. Correo electrónico: rmevaldy2000@yahoo.es

**Objetivo.** Estudiar la TBC pleuropulmonar en nuestra área y analizar si las resistencias a fármacos y el retraso terapéutico varía en los inmigrantes.

**Metodología.** Recogida de casos del registro de EDO desde noviembre/2001 a mayo/2004. Estudio descriptivo, test  $\chi^2$  y T de Student para estudiar la relación entre las resistencias y la población inmigrante así como el retraso terapéutico y dicha población.

**Resultados.** Se declararon 44 casos. El 72,7% eran varones y la edad media 41,48 años. El 36,4% de los enfermos eran inmigrantes (la mayoría de Europa del Este, 50%). Un 9,1% presentó resistencia a fármacos, todos a Isoniacida. El tratamiento se retrasó 104,9 días desde el inicio de los síntomas, 107,6 en los españoles y 100,3 en los inmigrantes. El test  $\chi^2$  no observó diferencias estadísticamente significativas entre ambas poblaciones y la incidencia de resistencia a fármacos. El test T de Student tampoco mostró diferencias estadísticamente significativas en el retraso terapéutico entre ambas poblaciones.

**Conclusiones.** 1) En nuestra área la TBC pleuropulmonar es más frecuente en varones de edad media. 2) Más de un tercio son inmigrantes. 3) Aproximadamente un 10% presenta resistencia a fármacos no existiendo relación con el hecho de ser inmigrante. 4) El retraso terapéutico supera los 100 días, siendo mayor en los españoles sin que haya diferencia estadística con los inmigrantes.

### P63 PATOLOGÍA INFECCIOSA EN UNA PRISIÓN

E. Mallada García, A. Rodríguez Martínez, F. Amaya Ortega, J. Sánchez Zambrano y A. Maiquez Pérez

Establecimiento Penitenciario de Albolote. Granada. Andalucía. Correo electrónico: arm3@samfyc.es

**Introducción.** La población penitenciaria se caracteriza por la elevada prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas, ser población marginal con nivel socioeconómico bajo. La población reclusa es una población centinela para mejor estimación del número de afectados por el VIH en la población general.

**Objetivos.** Describir la situación de las infecciones más prevalentes en una prisión. Describir su situación entre los internos en PMM y sin metadona.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Centro Penitenciario de Albolote (Granada).

**Método.** Análisis de la historia clínica informatizada, de la población reclusa en el establecimiento penitenciario de Albolote (Granada) a día 28/06/04.

**Resultados.** Población total: 1.589; 1.450 hombres y 139 mujeres VHC: 391; 24,48% VIH 188; 11,77% Caso SIDA 19; 10,10% (de los infectados) Coinfectados (VIH + VHC) 169; 10,58% (de la población total), el 89,89% de los VIH están además infectados por VHC.

*Programa de metadona.* a) 367 pacientes (22,9% de la población total); 337 (21,11%) hombres y 30 (1,87%) mujeres. b) 98 VIH; 52,12% del total de infectados. c) 13 casos SIDA; 68,42% del total. d) 234 VHC; 59,84% de los infectados y 89 coinfectados (VIH+VHC); 59,66% de los coinfectados.

**Conclusión.** La prevalencia de las referidas infecciones en la población reclusa es más elevada que en la población general. La infección más prevalente: Hepatitis por virus C.

## P64 ELECCIÓN DE MÉDICO: ¿ACERTARON NUESTROS PACIENTES?

V. Martínez, Gaona, M. Merino Audí, D. Rodríguez López, M. Caballero Martínez, A. Muñoz Rodríguez y R. Bofill Rovira

ABS La Torrasa. Consorci Sanitari Integral. L'Hospitalet del Llobregat. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 33779mma@com.es

**Objetivo.** Saber si la elección de médico de cabecera que hicieron los pacientes de un Área Básica hace 1 año, fue de su agrado o prefirieron cambiarse a otro.

**Descripción.** Hace 1 año se presentó una experiencia en un Área Básica en la que observábamos cómo elegían los pacientes a su médico. Puesto que el 50% lo hicieron al azar, decidimos preguntar si su elección les gustó o no. Durante 60 días se preguntó en la consulta diaria si habían cambiado o no de médico, y cuál era el motivo del cambio.

**Resultados.** Se entrevistó a 508 pacientes. El 93,7% eran segundas visitas. De éstas, el 84,87% estaban satisfechos con su elección. El 15,13% restante que cambió de médico, lo hicieron solamente una vez. El 59,6% porque no congenió con el primero. El 24,6% por incompatibilidad de horario. El 7% porque le habían hablado del segundo médico. El 6% por negligencias o problemas con las bajas laborales. Un 1,4% por problemas con las recetas. El tiempo medio de cambio fue en un 32% durante los primeros 7 días, la mayoría de ellos tras la primera visita; el 27% entre la primera semana y el primer mes. Otro 27% entre los 2-6 meses, y un 14% a partir de los 6 meses. Al segundo médico lo eligieron mayoritariamente por consejo de conocidos.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes están satisfechos con su primera elección, y el resto sólo ha cambiado en una ocasión.

## P65 MALTRATO PSICOLÓGICO LABORAL (MOBBING) Y SU INFLUENCIA EN LAS BAJAS DE LARGA DURACIÓN (> 4 DÍAS)

F. Sierra Alonso, N. Graciá Aguado, M. González Muñoz, C. Suñen Hernández, F. López Corral y M. Jaen Martínez

CS Castelló. Madrid. Madrid.

Correo electrónico: controlrise579@jazzfree.com

**Objetivo.** Conocer la prevalencia de incapacidad transitoria (IT) solicitada directamente por maltrato laboral (ML), de conductas de ML en la población en IT y como influyen en su necesidad y duración.

**Materiales y métodos.** Se realizó encuesta que incluía el cuestionario de conductas de maltrato psicológico LIPT (Leymann-1993) al alta, durante 6 meses en un CS urbano. Se contabilizaron 292 encuestas y 45 pérdidas (13%) por olvido y/o sobrecarga asistencial.

**Resultados.** 1) En 2 cortes transversales realizados en un espacio de 3 meses se observó que globalmente el 6,19% de las IT se emitieron por problema psicológico de origen laboral. 2) 21% de los pacientes en IT creen haber sido objeto de ML en los 6 meses previos (69% lo atribuyen a un acoso personalizado y 31% a "presión organizacional"). Este porcentaje sube al 27,4% cuando realizan la encuesta de conductas de ML (media 9,0  $\pm$  5,3 conductas). La edad, el sexo y el ser inmigrante no incrementó el riesgo. El grupo que sufría ML sentía más problemas de salud relacionados con el trabajo (69,8%) (RR: 3,1) y psicológicos (47,4%) (RR: 5,7) (p < 0,05) respecto al que no. Reconocían que el ML había influido en la necesidad de la IT (42,9%) (RR: 3,5) y en el tiempo de recuperación y reincorporación laboral (55,8%) (RR: 6,3); duración: 43,2  $\pm$  70,5 días frente a 32,56  $\pm$  56,9.

**Conclusiones.** El ML supone al menos un 6% del total de ITs. Alrededor de la mitad de los pacientes que sufren conductas de ML creen que los problemas laborales han influido en la necesidad de su baja y su duración. Sus bajas son 10,6 días más prolongadas.

## P66 MALTRATO PSICOLÓGICO LABORAL (MOBBING) Y SU INFLUENCIA EN LAS BAJAS LABORALES DE CORTA DURACIÓN (< 3 DÍAS)

F. Sierra Alonso, M. González Muñoz, N. Graciá Aguado, C. Suñen Hernández, M. Jaen Martínez, y F. López Corral

CS Castelló. Madrid. Madrid.

Correo electrónico: controlrise579@jazzfree.com

**Objetivo.** Conocer la prevalencia de conductas de maltrato psicológico laboral (ML) en la población que solicita un justificante de reposo de menos de 3 días y cómo influye en el absentismo y su duración.

**Materiales y métodos.** Se realizaron 196 encuestas que incluyeron el cuestionario de conductas de maltrato psicológico LIPT (Leymann-1993) en 3 cupos de CS urbano durante 6 meses.

**Resultados.** 26,2% (20,1-33,0) de los pacientes creen haber sido objeto de ML en los 6 meses previos (el 56% lo atribuye a un acoso personal y el 44% a la presión de los objetivos de la empresa). Este porcentaje sube al 31,1% (24,7-38,1) cuando realizan la encuesta de conductas de ML (media 7,8  $\pm$  4,5 conductas de 38). La edad, el sexo y el ser inmigrante no incrementaba el riesgo. El grupo que sufría conductas de ML sentía con más probabilidad problemas de salud que relacionaba con el trabajo (63,4%) (RR:2,7) y problemas psicológicos (49,1%) (RR: 4,0) (p < 0,05) respecto al grupo que no. El 28,1% de los pacientes reconocieron que los problemas laborales habían influido en la necesidad de guardar reposo (46,4% en el grupo con ML y 10,3% en el grupo sin ML (RR: 4,5) y el 30,7% (53,6 y 8,6%, RR: 6,2) en el tiempo de recuperación y reincorporación.

**Conclusiones.** El ML afecta al menos a un cuarto de la población que solicita un justificante de reposo y casi la mitad de los afectados reconocen que ha influido en su necesidad o en su duración. Las instituciones de ámbito laboral y los médicos debemos aprender a manejar el ML por sus graves consecuencias.

## P67 CÓMO LE PARECE A NUESTROS PACIENTES QUE SU MÉDICO DE FAMILIA INTERINO CONSOLIDE SU EMPLEO EN LA OPE EXTRAORDINARIA ACTUALMENTE EN MARCHA

M. Leal Hernández, J. Abellán Alemán, J. Hernández Orozco y E. López Conesa

CS de Beniján-San Andrés. Murcia. Murcia.

Correo electrónico: mlealh@papps.org

**Objetivos.** Conocer la opinión de nuestros pacientes acerca de que su médico de familia interino pase a ser propietario en el proceso extraordinario de consolidación de empleo iniciado en diciembre de 2001.

**Diseño y metodología.** Se realiza una encuesta autocumplimentada a 200 pacientes de tres cupos cuyos médicos de familia ocupan plaza de interino y están inmersos en el proceso extraordinario de consolidación de empleo. La encuesta constaba de cinco afirmaciones para las cuales había cinco opciones de respuesta (muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo, muy en desacuerdo). La afirmaciones versaban sobre complacencia y mejora en la relación médico-paciente, mejora en la formación continuada, motivación para el estudio, adquisición de mentalidad de funcionario, y motivación general.

**Resultados.** El 72% de los pacientes creen que su médico de familia estará más tranquilo, será más complaciente y mejorará la relación médico-paciente si consolida su plaza en la OPE extraordinaria. El 63% de los pacientes creen que si su médico de familia es interino estudiará más. El 78% de los pacientes opinan que si su médico de familia consolida su plaza adquirirá mentalidad de funcionario y prestará una atención de peor calidad. El 62% creen si su médico tiene plaza en propiedad estará más motivado globalmente.

**Conclusiones.** Nuestros pacientes consideran que si su médico de familia consolida su plaza será más complaciente, mejorará la relación médico-paciente, pero adquirirá una mentalidad funcional que le hará prestar una atención de inferior calidad.

## P68 TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA ISQUÉMICA AGUDA EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Méndez Urteaga, S. Matos Castro y S. Domínguez Coello

CS de Tacoronte. Tacoronte. Tenerife. Islas Canarias.

Correo electrónico: sdominguezc@terra.es

**Objetivo.** Determinar cómo se trata la patología isquémica aguda que acude a los Equipos de Atención Primaria de varias Zonas Básicas de Salud.

**Diseño.** Estudio descriptivo.

**Metodología.** Se analizan todas las urgencias cardiológicas que son atendidas en atención primaria por una ambulancia medicalizada del servicio de emergencias 112 durante 6 meses. Se registra el diagnóstico en atención primaria y en el Hospital de referencia del Área, así como el tratamiento administrado por el personal de Atención Primaria. Se registró si el médico que atendió al paciente había recibido formación MIR o no. Se aceptaba que el tratamiento era correcto si el paciente había recibido oxigenoterapia, aspirina oral, nitroglicerina sublingual o endovenosa y se había canalizado una vía venosa.

**Resultados.** De 24 casos atendidos, en AP se consideraron procesos isquémicos agudos 22 confirmándose en el hospital 18 (81,8%). De éstos, recibieron tratamiento adecuado 10 (55,55%). Los médicos con formación MIR (8) atendieron correctamente a sus pacientes en el 87,5% de los casos, mientras que el resto (10) lo hizo correctamente en el 30% (p = 0,023). No se observaron diferencias según la zona atendida.

**Conclusiones.** La atención urgente a la patología isquémica debe mejorarse. Para ello es necesario aumentar la formación de los profesionales que la realizan.

### P69 ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES Y CON MAYOR GASTO FARMACÉUTICO ASOCIADO

G. Martínez Sánchez, J. Granero Nogueira, E. Jardí Vintró, J. Seseras Trujillo, M. Piró Ibáñez y E. Hernández Muñoz

ABS Montgat-Tiana. Montgat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: gmartinez@bsa.bs

**Objetiva.** Constatar si el tratamiento recomendado tanto de 1ª como de 2ª elección y uso excepcional en las patologías más prevalentes y con mayor gasto farmacéutico se adecua a las recomendaciones de un manual cualitativo de prescripción, seis meses después de su implantación.

**Diseño.** Estudio observacional transversal explotando datos a través del programa OMI-ES.

**Ámbito del estudio.** ABS periurbana.

**Sujetos.** Pacientes mayores de 14 años con los episodios seleccionados de síndrome metabólico (HTA-DM-dislipemia); dispepsia; asma; EPOC; infecciones (amigdalitis, sinusitis, ITU); ansiedad; depresión; osteoporosis y dolor osteoarticular, visitados en el período enero 2004-mayo 2004.

**Mediaciones.** Sexo, edad, diagnóstico, fármaco prescrito de 1ª, 2ª elección y uso excepcional, así como motivo de prescripción.

**Resultados.** Un total de 1.186 pacientes, 50% mujeres con edad media de 54 años. Se prescriben fármacos de 1ª elección de manera global en el 52% de los episodios. En un 44% se prescriben de 2ª elección. De uso excepcional se prescribieron en el 4% de los casos. El motivo principal de decantarse por un fármaco de 2ª elección no consta en el 68% de los episodios. Las alergias y falta de efectividad a tratamientos previos fueron los motivos principales para prescribir uno de 2ª elección.

**Conclusiones.** La mayoría de médicos de nuestra área prescribe fármacos considerados de 1ª elección. Existe, pese a ello una prescripción importante de fármacos de 2ª elección cuyo uso no se justifica. Con más tiempo de implantación del manual se consiga disminuir la prescripción de fármacos de 2ª elección.

### P70 PREVENCIÓN SECUNDARIA CARDIOVASCULAR (CV) EN UN CENTRO DE SALUD

F. Antón García, C. Mir Sánchez, S. Sáenz Cañas, M. Vázquez Jiménez y P. Moreno Granero

CS Virgen de la Fuensanta. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: cmir@ono.com

**Objetivos.** Valorar la modificación de los factores de riesgo de los pacientes con antecedentes de patología cardiovascular (ECV) atendidos en tres consultas de medicina general, así como la probabilidad de padecer un nuevo evento cardiovascular a los dos años en el subgrupo de pacientes de entre 35-74 años.

**Diseño y metodología.** Estudio de intervención antes-después. Evaluados 182 pacientes (103 varones y 79 mujeres) con antecedente de ECV en la historia clínica, con un período de seguimiento de entre 1 a 5 años. El tipo de intervención ha sido el habitual según los protocolos que se realizan en atención primaria. Las variables evaluadas: edad, sexo, peso, colesterol total y fracciones, tensión arterial, presión de pulso, tabaquismo y probabilidad de nuevo evento CV a los dos años.

**Resultados.** Descenso a los cinco años: Presión arterial (PA) sistólica 11,5 mmHg (intervalo de confianza al 95% (IC) 7,1-15,9); presión arterial diastólica 6,9 mmHg (IC 4,6-9,2); colesterol total 31,4 mgrs/dl (IC 18-44,8); LDL 30,6 mgrs/dl (IC 20,7-40,5); presión pulso 4,6 mgrs/dl (IC 1,1-8,1). Probabilidad de nuevo evento CV a los dos años 0,9 (IC 0,3-1,4). Tabaquismo y peso sin cambios.

**Conclusiones.** Los objetivos (según consensos) alcanzados son escasos para colesterol total y LDL, moderados para PA sistólica, presión de pulso y probabilidad de nuevos eventos CV y buenos para PA diastólica. Nuestros resultados son similares a los de otros estudios. La causa de los descensos insuficientes podemos achacarlo al bajo nivel de tratamiento farmacológico para los lípidos (44%) y para la PA (80%).

### P71 VARIACIÓN DEL RIESGO CORONARIO SEGÚN LAS TABLAS DE FRAMINGHAM ORIGINALES O CALIBRADAS

F. Antón García, C. Mir Sánchez, S. Sáenz Cañas, G. Llorens Ortells y J. Catalán Macián

CS Virgen De La Fuensanta. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: cmir@ono.com

**Objetiva.** Valorar la modificación del riesgo coronario en adultos (30-70 años) diabéticos y/o con riesgo inicial alto ( $\geq 20\%$ ) según la ecuación original de Framingham, a los cuatro años de su incorporación al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud en cinco consultas de medicina general; así como su comparación con los datos obtenidos a partir de las tablas de Framingham calibradas para población española.

**Diseño y metodología.** Estudio de intervención "antes-después". Evaluados 115 pacientes (72 varones y 43 mujeres) durante 4 años, captados en la consulta diaria. Determinamos al inicio del estudio y a los cuatro años a través de la historia clínica, sexo, edad, tensión arterial, colesterol total y HDL, peso, tabaquismo, hipertrofia ventrículo izquierdo, diabetes y cálculo de riesgo coronario (RC) a los 10 años.

**Resultados.** Descenso a los cuatro años: la presión arterial sistólica 9,1 mmHg (IC 5,3-12,9); la presión arterial diastólica 5,3 mmHg (IC 3,2-7,4); colesterol total 15,5 mgrs/dl (IC 7,5-23,5). Descenso RC 3,7 (IC 2,6-4,8), 16% del valor inicial, equivalente a tener que tratar 27 pacientes para evitar un evento coronario según las tablas originales (NNT = 27). Con la tablas calibradas el descenso fue de 2,2% (IC 1,4-3), equivalente al 21% del valor inicial, con un NNT de 45.

**Conclusiones.** El descenso del riesgo coronario obtenido es tanto clínica como estadísticamente significativo independientemente de las tablas utilizadas; si bien, con las calibradas, los pacientes quedan encuadrados en un estrato inferior del RC. Consideramos que debería hacerse búsqueda activa de los pacientes con riesgo coronario alto y actuar sobre ellos.

### P72 SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES. EL ESTUDIO AVENA

B. Lomba Garía, M. Molina Sánchez, L. Moreno Aznar, J. Flea Zaragoza, A. Sarría Chueca y M. Bueno

Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. Aragón.  
Correo electrónico: lcmscom@hotmail.com

En países desarrollados, la obesidad es el principal problema nutricional en adolescentes. En España, algunos estudios demuestran una prevalencia de sobrepeso y obesidad elevada en adolescentes. En el 2001-2002 hemos dirigido el estudio multicéntrico AVENA, un estudio transversal de una muestra representativa de adolescentes españoles de edades entre 13-18 años. Usando los estándares aceptados por la IOTF la prevalencia de sobrepeso+obesidad en varones fue del 25,7% y en mujeres del 19,1%. Las prevalencias de obesidad fueron 5,7 y 3,1% respectivamente. El status socioeconómico fue valorado mediante la medida del nivel educacional y el tipo de trabajo de ambos padres. En varones la prevalencia del sobrepeso fue 10,1% en el grupo de alto status socioeconómico, 22,7% en el grupo medioalto, 27,0% en el grupo medio, 28,1% en el mediobajo y 16,9% en el grupo bajo (P = 0,007); en mujeres la prevalencia de sobrepeso fue 17,1, 14,6, 17,4, 22,1 y 23,1 respectivamente (P = 0,295). El incremento del índice de masa corporal (BMI) fue paralelo al incremento del % de grasa corporal (BF%), valorado con la medida del grosor del pliegue subcutáneo. En muchachos, el BF% aumentó desde 15,56% en adolescentes con normopeso, hasta

18,37% en los de sobrepeso y 42,44% en los obesos ( $P < 0,0001$ ). En muchachas el BF% fue 23,73, 31,98 y 41, 54% respectivamente ( $P < 0,0001$ ). Debemos monitorizar las tendencias del sobrepeso, cuya presentación epidémica parecen mantenerse. La valoración de este problema no debe hacerse solamente con la medida del BMI, también debe medirse el BF% con métodos como la medida de pliegue graso subcutáneo.

### P73 VALIDACIÓN DEL RECuento DE COMPRIMIDOS TELEFÓNICO, COMO MÉTODO INDIRECTO DE MEDICIÓN DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO FARMACOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO DE LA HTA LEVE-MODERADA

E. Sánchez López, E. Márquez Contreras, J. Casado, J. Martín, V. Gil Guillén y N. Martell Claros

CS Federico Rubio. El Puerto de Santa María. Cádiz. Andalucía.  
Correo electrónico: eugenio@comcadiz.com

**Objetivo.** Validar el recuento de comprimidos mediante llamada telefónica, como método para identificar a incumplidores del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.

**Metodología.** Estudio clínico controlado de intervención, en 85 centros de AP españoles, con seguimiento de 6 meses. Se incluyeron 636 hipertensos de novo o no controlados. Se realizaron visitas al inicio y 6º mes, con medición de RC en consulta y llamada telefónica final al domicilio, donde se realizó una encuesta de satisfacción y RC telefónico. Se definió cumplidor aquel cuyo consumo fue del 80-110%. Se calculó el porcentaje medio de cumplimiento (PCM) y porcentaje de cumplidores. Se validó el RC telefónico (Considerando el RC en consulta como método estándar de comparación) mediante una tabla 2x2, calculando la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) e índice kappa (IK) de concordancia.

**Resultados.** De los 538 pacientes que finalizaron, existían datos de ambos RC en 387 pacientes, con edad media de  $61,16 \pm 11,9$  años. Fueron 188 varones (49%) y 199 mujeres (51,5%). Fueron cumplidores al final del seguimiento por RC en consulta el 85,8% (IC = 82,8-88,8) ( $n = 332$ ) y por RC telefónico 83,7% (IC = 80-87,4%). El PCM en consulta fue de  $95,6 \pm 24$  (IC: 93,2-96,9) y telefónico  $90 \pm 16$  (IC = 86-94%). La sensibilidad fue del 29%, especificidad del 86%, VPP 25%, VPN 88% e IK 0,14 (Pobre concordancia).

**Conclusiones.** El RC telefónico presenta escasa concordancia y pobres indicadores de validación. Dada su aceptable especificidad y VPN produce pocos falsos incumplidores o falsos positivos.

### P74 PREVALENCIA DE OBESIDAD Y SOBREPESO EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS DE 1º DE PRIMARIA, EVALUADOS CON DIFERENTES CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A. Flores López, P. Sánchez-Osorio Rivas, F. Morales Pavón, M. Bertomeu Martí y B. Lahoz Rayo

CS de Puerto Real. Puerto Real. Cádiz. Andalucía.  
Correo electrónico: antonio\_ramon\_flores@hotmail.com

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de obesidad en nuestro medio, mediante diversos criterios diagnósticos.

**Diseño.** Descriptivo transversal. Octubre de 2002.

**Emplazamiento.** Zona básica de salud de 35.000 habitantes.

**Población.** Los 343 niños escolarizados en el municipio de 1º de primaria.

**Intervenciones.** Se midió y pesó a los niños, se determinó el índice de masa corporal. Se determinó la prevalencia de sobrepeso y obesidad utilizando tres criterios diagnósticos diferentes: el uso de las tablas de Hernández, las de Cole y con el índice nutricional o IMC%.

**Resultados.** Obesidad y sobrepeso según tablas de Hernández et al. 18% y 14,75% respectivamente. Obesidad y sobrepeso según parámetros de Cole et al, 18,9% y 18,9%. Con el uso del IN o IMC% la prevalencia de obesidad es del 24,5% y la de sobrepeso de 12,4%.

**Conclusiones.** La prevalencia de obesidad se encuentra en nuestro medio, por encima de la media española y andaluza. El método de Cole y el uso de las tablas percentiladas de Hernández arrojaron parecidos resultados. El uso del IMC% para determinar obesidad hace aumentar de modo sensible la prevalencia de obesidad, es muy sensible pero posiblemente menos específico.

### P75 EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO Y GRADO DE CONTROL DE LA HTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Rotaech del Campo, M. Jauregui, C. Gómez Calatrava, M. Bidegain Galarraga, A. Jauregui Garasa y A. Ugarte Goñi

CS Alza. CS Lasarte. CS Billabona. CS Andoain. CS Pasajes San Pedro. Estudio realizado dentro de la actividad de la Red Temática de Investigación en Medicina Basada en la Evidencia). San Sebastián. País Vasco.  
Correo electrónico: rrotaechec@terra.es

**Objetivos.** Evaluar el tratamiento farmacológico, enfermedades asociadas que condicionan el mismo y el grado de control de la PA en hipertensos en atención primaria.

**Material y métodos.** Estudio transversal multicéntrico (5 centros de salud). Sujetos: hipertensos tratados farmacológicamente seleccionados mediante muestreo estratificado por médico de forma independiente para cada centro ( $p = 50\%$ , precisión 5%, riesgo alfa = 0,05%). Variables: enfermedades asociadas, cifras PA. Buen control (PAS < 140 y PAD < 90); diabetes PAS < 130 y PAD < 80. Tipo y nº de fármacos/paciente.

**Resultados.** 1460 pacientes, varones 56,8% (IC95%: 55-59) edad media 66,3 años ( $S = 12,5$ ). Diabetes 21% (IC95%: 19-23), Cardiopatía isquémica 11% (IC95%: 9-13), Insuficiencia cardíaca 6,9% (IC95%: 6,7-7,1), Arritmia 9,3% (IC95%: 8-11), Asma-EPOC 9,7% (IC95%: 8-11), Claudicación Intermitente 2,7% (IC95%: 2-4), ACVA 6,4% (IC95%: 5-7) e HVI 9% (IC95%: 8-11) Monoterapia 56% (IC95%: 53-59), dos fármacos 32% (IC95%: 30-34), tres fármacos 9,8% (IC95%: 9-12) 4 ó más 1,6% (IC95%: 1-3). Diuréticos 29,7% (IC95%: 28-32), betabloqueantes 12,1% (IC95%: 10-14), IECA 32% (IC95%: 30-34), ARA-II 10,1% (IC95%: 8-12), antagonistas del calcio 23% (IC95%: 21-25), BB-Diurético 3% (IC95%: 2-4) IECA-Diu 11,8 (IC95%: 10-14), ARA-II-Diu 5,6% (IC95%: 5-7). PAS 143 mmHg ( $S = 15$ ), PAD 83 mmHg ( $S = 9,6$ ). Buen control 33% (IC95%: 30-36). En diabéticos 7,4% (IC95%: 5-11).

**Conclusiones.** Escaso control de la PA sobre todo en diabéticos que contrasta con el predominio de la monoterapia. Es necesario un cambio en la estrategia farmacológica de la HTA.

### P76 ANTIAGREGACIÓN COMO PREVENCIÓN PRIMARIA EN DIABETES MELLITUS

M. García Granada, A. Pargaña, P. Rabasa Cantó, M. Lázaro Peirona, M. Sánchez y M. Ipar

CS Ventura Rodríguez. Madrid.  
Correo electrónico: dgarcia.gapm06@salud.madrid.org

**Objetivo.** Conocer si los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2) de nuestro Centro de Salud (CS) están adecuadamente antiagregados según los criterios de la ADA 2001 en prevención primaria.

**Diseño** descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Población adscrita al CS.

**Población.** Pacientes diagnosticados de DM-2 según los criterios ADA 1997.

**Mediciones.** Mediante auditoría de historias clínicas, se midieron: edad, sexo, año de diagnóstico, seguimiento en atención primaria (AP) o atención especializada (AE), criterios de antiagregación, enfermedad cardiovascular (ECV) establecida y tipo de tratamiento antiagregante.

**Resultados.** 236 pacientes diagnosticados de DM-2, 100 hombres (42%) y 136 mujeres (57,6%); edad media 70,5 años (44-97); media de años desde el diagnóstico 21,5 (40-1); 32 pacientes seguidos por AE (13,5%), 204 por AP (86,4%). Todos cumplen el criterio de antiagregación en prevención primaria de mayores de 30 años y 66 (27,9%) tienen ECV establecida. 58 pacientes (24,57%) reciben antiagregación; 47 (81%) con aspirina en dosis 100-300 mg. Pero de estos 58 pacientes, 36 están antiagregados por tener ECV, por lo que tan solo 22 (9,3%) reciben antiagregación como prevención primaria. De los 32 pacientes seguidos en AE solo 2 reciben antiagregación con criterios de prevención primaria.

**Conclusiones.** Los datos coinciden con los de otros estudios publicados, y nos indican que no aplicamos prevención primaria de ECV en los pacientes con DM-2, a pesar de ser considerados como de Alto riesgo cardiovascular.

### P77 CONDICIONANTES DE LA ANTICOAGULACIÓN VERSUS ANTIAGREGACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

M. Boira, J. de Magriña, Y. Ortega, F. Martín, D. Moran y T. Basora

SAP Reus-Altebrat. ICS. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

**Objetiva.** Evaluar las variables que pueden influir en el tratamiento con anticoagulante oral (ACO) y ácido acetil salicílico (AAS) en los pacientes diagnosticados de fibrilación auricular (ACxFA).

**Diseño, sujetos y ámbito.** Estudio observacional, transversal y multicéntrico (4 centros) en atención primaria.

**Material y métodos.** Mediante un muestreo sistemático de la población mayor de 15 años atendidos en 2003, se seleccionan los sujetos diagnosticados de ACxFA. Se recogen las variables sociodemográficas, tratamiento, factores de riesgo, enfermedad cardiovascular e insuficiencia cardíaca. Se realiza análisis descriptivo y multivariante aceptando como significativo, un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se evalúan 148 individuos con una edad media de 78,62 + 8,4 años (43,2% hombres). Respecto al tratamiento, 66 casos utilizan terapia con ACO (44,6%) y 44 AAS (29,7%). Al comparar los dos grupos se evidencian diferencias significativas respecto a la edad (ACO: 66,7% frente AAS: 22,2%;  $p = 0,031$ ) que no se confirmó respecto al sexo, hábito tabáquico, antecedentes de hipertensión, diabetes y enfermedad coronaria. Se realiza análisis multivariante ajustando por sexo y factores de riesgo, y solo la edad se demuestra como variable predictora del tratamiento con ACO (OR: 1,3; IC95%: 1,07-1,6).

**Conclusiones.** Aproximadamente la mitad de los pacientes con ACxFA se tratan con ACO. Estos pacientes tienen una media de edad inferior a los tratados con AAS y ya presentan antecedentes de patología cerebrovascular. A pesar que los ACO se muestran más efectivos en los sujetos de edad avanzada, en nuestro medio, precisamente la edad podría ser el factor limitante para su indicación.

### P78 PREVALENCIA Y SIGNIFICADO PRONÓSTICO DE LA PRESENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN DIABETES TIPO 2

S. Padilla Ruiz, A. Reguart Aransay, A. Gil Amella, N. Parals Suñe, A. Villalba Mir y P. Portilla Córdoba

Hospital Comarcal de Alcañiz. Alcañiz. Aragón.  
Correo electrónico: spadillar@hotmail.com

**Objetivos.** Evaluar la utilidad de la presencia de hallazgos definitorios de síndrome metabólico por criterios NCEP III ó de la OMS para predecir el riesgo vascular de pacientes con diabetes tipo 2.

**Métodos.** Estudio de cohortes prospectivo. Se constató la presencia inicial de componentes integrantes del síndrome metabólico según la definición de NCEP III ó de la OMS. La variable dependiente fue una combinación de eventos coronarios, cerebrovasculares y amputación de extremidades inferiores. La diferencia de poder predictivo de ambas definiciones se evaluó con curvas ROC. Resultados. Se incluyeron 317 pacientes. La duración media del seguimiento fue 4,6 años (DE 1,5). La prevalencia inicial de síndrome metabólico fue de 77,0% por criterios de la OMS y de 74,4% por criterios NCEP III. La concordancia entre ambas definiciones fue moderada ( $\kappa = 0,314$ ;  $p < 0,0001$ ). La tasa de enfermedad cardiovascular fue de 28 por cada 1000 pacientes-año. El único componente de síndrome metabólico significativo por separado fue la presencia de microalbuminuria (HR = 2,66; IC 95%: 1,44-4,93;  $p = 0,0017$ ). La presencia de síndrome metabólico por criterios OMS incrementó el riesgo vascular en el límite de la significación estadística (HR = 2,42; IC 95% 0,95-6,1;  $p = 0,06$ ). El área bajo la curva ROC fue significativa para el síndrome metabólico por criterios OMS (0,564; IC 95% 0,508-0,619;  $p < 0,05$ ), pero no por criterios NCEP III (0,517; IC 95% 0,461-0,574;  $p = ns$ ). Conclusiones. La definición de síndrome metabólico por criterios de la OMS es más válida que la definición por criterios NCEP III para predecir el riesgo vascular de pacientes con diabetes tipo 2.

### P79 MÁS DATOS SOBRE LA UTILIZACIÓN DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO EN PACIENTES DIABÉTICOS

M. Velasco, Y. Ortega, M. Boira, J. de Magriña, F. Martín y J. Piñol

SAP Reus-Altebrat. ICS. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

Recientemente se ha publicado que el consumo de ácido acetilsalicílico (AAS) en pacientes diabéticos es bajo, tanto en prevención primaria (14%) como secundaria (53%) [Med Clin (Barc) 2004;122:96-8].

**Objetivos.** Estimar la utilización de AAS en población diabética asistida en Atención Primaria.

**Diseño.** Metodología: Estudio observacional, transversal, multicéntrico (10 centros). Muestreo sistemático de los sujetos diagnosticados de diabetes atendidos durante el año 2003. Se registran variables sociodemográficas, exploratorias, analíticas y antecedentes de factores de riesgo. Se analiza el consumo de AAS en relación con la presencia de enfermedad cardiovascular (ECV) en cualquiera de sus formas.

**Resultados.** Se evalúan 478 sujetos (210 hombres; 43,9%) de 66,7 + 12,4 años de edad, 64,2% hipertensos, 49,2% dislipémicos, 46% obesos y 4% con tabaquismo activo. En un 27,4% se recogieron antecedentes de ECV (16,1% coronariopatía, 8,6% arteriopatía periférica y 6,7% patología cerebrovascular). Un total de 159 individuos (33,3%) realizaba tratamiento con AAS, 92 en prevención primaria (26,9%). Al comparar la muestra de diabéticos sin ECV en tratamiento antiagregante respecto a los no tratados, sólo aparecieron diferencias respecto a la edad (70 + 10,7 vs. 65,4 + 12,8 años;  $p < 0,01$ ). Respecto al tratamiento en prevención secundaria, aparecieron diferencias significativas al comparar el tipo de ECV: 61% en coronariopatía, 43,8% en cerebrovascular y 36,6% en enfermedad periférica ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones.** En nuestro entorno, el tratamiento antiagregante en diabéticos es mayor que el descrito por otros muestreos de población autóctona. Aún así, se confirma que un número significativo de pacientes no recibe AAS como prevención secundaria de la ECV.

### P80 FACTORES PREDICTORES DEL CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

M. Velasco, J. de Magriña, M. Boira, Y. Ortega, F. Martín y T. Basora

SAP Reus-Altebrat. ICS. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

**Objetiva.** Determinar que variables condicionan el buen control lipídico en los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) en cualquiera de sus formas.

**Diseño y metodología.** Estudio observacional, transversal y multicéntrico (4 centros de salud) en Atención primaria. Muestreo sistemático de los sujetos atendidos en el 2003 con evidencia de ECV. Se estudian datos sociodemográficos, factores clásicos de riesgo cardiovascular, variables exploratorias y analíticas, control glucémico (HbA1c <6,5%), lipídico (cLDL < 110 mg/dL) y tipo de ECV (coronaria, cerebro vascular y periférica). Se realiza análisis bi y multivariante.

**Resultados.** Se analizan 335 sujetos (46,4% hombres) con 72,3 +11,9 años de edad media; 131 (39,5%) diabéticos, 225 (67,8%) hipertensos y 138 (43,3%) IMC > 30 Kg/m<sup>2</sup>. La prevalencia de tabaquismo activo fue de 2,4%, mientras que un 4,8% habían dejado el hábito. El perfil lipídico mostró un colesterol total de 202,56 + 38,1 mg/dL y un cLDL de 115,7 + 30 mg/dL; únicamente 71 pacientes (21,2%) presentaron cifras de cLDL < 110 mg/dL. El 49,6% de los diabéticos (65) presentaban una HbA1c < 6,5%. Precisamente el antecedente de diabetes y la obesidad fueron los únicos predictores de buen control lipídico [OR: 3,46 (IC95%: 1,7-7) y OR: 0,18 (IC95%: 0,07-0,47)] después de ajustar por edad (> 75 años), sexo, tabaquismo y factores de riesgo en el análisis multivariante.

**Conclusiones.** La elevada prevalencia de factores aterogénicos modificables y el bajo porcentaje de pacientes con criterio de buen control lipídico en la población con enfermedad cardiovascular, exige medidas terapéuticas de mayor intensidad para prevenir el alto riesgo de recurrencias, particularmente en la población diabética y con obesidad.

### P81 CONCORDANCIA DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE SÍNDROME METABÓLICO EN POBLACIÓN ASISTIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. Martín Luján, F. Barrio Torrell, J. Piñol Moreso, J. Cabré Vila, B. Costa Pinel y R. Solà Alberich

SAP Reus-Altebrat. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: fmartin.tarte.ics@gencat.net

El Síndrome metabólico (SM) es una situación clínica frecuente en población general, pero su prevalencia puede variar en función del criterio empleado para su diagnóstico (15-20%).

**Objetivos.** Estimar la prevalencia de SM en población de riesgo asistida en Atención Primaria comparando la concordancia diagnóstica de los criterios vigentes: OMS vs NCEP.

**Mediciones.** Estudio observacional, transversal y multicéntrico (10 centros). Muestreo sistemático de los individuos mayores de 30 años con antecedentes de algún factor de riesgo entre los atendidos durante el año 2003. Se informatizan variables sociodemográficas, exploratorias y analíticas para el diagnóstico de SM. La concordancia se determina mediante el estadístico kappa.

**Resultados.** Se analizan 1616 sujetos (663 hombres; 41%) de  $64,7 \pm 13,9$  años de edad media, 778 (48,1%) hipertensos, 509 (31,5%) diabéticos y 573 (35,5%) obesos. El diagnóstico de SM se confirmó en 320 casos según la normativa OMS (19,8%) y en 397 según criterios del NCEP (24,6%). En 281 sujetos (64,4% del total diagnosticable) se estableció por ambas vías, obteniéndose una concordancia alta (kappa: 0,723;  $p < 0,01$ ). El antecedente que predijo mejor el diagnóstico de SM según criterios OMS fue la diabetes mellitus (OR: 88,4; IC95%: 37,3-209), mientras que para el NCEP fue la obesidad (OR: 20,5; IC95%: 10,6-39,7).

**Conclusiones.** El SM es una condición prevalente en la consulta del médico de familia. Su diagnóstico es consistente y concordante independientemente de la normativa empleada para establecerlo. Los criterios OMS identifican preferentemente sujetos con alteraciones glucídicas, mientras que los del NCEP serían más sensibles en presencia de sobrepeso.

## P82 ¿HEMOS MEJORADO LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES (PPECV)? REEVALUACIÓN A LOS 3 AÑOS

J. Mitjavila López, E. Molés Moliner, A. Benavides Ruiz, E. Vila Morales, A. Martínez Pérez, y M. Roset Barrolí

CAP Les Corts. Gesclínic SA. UD de MFyC Clínic-Maternitat. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: jmitja@clinic.ub.es

**Objetivos.** Revalorar la indicación y la adecuación del tratamiento con estatinas para la PPECV en Atención Primaria respecto al estudio de 1999.

**Diseño.** Estudio de Utilización de Medicamentos, tipo prescripción-indicación, descriptivo retrospectivo.

**Ámbito.** CAP urbano.

**Sujetos.** Todos los pacientes cuyos médicos de AP iniciaron tratamiento con estatinas para la PPECV en el segundo semestre de 2002.

**Mediciones.** Se realizaron sesiones formativas desde 1999 hasta 2002. La indicación fármaco-terapéutica y su adecuación a los objetivos se evaluaron con las Guías vigentes en el 2002. Todos los pacientes se sometieron a 2 criterios de análisis: Criterio A) Cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) tanto en diabéticos como en no diabéticos; Criterio B) Cálculo del RCV solamente necesario en no diabéticos. Variables: parámetros de la Ecuación de Framingham clásica, LDL, estatina pautada. Estos resultados se compararon con los propios similares de 1999. Análisis con SPSS10.0.

**Resultados.** Se identificaron 82 pacientes de  $64,2 \pm 10,0$  años de edad media (65,9% mujeres). Se detectaron diferencias significativas en el grado de buena indicación según el criterio utilizado en el 2002 (A: 37,8% vs. B: 54,9%;  $p = 0,04$ ) pero no las hubo ( $p = 0,381$ ) respecto a los resultados de indicación de 1999. La adecuación correcta en el 2002 no obtuvo diferencias entre criterios (A: 41,9% vs. B: 44,4%;  $p = 0,649$ ) pero sí se observó una mejoría significativa en el resultado de este indicador respecto a 1999 ( $p = 0,009$ ).

**Conclusiones.** A pesar de que en el 2002 la adecuación mejoró significativamente respecto a 1999, la indicación no obtuvo mejoría y ambos indicadores de calidad continuaron siendo bajos. Se necesitan herramientas prácticas en consulta, diferentes de las intervenciones formativas habituales, que mejoren eficazmente el grado de indicación de las estatinas en PPECV.

## P83 MÉTODO DE CRIBADO EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO DESIRÉ

J. Franch, J. Ascaso, R. Gabriel, A. Godoy, R. Ortega y R. Diazaraque en nombre de los investigadores del grupo DESIRE

CAP Raval Sur. Barcelona. Hospital Clínico. Valencia. Unidad de investigación Hospital Princesa. Madrid. Hospital del Mar. Barcelona. GSK. Madrid. Correo electrónico: rdm43529@gsk.com

**Objetivos.** Conocer la prevalencia del síndrome metabólico (SM), la resistencia a la insulina (RI) y los trastornos del metabolismo de la glucosa: glucosa alterada en ayunas (GAA), intolerancia a la glucosa (ITG) y

diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en España. Determinar criterios de sospecha de RI útiles en Atención Primaria (AP).

**Materiales y métodos.** Estudio transversal (primera fase de un estudio prospectivo a 5 años) sobre 4.232 pacientes obtenidos aleatoriamente de 220 centros de AP en España. Fueron criterios de sospecha de RI (CRI) glucemia capilar en ayunas  $\geq 90$  mg/dl y perímetro de cintura  $\geq 94$  cm (hombres) / 80 cm (mujeres). Aquellos con CRI ( $n = 2130$ ) y un grupo de controles sin CRI ( $n = 217$ ) se derivaron para clasificación hospitalaria por test de tolerancia oral a glucosa (TTOG) y/o HOMA y seguimiento.

**Resultados.** La prevalencia del SM según criterios OMS, EGIR, ATPIII fue respectivamente del 68,3, 54,9% y 40,3% entre aquellos con CRI y del 21,6, 15,2 y 8,8% entre controles ( $p < 0,001$ ). Los sujetos con CRI mostraron una prevalencia de GBA, IGT y DM2 significativamente superior (4,8 vs 0,5%, 22,2 vs 11,9% y 13,7 vs 3% respectivamente) así como de factores de riesgo cardiovascular ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** En España, la prevalencia del SM en población general de  $> 45$  años varía según el criterio diagnóstico (42,1% según OMS, 26,4% según EGIR y 22,6% según ATPIII). Estos sencillos criterios permiten detectar un grupo con superior prevalencia de RI y alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, así como una mayor coexistencia de factores de riesgo cardiovascular.

## P84 EFICACIA DE LA SIMVASTATINA COMO TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA DIABÉTICA SEGÚN LA PRESENCIA O NO DE MACROANGIOPATÍA DIABÉTICA

J. Cordobés López, M. González Fernández, F. Villalba Alcalá, J. López Chozas y A. Espino Montoro

Unidad de Investigación Hospital de la Merced. Osuna. Sevilla. Andalucía. Correo electrónico: cientifico\_loco@grupobbva.net

**Introducción.** La reducción de las cifras del colesterol total (CT) y del c-LDL mediante el uso de estatinas produce una reducción de los eventos vasculares en la población general. Existen pocos estudios de intervención terapéutica en la dislipemia diabética.

**Objetivos.** Determinar la eficacia de la simvastatina en el tratamiento de la dislipemia diabética.

**Materiales y métodos.** Estudio cuasiexperimental de intervención terapéutica en diabéticos tipo 2 con hipercolesterolemia divididos en grupos: con macroangiopatía diabética (cMD) y sin macroangiopatía diabética (sMD). Se administró simvastatina a 20 mg/día, duplicando la dosis si a los 3 meses no se alcanzaron los objetivos terapéuticos. Se determinaron y/o calcularon los niveles plasmáticos de CT, triglicéridos (TG), c-HDL, colesterol no-HDL, c-LDL.

**Resultados.** De las 101 personas incluidas, 56 mujeres y 45 hombres, con una edad media de  $66 \pm 8$  años, de ellos 54 sMD y 47 cMD, el descenso medio con 20 mg fue: CT 23%, c-LDL 31%, TG 9,8%. El 89% de los pacientes sMD presentó cifras inferiores al objetivo terapéutico con 20 mg diario y en el resto con 40 mg diario se alcanzó el objetivo. En el grupo cMD el 42,5% presentaron cifras inferiores a dosis de 20 mg diario; en el 77,8% que se duplicó la dosis alcanzaron el objetivo, mientras que el 13,7% no lo alcanzaron.

**Conclusiones.** La eficacia es similar a los estudios publicados, siendo la dosis inicial recomendable en el grupo sMD de 20 mg/día y de 40 mg/día en el grupo cMD.

## P85 MANEJO DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Albaladejo Blanco, C. Guiriguet Capdevila, N. Montellà Jordana y J. Martín Garía

ABS Llefiá. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: 24270cab@comb.es

**Objetivo.** Describir el abordaje médico de las crisis hipertensivas (CH).

**Diseño.** Estudio: Observacional, descriptivo y retrospectivo (enero 2002 - diciembre 2003). Ámbito: Centro de Atención Primaria.

**Metodología.** Revisión de historias clínicas informatizadas de todos los pacientes de edad  $> 65$  años con episodio registrado de CH o con cifras de presión arterial (PA) sistólica  $> 160$  y/o PA diastólica  $> 95$  = 120 mmHg. Variables: edad, sexo, tipo de CH, exploraciones realizadas, fármacos empleados, controles evolutivos, etc. Análisis estadístico con el programa SPSS 11.0 para Windows.

**Resultados.** Se identificaron 123 CH: 80% pseudocrisis, 19% urgencias y 1% emergencias hipertensivas. Edad media de  $66 \pm 14$  años con predominio femenino (62%). Hipertensión conocida en el 78% de casos. Práctica de un mínimo de 2 mediciones separadas  $> 6 = 5$  minutos: 53% casos. Exploración física realizada en el 42% y complementarias en el 20%. Administración de algún tratamiento en el 33% de CH (captopril en el 95% de ellas). Instauración de tratamiento antihipertensivo en el 14% y modificaciones de la pauta basal en el 25% de casos. Derivación hospitalaria en el 9% y control en las siguientes 24-48 horas en el 44% de casos. En la comparación de variables hemos encontrado significación estadística entre tipo de CH y tratamiento farmacológico ( $p < 0,001$ ), en el sentido de que se medican menos las pseudocrisis respecto a las CH verdaderas (urgencias y emergencias).

**Conclusiones.** 1) Observamos deficiencias en la exploración física y en el seguimiento postcrisis. 2) Se tratan más las CH verdaderas, aunque la mayoría acaban diagnosticándose como pseudocrisis.

### P86 INCREMENTO DE LA EXCRECIÓN DE ALBÚMINA URINARIA Y RIESGO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES CON DIABETES TIPO

R. Sánchez Vañó, A. Gil Amella, A. Reguart Aransay, S. Padilla Ruiz, M. Ríos Lázaro y J. Gimeno Orna

Hospital de Alcañiz. Alcañiz. Aragón.  
Correo electrónico: rasanva@hotmail.com

**Objetivos.** Determinar la incidencia y valor pronóstico del incremento de la excreción de albúmina urinaria (EAU) en una cohorte de pacientes con diabetes tipo 2.

**Diseño y metodología.** Se incluyeron pacientes con diabetes tipo 2, EAU inicial normal y con datos válidos de EAU anual durante un seguimiento mínimo de 2,5 años. La variable dependiente fue la aparición de eventos vasculares durante el seguimiento. La variable independiente principal fue la aparición de microalbuminuria o proteinuria durante el seguimiento. Se construyeron modelos de regresión logística para calcular las odds ratios (OR) de las distintas variables predictoras.

**Resultados.** Se incluyeron 271 pacientes (35,4% varones). La edad media fue de 63,5 años (DE 8,9) y el tiempo de evolución de la diabetes de 10,1 años (DE 7,6). La mediana del seguimiento fue de 5,5 años. Hubo un total de 57/271 pacientes que progresaron a microalbuminuria (incidencia acumulada 21%), y 4/271 a proteinuria (incidencia acumulada 1,5%), dando una tasa global de progresión de la EAU de 43/1000 pacientes-año. Se produjeron eventos cardiovasculares fatales o no fatales en 12/61 (19,7%) pacientes con progresión de la EAU y en 14/210 (6,7%) sin progresión (OR = 3,42; IC 95% 1,5-7,9;  $p = 0,0037$ ). El ajuste para presencia inicial de enfermedad macrovascular, cociente colesterol total/HDL, HbA1c y presión arterial atenuó la OR conferida por el incremento de la EAU de forma clínicamente importante (OR = 2; IC 95% 0,7-5,4;  $p = 0,17$ ).

**Conclusión.** El incremento de EAU se asocia a aumento de eventos vasculares. La relación no parece causal, sino a través de un determinante común.

### P87 CONCORDANCIA DE LOS MÉTODOS DE CÁLCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS

M. Gamarra Mondelo, C. Menéndez Villalva, A. Montes Martínez y M. Blanco Ramos

CS Mariñamansa-A Cuña. Ourense. Galicia.  
Correo electrónico: lameiras10@terra.es

**Objetiva.** Medición del grado de concordancia de las distintas tablas de cálculo de riesgo cardiovascular con respecto a la tabla de Framingham de uso en población española.

**Diseño.** Se empleó el índice Kappa de Cohen y su IC del 95%.

**Ámbito.** Hipertensos controlados en Atención Primaria.

**Población.** 50 pacientes hipertensos sin eventos cardiovasculares previos. **Mediaciones.** Edad, sexo, presión arterial, consumo de tabaco, glucemia basal, colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, triglicéridos, presencia de: (diabetes, dislipemia, hipertrofia ventricular izquierda, menopausia), cálculo en % de las tablas de riesgo coronario: Anderson, Willson, Grundy, Sociedades Europeas (SE), Organización Mundial de la Salud (OMS), NCEP III, proyecto SCORE y la de Framingham española.

**Resultados.** La edad media fue: 63,34 años (DE: 10,25), el 68% fueron mujeres y el 32% hombres, presentaron diabetes el 24% y dislipemia el 62%, siendo fumadores solo el 4%. Las tablas de riesgo cardiovascular: presentaron un mayor porcentaje de bajo riesgo las de Anderson (82%), Willson (88%), Grundy (88%) y Framingham española (82%) y de alto riesgo las del NCEP III (36%) y proyecto SCORE (30%). En cuanto a la concordancia el índice kappa en las distintas tablas fue: Anderson (k: 0,593), Willson (k: 0,703), Grundy (k: 0,611), SE (k: 0,157), OMS (k: 0,058), NCEP III (k: 0,117) y del proyecto SCORE (k: 0,409).

**Conclusiones.** Encontramos una buena concordancia de la tabla de Framingham española con las de Willson y Grundy, siendo moderada con la de Anderson y baja con el resto.

### P88 METABOLISMO HIDROCARBONADO: ALTERACIONES EN POBLACIÓN ADULTA NO DIABÉTICA CONOCIDA

M. Vernet Vernet, M. Sender Palaos, I. Rivera Abelló, E. Romero Ibáñez, E. Jovell Fernández y C. Tor Figueras

CAP Terrassa Nord. Unidad Docente de MFyC Consorci Sanitari Terrassa. Terrassa. Cataluña.  
Correo electrónico: 12646mvv@comb.es

**Objetiva.** Diagnóstico de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado en población no diabética conocida comparando la población con resistencia a la insulina (RI) y la población sin RI.

**Diseño.** Estudio de cohortes con dos fases (descriptiva y de seguimiento). **Metodología.** Población estudio: muestra aleatoria de población no diabética conocida, entre 40 y 75 años, de un centro de salud urbano. Descriptiva: cálculo, mediante el programa HOMA, de RI (RI = Insulinemia basal (IB) x glucemia basal (GB)/22,5) y función de la célula beta pancreática (FBP) (FBP =  $20 \times \text{IB}/\text{GB} - 3,5$ ). Seguimiento (estudio caso control anidado): valoración anual de la población considerada como casos (IB  $> 13,6 \mu\text{U}/\text{ml}$ ) y de un grupo de población control (IB  $\leq 13,6 \mu\text{U}/\text{ml}$ ).

**Resultados.** Inclusión de 326 personas (edad media 55 años; 55,1% mujeres). Inicio: alteraciones metabolismo hidrocarbonado no conocidas: 6,4% glucosa basal alterada (GBA) y 2,7% diabetes mellitus (DM). La IB y la RI fueron significativamente superiores en los pacientes con GBA. La FBP fue inferior en los pacientes con GBA y DM no conocida. La RI fue significativamente superior en HTA, IMC  $> 30$ , obesidad androide, hipertrigliceridemia, HDL disminuida y LDL elevada. Seguimiento (33 casos; 63 controles; 13 GBA): a los dos años 6 personas evolucionaron a DM (4 con GBA al inicio, 2 de las cuales eran, además, casos) con una media de RI superior al grupo control y una media de FBP inferior al grupo de casos.

**Conclusiones.** En conjunto, las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado se acompañan de una mayor RI y de un deterioro de la FBP, lo cual puede acabar condicionando la evolución a DM. Importancia de la prevención y control de factores de riesgo asociados a una mayor RI.

### P89 LOS CICLOS DE MEJORA DE CALIDAD COMO INSTRUMENTO PARA REDUCIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PACIENTE HIPERTENSO (CICLO-RISK)

L. García Ortiz, M. Gómez Marcos, A. Sánchez Rodríguez, I. Santos Rodríguez, P. Moncada Brito y S. Martínez Nava

CS La Alamedilla. CS Garrido Sur. Salamanca. Castilla y León.  
Correo electrónico: lgarciao@usal.es

**Objetiva.** Evaluar la efectividad de los ciclos de mejora de calidad en el control de la presión arterial y el riesgo cardiovascular del hipertenso.

**Metodología.** Estudio cuasi-experimental. Se asignan siete médicos al grupo intervención (GI) y otros siete al control (GC). Por muestreo aleatorio se seleccionan 849 hipertensos, 419 (GI) y 430 (GC). Edad media 69,83 (IC95% 69,05-70,6) sin diferencias entre grupos (64% H, 36% M). Intervenciones: Dos ciclos de mejora de calidad consistentes en: audit de historias clínicas, feed-back de información y sesiones formativas a los profesionales del grupo intervención sobre guías clínicas de factores de riesgo cardiovascular. 1º ciclo hipertensión y 2º otros factores. Mediciones: Presión arterial (PA), Lípidos, tabaco, diabetes, riesgo cardiovascular absoluto (RCV) y fármacos.

**Resultados.** El control de la presión arterial (PA  $< 140/90$  mmHg), previo a 1ª intervención, fue 29% en ambos grupos. Después el GI alcanzó 41% y el GC 31% ( $p < 0,05$ ). Dos años después, previo a 2ª intervención, el

GI era 37% y el GC 30%. Después de la 2ª intervención, el GI llegó a 69% y el control a 29% ( $p < 0,05$ ). Las asociaciones farmacológicas crecieron del 33%, 42%, 48% y 60% (GI) y 35%, 36%, 38% y 48% (GC) en las cuatro valoraciones. El RCV en la primera valoración fue 15,9% (GI) y 15,5% (GC). Después de la 1ª intervención bajó a 14,3% (GI) y subió a 15,8% (GC) ( $p < 0,05$ ). Previo a la 2ª intervención el RCV fue 16,8% (GI) y 17,6% (GC). Después de la 2ª intervención bajó a 13,8% (GI) y 16,8% (GC) ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** Los ciclos de mejora son efectivos en el control de la presión arterial y reducción del riesgo cardiovascular. Sin embargo el efecto es limitado si no se refuerza periódicamente.

### P90 NÚMERO DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL (CICLO-RISK)

L. García Ortiz, M. Gómez Marcos, A. Sánchez Rodríguez, S. Martín Martín, L. González Elena y A. García García

CS La Alamedilla. CS Garrido Sur. Salamanca. Castilla y León.  
Correo electrónico: lgarciac@usal.es

**Objetivo.** Evaluar la asociación entre el nivel de la Presión Arterial (PA) y el número de fármacos antihipertensivos.

**Material y métodos.** Diseño: Estudio descriptivo transversal. Ámbito del estudio: Dos Centros de Salud urbanos. Sujetos: 820 hipertensos seleccionados muestreo aleatorio simple. Edad media 71,6 (DE 11,5), en varones 69,90 (DE 11,92) y en mujeres 72,52 (DE 11,17). 64% H y 36% M. Mediciones: Presión arterial sistólica (PAS), Presión arterial diastólica (PAD), grado de control de la PA y número de fármacos.

**Resultados.** La media de fármacos por pacientes fue de 1,67 (IC95%, 0,92-1,70), mujeres 1,69 (DE 0,93) y varones 1,65 (DE 0,89), ( $p > 0,05$ ). Sin fármacos estaban el 7,4%, con un fármaco el 38,55, con dos el 36,6%, con 3 el 14,9% y con 4 el 2,6% de los pacientes. La presión arterial medias es de 137,7 / 79,6 mmHg. Sin fármacos 134 / 80 mmHg, uno 136 / 80 mmHg, dos 138 / 79 mmHg, tres 139 / 78 mmHg y cuatro 142 / 82 mmHg ( $p > 0,05$ ). Sin embargo encontramos correlación positiva débil del número de fármacos con la PAS ( $r = 0,1$ ,  $p = 0,004$ ). El nivel de control de presión arterial (PA  $< 140/90$  mmHg) fue de 48,4%, sin fármacos 52,5%, con uno 49,7%, con dos 47,7%, con tres 45,1% y con cuatro el 47,6%, sin diferencia entre ellos.

**Conclusiones.** En nuestro trabajo la presión arterial y el porcentaje de control de los pacientes hipertensos es independiente del número de fármacos que toman. Sin embargo hay una discreta asociación positiva del número de fármacos y el nivel de presión arterial sistólica.

### P91 TELEMEDICINA EN ATENCIÓN PRIMARIA. DETECCIÓN DE RETINOPATÍA DIABÉTICA MEDIANTE RETINÓGRAFO

G. Hernández García, C. Luis Ruiz, E. Real Valárcel, M. Rufino Delgado, R. Martín Hierro y P. Morales Morales

CS Taco. Unidad Docente MFyC Tenerife Zona I. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.  
Correo electrónico: cristinalr@comtf.es

**Objetivo.** Determinar la detección de retinopatía y su grado evolutivo mediante screening con retinografía ambulatoria, y evaluar los factores asociados, en pacientes diabéticos de una Zona Básica de Salud.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito.** Centro de salud suburbano.

**Pacientes y muestra.** Pacientes diabéticos con retinografía realizada entre 1-octubre-2003 hasta 31-mayo-2004. Variables: edad, sexo, tipo de diabetes (DM1/DM2), tratamiento, tiempo de evolución de la DM, control metabólico (HbA1c), grado de retinopatía, edema macular, y valoración oftalmológica previa. Programas: SPSS, Epidat.

**Resultados.** 317 diabéticos, edad media 62,31 años (DT: 11,41), 52,7% mujeres, DM-2 (98,4%). Tiempo medio de evolución de la DM: 6,87 años (DT: 5,97). Buen control metabólico (HbA1c  $< 7$ ): 53%. Tratamiento: antidiabéticos orales 68,1%, insulina 21,1%, ambos 1,3%, sólo dieta 9,5%. Presentaron retinopatía 35 pacientes: 11,43% (IC 95%:7,87-14,99): 71,4% leve, 20% moderada, 2,8% severa y 5,7% proliferativa. Edema macular: 2,20%. En el 3,4% la prueba no fue valorable. En el 49,7% no figuraba en la historia clínica su derivación previa al oftalmólogo. Encontramos asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,0001$ ) entre retinopatía y: mal control metabólico (Razón de prevalencia -RP-

8,62; IC95%: 3,12-23,85), tiempo de evolución (RP-8,71; IC95%: 3,91-19,38) y tratamiento insulínico (RP- 5,35; IC95%: 2,86-10,03).

**Conclusiones.** La detección de retinopatía en nuestros diabéticos mediante retinógrafo es del 11,43%. La derivación oftalmológica de los diabéticos en AP es aún deficiente. Dada la accesibilidad del retinógrafo, su simplicidad, y su eficacia, demostrada en otros estudios, así como la saturación de los servicios de oftalmología de nuestra área, creemos que debe ser consolidada como técnica de screening de retinopatía diabética.

### P92 VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LA MICROALBUMINURIA EN ORINA DE LA MAÑANA PARA DETECTAR NEFROPATÍA DIABÉTICA

F. Ponze Lorenzo, M. Navarro Bernabé, M. Sánchez Samper, J. Jiménez Benedit, D. Orozco Beltrán y J. Andrés

CS Marina Española. Unidad de Investigación Área 17 Comunidad Valenciana. Servicio Análisis Clínicos. Hospital de Elda. Elda. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: pacoponce@telefonica.net

**Objetivo.** Analizar los indicadores de validez y fiabilidad de la microalbuminuria (MA) en orina de la mañana utilizando el índice albúmina creatinina (IAC) en orina de la mañana como prueba patrón oro para el diagnóstico de nefropatía diabética.

**Diseño y metodología.** Estudio observacional descriptivo de validez de pruebas diagnósticas. Análisis de todas las analíticas de orina realizadas en el programa de diabetes del área de salud ( $n = 617$ ) durante seis meses. Medición de MA (se considera patológico por encima de 2 mg/dl) e IAC (se considera patológico por encima de 30 mg/g de creatinina). Cálculo de indicadores de validez, correlación y fiabilidad: sensibilidad, especificidad, VP+, VP-, e índice Kappa con sus intervalos de confianza al 95%.

**Resultados.** Validez: Sensibilidad 92,7% (IC 95%, 88,9-95,3), Especificidad 84,2 (79,8-87,9), Valor predictivo positivo 83,6 (79-87,4), Valor predictivo negativo 93 (89,3-95,5). Fiabilidad: Índice Kappa 0,76 (0,71-0,81), Correlación de Pearson  $r = 0,873$ . No se observan modificaciones de los indicadores en función de los niveles de Hemoglobina glicosilada A1c. **Conclusiones.** La MA en orina de la mañana presenta buenos indicadores de validez y fiabilidad para la detección de nefropatía diabética respecto al IAC (Gold standard), independientemente del grado de control glucémico.

### P93 CARACTERÍSTICAS DEL HABITO TABÁQUICO DE LOS INMIGRANTES

M. Riart Solans, Y. Fernández Rueda y M. Gil de Gómez Barragán

CS Gonzalo de Berceo. Logroño. La Rioja.  
Correo electrónico: marissariart@msn.com

**Objetivos.** Describir las características sociodemográficas y del hábito tabáquico de la población inmigrante que acude a las consultas de atención primaria (AP).

**Diseño.** Estudio observacional descriptivo.

**Metodología.** Se entrevistaron todos los inmigrantes que demandaron asistencia sanitaria durante el mes de marzo del 2004 en dos cupos de un centro de salud urbano ( $n = 109$  personas). Se elaboró una encuesta con información sobre variables sociodemográficas, hábito y características tabáquicas.

**Resultados.** Edad media: 34,6 años (DE 1,04), 53,2% mujeres. Eran hispanoamericanos el 29,4% y pakistaníes 27,5%. El 66% llevaban más de 3 años en España. El 66% trabajaban, los varones en la construcción (22,2%) y las mujeres en trabajo doméstico (19,4%). El 26,6% eran fumadores. Los varones fumaban más que las mujeres (39,2% frente al 15,5%,  $p < 0,05$ ). No se encuentran diferencias por grupos de edad. Los inmigrantes que convivían con fumadores en su país o en España fumaban más que el resto siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). El 70% fumaba más desde que reside en España. El 89,7% de los fumadores tenían dependencia baja o muy baja. Un 20,6% se encontraba en la fase de precontemplación, 41,4% en contemplación y el 37,9% en fase de preparación. El 41,4% habían intentado dejar de fumar.

**Conclusiones.** De los inmigrantes que acuden a nuestra consulta de AP, más de la cuarta parte son fumadores. Casi todos con una dependencia baja y 4 de cada 10 preparados para dejar de fumar. La intervención mínima en AP contribuiría al abandono del hábito tabáquico a nuestros pacientes.

**P94 EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN DERIVADOS DEL CENTRO DE SALUD POR DOLOR TORÁCICO A URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL**

A. Sacristán Rubio, H. Daniel Juan, M. Martínez-Sellés, J. Ortiz, L. Palma Bellido y H. Bueno

CS José Mª Llanos Área-1. Servicio de Cardiología Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Servicio de Urgencias Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.  
Correo electrónico: albertosar@hotmail.com

**Objetiva.** Determinar características clínicas y evolución de pacientes derivados del centro de salud al Servicio de Urgencias de un Hospital General Universitario de Tercer Nivel por dolor torácico agudo.

**Diseño.** Descriptivo, observacional.

**Métodos.** Durante Marzo, Abril y Mayo del 2003 se evaluaron tanto las características clínicas, como pruebas realizadas en urgencias para el estudio del dolor torácico, utilizándose el programa File Maker.

**Resultados.** Acudieron a urgencias 1518 pacientes con dolor torácico de los cuales 195 (12,8%) fueron derivados desde atención primaria. La edad media era de 41 ( $\pm$  15 años), un 58% varones. De los evaluados 117 (60%) presentaban dolor torácico atípico. En cuanto a los antecedentes cardiovasculares: 49 (25,1%) presentaban cardiopatía isquémica, 25 (12,8%) infarto de miocardio, 39 (20%) angina inestable, 20 (10,2%) revascularización coronaria. Con respecto a los factores de riesgo cardiovasculares: 39 (20%) pacientes presentaban diabetes, 94 (48,2%) hipertensión arterial, 73 (37,4%) dislipemia y 54 (27,6%) tabaquismo. Con respecto a los estudios: a 182 (93,3%) pacientes se les realizaron electrocardiograma, 119 (61%) radiografía de tórax y a 108 (55,3%) pacientes se les realizó determinación de troponinas. Ingresaron 38 (19,4%) pacientes, 18 (47,3) en el Servicio de Cardiología, 14 (36,8) en la Unidad Coronaria, el resto en otros servicios. Los motivos de ingreso fueron: IAM Q (9), IAM no Q (8) y angina inestable (8), el resto con otro diagnóstico. Los pacientes evolucionaron sin complicaciones y fueron dados de alta.

**Conclusión.** Los pacientes derivados al Servicio de Urgencias desde Atención Primaria por dolor torácico agudo, presenta alto riesgo cardiovascular. La cuarta parte de los pacientes derivados presenta un evento cardiovascular e ingresa por ese motivo.

**P95 PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE YECLA. GRADO DE ACUERDO TRES DEFINICIONES DEL MISMO**

J. Martínez, Candela, J. Romero Ortiz, C. Cánovas Domínguez, J. Franch Nadal, M. Páez Pérez y M. Santos Villalba

CS Mariano Yago. Yecla. Murcia.  
Correo electrónico: jmc0507@telefonica.net

**Objetiva.** Medir la prevalencia del Síndrome Metabólico (SM) en la población adulta del área. Diseño: Estudio descriptivo transversal.

**Metodología.** Estudiamos 317 personas (107 rehusaron participar) de 424 seleccionadas mediante muestreo aleatorio estratificado (edad y sexo) de 17.500 con tarjeta sanitaria y edad  $\geq$  30 años. 292 (143 hombres y 149 mujeres) aportaron analítica; 261 sin <http://www.ntsearch.com/search.php?q=diabetesdiabetes> conocida (125 hombres y 136 mujeres) fueron sometidas al <http://www.ntsearch.com/search.php?q=test-test> de sobrecarga oral de glucosa (SOG). Mediciones: Utilizamos los criterios NCEP III (Third Report Nacional Colesterol <http://www.ntsearch.com/search.php?q=EducactionEducation>) Program), OMS98 y EGIR para diagnosticar el SM y OMS99 para definir la DM2, Glucemia Basal Alterada y Tolerancia alterada glucosa. Analizamos variables sociodemográficas, antropométricas, lípidos e insulinemia; evaluamos la resistencia a la insulina (RI) según I índice HOMA = 3,8 ó como cuartil más alto de insulinemia basal en normoglucémicos.

**Resultados.** La prevalencia del SM ajustada a la población española Julio02 fue: NCEP 20,3% (22,7% varón, 18,3% mujer), OMS 23,2% (26,5% y 20,3%), EGIR (Grupo Europeo estudio Resistencia Insulina) 24,1% (27,9% y 20,2%) y RI 27,9% (31,8% y 23,9%). La sensibilidad y valor predictivo positivo de NCEP, OMS y EGIR para detectar insulinresistencia (Homa) fueron (46% y 63%), (59% y 69%) y (73% y 84%) respectivamente. El síndrome se asocia a otros factores riesgo ácido úrico, Microalbuminuria y Hemoglobina glucosilada Conclusiones: Existe una alta prevalencia de SM en el área (mayor en el varón). Hay diferencias en-

tre las definiciones internacionales del síndrome mostrándose poco sensibles para determinar la insulinresistencia. Es necesaria una definición universalmente aceptada del síndrome.

**P96 LA EPIDEMIA DE LA OBESIDAD**

M. Mulet Pons, R. Fornés Oliver, L. Uceda Carriá, A. Cabrera Santacreu, J. Lezano Devesa y A. Martínez Pastor

CS Jávea-Duanes. Jávea. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: mjmulett@hotmail.com

**Objetivos.** 1. Determinar prevalencia de sobrepeso-obesidad en nuestra población. 2. Determinar la precisión con la que el IMC (Índice de masa corporal) puede determinar la composición corporal e identificar normopeso de obesidad (correlación entre IMC y % de grasa corporal). 3. Determinar la posible relación entre sobrepeso-obesidad y distintas variables sociodemográficas.

**Diseño y metodología.** 432 pacientes entre 18-70 años según acudían a consulta de demanda mediante muestreo estratificado (K = 5) desde febrero-junio 2004 de 4 cupos médicos que abarcan aproximadamente 6.500 usuarios. Exclusión: <18 ó >70 años, tratamiento corticoideo, alteración tiroidea, neoplásicos, anoréxicos, embarazadas, osteoporosis severa, dializados. Elaboramos un protocolo incluyendo diversas variables sociodemográficas, calculamos el IMC y medimos el % de grasa corporal con el monitor OMRON BF 306 (impedanciometría bioeléctrica de 4 electrodos, con buenos criterios de precisión y validación) como alternativa válida a los pliegues cutáneos en la valoración nutricional del paciente.

**Resultados.** 278 mujeres (64,4%) y 154 varones (35,6%) con una edad media de 47 años. El 34% de las mujeres presentaba sobrepeso y el 22% obesidad (8% mórbida); en hombres 28% sobrepeso y 28% obesidad (4% mórbida). El % de grasa corporal fue normal en 15,1% de las mujeres y 15,6% de hombres. La correlación IMC y %grasa fue buena (Rcuadrado = 0,015 con significación 0,001) para ambos sexos. Ninguna variable analizada (edad, sexo, estado civil, diabetes, dislipemia, tabaquismo) mostró relación con el % de grasa corporal excepto el ejercicio físico (30 minutos más de 3 días/semana) que sí fue significativo (p = 0,02) e hipertensión (p < 0,000).

**Conclusiones.** Consideramos la prevalencia de sobrepeso-obesidad en nuestra población muy elevada y todavía peor si valoramos el porcentaje de grasa corporal. La reducción de la ingesta calórica para disminuir peso debe ser considerada, pero fundamentalmente acompañada de un aumento en el ejercicio físico. Podemos utilizar el IMC como predictor del % de grasa corporal si no disponemos de la impedanciometría o de tiempo para realizar la medida más exacta de éste.

**P97 RETINOPATIA DIABÉTICA: ¿TENEMOS EN CUENTA SUS FACTORES DE RIESGO?**

O. Calviño Domínguez, S. Hernández Anadón, M. Perez Bauer, S. Crispí Cifuentes, A. Moragas Moreno y C. Aguirre Álava

CAP Jaume I. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: silviaha@comt.es

**Objetiva.** Estudio de factores epidemiológicos de la retinopatía diabética (RD) de una área básica de salud (ABS) rural.

**Diseño.** Descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Toda la población diabética en un ABS rural, 251 pacientes (3,99% de 7862 habitantes).

**Mediciones e intervenciones.** Las variables de estudio son: anamnesis, retinografías en dos campos de 50º y analíticas (HbA1c, colesterol, triglicéridos y microalbuminuria). Los factores epidemiológicos son: tiempo de evolución y tratamiento de la diabetes, hipertensión arterial (HTA), HbA1c y dislipemia. Para el procesamiento de datos se empleó el programa SPSS. Los datos cuantitativos son analizados con t-student y los cualitativos con Chi-cuadrado.

**Resultados.** La prevalencia de RD es del 25,73%, según el grado es de 14,34% la leve, 1,19% la moderada, 0,07% la severa y 1,19% la proliferativa. Según el tiempo de evolución de la RD <7 años: 20,75%; 8-14 años: 30%, >14 años: 51,1%. Según el tratamiento: dieta 8,82%; antidiabéticos orales 22, %; insulina 60,71%. En RD el colesterol es de 5,785  $\pm$  0,992mmol/L; triglicéridos: 1,413  $\pm$  0,612; HbA1c: 7,703  $\pm$  1,248%; HTA: 68,18%. En la no RD: colesterol: 5,794  $\pm$  1,112, triglicéridos: 1,22  $\pm$  0,500; HbA1c: 7,062  $\pm$  1,286; HTA: 31,82%. Los factores epidemiológ-

gicos significativos son el tiempo de evolución de la diabetes ( $p < 0,001$ ) el tratamiento con insulina ( $p < 0,001$ ), niveles aumentados de HbA1c ( $p < 0,001$ ) y la asociación con HTA ( $p < 0,05$ ) y dislipemia ( $p < 0,05$ ).  
**Conclusiones.** Llama la atención que una cuarta parte del estudio presenta retinopatía, deberemos actuar disminuyendo los valores de HbA1c, dislipemia e HTA, ya que el resto de factores no son modificables.

### P98 QUÉ FACTORES INFLUYEN EN QUE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR NO ESTÉN ANTIAGREGADOS-ANTICOAGULADOS? ANÁLISIS MULTIVARIADO.

A. Díaz Barroso, M. Tejero López, J. Ojuel Solsona, F. Escobedo Espinosa, F. Montañés Alcántara y M. Medina Peralta

ABS Llefiá. ABS La Salut. Badalona. Barcelona. Cataluña.  
 Correo electrónico: angelesdiazbarroso@yahoo.es

**Objetivos.** 1. Analizar la población con enfermedad cerebrovascular (ECV) de dos centros de salud. 2. Analizar que variables influyen en que los pacientes con ECV no reciban tratamiento antiagregante-anticoagulante.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo-transversal en atención primaria. Población: todos los pacientes atendidos en dos ABS urbanas (76.000). Sujetos: todos los pacientes (930) diagnosticados de ECV hasta enero-2004. Fuente de datos: historia clínica informatizada (OMI-AP). Variables: edad, sexo, FR de ECV, tratamiento antiagregante anticoagulante. Los datos se procesaron y analizaron con ACCESS 2000 y SPSS 8.0. Para el estudio multivariado se aplicó el modelo de regresión logística, la variable dependiente fue si recibían o no tratamiento específico. Se excluyeron del modelo los menores de 50 años (34 pacientes) cuyas características diferían del resto de la población. Consideramos que requerían un análisis específico.

**Resultados.** Pacientes con ECV: 930 (1,2% de la población total), edad media 71,9 + 11,5, 45,7% mujeres, 59,6% HTA, 32,7% DM, 30,9% hipercolesterolemia, 23,3% tabaquismo, 8,8% obesidad, 8,5% ACXFA y 1,8% otras cardiopatías embolígenas. El 93% estaban tratados: 79,6% antiagregados (53,9% AAS, 15,1% clopidogrel) y 13,4% anticoagulados. En el análisis del modelo multivariado observamos que estaban sin tratamiento: El 15,4% de obesos frente al 4,9% de no obesos. OR: 3,54 (IC: 1,73-7,25).  $P = 0,0005$ . El 8,5% de mujeres frente al 3,6% de hombres. OR: 2,34 (IC: 1,28-4,32).  $P = 0,0058$ . El 2,7% de diabéticos frente al 7,4% de no diabéticos. OR: 0,33 (IC: 0,15-0,73).  $P = 0,0064$ . El 1,7% con cardiopatía isquémica (CI) frente al 6,4% sin CI. OR: 0,27 (IC: 0,06-1,17).  $P = 0,082$ .

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes con ECV estaban antiagregados, muy pocos anticoagulados o sin tratamiento. Estaban más antiagregados-anticoagulados los ECV diabéticos y cardiopatas isquémicos que los que no lo son. Existía un "significativo" infratratamiento en el grupo de mujeres y obesos sin que exista una justificación para ello.

### P99 ¿QUÉ SABEN NUESTROS DIABÉTICOS DE LA DIABETES?

S. Sánchez Fibla, S. Sánchez Villacampa, C. García Alarcón, L. Puy Roxabrana, X. Frias y M. Fajardo

ABS La Riera. Badalona. Barcelona. Cataluña.  
 Correo electrónico: 26488fac@comb.es

**Objetiva.** Analizar el nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus de los pacientes diabéticos de un centro de salud recién reformado a través de un cuestionario validado (Primera fase de un control de calidad).

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito.** Área Básica de Salud urbana de nivel socio-económico medio (29.000 habitantes).

**Sujetos.** 100 pacientes diabéticos tipo II que acuden correlativamente a visita concertada con su enfermera.

**Intervención.** Se utilizó el cuestionario anónimo auto-administrado validado ECODI que analiza 5 dimensiones de conocimientos.

**Resultados.** 50% mujeres; 60% mayores de 65 años; 74% estudios primarios, 23% secundarios y 3% universitarios; 33% diagnosticados hace menos de 5 años, 31% entre 5 y 10 años y 46% más de 10 años; 58% control óptimo HbA1C, 28% aceptable y 19% malo; 17% realiza dieta, 69% anti-diabéticos orales (ADO), 4% ADO+ insulina y 10% insulina; 72% tenían como factor de riesgo asociado hipertensión arterial, 53% dislipemia, 42% obesidad, 16% tabaquismo y 49% sedentarismo. El 23% tiene cono-

cimientos sobre conceptos generales, el 29% sobre dieta, el 69% sobre ejercicio, el 43% sobre higiene y auto-cuidado y el 51% sobre autocontrol. Presentan mayor grado de conocimientos: hombres, menores de 65 años, aquellos que tienen estudios superiores, los diagnosticados recientemente y aquellos que empiezan a presentar complicaciones. Respecto al control metabólico no hay diferencias relevantes.

**Conclusiones.** El nivel de conocimientos en todas las dimensiones es muy bajo, lo que hace prioritaria la implantación de un programa de educación diabética a nivel individual y grupal impulsado principalmente por enfermería.

### P100 PREVENCIÓN PRIMARIA: ESTIMACIÓN DEL RIESGO CORONARIO EN UN GRUPO DE POBLACIÓN DISLIPÉMICA DE 34-75 AÑOS

C. Laborla Folgado, L. Ramiro Ayán y P. Campos Esteban

CS La Paz. CS Santa Monica. Rivas Vaciamadrid. Madrid.  
 Correo electrónico: lauray2002@yahoo.com

**Objetiva.** Calcular el riesgo coronario (RC), a partir de las tablas de Framingham y Regicor, de pacientes dislipémicos adscritos a un centro de salud. Valorar la hipótesis de que Framingham sobreestima el RC en población española.

**Diseño.** Estudio observacional, descriptivo y transversal.

**Muestra.** Pacientes entre 34-75 años, con episodio de dislipemia creado en OMI-AP en los años 2002-2003, sin enfermedad cardiovascular (ECV) ni tratamiento hipolipemiente previo. El total de sujetos incluidos fue de 205 tras revisarse 558 historias (los restantes 353 no cumplieron criterios de inclusión).

**Materiales y métodos.** Variables registradas: edad, sexo, TA, colesterol total, HDL, LDL, TG, diabetes, tabaquismo, HVI. Cálculo del RC utilizando las tablas de Framingham y Regicor. Un RC alto corresponde a >20% de probabilidad de padecer ECV en los próximos 10 años.

**Resultados.** Según Framingham, 19 de los 205 pacientes presenta un RC alto, 44 moderado, 71 ligero y 71 bajo. Según Regicor 0 de los 205 pacientes presenta un RC alto, 7 moderado, 54 ligero y 144 bajo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las cifras de HDL entre hombres y mujeres, resultando mayores en mujeres.

**Conclusiones.** La mayoría de nuestra población tiene un RC bajo-ligero, calculado con Framingham o Regicor. Los valores de RC calculados a partir de la tabla de Framingham son marcadamente mayores que los obtenidos del cálculo con Regicor. Pensamos que el RC debe calcularse con una tabla calibrada para la población a estudio.

### P101 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ICTUS: ¿TIENEN UN TRATAMIENTO ADECUADO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

S. González López de Gamarra, A. Pineda Pérez, C. Doblas Miranda, J. Medrán Santana, M. Castellano Ortega y R. Espino Pérez

Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Andalucía.  
 Correo electrónico: apineda@faescom.es

**Objetivos.** Conocer los factores de riesgo más frecuentemente asociados a ictus que han precisado ingreso hospitalario y si estaban tratados desde atención primaria.

**Métodos.** Diseño: Estudio descriptivo-transversal. Emplazamiento: Hospital comarcal. Sujetos: 309 pacientes ingresados por ictus desde octubre de 1999 a mayo de 2004. Variables: Factores de riesgo cardiovascular y medicación previa (hipotensores, hipolipemiantes, hipoglucemiantes, antiagregantes y anticoagulantes).

**Resultados.** El ictus afecta por igual a hombres y mujeres con una edad media superior a 70 años. 55% eran hipertensos y casi un tercio diabéticos seguidos de dislipémicos. Existe un 29% de ictus previos. El antecedente cardíaco más frecuente fue la fibrilación auricular (17,5%). La mayoría de los hipertensos y diabéticos estaban siendo tratados desde atención primaria (81,8% y 68,9%) seguidos de los dislipémicos con un 54,5%. El ictus previo y la cardiopatía isquémica son las patologías más antiagregadas y sólo un tercio las fibrilaciones auriculares. Anticoagulantes toman el 27,8% de las fibrilaciones auriculares y un 10% de ictus previos.

**Conclusiones.** Si bien los factores de riesgo más importantes para tener un ictus son tratados por el médico de familia, el riesgo a edades avanzadas es cada vez mayor. Habría que insistir en el uso de antiagregantes y anticoagulantes especialmente en aquellos pacientes con fibrilación auricular de base o episodio ictal previo.

### P102 PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO Y MICROALBUMINURIA EN DIABETES TIPO 2

M. Sánchez Molla, I. Alcaraz Cortes, J. Tarancón Pérez, C. García Clemente, E. Sanz Esteve y T. Bonmatí Molina

CAP Almoradí. Almoradí. Alicante. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: sanchez\_manmol@gva.es

**Objetiva** Estimar la prevalencia de microalbuminuria y síndrome metabólico (SM) en la población diabética.

**Material y métodos** Estudio transversal de una muestra aleatoria de pacientes diabéticos tipo 2 incluidos en programa. Estudiamos a 98 pacientes seleccionados por muestreo aleatorio. Calculamos previamente el tamaño muestral necesario para estimar estos parámetros y utilizamos programa epitable 2000 generador de números aleatorios para la selección de los pacientes a estudiar. Estudiamos los registros informáticos (SIAPWIN) de la muestra de pacientes previa autorización de los pacientes seleccionados.

**Mediciones** La variable SM quedó definida por la presencia de 3 ó más criterios diagnósticos establecidos por el ATP III (NCEP). Para la determinación de la excreción urinaria de albúmina utilizamos el índice albúmina/creatinina en muestra orina matinal.

**Resultados** Encontramos un 85,71% de pacientes con SM (IC 95% 66,44-95,22) y un 25% de pacientes con microalbuminuria (IC 95% 11,42-45,22). De otra parte los componentes del SM aparecieron en un 71,42 (IC 95% 47,68-87,80) de obesidad abdominal, un 57,14% (IC 95% 37,43-74,97) de hipertensión arterial, un 53,57 (IC 95% 34,21-71,99) de hipertrigliceridemia, y un 54,16 (IC 95% 33,23-73,83) de HDL bajo.

**Discusión.** Alta prevalencia de SM en diabéticos lo que reporta en un riesgo cardiovascular especialmente elevado en este subgrupo. Prevalencia de microalbuminuria similar a la comunicada en otros estudios nacionales. La obesidad abdominal en nuestra población es el componente más prevalente de SM.

### P103 REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS DIRIGIDAS A LOS DIABÉTICOS TIPO 2 EN NAVARRA

J. Díez Espino, J. Lafita Tejedor, M. Ariz Arnedo, S. Carlos, L. Aragón Sanmartín y C. Rodríguez

Grupo de Estudio de Diabetes Mellitus Tipo 2 en Atención Primaria de Navarra (GEDAPSNA) SNMFAP. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: javierdiez@retna.com

**Objetivos.** Conocer las actividades educativas (AEDU) que reciben los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en Navarra, sus características, relación con las visitas médicas y de enfermería, control metabólico y factores de riesgo cardiovascular.

**Métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo sobre historias clínicas (HC) de 1081 personas con DM2, mediante muestreo sistemático de DM2 atendidos durante 2002 en 32 EAP de Navarra.

**Resultados** Edad media: 68 + 11,3 años. 52,2% varones. Evolución: 7,8 + 6,8 años. Visitas médicas: 3,3 ± 3,3 visitas/año. Visitas enfermería: 5,7 ± 4,8 visitas/año. El 87% tenían registrada  $\geq 1$  AEDU y el 56,8  $\geq 3$ . La dieta -80,5%- , el ejercicio -73,6%- , el tratamiento farmacológico -37,7%- , el auto-control -31,4%- y los cuidados del pie -30,7%- fueron las AEDU más registradas. Se observó una correlación positiva entre el número de consultas médicas r: 0,209 p < 0,0001 y de enfermería r: 0,176 (p < 0,0001). Las AEDU fueron más numerosas en pacientes con HbA1c >7% -p < 0,0001-, los tratados con fármacos orales y/o insulina -p < 0,0001-, así como en los que tenían retinopatía -p: 0,023-. Las AEDU se relacionaron con la exploración: pie, funduscopia, determinación de HbA1c y toma de tensión arterial.

**Conclusiones.** Se observó alto registro de AEDU en las HC y bajo en AEDU no referentes a dieta y ejercicio. El número de visitas médicas y de enfermería se relaciona con el número de AEDU. Los esfuerzos se concentran en pacientes medicados y con retinopatía. Se observa asociación entre la presencia de indicadores de proceso realizados y AEDU.

### P104 HIPERALDOSTERONISMO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA

R. García Gil, M. Forner, C. Fernández, M. Esteban, V. Giner y J. Redón

Unidad de Hipertensión. Hospital Clínico Universidad de Valencia. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: romygg9@hotmail.com

Entre los pacientes con HTA refractaria existe una elevada prevalencia de hiperaldosteronismos primarios. Su evaluación no está exenta de dificultades

debido a la dificultad para la supresión de la medicación con seguridad el tiempo suficiente para realizar un estudio en condiciones óptimas. **Objetiva** Estudiar el porcentaje de pacientes con hiperaldosteronismo primario entre aquellos portadores de una HTA refractaria.

**Pacientes y métodos.** Se estudian de forma prospectiva en el período de dos años 93 pacientes con HTA refractaria (3 o más fármacos antihipertensivos, PAA de 24 horas > 140/90 mmHg). A todos ellos se les practica una determinación de potasio, ARP y aldosterona en plasma seguido de un TAC suprarrenal con cortes de 0,5 cm si el cociente aldosterona /ARP era > 300. Se valora el valor predictivo positivo y predictivo negativo del cociente para el diagnóstico de adenoma suprarrenal.

**Resultados.** De entre los 93 pacientes se identificaron 11 pacientes con adenoma suprarrenal unilateral y 1 con hiperplasia nodular bilateral. 57 pacientes tuvieron ARP > 0,5 ng/min, y en 45 de ellos el cociente de aldosterona / renina fue > 300 tiene una sensibilidad del 91%, especificidad 31%, VPP 22% y VPN 92%. El incremento del punto de corte a 500 no supuso un incremento marcado del valor predictivo del cociente.

**Conclusión.** El hiperaldosteronismo primario es frecuente entre los pacientes con HTA refractaria, se observa en el 11,8% de los pacientes estudiados por lo que debe siempre descartarse su presencia en pacientes en los que no se alcanza el control mediante el uso racional de fármacos antihipertensivos.

### P105 PREVENCIÓN PRIMARIA CON ANTIAGREGACIÓN EN DM TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Soria Castro, F. Mezquiriz Ferrero, N. Montellà Jordana, A. Plaza Izquierdo, M. Pàmies Gracia y J. Forcada Gisbert

ABS Badalona-5. Badalona. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 36122asc@comb.es

**Objetiva.** Conocer el porcentaje de pacientes DM tipo 2 que realizan tratamiento con antiagregantes como medida de prevención primaria según recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en el ámbito de la atención primaria.

**Tipo de estudio.** Descriptivo observacional transversal. Emplazamiento: Zona Básica de Salud urbana (provincia de Barcelona).

**Mediciones e intervenciones.** Pacientes DM tipo 2  $\geq 21$  años atendidos entre 01/07/2002 y 30/06/2003. Para estimar un 10% de pacientes tratados se calculó una muestra de 193 sujetos. Variables: sexo, edad, criterios de antiagregación según ADA y contraindicaciones, tiempo de evolución de la diabetes, presencia de eventos cardiovasculares (ECV), tipo y dosis de antiagregante, tratamiento diabético y factores de riesgo cardiovascular asociados (FRCV). Fuente de información: historias clínicas (formato papel e informático).

**Resultados.** Se estudiaron 170 pacientes: 51,8%  $\pm$  8% mujeres, edad media = 65,8  $\pm$  20 años. El 100% de los pacientes cumplían criterios de antiagregación, de los cuales el 20% (IC95% 14%-26%) lo eran para prevención secundaria. De los 136 susceptibles de prevención primaria el 96,3% (IC95% 93,1%-99,5%) presentaban uno o más FRCV asociados, el 84,6% (IC95% 78,5%-90,7%) no tenía contraindicaciones para antiagregar y el 5,1% (IC95% 1,4%-8,8%) estaban antiagregados, 4 de ellos con ácido-acetil-salicílico con recubierta entérica. Realizar tratamiento antiagregante como prevención primaria no se asoció ni con el número de FRCV ni con el tipo de tratamiento diabético.

**Conclusiones.** Existe una baja prevalencia de antiagregación como prevención primaria (según criterios de la ADA) en nuestro centro.

**Palabras clave.** Diabetes mellitus, antiagregación, prevención primaria.

### P106 CALIDAD DEL CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

G. Palmeiro Fernández, I. Casado Górriz, L. Vázquez Fernández, G. Díaz Grávalos, D. Valiño López y A. Rodríguez Ferreiros

CS de Cea. CS Allariz. CS O Barco de Valdeorras. CS Amoeiro. San Cristovo de Cea. Ourense. Galicia.  
Correo electrónico: xerard@jazzfree.com

**Objetiva.** Conocer el grado de cumplimiento de los distintos criterios de control metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2 en Atención Primaria. Tipo de estudio: transversal.

**Metodología.** Muestreo por conglomerados de Centros de Salud provinciales, precisando una muestra mínima de 170 pacientes (con  $\alpha = 0,05$ ,  $d = 0,25$  y  $s$  de HbA1c = 1,66). Se recogieron variables como edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, tratamiento y cumplimiento de las recomendaciones y criterios de control del Gedaps. Se emplearon pruebas de  $\chi^2$ , t de Student según cumpliera, con un error  $\alpha$  de 0,05.

**Resultados.** Participaron 238 pacientes con una edad promedio de  $69,1 \pm 11,4$  años siendo un 50,4% varones. El 60,1% presentaba 2 o más factores de riesgo cardiovascular. La intervención más realizada era la toma de tensión arterial (92,0%) (TAS/TAD:  $136,8 \pm 17,4/74,2 \pm 10,6$  mmHg). La determinación semestral de HbA1c ( $7,1 \pm 1,6\%$ ) se cumplió en un 81,9% de los casos presentando peores niveles los que realizan autoanálisis (IC95% [0,2  $\times$  1,1]) y los tratados con insulina (IC95% [0,6  $\times$  1,6]). Los HDL e IMC eran aceptables pero falta un fondo ojo anual, la exploración de los pies y/o el LDL semestral ( $119,3 \pm 34,8$  mg/dl) en uno de cada tres pacientes. Sólo al 59,2% de los casos se le había realizado un mínimo de 6 de las 8 intervenciones estudiadas y sólo un 1,7% conseguía alcanzar todos los objetivos de control.

**Conclusión.** El cumplimiento de los criterios de control es mejorable lo que atañe a su frecuencia de realización y consecución de valores óptimos.

## Sesión 2

18.00-19.00 h

### MESA 7

## Atención integral en cuidados paliativos

### P107 ¿COMO SE REGISTRAN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DE LOS PACIENTES CON CÁNCER?

F. Díaz Gallego, A. Brau Tarrida, S. Calvet Junoy y R. Ciurana Misol  
CS La Mina. Sant Adrià de Besòs. SAP Sant Martí. Barcelona. ICS. Cataluña.  
Correo electrónico: 31953abt@comb.es

**Objetivo.** Evaluar la calidad del registro en la historia clínica (HC) de los cuidados paliativos en atención primaria (AP) en pacientes con neoplasias.

**Diseño-metodología.** Estudio observacional retrospectivo. Sujetos y Ambiente: Centro de salud (CS) urbano. Total de personas fallecidas por neoplasia entre 1/1/1997-31/12/2001, con historia clínica (HC) e identificadas a partir del registro de mortalidad del CS (N = 90). Medidas: Edad, tipo de neoplasia, lugar diagnóstico, comunicación diagnóstico al paciente, fecha primera visita cuidados paliativos (CP), presencia depresión-ansiedad, analgésicos, cuidador principal, profesionales referencia, visitas domiciliarias, ingresos hospitalarios.

**Resultados.** Edad media al diagnóstico 67 años (IC95%: 64,6-69,5). El 90% tumores malignos primarios: digestivos 36,7% (33/90); respiratorios 34,4% (31/90). Diagnóstico hospitalario: 77,8%. Se comunicó el diagnóstico al paciente en el 4,4% (4/90). En el 50% (45/90) consta registro de CP. Tiempo mediano entre diagnóstico y primera visita CP: 265 días (P25:25;P75:519). El 75,7% recibió morfínicos. En 5 HC constan síntomas de ansiedad-depresión. Se identificó cuidador principal en el 44,4% de HC. Profesional responsable: 80% CS, 13,9% compartido con PADES y 33,3% con hospital. Consta asistencia domiciliaria, 7 de cada 10 pacientes y en 5 de cada 10 HC no constaban ingresos hospitalarios. Tiempo mediano primera visita CP- defunción: 58 días (P25:21;P75:122). El 40% de las defunciones ocurrieron en domicilio.

**Conclusiones.** Existe un infraregistro de las actividades relacionadas con los CP, en especial: comunicación del diagnóstico al paciente, identificación del cuidador y de síntomas afectivos. Casi la mitad de las defunciones ocurren en el domicilio.

### P108 SOMOS DUEÑOS DE NUESTROS ÚLTIMOS DÍAS? TESTAMENTO VITAL (TV): DOCUMENTO POLÍTICO O DEMANDA POBLACIONAL

J. Sáez Pérez, I. Espinosa Freire, F. Sureda Anaya, P. Pérez Ortín, M. Cebrián Puertas y B. Herrero Chacón  
CS Malvarrosa. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: navidadesspiritu@hotmail.com

**Objetivo.** Conocer el grado de aceptación y la intención de uso de nuestra población de ciertos procedimientos médicos empleados en los últimos días, así como si nuestros pacientes conocen, legalizarían y utilizarían el TV.

**Diseño y metodología.** Se realizó una encuesta a 451 pacientes de un Centro de Salud Urbano comenzando con los 5 primeros pacientes citados en los días impares de la semana. El tratamiento estadístico de los datos se llevaron a cabo con programa SPSS 11. Las variables estudiadas más importantes fueron: sexo, edad, nivel de estudios, conocían el TV, ha sido cuidador de un enfermo terminal, desearía que le informasen en caso de tener una enfermedad terminal, le gustaría que utilizaran medidas para prolongarle el tiempo de vida, tomaría morfina aunque le acortara la vida, utilizaría apoyo psicológico, donde le gustaría morir, tiene miedo a la muerte, donaría sus órganos, legalizaría el documento de últimas voluntades, haría uso del mismo.

**Resultados.** El 61,4% no conocía el TV, el 73,4% desearía ser informado que padece una enfermedad terminal, el 71,7% donaría sus órganos, el 86,8% legalizaría dicho documento y el 80,2% lo utilizaría. En ninguno de los valores referidos anteriormente se demuestra la existencia de diferencias significativas entre los dos sexos (Test Chi-Cuadrado).

**Conclusiones.** El TV es poco conocido por nuestra población, pero en cambio un porcentaje alto de nuestros usuarios les gustaría poder decidir que tipos de medidas médicas les serían aplicadas en sus últimos días de vida. La donación de órganos, el deseo de legalización del TV y la intención de su uso es muy alta en nuestra población.

### P109 ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA SUBCUTÁNEA PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS: CONOCIMIENTO Y APLICACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Lago Pose, A. Yañez López, L. Purriños Orgeira y F. Lamelo Alfonsín  
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. CS Elviña-Mesoio.  
A Coruña. Galicia.  
Correo electrónico: lourdespurrios@yahoo.es

**Objetivos.** Existen numerosos estudios sobre la utilización de medicación subcutánea en cuidados paliativos, pero poca bibliografía sobre su uso en atención primaria. Conocer la utilización de medicación subcutánea para cuidados paliativos en atención primaria, principales indicaciones y fármacos administrados.

**Metodología.** Estudio observacional de prevalencia mediante encuesta anónima a 142 médicos de atención primaria. Análisis estadístico mediante el test chi-cuadrado.

**Resultados.** (participación 71%). Un 66% conocen y utilizan la vía subcutánea siendo significativamente más frecuente su uso en aquellos con formación MIR (78,7% frente a 53,2%; IC 95% (1,32-8,04); p = 0,009). De ellos, 24,5% encuentran alguna dificultad en su uso, fundamentalmente (19,7%) rechazo del enfermo o la familia. De los que no la utilizan, 93,5% la consideran útil por autonomía, rapidez de acción y comodidad. Un 92,2% administra bolos (frente al 4,7% que utiliza sistemas de perfusión continua) mediante palomilla (97%) generalmente colocada en el tórax (88,1%) Los fármacos más utilizados son morfina (98,5%) e hioscina (59,7%), siendo la familia quien administra la medicación en un 82,1%. Se consigue buen control de los síntomas en un 98,5% de los casos.

**Conclusiones.** Dos terceras partes de los médicos de atención primaria conocen y utilizan la vía subcutánea en el tratamiento de pacientes paliativos. Las razones fundamentales por las que no se usa son poca experiencia y falta de disponibilidad de medios humanos. Los pacientes subsidiarios de esta vía son fundamentalmente enfermos oncológicos como consecuencia de deterioro neurológico, náuseas o vómitos.

### P110 FALLECIMIENTO EN HOSPITAL O DOMICILIO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN UNA PROVINCIA ESPAÑOLA Y FACTORES ASOCIADOS

M. Guerrero Briz, M. Sánchez Pérez, E. Corpas Nogales, R. Gálvez Mateos, N. Olea Serrano y C. Martínez García  
Registro de Cáncer de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: mguerrerobrizz@yahoo.es

**Objetivos.** Conocer el lugar de fallecimiento (hospital o domicilio) de todos los pacientes fallecidos en 1999, diagnosticados por primera vez de cáncer entre 1995 y 1999 y residentes en la provincia estudiada. Identificar los factores asociados al lugar de fallecimiento de dichos pacientes.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo transversal de base poblacional, utilizando datos de un registro de cáncer poblacional. Se estudiaron 1.393 pacientes.

**Variables:** Lugar de fallecimiento, edad, género, residencia (municipios mayores o menores de 20.000 habitantes), año de diagnóstico, localización tumoral, tiempo de supervivencia, ingresos hospitalarios, contacto

con Unidad de Cuidados Paliativos y/o del Dolor. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis multivariante de regresión logística.

**Resultados.** Edad media: 69 años. 64% hombres. El 62% fallecieron en su domicilio. Las personas con mayor riesgo de morir en el hospital fueron: las menores de 60 años, residentes en grandes núcleos urbanos, sin contacto con ninguna Unidad de Cuidados Paliativos y con supervivencias inferiores a 2 meses.

**Conclusiones.** El porcentaje de fallecidos en el domicilio en nuestro medio es superior al de otros estudios. En ello influyen la edad, la supervivencia o la atención por las Unidades específicas de Cuidados Paliativos, pero también parece deberse, a aspectos socioculturales, ya que la muerte en el domicilio es mayor en pequeños núcleos rurales. Es necesario asegurar que estos pacientes, especialmente los residentes lejos de los hospitales, tengan un buen control de sus síntomas y una adecuada atención y calidad de vida.

**Financiación:** *El presente trabajo ha contado con la financiación del ISCIII (Red de Centros C03/09).*

### P111 MORIR EN CASA: UN RETO PARA TODOS

G. Diestre, E. Hernandez, M. Escabia e I. Faura

Hospital De Sabadell. Sabadell. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 36393mer@comb.es

**Introducción.** Los cuidados paliativos han presentado un importante desarrollo en los últimos años. El interés de los profesionales de atención primaria y la atención especializada de los equipos de soporte pueden aumentar la posibilidad de morir en el domicilio, que es una preferencia que manifiestan cada vez más los pacientes y sus familias.

**Objetiva.** Describir las características asistenciales de todos los pacientes fallecidos en el domicilio incluidos en un programa integral de cuidados paliativos.

**Método.** Lugar: Sectores sanitarios de Sabadell y Cerdanyola-Ripollat (Barcelona) y Hospital de Sabadell, población de referencia 380.000 habitantes. Pacientes: con <http://www.ntsearch.com/search.php?q=cancercancer/terminal>, fallecidos en el domicilio desde el 1-1-1996 hasta el 31-12-2003, atendidos por un programa integral de cuidados paliativos de ámbito comunitario. La valoración multidimensional y la coordinación entre la primaria y la especializada son los elementos básicos.

**Resultados.** 492 pacientes; mujeres 42,7%; edad media 74 años; I. Karnofsky al ingreso 47,6, (DE 14,5), < al 50 37%; estancia media 60 días, < 1 mes 30%, > 6 meses 8,9%; tipo de atención: coordinación con EAP 71% (1996 10%, 2003 94%), directa 29%; origen de la demanda: hospital 79%, atención primaria 20%, propia iniciativa 1%; cuidador principal: cónyuge 40%, hijo 47%.

**Conclusiones.** Aunque los pacientes con cáncer en fase avanzada atendidos en el domicilio tienen un gran deterioro funcional, la muerte digna en el domicilio es posible.

### P112 ATENCIÓN DOMICILIARIA: ¿DIME COMO ESTÁ EL CUIDADOR Y TE DIRÉ QUE SIENTE EL PACIENTE!

L. Clotet Romero, M. Ko Bae, O. Correcher Aventin, S. Kadar Lain, M. Caldés Llevot y J. Bonet Simó

CAP Badia del Vallès. Badia del Vallès. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 25978jbs@comb.es

**Objetiva.** Conocer si influyen en el paciente en atención domiciliaria (ATDOM), la sobrecarga del cuidador y los recursos que posee.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal, realizado en un Centro de salud urbano. Pacientes incluidos en ATDOM por un período mínimo de 6 meses, entre 1/04/2003 a 31/03/2004. Exclusiones: Demencia, negativa a participar. Estudiamos, Variables del paciente: edad, sexo, escala de Barthel (actividades de la vida diaria), minimental (estado cognitivo), causa ATDOM, escala analógica visual para estado de ánimo, valoración subjetiva de la salud y cómo se siente cuidado. Variables del cuidador: edad, sexo, cuidador profesional, tiempo que cuida al paciente, enfermedades crónicas, test de Zarit (sobrecarga), escala de MOS (apoyo social) y Apgar familiar (función familiar).

**Resultados.** 63 pacientes (11 exclusiones), 68,3% mujeres, edad media 77,19 ± 15,32 años. El estado de ánimo era significativamente mejor (p < 0,049) si el cuidador no tenía sobrecarga. Los pacientes cuyo cuidador

tiene un apoyo social (p < 0,005) y una función familiar (p < 0,003) adecuados se sienten mejor cuidados. No había significación entre valoración subjetiva de salud y sobrecarga (p = 0,056). Existe una correlación estadísticamente significativa entre sentirse bien cuidados y apoyo social del cuidador (r = 0,49 p < 0,0001) y estado de ánimo (r = -0,36 p < 0,009) y percepción de salud (r = -0,29 p < 0,037) con sobrecarga del cuidador.

**Conclusiones.** Si el cuidador tiene más recursos, el paciente se siente mejor cuidado. Si el cuidador no tiene sobrecarga, el paciente tiene una mejor percepción de su salud y mejor estado de ánimo.

### P113 PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE OPIÁCEOS EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Carrasco Serrano y C. Vera Vargas

CS Linares. Linares. Jaén. Andalucía.  
Correo electrónico: med014578@saludalia.com

**Objetivos.** Estudiar la prescripción de opiáceos y sus factores condicionantes por parte de los médicos de familia de un distrito sanitario. Conocer si la prescripción de opiáceos por los médicos de familia, son similares a los de los estudios publicados.

**Tipo de estudio.** Observacional, transversal y analítico.

**Población.** 116 médicos de familia de un distrito sanitario.

Datos de prescripción recogidos de la aplicación informática "Microstragety" del distrito y encuesta de opinión correspondiente al año 2003.

**Resultados.** Había un 59,5% de hombres. La prescripción que más usaron fue la asociación paracetamol/codeína, seguida de tramadol v.o., fentanilo transdérmico y morfina vía oral (97,41%, 96,55%, 91,37% y 69,82% respectivamente). Respondieron el cuestionario enviado un 46,6%. De los que respondieron, 46,3% tienen formación especializada, el 88,9% tienen siempre recetas de estupefacientes. El 98,1% utilizan opiáceos en el dolor crónico oncológico y el 83,3% en el dolor crónico no oncológico. Los condicionantes en la prescripción de opiáceos por orden de importancia han sido: Efectos secundarios. Falta de formación del profesional. Barreras burocráticas. Falta de información del profesional.

**Conclusiones.** El perfil de prescripción, es el de un varón, titular de la plaza que ocupa. Utiliza preferentemente la vía oral o transdérmica y los principios activos de paracetamol/codeína, tramadol, fentanilo y morfina. Siempre dispone de recetas de estupefacientes. Utiliza la mediación para tratar tanto dolor crónico oncológico y no oncológico y los mayores condicionantes para la prescripción son los efectos secundarios y la falta de formación.

### P114 ¿UTILIZAMOS EN EL MOMENTO ADECUADO LA MEDICACIÓN SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

M. Galofre Ferrer, J. Soler Torró, M. Ruiz Huertas, E. Goñi Vercher, J. Juan Ortega y M. Roig Pellicer

EAP de Tavernes de la Valldigna. Tavernes de la Valldigna. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: soler\_jma@gva.es

**Objetivos.** Determinar la frecuencia, el patrón y el momento de utilización de la medicación subcutánea en cuidados paliativos en Atención Primaria.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal emplazado en un centro de atención primaria docente que atiende una comarca semirural de 17.000 habitantes. Pacientes en situación terminal en los que se utilizó la vía subcutánea para tratamiento sintomático con indicación y prescripción en Atención Primaria desde enero de 1998 a junio de 2004 (n = 34). Se analizaron la proporción de éxitos en los que se utilizó perfusor de infusión continua, el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento al éxitus, diagnóstico principal, tipo de perfusor, fármacos utilizados, dosis y duración del tratamiento.

**Resultados.** Se utilizaron perfusores de medicación subcutánea en 34 pacientes (2,61% de los éxitus; IC95% 1,39 a 3,83%). La edad media fue de 73 años (rango 53 a 92 años) siendo 19 varones (56%). El diagnóstico fue oncológico en 29 pacientes (85,3%). La duración del tratamiento presentó una distribución no Normal, con asimetría derecha, mediana de 4 días y media de 7,47 (rango de 1 a 33 días) sin diferencias significativas a lo largo del tiempo (prueba U de Mann-Whitney). Los fármacos más usados fueron: morfina (91%), midazolam (75%), haloperidol (53%) e hioscina (53%).

**Conclusiones.** La medicación subcutánea paliativa en Atención Primaria es poco utilizada y suele instaurarse en situaciones clínicas muy evolucionadas (estado preagónico). Deberían analizarse los factores del paciente, de la familia o del médico que determinan este patrón restrictivo de uso.

### P115 USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN EL TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES

C. Valdes Gómez, P. Vallina Blanca, J. Fernández Rodríguez-Lacín y M. Fernández González

ESAD Gijón. CS Natahoyo. Gijón. Asturias.  
Correo electrónico: cvaldes@telecable.es

**Objetiva.** Describir el uso de la vía subcutánea como alternativa a la vía oral para el control de síntomas en el tratamiento domiciliario de los pacientes oncológicos terminales.

**Diseño.** Estudio observacional retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes.

**Emplazamiento.** Domicilio de los pacientes procedentes de los trece centros de salud del área PACIENTES: 70 pacientes oncológicos terminales.

**Resultados.** a) Motivos por los que se puso la vía subcutánea: Dolor (48,5%), Vómitos (23,5%), Disnea (38,2%), Agonía (60,3%), Delirium (23,5%), Obstrucción intestinal (5,9%) y Neurotoxicidad (1,5%). b) Motivos para retirar vía subcutánea: 77,9% Fallecimiento, 11,8% Control del síntoma y 10,3% Ingreso hospitalario. c) Modo de administración: Bolos (35,3%), Infusión continua (17,6%), Bolos e infusión (42,6%), Infusor más bolos (4,4%). d) Complicaciones: Irritación del lugar de punción (2,9%), Hematoma (2,9%), Fallo mecánico (1,5%), Salida accidental (1,5%). e) Fármacos más utilizados: Buscapina (80,9%), Haloperidol (75%), Morfina (73,5%), Midazolam (73,5%), Dexametasona (11,9%), Tramadol (10,3%). f) Control de síntomas: Dolor muy bueno o bueno (94,2%), regular o mal (5,6%). Disnea: muy bueno o bueno (79%), regular o malo (21%). Delirium: muy bueno o bueno (93,5%), regular o malo (6,7%). Vómitos muy bueno o bueno (93,5%), regular o malo (6,7%).

**Conclusión.** El uso de la vía subcutánea para el control domiciliario de síntomas en pacientes oncológicos terminales, resultó en nuestro estudio muy eficaz y tuvo pocas complicaciones.

## MESA DEL PAPPS

### P116 PREVALENCIA DEL CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA EN LLEIDA

M. Ortega Bravo, M. Serna Arnaiz, J. Casanova Seuma, O. Sacristán García, M. Torres Justribo y L. Montull Navarro

ABS Eixample. Lleida. Cataluña.  
Correo electrónico: mortegabravo@yahoo.es

**Objetivos.** Determinar la prevalencia del cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) en las ciudades de Lleida y Mollerussa.

**Diseño y metodología:** Estudio epidemiológico descriptivo transversal en individuos de más de 50 años elegidos al azar de las poblaciones de Lleida y Mollerussa. Los datos se obtuvieron del censo del Ayuntamiento y del Institut Català de la Salut (ICS). Se envió una carta por correo invitando a participar en el mismo a 2.500 individuos. Se realizó una encuesta sanitaria estandarizada y una exploración cutánea detallada. Los pacientes que presentaban alguna lesión sospechosa fueron derivados a las Consultas Externas de Dermatología del hospital de referencia (Hospital Universitario Arnau de Vilanova) para su confirmación clínicopatológica.

**Resultados.** Acudieron 871 individuos, 427 hombres (49%) y 444 mujeres (51%). La edad media de los participantes fue de 64,5 años (+ 9,1 DS). Se hallaron un total de 118 lesiones premalignas y malignas: 16 carcinomas basocelulares (CBC), 3 carcinomas espinocelulares (CEC), 86 queratosis actínicas, 12 queratosis actínicas y 1 lesión de Enfermedad de Bowen. Entre los individuos de más de 50 años la prevalencia del CBC es de 1,83% (IC 95%: 0,94-2,72), la del CEC es de 0,34% (IC 95%: 0,06).

**Conclusiones.** La prevalencia del CCNM en nuestro medio es alta. Por lo que deberían plantearse campañas para detectar los conocimientos de la población sobre los factores de riesgo del CCNM con el fin de evitar el aumento de la prevalencia.

### P117 ¿USAMOS CORRECTAMENTE LOS FILTROS SOLARES?

M. Ortega Bravo, M. Serna Arnaiz, J. Casanova Seuma, O. Sacristán García, M. Torres Justribo y M. Bellmunt Bonet

ABS Eixample. Lleida. Cataluña.  
Correo electrónico: mortegabravo@yahoo.es

**Objetivos.** Detectar los hábitos de conducta sobre la exposición solar de la población estudiada y si usa correctamente los filtros solares.

**Diseño y metodología.** Estudio epidemiológico descriptivo transversal de individuos de más de 50 años de las poblaciones de Lleida y Mollerussa. Los datos se obtuvieron del censo del Ayuntamiento y del Institut Català de la Salut. Se envió una carta por correo invitando a participar a 2.500 individuos. Se realizó una encuesta sanitaria: nombre, apellidos, edad, sexo, profesión, fototipo cutáneo, color pelo y ojos, signos fotoenvejecimiento, actividades lúdicas al aire libre, tipo de exposición solar (esporádico, diario, ocio, deporte), quemaduras solares, utilización correcta y habitual de filtros solares.

**Resultados.** Acudieron 871 individuos, 427 hombres (49%) y 444 mujeres (51%). La edad media fue de 64,5 años (+ 9,1 DS). El 64,6% tenían un fototipo II, 25,1% fototipo IV y 10,1% fototipo III. Más del 90% de la muestra tenían el pelo oscuro (70,5% castaño, 22,8% negro), y más del 70% los ojos oscuros (60,6% marrón, 9,5% negro). Respecto a la profesión, el 45,2% realizaban una profesión al aire libre (22,1% agricultura, 3,6% construcción), un 51,2% lo habían realizado durante más de 20 años. Un 66,4% realizaban actividades lúdicas al aire libre, más del 50% esporádicamente, un 1/4 parte de forma habitual y cerca de un 10% a diario por deporte. a pesar de que en la muestra la mayoría tenían fototipo III y IV, casi el 80% (688 individuos) reconocían haber tenido quemaduras solares, un 32,7% en más de 5 ocasiones. Sorprende que menos del 15% los utilizaba de forma regular y correcta.

**Conclusión.** La población estudiada sufre frecuentes quemaduras solares, pero usa de manera insuficiente e incorrectamente los filtros.

### P118 ECUACIÓN DE FRAMINGHAM DE WILSON Y ECUACIÓN DE FRAMINGHAM CALIBRADA PARA LA POBLACIÓN ESPAÑOLA. ESTUDIO COMPARATIVO

J. Cristóbal Torras, F. Lago Deibe, J. de la Fuente Aguado y J. González Juanatey

CS de Sárdoma. Complejo Hospitalario Universitario Xeral-Ciés. Vigo. Galicia.  
Correo electrónico: sbd@vagusgrupe.com

**Objetivo.** Comparar dos ecuaciones de valoración del riesgo coronario (RC): Framingham de Wilson y Framingham Calibrada para la población española (REGICOR) en una muestra poblacional de sujetos dislipémicos de nuestra Área Sanitaria. Valoración de las posibles repercusiones terapéuticas derivadas de las mediciones obtenidas por ambos métodos.

**Pacientes y método.** La muestra poblacional estaba constituida por 815 pacientes dislipémicos de entre 35 y 74 años. Se determinó el RC mediante ambas ecuaciones clasificando a los sujetos en tres categorías de RC: bajo, moderado y alto. Se compararon las puntuaciones obtenidas, la clasificación en las categorías de RC a los 10 años y el número de sujetos potencialmente tratables con medicación hipolipidemiante en función de los resultados obtenidos con ambas escalas.

**Resultados.** Se observó una óptima correlación entre ambas mediciones al tener en cuenta los valores cuantitativos ( $r: 0,983; p < 0,001$ ), aunque ésta disminuyó al valorar los resultados por categorías de RC ( $\rho: 0,489; p < 0,001$ ). La concordancia fue mala en su conjunto ( $k: 0,06$ ), siendo aceptable sólo en el grupo de riesgo bajo ( $k: 0,53$ ). La tabla de Wilson proporcionó unos valores de RC global 2,4 veces superiores a los obtenidos con la calibración de REGICOR, presentándose las diferencias principalmente en las categorías de RC moderada y alto. El número de candidatos a ser tratados con hipolipidemiantes fue 5 veces superior según la ecuación de Wilson que con la de REGICOR.

**Conclusiones.** La sobrevaloración que se obtiene al calcular el RC mediante la función de Framingham implica un mayor porcentaje de pacientes potencialmente tratables con fármacos hipolipidémicos. Este hecho apoya la necesidad de disponer de tablas de RC adecuadas para la población.

### P119 LA IMPLEMENTACIÓN DEL PAPPS VACUNAL QUEDA DETERMINADA POR LA EDAD DEL PACIENTE

J. de Magriña, M. Boira, Y. Ortega, F. Martín, S. Onrubia y J. Piñol

SAP Reus-Altebrat. ICS. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

**Objetiva.** Evaluar la implementación de las actividades preventivas de vacunación en población de riesgo.

**Diseño, sujetos y ámbito.** Estudio observacional, transversal y multicéntrico en atención primaria.

**Material y métodos.** Muestreo sistemático > 15 años atendidos durante 2003, suficientes para una precisión: 95% y error a: 0,05. Variables: sociodemográficas, factores de riesgo (tabaquismo, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca) y vacunación: antigripal (VAG), neumocócica (VAP) o las dos.

**Resultados.** Evaluamos 1480 individuos (807 mujeres; 56,6%), edad media 61,7 + 19,1 años. Edad de pacientes con VAG diferente de VAP (62,1+11,8 vs 73,7+11,0; p < 0,001). De los 159 sujetos con EPOC (10,7%), un 63,5% estaban vacunados de VAG + VAP frente el 23,3% que no llevaban ninguna; 84 (5,7%) fumadores, sólo en 13 se registró VAG y /o VAP; 476 diabéticos (32,1%), el 54,2% llevaban las dos y un 28,4% ninguna; 117 con insuficiencia cardiaca (7,9%) en el 55,6% se registraban VAG + VAP y en un 29,1% ninguna. Del análisis multivariante para estudiar el efecto independiente de la edad (> 60 años) sobre la variable dependiente vacunación ajustado por sexo y factores de riesgo, se obtiene una OR 7,5 (IC95%: 5,7-9,7) para VAG y OR 20,2 (IC95%: 14,5-28,1) para VAP.

**Conclusiones.** Las actividades preventivas en vacunación se ven fuertemente influenciadas por la edad y factores de riesgo. En nuestro medio, la vacunación en EPOC es aceptable, pero mejorable. Otros factores de riesgo (diabetes o insuficiencia cardiaca) muestran tasas de vacunación inferior. La edad es el principal condicionante para la administración de las dos.

### P120 VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL Y MORTALIDAD GENERAL EN MAYORES DE 65 AÑOS

A. Vila Córcoles, O. Ochoa Gondar, J. Fort Sabaté, M. Piqueras Pous, D. Rovira Vaciana y J. Grifoll Llorens

SAP Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: avila.tarte.ics@gencat.net

**Objetiva.** Evaluar efectividad de la vacunación antigripal sistemática en mayores de 65 años mediante análisis de mortalidad según vacunación.

**Diseño.** Prospectivo, cohorte multicéntrica.

**Ámbito:** Atención Primaria.

**Sujetos.** Cohorte compuesta por total personas > 65 años adscritas a 8 ABS urbanas (n = 11590).

**Medidas e intervenciones.** Valoramos vacunación antigripal (VAG) y anti-neumocócica (VAN) durante otoño 2001. Consideramos número de problemas de salud o patologías previas por persona (PPP). Reclutamiento exhaustivo (registros clínicos y civiles) de las defunciones acaecidas por cualquier causa durante 2002. Calculamos tasas mortalidad anual (TMA), riesgos relativos (RR) y número necesario vacunaciones para prevenir una muerte (NNT).

**Resultados.** Observamos 393 defunciones (TMA global: 34,7‰; 15,3‰ entre 65-75 y 63,1‰ en > 75 años). Cobertura VAG global: 53,1% (1,49 PPP en vacunados, 1,15 PPP en no vacunados; p < 0,01). Globalmente (total > 65 años) observamos una ligera (aunque no significativa) reducción del riesgo de muerte anual, tanto para quienes recibieron VAG aislada (RR: 0,98; IC95%: 0,81-1,20) como para aquellos con VAG+VAN simultáneas (RR: 0,99; IC95%: 0,60-1,63). Sólo observamos modificación significativa de riesgo en subgrupo > 75 con VAG aislada (RR: 0,77; IC95%: 0,62-0,97).

**Conclusiones.** En nuestro estudio, la VAG sistemática ha mostrado una discreta capacidad para reducir mortalidad general si analizamos total po-

blación > 65 años. En cambio, la eficiencia es muy alta en el subgrupo > 76 años (donde puede estimarse que el NNT es de 67 vacunaciones para prevenir una muerte). Posiblemente, la baja incidencia gripal durante ese año hayan sido un factor limitante de la efectividad global de la VAG a nivel comunitario.

### P121 EN CASA DEL HERRERO CUCHILLO DE PALO

J. Cruz Domenech, G. Ferriz Villanueva, M. Arana Torras, M. Santamaría Martín, S. Sánchez Villacampa y L. Puy Roabruna

ABS La Riera. Badalona. Cataluña.  
Correo electrónico: jmcd@mixmail.com

**Objetiva.** Valorar si los profesionales sanitarios (P.S.) de Atención Primaria (AP) (médicos, enfermería y auxiliares clínica), tienen realizado el programa de actividades de prevención y promoción salud (PAPPS) por parte de su equipo de salud habitual (ESH), al igual que ellos aconsejan en la consulta. Entendemos por ESH aquel al cual se acude de forma habitual ante un problema de salud.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta autoadministrada.

**Ámbito.** 8 ABS urbanas.

**Sujetos.** Todos los PS de los ambulatorios durante el mes de mayo 2004.

**Medición.** Encuesta programa PAPPS adulto con variables (edad, sexo, profesión, ESH y actividades preventivas).

**Resultados.** Se repartieron 126 encuestas, contestaron 106 (84,1%), mujeres 80 (75,5%), medicina 61 (57,5%), edad media 35 años (DE: 8,2) y actividad reformada 94 (88,7%). Se realizan el PAPPS de forma autoadministrada 47,2% sin haber recibido información por parte del ESH un 59,4%. Enfermería acude con mayor frecuencia al ESH (p < 0,002). En los diferentes campos valorados consta control tensión arterial 87,7%, determinación colesterol 91,5%, preguntado consumo tabaco 50%, ejercicio 46,2% y peso 48,1%. Vacunación gripe correctamente 52,8% y hepatitis B 91,5%. En el subprograma mujer la citología consta correctamente 54,7%. En conjunto sólo tenía el PAPPS correctamente 1 persona (0,9%).

**Conclusiones.** Continua siendo poca la relación del PS con su ESH, siendo mejor por parte de enfermería, realizándose control sobre la salud de forma autoadministrada y con escaso consejo en tabaco, alcohol, ejercicio, peso y vacunación gripe. Se realiza el PAPPS de forma parcial y no como un global. ¿Somos buenos pacientes?.

### P122 IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

B. Zapata Coloma, R. Segura Selles, E. Obrador Navarro, M. Azorín Lillo, M. Guillén García y J. Olea Soto

CS Babel. Alicante. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: ejepeinado@coma.es

**Objetivos.** Iniciar subprograma de deshabituación tabáquica en nuestro centro de salud, dado que no existía hasta ahora esta oferta sanitaria.

**Descripción de la experiencia.** El subprograma es llevado a cabo por 4 residentes de MFyC en un CS urbano con una población de 22.000 habitantes. La consulta de deshabituación tabáquica se puso en marcha en noviembre de 2003. Los pacientes han sido captados de las consultas de medicina general y enfermería, y derivados a una primera cita programada vía telefónica, con la que se inicia el protocolo. Para establecer este protocolo, nos hemos basado en la Guía de Referencia Rápida para ayudar a dejar de fumar del PAPPS, (SEMFyC 2003) y en las recomendaciones de la SEPAR. En la primera visita se realiza historia clínica orientada al hábito tabáquico, exploración física y pruebas complementarias. En sucesivas visitas se decide tratamiento farmacológico y se refuerza la abstinencia tabáquica.

**Conclusiones.** Según la Encuesta Nacional de Salud 2003, un 34,4% de la población es fumadora. Dado que la figura del médico de familia es clave en la promoción de actividades de prevención primaria como la deshabituación tabáquica consideramos importante incluir protocolos clínicos diseñados a tal fin en nuestra práctica diaria. El protocolo realizado consume 20 minutos por paciente en la 1ª visita y 3-4 minutos en las sucesivas, y en nuestro caso consigue resultados que superan el 50% de abandonos a los 6 meses, por lo que tenemos intención de ampliarlo a todas las consultas de medicina general del centro.

### P123 HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

L. Beaulieu Oriol, L. Valero Juan y R. Mateos Campos  
CS San Juan. Salamanca. Castilla y León.  
Correo electrónico: myriambol10@hotmail.com

**Objetiva.** Conocer los hábitos de alimentación en los estudiantes universitarios de Castilla y León analizando similitudes y diferencias según variables epidemiológicas.

**Material y método.** El estudio ha sido realizado en una muestra representativa de estudiantes de las Universidades Públicas de Castilla y León. Tomando como unidad de muestreo el aula, elegimos una muestra al azar estratificada en cada Universidad por Titulaciones y Cursos. Implementamos un cuestionario autoaplicado que fue realizado por los alumnos que asistieron a clase el día de la realización y voluntariamente participaron.

**Resultados.** La participación fue del 100%. Fueron cumplimentados 2606, que suponen una fracción de muestreo del 2,84%. La edad media de los estudiantes fue  $21,5 \pm 2,5$  años, siendo mujeres el 64,5%. En general consumen diariamente leche y derivados, 94% de los varones y 92,5% de las mujeres. El 69,1% realizan tres comidas al día. Sólo el 27,2% y el 55,4% declaran comer diariamente verduras y frutas respectivamente. Casi nunca consumen verduras el 16,0% y frutas el 19,8%. Consumen diariamente frutas o verduras el 70,1% de varones y el 85,4% de mujeres, con diferencias significativas,  $p < 0,001$ . Realizan ejercicio físico el 62,8%, existiendo diferencias significativas entre varones (72,3% y mujeres 56,8%)  $p < 0,001$ . Existe asociación significativa entre no realizar ejercicio físico y no comer verduras y frutas (OR = 2,4, IC 95% 1,5-3,8).

**Conclusiones.** La prevalencia de hábitos de alimentación, poco saludables en los estudiantes universitarios es importante, existiendo asociación significativa entre diferentes hábitos relacionados con la salud.

\*Proyecto financiado por la Junta de Castilla y León.

### P124 CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS DE ABUSO EN ADOLESCENTES ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

A. Villarín Castro, R. Bernaldo de Quirós Lorenzana, C. Fábrega Alarcón, O. Rodríguez Rodríguez, A. Fortuny Tasis y O. Fernández Rodríguez  
CS Sillería. CS La Puebla de Montalbán. CS Santa María de Benquerencia. Unidad Docente Mfyc. Toledo. Castilla-La Mancha.  
Correo electrónico: alejandro\_villarín@yahoo.es

**Objetivos.** Conocer el grado de conocimientos y la prevalencia del consumo de sustancias de abuso en adolescentes. Valorar los cambios antes y después de una intervención comunitaria.

**Diseño y metodología.** Encuesta (autocumplimentada, anónima, construida ad hoc con 55 ítems basados en cuestionarios contrastados), previa y posterior a una intervención comunitaria en educación para la salud dirigida a alumnos de 2º de E.S.O. de un núcleo urbano. La intervención se basó en charlas educativas y entrega de material informativo.

**Resultados.** Participaron 357 alumnos, con una edad media de 13,35 años (DE 0,65), siendo varones el 50,83%. Han fumado alguna vez el 37,22% (IC95% 32,1-42,3), sin diferencias entre hombres y mujeres ( $p > 0,05$ ). El 30,19% (IC95% 25,5-35,2) ha consumido alguna vez alcohol, mientras el 30,81% (IC95% 26,1-35,9) afirma haber probado alguna droga. Tras la intervención se observa: Los conocimientos sobre las consecuencias del consumo de tabaco, alcohol y drogas mejoran en general. La consideración de gravedad aumenta en tabaco (6,95 a 7,21), alcohol (6,77 a 7,10) y drogas (9,22 a 9,49). El porcentaje de los que han probado el tabaco aumenta hasta el 45,17% ( $p < 0,05$ ); el de los que han consumido alcohol llega hasta el 50% ( $p < 0,001$ ). El consumo de marihuana en el último mes pasó del 8,14% al 9,41% ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones.** Encontramos un alto grado de consumo de sustancias de abuso entre los alumnos de 2º de E.S.O. Tras la intervención observamos un ligero aumento del grado de conocimientos y una mayor conciencia de la gravedad del consumo, no acompañada de una reducción del mismo.

### P125 EXPERIENCIA CON GRUPOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA CESE DEL HÁBITO TABÁQUICO: AÑOS 1996-97, 2000-03

C. Jiménez Vántenilla, I. Blanco Platero, I. Vergara Fernández, V. Etayo Etayo, C. Rubio Navarro y S. Cariñena Lezán  
CS San Jorge. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: ivanvergar@hotmail.com

**Diseño.** Estudio descriptivo longitudinal.

**Ámbito estudio.** Zona básica de salud urbana.

**Sujetos.** 266 sujetos inscritos durante 6 años.

**Mediciones.** Cese en 8ª sesión, 3 meses y año. Impartidos por médico, enfermera, trabajadora social y MIR. Captación asistentes: Carteles informativos y consejo sistemático individual en consulta. Inscripción en admisión del centro y posterior contacto telefónico. Se desarrollan 8 sesiones: Tabaco y Salud; Factores relacionados con tabaco; Problemas y soluciones. Síndrome abstinencia (SA); Plan abandono. Recursos y habilidades; entre 4ª-5ª sesión cese hábito tabáquico; Control SA; Organismo sin tabaco; Situaciones difíciles y recaídas; Evaluación: Test individual. **Técnicas utilizadas:** Ronda de palabras, medición CO, parches y Bupropion y relajación. Sesión de control en 3 meses y al año. Entrega diploma acreditativo de exfumador.

**Resultados.** 1996: inscritos (I) = 20; Edad media (EM) = 42; Cese 8ª sesión (C8) = 4; Cese 3 meses (C3) = 3; Cese año (CA) = 1.

1997: I = 16; EM = 40,3; C8 = 7; C3 = 5; CA = 5.

2000: I = 14; EM = 41,2; C8 = 8; C3 = 6; CA = 5.

2001: I = 14; EM = 46,3; C8 = 6; C3 = 6; CA = 4.

2002: I = 28; EM = 43,38; C8 = 17; C3 = 13; CA = 6.

2003: I = 51; EM = 44,2; C8 = 21; C3 = 12; CA = 12.

De 266 personas inscritas; se consideran exfumadores (cese al año): 33 (12,4%). Cese 8ª sesión: 59 (22,18%).

**Conclusiones.** La efectividad, valorada como cese al año, es más baja que la referida en la literatura. Curiosamente, la valoración del curso por participantes y profesionales es muy buena. Lo mejor valorado: técnica "Ronda de palabras" (4,88/5), sesión "Tabaco y Salud" (4,82/5) y los profesionales (4,79/5).

### P126 VALOR DE LA PROTEÍNA C REACTIVA SEGÚN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

M. Arriñez Fernández, J. Maldonado Sanz, C. Gutiérrez Ortega, C. Matesanz Ruíz, C. Martín de Diego y F. de Jesús Campo  
Hospital Central de la Defensa. Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: mcarinez@cs.urjc.es

**Antecedentes.** La proteína C reactiva (PCR) es actualmente uno de los indicadores para la valoración del riesgo cardiovascular. Las cifras varían teniendo en cuenta diferentes factores de riesgo, entre ellos el índice de masa corporal (IMC) y el consumo de alcohol.

**Objetiva.** Conocer la variación de la PCR en relación con el IMC y el consumo semanal de alcohol en la muestra estudiada.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, transversal y analítico de los datos recogidos mediante encuesta clínico-epidemiológica contestada anónima y voluntariamente y con consentimiento informado. Comienzo del estudio 16-01-02, conclusión 01-10-03. Determinación de PCR mediante test inmunoturbidimétrico ultrasensible CRP Latex US.

**Resultados.** Se analizaron los datos de 762 individuos varones. Edad media 41,7 años (IC95% 41,02-42,45). Mediana de la concentración de PCR 1,20 mg/L (IC95% 1,2-1,3). Se estratificó la muestra en 3 grupos atendiendo al IMC. La concentración media de PCR fue 1,53 mg/L (IC95% 1,38-1,67) normopeso, 1,96 mg/L (IC95% 1,80-2,12) sobrepeso y 2,66 mg/L (IC95% 2,09-3,23) obesos. Existe una asociación lineal entre estas dos variables  $p = 0,01$ . Diferencia de medias de PCR entre los grupos fueron estadísticamente significativas  $F = 24,517$   $p < 0,000$ . Atendiendo al consumo semanal de alcohol la muestra fue estratificada en 5 categorías (no bebedores, consumidores  $< 20$  g/s, 20-70 g/s, 70-140 g/s y  $> 140$  g/s). La media de CRP fue 1,57 mg/L (IC95% 1,34-1,79), 1,57 mg/L (IC95% 1,74-2,11), 1,82 mg/L (IC95% 1,53-2,12) y 2,30 mg/L (IC95% 0,84-5,43) respectivamente. La relación entre las dos variables no fue estadísticamente significativa.

**Conclusiones.** En nuestra muestra el IMC y el consumo de alcohol moderado se asocian a cifras de PCR que no superan el límite considerado de riesgo cardiovascular.

### P127 PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA CARDIOPATIA ISQUÉMICA

E. Sant Arderiu, N. Sánchez Ruano, J. Angrill Paxeras, V. Aragunde Miguens, M. Moreno Ubiedo y N. Izco García  
CAPSE. ABS Casanova. ABS Rosselló. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: esant@eresmas.net

**Introducción y objetivo.** El tratamiento antiagregante e hipolipemiente con estatinas reduce significativamente la morbimortalidad en los pacientes

que han sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM). El beneficio de la antiagregación plaquetaria está claramente demostrado. Durante los últimos años los estudios con estatinas han demostrado disminución del RCV con niveles de LDL cada vez más bajos. Actualmente las estatinas están indicadas en estos pacientes independientemente del valor de LDL. Pretendemos conocer la aplicación práctica de estas evidencias en nuestros pacientes.

**Diseño** Estudio descriptivo transversal. Ámbito: Dos ABS urbanos (31% > 65 años). Historia clínica informatizada (OMI-AP)

**Material y métodos.** Se seleccionaron los pacientes con episodio de IAM o cardiopatía isquémica con medicación crónica. Variables: edad, sexo y fármacos utilizados. Análisis estadístico SPSS 12.0.

**Resultados.** N: 914. El 83% de los pacientes recibían tratamiento antiagregante/anticoagulante y el 57% con estatinas. El 51% estaban correctamente tratados con fármacos de los 2 grupos. Se encontraron 38 combinaciones entre antiagregantes (AAS y clopidogrel). No se detectaron combinaciones antiagregante-anticoagulantes. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por edad, excepto en los pacientes que recibían dos antiagregantes que resultaron ser más jóvenes.

**Conclusiones.** El cumplimiento de las recomendaciones es insuficiente ya que 17% de los pacientes no recibe antiagregación/anticoagulación; esto se hace aún más evidente para las estatinas, con un 43% sin tratamiento. Al ser la indicación de las estatinas para todos los IAM una recomendación más reciente, cabe esperar que en los próximos años estas cifras mejorarán.

### P128 SITUACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS HIPERCOLESTEROLEMICOS DE UNA ZONA DE SALUD -NCEP (ATP 3-2001)

M. Soto Martínez, C. Ariza Copado, V. Gavara Palomar, S. Martín Soto, E. Ordóñez, Ordóñez y C. López Márquez

CS Barrio Peral. Cartagena. Murcia.  
Correo electrónico: cheloariza@yahoo.es

**Objetivo.** Conocer la distribución de los factores de riesgo cardiovascular (RCV) y el nivel de riesgo en los pacientes hipercolesterolémicos, (NCEP-ATP 3). Diseño y metodología. Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, en 248 sujetos de una zona de salud urbana con  $\geq 1$  perfil lipídico completo desde el 01-01-02 al 31-12-03. Muestreo sistemático, precisión + 6%, nivel de confianza 95%.

**Mediaciones.** Factores de riesgo (FR), presencia de Enfermedad Cardiovascular Clínica (ECC) o Diabetes Mellitus (DM) y porcentaje de RCV (ATP 3). Consideramos distintos estadios: 1.- RCV bajo con 0-1 FR, 2.- RCV bajo con  $\geq 2$  FR y riesgo < 10%, 3.- RCV moderado con  $\geq 2$  FR y riesgo del 10-19% o 4.- RCV alto, dividido a su vez en 4a (riesgo  $\geq 20\%$ ), 4b (ECC) y 4c (DM). Aplicamos análisis estadístico descriptivo y bivariante.

**Resultados.** Las prevalencias son más altas en hombres para tabaquismo (31,5%) y HDL bajo < 40 mg/dl: 14,1%, (p = 0,02) y en mujeres para HTA: 65,4% (p = 0,02) y HDL protector > 60 mg/dl: 48,7% (p < 0,0001). La cardiopatía isquémica está presente en el 10,1%, mayor en el hombre: 18,5% (p=0,002), la arteriopatía periférica (2,8%), también mayor en el varón: 5,4%, (p = 0,005). La enfermedad cerebrovascular (6,9%) y la DM (33,1%). Respecto al nivel de RCV: estadio 1 (37,5%), estadio 2 (8,5%), estadio 3 (9,3%), estadio 4a (2%), estadio 4b (17,7%), estadio 4c (33,1%).

**Conclusiones.** Casi la mitad de los pacientes tiene RCV alto. Encontramos mayor prevalencia de tabaquismo y HDL-c bajo en hombres, y de HTA, y HDL-c protector en mujeres.

### P129 INSISTIMOS SOBRE EL CONSEJO ANTI TABACO TRAS UNA ESPIROMETRÍA ALTERADA?

H. Tarabishi Marin, R. Girona Real, E. Oya Girona, A. Moreno Destruels, A. Martín Lorente y V. Silvestre Puerto

SAP Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: avila.tarte.ics@gencat.net

**Objetivo.** Conocer si se indica el consejo anti-tabaco en individuos con una espirometría patológica y codificados como fumadores en la historia clínica informatizada

**Diseño.** Longitudinal retrospectivo

**Emplazamiento.** Área Básica de Salud (ABS) urbana

**Sujetos.** Individuos que se les realizó una espirometría en el ABS entre enero 2003 y abril 2004 (N = 130)

**Medidas e intervenciones.** Revisión exhaustiva de la HCAP informatizada valorando los siguientes ítems: edad, sexo, espirometría patológica (según clasificación SEPAR), codificación de fumador (según clasificación de CIM 10) y realización de consejo anti-tabaco tras realización de espirometría.

**Resultados.** Se revisaron un total de 130 individuos, cuya edad media fue de 53,69 años (DE: 18,16), siendo varones el 53,84% y el resto mujeres. Del total, un 23% están codificados como fumadores, un 6,92% como ex-fumadores y el resto no fumadores. Del total de fumadores, un 56,66% presentan una espirometría patológica y a éstos se les ha realizado consejo anti-tabaco a un 36,66%.

**Conclusiones.** Probablemente hay un infraregistro de los individuos fumadores de nuestra población y por tanto el consejo anti-tabaco también es menor de lo que cabría esperar para nuestra población. El consejo anti-tabaco realizado en la población diana es aceptable, aunque no debemos esperar a tener una alteración ventilatoria para que seamos más estrictos en las actividades preventivas y realizarlo desde la detección de los factores de riesgo.

### P130 PROBLEMAS DE SALUD FRECUENTES EN EL NIÑO INMIGRANTE: DETECCIÓN Y MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. González Cerrajero, C. Melgar Jaquotot, L. Roa Santervás, L. Escribano González, S. Guillén Martín y E. Viña Simón

CS Ciudad Jardín. Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: maqui\_77@yahoo.es

**Objetivos.** Evaluar la prevalencia de determinados problemas de salud frecuentemente afrontados por el especialista de atención primaria en el niño inmigrante según su país de origen, estableciendo la necesidad de implementar medidas de cribado y tratamiento de dichas patologías.

**Métodos.** Estudio transversal con 125 niños del Área 2 de Madrid no nativos, obteniendo: nacionalidad, sexo, edad y peso a su llegada, optotipo, caries, mantoux (tratamiento si procede) y parásitos en heces.

**Resultados.** Edad media a su llegada 5,9 años, estancia media en nuestro país 2,9 años. Distribución por sexos 58 niñas (46,4%), 67 niños (53,6%). Según origen: 71 ecuatorianos, 17 dominicanos y 27 niños de otros países. 17 niños (13,6%) presentaban bajo peso (< P3 para población nativa), mientras que 11 niños (8,8%) presentaban obesidad según nuestros parámetros. 76 niños (60,8%) presentaban caries. 89 niños (71,2%) alteración del optotipo. 6 niños (4,8%) no vacunados con BGC presentaban un mantoux positivo, precisando todos tratamiento. 14 niños (11,2%) presentaban parásitos en heces, frecuentemente blastocystis hominis y endolimax nana.

**Conclusiones.** La elevada prevalencia de enfermedad tuberculosa, así como su importancia establecen su diagnóstico como una de las principales actuaciones médicas en el niño inmigrante. Las alteraciones de la agudeza visual, las parasitosis intestinales y los problemas de salud dental son extremadamente frecuentes en estos colectivos, precisando su diagnóstico y tratamiento precoz. Definitivamente, se evidencia una necesidad de actuación sanitaria sobre estos colectivos para equiparar sus niveles de salud con la sociedad que los recibe.

### P131 CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

A. García Carrera, J. de Pablo Molina, I. Bellido, F. Sánchez de la Cuesta, E. Toledo Silva y J. Martínez González

Departamento Farmacología Universidad de Málaga. CS Portada Alta. Málaga. Andalucía.  
Correo electrónico: amarok2@supercable.es

La prevención secundaria de eventos cardiovasculares tiene gran importancia en nuestros días debido a la gran morbi-mortalidad que pueden evitar y a la carga financiera que supone para la Sanidad. Nos planteamos la evaluación de la eficacia y seguridad del control de los pacientes en Tratamiento Anticoagulante Oral (TAO) seguidos desde Atención Primaria (AP).

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal descriptivo con una muestra de 113 pacientes ya estabilizados (38% mujeres y 62% hombres, con edad media 69\1 años, el 98\2% en tratamiento con Acenocumrol y

1\8% con Warfarina) recogidos en 2 Centros de Salud de Málaga. El control y seguimiento de ellos se realizó mediante la evaluación del INR, analizando indicaciones, rango terapéutico, modificaciones de dosis, posibles complicaciones, comorbilidad, interacciones y flujo de pacientes al Hospital. **Resultados.** Los niveles de INR estaban dentro del rango terapéutico en el 71\6% de los pacientes y fuera de rango en 28\4% (18\3 por debajo, 10\1% por encima). Las complicaciones aparecieron en el 7\3% (ACV 0\9%, hemorragia mayor 0\9%, hemorragia menor 5\5%). Un 12\3% de los pacientes requirieron derivación al Hospital para estabilización (10\6%) o por complicaciones tromboembólicas (1\7%). **Conclusiones.** Es posible el control de TAO en AP con unos límites aceptables de fiabilidad puesto que el 71\6% de los pacientes estaban dentro de rango terapéutico, resultados comparables a estudios realizados en otros centros. La indicación más prevalente controlada en AP es la Fibrilación Auricular crónica. Las escasas complicaciones y derivaciones pueden deberse al seguimiento de pacientes ya estabilizados.

### P132 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN PROGRAMA DE CHEQUEO A POBLACIÓN MAYOR DE 40 AÑOS EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

M. García Zarco, A. Oliver Bañuls, C. Herrero Gil y M. Díaz Ortíz

CS de Cullera. Cullera. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: margarcia@hospitalribera.com

**Objetiva.** Describir la presencia de factores de riesgo cardiovascular en mayores de 40 años valorados en un programa de salud.

**Diseño y método.** La Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana inició en septiembre de 2003 una campaña de detección precoz de factores de riesgo cardiovascular, cumplimiento del calendario de vacunación y asistencia a programas de detección de cáncer, para lo que envió una carta a todos los mayores de 40 años (con apoyo en prensa y medios audiovisuales), invitándoles a un chequeo en su centro de salud (CS). Se evaluaron los resultados de los exámenes de salud realizados en nuestro CS en el 4º trimestre del 2003, según la Guía de Actuación Clínica de la Conselleria de Sanitat.

**Análisis descriptivo de los datos.**

**Resultados.** De una población diana de 10.368 personas, acudieron al examen de salud 152 (1,4%). Edad media: 53,5 (51,9-55,0) años, siendo el 46,7% menores de 50 años. 84 (55,3%) mujeres y 68 (44,7%) hombres. El 6% presentaba alguna patología cardiovascular conocida. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular desconocido fue: 27,6% tensión arterial elevada, 67,7% dislipemia, 6% alteración de la glucemia, 44,7% sobrepeso, 19,1% fumadores. Tenían algún factor de riesgo 134 (88,2%) personas y con tres o más 35 (23%).

**Conclusión.** Las campañas de chequeo dirigidas a población sana mayor de 40 años, tienen un alto grado de detección de factores de riesgo cardiovascular no conocido, que se beneficiarían de la intervención sanitaria.

### P133 SITUACIÓN ACTUAL DE LA TULAREMIA EN ESPAÑA DESDE EL BROTE DE 1997-1998

C. Fernández Conde, P. del Río Soto, P. García Medina, F. Sousa Pérez, J. Martín Serradilla y C. Andrés Puertas

Hospital General Río Carrión. Palencia. Castilla y León.  
Correo electrónico: candelascf@terra.es

**Objetivos.** Analizar la situación del la Tularemia en España desde el brote de Castilla y León (CyL) 1997-1998, comprobando la aparición de nuevos casos y la eficacia de las medidas preventivas y de vigilancia epidemiológica.

**Material y métodos.** Análisis epidemiológico, descriptivo, retrospectivo longitudinal a partir de los casos declarados de Tularemia desde Septiembre de 1997 hasta Junio de 2004 recogidos en los boletines epidemiológicos nacionales, informes del Centro Nacional de Epidemiología, Información Veterinaria y búsqueda en Internet. Comprobación de la eficacia de las medidas preventivas y de vigilancia epidemiológica establecidas tras el brote inicial.

**Resultados.** Se han recogido 616 casos, de los que 589 corresponden al brote de (CyL) entre Septiembre de 1997 y Junio de 1998; 16 casos en Castilla la Mancha Junio 1998, 3 casos 2000 (CyL), 3 casos en 2001 (CyL), 2 casos y una serología positiva en 2003 (CyL), un caso sospechoso en (CyL) y uno en Alicante en 2004. La principal fuente de infección

fue la manipulación de animales de caza y campo (liebres, conejos y roedores) y cangrejos. La afectación por sexo fue mayor en las mujeres y la forma clínica más frecuente, la úlcera ganglionar seguida de la ganglionar. Por orden de afectación, las provincias con mayor número de casos fueron: Valladolid, Palencia y Zamora en los que aún se siguen presentando casos aunque de forma esporádica.

**Conclusiones.** Desde el brote iniciado en Septiembre de 1997, la incidencia de Tularemia en nuestro entorno se ha reducido notablemente no comunicándose más de 3 casos al año a partir de 1999, evidenciándose la eficacia de las medidas preventivas implantadas en los distintos planes de vigilancia, en especial la correcta manipulación de los vectores.

### P134 ¿SOMOS EFECTIVOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA?

I. Hospital Guardiola, A. López Barea, I. Guinea Oruechevarria, R. Andreu Alaver, A. Garrido Díaz y O. Esteso Hontoria

ABS Valls Urbà. Valls. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: rosaaa@hotmail.com

**Objetiva.** Calcular la efectividad de nuestro Programa de Atención al Fumador (PAF).

**Diseño.** Estudio antes-después.

**Emplazamiento.** Atención Primaria de Salud.

**Sujetos.** Pacientes adscritos a nuestro PAF.

**Mediciones.** Pacientes no fumadores inmediatamente después del PAF, mantenimiento entre 6-12 meses tras el mismo, tratamiento, puntuación test dependencia (Fageström), puntuación test motivación (Richmond) antes (entrevista personal) y 6 meses después del PAF (entrevista telefónica), número de cigarrillos antes y después.

**Resultados.** 62 pacientes completan el estudio, 13 fueron pérdidas. Inmediatamente tras el PAF, suspendieron hábito 38,7% y no lo hicieron 61,3%. Pasados 6 meses continúan sin fumar 17,7%. La puntuación media del Richmond inicial: 8,35 (DE 1,36) y después: 5,34 (DE 2,50); media inicial cigarrillos consumidos: 28,19 (DE 16,04) y después: 20,40 (DE 11,48). No se han encontrado ds entre la suspensión tabáquica y el tratamiento seguido. Entre los que dejan de fumar se ha encontrado mayor motivación: 8,64 versus 8,29 y dependencia: 7,00 versus 6,86, aunque sin ds.

**Conclusiones.** La efectividad de nuestro programa es similar a otros. No es efectivo el iniciar un PAF para disminuir el número de cigarrillos en la recaída. Destaca la diferencia de puntuación entre el Richmond inicial y el actual, en los pacientes que siguen fumando. Podría explicarse por el tiempo transcurrido en el que el paciente ha podido cambiar de estado y el hecho de que el tipo de entrevista y el personal que lo realiza es diferente en las dos ocasiones.

### P135 EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL ANCIANO (PAPPS\_A) NOTIFICADO POR CORREO DOMICILIARIO

M. Galé Onea, J. Valentín Iso, M. Ariz Arnedo, M. Gil Burguete, M. Ariz Arnedo y J. Garayoa Arraiza

CS de Mendillorri. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: jbarado@terra.es

**Objetiva.** Evaluar la respuesta al PAPPS\_A notificado por correo domiciliario y los factores que pueden influir en una respuesta positiva (acudir a la citación).

**Metodología y diseño.** Se recoge de forma prospectiva y consecutiva en 100 pacientes de 65 años o más a los que se ha citado por correo ordinario para su participación en el PAPPS\_A las siguientes variables: Edad, sexo, estado civil, persona con la que viven, número de visitas al Centro el año previo, autonomía para las actividades diarias, mes de notificación y antecedentes de patología emocional, cognitiva o déficit de memoria. Se estudia la influencia de estas variables con la respuesta a la citación mediante estudio univariante y multivariante (regresión logística).

**Resultado.** La edad media es 73,49 (DE 11,13), siendo el 56,3% mujeres. Acuden a la citación el 50,0% de los pacientes convocados. Se objetivan 33 alteraciones clínicas-analíticas y 11 alteraciones funcionales, desconocidas. El 75% de los pacientes presentan algún tipo de alteración. El antecedente de patología emocional es la única variable que alcanza la significación estadística, tanto en el estudio univariante (Chi cuadrado 3,862; P = 0,049) como en el multivariante (Exp B = 5,53, IC95% 1,23-

24,94.  $P = 0,026$ ), siendo la presencia de dicho antecedente factor predictor de menor respuesta positiva a la citación.

**Conclusiones.** La respuesta al PAPPS\_A notificada por correo se considera escasa, siendo significativamente menor en los pacientes que presentan antecedente de patología emocional. Los hallazgos obtenidos con el PAPPS\_A del anciano son de suficiente entidad como para modificar el tipo de notificación dada la escasa respuesta.

### P136 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO (IVE) EN POBLACIÓN INMIGRANTE

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

CS Hueter Tajar. Hueter Tajar. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: retal@hotmail.com

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

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal.

**Población.** Mujeres inmigrantes que han solicitado IVE en el período estudiado ( $n = 50$ ) comparándolas con un muestreo aleatorio de mujeres inmigrantes de edad y procedencia similar ( $n = 100$ ).

**Fuente de datos.** Ficha de Inmigrantes recogida en la 1ª visita por Trabajadora Social e Historia clínica posterior.

**Variables.** Edad, procedencia, hacinamiento, nivel cultural, si tiene o no pareja estable, número de hijos, método anticonceptivo antes y después de acudir a la consulta de planificación familiar.

**Comparaciones.**  $t$  para muestras independientes, Chi-cuadrado.

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

	IVE	No IVE
Edad	24,36	25,34
Nº Convivientes	16,98	7,49
Tiempo de estancia en meses	14,5	12,84
Nº hijos	1,25	1,3
Con pareja estable	72%	84%
Sin método anticonceptivo inicialmente (TS)	68,3%	78%
Acude a Planificación familiar*	56%	27,7%
Sin método tras planificación**	36%	72%

\* $p = 0,01$ ; \*\* $p = 0,00$

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

### P137 EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA IV SEMANA SIN HUMO EN UN CENTRO DE SALUD AL CABO DE UN AÑO

*M. Gascuña Luengo, M. Caballero Moreno, M. Calvo Orduña, J. Garrido Berméjo, O. Pascual Gil y M. Rueda Solache*

CS Guadalajara Sur. Guadalajara. Castilla-La Mancha  
Correo electrónico: anad@sescam.jccm.es

**Introducción.** El efecto nocivo del tabaco sobre la salud obliga a potenciar las actividades antitabaco (AAT) en Atención Primaria de Salud (APS). Nuestro Equipo de Atención Primaria (EAP) está colaborando con la Semana sin Humo (SSH) desde el inicio de su organización. El objetivo del presente trabajo es evaluar la efectividad de las AAT organizadas por nuestro centro de salud (CS) durante la IV SSH al año de su realización.

**Objetivos.** Determinar la efectividad de una AAT realizada en un CS.

**Metodología.** Se contacta telefónicamente con los pacientes captados durante la IV SSH al año de su realización. Investigamos las siguientes variables: cese de hábito, número de cigarrillos/día y fase actual. Durante la IV SSH se realizó intervención mínima (IM): consejo antitabaco breve y entrega de material de apoyo e intervención avanzada (IA): curso deshabituación tabáquica y/o terapia cognitiva y/o tratamiento farmacológico. La IA se ofertó en todos los casos.

**Resultados.** Durante la IV SSH se captaron 95 personas. Al año localizamos a 67 (70,5%). Habían dejado de fumar el 20,8% (28% recibieron IM y 72% IA), estaban en fase de preparación el 8,9%, el 26,6% habían disminuido el número de cigarrillos y el 43,2% no habían experimentado cambios.

**Conclusiones.** Las campañas antitabaco realizadas en los CS tienen una alta efectividad. Es necesario estimular a todos los profesionales sanitarios a que colaboren en su realización. La APS es un marco ideal para su realización.

### P138 MI EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PROFILAXIS DEL PALUDISMO EN EL EMBARAZO

*M. Navarro Beltrá, L. Molina Esteban, I. Zamanillo Rojo, C. Gil Vela, E. Celades Blanco y R. Sales Enñinas*

Hospital de Requena. Requena. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: noveldina@hotmail.com

**Objetiva.** Implantar la pauta actual de profilaxis del paludismo en el embarazo recomendada por la OMS en un país con transmisión estable y resistencia a la cloroquina.

**Justificación.** El paludismo durante el embarazo tiene efectos nocivos para la madre y el feto. Se relaciona con mayor incidencia de abortos, recién nacidos de bajo peso y partos prematuros. En zonas cloroquin-resistentes con transmisión estable del paludismo, la OMS recomienda durante el embarazo el Tratamiento Preventivo Intermitente. Éste consiste en la administración de varias dosis de un antipalúdico a lo largo de la gestación. El Fansidar® (sulfadoxina-pirimetamina) es de primera elección por su eficacia y reducido precio.

**Descripción.** Durante un período de dos meses se intentó cubrir al mayor número posible de embarazadas con la pauta profiláctica del Fansidar®, en una zona cloroquin-resistente donde la prevención se realizaba con una dosis semanal de 300 mg de cloroquina base. Para ello se realizó una labor asistencial, de educación sanitaria y, sobre todo, de actualización a personal sanitario, tanto de ámbito hospitalario como de atención primaria.

**Conclusiones.** El proyecto ha comenzado a implantarse con éxito, sin observar las dificultades encontradas. Dificultades inherentes tanto al trabajo en este tipo de países como a intentar modificar una actitud terapéutica ya establecida. Desde el plano profesional esta experiencia ha mejorado mi capacidad organizativa y docente, claramente importante en un médico de atención primaria.

**Nota:** Este proyecto ha sido financiado por la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional, en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III.

### P139 ¿PREDICEN IGUAL EL RIESGO CARDIOVASCULAR LAS TABLAS DE FRAMINGHAM Y REGICOR?

*A. Carrera Muyo, P. Alba Méndez, Y. Bell, E. Pujol Ribera y M. de la Figuera Von Wichmann*

CS La Mina. Sant Adrià de Besòs. Barcelona. SAP Sant Martí. Barcelona. ICS. Cataluña.  
Correo electrónico: anacarreram@yahoo.com

**Objetiva.** Estimación del riesgo cardiovascular (RCV) diez años antes y en el año previo al primer evento cardiovascular (PECV), así como la prevalencia de los distintos factores de riesgo cardiovascular.

**Diseño/metodología.** Estudio observacional longitudinal retrospectivo, realizado en Centro de Salud urbano con población de bajo nivel socioeconómico. Se incluyeron 214 pacientes con PECV [Infarto agudo miocárdico (IAM), angor, ictus, arteriopatía] entre los 35-75 años, con historia clínica (hcap) abierta diez años antes, identificados mediante registro hcap informático y registro de mortalidad. Se excluyeron pacientes con enfermedad terminal. Medidas: Revisión hcap de datos más próximos al punto de corte: presión arterial (PA), colesterol total (CT), HDL, tabaquismo, diabetes, índice masa corporal (IMC), hipertrofia ventrículo izquierdo (HVI) por electrocardiograma o ecocardiograma en los períodos descritos. Estimación RCV mediante tablas de Framingham y Regicor diez años antes y en el previo al PECV.

**Resultados.** Analizamos los datos de 214 personas, 127 (59,3%) hombres, edad PECV media (DT) 61,2 (9,9) años. ECV: IAM 61 (28,5%), angor 68 (31,8%), ictus 47 (22%) y arteriopatía 38 (17,8%). Se presentan características diez años antes del PECV vs el año previo: IMC media (DT) [28,7 (4,4) vs 29,6 (5,1)], fumadores [52% (111/214) vs 41,1% (88/214)],

diabetes [14% (30/214) vs 33,2% (71/214)], hipertensión [37,4% (80/214) vs 66,8% (143/214)], dislipemia [38,8% (83/214) vs 58% (124/214)]. RCV según Framingham: moderado [108 (50,5%) vs 90 (42%)], elevado [42 (19,6%) vs 90 (42%)]. RCV según Regicor: bajo [133 (62,1%) vs 129 (60%)], moderado [32 (15%) vs 42 (19,6%)], elevado [0 vs 15 (7%)].

**Conclusiones.** Los factores de riesgo cardiovascular y el RCV aumentan notablemente en el período estudiado. En la población estudiada, la tabla de Framingham estima con mayor precisión el RCV.

## P140 UTILIDAD DE LAS CAMPAÑAS INSTITUCIONALES EN EL ABANDONO DEL HABITO TABAQUICO

F. López Pérez, M. Salinas Izquierdo, P. Hernández García, A. Zaragoza Muñoz y M. Oyarzabal Aroca

CS de El Campello. El Campello. Alicante. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: franlope@coma.es

**Objetivos.** Valorar el cambio en la motivación de los pacientes fumadores con arreglo a las campañas institucionales.

**Diseño y metodología.** Estudio de intervención realizado en Centro de Salud semiurbano sobre la población total que acude a las consultas a demanda de dos días completos, separados 3 meses y coincidiendo el segundo con la "Semana sin humos" (Grupo 1 y Grupo 2, respectivamente). Se realizó una entrevista dirigida aplicando un cuestionario basado en el Modelo de Cambio de Conducta propuesto por Prochaska y DiClemente para determinar la etapa del proceso del cambio (precontemplativa, contemplativa, preparación, acción, mantenimiento) en que se hallan los pacientes, considerando como intervención la campaña institucional. Se realiza la prueba Chi-cuadrado para diferencias de proporciones entre ambos grupos.

**Resultados.** Se realizaron 607 entrevistas (N1 = 359 y N2 = 248). Eran fumadores 320 (52,72%) y no fumadores 287 (47,27%). Entre los fumadores, los porcentajes obtenidos fueron: el 29,8% del grupo 1 y el 26% del grupo 2 se encontraba en la fase precontemplativa; el 11% del grupo 1 y el 14% del grupo 2 en la contemplativa; el 4% del grupo 1 y el 8,4% del grupo 2 en la fase de preparación; el 11% del grupo 1 y el 6,7% del grupo 2 en la fase de acción; y el 44,2% del grupo 1 y el 44,5% del grupo 2 en la fase de mantenimiento. No existen diferencias significativas ( $p = 0,2785$ ) entre los grupos.

**Conclusiones.** La utilización de campañas institucionales para el abandono del hábito tabáquico no parece influir en la motivación del fumador. Necesitaríamos muestras mayores para confirmar esta tendencia.

## P141 ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN PROFESORES DE COLEGIOS

J. Gómez García, J. Bítiria Ibars, E. Mur Cervelló, E. Pagès Abella, C. Dauñí Subirats y F. Rodríguez Casado

ABS Torredembarra. Torredembarra. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: esthermur@comt.es

**Introducción.** Los profesores son un colectivo ejemplarizante en las conductas de los escolares. Su prevalencia de tabaquismo es alta. Esta experiencia forma parte de un programa de intervención de tres años sobre alumnos de 1º de ESO, cuyo objetivo es retrasar la edad de iniciación en el hábito tabáquico.

**Objetivos.** Disminuir la prevalencia de profesores fumadores. Mejorar su papel ejemplarizante sobre los adolescentes del ABS.

**Descripción.** Se incluyeron todos los profesores de primaria y secundaria de los colegios de nuestras poblaciones; se les pasó una encuesta para conocer cuántos fumadores había y su actitud frente al tabaco, identificando los interesados en participar en un grupo de cesación. Se formó un grupo de cesación, consistente en 6 sesiones de 60 minutos, durante 3 meses, conducidas por un médico y una enfermera, con evaluación telefónica posterior. Las sesiones se realizaban en nuestro centro, en horario pactado con los profesores. Se les proporcionaba: material de autoayuda, sustitutos de nicotina y/o Bupropion.

**Resultados.** De 48 profesores fumadores, 21 (43%) aceptaron participar en el grupo, de estos 2 (9,5%) no empezaron, 2 (9,5%) abandonaron al inicio, y 17 (81%) siguieron en el grupo. A los diez meses, 11 (65%) se mantuvieron abstinentes, 2 (12%) redujeron consumo, y 2 (12%) recayeron. La prevalencia de profesores fumadores bajó al 24% (frente al 31% inicial).

**Conclusiones.** Disminuyó considerablemente la prevalencia de tabaquismo

entre profesores (cabría inferir una influencia positiva sobre el alumnado, aún por evaluar en un programa más complejo). La intervención grupal es una buena estrategia para ayudar a fumadores a abandonar su hábito.

## P142 CONTROL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO AL SÍNDROME METABÓLICO (SM)

E. Conde Alañiz, Y. Mosqueda Pérez, E. Maldonado Pérez, A. Otegui Calvo, J. Pardo Álvarez y A. Ortega Carpio

CS El Torrejón. Huelva. Andalucía.  
Correo electrónico: aorcar3@terra.es

**Objetivos.** Evaluar el control global y aislado del riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes con Síndrome Metabólico (SM), así como la carga terapéutica que soportan.

**Diseño.** Trasversal de prevalencia con grupo control.

**Emplazamiento.** CS Urbano.

**Pacientes y método.** 74 pacientes con > 1 FRCV obtenidos mediante muestreo aleatorio simple para estimar una prevalencia de SM (Criterios OMS 1999) del 40% con alfa < 5% y beta > 80%. Recogida de datos retrospectiva de las historias clínicas o actualizándolas de forma programada.

**Resultados.** La prevalencia de SM en nuestra población es del 45,9% (36,4-60,8). Hay un 40% más de mujeres que en los no metabólicos ( $p = 0,063$ ) con una edad media de 67,47. Tienen 1,8 FRCV (1,26-2,35) más de media que éstos y un riesgo coronario absoluto a 10 años un 5,43% mayor (1,03-9,83). El 55,9% de los pacientes con SM presentaron algún FRCV mal controlado frente al 40% de los no metabólicos ( $p = 0,063$ ). Sin embargo no encontramos diferencias significativas en las cifras aisladas de TA, HbA1c, TG o HDL, y el control porcentual aislado de hipertensos, diabéticos o dislipémicos con SM fue similar en ambos grupos, si bien precisaron para su control 1,8 fármacos más de media que los no metabólicos (1,19-2,43)

**Conclusiones.** Los pacientes con SM tienen más carga de riesgo que los no metabólicos y presentan con mayor frecuencia algún FRCV no controlado. Aisladamente sus FRCV pueden controlarse de forma similar que en los pacientes no metabólicos, si bien precisan de una mayor carga terapéutica.

## P143 COMPARACIÓN DE LAS ESCALAS DE FRAMINGHAM Y REGICOR EN POBLACIÓN CON RIESGO CORONARIO (RC)

J. González Batanero, L. Baena Ferrer, A. López Tarrida, J. Pardo Álvarez y A. Ortega Carpio

CS El Torrejón. Huelva. Andalucía.  
Correo electrónico: aorcar3@terra.es

**Objetivos.** Determinar el descenso de Riesgo Coronario (RC) absoluto que supone aplicar la Ecuación de Regicor (ER) en nuestra población y su capacidad para discriminar entre subgrupos de diferente riesgo

**Diseño.** Estudio Trasversal.

**Pacientes y método.** 74 pacientes con >1 FRCV incluidos en la base de datos del CS y reclutados mediante muestreo aleatorio simple para estimar una diferencia mínima clínicamente relevante del 5% con una variabilidad del 10%, alfa = 80% y beta = 5%. Determinación del RC mediante las Escalas de Framingham (EF) y Regicor de forma retrospectiva a partir de los datos de las historias clínicas o actualizándolas de forma programada.

**Resultados.** El RC determinado según la EF es de 15,59 y según la ER de 6,36 ( $d = 9,23$  IC: 7,33-11,13). Estas diferencias se mantienen en todos los subgrupos de riesgo analizados: pacientes en Prevención 1ª ( $d = 7,6$  IC: 5,81-9,39); pacientes con Síndrome Metabólico ( $d = 11,6$  IC: 8,42-14,9); diabéticos ( $d = 12,00$  IC: 8,97-15,03); pacientes en Prevención 2ª ( $d = 12,07$  IC: 7,93-16,22). Al comparar pacientes con menor y mayor riesgo la EF discrimina el RC tanto Prevención 1ª frente 2ª ( $d = 5,48$  IC: 0,44-10,51); metabólicos frente a no metabólicos ( $d = 5,43$  IC: 1,03-9,83); diabéticos frente a no diabéticos ( $d = 6,57$  IC: 2,26-10,89). En cambio, no encontramos diferencias significativas al aplicar la ER entre diferentes categorías de riesgo.

**Conclusiones.** La escala REGICOR reduce el RC absoluto en población con RCV en un 9,23%, pero no permite discriminar entre diferentes categorías de riesgo. La escala de Framingham probablemente sobreestima el RC de nuestra población pero ordena adecuadamente a los pacientes en función de su riesgo.

## PONENCIA 2

Atención gineco-obstétrica  
en atención primaria**P144 ACTITUDES DE LAS MUJERES ANTE LA MENOPAUSIA**

M. Ariza Toledo, M. Atienza Iglesias, B. Lahoz Rallo y C. Barros Ruao

CS Rodríguez Arias. San Fernando. Andalucía.

Correo electrónico: arizatoledo@yahoo.es

**Objetivos:** Conocer actitudes de las mujeres ante la menopausia y cómo se relacionan con ciertas variables.

**Diseño y metodología:** Estudio transversal. Muestra: mujeres > 30 años. Tamaño muestral: obtenido mediante pilotaje previo, resultando  $n = 98$  para  $\alpha = 0,05$ ; precisión = 3% y desviación estándar (DE) 15,13. Intervención: cuestionario heteroadministrado. Mediciones: Realizamos análisis descriptivo de la variable dependiente (escala de actitud ante la menopausia) y variables independientes (edad, estado menopáusico, estado civil, nivel de instrucción, situación laboral, grupo cultural, religión, utilización de servicios sanitarios en los últimos tres meses, opinión ante la menopausia, sentimiento ante la menopausia, salud percibida, percepción de autonomía); bivalente de la escala de actitud con variables independientes y multivariante mediante regresión lineal múltiple.

**Resultados:** Casi la mitad de las mujeres encuestadas no saben o no contestan cuando se les pregunta su opinión acerca de la menopausia. Las variables que presentaron asociación estadísticamente significativa con la escala de actitud son: grupo cultural, utilización de los servicios en los últimos 3 meses, opinión ante la menopausia, sentimiento ante la menopausia, salud percibida y percepción de autonomía. Las variables que permanecieron en el modelo de regresión múltiple fueron: percepción de autonomía, opinión ante la menopausia, salud percibida, sentimiento ante la menopausia y grupo cultural.

**Conclusiones:** Las mujeres tienen una opinión neutra ante la menopausia y un sentimiento de alivio, condicionado por la pérdida de la regla que les permite unas relaciones más relajadas y placenteras. Las actitudes de estas mujeres no se ven influidas por la edad ni el estado menopáusico.

**P145 PERFIL DE LA MUJER QUE SOLICITA ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL EN EL CENTRO DE SALUD ALGECIRAS NORTE**

L. Vázquez Roel

CS Algeciras Norte. Algeciras. Andalucía.

Correo electrónico: lydiavroel@hotmail.com

**Objetivo:** Conocer el perfil de la mujer que solicita anticoncepción poscoital en nuestra zona, así como las vías por las que obtiene información, el número de veces que la utiliza, y el tiempo transcurrido desde el coito.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento:** Consultas de urgencias de un Centro de Salud urbano.

**Material y métodos:** Se entrega encuesta (con diversas variables) a todas las mujeres que solicitan la píldora poscoital en el periodo de un año.

**Resultados:** La edad media es de 25 años. El 37,6% tiene estudios medios. El 70,6% son solteras. Habitualmente usan preservativo el 75,3%. El motivo de la solicitud es la rotura del preservativo en un 31,8%. Acuden acompañadas por su pareja un 34,1%, y solas un 32,9%. La edad media de su primera relación sexual es a los 17,5 años. Solicitan anticoncepción de emergencia (AE) antes de las primeras 24 horas tras el coito de riesgo (media 17,59 hrs), y la mayoría lo hace por primera vez (media 1,2). Solicitan información sobre AE a sus amigos en un 28,2% y a profesionales relacionados con la salud en un 24,7%.

**Conclusiones:** La mujer que solicita AE en nuestra zona está bien informada; conoce la existencia del método por la prensa y pide más información a amigos y profesionales de la salud. Es joven, con pareja, usa el preservativo habitualmente, y es la rotura del mismo el motivo de la solicitud. Acude en las primeras 24 horas tras el coito, y en la etapa del ciclo menstrual de mayor riesgo.

**P146 UTILIZACIÓN ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA POSCOITAL DEL 2001 AL 2003**

G. Cano Navarro, J. Gómez González, F. Parrilla Ruiz, D. Vargás Ortega, D. Cárdenas Cruz y M. Díaz Castellanos

Hospital de Poniente. El Ejido. Almería. Andalucía.

Correo electrónico: gacanava@hotmail.com

**Objetivos:** Perfil clínico de la solicitante de la píldora poscoital. Analizar evolución en los tres últimos años (2001-2003) en nuestra unidad.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal (2001 al 2003). Hospital comarcal. Pacientes que solicitaron píldora poscoital en el periodo de estudio. Variables: edad, método anticonceptivo, motivo de solicitud, horas transcurridas tras el coito, repetición en el uso de la píldora poscoital.

**Resultados:** 289 pacientes. La edad media era de 23 DT 6,6 años. La moda fue de 19 años. La media de horas transcurridas tras el coito fue de 12 DT 10,5. La frecuencia de distribución por años fue: año 2001: 37,7%, año 2002: 31,55% y año 2003: 30,8%. Repitieron en la utilización de la píldora: 0 veces 78,2%, 1 vez 7,6%, 2 veces 13,5% y 3 veces 0,7%. Utilizaban como métodos anticonceptivos: ninguno 10%, preservativo 83,4%, hormonal 5,5% y DIU 1%. El motivo de consulta fue: no uso de anticoncepción 10%, mal uso del preservativo 4,2%, rotura del preservativo 75,1%, violación 4,8% y olvido de anticonceptivo hormonal 2,8%.

**Conclusiones:** Perfil de la solicitante de la anticoncepción poscoital: mujer de 23 años, que acude solicitando la píldora poscoital tras 12 horas del coito de riesgo, generalmente por primera vez, utiliza preservativo como método anticonceptivo habitual, alegando su ruptura como motivo de solicitud. Quizá, mayor información del medico de familia a la población permita continuar la tendencia descendente de solicitud anticonceptiva poscoital.

**P147 CONTROL DE CALIDAD SOBRE LA ACTUACIÓN CLÍNICA DE CERVICITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

M. Cantero Quirós, M. Blanco-Ramos y M. Fernández Silva

CS Novoa Santos. Ourense. Galicia.

Correo electrónico: marcanteroquiros@yahoo.es

**Objetivo:** Evaluar la calidad de actuación clínica de los médicos de familia sobre la cervicitis. Estándar: protocolo consensuado entre Atención Primaria y ginecología del C.O.F.

**Ámbito de trabajo:** Mujeres sexualmente activas mayores de 18 años a las que se realizaron citologías según el programa de la mujer en un centro de salud urbano en el periodo: enero 2003 – abril 2004.

**Diseño del estudio:** Descriptivo transversal.

**Metodología:** Fuente de información: libro de registro del programa de la mujer y las historias clínicas. Recogida de datos con Data-Entry, incluyendo las siguientes variables: edad, hábitos tóxicos, historia obstétrica y ginecológica, cervicitis y tratamiento.

**Resultados:** Se revisaron 436 historias de las cuales 86 fueron positivas (20%) para cervicitis y 350 negativas. La edad media de las mujeres fue de 38 años (IC 95%: 37-39) y la menarquia a los 13 años de edad. De las 86 citologías con cervicitis fueron tratadas con azitromicina (1 gr) el 72,1% (62) y el 3,5% con blastoestimulina. Existe relación entre la prescripción de tratamiento y la revisión posterior de la cervicitis ( $p < 0,0005$ ). No existe relación entre cervicitis y tabaco, edad, ACO y métodos de barrera. Si existe una relación significativamente estadística ( $p = 0,005$ ) en las portadoras de DIU.

**Conclusiones:** Hay un buen control de actuación clínica de cervicitis en nuestro centro de salud. La revisión de los casos de cervicitis es necesaria, pero sólo se produce en aquellas a las que se les prescribió un tratamiento, siendo ésta la principal área de mejora.

**P148 DIABETES GESTACIONAL Y FACTORES DE RIESGO**

C. Espuny, M. Arasa Subero, M. Sancho Reverter, C. Tafalla Roig, O. Pérez Sala y C. Aguilar Martín

Programa d'atenció a la dona. SAP Terres de l'Ebre. Tortosa. Tarragona. Cataluña.

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

**Objetivo:** Analizar la prevalencia de diabetes gestacional (DG) y su relación con factores de riesgo de DG, con la etnia y el tipo de parto.

**Diseño:** Estudio descriptivo multicéntrico.

**Ámbito:** Atención primaria.

**Población.** Gestantes controladas en dicho programa y que han dado a luz en el año 2002.

**Metodología.** Monitorización del protocolo de cribaje de DG: Test d'O-sullivan entre las 24-28 semanas a todas las gestantes, y si es de riesgo en cada trimestre (edad > 35, antecedentes familiares de DG, antecedentes de patología obstétrica). Si el test está alterado, se practican test de tolerancia oral a la glucosa interpretándose según ADA 97.

**Resultados.** 757 gestantes, el 13% inmigrantes. Prevalencia de DG 7,5% (IC 95% 5,8%-9,6%), detectándose 6 casos (0,8%) durante el primer trimestre, 39 (5,2%) en el segundo y 12 (1,6%) en el tercero. Prevalencia DG según etnia: autóctonas 7,5%, magrebíes 8,7%, sudamericanas 7%, otras 3,4% (NS). La gestante de riesgo tiene un porcentaje de DG superior (9,5% vs. 2,3%;  $P < 0,001$ ); si desglosamos: antecedentes familiares (11,4% vs. 6,3%  $p = 0,02$ ), antecedentes obstétricos (8,3% vs. 7,4%  $p = 0,74$ ), IMC > 25 (13,9% vs. 4,3% ( $p < 0,001$ ), la edad en el momento del parto es superior en DG (31,9 vs. 30,1 ( $p = 0,016$ )). No hay diferencias en tipo de parto, presencia de macrosomía, prematuridad y APGAR según DG.

**Conclusiones.** La DG obtenida es similar a otros estudios (6%-14%), aunque pensamos que puede ser más alta. Sería positivo realizar una detección precoz de DG sobre todo en el grupo de riesgo mejorando el cumplimiento del protocolo de cribaje DG vigente.

## P149 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DURANTE LA PERIMENOPAUSIA

A. Cremades Maestre, M. Planas Sánchez, L. Perelló Ripoll, A. Ramón Bauza, M. Ramos Montserrat y J. Ripoll Amengual

CS Son Serra-La Vileta. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: beluqcm@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer los factores que influyen en la calidad de vida de las mujeres durante la perimenopausia.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito.** Centro de Salud docente urbano y rural de Mallorca.

**Sujetos.** Mujeres de 40 a 58 años, con criterios de perimenopausia (ciclos irregulares, síntomas del climaterio y /o menos de 2 años de amenorrea) que consulten en el centro durante el período comprendido entre Enero - Junio 2004.

**Mediciones.** Cuestionario auto-administrado que incluyó variables socio-demográficas, de salud, y la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF.  
**Resultados.** Se entregaron 200 cuestionarios, se devolvieron cumplimentados 157. La edad media fue 50 años. El 77% estaban casadas. El 63,7% tenían como máximo estudios primarios. El 63,8% trabajaban. El 20,4% fumaba. Un 54% realizaba ejercicio. Diariamente comían fruta el 80% y verdura el 75%. El 75% padecía alguna enfermedad. El 66,7% tomaba algún fármaco, un 23,8% antidepressivos y un 8,8% ansiolíticos. Presentaron mejor calidad de vida las mujeres con mayor nivel de estudios ( $p < 0,001$ ), activas laboralmente ( $p < 0,005$ ), que hacen ejercicio físico ( $p < 0,01$ ), comen verdura ( $p < 0,008$ ) y fruta ( $p < 0,10$ ) diariamente, divorciadas ( $p < 0,12$ ), sin enfermedades ( $p < 0,015$ ) y que no toman fármacos ( $p < 0,002$ ), especialmente antidepressivos ( $p < 0,004$ ) y ansiolíticos ( $p < 0,001$ ). No se observaron diferencias en función del tabaquismo o del tratamiento para la menopausia.

**Conclusiones.** Parecen existir algunos factores que influyen en la calidad de vida en las mujeres durante la perimenopausia, y sería interesante que los médicos de familia los conocieran.

## P150 INTERCONSULTAS A GINECOLOGÍA DESDE UN CENTRO DE SALUD

P. Alemán Sinning, J. Cañadillas Rueda, A. Saavedra Ruiz, S. Duarte Vallejo y L. Arribas Mir

CS La Chana. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: jaicaru@yahoo.es

**Objetivo.** Valorar las interconsultas realizadas por médicos de familia (MF) desde un centro de salud urbano a las consultas externas de ginecología de un hospital de tercer nivel.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo retrospectivo transversal. Revisamos las historias clínicas de las derivaciones atendidas durante el 2003, analizando: número de derivaciones, edad, motivos, primeras visitas/revisión, calidad del documento (antecedentes gineco-obstétricos, motivos

y exploración), orientación del MF, respuesta de ginecología y concordancia MF-ginecólogo.

**Resultados.** Analizamos 359 derivaciones de 393 mujeres con una media de edad de 43,69 años (desviación típica-14,67; rango 14-83 años). Los motivos de derivación fueron: revisión de patología ginecológica médica previa-18,11%; nódulo mamario-10,31%; revisión postcirugía-9,22%; trastornos menstruales-8,91%; esterilidad-5,32%; metrorragias en menopausias-5,01%; metrorragias en edad fértil-4,45%; pólipos cervicales-4,45%; petición de la paciente-3,89%; dolor de posible origen ginecológico-3,62%; prolapso genital-3,62%; problemas del climaterio-3,62%; mastodinia-2,78%; recomendaciones de otro especialista-2,51%; antecedentes familiares de cáncer mama-1,67%; galactorrea-1,39%; alteraciones en la citología de cervix-0,83%; otras-10,31%. El motivo más frecuente en < 30 años son los nódulos mamaros, entre 30-39 años la esterilidad y trastornos menstruales, de 40-80 años las revisiones de patologías médico-quirúrgicas. La fórmula obstétrica consta en 56,8%; fórmula menstrual, menarquia y edad de menopausia, en 54,9%; de forma incompleta en 10,6%. Excluyendo las derivaciones por revisión de patología médico-quirúrgica observamos que el 85% ofrece resumen, 34,7% exploración y 31,8% orientación diagnóstica. Presentan antecedente de cirugía ginecológica 20,1% de historias. En 70,2% no consta respuesta del ginecólogo.  
**Conclusiones.** La mayoría de derivaciones son revisiones de patología/cirugía, seguidos de nódulos mamaros y trastornos del ciclo. La calidad del documento es mejorable. Se encuentra poca información de ginecología.

## P151 IMPLANTACIÓN DEL CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LA CONSULTA DE UN MÉDICO DE CABECERA EN UN CENTRO DE SALUD: EXPERIENCIA DE UN AÑO

M. Pinilla Maarro, M. Ruiz Batalla, D. García Vidal y O. Colet Villar

ABS Baix Penedès Interior. Arboç del Penedès. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: mpinilla@xarxatecla.net

**Justificación.** Incorporación a la cartera de servicios de Centro de Salud de la actividad preventiva cribado de cáncer de cérvix.

**Objetivo.** Realizar cribado cáncer de cérvix a mujeres de mayor riesgo, incidiendo en población entre 35 y 65 años (población actual censada: 937).

**Descripción.** Se realiza en consulta de atención primaria de un médico de familia en Centro de Atención Primaria (CAP) rural. Dedicación: 5 horas semanales. Realización de triple toma por médico de familia con motivación por temas de ginecología, tras periodo de formación en consulta de planificación familiar. Se atiende a mujeres en lista de espera del Programa de Atención a la Mujer, derivadas por médico o enfermera y las que la solicitan por iniciativa propia.

**Resultados.** En 1 año se realizan 557 citologías. Edad media de las mujeres visitadas es de 44,13 años con DE +/-13 a. 387 citologías corresponden a mujeres entre 35-65 años 90,8% son tomas cervicovaginales. 72,2% son citologías benignas. 16,2% son citologías inflamatorias 11,5% aparecen infecciones: 7% por candidas. Hemos detectado 2 casos de CIN I.

**Conclusiones.** La consulta de cribado de cáncer de cérvix funciona y es factible: en un año hemos cribado el 41 % del grupo de riesgo por edad. La aceptación de su implantación en nuestro CAP subjetivamente es buena (pendiente de resultados de encuesta de satisfacción). Creemos que su realización en la consulta del médico de cabecera permitirá mejorar el cribado sobre los grupos de verdadero riesgo por edad u otros.

## P152 INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON HIERRO EN LA EVOLUCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN EMBARAZADAS

N. Lorente Alfonso, D. Adam Ruiz, R. Llombart Sanz, M. Vicente Grau, S. Bueno Hernández y F. Roig Sena

CS Salvador Allende. Valencia. CS Pública de Valencia. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: roigja@yahoo.es

**Introducción.** Es habitual administrar suplementos de hierro como prevención de la anemia ferropénica en embarazadas, aunque varios estudios recientes cuestionen su eficacia.

**Objetivo.** Comprobar la evolución de anemia ferropénica a lo largo del embarazo dependiendo de si recibe tratamiento con hierro.

**Materiales y métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo. Población: las 101 mujeres con parto en 2003 atendidas en nuestro Centro de Salud. Variables: edad, peso, hijos, tratamiento con hierro, hierro, ferritina, hemoglo-

bina y hematocrito en los tres trimestres. Se utiliza el paquete estadístico SPSS 11.01 para windows. Estadísticos: medidas de tendencia central y dispersión adecuada al tipo de variable, T de Student y diferencia de medias con intervalo de confianza al 95% (IC.95%).

**Resultados.** La media de hemoglobina en las que toman hierro en primer trimestre es 13,3 y en tercer trimestre 11,5. La diferencia de medias es -1,96. La media de hemoglobina en las que no toman hierro en primer trimestre es 12,8 y en tercer trimestre 11,9. La diferencia de medias es -1,05. Así pues, las mujeres que tomaban hierro han perdido 0,90 más hemoglobina, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa. I.C.95% = -1,2361 a 3,0496; t-Student = 0,845 (p = 0,401).

**Conclusiones.** Nuestros resultados concuerdan con la bibliografía consultada en la falta de evidencia de que la administración de hierro mejore las cifras de hemoglobina al final del embarazo. Dado que no existen criterios claros de administración de hierro en las embarazadas creemos conveniente que el médico de familia valore el protocolo de las matronas de nuestro centro.

### P153 EMBARAZO EN POBLACIÓN INMIGRANTE

I. Auriolés Moreno, M. Torras Sendra, A. de la Rubia Loriguillo, J. Denis Pedrosa, V. García-Fresneda Macizo y M. Muñoz Escalante

C.S. Palma-Palmilla. Málaga. Andalucía.  
Correo electrónico: andellor@yahoo.es

**Objetivo.** Conocer número de IVEs versus gestaciones en curso en inmigrantes que acuden al centro de salud. Evolución y adherencia al Programa de Embarazo.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito.** Centro de salud urbano.

**Sujetos.** Embarazadas inmigrantes que acudieron al centro del 1/1/2002 al 31/12/2003.

**Mediciones.** Total embarazadas inmigrantes, IVEs solicitadas, país de origen, edad, antecedentes obstétricos, fecha de primera visita, parámetros analíticos, número de controles, complicaciones y tipo de parto.

**Resultados.** 50 inmigrantes embarazadas: 27 terminaron en IVE (22 subsaharianas, 2 norteafricanas y 3 de Europa del este) y continuaron gestación 23 mujeres (8 subsahariana, 8 norteafricanas, 6 de Europa del este y 1 hispanoamericana). Edad media 28 años. 87% tenían hijos. En 68% primera visita con más de 12 semanas. Inmunizaciones: rubéola: 75%, 41% toxoplasma. Triple screenig 34% realizado, un caso patológico. Ningún caso de HIV, hepatitis B ni de lúes. Una diabetes gestacional y 3 ITUs. 50% de gestantes menos de 3 controles. Detección de *Streptococcus agalactiae* en un 36%, (18% positivo). Partos a término, vaginales y sin complicaciones: 98%.

**Conclusiones.** Más de la mitad de las gestantes solicitaron IVE. Las gestantes que continuaron no presentaron mayor número de complicaciones obstétricas a pesar de que el inicio del seguimiento fue tardío y el número de visitas escaso. Deducimos la necesidad de promocionar el Programa de la Mujer en inmigrantes.

### P154 GINECOLOGÍA E INMIGRACIÓN: ¿QUÉ SABEMOS?

S. Cobo Guerrero, A. Aguilar Margalejo, M. Masamunt París, M. Santamans Reixac, M. Aguado Amo y N. Villanueva

ABS Florida Sud. L'hospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 30708agr@comb.es

**Objetivos.** Describir antecedentes ginecológicos, conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en mujeres inmigrantes. Valorar accesibilidad a ginecología respecto al país de origen.

**Diseño.** Estudio descriptivo. Encuesta administrada por personal sanitario.

**Ámbito.** Centro salud urbano.

**Sujetos.** Mujeres inmigrantes en edad fértil que acudieron a consulta del médico de familia en mayo 2004.

**Mediciones.** Datos demográficos, antecedentes ginecológicos, información-utilización métodos anticonceptivos, valoración acceso a ginecología.

**Resultados.** 51 mujeres. Edad media 32,5 años. Filiación: 44 sudamericanas (25 ecuatorianas). 36 estudios secundarios / superiores. 21 en España desde antes 2001. Antecedentes ginecológicos: 27 dismenorrea (síntoma predominante: 23 dolor abdominal); 2 con ciclos irregulares. 39 sin patología ginecológica. En 2003-2004 acudieron 39 a revisión ginecológica. Media de hijos vivos: 1,7; 24 mujeres han abortado; 10 han sido provo-

cados. 7 consultaron al médico de familia por planificación-familiar. Si urgencia ginecológica 15 acudirían a su médico, 16 al ginecólogo y 17 al hospital. Métodos anticonceptivos: Conocidos: 1 no conoce anticonceptivos orales/intramusculares (ACO/IM); 36 conocen preservativo; 29 DIU; 20 métodos-naturales y 4 diafragma. Utilizados actualmente: 18 utilizan ACO/IM, 5 métodos-naturales, 2 preservativo y 20 no utilizan. Utilizados en su país: 12 ACO/IM, 10 DIU, 10 métodos-naturales, 5 preservativo, 18 no utilizaban. 23 mujeres conocen la existencia de "píldora postcoital", 5 la han utilizado, 43 tienen igual o más información/acceso a métodos anticonceptivos aquí que en su país. Accesibilidad ginecológica: 18 consideran más difícil acudir aquí al ginecólogo. 23 refieren demora en la atención, 35 no refieren diferencias en el acceso físico.

**Conclusiones.** Alta incidencia de abortos. Elevada información sobre utilización y accesibilidad a métodos anticonceptivos. Predominio de ACO/IM como método anticonceptivo de elección y escaso uso del preservativo. Deberíamos disminuir la demora en las consultas de ginecología.

### P155 PIELONEFRITIS Y GESTACIÓN. LA CARA PELIGROSA DE LAS INFECCIONES URINARIAS EN LA GRAVIDEZ

A. Fernández Manrique, M. Liñán López, J. Hernández de la Plata, R. Martínez de la Ossa, F. Cañadas Espinosa, e I Barranco Boada

Área Docente Granada Sur Ii. Hospital General Básico de Motril. Motril. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: manlin1969@hotmail.com

**Objetivo.** Conocer el perfil de la gestante con infección urinaria (ITU) que desarrolla pielonefritis (PNF).

**Diseño.** Estudio descriptivo retrospectivo de Octubre de 2000 hasta Mayo de 2003.

**Ámbito.** Distrito sanitario, compuesto por 9 centros de Salud de carácter rural-urbano con Hospital comarcal de referencia.

**Sujetos.** Gestantes con infección urinaria con criterios de pielonefritis derivadas desde Atención Primaria a Hospital de referencia.

**Mediciones.** Edad, edad gestacional (EG), paridad, antecedentes personales (AP), incidencias durante el embarazo, urocultivo, ecografía renal, tratamiento y evolución.

**Resultados.** Se analizan 88 derivaciones, 9 cumplen criterios de PNF (10%). Ninguna de ellas presentan antecedentes personales de interés. La media de edad estudio es 22 años, la media de edad gestacional es 24 semanas; 7 de las 9 gestantes eran nulíparas (78%), 6 no presentaron ninguna incidencia durante ese embarazo (67%); 2 presentaron amenaza de aborto (22%), 1 desarrolló una Diabetes Gestacional (11%), 5 presentaron hallazgos ecográficos patológicos (56%). De los 9 urocultivos realizados 5 fueron positivos a E. Coli (56%), 2 a K. Pneumoniae (22%) y los 2 restantes fueron negativos (22%). En cuanto al tratamiento, a las 9 gestantes se les prescribió Amoxicilina-Clavulánico (100%), con una evolución favorable en todas ellas.

**Conclusiones.** Las PNF gravídicas ocurren en gestantes nulíparas con una edad media de 22 años, durante el 2º trimestre del embarazo, resultando ser el E. Coli el germen ocasional más frecuente; y sin presentar complicaciones atribuibles a esta patología tras un tratamiento adecuado con Amoxicilina-Clavulánico.

### P156 MÁS DE UN AÑO DE INSERCIÓN DE IMPLANÓN EN MEDICINA FAMILIAR

A. Puga González, A. Soler Castillo, L. Arribas Mir, S. Duarte Vallejo, P. Alenán Sinning y A. Saavedra Ruiz

CS La Chana. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: sinning@eresmas.com

**Objetivos.** Valorar la inserción de Implanón (I) realizada por médicos de familia (MF) y el perfil de usuarias del nuevo implante anticonceptivo subcutáneo.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal, en centro de salud urbano con 10 consultas de MF. En el periodo 14-3-2003/30-6-2004, hubo 188 mujeres que recibieron I con consejo anticonceptivo e información escrita previa, aceptando posibles cambios del patrón de sangrado menstrual. Insertan el implante 4 MF y 6 residentes de MF, previa anestesia local, en la cara interna del brazo no dominante. Valoramos la inserción (Dolor, sangrado, dificultades técnicas y complicaciones), y revisión a la semana

(Ubicación correcta, hematomas, infección y alergia locales), a los 3 meses y al año (patrón de sangrado).

**Resultados.** Edad media 25,6 años, rango 14-45. No hubo dolor ni dificultades durante la inserción. Una paciente (0,53%) presentó un cuadro vaginal. A la semana era correcta la ubicación de los implantes; 90 (47,87%) presentaban mínimos hematomas, 7 (3,72%) refirieron prurito leve y pasajero, sin otras complicaciones. Completan 3 meses de seguimiento 96 mujeres y 1 año 17. Se retiraron 8 (4,25%) implantes, 4 por sangrado excesivo, 3 por deseo de embarazo y 1 a petición de la mujer. A los 3 meses, 17 (17,52%) presentaban sangrados excesivos, 65 (67,70%) tenían reglas más reducidas y 14 (14,58%) presentaban amenorrea. De las 17 mujeres seguidas un año, 1 (5,88%) presentaba sangrado excesivo y 4 (23,52%) amenorrea.

**Conclusiones.** La inserción se desarrolla adecuadamente. Los cambios del patrón de sangrado y la tasa de continuación del método son aceptables.

### P157 PLANIFICACIÓN FAMILIAR: IMPORTANCIA DE CAMBIOS ORGANIZATIVOS

C. Méndez, Martínez, y P. Sánchez-Osorio Rivás

CS Puerto Real. Puerto Real. Cádiz. Andalucía.  
Correo electrónico: vendimia@teleline.es

**Objetivos.** 1º Valorar repercusiones del cambio organizativo introducido en planificación familiar al suprimir la consulta monográfica (hasta año 2002) e integrarla cada profesión en consulta a demanda (año 2003). 2º Identificar perfil de la usuaria.

**Material y métodos.** Del total de historias de primera visita de ambos años, se extrae muestra aleatoria de 51 y 49 respectivamente (nivel confianza 90%, precisión 10% y  $P = Q = 0,5$ ). Variables estudiadas: cobertura del programa, edad, interrupciones voluntarias de embarazo (IVE), anticonceptivos orales (ACO) indicado y registro de datos imprescindibles para una adecuada prescripción: antecedentes personales y familiares, hábito tabaquico y tensión arterial. Datos procesados con programa SPSS.11.

**Resultados.** Historias abiertas: 336 en 2002 y 260 en 2003. Existen diferencias significativas en el registro de antecedentes: 100% y 50% para los personales, 100% y 32% para los familiares en los años 2002 y 2003 respectivamente. También en el registro del hábito tabaquico: 100% en 2002 frente a 44% en 2003 y el de la tensión arterial: 93,9% y 72,9% para los distintos años. Edad media 26,2 años, fumadoras 77,4% (IC al 95% = 67,74-84,91). Se indicó ACO en 95,3% (IC 95% = 88,6-98,32) – progestágenos 3ª generación 77,4% -, DIU en 4,7% (IC 95% = 1,68-11,4) y 1% métodos barrera (IC95% = 0,5-6,24). Nº de IVE fue de 54 en 2002 y 60 en 2003.

**Conclusiones.** Diferencias detectadas entre 2002 y 2003: descenso cobertura, aumento de IVE, disminución en registro de datos relevantes. Perfil de usuaria no cambió: mujer de unos 25 años, fumadora, con indicación de píldora combinada con progestágenos de 3ª generación.

## LIBRES

### P158 MUJER Y EPOC: PERFIL CLÍNICO DE LAS MUJERES CON EPOC, USO DE RECURSOS SANITARIOS Y CALIDAD DE VIDA

M. García Carballo\*, P. Carrasco Garrido\*\*, R. Jiménez García\*\*, A. Martín Centeno\*\*\*, E. Gobartí\*\*\*\* y A. Gil de Miguel\*\*

\*C.S. Isabel II. Área 10 de la Comunidad Madrid. Madrid.  
\*\*Universidad Rey Juan Carlos. \*\*\*Departamento Médico Pfizer, S.A.  
\*\*\*\*Departamento Médico Boehringer-Ingelheim.  
Correo electrónico: p.carrasco@cs.urjc.es

**Objetivos.** Conocer el perfil clínico de las mujeres diagnosticadas de EPOC, estimar el uso de recursos sanitarios, grado de satisfacción con el tratamiento farmacológico, y su calidad de vida.

**Diseño.** Estudio epidemiológico, observacional y descriptivo.

**Ámbito del estudio.** Centros de AP de toda España.

**Sujetos.** 2590 mujeres.

**Mediaciones.** Datos sociodemográficos, características de la EPOC, utilización de recursos sanitarios, satisfacción con el tratamiento farmacológico y el cuestionario SF-12 de calidad de vida.

**Resultados.** La edad media son 66 años (DS 10,82). La mayoría presentan un grado moderado de EPOC (FEV1 entre 40-59%). El 70% de la muestra nunca ha fumado, 17,7% son ex-fumadoras y 12,3% continúa fumando. El 4% afirma no estar "nada satisfecha" con el tratamiento farmacológico que recibe para su EPOC frente al 47% que se sienten "bastante satisfechas". La media de visitas en el último año a AP fue de 6,53 (DS 5,6), al neumólogo 1,36 (DS 1,4), a urgencias hospitalarias 1,57 (DS 2,8), ingresos hospitalarios 0,4 (DS 0,9). Para un 15,7% la percepción de su salud es "mala", el 59% tuvo que dejar de hacer algunas tareas habituales de su vida cotidiana a causa de su enfermedad.

**Conclusiones.** El 70% de las mujeres EPOC españolas nunca han fumado, a pesar de ser éste el principal factor de riesgo. Esto podría estar relacionado con una mayor susceptibilidad a padecer EPOC en la mujer o el tabaquismo pasivo. Sin embargo, el elevado consumo de recursos sanitarios y la merma de su calidad de vida son superponibles a la de los hombres EPOC.

### P159 EDUCACIÓN SEXUAL PARA ALUMNOS DE ENSEÑANZA SECUNDARIA: TALLERES EN LAS AULAS Y CONSULTA JOVEN EN EL INSTITUTO

E. Noguerol Álvarez, M. García Nieto, J. García Ruiz, M. Sánchez Martín, P. Lallave Rojo y A. Hernández Pardo

CS Cuzco. Fuenlabrada. Madrid.  
Correo electrónico: marnoguerol@wanadoo.es

**Objetivos.** Favorecer la reflexión y discusión sobre la sexualidad como fuente de salud y bienestar y la adquisición de conocimientos y habilidades en el uso de Métodos AntiConceptivos (MAC) y prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), fomentando el uso de los recursos asistenciales especialmente nuestro servicio de Consulta Joven.

**Descripción.** Todos los años desarrollamos un Programa de Educación Sexual (ES) en los 3 Institutos de Enseñanza Secundaria (IES) de nuestra Zona Básica, para alumnos de 2º o 3º de ESO. Se hacen 2 sesiones diferentes según edad, en sus aulas en horario de tutorías. Este año además hicimos una Consulta Joven para 2 IES, ubicada en 1 de ellos. Nos desplazamos allí 2-4 profesionales un día a la semana a partir de Semana Santa (hemos participado prácticamente todo el personal del centro). La consulta fue informativa, no asistencial. Las sesiones de los talleres se desarrollan con actividades participativas, sobre el hecho sexual humano (tormenta de ideas; me gusta, no me gusta...de la sexualidad, encuestas entre ellos sobre aspectos concretos como la masturbación, orientación sexual, relaciones coitales, orgasmo); trabajando específicamente la prevención, con información sobre MAC, anticoncepción postcoital, ETS y Consulta Joven. Nos centramos en el preservativo como método fundamental, fomentando habilidades en su uso con prótesis de pene. La Consulta Joven ha sido visitada cada semana por unas 10 personas, prácticamente todas chicas muy jóvenes (13-14 años), consultando temas diversos de sexualidad y MAC.

**Conclusiones.** Los profesionales sanitarios podemos aportar mucho en la ES de los jóvenes, contribuyendo a su salud sexual.

### P160 EL MALTRATO A LA MUJER URBANA: PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS

J. Soler-González, T. Vidal, M. Ruiz Magaz, J. Durán, P. Santafé y D. Riba Torrecillas

ABS Balafia-Pardinyes-Seca de Sant Pere. Lleida. Cataluña.  
Correo electrónico: jorgesoler@comill.es

**Introducción.** Se estima que entorno al 12% de las mujeres mayores de edad sufren algún tipo de maltrato de género (MG).

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de MG y sus variables socioeconómicas asociadas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal, aleatorizado, mediantes cuestionario auto-administrado en un ABS. Selección de aquellas mujeres mayores de edad que conviven o han convivido en pareja, entre las usuarias del ABS. Se les administró un cuestionario semicuantitativo formado por 36 preguntas de respuesta múltiple, de forma anónima, que evaluaba la existencia de MG, el perfil del maltratador, y la situación socio-económica. Cálculo del tamaño muestral: Estimación del 5% de maltratos: n = 200 con una precisión del 3%. Estrategia de análisis: Obtención de los datos estadísticos con el programa SPSS.

**Resultados.** La edad media fue 45,07 años. El 31% de las mujeres contestaron positivamente alguna pregunta sobre abusos ( $p < 0,05$ ). El 20% del total de mujeres se habían sentido en algún momento de su vida agredidas en su entorno más cercano. Un 5% reconocían directamente que su pareja les había pegado en alguna ocasión ( $p < 0,05$ ). No se relacionó las agresiones con los niveles de estudio ni variantes socioeconómicas. El 40% de las agresiones habían empezado durante el primer año.

**Conclusiones.** Constatamos la existencia de MG como un gran problema de salud, predominando con diferencia la agresión psicológica sobre la física. Los médicos de familia debemos establecer un marco de estrategias que engloben medidas asistenciales y de intervención social, promoviendo la investigación en las ABS sobre un problema tan complejo.

### P161 ESTUDIO SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL Y SU CONTROL POSTERIOR EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA (II)

M. Pérez Luis, J. Azkarate Zubiar, P. Avellá Valentí, L. Estrada Fernández, V. Román Aldea, A. Juanola Pellicer

CAP Moisès Broggi. L'Escala. Girona. Cataluña.  
Correo electrónico: mplestartit@hotmail.com

**Objetivos.** Primario: evaluar la intervención en el proceso de asistencia, a pacientes que acuden por la Anticoncepción Poscoital (ACP) en el Servicio de Atención Continuada (ATC) de un Centro de Atención Primaria (CAP). Secundario: comparar con los datos del estudio anterior.

**Metodología.** Diseño: estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Ámbito de estudio y sujetos: Revisión de las hojas de consentimiento informado, para la prescripción de la ACP, e historias clínicas de Enero 2003- Mayo 2004. Variables: edad, pertenecer al área básica, cita con Planificación Familiar (PF), asistencia a la cita y consejo/educación en la visita de ATC. Gestión estadística: SPSS.

**Resultados.** Durante este periodo acudieron a ATC por este motivo 146 pacientes, (0,41% del total de visitas, frente al 0,25% anterior), con un grupo de edad media de 14-25 años, siendo más frecuente entre 18-21 años (35,2%). Un 6,1% repite el tratamiento en dos ocasiones y otro 1,6% en tres. Un 47,6% de las pacientes pertenecen al ABS y son subsidiarias de seguimiento por nuestro equipo de PF. De ellas, un 52,1% abandonan la consulta de ATC con cita concertada para PF (al resto se le ofrece pero la rechaza). El 50% acuden a la cita, frente al 26,3% del periodo anterior. En un 57,2% consta educación en ATC.

**Conclusiones.** La realización del estudio previo, y la intervención surgida del mismo, ha servido para mejorar el seguimiento por parte de PF de nuestras pacientes. Pese a la información ofertada tanto en ATC como en PF, sigue aumentando el número de pacientes que utilizan la ACP, quizás como método anticonceptivo habitual. Desconocemos su hipotético impacto en otras patologías.

### P162 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO (IVE) EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD MARGINAL

I. Corona Páez, R. Cañada Núñez, R. Gavilán Palomo, M. Ramos González, F. Pérez Tejero y A. Pérez

CS Palma-Palmilla. Málaga. Andalucía.  
Correo electrónico: icoropa@yahoo.es

**Objetivo.** Perfil de las mujeres que acuden a consulta demandando IVE. **Diseño.** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Emplazamiento.** Área Básica de Salud urbana de características marginales (20.000 habitantes).

**Sujetos.** Mujeres, demandando una IVE. Periodo: enero del 2002 a diciembre del 2003. Total: 185.

**Materiales y métodos.** Datos: registro realizado por la trabajadora social del Centro. Variables recogidas: número total de IVE, nacionalidad, situación laboral, edad, método anticonceptivo utilizado, tipo de pareja, motivo de aborto, número de hijos, IVE previas realizadas.

**Resultados.** 185 mujeres solicitaron IVE, es decir, tasa de incidencia de 3,7 por mil mujeres en edad fértil. El 58% de ellas tenían menos de 25 años. El 41% de las pacientes no usaban ningún método anticonceptivo y un 31% usaban métodos barrera. Nacionalidad: española (83%), sub-sahariana (13%), Europa del Este (2%) y Marruecos (2%). Motivo del aborto: económico (62%), social (28%), no contesta (10%). Pareja estable: 69%. Situación laboral: 69% desempleo. IVE anteriores: 36%.

**Conclusiones.** 1. La mayoría de solicitudes de IVE tiene motivos económicos-sociales, no contemplados en la legislación vigente. 2. La incidencia de IVE en nuestro Centro de Salud es de 3,7, que equivale a más del doble de la incidencia de IVE en el Distrito Málaga (1,72 por mil); ello lo achacamos al bajo nivel socio-económico de la zona. 3. Reseñar el alto porcentaje de pacientes con IVE previas y de mujeres inmigrantes, principalmente nigerianas.

### P163 EDUCACIÓN EN AFECTIVIDAD Y SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES A DOMICILIO

J. Gamboa Puñal, J. Hernández Alcalá, A. Gutiérrez, Gutiérrez y L. Rejón

CS Campo Real. Campo Real. Madrid.  
Correo electrónico: aurofar@yahoo.es

**Objetiva.** Complementar la educación en sexualidad a estudiantes de 4º Curso de ESO. Fomentar las relaciones afectivas entre adolescentes. Dar a conocer métodos de mejora de autoestima.

**Desarrolla.** Búsqueda de los adolescentes en su medio, el Instituto de Secundaria (IS). Los adolescentes expresaron aquellos temas sobre los que deseaban recibir formación. Encuesta para conocer el grado de información del tema. Reunión inicial con adolescentes y en diferente sesión con padres. Exposición del taller y conocer transmisión información sobre sexualidad y afectividad y compararla con un modelo. Taller mediante técnicas de educación en grupo, apoyadas con material audiovisual. Realizamos 5 sesiones de 50'. 156 adolescentes divididos en 6 grupos. Se realizó encuesta post-taller de conocimientos y de satisfacción. Asistencia del 90% de los adolescentes. Curiosidad ante la sexualidad, les resulta difícil expresar sus sentimientos, preguntan a sus padres y amigos, conocen bien los métodos anticonceptivos y ven fácil usarlos si relación sexual. Post-taller, no los conocen tan bien. Las actividades les resultaron útiles, con explicaciones claras y buena información, se sintieron cómodos, en horario adecuado y ubicación apropiada. Mejor conocimiento del uso del condón, poder expresar y sentir afecto con otras partes del cuerpo, sexualidad como algo natural logros principales. Demandaron mayor duración del taller, hablar más del acto sexual como tal, anatomía y más información sobre otros métodos anticonceptivos.

**Conclusiones.** El adolescente no acude a consulta. Acudimos a su entorno, el IS. Tienen dificultad para expresar sus afectos. Eso no se enseña. Naturalidad, participación y disponibilidad les acerca al taller. Sugerencias hacen pensar en poca información en Institutos sobre sexualidad.

### P164 CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATADOR EN LOS EPISODIOS DE VIOLENCIA EN EL ÁMBITO FAMILIAR ATENDIDOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

R. Espino Pérez, R. Romero de Castilla Gil, E. Fernández Romero, C. Galán Doval, J. Reñó Ramírez, y J. Guzmán Pérez

Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén. Andalucía.  
Correo electrónico: efernandez@ephag.es

**Objetivos.** Analizar los casos de violencia doméstica atendidos en Urgencias de un hospital comarcal y describir el perfil de la persona maltratadora.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo mediante recogida sistemática y consecutiva de casos del 15/Abril de 2003 al 15 de Abril de 2004.

**Resultados.** Se recogieron 52 casos. En 5 el maltratador fue mujer. La edad media fue de 39,9 años (X 39,36; DT 12,35), con límites de 18 a 68 años. En 20 casos (39%; IC = 20-52%), los maltratadores poseen una cultura reducida a leer y escribir o son analfabetos. 29 (55%) son parados de larga duración o con algún trabajo ocasional o pensionista. Un 70% de agresiones son perpetradas en horarios de mañana (9 a 15 horas, 21%) y tarde (15 a 22 horas, 50%). En 31 casos (59%) existieron testigos en el lugar. En 22 ocasiones se profirieron amenazas de muerte. Se recogen agresiones a terceros en 8 ocasiones –un 25% de los casos con testigos-. Se recoge una posible influencia de tóxicos en 11 casos (21%), siendo alcohol la droga más implicada.

**Conclusiones.** En nuestro entorno no parece existir una edad "tipo" para los maltratadores. Son frecuentes tanto un escaso nivel cultural como precariedad laboral. La asociación con tóxicos es menos frecuente de lo que habitualmente se estima, y la presencia de testigos no parece amedrentar al agresor, lo que podría estar en relación con un sentimiento de impunidad (en consonancia con la mayor acumulación de casos diurnos).

## P165 SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL

A. Condom Vilar, M. Puig Congost, S. Mir Albertí, C. Gómez Martínez, C. Hernández Boix y D. Esparch Sánchez

ABS Girona-4. Institut Català de la Salut. Girona. Cataluña.  
Correo electrónico: p416umpc@pgirona.scs.es

**Objetivo.** Valorar el grado de sobrecarga del cuidador principal de todos los pacientes con Atención Domiciliaria (ATDOM).

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal. Emplazamiento: Un centro de atención primaria. Población diana: pacientes incluidos en programa ATDOM. Período de estudio: 1 de enero-2003 a 30 de agosto-2003. Muestra: 38 pacientes; valoración de sobrecarga del cuidador principal: Escala de Zarit. Encuesta de recogida de datos del paciente y del cuidador: diseño propio. Criterios de inclusión: enfermos del centro de salud, controlados por una unidad básica asistencial del centro; residencia dentro de los límites de la zona básica de salud (ZBS); cumplimiento de los criterios de inclusión del programa ATDOM. Criterios de exclusión: enfermos transitorios (permanencia en la ZBS < 2 meses), paciente que reside en más de un domicilio durante el período de estudio, no tener cuidador principal identificado. Codificación de diagnósticos: codi WONCA.

**Resultados.** El 52,6% tuvieron sobrecarga intensa; hubo tendencia hacia la existencia de una asociación entre el índice de sobrecarga y experiencias anteriores como cuidador principal ( $P = 0,05$ ). El nivel de sobrecarga es mayor conforme los años de cuidador aumentan. Perfil del cuidador: mujer de 55 años, familiar de primer grado y que padece alguna enfermedad crónica.  
**Conclusiones.** Dado el grado de sobrecarga intensa que padecen nuestros cuidadores principales, creemos necesario crear talleres educativos, incorporar grupos de autoayuda y de apoyo que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

## P166 DESPERTARES NOCTURNOS EN LOS NIÑOS. CONSECUENCIAS PARA LA FAMILIA

E. Ras Vidal, I. Noguera Vila, R. Olive Vilella, S. Gallardo Moreno, F. Vall-Llovera Ballesteros y P. Moya Ortiz

CS Sant Pere i Sant Pau. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: temescar@teletel.es

**Objetivo.** Conocer la prevalencia puntual de los trastornos y de los diferentes hábitos relacionados con el sueño infantil. Observar su impacto en el descanso familiar Tipo de estudio: Observacional y Transversal. Emplazamiento: Área Básica de Salud Urbana. Sujetos: Muestra aleatoria 135 niños de 6 meses hasta 10 años calculada con riesgo alfa 0,05 y precisión  $\pm 8\%$ .

**Mediciones e intervenciones.** Por encuesta de elaboración propia recogemos datos sobre el hábito del sueño.

**Resultados.** Por género: 75 (55,6%) eran varones. Edad media 4,3 años (DE 2,7). El 26,7% de los padres consideran que sus hijos presentan algún problema del sueño. El 22,2% de los niños viven el hecho de ir a dormir como una experiencia desagradable, precisan un elemento de transición el 56,3%. El 70,4% tarda menos de 20 minutos en dormirse pero el despertar nocturno se produce; 1 vez/noche (25,2%), dos veces/noche (10,4%), superior o igual a tres veces/noche (14,1%), no se despiertan (50,4%). El 20,7% de los niños se cambian de cama más de cuatro veces a la semana. Los despertares nocturnos crean una sensación de descanso insuficiente en el 22,2% de las familias. Observamos diferencias estadísticamente significativas por grupos de edad siendo de 6 meses a 2 años los que se despiertan más ( $p < 0,004$ ).

**Conclusiones.** La prevalencia de los despertares nocturnos por hijo es del 49,6% en nuestro estudio, produciendo un descanso insuficiente en la mitad de las familias, consultando el problema sólo una de cada cuatro de ellas.

## P167 ADOLESCENTES: SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR Y SALUD MENTAL

A. Perelló Bratescu, N. López Lapeña, C. Oriol Zerbe, C. Ruiz Cabello, E. Liso Vinyals y S. Nadal Gurpegui

EAP Raval Sud. CAP Drassanes. Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 31598sng@comb.es

**Objetivo.** Relacionar la situación sociofamiliar con la salud mental de nuestros adolescentes para elaborar y/o adaptar estrategias de abordaje de sus problemas.

**Diseño, ámbito y sujetos del estudio.** Estudio descriptivo transversal, 62 jóvenes de 13 a 20 años visitados en un centro de Atención Primaria de un barrio urbano marginal.

**Mediciones.** Durante la visita espontánea, se recogen datos sociodemográficos, genograma y estado de ánimo, a través de un cuestionario.

**Resultados.** 58,1% mujeres, edad  $18 \pm 1,87$  años. Inmigrantes 59,7%. Con residencia pero sin permiso de trabajo 19,4%, sin residencia ni permiso de trabajo 11,3%. Desagrupación familiar 35,5%. Estudian 58,1%, trabajan 29%. Con asignaturas pendientes 41,9%. Creyentes 51,6% (27,4% musulmanes, 19,4% cristianos). Tipos de familia más frecuentes: nuclear íntegra 53,2%, monoparental 22,6%. Acontecimiento vital estresante (AVE) 69,4%. Antecedentes familiares de patología mental 22,6%. Cuando tienen problemas hablan con: 14,5% nadie, 27,4% padres, 17,7% amigos, 9,7% pareja, 19,4% más de uno. Se sienten deprimidos 33,9%. Ideación suicida 12,9%. Diagnosticados de patología mental 21%. No encontramos diferencias estadísticamente significativas al cruzar variables sobre salud mental y situación escolar/laboral con la condición de ser inmigrante y del género (únicamente en sexo/sensación de depresión a favor de las mujeres con  $p = 0,0089$ ).

**Conclusiones.** Detectamos un alto porcentaje de factores de riesgo para patología mental (fracaso escolar, monoparentalidad, AVE, etc.). Las dificultades en la adaptación de adolescentes inmigrados (situación administrativa, desagrupación familiar) pueden suponer un riesgo para su salud mental. El hecho de no encontrar diferencias con la población autóctona podría explicarse por ser ésta una población marginal. El genograma se revela como instrumento de trabajo útil para detectar situaciones de riesgo.

## P168 NO PUEDO MÁS Y NO TENGO QUIEN ME AYUDE

J. Martínez Pascual, M. Sánchez González, F. Mora Vélez, M. Rodríguez Sánchez, A. Vega Moreno y M. Díaz Gallego

CS Villanueva del Río y Minas. Sevilla. Andalucía.  
Correo electrónico: msanzgonz@hotmail.com

**Objetivos.** 1. Describir el perfil del cuidador de nuestros enfermos crónicos. 2. Conocer su auto-percepción de salud y estimar la prevalencia de posibles trastornos psíquicos. 3. Valorar el nivel de sobrecarga e influencia en su vida cotidiana.

**Estudio.** Descriptivo transversal.

**Emplazamiento.** Dos pueblos mineros andaluces.

**Material y método.** Muestra: 113 cuidadores, finalmente reducida a 86 (descartamos cuestionarios incompletos, no colaboradores, pacientes con Índice-Katz A6B y cuidadores asalariados). Recogimos variables sociodemográficas y aplicamos: APGAR-familiar, Cuestionario de Salud General-Goldberg (GHQ-28), Perfil de Salud-Nottingham (NPH) y Escala de Sobrecarga del cuidador-Zarit, auto-administrados o aplicados por el entrevistador. Se analizó mediante SPSS v12.0.

**Resultados.** Perfil tipo del cuidador: mujer (88,4%), edad media 52,01  $\pm$  27,2 años, hija/esposa (67,4%) cuidadora principal una media de 10,81 años. Pertenecen a familia nuclear (el 58,2% en fase de contracción), que conserva su funcionalidad o presenta disfunción leve (86,1%). La prevalencia global de posible trastorno psíquico detectada por GHQ-28 es elevada (42,45%): síntomas somáticos inespecíficos (54,7%), ansiedad-insomnio (68,6%) y se correlaciona con los resultados del NPH: dolor (39,5%), trastorno emocional (45,3%) e insomnio (50%), aunque la cuidadora no percibe que este estado limite las actividades de su vida diaria (81,4%). En la escala de Zarit, los niveles de sobrecarga intensa aparecen en el 36% de los casos.

**Conclusiones.** El índice de trastornos psíquicos y la sobrecarga entre cuidadores de nuestros enfermos crónicos son elevados. Las consultas de Atención Primaria y el uso de instrumentos como el test de Zarit, resultan de enorme utilidad para detectarlos. Creemos necesarias redes de apoyo más reales que las existentes, destinadas a la mejora en la calidad de vida en este grupo de población.

## P169 PROBLEMÁTICA SOCIAL: ESTUDIO A TRAVÉS DE LA DEMANDA A LA TRABAJADORA SOCIAL DE UN CENTRO DE SALUD

M. Pinilla Macarro, D. García Vidal, M. Ruiz Batalla y O. Colet Villar

ABS Baix Penedès Interior. Arboç del Penedès. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: mpinilla@xarxatecla.net

**Objetivo.** Conocer la problemática social detectada a partir de la demanda realizada a la trabajadora social.

*Diseño y metodología.* Estudio descriptivo retrospectivo: revisión de los 250 casos atendidos por trabajadora social en Centro de Salud rural. Variables del: demanda, demandante, edad, sexo, estado civil, núcleo familiar, patología de base, problemática social.

*Resultados.* La demanda es realizada por iniciativa propia 34,5%, médico-enfermera 29,4% y por la familia 21,8%. Demandas principales: recursos sociales 60% y tramitación de tarjetas 22%. Perfil del demandante de recursos sociales: mujer 68%, edad media 32,8, casada 48%, convive con hijos y/o abuelos (54,6%/21,6%), el 82,5% diagnóstico de patología psiquiátrica, demandas: ayudas económicas 37,1% e institucionalización 17,5%. Problemática social detectada: dificultad en el cuidado del enfermo en domicilio 11,3%, familia con sobrecarga 10,3% y claudicación del cuidador 6,2%. Perfil del demandante de tramitación de tarjetas sanitarias: inmigrante 98%, hombre 81,8%, edad media 32,8%, soltero 72,7%, convive con amigos 40,9%, sin patología 81,1%. Problemática social detectada: falta de cobertura sanitaria 54,5%, ingresos insuficientes 13,6%, trabajo sumergido 13,6%.

*Conclusiones.* Encontramos 2 grupos de problemática social (la que implica al cuidador y la derivada de la inmigración precaria) que pueden influir sobre la salud individual dando lugar a patología psiquiátrica reactiva y/o al desarrollo de enfermedades orgánicas. El trabajo conjunto médico-enfermera con trabajadora social es fundamental, ya que la detección de problemática social pone de manifiesto la falta de salud social (forma parte del concepto de salud de la OMS). Su conocimiento puede permitir diseñar estrategias de prevención.

### P170 PROGRAMA APOC DE PROMOCIÓN DE LA SALUD: ESTIMA EL TEU COS, ETS TU

M. Adroher Muñoz, A. Comerma Méndez, P. Pérez Muñoz y C. Buñuel Álvarez

ABS Girona 4. Girona. Cataluña.  
Correo electrónico: p416umpc@pgirona.scs.es

*Objetivos.* Aplicación programa APOC: promoción de la salud respecto hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, otras drogas) y hábitos saludables (si autocura-enfermedades frecuentes y banales, no automedicación-antibióticos).

*Diseño.* Intervención comunitaria antes-después.

*Metodología.* Población 2.500 personas (17 y 35 años) 1999-2001. Pre y post programa encuesta autoaplicada con preguntas de conocimientos (C), actitudes (A) y comportamientos. Educación individual en la consulta (díptico diseñado por grupo APOC). Educación grupal mediante charlas y APOC flash. Trabajo comunitario: actividades monográficas (semana sin humo/atención con el alcohol/vive-libérate de las drogas/tómbola de la salud). Estadística: contraste proporciones para variables independientes ( $p < 0,05$ ).

*Resultados.* (PRE/POST) N = 542/491 encuestas. Tabaco: C buenos 92,4/94,3%  $p = 0,88$ , A positiva 44,3/46,8%  $p = 0,81$ , no consumo 52,4/55,2%  $p = 0,06$ . Alcohol: C 83,3/88,2%  $p = 0,017$ , A 83,5/79%  $p = 0,03$ , no consumo 30,6/32,4%  $p = 0,27$ . Otras drogas: C 87,8/87%  $p = 0,92$ , A 59,5/60,1%  $p = 0,4$ , no consumo- marihuana 86,9/80,2%  $p = 0,002$  - cocaína 97,8/96,9%  $p = 0,2$  - éxtasis 99,1/97,6%  $p = 0,027$  - anfetaminas 99,3/99,2%  $p = 0,44$  - heroína 0/99,6%  $p = 0,000$ . Fiebre: C buenos 29,7/36,3%  $p = 0,013$ , A positiva 51,6/47,7%  $p = 0,1$ , autocura 79,5/82,6%  $p = 0,1$ . GripE: C 10/12,8%  $p = 0,07$ , A 45,6/46,4%  $p = 0,39$ , autocura 77,1/80,2%  $p = 0,11$ . Diarreas: C 39,7/44,2%  $p = 0,4$ , A 58,5/57,6%  $p = 0,6$ , autocura 76,8/80,8%  $p = 0,003$ . Heridas: C 28/32,2%  $p = 0,07$ , A 51,7/56,6%  $p = 0,06$ , autocura 88,4/91,0%  $p = 0,08$ . Automedicación: C 53,9/57,2%  $p = 0,14$ , A 81,7/83,3%  $p = 0,25$ , no antibióticos 42,9/47,7%  $p = 0,07$ .

*Conclusiones.* 1. Es posible la realización de un programa APOC integrado en asistencia primaria. 2. Mejora sin significación del consumo de tabaco-alcohol y del nivel de autocura-automedicación. 3. Empeoramiento significativo del consumo de otras drogas (similar informe UE 2001). 4. La comunidad es compleja, ya es posible valorar los resultados de la intervención únicamente con datos estadísticos, los verdaderos cambios parten del alma.

### P171 APOYO SOCIAL, ¿MEJORA EL CANSANCIO DEL CUIDADOR?

M. Ko Bae, J. Bonet Simó, M. Rubio Villar, M. Pons Segura, L. Clotet Romero y M. Ruiz Cámara

CAP Badia del Vallès. Badia del Vallès. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 25978jbs@comb.es

*Objetiva.* Saber si un menor apoyo social se asocia con sobrecarga del cuidador de los pacientes en atención domiciliaria (ATDOM).

*Diseño y metodología.* Estudio descriptivo transversal, realizado en un Centro de Salud urbano. Incluimos en el estudio, los cuidadores principales de pacientes ATDOM por un período mínimo de 6 meses, entre 1/04/2003 a 31/03/2004. Exclusiones: negativa a participar. Se estudian variables del cuidador: edad, sexo, cuidador profesional, tiempo que cuida al paciente, enfermedades crónicas, test de Zarit (sobrecarga), cuestionario de MOS (apoyo social) y Apgar familiar (función familiar). Variables del cuidado: edad, sexo, escala de Barthel (actividades de la vida diaria), minimental (estado cognitivo) y causa de ATDOM.

*Resultados.* 63 pacientes, 77,8% mujeres, edad 58,27  $\pm$  14,8 años. Los cuidadores con sobrecarga, tienen 61,6  $\pm$  21,29 puntos en el MOS, frente a 76,81  $\pm$  18,41 en cuidadores sin sobrecarga ( $p < 0,01$ ). Para obtener una estimación del efecto del apoyo social sobre la sobrecarga del cuidador ajustado por otras variables y comprobar si persiste, realizamos una regresión lineal múltiple: el coeficiente de regresión de apoyo social es de -0,195 ( $t = -2,25$   $p < 0,03$ ). El coeficiente de determinación es 0,665. La ecuación resultante era, sobrecarga del cuidador = 40,22 - 16,98. Cuidador profesional - 0,195. MOS - 0,130. Barthel + 0,272. Minimental + 0,281. Edad del paciente.

*Conclusiones.* El 66,5% de la sobrecarga del cuidador se explica por apoyo social, estado cognitivo, grado de dependencia, edad del paciente, y si el cuidador es profesional. El apoyo social está relacionado con sobrecarga del cuidador. A más puntuación del MOS, menor puntuación del Zarit, es decir menor sobrecarga.

### P172 SOBRECARGA DEL CUIDADOR: ¿POR QUÉ?

M. Rubio Villar, M. Caldés Llevot, S. Kadar Lain, M. Ruiz Cámara, M. Pons Segura y O. Correcher Aventin

CAP Badia del Vallès. Badia del Vallès. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 25978jbs@comb.es

*Objetiva.* Conocer el perfil del cuidador con sobrecarga.

*Diseño y metodología.* Estudio descriptivo transversal, realizado en un centro de salud urbano. Se incluyeron cuidadores principales de pacientes incluidos en el programa de Atención domiciliaria (ATDOM) por un período mínimo de 6 meses, entre 1/04/2003 a 31/03/2004. Exclusiones: negativa a participar. Se han estudiado, variables del cuidador: edad, sexo, nivel cultural, actividad, cuidador profesional, parentesco, tiempo que cuida al paciente, enfermedades crónicas, test de Zarit que valora la sobrecarga, cuestionario de MOS que valora apoyo social y Apgar familiar para valorar función familiar. Variables del cuidado: edad, sexo, escala de Barthel para las actividades de la vida diaria, minimal para valorar el estado cognitivo, causa ATDOM y escala analógica visual que valora estado de ánimo.

*Resultados.* 63 cuidadores, 77,8% mujeres, edad 58,27  $\pm$  14,8 años, con 121,6  $\pm$  121,2 meses atendiendo al paciente. Los cuidadores con sobrecarga tienen menor puntuación en el MOS (61,6  $\pm$  21,3 frente a 76,81  $\pm$  21,3,  $p < 0,013$ ), llevan más meses cuidando (139,3  $\pm$  128,2 frente a 69,5  $\pm$  80,  $p < 0,015$ ), y los pacientes a los que cuidan tienen menor puntuación en el Barthel (53,5  $\pm$  25,9 frente a 78,4  $\pm$  29,0,  $p < 0,002$ ). Los resultados no fueron estadísticamente significativos para el resto de las variables estudiadas.

*Conclusiones.* El cuidador con sobrecarga es un cuidador con pobre apoyo social, que cuida a un paciente dependiente y que lleva tiempo ejerciendo su rol. Desde Atención Primaria deberíamos trabajar sobre el apoyo social, ya que es un factor modificable.

### P173 EFECTOS DE TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS CON RELAJACIÓN DINÁMICA SOBRE LA PERCEPCIÓN DE SALUD GLOBAL

C. Martínez García-Olalla, J. Villarroel Rodríguez, I. Pérez Soria, I. Manrique Romero, R. Jérez Basurco y N. de la Peña

EAP Legazpi. Madrid.  
Correo electrónico: carlosmargar@inicia.es

*Objetivos.* Pretendemos medir los efectos de una intervención sobre el estrés en la percepción de salud general de trabajadores.

*Metodología.* Estudio Cuasi-experimental, antes-después. Se realiza la actividad para 155 trabajadores de la administración. Se trabajan las siguientes técnicas: Respiración, Alimentación, Pensamiento, Humor, Relajación Dinámica, Gestión del Tiempo, Equilibrio interhemisférico,

Anticipación. Administramos en Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ 28 Ítem), antes de intervenir, y posteriormente a 6 y 12 meses. Se estudiaron los resultados de cada dimensión del test. Los resultados se analizaron mediante la prueba del Chi Cuadrado (variables cualitativas) y la t de Student de muestras relacionadas para las cuantitativas. Se presentan los intervalos de confianza (IC) del 95%.

**Resultados.** Hay 155 encuestas iniciales: 132 mujeres (85%), 23 varones. Se recogen 117 respuestas a 6m (75,5%), y 107 a 12m (69%). La edad de participantes oscila de 24-63 años. (Mediana: 43) TOTAL: Mejora media intrasujeto 6m: 3,39 (IC95% 2,40-4,38). Al año: 3,78 (IC95% 2,65-4,90). Todos los valores hallados en los 4 subapartados del test (Somatizaciones, Ansiedad-Insomnio, Disfunción Social y Depresión Grave) son estadísticamente significativos a los 6 y 12m.

**Conclusión.** El aprendizaje de técnicas de control de estrés, con relajación dinámica ayuda a mejorar la percepción de salud general medida con el GHQ de Goldberg, en todos sus apartados. Las mejoras medidas a los meses se mantienen al año.

### P174 PREVALENCIA DEL CONSUMO DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES QUE CONSULTAN AL MÉDICO DE FAMILIA

R. Cuerva Gómez, G. García Lirio, M. Rueda Illescas, L. Burgos Ruiz, J. Bravo Pérez y R. de Marcos Moya

CS Almanjajar. CS Cartuja. CS La Chana. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: graciaigl@telefonica.net

**Objetivos.** Conocer la prevalencia del consumo habitual de benzodiazepinas para dormir, el perfil de los consumidores y su efectividad.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal, multicéntrico.

**Emplazamiento.** Seis cupos de tres centros de salud urbanos y docentes.

**Sujetos.** Muestreo consecutivo de pacientes a demanda durante un mes, tamaño para  $p = 0,5$ ,  $\alpha = 0,05$  y precisión 7%.

**Mediciones.** Al finalizar la consulta se administraba al paciente un cuestionario con sexo, edad y consumo habitual de benzodiazepinas para dormir (CBZD). En caso afirmativo, se completaba con estado civil, estudios, situación laboral, enfermedad psíquica y tipo, tipo de insomnio, fármaco y eficacia.

**Resultados.** 207 pacientes, 46 CBZD, prevalencia 22,2% (IC 95%: 17%; 28%) sin diferencias de sexo con los no consumidores, y mayor edad que estos ( $58 \pm 14,6$  vs.  $46 \pm 19,1$  años,  $p < 0,001$ ). Entre los CBZD el 74% casados, 56% sin estudios, 26% trabaja, 41% jubilados/pensionistas; 63% presenta algún trastorno psíquico: 96% (18) ansiedad-depresión; la mayoría (63%) presenta insomnio del primer periodo (dificultad conciliar sueño); 24 (52,3%) personas utilizan benzodiazepinas de Vm corta y 22 de Vm media-larga. El tratamiento es eficaz para el 61% (28) de los pacientes, con un consumo superior a 5 días/semana en el 70% de casos.

**Conclusiones.** La prevalencia del consumo de benzodiazepinas para dormir es elevada, quizás sobreestimada debido al corto período de recogida de datos que aumenta la representación de hiperfrecuentadores. La edad de los que consumen benzodiazepinas es superior a la media de los pacientes que acuden a consulta a demanda. El tratamiento tiene una eficacia solo moderada por lo que debería ser revisado por el médico.

### P175 ATENCIÓN PRIMARIA Y MÉDICOS DE FAMILIA EN CHILE

A. Valero Suau, A. Soler Costa, O. Fernández, X. Contreras, I. Guajardo y V. Rojas

ABS Gòtic. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: mfam0105@yahoo.es

**Objetivo.** Describir el sistema de atención primaria (AP) en Chile mediante visitas a diferentes centros de AP.

**Descripción.** El nivel primario de atención es el primer nivel en la organización del sistema de salud, que es el de mayor cobertura poblacional y menor complejidad. Consta de un total de 526 consultorios generales urbanos y rurales y 1840 postas y estaciones médicas rurales, haciendo un total de 2366 centros de atención primaria. Esto significa un consultorio por 28500 habitantes aproximadamente. Los actuales consultorios de AP, formados por médicos generales, están en transición hacia Centros de Salud Familiar (CESFAM). Éstos están formados por un médico de familia o un becado en Salud Familiar y deben cumplir determinados requisitos técnicos e infraestructuras establecidos. En la actualidad existen 45 CESFAM. En el nivel secundario, existe un nuevo tipo de estableci-

mientos ambulatorios: los Centros de Referencia de Salud (CRS). Existen 6 en el país, de ellos 5 en la región metropolitana. Han sido definidos como establecimientos de nivel de complejidad intermedia otorgando atención de referencia, en cuanto a prestaciones diagnósticas y terapéuticas, a los pacientes derivados desde los centros de AP. Están formados por cuatro especialidades básicas: medicina familiar, pediatría, cirugía y ginecología-obstetricia. En estos centros, el médico de familia realiza función de consultor para los médicos generalistas de los centros de AP.

**Conclusiones.** El sistema de AP chileno se encuentra en proceso de transformación, otorgando gran importancia a la medicina familiar tanto en los CESFAM como en los CRS.

### P176 MALESTAR PSÍQUICO Y HOSTELERÍA

J. Roca, D. Sánchez-Cuadrado, M. Llabrés, I. Torrens, A. Martínez y A. Sebastián

CS Calvià. Unidad Docente MFyC Mallorca. Calvià. Illes Balears.  
Correo electrónico: ephest@hotmail.com

**Objetivo.** Comparar el malestar psíquico en pacientes que trabajan en hostelería y en pacientes de profesiones.

**Diseño.** Estudio descriptivo.

**Ámbito de estudio.** Zona básica de salud en municipio turístico.

**Sujetos.** Muestra aleatoria de 191 pacientes entre 18-65 años atendidos en tres consultas durante mayo y junio de 2004, excluyendo turistas y no activos laborales.

**Mediciones.** Mediante cuestionario auto-cumplimentado investigamos: malestar psíquico (test GHQ-edad, sexo, lugar de nacimiento, lugar de residencia, ocupación, y soporte social (test Duke-Unk), de servicios sanitarios en el último mes, y consumo de psicofármacos.

**Resultados.** 60% menores 45 años, 42% varones, 65% en pareja, 35% sin hijos, 50% trabaja en hostelería, 40% trabaja más de 40 horas semanales, 65% estudios primarios completos, 88% españoles, media (DE = 1,1) visitas médico y 0,5 (DE = 0,9) a urgencias. Prevalencia de malestar psíquico 44,3%, un consume tranquilizantes y 14% antidepressivos, 15,9% tiene apoyo social bajo. La prevalencia de psíquico es similar en los trabajadores de hostelería comparado con otras profesiones ( $P = 0,9$ ). El psíquico se asocia a IT en últimos 6 meses ( $P < 0,001$ ), al consumo de tranquilizantes y antidepressivos

( $P < 0,001$ ), a la falta de apoyo social ( $P = 0,002$ ) a estar separado-viudo ( $P = 0,011$ ) y a un mayor uso consultas médicas y urgencias ( $P > 0,008$ ).

**Conclusiones.** El trabajar en hostelería no implica mayor malestar psíquico al inicio de la temporada. Sin embargo, podría deberse a una variación estacional paralela al turismo por lo que una reevaluación finalizada la misma, aportaría más información.

### P177 CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS DURANTE LA ADOLESCENCIA. DIFERENCIAS ENTRE EL MEDIO RURAL Y EL URBANO

A. Pérez Milena, M. Martínez Fernández, R. Pérez Milena, S. Píccoli García, P. del Moral Campos y J. Milena Jiménez

CAP de Jimena. Jaén. Andalucía.  
Correo electrónico: alejandropm@supercable.es

**Objetivos.** Conocer el patrón de consumo de alcohol, tabaco y drogas entre adolescentes, y las diferencias entre las zonas rural y urbana.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal Material y métodos: Encuesta auto-administrada (patrón de consumo y cantidad) a alumnos de dos Institutos de Enseñanza Secundaria (rural y urbano). El alcohol se valora en unidades de bebida estándar (UBE).

**Resultados.** 386 adolescentes (67% urbano), edad 14,4 años ( $\pm$  EEM0, 35) y 51% varones. El consumo de alcohol varía en medio rural (esporádico) y urbano (fin de semana) (no consumo: rural 49%-urbano 59%; esporádico: 39%-21%; fin de semana: 12%-19%; diario: 0%-1%;  $p < 0,01$ ,  $\chi^2$ ). El 56% beben "copas" (mujer:  $61\% \pm 4,3$ ; hombre:  $50\% \pm 4,5$ ;  $p < 0,05$ ,  $\chi^2$ ), 23% cerveza y 21% vino (mujer:  $16\% \pm 3,3$ ; hombre:  $31\% \pm 4,2$ ;  $p < 0,05$ ,  $\chi^2$ ). La cantidad de alcohol ingerida varía según el patrón de consumo (esporádico: 5,1 UBE  $\pm 0,3$ ; fin de semana: 8,7 UBE  $\pm 0,7$ ; diario: 21 UBE  $\pm 5,7$ ;  $p < 0,001$ , ANOVA). El tabaquismo es mayor en medio urbano (no consumo: rural 85%-urbano 71%; esporádico: 5%-12%; fin de semana: 3%-4%; diario: 7%-14%;  $p < 0,05$ ,  $\chi^2$ ). El número de cigarrillos/día varía según el patrón de consumo (esporádico:  $4,1 \pm 0,7$ ; fin de semana:  $5,1 \pm 1,3$ ; diario:  $12,7 \pm 1,6$ ;  $p < 0,001$ , ANOVA), estando asociado con la can-

tividad de alcohol que toma el adolescente ( $r = 0,57$ ;  $p < 0,05$ , Pearson). El consumo de drogas (cannabis 93%, diseño 7%) es superior en medio urbano (no consumo: rural 95%-urbano 84%; esporádico: 4%-11%; fin de semana: 1%-3%; diario: 0%-3%;  $p < 0,05$ ,  $\chi^2$ ), y se relaciona con mayor ingesta etílica ( $9,6 \text{ UBE} \pm 1,9$ ;  $2,1 \text{ UBE} \pm 0,2$ ;  $p < 0,001$ , t Student) y de tabaco ( $10,4 \text{ cigarrillos/día} \pm 2,7$ ;  $0,8 \pm 0,2$ ;  $p < 0,001$ , t Student).

**Conclusiones.** El patrón de consumo de sustancias tóxicas es diferente según donde viva el adolescente, influyendo sobre el tipo y cantidad de tóxicos que consume. Las actividades preventivas deberían tener en cuenta estas características diferenciales.

### P178 PLANTAS MEDICINALES: ¿LAS CONSUMEN NUESTROS PACIENTES?

E. Polentinos Castro, N. García Arpa, M. Pinel González, F. Perales González, L. del Río Martín y M. Figueroa Martín-Buitrago

CS San Blas. Parla. Madrid.

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

**Objetivos.** Estimar la prevalencia de consumo de plantas medicinales en la población consultante de un centro de salud. Describir las características de consumidores y no consumidores y analizar posibles diferencias entre ellos.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal en el ámbito de Atención Primaria (AP). Participantes: muestra aleatoria de 400 pacientes que consultaron por cualquier motivo durante los meses de abril y mayo de 2004.

**Mediciones.** Variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios), antecedentes sobre enfermedades crónicas y consumo de medicación y cuestionario de elaboración propia que recoge diferentes aspectos relacionados con el consumo de plantas medicinales.

**Resultados.** Edad media = 50,6 años (IC95 = 48,1-53,1), mujeres 57,8% (IC95 = 53-62,6%). Prevalencia de consumo 31,7% (IC95 = 27,2-36,2%), siendo significativamente mayor en mujeres (41,7%, IC95 = 36,9-46,5%,  $p < 0,001$ ) y cuando existe al menos una enfermedad crónica (36,4%, IC95 = 31,7-41,1%,  $p = 0,02$ ). No hallamos diferencias significativas al analizar según el resto de variables. La mayoría usaba plantas medicinales sin conocimiento de su médico (90,5% IC95 = 87,7-93,3%), refirió que su uso provocaba efectos benéficos (77,8%, IC95 = 73,8-81,8%), las compraba en el herbolario (46%, IC95 = 41,2-50,8%), había comenzado su utilización siguiendo el consejo de conocidos o familiares (42,9%, IC95 = 38,1-47,7%), las usaba diariamente (66,7%, IC95 = 62,1-71,3%) y para controlar síntomas digestivos (38,1%, IC95 = 33,4-42,8%) o psicológicos (36,5%, IC95 = 31,8-41,2%).

**Conclusiones.** La prevalencia de consumo de plantas medicinales entre los pacientes que consultan en nuestro centro es elevada, siendo las mujeres y los que tienen enfermedades crónicas los que más las utilizan. La mayoría lo hace sin conocimiento de su médico y para tratar síntomas digestivos o psicológicos.

### P179 ¿UTILIZAN NUESTROS PACIENTES MEDICINAS ALTERNATIVAS?

O. Colet Villar, M. Pinilla Macarro, M. Ruiz Batalla y D. García Vidal

ABS Baix Penedès Interior. Arboç del Penedès. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: mpinilla@xarxatecla.net

**Objetiva.** Conocer el uso de la llamada medicina alternativa por parte de los pacientes de nuestra consulta.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta auto-complementada a pacientes de 4 consultas de Centro de Salud del ámbito rural durante..... días. Variables a estudio: edad, sexo, patología crónica, uso de tratamiento con hierbas, curandero, acupuntura y otras. Grado de satisfacción, motivos y frecuencia de su uso.

**Resultados.** Se analizan 125 encuestas. 77% mujeres, edad media 51 años, con enfermedad crónica un 49,5%, uso de medicación crónica 48%. Utiliza hierbas un 34,5% de los cuales un 10,4% es por conocimientos propios en primer lugar (porcentaje superior a los que las utilizan por consejo médico). Tila y valeriana son las más usadas en un 8,8%; se utilizan hierbas principalmente como relajante. Un 8% acude a curandero con motivo principal el dolor. El 25% acude a acupuntura y homeopatía en un 12,8%; en los 2 casos por dolor muscular principalmente. Un 5% hace reflexoterapia por control de dolor. En todos los casos la mayoría considera que les ayudó parcialmente en su dolencia.

**Conclusiones.** 1. Los pacientes de nuestra consulta usan en gran medida medicinas alternativas. 2. Es el uso de hierbas y acudir a acupuntura son los tipos de medicina alternativa más empleados. 3. El motivo principal de su uso es el control del dolor y la ansiedad.

## MESA 1

### Pacientes difíciles, médicos difíciles, encuentros difíciles

### P180 ENFERMEDADES RARAS, ¿PACIENTES DIFÍCILES? ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA A PADRES DE SÍNDROME DIDMOAD

G. Esteban Bueno, M. Alcalá Cornide y M. Fernández Baena

CS Mijas-Costa. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: mariscalcala@mixmail.com

**Antecedentes.** DIDMOAD es una enfermedad genética autosómica recesiva consistente en diabetes mellitus, atrofia óptica, diabetes insípida y sordera de comienzo infantil.

**Objetivos.** Conocer la calidad de vida de todos los padres de estos enfermos existentes en España.

**Materiales y métodos.** Padres de los 23 casos censados en España con DIDMOAD. Entrevista estructurada y cuestionario de calidad de vida C.C.V.

**Resultados.** C.C.V.: 1) Apoyo Social: 48,1/49. 2) Satisfacción General: 39,3/42,8. 3) Bienestar físico/psíquico: 22,4/24,3. 4) Ausencia de sobrecarga laboral: 18,5/19,9. Reacciones emocionales tras el diagnóstico: impotencia, miedo, frustración, rabia, negación. Cambios en la vida de los padres: actividades sociales y ocio mermadas. Situación económica familiar: 52% padres han sufrido cambios a peor, 3% madres debieron dejar trabajo. Tiempo mínimo de adaptación: 2 años. Presentan una media más baja de calidad de vida que población de referencia pero no es estadísticamente significativa. Las relaciones familiares son bastante o muy buenas en 85%. La mayoría de los padres necesita al menos 3 especialistas para el seguimiento, existiendo retrasos de 3-4 años en diagnóstico, con sufrimiento que produce. Los padres también necesitan apoyo psicológico.

**Conclusiones.** 1) La calidad de vida de los padres de enfermos con DIDMOAD es menor, aunque no de forma significativa respecto a la media poblacional. 2) El médico de familia es el responsable de coordinar la patología del enfermo y sobre todo detectar la patología psicológica y social de los padres y/o cuidadores de enfermos con patologías poco frecuentes, que a menudo resulta olvidada.

### P181 ¿SON REALMENTE DIFERENTES LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO SEGUIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA?

M. Valero Zanuy, E. Gutiérrez Álvarez, R. Osorio Suárez, M. León Sanz y F. Hawkins Carranza

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Correo electrónico: mleon@h12o.es

**Objetiva.** Valorar si existen diferencias psicológicas y nutricionales en los pacientes diagnosticados de trastorno del comportamiento alimentario (TCA) seguidos en Atención Primaria y Especializada.

**Diseño y metodología.** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo. **Sujetos.** Individuos atendidos en consulta de Psiquiatría en los últimos dos años con el diagnóstico de TCA según DSM-IV.

**Mediciones.** Datos demográficos (edad, sexo, nivel cultural, actividad laboral, procedencia: Atención Primaria vs. Especializada), datos nutricionales (peso, índice de masa corporal, calorías ingeridas) al diagnóstico, al 3er y 12º mes, datos psicológicos (tipo TCA, medidas purgativas, antecedentes psiquiátricos) y datos analíticos (hemograma y bioquímica general).

**Estadística.** Descriptiva, comparación de medias para variables cuantitativas,  $\chi^2$  para variables cualitativas. Significación  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se estudian 26 pacientes (22 mujeres:  $26,4 \pm 5,9$  años, IMC  $19,34 \pm 5,18 \text{ kg/m}^2$ , 24% en amenorrea y 4 varones:  $24,2 \pm 5,2$  años, IMC  $16,47 \pm 1,30 \text{ kg/m}^2$ ) con TCA: 30,8% tipo bulimia purgativa,

26,9% anorexia purgativa, 26,9% anorexia restrictiva y 15,4% otros. Edad al diagnóstico 20,6 ± 6,2 años. 14 controladas en Atención Primaria y 13 en consulta hospitalaria de Endocrinología. El tipo de TCA más frecuente en Primaria es la anorexia (66,6%) y en Especializada la bulimia (35,3%). No existen diferencias en el perfil demográfico, nutricional o analítico entre ambas poblaciones. Existe una tendencia a mayor ganancia de peso al año de seguimiento en pacientes atendidas en Primaria.

**Conclusiones.** Los pacientes con TCA atendidos en consulta de Atención Primaria y Especializada son muy similares en sus aspectos demográficos y nutricionales. En Primaria prevalece la anorexia y en Especializada la bulimia.

### P182 SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES DE UN CENTRO DE SALUD: EFECTIVIDAD PARA LA IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

S. Calvet Junoy, P. Montero Alía, C. Pareja Rosell, A. Sáez Jiménez, J. Davins Miralles y B. Port Gimeno

ABS La Mina. Sant Adrià de Besos. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: romet@bsab.com

**Objetivo principal.** Analizar las oportunidades de mejora (OM) de origen interno detectadas mediante el estudio de las reclamaciones realizadas en un centro de salud (CS).

**Objetivos secundarios.** a) Conocer la efectividad para la identificación de OM de un sistema de notificación de reclamaciones (SNR). b) Conocer la pertinencia de las reclamaciones (el grupo de mejora de calidad del CS evalúa cada reclamación y decide si es pertinente: apropiada por tener una causa organizativa o del profesional que la justifique). c) Conocer grado de solución de la OM.

**Diseño y metodología.** Descriptivo longitudinal retrospectivo. Ámbito: atención primaria. Sujetos: OM detectadas entre abril 1989-diciembre 2003 a partir del registro informatizado del programa de mejora de la calidad (PMC). Se excluyen del análisis las reclamaciones de origen externo. Variables: Total de reclamaciones y OM detectadas, OM detectadas mediante SNR, efectividad del SNR para detectar OM de origen interno no detectadas mediante otros métodos, clasificación, causas, pertinencia, solución de las OM pertinentes.

**Resultados.** Total reclamaciones: 183. Total OM detectadas por PMC: 492 y mediante el SNR: 90 (61 de origen interno). OM de origen interno detectadas exclusivamente mediante SNR 46 (efectividad: 46 / 492 = 9,3%). Clasificación: organización / trámites 28; asistencial 11; trato 8; habitabilidad / confort 8; información 4; documentación 2. Pertinencia: 42 (68,9%). Solución: 27 (64,3%): asistencial 66,7%; trato 71,4%; información 100%; organización/trámites 57,9%; habitabilidad / confort 62,5%; documentación 50%.

**Conclusiones.** El SNR es un método a tener en cuenta para detectar OM en un CS. La mayoría de OM se relacionan con aspectos de organización y asistenciales. El grado de solución de las OM pertinentes es aceptable.

### P183 ¿ESTÁN SATISFECHOS LOS PACIENTES DE TRATO DIFÍCIL CON LA ATENCIÓN RECIBIDA EN SU CENTRO DE SALUD?

M. Licerán Sanandrés, X. Mas Garriga, M. Solé Dalfó, D. Riera Cervera, J. Hernández Perella y F. Millet Medina

ABS Santa Eulàlia Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 22716xmg@comb.es

**Objetivos.** Valorar la satisfacción de los pacientes de trato difícil (PD) atendidos por un equipo de atención primaria (EAP), sobre aspectos organizativos y de atención recibida.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito.** Centro de salud urbano. Participantes: los PD seleccionados por 9 médicos de un EAP (criterios de Ellis y O'Dowd), que acudieron a consulta entre Marzo-Mayo de 2004.

**Método.** Se entregó cuestionario de satisfacción auto-administrado, anónimo, elaborado y validado por el Institut Català de la Salut, que para su análisis se divide en 8 dimensiones, valoradas del 0 al 10. Se compararon los resultados con los obtenidos en junio de 2003 en una muestra representativa de la población general atendida por el EAP. Variables: sexo, edad, satisfacción por dimensiones.

**Resultados.** 52 cuestionarios (50% de los entregados), 4 nulos. 30 (62%) mujeres, 18 (38%) hombres, edad media 61,5 años (DE 12,3). Puntuación

media por dimensiones: organización 7,2 (DE 1,8), atención por médicos 8,4 (DE 2,1), por enfermería 7,9 (DE 2,1), por administrativos 6,9 (DE 1,9), atención-resolución 7,2 (DE 2), instalaciones 7,6 (DE 1,7), satisfacción global 7,5 (DE 1,8; IC 95% 7-8), satisfacción total 7,2 (DE 1,6; IC 95% 6,8-7,7). El 91,7% (IC 95% 80-97,7) recomendaría a sus amigos ser atendidos en nuestro centro. Todas las puntuaciones son superiores a las de la muestra de la población general, aunque sin significación estadística las dimensiones atención por médicos y enfermería.

**Conclusiones.** Aunque a menudo la relación con PD tiene características disfuncionales, estos muestran un alto nivel de satisfacción con el EAP en todas las dimensiones evaluadas, superior incluso al de la población general atendida.

### P184 PACIENTES DE TRATO DIFÍCIL EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CONSENSO

X. Mas Garriga, M. Solé Dalfó, M. Licerán Sanandrés, J. Hernández Perella, J. Monedero Boado y D. Riera Cervera

ABS Santa Eulàlia Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 22716xmg@comb.es

**Objetivos.** Identificar y describir encuentros difíciles (ED) con pacientes. Acordar una definición y clasificación de paciente difícil (PD) entre diferentes grupos de profesionales de un equipo de atención primaria (EAP). Diseño: estudio descriptivo, cualitativo. Ámbito: centro de salud urbano. Participantes: los 12 médicos de familia, 3 pediatras, 12 enfermeras y 10 auxiliares administrativos (AA) de un EAP.

**Método.** 1ª fase: se recogieron, mediante cuestionarios con preguntas abiertas, las sugerencias de los distintos profesionales sobre ED, definición de PD y sus diferentes tipos. 2ª fase: se discutieron dichas sugerencias en grupos focales (grupo medicina general (MG), grupo pediatría (P), ambos con sus profesionales de enfermería, grupo AA), para obtener una definición común y clasificación de PD. Variables: ED, definición y tipos de PD.

**Resultados.** Los tres grupos acuerdan una definición de PD (paciente que provoca habitualmente malestar en quien le atiende, con riesgo de ocasionar disfunciones durante su atención), describen hasta 58 ED y coinciden en identificar 5 tipos comunes de PD (exigente, negativo, desconfiado, espabilado, con límites comunicacionales). MG y P coinciden además en el paciente hiperfrecuentador y el negador. El grupo de AA identifica 5 tipos propios (indeciso, organizador, sobreinformado, alborotador, indocumentado), el de MG 3 (hipocondríaco, manipulador, falso adulator) y pediatría, para quien es fundamental diferenciar entre niños y padres difíciles, 4 más (inquieto, irritable, somatizador, padres negligentes).

**Conclusiones.** Los profesionales del EAP acuerdan una definición común de PD, identifican múltiples y variados ED y establecen una clasificación de PD con diferencias según el grupo al que pertenecen.

### P185 PERFIL DEL PACIENTE DIFÍCIL EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Junyent Priu, A. Anguila Guimet, D. Martí Grau, A. Benavides Ruiz y J. Camp Herrero

CAP Les Corts. Gesclínic. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: mireiajunyent@wanadoo.es

**Objetivo.** Determinar el perfil socio-demográfico y clínico de los pacientes difíciles (PD) atendidos en Atención Primaria (AP).

**Diseño.** Descriptivo transversal.

**Ámbito.** Centro de Atención Primaria (CAP) urbano.

**Metodología.** En junio de 2004, se escogieron del listado de cita previa de 3 consultas de AP, a todos los pacientes que se ajustaban a los criterios de Ellis (pacientes que provocan nudo en el estómago al leer su nombre en el listado) y de O'Dowd (pacientes capaces de producir malestar). Se analizaron: sexo, edad, situación familiar, estado laboral, hábitos tóxicos, comorbilidad, frecuentación en el último año y existencia de sociopatía.

**Resultados.** Se obtuvieron 97 PD (5,3% de las consultas realizadas). El 67% eran mujeres con una edad media de 62 ± 17 años. El 45% estaban casados con hijos. El 31% había solicitado la baja laboral en alguna ocasión y el 7% estaban de baja laboral en la actualidad. El 17% eran fumadores. Las patologías asociadas más frecuentes fueron: patología osteoarticular en un 52%; hipertensión arterial, 50%; dislipemia, 49%; ansiedad-depresión, 43% y trastornos digestivos, 31%. La frecuentación media fue de 12 visitas anuales por médico de AP; 6, por enfermería y 5

por especialistas. La asistente social de nuestro centro había intervenido en el 8% de los casos por sociopatía.

**Conclusiones.** El perfil del PD es una mujer de mediana edad, con psicopatología asociada e hiperfrecuentadora. Un tercio de los casos han solicitado la baja laboral en alguna ocasión. La detección de la problemática social en estos pacientes es considerable.

### P186 TUBERCULOSIS BACILÍFERA, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA. DIFICULTAD PARA REALIZAR EL AISLAMIENTO RESPIRATORIO Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

M. Sánchez Benítez, de Soto, M. Peñafiel Escamez, M. Fernández Fernández, A. Toro de Federica, R. Luján y A. Ochoa

CS Santa María del Águila. Distrito Poniente. Almería. Andalucía.  
Correo electrónico: marisasanchez@papps.org

**Objetivos.** Describir una serie de casos de tuberculosis (TB) bacilífera, en seguimiento por el dispositivo de tuberculosis de AP del distrito Poniente de Almería (UTB). Detectar los factores de riesgo sociosanitarios que dificultan la adherencia al tratamiento y el aislamiento respiratorio.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo de casos de TB bacilífera (microbiología positiva) atendidos en 2003 (datos de historia clínica). Análisis de las características relacionadas con el hacinamiento en el domicilio (datos de ficha social).

**Resultados.** De 90 casos atendidos 48 (53,33%) son bacilíferos y precisan aislamiento respiratorio (habitación individual, con ventana). 19 viven en condiciones de hacinamiento, 18 reúnen condiciones que garantizan el aislamiento respiratorio y de 11 no se puede recoger el dato por rechazar la entrada en su domicilio. A fecha de 15 de junio de 2004, 30 pacientes alta por curación, 3 trasladado, 2 abandono, 2 fallecen y 11 continúan en tratamiento.

**Discusión.** Aproximadamente un 40% de los pacientes que precisan aislamiento respiratorio no reúnen condiciones en su domicilio que lo garantice, generando un grave problema de salud pública. La UTB organiza una supervisión capaz de incentivar a los pacientes con la única herramienta de que dispone: la consecución del cumplimiento terapéutico, para disminuir la capacidad de transmitir la enfermedad por vía aérea, garantizar la curación y evitar resistencias.

**Conclusiones.** El estrecho seguimiento por parte de la UTB, proporciona resultados aceptables con relación a la adherencia al tratamiento e intenta solventar un problema de Salud Pública. Las zonas con alta tasa de tuberculosis deberían disponer de más recursos sociales comunitarios y hospitales de larga estancia.

### P187 AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES SUBSAHARIANAS QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD DE MALLORCA

C. García Pereira, S. March Llull, M. Ramos Montserrat, I. Soler Cubí, P. González Montiel y F. Bestard Reus

CS Sont Gotleu. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: smarch@ibsalut.caib.es

**Objetivos.** Describir las características sociodemográficas y laborales, autopercepción de salud y opinión sobre el centro de salud de las mujeres subsaharianas.

**Diseño.** Descriptivo.

**Ámbito.** Centro de salud urbano con un alto porcentaje de inmigrantes.

**Población.** Mujeres subsaharianas que acuden al centro.

**Mediaciones.** Cuestionario elaborado por el equipo, con preguntas abiertas, en español e inglés, mediante entrevista.

**Resultados.** Se realizaron 25 entrevistas. La media de edad fue 27,5 (rango: 18-34). El 80% eran nigerianas. El 45,6% procedía directamente de África, el 18,2% de Italia y el 36,1% de otra ciudad española. Llevaban una media de 3,5 años en España. Habían estudiado una media de 11 años. El 72% tenían permiso de residencia, el 64% de trabajo y el 87,5% tarjeta sanitaria. El 88% tenían pareja y el 44% hijos. El 44% trabajaba, destacando como ocupaciones: lavandería, hostelería, servicio doméstico, locutorio, prostitución. El 79,2% afirmó que su estado de salud era bueno o muy bueno, el 16,7% regular y 4,2% malo. Las mujeres con hijos y las que trabajaban tuvieron mejor autopercepción de salud. El 44% tomaba algún fármaco, principalmente ácido fólico. Las entrevistadas mostraron estar satisfechas con su centro porque es gratuito, su médico las

atiende bien, está cerca. Pero consideran que debería reducirse la lista de espera de ginecología y que faltan traductores.

**Conclusiones.** Los resultados obtenidos contrastan con la imagen arquetípica de las mujeres subsaharianas. Llama la atención que más de la mitad no trabaje. Su estado de salud percibida es, aparentemente, similar al de la población autóctona.

### P188 NUESTROS PACIENTES DIFÍCILES: CÓMO SON Y QUÉ NOS TRANSMITEN

Y. Taravilla Surós, I. Escalante Isar, N. Quesada Couceiro, I. Ratia López, O. Otero Bermejo y R. Corio Andújar

ABS Martí i Julià. Cornellà de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: nquesada.cp@ics.scs.es

**Objetivo.** Describir las características de nuestros pacientes difíciles (PD).

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento.** ABS urbana con 25.454 pacientes.

**Sujetos.** Pacientes que acuden a 10 consultas durante 1 mes, con criterios de PD según definición de Ellis (aqueel que provoca nudo en el estómago al ver su nombre en el listado).

**Material y métodos.** Se recogen las variables: edad, sexo, estado civil, situación laboral, patología médica, número de cambio de médicos, número de visitas, derivaciones y pruebas en los últimos 6 meses, número de fármacos, tipo de PD (clasificación de Groves modificada), sentimiento generado al profesional y resultado de la visita.

**Resultados.** 52 pacientes (73% mujeres), 86,6% mayor o igual de 45 años. Casados 71,4%, jubilados 53,8%. El 96,2% presentan patología médica: osteoarticular crónica 77%, cardiovascular 50%, salud mental 42,3%. Media de: 2,52 cambios de médicos, 9,17 visitas, 2,03 derivaciones y 2,23 pruebas en los últimos 6 meses. El 61,5% toman 3 o más fármacos. Tipo de paciente: Pasivo-dependiente 25%. Exigente-agresivo 23,1%. Manipulador-masoquista 23,1%. Negador-autodestructivo 3,8%. Emotivo-seductor 11,5%. Somatizador 13,5%. Principales sentimientos generados al profesional: cansancio 44,2%, aversión 23,1%, ira/rabia 15,4%. Resultado de visita: recetas 42,3%. Destaca la enfermedad osteoarticular crónica más frecuente en mujeres (92,1% vs. 35,7%,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** Los PD implican elevado consumo de recursos. Deberíamos estudiar medidas a adoptar con ellos antes que la relación médico-paciente se deteriore. Destacado papel de la patología osteoarticular que hace plantear una mejora en su manejo.

### P189 PACIENTES DE TRATO DIFÍCIL ¿SABEMOS QUIENES SON?

J. Mimoso López, V. Grahit Vidosa, A. Gallego González, A. Ribas Batllori, E. Junadella García y J. Fandos Olona

ABS Centre. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: estudiodelphy@lycos.es

**Objetivo.** Estudiar cuáles son las características de los propios pacientes de trato difícil desde el punto de vista de los médicos de Atención Primaria (AP).

**Diseño y metodología.** Grupo Delphy compuesto por médicos de AP, con actividad asistencial. Definición: un paciente de trato difícil es el "paciente que provoca un nudo en el estómago al leer su nombre en el listado" o "pacientes capaces de producir distres o malestar". Tres fases: 1) pregunta abierta: ¿Cuáles son las características más importantes de estos pacientes?; 2) marcar las 3 características con las que estás más de acuerdo; y 3) listado de características ordenado según frecuencia, indicar si acuerdo o modificación.

**Resultados.** Número participantes = 74. Índice respuesta 1ª vuelta = 57%; 2ª = 74%, 3ª = 90%. Con un consenso >70% se obtiene el siguiente listado ordenado de mayor a menor relevancia: 1. Agresivo, maleducado; 2. Demandante-exigente; 3. Manipuladores; 4. Visitas múltiples y aditivas ("poyaque"); 5. Desconfiado del médico y del sistema; 6. Rentistas; 7. Somatizador; 8. Con problemas de comunicación bidireccional (el paciente no entiende al médico y/o el médico no entiende al paciente); 9. Pesimista ("el que siempre está mal"); 10. Dan múltiples explicaciones y detalles.

**Conclusiones.** A. Las tres características que producen más incomodidad al médico y dificultan una buena relación médico-paciente son: 1. Agresivo, maleducado, 2. Demandante-exigente, 3. Manipuladores. B. Se trata de características ligadas a la personalidad del paciente. C. Necesidad de formación encaminada al manejo de situaciones asistenciales difíciles.

## MESA 5

## Desde la ética profesional a la ética de la organización sanitaria

**P190 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS SOBRE ÉTICA MÉDICA EN LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÁREA DE JEREZ**

P. Pulido Rosado, C. García Ramírez, V. Martínez Elizari, A. Rodríguez García, B. Lahoz Rallo y C. Barros Rubio

U.D Medicina Familiar y Comunitaria de Cádiz. Centro de Salud San Telmo.

Jerez de la Frontera. Andalucía.

Correo electrónico: vidaltxo\_ma@hotmail.com

**Objetivos.** Valorar los conocimientos que sobre ética médica tienen los médicos de Atención Primaria (AP) del área de Jerez. Identificar las necesidades formativas sobre ética en estos profesionales.

**Diseño.** Estudio cualitativo con grupos focales y cuestionarios de preguntas abiertas y cerradas.

**Emplazamiento.** Área de Jerez que abarca 189.252 habitantes, con 10 centros de salud, dentro de los cuales dos son docentes y cuyo hospital de referencia, es el hospital de Jerez, que cuenta con 24 residentes de medicina de familia.

**Sujetos de estudio.** Profesionales médicos de AP del área de Jerez, incluyendo a los residentes de familia en periodo de formación.

**Mediciones.** Para medir los conocimientos de los participantes sobre ética médica se analizaron las respuestas que daban a unas preguntas cerradas sobre unos casos clínicos. Para la evaluación de los comportamientos analizamos las respuestas que daban a preguntas abiertas sobre estos mismos casos. Para las actitudes valoramos los discursos de los participantes en los distintos grupos focales.

**Resultados principales.** Bajo conocimiento sobre ética entre los profesionales participantes, comportamiento acorde con los principios éticos, las actitudes varían entre los profesionales principalmente en función de su formación postgrado.

**Conclusiones.** Los profesionales de Atención Primaria se encuentran motivados hacia la ética médica, manifestando su utilidad en su actividad cotidiana. Su comportamiento es adecuado en función a los principios éticos, a pesar de no tener un conocimiento en profundidad de los mismos. La diferencia de formación postgrado condiciona su aproximación a la ética médica y su relación con el paciente.

**P191 ¿CONOCEMOS EL CÓDIGO DEONTOLÓGICO MÉDICO EN ATENCIÓN PRIMARIA?**

A. Brau Tarrida, A. Carrera Muyo, E. Minguella Muñoz, M. Oller Sanz, L. Ruiz Palestra y A. Pérez Orero

CS La Mina. Sant Adrià de Besòs. SAP Sant Martí. Barcelona. ICS. Cataluña.

Correo electrónico: 31953abt@comb.es

**Objetivos.** Conocer opiniones/actitudes de profesionales sanitarios sobre ética médica y código deontológico (CD).

**Diseño-metodología.** Estudio multicéntrico, descriptivo, transversal. Periodo: abril-junio 2004.

**Sujetos/ámbito.** Médicos, enfermeras de 11 centros de salud (CS) de un distrito de Atención Primaria y residentes de medicina familiar (MIR). Medidas: Diseñamos cuestionario, presentado en sesión en cada CS, autocumplimentado, basado en CD del colegio de médicos (CM). Doce preguntas (respuesta única) sobre: confidencialidad, secreto profesional, reproducción, tratamiento, relación médico-paciente, maltrato, relación con farmaindustria.

**Resultados.** N = 186; mujeres 76,3%; media edad 37,65 (DE+/-9,7); Porcentaje respuestas correctas: Pregunta-1: 64,6% harían salir al residente ante demanda del paciente; Pregunta-2: 32,4% no darían resultado analítico a terceros sin permiso del paciente; Pregunta-3: 68,7% facilitarían interrupción post-coital en menores capacitadas sin informar a tutores; Pregunta-4: 41,9% no tratarían en contra de sus propias convicciones religiosas; Pregunta-5: sólo 13,8% respetarían la decisión del paciente de no intervenir en huelga de hambre; Pregunta-6: 23,8% no revelarían secreto

profesional al juez; Pregunta-7: 51,4% negaría alta médica ante riesgo a terceros; Pregunta-8: 32,2% rompería secreto profesional ante riesgo a terceros; Pregunta-9: 32,2% derivarían a otro profesional ante desconfianza del paciente; Pregunta-10: 36,2% denunciarían maltrato ante sospecha; Pregunta-11: 52,4% no participarían en trabajo de inducción de prescripción; Pregunta-12: 59,1% comunicarían el resultado VHC+ de un compañero al CM. Existen diferencias significativas respecto a la edad en las preguntas cinco (p = 0,013), diez (p = 0,005) y doce (p = 0,009); entre las respuestas de médicos y residentes en las preguntas siete (p = 0,03), nueve (p = 0,008), doce (p = 0,05). Contestaron acertadamente >= 50% de preguntas: 36%. **Conclusiones.** Existe divergencia entre deontología médica y opinión de los profesionales. Las preguntas menos coincidentes con el CD: huelga de hambre, secreto profesional y maltrato. Los MIR presentaron mejor puntuación que el resto.

**P192 ENCUESTA AL PERSONAL SANITARIO: ¿DEBE APARECER EN LA HISTORIA CLÍNICA LA VOLUNTAD DEL PACIENTE DE CONOCER SU ENFERMEDAD IRREVERSIBLE?, ¿Y DE SER DONANTE DE ÓRGANOS?**

J. López de la Iglesia, H. Hernández Ovejero, J. Guzón Pérez, C. Gutiérrez Herrero, J. Mora Ramírez y J. Martín de la Fuente

CS La Condesa. León. Castilla y León.

Correo electrónico: jaimeldelai@hotmail.com

**Introducción y objetivos.** Conocer si los médicos y enfermeras de Atención Primaria creen que las historias clínicas deben reflejar: 1) si el paciente desea o no conocer su enfermedad irreversible; 2) si el paciente es o no donante de órganos (suponemos importante por la futura universalización de la información en el sistema nacional de salud, además de potenciar la donación con este tipo de preguntas); 3) una copia del testamento vital (si lo tienen).

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal. Ámbito: Área de salud.

**Sujetos.** Selección aleatoria de 125 médicos y enfermeras de Atención Primaria.

**Mediciones.** Cuestionario anónimo con preguntas cerradas sobre las cuestiones planteadas en objetivos y con las siguientes variables: edad, creencias religiosas, sexo, profesión (médico, enfermera), tipo de centro (urbano, rural). Análisis con paquete estadístico SPSS 11.0.

**Resultados.** Contestaron el 64% del total. El 87,3% creen oportuno que en la historia clínica figure una pregunta sobre la voluntad del paciente de conocer que tiene una enfermedad irreversible. El 87% opina que debe haber una pregunta sobre la intención del paciente de ser donante de órganos. Un 69,7% de los encuestados se muestra a favor de incluir una copia del Testamento Vital en la historia clínica. No hay significación estadística entre las opiniones de médicos y enfermeras.

**Conclusiones.** La mayoría del <a ref. = "http://www.ntsearch.com/search.php?q=personalpersonal/<a> sanitario cree necesario que la historia clínica refleje las decisiones del paciente de ser o no informado en caso de padecer enfermedad irreversible y de ser o no donante de órganos.

## MESA 6

## El médico y su dilema: la organización sanitaria, la industria farmacéutica y el paciente

**P193 EXPERIENCIA DE GESTIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN UN ÁREA BÁSICA DE SALUD**

A. Juanola Pellicer y M. Faus Calaforra

CAP Dr. Moisés Broggi. L'Escala. Girona. Cataluña.

Correo electrónico: escala@hospitaldefiguera.com

**Objetivo.** Mejorar la eficiencia en la prescripción farmacéutica en un área básica de salud.

**Descripción.** A partir del análisis de situación del año 2001 (área básica de salud no reformada) y teniendo en cuenta los objetivos asignados a farmacia en el contrato programa, se consideraron prioritarias las siguientes

líneas de actuación: potenciar la prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG), racionalizar el uso de absorbentes de incontinencia urinaria (AIU), implantación-seguimiento de la medicación crónica y mejorar la prescripción de la residencia geriátrica (RG) de nuestra área de influencia. Las medidas de intervención fueron: 1. Promoción de la prescripción de EFG. 2. Elaboración protocolo de utilización de AIU. Coordinación con las oficinas de farmacia para facilitar su implantación. 3. Seguimiento trimestral de los indicadores de prescripción (IP). 4. Mejora del programa informático que da soporte a la prescripción, implantación de la tarjeta de medicación crónica, creación de una consulta de recetas. 5. Establecimiento de medidas de colaboración con la RG: revisión y actualización mensual de los tratamientos de los residentes, implantación del protocolo de AIU, análisis evolutivo de los IP.

**Resultados.** Transcurridos 2 años del inicio de las medidas de intervención se muestra un incremento del 8% en la prescripción de EFG, una reducción del 24% en el importe de absorbentes y una mejora de todos los indicadores de prescripción, tanto cuantitativos como cualitativos, en la residencia geriátrica.

**Conclusiones.** Las medidas de intervención realizadas han sido estrategias efectivas y complementarias para conseguir que la gestión de la prestación farmacéutica sea más eficiente.

### P194 ANÁLISIS DEL TIEMPO UTILIZADO EN LA ATENCIÓN DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA. ¿PERDEMOS MUCHO TIEMPO POR CULPA DE LOS VISITADORES?

J. Fandos, A. Gallego, V. Grahit, J. Mimoso, A. Ribas y A. Santín

ABS Centre. LHospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 18637jfo@comb.es

**Objetiva.** Cuantificar el tiempo dedicado a la atención de los delegados de la visita médica en una Área Básica de Salud (ABS).

**Diseño.** Estudio transversal descriptivo.

**Metodología.** Registro diario durante 6 semanas del número de visitantes médicos atendidos y el tiempo dedicado por parte de 4 médicos de familia y 3 médicos residentes de tercer año de MFC.

**Resultados.** El promedio de visitantes médicos atendidos a diario fue de 5,35 por parte de los médicos de familia y 2,93 los residentes, invirtiendo diariamente 16,48 y 10,00 minutos respectivamente de media. El tiempo empleado en cada visita con los representantes de la industria farmacéutica fue de 3,09 minutos los tutores y 3,41 minutos los residentes. La frecuentación de los visitantes médicos y el tiempo destinado a su atención varió en función del día de la semana: 1. Lunes: 7,7 minutos para 1,9 visitantes (tutores), 5,0 minutos para 2,0 visitantes (residentes). 2. Martes: 22,5 minutos para 7,4 visitantes (tutores), 13,2 minutos para 3,6 visitantes (residentes). 3. Miércoles: 17,8 minutos para 5,9 visitantes (tutores), 10,3 minutos para 2,6 visitantes (residentes). 4. Jueves: 16,7 minutos para 5,6 visitantes (tutores), 9,2 minutos para 3,3 visitantes (residentes). 5. Viernes: 7,5 minutos para 2,2 visitantes (tutores), 3,0 minutos para 1,0 visitantes (residentes).

**Conclusiones.** Importante consumo de tiempo por parte de la visita médica. Necesidad de estrategias organizativas para la correcta atención a los representantes de la industria farmacéutica sin el sacrificio de tanto tiempo.

### P195 ESTRATEGIAS PARA GESTIONAR LA VISITA DE LOS LABORATORIOS EN UN CENTRO DE SALUD

J. Morillo López, J. Martínez Roldán, R. Saladich Puig, E. Ortega Vega, V. Villanueva Pérez, y E. Gallego Alcaína

EAP Vinyets. Institut Català de la Salut. Sant Boi de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: jmartinez.cp.ics@gencat.net

**Justificación.** La afluencia de visitantes de laboratorios en un centro de salud puede generar problemas de aglomeración dentro del centro y visitas en entornos no apropiados. Se plantea un modelo de gestión de la visita de los laboratorios.

**Objetiva.** Evitar aglomeraciones de visitantes en sala de espera. Mejorar la imagen del centro a cliente externo. Ámbito de actuación EAP formado por 9 médicos de familia y 3 pediatras.

**Métodos.** 1. Reunión con el personal facultativo, se definen las directrices de visita respecto al número de visitantes, espacio, franja horaria y acciones de marketing permitidas. 2. reunión informativa con los

visitadores de laboratorios donde se comunica la misión, visión y valores del centro así como la norma de funcionamiento respecto a la visita.

**Resultados.** Asiste el 100% del personal facultativo a la primera reunión asisten 52 visitantes médicos a la reunión con los laboratorios. Se consensua las siguientes normas: las visitas serán con reserva previa, sólo telefónica y el mismo día. El horario de visitas es de 13:30 a 15:30. Lugar de visitas definido fuera de la zona de paso del cliente. Sólo cinco laboratorios por día. Acciones de marketing siguen las indicaciones del grupo de ética de la sociedad correspondiente. Durante el primer año de funcionamiento se ha atendido a 1200 visitantes que supone una ocupación del 92%.

**Conclusiones.** Con este sistema se disminuye el número de visitantes y se aumenta la satisfacción de las dos partes mejorando la imagen hacia cliente externo.

## MESA 8

### Nuevas herramientas de gestión

### P196 ¿POR QUÉ MOTIVOS CONSULTAN NUESTROS PACIENTES SIN CITA?

S. Domínguez Coello, C. Montalvo García-Estrada, J. Fernández Hernández, y A. Méndez Urteaga

Centro de Salud de Tacoronte. Tacoronte. Tenerife. Islas Canarias.  
Correo electrónico: sdominguezc@terra.es

**Objetiva.** Conocer los motivos de consulta de quienes acuden sin cita previa (cita forzada -CF-).

**Diseño.** Estudio descriptivo.

**Pacientes.** CF que acuden durante una semana a tres de los cuatro médicos del turno de tarde de un Centro de Salud.

**Mediciones.** Se consideran 12 motivos de consulta que se categorizan en "imprevisibles" (proceso agudo, proceso crónico agudizado, valoración de prueba complementaria solicitada menos de 4 días antes y solicitar medicación prescrita por otro profesional del Sistema de Salud prescrita menos de cuatro días antes) y "previsibles" (otros motivos).

**Resultados.** Acuden con CF 118 pacientes con edad media de 40,2-18,8 años, 50,8% hombres. Los cuatro motivos más frecuentes son: proceso agudo (54,2%), solicitar parte de IT (10,2%), proceso crónico agudizado (6,8%) y solicitar recetas de prescripción continuada a su médico (6,8%). El 69,5% fueron consultas imprevisibles con la siguiente distribución: cupo A (67,3%), cupo B (66,7%) y cupo C (78,3%). Las mujeres acuden más por motivos imprevisibles que los hombres (78,3% frente a 60,3%,  $p = 0,045$ ). El lunes se producen más consultas previsibles (40%). El 56,7% de las CF están justificadas según los médicos, con diferencias no significativas entre ellos (cupos A 61,5%, B 66,7, C 40%;  $p = 0,097$ ).

**Conclusiones.** Los pacientes con CF acuden fundamentalmente por problemas médicos imprevisibles. Esto debería condicionar una organización de las agendas y de la consulta dirigida a garantizar la continuidad de la atención.

### P197 EL PACIENTE SIN CITA. APROXIMACIÓN AL CONOCIMIENTO DE LOS MOTIVOS POR LOS QUE ACUDE

A. Sanz Rosado, F. Blanco Urzaiz, C. Martínez Chust, M. Clemente del Castillo, A. Serrano Serrano y P. López Jurado

CS de Santa Hortensia. Madrid.  
Correo electrónico: asr1@wanadoo.es

**Justificación.** Uno de los problemas que más distorsionan la buena gestión de una consulta en Atención Primaria (AP) son los pacientes que acuden sin haber pedido su cita previa.

**Objetivos.** Conocer las principales causas por las que acude el paciente sin cita (PSC) desde el punto de vista de él y del profesional que le atiende.

**Tipo de estudio.** Descriptivo.

**Ámbito del estudio.** AP. Centro de Salud (CS).

**Métodos.** Durante el periodo de estudio, 2 semanas, a todos los PSC se les solicitó que rellenaran un cuestionario para conocer los motivos que le hacían solicitar atención sanitaria. El profesional cumplimentaba una

planilla con las causas por las que le parecía que acudía el PSC. Se analizaron variables sociodemográficas, motivos de petición de asistencia según el PSC y según el profesional. Utilizamos un programa estadístico Epiinfo 2002.

**Resultados.** El 15,99% de la actividad del CS durante el periodo de estudio se debió a PSC (N = 732). Contestaron el cuestionario 200 PSC (27,32%). Edad media 34,3 años. Mujeres en un 60,7%. Según el PSC el principal motivo para acudir es un problema clínico 92,8%, seguido de las causas burocráticas 18,4%. Los profesionales obtuvieron datos de 675 PSC, había causas clínicas en el 72% y burocráticas en el 30,37%.

**Conclusiones.** Tenemos una importante presión asistencial por PSC. Hay diferencias a tener en cuenta, al analizar los principales motivos por los que acude un PSC, desde su punto de vista y del profesional, para gestionar mejor las consultas de AP.

### P198 EQA-17: PROPUESTA DE UN INDICADOR ESTANDARIZADO GLOBAL PARA MEDIR LA CALIDAD CLÍNICO-ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Vila Córcoles, X. Ansa Echeverría, A. Gómez Sorribes, J. Fort Sabaté, J. Grifoll Llorens e I. Pascual Morón

Servicio de Atención Primaria Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: avila.tarte.ics@gencat.net

**Objetivo.** Elaborar un modelo estandarizado para el cálculo de un indicador global que permita de calidad clínico-asistencial en Equipos de Atención Primaria (EAP).

**Diseño.** Observacional transversal.

**Ámbito.** Servicio de Atención Primaria (SAP).

**Sujetos.** Total personas adscritas a los 12 EAPs del SAP (N = 156.643).

**Medidas e intervenciones.** 1. Comité expertos SAP consensuan listado de problemas de salud e intervenciones altamente representativas de la actividad clínico-asistencial diaria. 2. Ponderación de problemas e intervenciones elegidas mediante método Hanlon y formulación escala ordinal (0-100) en base a criterios de mínimos exigibles y máximos alcanzables en detección intervención; 3. Aplicamos escala a resultados del audit anual y calculamos un estándar de calidad asistencial por 17 ítems (EQA-17).

**Resultados.** Las prevalencias medias registradas fueron: tabaquismo (12,1%), EPOC (1,4%), HTA (11,7%), riesgo cardiovascular elevado (3,1%), diabetes (5,1%), ACxFA (0,6%) e insuficiencia cardíaca (0,5%). Los niveles de control o tratamiento adecuado fueron: hipertensos (50,8%), dislipémicos con alto riesgo (34,5%), diabéticos (50,4%), ACxFA (53,8%) e IC (53,4%). Las cesaciones tabáquicas acumuladas fueron 10,4% en global fumadores y 23,9% en fumadores EPOC. Las coberturas vacunales fueron 32,9% tétanos y 55,7% gripe. Puntuación media EQA-17: 32 puntos (rango EAPs: 13-69), observando 42% EAPs con EQA < 40, 33% entre 40-60 y 25% con EQA > 60.

**Conclusiones.** Aunque no existe validez de criterio, EQA-17 posee validez de construcción y contenido, muestra capacidad discriminante y sensibilidad a los cambios. En su versión actual o corregida, el EQA podría ser un excelente y motivador para la gestión/evaluación de los EAPs.

### P199 ¿GESTIONAMOS TAMBIÉN LA SALUD COMUNITARIA?

J. Pellejà Pellejà, J. Andreu Jornet, M. Guinovart Marqués, M. de Rivas Pié, C. Rodríguez Pago y P. Jiménez López

ABS Alt Camp Oest. Cap Alcover. Alcover. Cataluña.  
Correo electrónico: pelleja@absaco.org

**Objetivos de la experiencia.** Contribuir de forma más eficaz a la salud de la comunidad con la que trabajamos. Mejorar la gestión de la propia actividad profesional del equipo de atención primaria.

**Descripción.** En el contexto de una Zona Básica de Salud rural se procedió a evaluación previa, mediante métodos de valoración rápida (rapid appraisal), para conocer los principales problemas y necesidades de salud bajo la perspectiva de la comunidad. Seguidamente desarrollamos un proyecto de salud comunitaria durante 2 años que incluye: 1. Programa de Salud infanto-juvenil. 2. Programa de Salud en emisora de radio. 3. Talleres y sesiones educativas en el seno de diferentes entidades del tejido asociativo comunitario. 4. Reuniones periódicas del Consejo de Salud de Zona Básica y de los Consejos de Salud municipales. 5. Edición y distribución de una revista con temática social y de salud. 6. Trabajo conjunto

con mediador cultural y colectivo emigrante. 7. Participación en comisión intersectorial de valoración y seguimiento medioambiental del territorio. 8. Participación en la gestión de recursos sociales de la zona.

**Conclusiones.** La comunidad participa y orienta de forma activa hacia donde pueden dirigirse algunas actuaciones. Conocemos más y mejor a la comunidad. El proyecto se desarrolla de forma normalizada, integrado en el día a día, sin necesidad de enmarcarlo como algo "añadido". Se objetivó un amplio abanico de resultados, algunos incluso más allá de los tradicionales conceptos de "social" y "salud". Interesante evolución adaptativa en la microgestión del propio equipo. La intersectorialidad se muestra imprescindible para el correcto abordaje de algunos problemas de salud y sociales.

### P200 EVALUACIÓN ECONÓMICA DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR

P. Tarraga López, M. Pérez Rodríguez, N. Pérez Rodríguez, M. López Cara, M. Cerdán Oliver y J. Ocaña López

CS San Lorenzo de la Parrilla. Cuenca. Castilla-La Mancha.  
Correo electrónico: pjarraga@sescam.jccm.es

**Objetivo.** Evaluación Económica de un Programa de Cirugía menor (CM) en Atención Primaria (A.P.).

**Ámbito.** Atención Primaria.

**Pacientes.** 3817 pacientes censados en la ZBS.

**Método.** Participaron 711 pacientes subsidiarios de intervención quirúrgica por cirugía menor en A.P. Los pacientes fueron seleccionados de la consulta a demanda o a petición propia tras conocer la implantación del programa. Periodo del 1 de Julio de 1998 al 1 de Julio de 2001. Se realizó un análisis coste-efectividad de las intervenciones y un estudio comparativo con los costes en las Compañías de Seguro privadas.

**Resultados.** Fueron intervenidos 711 pacientes tributarios de Cirugía Menor (CM). El coste total del programa de CM en A.P. ascendió a 25.475,33 euros, siendo un coste total si se hubiese realizado en el nivel especializado privado de 38.177,37 euros, lo que supone un ahorro de 12.702,05 euros.

**Conclusiones.** La cirugía menor en A.P. tiene mejor relación coste-efectividad que si se realiza en otros niveles asistenciales. Con un planteamiento adecuado se pueden evitar molestias y viajes innecesarios a los usuarios.

### P201 APLICACIÓN DEL MODELO EFQM EN LA PLANIFICACIÓN DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Martínez Roldán, G. Jodar Solà, L. Cadena Andreu, A. Gómez Arévalo, B. Fernández Fernández y D. Moll Casamitjana

EAP Vinyets. Institut Català de la Salut. Sant Boi de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: jmartinez.cp.ics@gencat.net

**Justificación.** Dentro de la planificación estratégica de un equipo de atención primaria (EAP) es importante el análisis interno de la organización. **Objetivo.** Aplicación del modelo europeo de calidad EFQM en un análisis interno de la organización (DAFO).

**Material y métodos.** Se ha estructurado en dos etapas la aplicación del modelo. Etapa 1: Presentación de la estrategia a todo el equipo. Presentación de resultados 2003-2003 a todo el equipo. Presentación del modelo EFQM a todo el equipo. Selección de "monitores" de EFQM. Formación sobre el modelo a los monitores de EFQM o formación EFQM, técnicas de conducción de grupos y simulacros del modelo. Etapa 2: Jornada de trabajo para determinar puntos fuertes y áreas de mejora. 9 grupos, multidisciplinares y liderados por un "monitor". Se prioriza las áreas de mejora por criterio y globales. Han participado 40 personas en el desarrollo del proyecto.

**Resultados.** Ha participado el 95% de las personas del EAP. Se ha realizado 3 sesiones formativas al equipo y 3 más a los monitores de EFQM. Se ha detectado 145 áreas de mejora y 116 puntos fuertes áreas de mejora priorizadas: 1. Definir indicadores de resultados (criterio 5-9). 2. Comunicación con la comunidad para detectar necesidades (criterio 5). 3. Mejorar el trabajo en equipo y con diferentes niveles asistenciales (criterio 3-4). 4. Avanzar el la gestión por procesos (criterio 5).

**Conclusión.** El EFQM es una herramienta útil y participativa en el proceso de planificación estratégica de un EAP.

## P202 FACTORES PREDICTORES DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN UN ÁREA DE SALUD

M. Salinero Fort, J. Abanades Herranz, R. Rodríguez Barrientos, M. Rodríguez Díaz, J. Garrido Asensio y R. Chico Moraleja

Unidad de Formación e Investigación Atención Primaria Área 4. Madrid.  
Correo electrónico: masalinero@hotmail.com

**Objetiva.** Identificar los factores, relacionados con los médicos y las consultas de Atención Primaria, que mejor predicen, la presión asistencial del estamento de medicina general, en un Área de Atención Primaria.

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal (año 2001).

**Ámbito de estudio.** Área de Atención Primaria urbana, que atiende una población de 547.699 habitantes.

**Sujetos.** 273 médicos de familia, pertenecientes a 24 Centros de Atención Primaria (Universo Completo).

**Mediciones.** Variables relacionadas con los profesionales: Edad, Género, Antigüedad laboral, Tipo de contrato, Cargo desempeñado, Formación de postgrado en MFyC, Tutorización activa de residentes, Actividad publicadora en revistas biomédicas, Presión asistencial, N° Tarjetas sanitarias asignadas, N° Pacientes >65 años. Variables relacionadas con los CAP: Antigüedad centro (años), Producto de cartera, Consumo presupuesto de farmacia y de suplentes, N° compañeros por turno.

**Resultados.** Descriptivo (promedios o porcentaje): Presión asistencial: 43,73; N° Tarjetas sanitarias: 1994; N° Pacientes >65 años: 453; Edad médicos: 44,5; N° compañeros turno: 9; Antigüedad CAP (años): 7,6; Mujeres: 59,6%; Tutores activos: 7,4%; Interinos: 64,3%; Responsables docentes: 11,9%; Coordinadores: 9,6%; Turno de tarde: 57%; Autores de publicaciones: 21,4%; Asistencia cursos: 62,5%; Formación postgrado: 61,4%. Análisis de regresión lineal: N° Pacientes >65 años: beta = 0,0372 (p: < 0,001); Consumo presupuesto farmacia: beta = 0,228 (p: < 0,001); Producto cartera servicios: beta = 0,159 (p: 0,001); Contrato fijo: beta = -2,213 (p: 0,042); Tutor activo: beta = -3,983 (p: 0,019); Constante: beta = 19,223 (p: < 0,001).

**Conclusión.** El factor que más influencia tiene en la presión asistencial es el nº de pacientes asignados mayores de 65 años (mayor beta estandarizado), ajustado por consumo del presupuesto de farmacia y del producto de cartera de servicios. El tener contrato fijo y ser tutor activo disminuyen la presión asistencial.

## P203 IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN UN ÁREA DE SALUD. UN MODELO DE INTEGRACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA CON ESPECIALIZADA

J. González, V. Bigorra, C. Trescolí, M. Peris, S. Miguel Angel y E. Segarra  
Hospital de la Ribera. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: jlgonzalez@ya.com

**Objetivos.** Dentro del Plan de Calidad Total, marcamos como objetivos para nuestra Área de Salud: 1. General: Potenciar la integración entre Atención Primaria y Atención Especializada. 2. Específicos: Definir circuitos asistenciales en nuestra Área de Salud. Reducir variabilidad en la práctica médica. Mejorar los tiempos de resolución de las demandas asistenciales.

**Descripción.** Primera fase: creamos una Comisión que priorizó 20 procesos asistenciales siguiendo criterios de oportunidad de mejora y de importancia cuantitativa (frecuencia) y cualitativa (opinión de expertos y de pacientes). Para los primeros 10 procesos (EPOC, riesgo cardiovascular, TBC, insuficiencia cardíaca, cólico nefrítico, hipotiroidismo, recién nacido, lumbalgia, dispepsia y cefalea) se identificaron líderes tanto en atención primaria como especializada. Su función es dirigir grupos de trabajo multidisciplinarios en los que desaparece la visión departamental, elaborando el proceso asistencial como un elemento integrador de los distintos niveles asistenciales del Área. En cada proceso se definen los objetivos, entradas, salidas e indicadores de calidad del mismo. Segunda fase: los líderes presentan los procesos en el hospital y centros de salud a través de talleres y sesiones clínicas. Se evalúa periódicamente la adherencia y el cumplimiento de los objetivos a través de los indicadores previamente establecidos.

**Conclusiones.** La progresiva implantación de la gestión por procesos en nuestra Área de Salud es una herramienta de integración entre primaria y especializada que consigue una mayor participación conjunta y coordinación en la asistencia al paciente. Supone una mejora en la calidad prestada y percibida por el paciente.

## P204 NUEVO ENFOQUE EN LA GESTIÓN DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA: MEJORAS DESPUÉS DE LA AUTOEVALUACIÓN CON EL MODELO PROPUESTO POR LA EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM)

J. Davins Miralles, R. Marquet Palomer, S. Calvet Junio y C. Pareja Rossell  
CS La Mina. Sant Adrià de Besòs. SAP Sant Martí. Barcelona. Institut Català de la Salut. Cataluña.  
Correo electrónico: jdavinsm@papps.org

**Objetiva.** Demostrar que el modelo de excelencia propuesto por la European Foundation for Quality Management (EFQM) es efectivo para la mejora de un equipo de atención primaria (EAP) mediante la identificación de problemas y su posterior mejora.

**Diseño y metodología.** Estudio pre-postintervención (auto-evaluación de un EAP con el modelo EFQM 2000; intervención con proyectos de mejora; reevaluación-2002). Ámbito. EAP. Variables. Oportunidades de mejora (OM) identificadas con modelo EFQM-2000. Causas. Indicadores para objetivar situación basal y mejora. Intervenciones. Proyectos. Mejoras a los 2 años. Fases: Análisis de OM identificadas con el modelo en año 2000. Selección de proyectos de mejora. Desarrollo entre 2000-2002. Reevaluación año 2002.

**Resultados.** Se identificaron 114 OM. Se excluyeron las de origen externo (46). Las 68 restantes (52 internas; 16 mixtas) tenían como causa más relevante: déficit organizativo (44), externo (14), actitud (9), competencia profesional (1). Se agruparon en 31 proyectos. El grupo de calidad priorizó la mejora de: actividades comunitarias, enfoque ecológico, trabajo en equipo, gestión de procesos, coordinación entre niveles, entre otros proyectos. Se desarrollaron según metodología de mejora continua. A los 2 años, el 82,3% de los 68 aspectos identificados presentaron mejora: 38 aspectos (55,8%) según objetivos previos; 18 (26,5%) sin llegar al estándar preestablecido; 12 siguen igual (17,64%).

**Conclusiones.** El modelo de excelencia propuesto por la EFQM es útil para identificar aspectos de nuestra organización que posteriormente se mejoran. Además aporta como valor añadido un cambio en la cultura de la organización hacia la excelencia.

## P205 DISEÑO DE UN FORMULARIO SIMPLIFICADO BASADO EN EL MODELO DE EXCELENCIA PROPUESTO POR LA EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) Y VALIDADO POR EXPERTOS

J. Davins Miralles, R. Marquet Palomer, S. Calvet Junoy y C. Pareja Rossell  
CS La Mina. Sant Adrià de Besòs. SAP Sant Martí. Barcelona. Institut Català de la Salut. Cataluña.  
Correo electrónico: jdavinsm@papps.org

**Objetiva.** Identificar aspectos relevantes en la evaluación de un Equipo de Atención Primaria (EAP) para diseñar un formulario basado en el modelo propuesto por la European Foundation for Quality Management (EFQM) que facilite la auto-evaluación y mejora de los EAP.

**Diseño y metodología.** Auto-evaluación con modelo EFQM. Validación de formulario con expertos en el 2002. Ámbito: Atención primaria. Ocho informes-EFQM de 8 EAP de un Distrito de Atención Primaria y expertos en el modelo (asistenciales y no asistenciales). Variables: aspectos identificados como relevantes para cada subcriterio, concordancia entre expertos, kappa, alfa de Cronbach, validez. Fases: 1. Identificación de aspectos en los 8 informes EFQM-2000. 2. Codificación de aspectos de cada informe. Coincidencias, chi cuadrado, concordancias. 3. Obtención de listado de aspectos por subcriterio que se completó mediante revisión bibliográfica. 4. Obtención de formulario que se envió a 102 expertos. 5. Se obtuvo alpha Cronbach e índice kappa de Landis-Koch. 6. Se diseñó formulario definitivo.

**Resultados.** Se identificaron 1801 aspectos en los 8 informes EFQM-2000 (media 225 por informe) resumidos en 708 aspectos diferentes (39,4%). 415 de 708 se identificaban en más de un EAP (58,5%). Se simplificaron los aspectos en un total de 351 (49,6%). Se añadieron 179 aspectos (33,8%) de la bibliografía no identificados en informes. Se obtuvo formulario de 530 aspectos que se envió a 102 expertos. Respondieron 89 (87,2%). Validación: Alpha Cronbach: 0,913; índice kappa: 0,8327 +/- 0,0241. Sólo 38 de 530 aspectos resultaron diferentes (7,16%) entre expertos asistenciales y no asistenciales. Se obtuvo el formulario definitivo con 288 aspectos.

**Conclusiones.** Se obtiene un formulario validado, más simple y concreto, que debería facilitar su aplicación en los EAP.

## P206 LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO. ¿POR QUÉ CAMBIAN DE CENTRO LOS PACIENTES?

B. Fontoba Poveda, A. Gómez Arevalo, S. Cuevas Ruiz, M. Bravo Ayuso, C. Pavón Córdoba y J. Martínez Roldán

CAP Vinyets. Sant Boi de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: jmartinez.cp.ics@gencat.net

**Introducción.** En Octubre del 2003 se autoriza la libre elección de médico y EAP dentro de toda la comunidad autónoma de Catalunya. En nuestro centro de salud se inicio de forma piloto la libre elección de centro en enero del 2003 coincidiendo con la apertura del mismo. Al recibir el EAP un aumento importante del número de pacientes se intenta estudiar el porqué.

**Objetiva.** Valorar las causas que motivan el cambio de EAP en un entorno de libre elección de médico y centro.

**Ámbito de actuación.** Área urbana con un EAP que atiende 21.000 personas.

**Material y métodos.** Encuesta telefónica a muestra aleatorizada de pacientes que han solicitado cambio a nuestro centro de salud y no corresponden por zona. El periodo de estudio es de enero 2003 a junio 2004.

**Resultados.** Se han cambiado durante el periodo de estudio 1815 clientes. Se selecciona una muestra de 130 personas, con media de edad de 40 años. El motivo más frecuente de cambio fue la proximidad al domicilio (75,38%), buenas referencias de la organización (75,38%) y por la posibilidad de horario mixto (67,69%). La información sobre la posibilidad de cambio fue el boca oreja en un (51,54%) seguido de por el centro de origen (25,38%). En un (98%) el centro cumple sus expectativas.

**Conclusiones.** Conocer las causas y motivos de libre elección de EAP, permite a los profesionales, adecuar los servicios sanitarios, para que respondan mejor a las necesidades y demandas de los ciudadanos.

## LIBRES

## P207 ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES (AVE) Y EDAD

P. Beato Fernández, R. Cabello Lázaro, M. Estévez Domínguez, M. Brugada Mir, J. Mármol Puy y G. Rico Alcántara

CS de Llefià. Badalona. Cataluña.  
Correo electrónico: 23862pbf@comb.es

**Objetivos.** Conocer las diferencias existentes entre los AVE que viven nuestros pacientes según su edad.

**Métodos.** Diseño: Estudio descriptivo transversal. Ámbito: Atención Primaria. Sujetos: 197 pacientes que acuden a las consultas seleccionados aleatoriamente entre los meses de Febrero y Abril del 2004.

**Metodología.** Se comparan medias y prevalencias obtenidas de una encuesta según la escala de reajuste social de Holmes y Rahe adaptada por De la Revilla de los pacientes sobre los 2 últimos años. Se diferencian tres grupos de edad: 15-40, 41-64 y más de 65 años. Variables: Edad, sexo, AVE, número de AVE, suma de las unidades de cambio vital (UCV). Análisis: Cálculo de frecuencias, porcentajes y medias.

**Resultados.** El 62,1% son mujeres; edad media: mujeres 53,0 años (16-93), hombres 53,6 años (17-91). Por grupos de edad: 15-40 (24,4%), 41-64 (48,7%), más de 65 (26,9%). Las diferencias entre los tres grupos de menor a mayor edad son respectivamente: Media de AVE (3,46-2,42-1,72); media de UCV (117,87-87,88-71,32); porcentaje de individuos libres de AVE (6,25%-8,33%-24,5%); media de AVE con mayor UCV -1 a 21 de la escala- (1,75-1,31-1,19) media de AVE con menor UCV -22 a 43- (1,75-1,10-0,53). Prevalencia de diferentes AVE: lesión o enfermedad personal (18,75%-12,5%-26,4%), paro (14,58%-6,18%-0%), cambio de situación económica (16,67%-8,33%-3,78%), muerte de un amigo íntimo (2,08%-9,37%-13,20%), hijo o hija que deja el hogar (0%-26,04%-7,54%), cambio de condiciones de vida (12,5%-8,25%-3,77%), Navidades (8,33%-17,70%-11,32%).

**Conclusiones.** Los ancianos padecen menos AVE pero más graves. Hay marcadas diferencias de porcentajes de algunos AVE según la edad.

## P208 INTERRUPCIONES EN LA CONSULTA ¿SE PUEDE HACER ALGO?

C. Bolea Gorbea, D. Jiménez García, A. Baquero Bedrina, E. da Costa Moure, O. Martorell Altau y M. Bueno Lozano

CS Tudela Oeste. Tudela. Navarra.  
Correo electrónico: cmbolea@able.es

**Objetiva.** Medir la eficacia de un programa de mejora de calidad sobre las interrupciones que se producen durante la consulta médica.

**Diseño.** Estudio descriptivo de intervención (antes y después).

**Ámbito de estudio.** Cuatro consultas médicas de un Centro docente semiurbano.

**Material y métodos.** Primera fase: contabilizar las interrupciones, el protagonista, la duración, motivo, horario, tipo (telefónica o presencia física), si estaba o no justificada, y el grado de malestar ocasionado. Segunda fase: Reuniones con los protagonistas de las interrupciones, pactando normas y procedimientos para reducir estas interrupciones. Tercera fase: Reevaluación. **Resultados.** Hay una importante reducción de las interrupciones, de su duración y del malestar ocasionado al profesional. Las consultas administrativas y de consultas de pacientes fueron las que más disminuyeron. Las interrupciones de otros compañeros y familiares no disminuyeron de forma significativa aunque estas eran las que menos molestaban al profesional.

**Conclusiones.** Se pueden reducir tanto las interrupciones como el malestar que generan con medidas encaminadas a adiestramiento del personal administrativo. Sorprende la cantidad de interrupciones de otros profesionales a los que nunca se culpa de molestar en la consulta.

## P209 VALIDACIÓN APARENTE Y DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO CICAA PARA VALORAR LA COMUNICACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

E. Gavilán Moral, R. Ruiz Moral, J. Parras Rejano y L. Férrula de Torres

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. Córdoba. Andalucía.  
Correo electrónico: egavilan@wanadoo.es

**Antecedentes.** En España existe un cuestionario validado para analizar la comunicación clínica (GATHA), sin embargo presenta limitaciones importantes.

**Objetiva.** Consensuar un instrumento válido que mejore el existente y valore el grado en que un profesional se centra en el paciente.

**Diseño y metodología.** Estudio de validez de apariencia, contenido y consenso. Metodología tipo Delphi. Los ítems fueron desarrollados siguiendo un modelo teórico de entrevista centrada en el paciente por tareas (Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar -CICAA-). Se invitó a participar a todos los interesados del Grupo Comunicación y Salud, interviniendo 20 expertos en comunicación clínica (17 médicos, 2 enfermeras, 1 psicólogo). Envío de la primera propuesta de cuestionario a los expertos. Evaluación cualitativa del cuestionario, suprimiendo e incorporando ítems y aportando sugerencias de redacción. Reenvío y reelaboración del cuestionario resultante por los expertos. Análisis de la varianza de cada ítem y global.

**Resultados.** El cuestionario, de carácter multidimensional, es tipo "rating" con una escala evaluativa Likert de 3 grados. La redacción inicial de 36 ítems se redujo en la primera evaluación a 29 ítems, suprimiéndose 7, modificándose 21 y añadiéndose 1 ítem. El análisis de la varianza muestra que 3 ítems obtuvieron una puntuación media menor de 4 en una escala Likert de 1 a 5, con una varianza elevada. Se consensuó también un Manual para el manejo del cuestionario.

**Conclusiones.** El cuestionario CICAA tiene una validez aparente y de consenso suficiente para ser utilizado en investigación y docencia que debe ser objeto de posteriores estudios psicométricos.

## P210 LA HIPERFRECUENTACIÓN NO MEJORA EL CONTROL DE LA HTA EN LA MUJER

R. Calvo Müller, I. Rojas Gómez, C. Jurado Valenzuela, M. Álvarez Espinosa, D. Lora Pablos y A. Gómez de la Cámara

Dos Equipos de Atención Primaria. Madrid.  
Correo electrónico: raelcalvomuller@yahoo.com

**Objetivos.** Describir el número de visitas en el último año al personal sanitario (médico, enfermera) de una muestra de hipertensos y analizar su relación con el control adecuado de sus cifras de TA.

**Diseño.** Estudio transversal descriptivo.

**Ámbito.** Dos equipos de Atención Primaria.

**Sujetos.** 309 pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico.

**Mediciones.** Edad, sexo, IMC, TA, diabetes, dislipemia, tabaquismo, número de visitas totales en el último año, número de visitas al médico, número de visitas a la enfermera. Se considera control adecuado de la TA cifras

**Resultados.** 309 pacientes hipertensos. 30,7% varones, edad media 70 +/- 11,2 años, IMC 29,9 +/- 5,28. Diabéticos 23,6%, hipercolesteronémicos 64,7%, fumadores 11,7%. Número de visitas al médico 11,48 +/- 1,8, número de visitas a la enfermera 7,99 +/- 0,61, número visitas totales 19,47 +/- 2,42. Control adecuado TA 62%. Diferencia significativo en visitas del varón al médico ( $p < 0,024$ ) IC95% [0,44; 5,97], enfermera ( $p < 0,029$ ) IC95% [0,27; 4,80], total ( $p < 0,006$ ) IC95% [1,66; 9,82], resto no significativo.

**Conclusiones.** Alta frecuentación entre los pacientes hipertensos, principalmente al médico. No existe diferencia significativa entre edad, IMC, fumadores, diabéticos hipercolesteronémicos y frecuentación. Hay asociación entre control de la TA en varones y el número de visitas al médico, enfermera y totales, no en mujeres.

## P211 DISMINUIR HIPERFRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

D. Agent Ternero, H., López Perez, M. Martín Oliva y R. Ferrera Rodríguez

CDS Benito Lorenzo. Navalmoral de la Mata. Extremadura.  
Correo electrónico: prieto\_salus2@hotmail.com

**Objetivos.** Disminuir hiperfrecuentación en consulta de atención primaria.

**Descripción.** Población diana: aquella que consulta por sintomatología inespecífica 2-3 veces por semana durante 3-4 meses al año sin formar parte de la consulta programada. 1ª consulta: anamnesis, exploración, analítica y escala de ansiedad depresión. 2ª consulta: se codifica la demanda en la dimensión pertinente. Nuestro grupo experimental quedó formado por aquellos pacientes en los que percibíamos mayor distress psico-sociofamiliar y que habían establecido una relación de dependencia de la figura del médico y del sistema sanitario, con percepción de alivio inmediato pero temporal de su sintomatología.

**Medidas organizativas.** Se programa una consulta grupal de 1 hora de duración semanal durante 7 semanas para la realización de técnicas de relajación, dinámica de grupo y educación para la salud impartidas por psicólogo y residente de tercer año del centro de salud.

**Conclusión.** A corto plazo (6 primeros meses) la frecuentación de este grupo no disminuye. \*Efecto perverso "colegueo". A largo plazo se objetiva una disminución de la consulta demanda con satisfacción por parte de los pacientes.

## P212 ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LAS VISITAS NO PRESENTADAS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

S. Serés Gil, M. Massó Pedragosa, M. López Córdoba, J. Luque González, A. Casellas de Aspser y G. Solé Marcé

ABS Morera-Pomar. Badalona. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: mjlopez@bsa.gs

**Objetivos.** Reducir número de visitas no presentadas.

**Método.** Septiembre 2003: creación grupo de mejora con 1 representante por categoría profesional. Teniendo en cuenta 2 estudios realizados en

nuestra empresa, donde se analizan causas de la incomparecencia de los usuarios, el grupo de mejora concluye que elaborar estrategias de forma global para reducir visitas no presentadas puede ser más efectivo que abordar directamente las causas.

**Resultados.** Se colocan carteles en el centro para informar a los usuarios del volumen de visitas no presentadas. Actualización mensual con datos de actividad del centro. Se crean cuartillas para anotar las visitas, recordando que si no pueden acudir anulen o cambien la visita, y facilitando el teléfono del centro. Se crean cartulinas para apuntar visitas sucesivas a pacientes crónicos. Se consensua con el equipo forma de registrar visitas no presentadas en historias clínicas y en agenda para explotación mensual de actividad del centro. Se hace seguimiento de pacientes que reiteradamente no se presentan; se envía una carta para recordarles a cuántas visitas no han acudido y que siempre que puedan es conveniente anular o cambiar la visita.

**Conclusiones.** Todo y el temor de que medidas de este tipo pudiesen ser mal recibidas por la población, de momento no está siendo así. A falta de datos más concretos, desde la unidad de atención al usuario se está detectando mayor número de llamadas para anular o cambiar citas; así como una tendencia decreciente en los porcentajes de visitas no presentadas.

## P213 ¿NOS ENTENDEMOS CON LOS INMIGRANTES?

L. Higuera Caballero, E. Salsench Serrano, I. Gil Faure, R. Girona Real, H. Tarabishi y A. Moreno Destruels

ABS Torreforta-La Granja. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: inmagn@hotmail.com

**Objetiva.** Analizar las dificultades de comunicación entre facultativos y población inmigrante en un servicio de urgencias de atención primaria.

**Diseño.** Estudio prospectivo observacional transversal.

**Ámbito.** Área básica de un barrio periférico del cinturón industrial.

**Sujetos.** Muestra consecutiva de 200 pacientes inmigrantes de habla no hispana. Incluimos inmigrantes de cualquier edad de primera generación que consultaron en urgencias de un centro de salud, durante febrero, marzo y abril de 2004.

**Metodología.** Se registraron edad, sexo, lugar de origen, año de llegada, motivo de consulta, dominio del idioma, necesidad de interlocutor, dificultades de comunicación y pérdida de información durante la entrevista.

**Resultados.** El 57% de los pacientes fueron hombres y el 43% mujeres, siendo el 12% niños menores de 7 años, el 7% entre 7 y 18 años, y el 80% mayores de 18. El 79% procedían del Magreb, el 10% de África subsahariana y el 11% de Europa. El 44% acudieron con interlocutor (34% de éstos tenían dificultades idiomáticas mientras que el 66% tenían un dominio bueno - aceptable del idioma). Entre los que acudieron sin interlocutor, la proporción de pacientes que tenían muchas dificultades de comunicación fue del 35% y la de los que tenían dificultades medias fue del 23%. Según la valoración de los facultativos hubo pérdida de información en el 28% de las visitas. Los facultativos consideraron que hubiera sido necesaria la actuación un mediador en el 18% de las visitas.

**Conclusiones.** A pesar del interlocutor, en casi la mitad de las visitas existen serias limitaciones en la comunicación. Convendría impulsar medidas para evitar estas carencias, dado que en 1 de cada 5 visitas existe serias dificultades en la comunicación.

## PÓSTERS

Viernes, 10 de diciembre

Sesión 3

13.00-14.00 h

LIBRES

**P214 ALDOSTERONISMO PRIMARIO: ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN LOS MÉTODOS DE FRAMINGHAM CLÁSICO Y MODIFICADO Y SCORE***C. Fernández Conde, V. de la Fuente Villán, F. Sousa Pérez, E. Hernández García, V. Oviedo Gómez, y J. Martín Gago*Hospital General Río Carrión. Palencia. Castilla y León.  
Correo electrónico: candelasfc@terra.es

**Objetivos.** Evaluar el riesgo cardiovascular (RCV) a 10 años en pacientes con Aldosteronismo Primario (AP) al diagnóstico, viendo la influencia de cada factor de riesgo empleando tablas Framingham clásica y modificada y método SCORE.

**Diseño.** Descriptivo/retrospectivo longitudinal.

**Ambiente.** Hospitalario. Revisión de historias clínicas de pacientes con Aldosteronismo Primario.

**Variables.** Las empleadas en dichas escalas. Para el cálculo del Framingham modificado se empleó la siguiente fórmula: (riesgo de Framingham clásica en % x 0,415) + 0,517. Estratificación de RCV a 10 años según Framingham clásica y modificada: riesgo bajo RB (< 10%) riesgo medio RM (10-20%) riesgo alto RA (> 20%). SCORE: RB (< 1-1%) RM (2-4%) RA (5-14%) riesgo muy alto RMA ( $\Rightarrow$  15%).

**Resultados.** 15 pacientes con AP, edad media 51 años. 7 mujeres (46,6%). Adenoma: 11 (73,3%), Hiperplasia: 3 (20%), Analítico 1: (6,6%), Carcinoma: 0. Tensión arterial media: 181 / 111,25 mmHg. RCV según Framingham clásica/modificada: RB 7/12 (46,7/80%), RM 2/3 (13,3/20%), RA 6/0 (40/0%); según SCORE RB 10 (66,66%), RM 2 (13,13%), RA 3 (20%) RMA (0%).

**Conclusiones.** 1) Según Framingham clásica, el 40% de nuestros pacientes presentan un RCV alto, siendo sólo de un 20% aplicando método SCORE. 2) Aplicando Framingham modificado, ninguno de nuestros pacientes se encuentra en el grupo de riesgo alto. 3) Existe una clara discrepancia en el RCV aplicando el método Framingham clásico, el modificado y el método SCORE. 4) Pensamos que el RCV en nuestros pacientes, debería ser calculado mediante el método SCORE o Framingham modificado ya que pertenecen al área mediterránea con un RCV más bajo que el de la población anglosajona, aunque lo ideal sería su validación a la población española.

**P215 COMPARACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ENTRE LA TABLA DE FRAMINGHAM (WILSON) Y LA DE FRAMINGHAM CALIBRADA EN PACIENTES HIPERTENSOS***J. Reñó, A. Carné, M. Garau, Y. Garzón, J. Ripoll y M. Esteva*CS de Manacor. Unidad Docente MFyC de Mallorca. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: mesteva@ibsalut.caib.es

**Objetivos.** Comparar las diferencias de clasificación de riesgo de evento cardiovascular a 10 años entre las tablas de Framingham Calibrada (FC) y la de Framingham de Wilson (FW) en pacientes hipertensos.

**Diseño.** Descriptivo.

**Métodos.** Se incluyeron pacientes (405) entre 35-74 años, diagnosticados hace más de un año de HTA de un Centro de Salud.

**Mediciones.** Edad, sexo, diabetes, hábito tabáquico, HDLc, LDL, colesterol, TA, tratamiento.

**Resultados.** Un 37,3% eran hombres, media de edad 61,72 años (DE 9,4), TAS media 139,40 (DE 14,1), TAD media 82,3 (DE 9), media de colesterol 215,1 (DE 42,8), HDLc 53,9 (DE 13,8), LDL 134,85 (DE 57), 15,3% fumadores, 28,1% diabéticos, 49,9% hipercolesterolemia. 365 pacientes tomaban tratamiento farmacológico antihipertensivo y 125 hipolipemiantes. Según la tabla FW, el 24,1% de los pacientes presentaba un riesgo de evento cardiovascular mayor del 20% y según FC solo un 0,8% o sea la FW valora el riesgo 30 veces superior. Respecto a la FW, la tabla FC clasifica un 57% de los pacientes una categoría de riesgo inferior, un 31,9% 2 categorías y un 10,5% en la misma categoría. En pacientes diabéticos, la FW clasifica un 45,5% como riesgo alto, y la FC un 1,8%. Bajaron una categoría de riesgo el 60,7% de los pacientes y 2 categorías el 39,2%.

**Conclusiones.** Se observan diferencias importantes en la clasificación de riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes hipertensos con o sin diagnóstico de diabetes. Esto implica un gran impacto en el abordaje terapéutico de la hipercolesterolemia que demanda investigar las posibles consecuencias.

**P216 PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE PIE DIABÉTICO***E. Oliver Lloret, S. Mas Rosique, M. Moreno Pujante, S. Jover Pérez, J. Palomino y A. Álvarez*CS Santa Faz. Alicante. Ayuntamiento de Alicante. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: sgm7@hotmail.com

**Introducción.** La patología podal en el diabético, siendo una de las más frecuentes, continúa siendo la gran olvidada en atención primaria, al requerir de un tiempo y entrenamiento mínimo por parte del personal sanitario. Las cifras hablan de prevalencias del 2 al 7% de macroangiopatía y en torno al 20-40% de polineuropatía diabética (PND). Partiendo de esto nos interesaba conocer si la frecuencia de este tipo de patología era similar en los diabéticos de nuestro centro de atención primaria (CAP), motivo por el que iniciamos esta experiencia. Aprovechando las consultas de educación diabetológica realizamos las exploraciones, a la vez que se implicaba al paciente en la importancia del auto-cuidado de sus pies y en la realización de las revisiones periódicas anuales.

**Metodología.** Nuestro tamaño muestral es, actualmente, de 70 pacientes. Se recogieron los siguientes variables: antigüedad de su diabetes, sensibilidad táctil, algica y presora (medidas como respuesta al monofilamento 5,07 de Semmens-Weinstein), sensibilidad vibratoria (mediante diapasón 120Hz), pulsos tibial y pedio, presencia de hiperqueratosis, y, por último, sintomatología vascular y neurológica.

**Conclusiones.** El desarrollo de esta experiencia nos ha permitido: a) Implantar la exploración del pie como práctica habitual en todo paciente diabético, comprobando que su simple realización es un paso más en la educación del paciente, que al finalizar el estudio asimila mejor las repercusiones de su patología, b) La necesidad de que el equipo (enfermero/a y médico) tome las riendas en la revisión anual de este tipo de complicaciones, tal y como indican las guías.

**P217 METFORMINA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 CON SOBREPESO U OBESIDAD***M. Meiriño Pérez, G. Iglesias San Pablo, A. González Álvaro, J. Martín Díaz, M. Costa Zamora y M. Martín Muñoz*CS Las Calesas. Madrid.  
Correo electrónico: alberto1528@jazzfree.com

**Objetivo.** Conocer la utilización de metformina en el diabético tipo 2 con sobrepeso u obesidad, describiendo los factores de riesgo cardiovascular (FRC) asociados y su grado de control.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito.** Atención Primaria SUJETOS Población de 28.888, 732 con registro de diabetes e índice de masa corporal (IMC) > 25. Muestra aleatoria de 401, cumpliendo criterios de inclusión 308.

**Mediciones principales.** Tratamiento antidiabético, antihipertensivo, hipolipemiente y antiagregante; FRC (hipertensión, tabaquismo e hipercolesterolemia); datos de afectación macro y microvascular; talla, peso, tensión arterial, glucemia basal, HbA1c, microalbuminuria, creatinina y lipidograma. **Resultados.** Edad media de 69,6 años (DS 10,1). 54% mujeres. IMC > 30 el 50%. Afectación macrovascular en el 19,4%. Hipertensos 76,1%, con hipercolesterolemia 51,8% y fumadores 13,6%. Presentan más de uno de estos FRC el 44%. Tratados con sulfonilureas 40,5%, metformina 36,6%, insulina 12,6%, combinan sulfonilurea con metformina 19% e insulina con metformina 5,2%. Tratados con antihipertensivos 77,66% (los más utilizados diuréticos 42,7% e IECA 40,8%), hipolipemiantes 43,7% y antiagregantes/anti-coagulantes 34,6%. TA sistólica < 130 mmHg y Ldl colesterol < 100 mg/dL son los objetivos de control menos alcanzados (17,5% y 16,5% respectivamente) y no fumar el más alcanzado 86,1%. Una HbA1c < 7% se alcanza en el 42,1%. Sólo se logra el control de todos los objetivos en 4 pacientes.

**Conclusiones.** La metformina se utiliza en una proporción similar a las sulfonilureas en diabetes tipo 2 con sobrepeso u obesidad La hipertensión es el FRC más asociado en estos pacientes Los objetivos de control menos alcanzados son Ldl colesterol y TA sistólica.

## P218 RIESGO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN RELACIÓN CON DIFERENTES TERAPÉUTICAS ANTIHIPERTENSIVAS

J. Cabré Vila, F. Martín Luján, C. Jiménez Rodríguez, Y. Ortega Vila, I. Sánchez-Oro Vallés y B. Costa Pínel

SAP Reus-Altebrat. Reus. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: jcabrev@medynet.com

Nuestra función en atención primaria se encamina a evitar eventos cardiovasculares. Este trabajo correlaciona el control de pacientes hipertensos con la enfermedad cardiovascular.

**Objetiva.** Evaluar la utilidad de diferentes grupos terapéuticos hipotensores sobre el grado de control de las cifras tensionales.

**Diseña.** Estudio observacional prospectivo multicéntrico (atención primaria, 39.000 habitantes).

**Material y métodos.** Se seleccionan pacientes hipertensos, libres de enfermedad cardiovascular (ECV), realizando 5 años de seguimiento. Se registran datos sociodemográficos, clínico-analíticos y terapéutica empleada en monoterapia libremente asignada por su médico de cabecera, así como eventos cardiovasculares de todo tipo (coronarios, cerebrovasculares y periféricos). Se realiza análisis estadístico básico (SPSS) y curvas de Kaplan-Meier.

**Resultados.** 563 individuos hipertensos, con edad media de 62,4 + 11,6 años, 348 mujeres (61,8%). Recibieron monoterapia hipotensora 226 pacientes, precisando más de un fármaco el resto. El control estricto de PA (cifras inferiores a 140/90 mmHg) se consiguió en 167 individuos (73%) de los que recibían monoterapia. En el grupo total se observó una disminución de presión de pulso (PP) de -4,18 mmHg y unas complicaciones del 19,2%. Las curvas de supervivencia en monoterapia mostraron que el menor impacto de ECV se observó en quienes recibían diuréticos, seguido de IECA y beta-bloqueantes. La reducción de PP media fue -6,13 + 16,3 mmHg en el grupo de los diuréticos, que se acompañó del menor porcentaje de complicaciones (9,8%) (p < 0,001).

**Conclusiones.** El número de pacientes bien controlados en monoterapia es elevado. A mayor disminución de PP, mejor pronóstico cardiovascular. Existen diferencias entre grupos de fármacos respecto a la aparición de ECV.

## P219 EFECTIVIDAD TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: RESULTADO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN CICLO DE CALIDAD

A. García Romero, M. Ayuga Martínez, A. Ramos Martín, A. Moreno Mateos, O. Rupérez, Cordero y M. Delgado Nicolás

CS Los Ángeles. Área 11 Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: mdelgadon@papps.org

**Objetivos.** Evaluar y mejorar el grado de cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes tipo 2 (DM 2) siguiendo las recomendaciones de buen control de la American Diabetes Association (ADA) de 2003.

**Diseña.** Ciclo de calidad completo: 1ª evaluación: febrero 2003. Aplicación de medidas correctoras en los puntos más débiles hasta marzo 2004. 2ª evaluación: abril 2004.

**Ámbito del estudio.** Atención primaria.

**Sujetos.** 360 pacientes obtenidos por muestreo aleatorio simple sobre los 1306 pacientes diagnosticados de DM 2. Nivel de confianza 95%, precisión 5%.

**Mediciones.** Grado de cumplimiento de 8 criterios de calidad basados en las recomendaciones de la ADA de 2003.

**Resultados 1ª evaluación:** HbA1c < 7% 46% (39-53%); no fuman 84% (81-88%); TA < 130/85 37% (32-42%); colesterol total < 200 39% (32-44%); LDL-C < 100 20% (14-25%); HDL-C > 45% 65% (58-71%). Realizan tratamiento antiagregante 9,5% (6-13%) en prevención primaria; 79% (74-85%) en prevención secundaria. **2ª evaluación:** no fuman 87% (83-91%); HbA1c < 7% 59% (53-65%); TA < 130/85 37% (32-43%); colesterol total < 200 46% (40-52%); LDL-C < 100 33% (28-38%); HDL-C > 45 72% (66-77%). Realizan tratamiento antiagregante 20% (15-25%) en prevención primaria; 86% (80-92%) en prevención secundaria. Tras la segunda evaluación se obtuvo mejoría significativa (p < 0,001) en HbA1c < 7%; HDL-C > 45 y tratamiento antiagregante en prevención primaria y secundaria.

**Conclusiones.** Aunque mejoramos en todos los criterios de calidad evaluados, sólo en 4 fue de forma significativa. Consideramos que el cumplimiento de objetivos terapéuticos sigue siendo insuficiente, por lo que debemos implementar nuevas medidas que nos permita incrementar la calidad de control de los diabéticos de nuestro centro.

## P220 DIABETES TIPO 2 Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: ¿CUMPLIMOS CON LOS CRITERIOS DE CONTROL?

C. Luis Ruiz, E. Real Valcárcel, M. Rufino Delgado, R. Martín Hierro, M. López González y C. Hernández García

CS Taco. Unidad Docente MFyC Tenerife Zona I. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.  
Correo electrónico: cristinalr@comtf.es

**Objetiva.** Estimar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes diabéticos tipo-2 (DM-2), así como el grado de control de los mismos.

**Diseña.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito.** Centro de Salud suburbano.

**Sujetos y métodos.** Pacientes con DM2 de un Centro de Salud que acudieron a consulta en los seis últimos meses. Variables: edad, sexo, antecedentes de hipertensión arterial (HTA), dislipemia, índice de masa corporal (IMC) y tabaquismo. Variables relacionadas con la DM-2: tiempo de evolución, HbA1c, tratamiento. Analítica del último año. Criterios de buen control: GEDAPS-2000 (basada en las recomendaciones de la ADA).

**Resultados.** Participaron 312 pacientes, mujeres (53,5%), edad media 62,69 años (DT: 10,8). Presentaban: HTA 68,3% (IC95%: 63,14-73,46), Dislipemia 64,4% (IC95%: 59,09-69,71), Obesidad (IMC > 30) 57% (IC95%: 51,51-62,4), Tabaquismo 22,1% (IC95%: 17,5-26,7). Tiempo medio de evolución de la DM-2: 6,77 años (DT: 5,78). Tratamiento: sólo dieta 9,6%; antidiabéticos orales 68,9%; insulina 20,2%; ambos 1,3%. Criterios de buen control (GEDAPS-2000): HbA1c < 7 (53,6%); CT < 200 (35,9%), cLDL < 100 (20,5%), HDL > 40 (68,3%), TG < 150 (50,8%); TAS < 130 (35,7%); TAD < 80 (60,1%); IMC < 27 (16,7%); No fuma (77,9%). La distribución de los pacientes en función de los FRCV, distintos de la DM y de la edad: 5,2% ningún-FRCV; 19,3% un-FRCV; 37,3% dos-FRCV; 32,5% tres-FRCV; 5,6% cuatro-FRCV.

**Conclusiones.** Valoramos positivamente el grado de control glucémico (HbA1c), similar al de otros estudios de ámbito nacional, y el bajo porcentaje de tabaquismo. Reseñamos como aspectos negativos la alta prevalencia de HTA, dislipemia y obesidad; el mal control de HTA, del perfil lipídico y del sobrepeso, además de la elevada agregación de FRCV en nuestros diabéticos.

## P221 HÁBITO TABÁQUICO EN DIABÉTICOS INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE CRÓNICOS. CONTROL Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DE LOS MISMOS

E. Merelo Pérez

CS Algeciras Norte. Algeciras. Andalucía.  
Correo electrónico: lorenagrmer@yahoo.es

**Objetivos.** Conocer prevalencia y perfil del tabaquismo en diabéticos. Control y cumplimiento terapéutico de los mismos.

**Diseña.** Transversal descriptivo.

**Emplazamiento.** Centro de Salud Urbano.

*Sujetos.* 143 diabéticos fumadores o ex-fumadores incluidos en programa de crónicos durante el 2003.

*Mediciones.* Variables estudiadas: Sociodemográficas: Edad, sexo, estado civil, nivel instrucción y situación laboral. Clínicas: Tipo diabetes, tratamiento, años evolución, complicaciones relacionadas diabetes, HTA, dislipemia y obesidad. Relacionadas con el control y cumplimiento terapéutico: Hemoglobina glicosilada (HbA1C), dieta, ejercicio, fármacos. Relacionadas con el tabaquismo: Fumador o ex-fumador, consejo mínimo, procedencia, años evolución tabaquismo, años sin fumar, tests Richmond y Fagerström. La recogida de datos se realizó mediante cuestionario hetero-administrado. Se analizaron los datos mediante el programa SPSS versión 11.0.

*Resultados.* 19,66% fumadores diabéticos, con motivación baja (41,9%) y dependencia alta (45,2%). En el 82% de ex-fumadores se obtuvo una HbA1C <7,5 frente al 54,8% de fumadores ( $p < 0,05$ , OR = 3,7, IC 95%, 1,6-8,5). 92% de los ex-fumadores realiza cumplimiento de dieta óptimo frente al 62,5% de fumadores ( $p < 0,05$ , OR = 6,9, IC95%, 2,3-20,9). 84% de ex-fumadores lleva a cabo cumplimiento del ejercicio óptimo frente al 49,5% de fumadores ( $p < 0,05$ , OR = 5,3, IC95%, 2,2-12,6). No hubo diferencias en cuanto al cumplimiento farmacológico, prevalencia HTA, dislipemia, y obesidad.

*Conclusiones.* Los diabéticos fumadores tienen mayor riesgo de obtener una HbA1C más elevada que los ex-fumadores y de realizar un peor cumplimiento de la dieta y del ejercicio. Importancia de promocionar el abandono del hábito tabáquico en esta población en consultas atención primaria.

## P222 TRATAMIENTO ANATITROMBÓTICO: ¿EL ETERNO OLVIDADO?

R. Peiro Navarro y E. Franco Piedrafita

ABS Vilassar de Mar-Cabrera. ABS Gatassa. Vilassar de Mar. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: 28960rpn@comb.es

*Objetiva.* Analizar la utilización de fármacos antitrombóticos (AT) en una ABS.

*Material y métodos.* Estudio descriptivo transversal realizado en Diciembre de 2003, estudiando todos los pacientes de una ABS con tratamiento crónico AT (TAT). (antiagregante (AAG) o anticoagulante (ACO)). Se analizó: sexo, edad, principio activo, utilización en prevención 1ª (PP) o 2ª (PS) y patología cardiovascular (cardiopatía isquémica (CI), accidente cerebrovascular (AVC), fibrilación auricular (FA), arteriopatía periférica (AP)). Mediante muestreo aleatorio de 200 pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV), se calculó el porcentaje de pacientes candidatos a TAT en PP correctamente tratados.

*Resultados.* 566 pacientes llevaban TAT (2,96% población > 15 años), 64% hombres. El 33,75% era en PP, el 30,5% por CI y el 24% por FA. De los pacientes con CI, el 83,1% tomaban AT, sin diferencias significativas (DS) por sexos ni tipo de TAT. El 79,4% de FA tomaban AT, sin diferencias por sexos, pero el 46,1% hombres tomaban ACO frente el 77,7% mujeres (DS,  $p = 0,037$ ). Tomaban AT el 91,6% de AP (86,6% AAG) y el 85,3% de AVC (54,9% AAG). Los fármacos utilizados eran: AAG: 82,86% (AAS 67,14%, Triflusal 7,95%, Dipyridamol 1,41%, Ticlopidina 1,59%, Clopidogrel 4,77%), ACO 17,14%, sin DS de AAG respecto patologías. De los 200 pacientes con FRCV, el 64,5% de los candidatos a tratamiento AT lo estaban realizando.

*Conclusiones.* El porcentaje de pacientes en PS con AT es aceptable, y superior a otros estudios similares. El porcentaje de pacientes con AT en PP es similar a otros estudios. Debemos intensificar la profilaxis antitrombótica tanto en PP como en PS.

## P223 EFECTO DE UN TRATAMIENTO ANTIOXIDANTE EN LA INDUCCIÓN DE DIABETES MSZ Y EN EL CONTROL METABÓLICO EN RATAS

J. Osuna Carrillo de Albornoz, C. Romero, M. Bocabegra y B. García Castro  
Departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la Facultad de Medicina. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: beatrihegc@hotmail.com

Hemos utilizado ratas macho con un peso entre 250 y 300 g. A un grupo le indujimos la diabetes mediante la administración de Aduvante Completo de Freund (CFA) y dosis subdiabetogénicas de estreptozotocina (SZ) (30 mg/Kg de peso). Al segundo grupo antes del tratamiento

con CFA y SZ se les administró por vía intraperitoneal Vitamina C 1.200 mg; Vitamina E 300 mg y  $\beta$ -Caroteno 30 mg. A todos los animales se les determinó durante 5 días la ingesta de comida, agua, diuresis y la glucosuria. En el grupo control, a la cuarta dosis de SZ, en el 100% de los animales apareció la diabetes. Sin embargo en el grupo con tratamiento antioxidante, en el 18,1% no apareció diabetes. Por otra parte, en el grupo con tratamiento antioxidante, los animales que desarrollan la diabetes presentan un estado metabólico significativamente mejor comparados con el grupo sin tratamiento. El tratamiento antioxidante disminuye el estrés oxidativo inducido por la SZ en la célula  $\beta$  pancreática. De este modo disminuye por un lado la incidencia de Diabetes Mellitus en nuestro modelo experimental, por otra parte, la aparición de la diabetes se desplaza hacia la derecha mediante el pretratamiento antioxidante. Además, el tratamiento antioxidante mejora el estado metabólico de los animales diabéticos valorado por la magnitud de la glucosuria, diuresis y poliuria en los primeros días de aparición de la diabetes. En conclusión, el tratamiento antioxidante previene la aparición de diabetes en los modelos MSZ y en los animales que la desarrollan, mejora el estado metabólico de los mismos.

## P224 PRESIÓN POR PULSO. MÁS QUE UNA DIFERENCIA DE CIFRAS

C. Jurado Valenzuela, I. Rozas Gómez, M. Marín Becerra, M. Álvarez Espinosa, D. Lora Pablos y A. Gómez de la Cámara

EAP Opañel II. EAP San Isidro II. Unidad de Epidemiología Área 11. Madrid. Correo electrónico: cjuva@mi.madridel.es

*Objetivos.* Conocer la diferencia de la presión del pulso (PP) en hipertensos y su relación con el control adecuado de su HTA (criterios JNC VII). Analizar las características de la muestra que se asocian a PP elevada ( $\geq 60$  mmHg).

*Diseño.* Estudio transversal descriptivo.

*Ámbito.* Dos EAP urbanos. SUJETOS. Muestra aleatoria de 305 hipertensos.

*Mediciones.* Edad, sexo, TA, PP, IMC, colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol, triglicéridos, glucemia, creatinina, ácido úrico, potasio, riesgo cardiovascular (RCV) según Framingham. Se considera control adecuado de TA cifras.

*Resultados.* Edad  $70,16 \pm 12,0$ , 69,3% mujeres, TAS  $135,5 \pm 14,7$ , TAD  $79,5 \pm 8,7$ , IMC  $29,9 \pm 5,3$ , Colesterol total  $213,4 \pm 34,5$ , HDL  $61,2 \pm 22,6$ , LDL  $128,2 \pm 35,1$ , triglicéridos  $133,7 \pm 91,6$ , Glucemia basal  $105,3 \pm 31,8$ , Creatinina  $0,92 \pm 0,33$ , Ácido úrico  $5,9 \pm 2,0$ , Potasio  $4,6 \pm 3,05$ , RCV medio  $14,95 \pm 10,84$ . Media de PP HTA no controlada  $60,52$  mmHg y HTA controlada  $53,43$  mmHg. Se detectó asociación estadísticamente significativa entre la PP y el no control de HTA ( $p = 0,000$  IC 95%: [-10,21; -3,97]). La PP  $\geq 60$  se relacionan estadísticamente con la TA sistólica ( $p = 0,000$  IC 95%: [15,4; 20,43]), y un mayor RCV ( $p = 0,07$  IC 95%: [0,91; 5,79]).

*Conclusiones.* Este trabajo objetiva que valores superiores de PP 60 mmHg se asocian a un mal control de la HTA y a un mayor RCV, entre otros. Todas las asociaciones observadas presentan una relación directa con la PP. Posible efecto de la PP como predictor de mal control de la TA.

## P225 INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN POBLACIÓN HIPERTENSA ESPAÑOLA. RELACIÓN CON HIPERTROFIA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO. ESTUDIO ERIC-HTA

J. Lozano Vidal, J. Navarro Pérez, A. Bonet Plá, J. Redón i Más, C. Fernández y L. Cea Calvo

CS Serrera II. CS Salvador Pau. Valencia. Correo electrónico: jvlozano@interbook.net

*Introducción.* La insuficiencia renal (IR) se define como una creatinina  $\geq 1,5$  mg/dl (hombres) o  $\geq 1,4$  mg/dl (mujeres), o un aclaramiento de creatinina (CrCl) menor de 60-70 ml/min, y el daño renal por hipertensión como una creatinina  $\geq 1,2$  mg/dL. La creatinina sérica puede infraestimar el daño renal hipertensivo.

*Objetiva.* Valorar la prevalencia de IR en pacientes hipertensos seguidos en Atención Primaria, con creatinina basal normal ( $< 1,2$  mg/dl), y su relación con daño cardiaco por hipertensión (hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI)).

*Pacientes.* Se seleccionaron pacientes hipertensos mayores de 55 años. Se calculó el aclaramiento según la fórmula de Cockcroft y Gault, definiendo

do IR oculta como CrCl < 60 ml/min con creatinina < 1,2 mg/dl. La HVI se valoró por electrocardiograma (criterios de Cornell o Sokolow-Lyon).

**Resultados.** En 13.193 pacientes (edad media 68 años, 55% mujeres), 10.797 tenían una creatinina < 1,2 mg/dL (81,83%). En estos, 2.297 (21,27%) tenían IR oculta (CrCl < 60 ml/min), y 8.500 (78,73%) CrCl ≥ 60 ml/min. La prevalencia de HVI fue mayor en pacientes con IR oculta que en los que no tenían (20,5% vs. 17,8%, p = 0,003). En 1851 pacientes con daño renal (creatinina 1,2-1,5 (varones) y 1,2-1,4 (mujeres)), la prevalencia de IR ascendió hasta 76,44%.

**Conclusiones.** La IR oculta es frecuente en pacientes hipertensos con creatinina en rango normal, y asocia una mayor prevalencia de daño cardíaco por hipertensión (HVI en el electrocardiograma). El cálculo del CrCl puede mejorar la detección de daño orgánico en los pacientes hipertensos.

### P226 ESTIMACIÓN DEL RIESGO CORONARIO Y DE ICTUS EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA ESPAÑOLA DIABÉTICA: ESTUDIO ERIC-HTA

J. Navarro Pérez, A. Bonet Plá, J. Lázano Vidal, J. Redón i Más, L. Cea Calvo y C. Fernández

CS Salvador Pau. CS Serrería II. Valencia.  
Correo electrónico: jvlozano@interbook.net

**Objetiva.** Valorar el riesgo calculado de ictus y de cardiopatía isquémica en una amplia muestra de pacientes hipertensos diabéticos en Atención Primaria.

**Pacientes.** Se seleccionaron pacientes de edad > 55 años, diagnosticados de hipertensión arterial (HTA) en consultas de Atención Primaria. Cada médico incluyó un máximo de 10 pacientes. Se recogieron características demográficas, factores de riesgo cardiovascular, enfermedades cardiovasculares, PAS y PAD, glucemia, creatinina, perfil lipídico, electrocardiograma (ECG) y tratamiento. Se calculó el riesgo de cardiopatía isquémica (escala Framingham), e ictus (escala D'Agostino). Se ajustó por edad, sexo, índice de masa corporal y presión arterial.

**Resultados.** En 16.083 pacientes analizados (edad media 68 años, 55% mujeres, media de PAS/PAD 146/84 mmHg) 4.895 (30%) eran diabéticos. El riesgo de ictus a 10 años calculado en la población diabética fue algo mayor que el de enfermedad coronaria (28,4% vs. 26,4%). La presencia de hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI) o de fibrilación auricular (FA) aumenta el riesgo de ictus (38,4% y 44,8%) calculado a los 10 años, en especial si aparecen ambas a la vez (66,1%), mientras que tiene menor impacto sobre el riesgo de enfermedad coronaria.

**Conclusiones.** El riesgo de ictus calculado en la población hipertensa diabética estudiada es algo mayor al de enfermedad coronaria, y aumenta en presencia de HVI y/o de FA. El riesgo de ictus debe ser tenido en cuenta a la hora de planificar el tratamiento del paciente diabético hipertenso.

### P227 PARÁMETROS INFLAMATORIOS COMO MARCADORES DE EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. IMPORTANCIA EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Rodríguez González, E. Benítez Rodríguez, L. García González, F. Morales Ponze, J. Oneto Otero y A. Lorenz o Peñuelas

CS Chiclana. Servicio Cardiología y Servicio Medicina Preventiva Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. Andalucía.  
Correo electrónico: encarnacion.benitez@uca.es

**Objetivos.** Analizar si los niveles basales y de seguimiento de proteína C reactiva (PCR) y fibrinógeno son marcadores de evolución clínica en pacientes con cardiopatía isquémica (CI).

**Diseño.** Observacional, prospectivo.

**Emplazamiento.** Pacientes atendidos en servicio cardiología de hospital general (septiembre 1999-septiembre 2000).

**Sujetos.** Pacientes con CI, clínica de angor o IAM, excluyendo aquellos con enfermedad inflamatoria.

**Medicaciones.** De la historia clínica se recogió la edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes personales CI y patologías asociadas. Todos tuvieron un seguimiento mínimo de 12 meses. PCR y fibrinógeno se midieron a los 0, 1, 3 y 6 meses. Se valoró la evolución del paciente, considerando buena evolución si permanecía asintomático en seguimiento, y mala si presentó algún evento cardiovascular (muerte cardiovascular, infarto no fatal y resvascularización).

**Resultados.** Se estudiaron 96 pacientes, 16 presentaron mala evolución (16,7%). Edad media 62 años (DE 11), 74% varones. Los pacientes con buena evolución mostraron tendencia descendente en parámetro analítico medidos (p < 0,001). En aquellos con mala evolución se observó un incremento ante la presencia de reestenosis (p < 0,001).

**Conclusiones.** En pacientes con CI los niveles de marcadores inflamatorios, PCR y fibrinógeno, ante clínica de angor o IAM están elevados al inicio, descendiendo a lo largo del seguimiento en aquellos con buena evolución, incrementándose estos valores ante la presencia de un nuevo evento cardiovascular. ¿Sería una herramienta útil para el seguimiento de los pacientes con CI en una consulta de atención primaria?

### P228 HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA Y RIESGO DE ICTUS. RELACION CON DAÑO RENAL EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA HIPERTENSA DIABÉTICA

J. Navarro Pérez, A. Bonet Plá, J. Lázano Vidal, J. Redón i Más, L. Cea Calvo y C. Fernández

CS Salvador Pau. CS Serrería II. Valencia.  
Correo electrónico: jvlozano@interbook.net

**Objetiva.** Valorar la prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y el riesgo de ictus, en relación con la afectación renal por hipertensión arterial (HTA) en pacientes con HTA y diabetes mellitus en Atención Primaria.

**Métodos.** Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico. Cada médico incluyó un máximo de 10 pacientes con HTA y mayores de 55 años. Se recogieron características demográficas, presión arterial (PA), factores de riesgo cardiovascular, enfermedades cardiovasculares, analítica y electrocardiograma. Se valoró la presencia de HVI según criterio de Cornell o Sokolow-Lyon, el riesgo de ictus por tablas de Framingham (D'Agostino), y el aclaramiento de creatinina (CrCl) por la fórmula Cockcroft-Gault. Se ajustó mediante regresión logística por edad, sexo, índice de masa corporal, y PA.

**Resultados.** En 4.029 pacientes hipertensos diabéticos, la prevalencia de HVI fue 26,8%. La prevalencia fue mayor en pacientes con mayor daño renal (23,8% en pacientes con CrCl ≥ 60 ml/min; 32,1% para CrCl 30-59 y 36,5% para CrCl < 30; asociación lineal significativa, p < 0,001). El riesgo de ictus calculado a 10 años fue mayor en pacientes con mayor afectación renal (24,3%, 35,6% y 42,8% respectivamente). Esta asociación se mantuvo tras ajustar por las variables descritas.

**Conclusiones.** La prevalencia de HVI y el riesgo de ictus son mayores en pacientes con HTA y afectación renal, asociación que se mantiene tras ajuste de variables. La lesión de estos órganos diana en el paciente con HTA está íntimamente relacionada.

### P229 EVOLUCIÓN DEL GRADO DE CONTROL DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA: DATOS DE 2000 A 2003

C. Aguilar Martín, M. Dalmau Llorca, J. Marín Serral, S. Nadela Lapeira, E. Bailash Bel y V. Rubio Carque

SAP Terres de l'Ebre. Tortosa. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: caguilar.tarte.ics@gencat.net

**Objetiva.** Analizar la evolución desde 2000 a 2003 en el grado de adecuación a las directrices norteamericanas en prevención secundaria cardiovascular.

**Diseño.** Estudio descriptivo multicéntrico.

**Ámbito del estudio.** Atención primaria.

**Sujetos.** Personas con diagnóstico de enfermedad cardiovascular de origen aterosclerótico en un servicio de atención primaria. Distribución de la muestra: 336 sujetos en año 2000, 900 año 2001, 638 año 2002 y 716 año 2003, de forma aleatoria estratificado por área básica de salud.

**Medicaciones.** Registro en la historia clínica del hábito tabáquico, presión arterial (PA), LDL-colesterol (LDL), triglicéridos (TG), IMC, diabetes, HbA1c.

**Resultados.** Fumadores: 2000 7,1%, 2001 7,2%, 2002 6,4% 2003 8,9% (p > 0,05). PA < 140/90 mmHg (si diabético < 130/80): 2000 26,5%, 2001 29%, 2002 35,9% 2003 36,3% (p < 0,001). LDL < 100 mg/dl: 2000 13%, 2001 17,4%, 2002 24,1% 2003 22,7% (p < 0,001). TG < 200 mg/dl: 2002 86,5%, 2003 88,3% (p = 0,03). IMC < 25 kg/m<sup>2</sup>: 2000 13,1%, 2001 17,4%, 2002 15,1%, 2003 13,5% (p > 0,05). Diabéticos (986) con HbA1c < 7%: 2000 60,5%, 2001 65,4%, 2002 68,7%, 2003 67,9% (p > 0,05).

**Conclusiones.** Destacamos el bajo grado de control de los pacientes en prevención secundaria sobretudo del control de la PA, el LDL y el IMC. Se evidencian mejoras en el control de la PA, el LDL y triglicéridos, aunque pensamos que es insuficiente precisándose una intervención dirigida realizar un tratamiento más agresivo de los factores de riesgo en los que existe una evidencia científica de que mejoran la supervivencia, reducen las recurrencias y aumentan la calidad de vida de estos pacientes.

### P230 RELACIÓN ENTRE CAMBIOS EN FACTORES DE RIESGO Y EN MOLÉCULAS DE ADHESIÓN CELULAR TRAS UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES OBESOS DIABÉTICOS

M. Serrano Martínez, N. Rubio Goyeneche, P. Buil Cosiales, M. Palacios Sarrasqueta, V. Molina y E. Pérez de Ciriza Echeverría

CS de Azpilagaña. Pamplona. Navarra.

Correo electrónico: pilar.buil.cosiales@cfnavarra.es

**Objetivos.** Estudiar los cambios en la concentración sérica de moléculas de adhesión inducida por cambios en estilos de vida.

**Pacientes y métodos.** 56 diabéticos con índice de masa corporal  $> 29,9 \text{ Kg/m}^2$  se incluyeron en un programa de educación para la salud sobre cambios dietéticos y ejercicios físico diario de 6 semanas de duración. Se realizó encuesta dietética y se midieron en suero marcadores de inflamación (ICAM, VCAM, PCRus, TNFa y MPC-1) además de datos antropométricos y analíticos al inicio a los 3 y 6 meses.

**Resultados.** La edad media fue de  $63,4 \pm 10,1$  años, el 57,4% eran varones. El IMC se redujo de  $33,6 \pm 0,7 \text{ Kg/m}^2$  a  $32,7 \pm 0,72 \text{ Kg/m}^2$  ( $p < 0,001$ ), y el perímetro de cintura de  $107,6 \pm 1,4$  a  $104,8 \pm 1,5 \text{ cm}$  ( $p < 0,001$ ) después de 24 semanas de seguimiento. Se encontraron reducciones significativas de las cifras de presión arterial sistólica y diastólica, HgbA1c y colesterol LDL, pero no de colesterol HDL ni triglicéridos. El ICAM-1 se redujo significativamente de  $255 \pm 13,1$  a  $175,5 \pm 8,7$  ( $p < 0,001$ ) así como la PCR us ( $p = 0,027$ ) y el MCP ( $p > 0,001$ ); el VCAM-1 aumentó de  $150,0 \pm 14,5$  a  $274,5 \pm 11,6$ . En el análisis multivariante tan solo se encontró relación entre el descenso del IMC y la disminución de la PCR (variable dependiente)  $p = 0,030$ .

**Conclusiones.** El PCRus se ha mostrado como uno de los mejores predictores de daño vascular. Encontramos que una intervención educativa orientada a cambios dietéticos mejora los parámetros metabólicos que se mantienen hasta los 6 meses. El mejor indicador de disminución de riesgo podría ser el descenso del IMC.

### P231 INFLUENCIA DE LA EDAD, SEXO Y RIESGO CARDIOVASCULAR SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

M. Muñoz Rodríguez, V. Sánchez Pérez, A. Cayuela Domínguez y J. Lapetra Peralta

CS San Pablo. Sevilla. Andalucía.

Correo electrónico: emurosevilla@hotmail.com

**Objetivo.** Valorar la influencia de la edad, sexo y riesgo cardiovascular en la salud autopercebida en población que acude a un centro de salud urbano.

**Diseño.** Descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Zona básica de salud urbana.

**Sujetos.** Individuos de 30 años o más, no institucionalizados, que acuden al centro de salud.

**Mediciones e intervenciones.** Se estimó un tamaño muestral de 300 individuos que fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Se les administró, por personal adecuadamente entrenado, el cuestionario validado SF-36 para medir la calidad de vida relacionada con la salud junto con una encuesta sobre variables descriptoras y morbilidad percibida. Se recogió también información sobre antecedentes de enfermedad vascular y existencia de factores de riesgo, clasificando a los individuos en función del riesgo cardiovascular (alto, moderado o bajo). El análisis estadístico se realizó mediante t de Student para muestras independientes y ANOVA.

**Resultados.** La edad afecta significativamente en las dimensiones de función física y vitalidad. Las mujeres tienen una peor percepción de su calidad de vida en 6 de los 8 dominios del cuestionario SF-36. El riesgo cardiovascular influye significativamente y de forma negativa en los dominios de función física, dolor corporal, salud general y vitalidad.

**Conclusiones.** La calidad de vida relacionada con la salud está claramente influida por la edad y el sexo. El riesgo cardiovascular modifica, independientemente de la edad y el sexo, la calidad de vida auto-percibida en cuatro de las ocho dimensiones del cuestionario SF-36.

### P232 FACTORES DE RIESGO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN DIABÉTICOS

A. Verdú Navarro, M. Masip Beso, A. Martínez Martínez, M. Yuste Marco, J. Bonet Simó y F. Solé Sancho

CAP Badia del Vallès. Badia del Vallès. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 27483mym@comb.es

**Objetivos.** Conocer qué factores de riesgo se relacionan con la aparición de cardiopatía isquémica en diabéticos, y si la microalbuminuria es un factor predictor independiente.

**Diseño y metodología.** Estudio retrospectivo, observacional y transversal realizado en un Centro de Salud Urbano. Se realizó un muestreo aleatorio en pacientes registrados en nuestra base de datos con el diagnóstico de Diabetes Mellitus antes de 1998. Las variables recogidas son edad, sexo, dislipemia, obesidad, hipertensión arterial, tabaquismo, hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia renal, desarrollo de microalbuminuria, tiempo de evolución de Diabetes Mellitus y aparición de cardiopatía isquémica hasta Junio del 2003. En aquellos sujetos con cardiopatía isquémica las variables dislipemia, obesidad, hipertensión arterial, tabaquismo, hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia renal y desarrollo de microalbuminuria se valoraron si su diagnóstico fue antes de la cardiopatía.

**Resultados.** 206 pacientes, 56% hombres, con una edad media de  $69,8 \pm 9,4$ . El tiempo media de evolución de Diabetes es de  $14,6$  años  $\pm 14,7$ . La Odds Ratio para presentar Cardiopatía Isquémica cuando la microalbuminuria es positiva es de  $1,96$  [(IC 95%, 0,92-4,17),  $p = 0,076$ ]. Realizamos una regresión logística para conocer qué variables están relacionadas con la aparición de Cardiopatía Isquémica. Hay significación estadística para dislipemia con OR  $0,26$  [(IC 95%, 0,11-0,64),  $p < 0,003$ ] y tiempo evolución de la Diabetes Mellitus con OR de  $0,6$  [(IC 95%, 0,585-0,616),  $p < 0,049$ ].

**Conclusiones.** En nuestros pacientes diabéticos es predictor de Cardiopatía Isquémica la dislipemia y el tiempo de evolución de Diabetes. La microalbuminuria no es factor predictor independiente de Cardiopatía Isquémica

### P233 ESPERANZA DE VIDA EN PACIENTES CON ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA: ESTUDIO CON BASE POBLACIONAL

A. Planas Arruti, A. Gasol Fargas, C. Contreras García,

A. De Moner de Castellarnau, A. Clará Velasco y F. Vidal-Barraquer

ABS Pubilla Cases. L'Hospitalet de Llobregat. Hospital del Mar. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 23839ccg@comb.es

**Introducción.** Estudios poblacionales anglosajones demostraron que los sujetos con arteriopatía periférica (AOP) presentan una mortalidad tardía superior, especialmente de causa cardiovascular. En nuestro medio, la incidencia de cardiopatía isquémica es bastante inferior a la de estos países, lo que puede influir en la supervivencia global de los sujetos con AOP.

**Objetivo.** Evaluar el impacto de la AOP sobre la supervivencia tardía en nuestro medio.

**Diseño.** Cohorte prospectiva.

**Sujetos.** 526 varones de 55-74 años representativos de una población urbana. Variables basales: factores de riesgo cardiovascular, AOP (índice tobillo/brazo  $< 0,9$ ), cardiopatía isquémica (CISQ), enfermedad cerebrovascular (ECV). Seguimiento medio: 71 meses ( $\pm 21$ ). Estadístico: regresión de Cox.

**Resultados.** Basalmente, 61 varones (13,1%) presentaban AOP, 82 (15,6%) CISQ y 30 (5,7%) ECV. Durante el seguimiento, fallecieron 68 sujetos (12,9%), 27 de causa cardiovascular, 40 no cardiovascular (29 tumoral) y 1 desconocida. Los sujetos con AOP presentaron una supervivencia a 5 años inferior (79 frente a 92%,  $p < 0,001$ ). Los modelos multivariados mostraron que los sujetos con AOP presentaban un riesgo superior de mortalidad tardía cardiovascular (RR = 2,3,  $p = 0,05$ ) ajustado por edad (RR = 1,08,  $p = 0,05$ ), hipertensión (RR = 3,4,  $p = 0,02$ ), CISQ (RR = 3,6,  $p = 0,001$ ) y ECV (RR = 2,9,  $p = 0,03$ ), y

también un riesgo superior de mortalidad no cardiovascular (RR = 2,1, p = 0,03) ajustado por paquetes/año (RR = 1,01, p = 0,07) y diabetes (RR = 2, p = 0,03).

**Conclusiones.** En nuestro medio, la AOP constituye un factor predictivo de mortalidad tardía global (cardiovascular y no cardiovascular). La supervivencia global de nuestros sujetos con AOP es semejante a la de países anglosajones si bien aquí la proyección de causas de fallecimiento varía.

### P234 ESTIMACIÓN DEL RIESGO CORONARIO EN LA POBLACIÓN ADSCRITA A UN CENTRO DE SALUD MEDIANTE LA FUNCIÓN DE FRAMINGHAM Y LA FUNCIÓN DE FRAMINGHAM CALIBRADA

C. Vera Vargas y A. Carrasco Serrano

C/S San José. Linares. Jaén. Andalucía.

Correo electrónico: carmenvera332@hotmail.com

**Objetivos.** Evaluar si la función de Framingham comparada con la función calibrada de Framingham produce resultados de mayor estimación del riesgo cardiovascular en población diabética e hipertensa. Diseño: estudio observacional transversal

**Emplazamiento.** Centro de salud urbano.

**Sujetos.** 200 pacientes diabéticos, hipertensos o diabéticos-hipertensos seleccionados de forma sistemática del total de pacientes entre 35 a 74 años asignados a un centro de salud.

**Mediciones.** Las variables principales fueron: edad, sexo, PAS, PAD, tratamiento antihipertensivo, grado de HTA según el JNC VII / Liga Europea 2003, glucemia, tratamiento antidiabético, tabaquismo, colesterol total, cHDL, cLDL, triglicéridos. Se calculó el riesgo c-v con la función de Framingham y con la función de Framingham calibrada.

**Resultados principales.** La edad media era 62 años, de los cuales el 53,5% eran mujeres. Un 7,5% de los pacientes eran fumadores, un 81,5% hipertensos, un 60% diabéticos y un 41,5% diabéticos-hipertensos. La PAS media fue 135 mmHg y la PAD media de 79 mmHg. Un 26% no seguía tto antihipertensivo, un 65% tomaba un solo fármaco y un 34% tomaba 2 ó 3 fármacos. La cifra global de colesterol era de 214 mg/dl, el cHDL 51,2 mg/dl, el cLDL de 138,7 y los triglicéridos de 130,8 mg/dl. El riesgo c-v medio de la población era de 9,8% según la ecuación de Framingham y de un 6,3% según la ecuación de Framingham calibrada.

**Conclusiones.** Las estimaciones del riesgo c-v según ambas funciones coinciden en un 76%, la función de Framingham sobrevalora el riesgo en un 19,5% e infravalora en un 4,5% del total.

### P235 "PERSECUCIÓN" ANTITABACO EN DIABÉTICOS

E. Valentín Moya, J. Montero Alía, J. Aubà Llambrich, R. Pérez Villegas, C. Pérez Pérez y E. Fernández Pérez

C/S Mataró 7. Institut Català de la Salut. Mataró. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 31297jma@comb.es

**Objetivos.** Evaluar la efectividad de la intervención intensiva antitabaco en diabéticos.

**Material y métodos.** Sujetos diabéticos tipo 1 (DM1) y 2 (DM2) inscritos en una ABS urbana.

**Intervención.** Mediante encuesta telefónica enmascarada se seleccionan los diabéticos fumadores, que se citan para intervención antitabaco ambulatoria, consistente en consejo personalizado, tratamiento sustitutivo y seguimiento durante 12 meses con controles de coximetría.

**Resultados.** 661 diabéticos. 10% son fumadores (9% DM1 y 91% DM2). El 50% (32) de los fumadores iniciaron la intervención (3 DM1 y 29 DM2). Un 75% habían intentado dejar de fumar previamente. Un 69% estaban pre-contemplativos, 12% contemplativos, 17% preparación y 1% acción. Fagerstrom: 62% tienen dependencia leve, un 28% moderada y 9% alta; Richmond: 22% tiene motivación alta, 44% moderada y 25% baja. Un 28% han realizado tratamiento sustitutivo. De los 32 fumadores que comenzaron la intervención (consumo medio 20 cig/día), 16 acudieron al control del 6º mes, de estos 7 (22%) han dejado de fumar. De los que continúan fumando con un consumo medio inicial de 20 cig/día pasan a 17,7 cig/día al final. Tiempo invertido en la intervención: con un mínimo de 36 minutos y un máximo 102 minutos, se han requerido un total 2308 minutos, con una media de 82,43 min/paciente.

**Conclusiones.** Hemos conseguido un 22% de abstinencia a los 6 meses de seguimiento y una reducción del consumo del 12% en una población muy "trabajada". Consideramos que a pesar del esfuerzo requerido convendría mantener estas intervenciones en un colectivo de tan elevado riesgo cardiovascular.

### P236 ACTITUDES Y CONDUCTA AFRENTE AL TABAQUISMO EN ALUMNOS DE DOS INSTITUTOS RURALES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA

J. Gómez Cruz, J. Maderuelo Fernández, M. Barrueco Ferrero, I. Aparicio Coxa y M. Torreçilla García

CS La Guareña. Fuentesauco. Zamora. Unidad Docente MFyC de Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: jamaderuelo@usuarios.retecal.es

**Objetivos.** Determinar la actitud, creencias y consumo basal de tabaco de alumnos de enseñanza secundaria, previo a una intervención educativa.

**Diseño.** Estudio transversal descriptivo.

**Ámbito.** EAP rural, dos institutos rurales.

**Sujetos.** 706 alumnos (ESO y bachillerato), 354 y 352 respectivamente.

**Mediciones.** Se aplico de forma auto-administrada el cuestionario europeo ESFA que incluye escalas sobre actitudes, creencias, influencias sociales, auto-eficacia, intención y conducta fumadora. Comparamos ambos grupos mediante la t de Student, chi cuadrado y r de Pearson.

**Resultados.** Edad media de 14,4 (14,3 a 14,6). Varones, 43,3% y mujeres, 56,7%. Fuman el 26,4% de varones y el 32,4% de mujeres (no significativo). La actitud hacia el consumo de tabaco fue de 0,51 (0,13 a 0,89) (escala de +6 "muy indeseable" a -6 "muy deseable"). En la escala de creencias (rango de +3 "fumar es muy negativo" a -3 "fumar es muy positivo") se obtiene una media de 0,71 (0,66 a 0,75). No diferencias según instituto ni sexo. Existe relación inversa entre la edad con actitud y creencias (r = -0,26 y r = -0,24 respectivamente). La frecuencia con la que se sienten presionados (escala de 0 "nunca" a 4 "muy a menudo") es de 0,16 por padres, 0,27 hermanos y 0,79 por iguales.

**Conclusiones.** Los alumnos muestran una actitud indiferente frente al tabaco con ligera tendencia a pensar que es indeseable. Sus creencias respecto a perjuicios o beneficios del tabaco se sitúan entre el efecto neutro y el perjuicio moderado. Perciben ligera presión de sus iguales. Existen condiciones para iniciar programas de intervención en tabaquismo.

### P237 RITMO CIRCADIANO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. ANÁLISIS DE SUBGRUPOS

J. Garmendia Leizaola, J. M.D. Aguilar García, S. Marabini Trugeda, J. Andrés de Llano, J. López Mesa y J. Arduro Fernández

Laboratorio de Cronobiología. Facultad de Medicina. Valladolid. UCI Hospital Río Carrión. Palencia. CS Carrión de Los Condes. Palencia. Castilla y León.

Correo electrónico: jrgarmenl@tiscali.es

**Introducción.** El objetivo de este trabajo es determinar la existencia de ritmo circadiano en la hora de inicio del infarto agudo de miocardio (IAM) así como en diferentes subgrupos de estos.

**Métodos.** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes del proyecto ARIAM. Analizamos datos de 41.244 infartos de la base de datos ARIAM. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, cardiopatía isquémica previa (CIP), tipo de infarto (Q/no-Q), localización del IAM y supervivencia al alta de la UCI. Los casos fueron clasificados en diferentes subgrupos, según estas variables. Para verificar la presencia de ritmo circadiano (RC), hemos desarrollado un test simple de igualdad de series basado en el análisis cosinor de múltiples sinusoides, utilizando tres sinusoides de periodos 24, 12 y 8 horas.

**Resultados.** La hora de inicio del dolor mostró RC (p < 0,0001), con un pico matinal a las 10:10 a.m. Todos los subgrupos analizados mostraron RC. La comparación entre subgrupos mostró diferencias estadísticamente significativas en la CIP (p < 0,01) y en el tipo de IAM (p < 0,01). En los pacientes que presentaban CIP, el RC del subgrupo IAM Q fue distinto al de los pacientes con IAM no-Q (p < 0,01) (23% CIP en los IAM Q vs 39,2% CIP en los IAM no-Q).

**Conclusiones.** La hora de inicio del IAM sigue un patrón circadiano, que también es observado en los subgrupos analizados. Las diferencias entre los RC según el tipo de IAM (Q vs. no-Q), pueden ser explicadas por la presencia de CIP.

## P238 PACIENTES DISLIPÉMICOS: ¿LOS ESTAMOS TRATANDO BIEN?

L. Melgar Vilaplana, C. Hernández García, L. Higuera Linares, F. Pérez Lombet-García, J. Expósito López, y P. Rocha Cabrera

Unidad Docente de MFyC de Santa Cruz de Tenerife Zona 1.  
Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.  
Correo electrónico: leticiamvfredom@hotmail.com

**Objetivo.** Valorar la adecuación del tratamiento en hipercolesterolémicos en una zona básica de salud.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito.** Centro de salud suburbano.

**Pacientes y método.** Sujetos dislipémicos seleccionados por muestreo aleatorio simple. Criterios de exclusión: hipertrigliceridemia aislada, diagnóstico en seis meses previos y no acudir a consulta en los dos últimos años. Variables: edad, sexo, enfermedad cardiovascular-ECV, riesgo cardiovascular (RCV), tratamiento farmacológico, medidas higiénico-dietéticas, LDL y colesterol total.

**Resultados.** 187 pacientes, edad media 54,8 (DT: 13,08), mujeres 58,3%. Presentaron ECV 26 (13,9%) (angor: 4, IAM: 12, ictus: 3, HVI: 7, angor e IAM e HVI: 1). De los pacientes que no sufrieron eventos, el 87,8% presentó RCV moderado y 12,2% alto. El tratamiento higiénico-dietético fue prescrito en el 100% desde el diagnóstico de la dislipemia. La adecuación del tratamiento farmacológico ocurrió en 84,6% de pacientes con ECV y en 77,6% de aquellos sin ECV. No existieron diferencias en pacientes con RCV moderado o severo (94,8% vs. 93,8% respectivamente). Motivos de no-adequación: tres pacientes con ECV, por retraso en inicio del tratamiento farmacológico. 37 sujetos sin ECV, 30 no se calculó RCV y 7 no pautado fármaco teniendo indicación. Los hipolipemiantes prescritos fueron: estatinas (95,8% en ECV y 85,7% sin ECV) y fibratos. En ambos grupos, la simvastatina la más pautada.

**Conclusiones.** Es excelente la adecuación registrada de medidas higiénico-dietéticas registrada en dislipémicos. En pacientes sin ECV, aproximadamente al 18,6% no se calcula RCV.

## P239 ABORDAJE DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN NUESTROS CENTROS DE SALUD

M. Gomariz Santacelia, A. Vives Argilagós, M. Berengué Iglesias, Y. García Fernández, E. Villamor Baliarda y J. Torradella Fabrega

CS Florida Nord. LHospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 22793ava@comb.es

**Objetivo.** Describir el manejo de los pacientes con hipercolesterolemia en prevención primaria de la patología cardiovascular isquémica en las consultas de atención primaria.

**Diseño y metodología.** Diseño: Descriptivo transversal. Ámbito: 10 Centros de Salud (CS) urbanos. Población: 206.614 hab. Sujetos: pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia en la muestra aleatoria de la auditoria de historias clínicas (HCAP) de población atendida (2002-2003) (n = 3096). Mediciones: edad; sexo; factores de riesgo asociados (FR): HTA, DM2, tabaquismo; presencia patología isquémica. Control lipídico, tipo tratamiento, riesgo cardiovascular (RCV) según Framingham (Anderson 1991) del último año (2003).

**Resultados.** 809 pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia (prevalencia 26,1%). Prevención primaria: 672 (83,1%): 40% hombres (edad media: 58,65 ± 12,9), 60% mujeres (edad media: 63,48 ± 11,6). Otros FR: 50,1% HTA; 19,3% DM; 16,1% fumadores. 41,4% con fármacos (86% estatinas). Consta RCV en 16,5% de HCAPs, diferencias entre CS (40,4%-5,6%) (p = 0,0001). RCV calculado a posteriori 66,8%. Grado de control: CT: bueno (< 200 mg/dl): 15,6%; aceptable (< 250): 42%; malo (>= 250): 27,7%. No medido: 14,7%. C-LDL: bueno (< 100): 6,4%; aceptable (< 160): 35,5%; malo (>= 160): 22,2%. No medido: 35,9%. Sin diferencias por sexos en cuanto a cálculo RCV y ttm farmacológico. Pacientes tratados farmacológicamente que pudo calcularse RCV (n = 201): 62,7% tenían RCV bajo (de los cuales, 77,8% mujeres). Pacientes sin ttm (322), que no constaba RCV, se pudo calcular en 186; 53 tenían riesgo alto (40 hombres). Subgrupo diabéticos (130): toman fármacos 65,4% frente al 35,6% de los no DM2 (p < 0,0001). Control hipercolesterolemia (DM2/no DM2): LDL < 100: 13,8%/4,6%; LDL < 160: 52,3%/31,6%; LDL > 160: 14,6%/24%; No medido: 19,2%/39,9% (p < 0,0001).

**Conclusiones.** Habría que potenciar el uso del cálculo del RCV para un mejor manejo de la hipercolesterolemia en prevención primaria. Excesivo tratamiento farmacológico en pacientes de RCV bajo (sobre todo mujeres). Se observa una intervención más intensa en pacientes con DM2.

## P240 LA REDUCCIÓN COMO ESTRATEGIA EN EL TABAQUISMO

R. Casas Moré, P. García Lolo, C. Martín Cantera, J. Lozano Fernández, I. Vázquez Muñoz, y A. Gaitano García

EAP Sant Antoni. Barcelona. EAP Llefià. Badalona. EAP Passeig Sant Joan. Barcelona. EAP Morera Pomary. Ronda Torrossa. Terrassa. Cataluña.  
Correo electrónico: 19636rcm@comb.es

**Objetivos.** Estudiar el conocimiento y las conductas de Reducción de Consumo (RC) de cigarrillos de la población fumadora y ex-fumadora durante el último año.

**Diseño y metodología.** Estudio multicéntrico descriptivo transversal en 6 Centros de Atención Primaria. Realizamos encuestas personales a los fumadores y ex-fumadores > 15 años que recogían datos sobre consumo y dependencia, conductas de RC tabáquico y nivel de conocimiento de métodos de reducción.

**Resultados.** Se encuestó a 284 pacientes. Edad media 45,69 años (DE 16,5). Un 58,7% hombres; 70,4% fumadores y 29,6% ex-fumadores. Empezaron a fumar a los 16,82 años (DE. 4,6), media de 28,87 años de consumo (DE 16,9). Un 62,3% han intentado fumar menos como mínimo en 1 ocasión. El 58,5% dicen conocer algún sistema para reducir el consumo; el más conocido es reducir el número de cigarrillos/día. De los que han seguido algún método para RC un 71,4% ha recibido consejo médico en los últimos 3 años y un 68,7% han intentado dejar de fumar en alguna ocasión. De los que conocen algún sistema de RC, un 57,7% ha recibido consejo médico para dejar de fumar, un 73,4% ha intentado dejar de fumar y un 76,7% reducir.

**Conclusiones.** Un 58% conocen algún sistema de reducción. La reducción del número de cigarrillos es el método más conocido y utilizado. Los que han intentado reducir el consumo habrían recibido consejo médico en mayor proporción que los que no. Los que conocen sistemas para fumar menos intentan en mayor porcentaje reducir consumo y también dejar de fumar.

## P241 CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS: ¿EXISTE DISCRIMINACIÓN POR SEXOS?

D. Lumberras Garuz, B. Blancas Bernuz, B. Blanco Pérez, L. Alemany Vilches, J. del Val García y J. Baena Díez

EAP Montnegre. EAP Dr. Carles Ribas. Unidad de Investigación SAP Sants-Montjuïc-Sarrià-Les Corts-Sant Gervasi. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: jldelval.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos.** Estudiar si existen diferencias por sexos en relación al tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en atención primaria.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal, realizado en un Centro de Salud urbano. Se incluyó a 271 pacientes con DM2, seleccionados por muestreo aleatorio simple. Mediante revisión de la historia clínica se estudiaron las variables edad, sexo, factores de riesgo y patología cardiovascular, tratamiento y control de la diabetes y sus factores de riesgo de acuerdo a las recomendaciones del GEDAPS.

**Resultados.** La edad media fue de 71,7 años (DE 10,9), con diferencias significativas entre sexos (hombres: 70,9 vs. mujeres: 74,2; p = 0,01) y un 53,5% de varones. Se hallaron diferencias (p < 0,05) en los siguientes factores de riesgo: consumo de tabaco (hombres: 29,7% vs mujeres: 3,5%), cardiopatía isquémica (hombres: 20% vs mujeres: 6,3%), enfermedad cerebrovascular (hombres: 9% vs mujeres: 2,4%). Respecto al tratamiento se hallaron diferencias (p < 0,05) en el tratamiento con fármacos de la DM2 (hombres: 86,2% vs mujeres: 76,8%) y consumo de antiagregantes en prevención primaria (hombres: 33,7% vs mujeres: 16,7%), sin diferencias en el consumo de antihipertensivos e hipolipemiantes. No se encontraron diferencias según sexo en el control de la DM2, tensión arterial e hipercolesterolemia.

**Conclusiones.** De manera similar a otras patologías como la cardiopatía isquémica, hemos observado algunas diferencias por sexos en el tratamiento de la diabetes mellitus.

## P242 USO DE ANTIAGREGANTES Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE DIABÉTICO

O. Ruiz Rueda, X. Fernández Bonet, D. López Heras, L. Rodríguez Blanco, X. Monteverde Curto, N. Sanfeliu Soto

ABS Florida Nord. LHospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 35469orr@comb.es

**Objetivos.** Valorar el uso de antiagregantes en pacientes diabéticos como prevención primaria y secundaria de patología cardiovascular según criterios ADA-2003.

**Diseño y metodología.** Diseño: Estudio descriptivo transversal. Valoración basal de un estudio antes-después. Ámbito: ABS urbana (20.363 usuarios). Sujetos: 393 diabéticos > 21 años, visitados durante el 2003. Muestra aleatoria del registro de pacientes con este factor de riesgo. Postura de máxima indeterminación, Precisión = 0,05, nivel de confianza = 0,95. Excluidos: Anticoagulados (16), terminales (4). Metodología: Revisión HCAP: Edad, sexo, tipo diabetes, complicaciones, tratamiento, HbA1c, nivel asistencial de control, visitas año 2003, factores riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular, tratamiento antiagregante, tipo, contraindicaciones. En la historia de los pacientes sin tratamiento antiagregante y sin contraindicación se ha incluido la recomendación de antiagregar. Análisis estadística SPSS PC (chi-cuadrado).

**Resultados.** 373 pacientes (50,4% hombres), edad media 69,3 + 11,4, diabetes tipo2 97,1%. Retinopatía 13,4%, neuropatía 10,2%, nefropatía 9,4%, enfermedad cardiovascular 29%. Hipertensos 66,8%, dislipémicos 53,6%, fumadores 15%, obesos 47,1%. HbA1c < 7: 41,8%. Tratamiento: Solo dieta 22,9%, anti-diabéticos orales 47,6%, insulina 23,3%, combinado 6,2%. Control: Médico familia 81,77%, especialista 8,85%, hospitalario 9,38%. Antiagregación: Todos cumplen criterios ADA-2003. Total antiagregados 32,7% (IC95%: 27,9-37,5). Hombres 31,9%, mujeres 33,5% (pNS). < 65 años 24,8%, > 65 años 35,5% (p < 0,048). En prevención primaria 14,1%, prevención secundaria 77,8%; (p < 0,0001). Contraindicado antiagregar 2,1%. Según grado de control DM, HbA1c < 7 29,5% antiagregados, HbA1c > 7 36,2% (pNS). Antiagregación en pacientes con > 5 visitas: 39,9%, < 5 visitas: 17,5% (p < 0,001). Antiagregación según control asistencial: médico familia 33,4%, especialista 21,2%, hospitalario 37,1% (pNS).

**Conclusiones.** Se debe mejorar el tratamiento antiagregante en diabéticos, especialmente en prevención primaria, para ajustarse a las recomendaciones actuales (ADA-2003).

## P243 IDENTIFICACIÓN PRECOZ DEL PIE DIABÉTICO EN RIESGO MEDIANTE EL PROCESO DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA

P. García Pérez, M. Liñán López, C. Rodríguez Vivas, M. Granados Solier, A. Bailón Ballesteros y V. Medina López

CS San Antonio. Área Docente Granada Sur II. Motril. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: manlin1969@hotmail.com

**Objetiva.** Identificar a los pacientes diabéticos con "pie de riesgo" para detección y tratamiento precoz de cualquier lesión activa en el pie, especialmente úlceras.

**Diseño.** Estudio retrospectivo de pacientes incluidos en el proceso de diabetes en atención primaria desde 1- julio-2003 hasta 31-diciembre-2003. **Ámbito de estudio.** Zona Básica de Salud con Centro de Salud urbano.

**Mediación e intervención.** Inspección (zonas de presión, deformidades, vigilancia de uñas y de calzado del paciente), palpación de pulsos, sensibilidad (superficial con monofilamento de Semmens-Weinstein, profunda con posición del pie y vibratoria con diapasón) en pies de los sujetos en estudio. Se clasifica como pie de riesgo aquel que presenta: neuropatía periférica, vasculopatía, historia previa de amputación y/o ulcera, y deformidad en los pies.

**Resultados.** En el periodo de estudio se revisan 447 pacientes incluidos en el proceso de diabetes, el 55% mujeres y el 44,9% hombres; el 25% de los pacientes evidencian una hemoglobina glicosilada patológica (> 6,5); el 10,9% de los pacientes presentan a la exploración pies de alto riesgo; 54,1% presentan pies de riesgo moderado, y el 35% de los diabéticos no presentan pies de riesgo.

**Conclusiones.** En nuestro estudio, el 65% de los diabéticos tienen pie de riesgo, siendo de alto riesgo el 10,9% y moderado 54,1%. Queda manifiesta la importancia del óptimo control metabólico (25% tienen la Hemoglobina glicosilada patológica). El proceso diabetes supone una herramienta clínica eficaz a la hora de realizar prevención primaria del pie diabético.

## P244 GRADO DE CONTROL Y TRATAMIENTO DE LOS HIPERCOLESTEROLÉMICOS SEGÚN RIESGO CARDIOVASCULAR (NCEP-ATP3)

C. Ariza Copado, V. Gavara Palomar, M. Soto Martínez, C. López Márquez, E. Ordóñez Ordóñez y S. Martín Soto

CS Barrio Peral. Cartagena. Murcia  
Correo electrónico: cheloariza@yahoo.es

**Objetiva.** Conocer el grado de control de los pacientes hipercolesterolémicos, según su riesgo cardiovascular (RCV) adecuado al NCEP-ATP3 y valorar el tratamiento utilizado.

**Metodología.** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, en 248 hipercolesterolémicos, con  $\geq 1$  perfil lipídico desde el 01-01-02 al 31-12-03. Muestreo sistemático, precisión + 6%, nivel de confianza 95%.

**Mediciones.** Porcentaje de pacientes con cifras de LDL-c. superiores a las de inicio de fármacos y tratamientos empleados: 1. RCV bajo con 0-1 FR (LDL > 190 mg/dl), 2. RCV bajo con  $\geq 2$  FR y riesgo < 10% (LDL > 160), 3. RCV moderado con  $\geq 2$  FR y riesgo del 10-19% (LDL > 130) y 4. RCV alto (LDL > 130. Análisis estadístico descriptivo y bivalente.

**Resultados.** En el estadio 1 reciben estatinas (35,1%) y fibratos (8,5%), presentando LDL-c superior al de inicio de fármacos el 6,4%. En el estadio 2 llevan estatinas (57,1%) y fibratos (9,5%) y el 42,9% tienen LDL-c > 160. En el estadio 3, el LDL > 130 asciende al 73,9%, llevando estatinas (47,8%) y fibratos (4,3%). En el estadio 4, el 46,7% tiene cifras de LDL-c > 130 mg/dl y únicamente el 18,1% logran el objetivo (LDL < 100), aun tratándose con estatinas (60,7%) y fibratos (14%). En el estadio 1 están mejor controlados (p = 0,0003) y en el estadio 3 peor que el 4 (p < 0,008). Las estatinas se utilizan más en los estadios 3 y 4 (p < 0,001).

**Conclusiones.** Los pacientes con  $\leq 2$  factores de riesgo están mejor controlados, y los de RCV medio están peor que los de alto. El tratamiento más utilizado son las estatinas.

## P245 PACIENTES DIABÉTICOS Y POLINEUROPATIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUIÉNES SON? ¿DÓNDE ESTÁN? ¿POR QUÉ NO LOS VEMOS?

M. Soriano Molina, P. de la Torre Torres, R. Alcántara Buendía, A. Puga González, M. López Alcázar y O. Fernández Martínez

CS La Chana. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: misomo@mixmail.com

**Objetivos.** Estudiamos la relación entre distintas variables con la presencia de polineuropatía diabética y como se diagnostica la misma.

**Diseño.** Estudio retrospectivo de casos-controles.

**Metodología.** En un Centro de salud urbano (1233 pacientes diabéticos), seleccionamos dos grupos: casos, N = 57 (con diagnóstico o síntomas de polineuropatía); controles, N = 60 (diabéticos sin polineuropatía, elegidos aleatoriamente). De la historia obtenemos: edad y sexo, tratamiento (dieta, insulina y/o ADOs), última glicohemoglobina, síntomas de polineuropatía, resultado de monofilamento y Electromiografía. Analizamos los resultados de monofilamento de todos los pacientes diabéticos.

**Resultados.** Edad media: casos, 68,89; controles, 66,63 (p = 0,333). El 49,1% de los casos y el 56,7% de los controles eran mujeres (p: 0,414). El 4,6% de nuestros diabéticos tenían datos de polineuropatía. Exploración con monofilamento: 77,5% de todos los diabéticos, patológico: 140 pacientes (14,6%). Sólo 3 pacientes tenían realizado electromiograma. El tratamiento con insulina era mayor en los casos: 28 (49,1%) que en los controles: 12 (20%); p = 0,001. Tratamiento con ADOs: No había diferencia: 71,9% en casos frente a 68,3% (p = 0,671). La media de HbA1c: casos, 8,531 (SD  $\pm 2,03$ ); controles, 7,898 ((SD  $\pm 1,54$ ); p de 0,070.

**Conclusión.** La polineuropatía diabética es un problema infradiagnosticado y no se solicitan pruebas para confirmarlo. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad y sexo. Si en cuanto a tratamiento con insulina (mayor en casos). Encontramos diferencia en cifras de HbA1C (mayor en pacientes con polineuropatía); la no significación estadística podría deberse al pequeño tamaño de muestra.

## P246 INCAPACIDAD, UTILIZACIÓN DE RECURSOS Y COSTES DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

A. Hervás Angulo y T. Forcén Alonso

CS Tafalla. Tafalla. Navarra.  
Correo electrónico: adolhervas@yahoo.es

**Objetivos.** Estimar el grado de discapacidad producida por la enfermedad cerebrovascular (ACV). Estimar el uso de recursos humanos en Atención

Primaria y el coste de fármacos y prestaciones ortoprotésicas de los pacientes con ACV de una Zona Básica de Salud (ZBS).

**Diseño y metodología.** Pacientes diagnosticados de primer ACV (1999-2003) en una ZBS (12.000 habitantes), seguimiento a tres años. Se elabora un cuestionario específico de recogida de información. Estudio del coste incremental: nueva introducción de fármacos o prestaciones relacionados con el ACV, y la introducción o aumento de fármacos para el control de los factores de riesgo cardiovascular y las complicaciones del ACV (depresión, neumonías aspirativas, úlceras decúbito, infecciones urinarias).

**Resultados.** Casos: 86. Edad Media: 81,3 años (52-95 años). Hombres: 41 (47,7%). Mujeres: 45 (52,3%). Seguimiento (media): 12,6 meses. Situación basal: Independientes (Escala Rankin 0-1): 49 (57%). Dependiente (Rankin 2-5): 37 (43%). Evolución post-ACV: Muerte (primer mes): 29 (33,8%). Independiente: 14 (16,4%). Dependiente: 42 (48,8%). Utilización recursos humanos: Media anual de visitas. Médico AP: 4,5/año. Enfermería: 4,9/año. Trabajador Social: 1,1/año. Utilización fármacos: 64 (75%). Coste Medio Mensual: 47,47 €/mes ( $\pm$  40,96 DE). Utilización Absorbentes: 22 (25%). Coste Medio Mensual: 40,13 €/mes ( $\pm$  18,70 DE). Utilización Prestaciones Ortoprotésicas: 15 (17%). Coste Medio Anual - Año 1-: 560,13 €/año ( $\pm$  327,74 DE).

**Conclusiones.** El ACV provoca una disminución en la autonomía personal del paciente, llevando en muchos casos al fallecimiento (33,8%) o a una situación de dependencia (48,8%). Todos los pacientes tras un ACV van a necesitar medicación crónica con un coste medio de 550 €/año, la mitad de ellos necesitan absorbentes (480 €/año) y una cuarta parte necesitan prestaciones ortoprotésicas (560 €/año).

## P247 ¿RECIBEN TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE NUESTROS DIABÉTICOS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA?

C. Riera Nadal, G. Castillo Tirado, J. Canales Reina, C. Jané Juliá, C. Martín Cantera y S. Ferrer Moret

ABS Passeig de Sant Joan. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: riera\_clara@hotmail.com

**Objetivo.** Conocer el grado de utilización de fármacos antiagregantes en diabéticos tipo 1 y 2 que presentan enfermedad cardiovascular (ECV).

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** ABS urbana de 25.261 habitantes (21,5% mayores de 64 años).

**Sujetos.** Todos los pacientes mayores de 14 años identificados como diabéticos en el registro de factores de riesgo cardiovascular del centro. Excluyendo los no visitados en los últimos 3 años. (N = 675).

**Mediaciones.** Fuente de información: historia clínica. Variables: edad, sexo, presencia de ECV (enfermedad coronaria, vasculopatía periférica, accidente vascular cerebral, accidente isquémico transitorio, afectación de troncos supraaórticos (TSA), aneurisma de aorta abdominal, revascularización coronaria), diabetes 1 o 2, tratamiento antiagregante. Análisis estadístico uni y bivariado con SPSS.

**Resultados.** Edad media 69,8 años. 52,1% hombres. Presentaban ECV 186, el 27,6% (IC95: 24,2%-30,9%). El 71% de estos recibía tratamiento antiagregante. Las ECV más frecuentemente tratadas fueron la afectación de TSA 100% (p 0,02), antecedentes de revascularización 88,5% (p 0,04) y coronariopatías 78,8% (p 0,015). Los que presentaban una sola ECV recibieron tratamiento en un 63%, los que presentaron dos en un 77%, tres en el 100% y cuatro en el 87,5%.

**Conclusiones.** Hay una infratilización del tratamiento antiagregante en nuestros diabéticos con ECV. Las enfermedades más frecuentemente tratadas son la afectación de TSA, antecedentes de revascularización y coronariopatías. Administramos más antiagregantes cuando el paciente presenta más de un tipo de ECV.

## P248 CUMPLIMIENTO DE LA DIETA MEDITERRÁNEA Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR

M. Pérez Bauer, J. Piñol Moreso, J. Basora Gallisá, J. Fernández Ballart, S. Hernández Anadón y O. Calviño Domínguez

CS Jaume I. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: silviaha@comt.es

**Objetivo.** Evaluar el grado de cumplimiento de la dieta mediterránea y su asociación con el riesgo cardiovascular.

**Sujetos.** 61 pacientes de atención primaria de 55-80 años de edad seleccionados al azar. Intervenciones: variables: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), tensión arterial y frecuencia cardíaca, riesgo cardiovascular, presencia de enfermedad cardiovascular, diabetes, tabaco, alcohol y ejercicio físico. Se administró el cuestionario de valoración del grado de cumplimiento de la dieta mediterránea (14 ítems).

**Resultados.** 61 pacientes, edad media 66,6  $\pm$  7,2 años, 54,1% mujeres. 14,8% diabéticos, 8,2% con enfermedad cardiovascular, 14,8% fumadores, 44,3% hacía ejercicio físico. IMC medio: 28,9  $\pm$  5,7. Cumplimiento de dieta mediterránea medio: 10,0  $\pm$  1,4. Los sujetos con riesgo cardiovascular  $\geq$  20 presentaron menor cumplimiento de dieta mediterránea que los  $<$  20 (10,13  $\pm$  1,4 versus 9,56  $\pm$  1,9) y los diagnosticados de enfermedad cardiovascular también presentaron más bajo cumplimiento (9,60  $\pm$  1,3). Las diferencias no fueron estadísticamente significativas (p = 0,458). Analizando los ítems del cuestionario de cumplimiento habíam diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo (mayor consumo de alcohol y legumbres en varones y mayor consumo de repostería comercial y carnes blancas (pollo, pavo o conejo) en mujeres) y también según el IMC (los de IMC  $\geq$  28 consumían más mantequilla, nata o margarina y más bebidas carbonatadas y/o azucaradas). No había relación significativa con el resto de variables estudiadas.

**Conclusiones.** A mayor riesgo cardiovascular menor cumplimiento de la dieta mediterránea. A su vez los sujetos con enfermedad cardiovascular diagnosticada cumplen menos la dieta mediterránea. El sexo y el IMC se asocian al cumplimiento de la dieta mediterránea.

## P249 SEMANA SIN HUMO: ¿QUÉ OPINAN NUESTROS PACIENTES?

C. Riera Nadal, G. Castillo Tirado, R. Aguado, C. López, G.C. Martín Cantera

ABS Passeig de Sant Joan. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: riera\_clara@hotmail.com

La Semana Sin Humo (SSH) intenta informar a la población y ayudar a los profesionales y pacientes a dejar de fumar. Hasta ahora se han realizado 5 SSH con importante impacto en medios de comunicación.

**Objetivo.** Conocer la opinión y las expectativas de nuestros pacientes con relación a la SSH.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal multicéntrico.

**Ámbito del estudio.** 6 centros de salud urbanos.

**Mediciones.** Encuesta auto-administrada, anónima y voluntaria, entre pacientes atendidos durante la SSH de 2004. Se preguntan datos generales, opinión con relación a la SSH, expectativas y conductas potenciales.

**Resultados.** Contestaron la encuesta 889 pacientes, un 59,5% mujeres, de 45,74 años (DE 16,5). Son fumadores el 32,7% y ex-fumadores el 21,8%. Conocen la SSH el 56,6%. El 77,1% están a favor, y el 7,1% en contra. Están a favor de actividades comunitarias sobre tabaco el 84,3% y en contra el 6,7%. Esperan que los centros les faciliten información (55,7%), tratamiento (73,3%) y ayuda grupal (48,6%). Entre los fumadores el 15% pedirán información, el 14,6% pedirán ayuda para dejar de fumar y un 48,9% no se han planteado ninguna actividad. Existen diferencias de opiniones con relación a la SSH y la oferta por los centros de salud, entre fumadores y no fumadores. Conclusiones: La SSH es una actividad bien valorada por nuestra población, con una actitud muy favorable. Nuestra población espera ayuda especialmente en la oferta terapéutica.

## P250 APOYO SOCIAL Y CONTROL METABÓLICO DE LA DIABETES MELLITUS

A. Alonso Fachado, C. Menéndez Villalva, A. Montes Martínez, P. Campos Costa, L. Pereira Rodrigues y C. Pereira Rodrigues

CS Mariñamansa. Ourense. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Santiago de Compostela. Galicia. CS de Paredes de Coura. Portugal.  
Correo electrónico: alfachado@hotmail.com

**Objetivo.** El objetivo de este trabajo es el de verificar la existencia de alguna relación entre el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2 y el apoyo social percibido por los pacientes mediante el cuestionario MOS-SSS.

**Diseño.** Estudio descriptivo y transversal de una muestra de 194 pacientes diabéticos tipo 2.

**Metodología.** Estudio cualitativo en el que se ha elegido una muestra de diabéticos mediante un muestreo aleatorio sistemático. Se ha utilizado el cuestionario MOS-SSS que explora el "apoyo estructural" y el "apoyo funcional" (apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo). Se ha aceptado como buen/aceptable control glucémico los valores iguales o inferiores a 7,5%. Se ha utilizado el programa SPSS para realizar el análisis estadístico de los datos.

**Resultado.** La edad media de los pacientes es de 65 años. El 41,8% son del sexo masculino y el 54,6% femenino. La media de glucemia basal es de 157 mg/dl y la media de hemoglobina glicosilada es de 7,1%. El 71% tienen niveles de HbA1c menores de 7,5%. En el análisis bivariado se han obtenido relaciones estadísticamente significativas entre el buen/adequado control glucémico y las variables de apoyo total ( $p = 0,005$ ), apoyo instrumental ( $p = 0,000$ ) y la interacción social positiva ( $p = 0,043$ ). Por el contrario, no se han encontrado relaciones estadísticamente significativas ni con el apoyo emocional ( $p = 0,059$ ) ni con el afectivo ( $p = 0,167$ ).

**Conclusiones.** En este estudio se demuestra que los pacientes diabéticos que perciben un adecuado apoyo social, instrumental o una adecuada interacción social positiva mejoran significativamente sus niveles glucémicos.

## P251 DOCTOR: ¡LO MÍO ES URGENTE!

J. Cabré Vila, R. Sagarra Álamo, F. Martín Luján, D. Montañés Boncompse, I. Sánchez-Oro Vallés y C. Jiménez Rodríguez

ABS Reus-1. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: jcabrev@medynet.com

**Objetivos.** Evaluar los motivos de acudir en horario de urgencia (HU) de usuarios adultos en turno de tarde en un Centro de Salud (CS).

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal, en un CS urbano. Sobre usuarios que demandan asistencia en HU (una vez acabadas las consultas programadas) de dos equipos de atención primaria en turno de tarde se recogieron datos asistenciales entre 15/11/2003 hasta 15/12/2003, considerando días laborables. Se consideran datos sociodemográficos, motivos de consulta, pacientes no presentados así como aquellos con más de una visita en HU, codificando en cada ocasión el motivo.

**Resultados.** Se analizaron 259 individuos, 137 hombres (52,9%), con edad media 46,4 años. Los motivos aducidos fueron: 122 agudos (47,1%), de los cuales 65 fueron respiratorios (25,1%), 36 traumatológicos (13,9%), 13 digestivos (5%), 12 urológicos (4,6%), 53 visitas (20,5%) por motivos administrativos, comprendiendo 43 bajas laborales (16,6%), 11 derivaciones a otros niveles (4,2%) y 6 informes clínicos y trámites (3,3%). 25 urgencias (9,7%) en realidad fueron controles de diferentes procesos y 21 visitas (8,1%) para solicitud de recetas. 17 sujetos no acudieron a la visita urgente (6,6%). 11 consultas (4,2%) fueron por exacerbación de clínica previa, y finalmente 10 individuos acudieron a recoger resultados o bien remitidos por otros niveles asistenciales (3,8%). 23 individuos acudieron dos veces durante el tiempo analizado, y 3 individuos lo hicieron en 3 ocasiones.

**Conclusiones.** Existe un porcentaje de visitas urgentes por causas que se podrían considerar poco urgentes. Las visitas administrativas suponen casi la mitad de todas las urgencias.

## P252 ENFERMEDAD TIROIDEA AUTOINMUNE EN DIABETES TIPO 1

M. Belinchón Sánchez-Somoza, M. Delgado del Rey\* y J. Hernández Bayo\*

CS de Mazo. \*Unidad de Endocrinología del Hospital General de La Palma. Villa de Mazo. La Palma. Tenerife. Islas Canarias.  
Correo electrónico: mobelin@hotmail.com

**Objetiva.** Diagnosticar la enfermedad tiroidea autoinmune (ETA) es potencialmente importante. Su prevalencia en sujetos con <http://www.ntsearch.com/search.php?q=DiabetesDiabetes> Tipo 1 (DM1) es desconocida en nuestra área. Presentamos la prevalencia de ETA en pacientes con DM1 en nuestro medio (84.000 hab.).

**Pacientes y métodos.** A un total de 140 sujetos (79 V, 61 M) con DM1 (criterios de la WHO 1.985 o ADA 1.997), se realizó cribado de autoinmunidad tiroidea (Ac. Anti-peroxidasa -TPO-, Ac. anti-tiroglobulina -Tg-) y TSH. En pacientes hipertiroideos se analizaron los Ac. estimulantes del tiroideos (TSI). Se determinaron Ac. anti-tirosin fosfatasa (IA2) y anti-ac.glutámico decarboxilasa (GAD) como marcadores de autoinmunidad pancreática. Para comparar variables empleamos el  $\chi^2$  de Student t,  $\chi^2$  o el  $\chi^2$  exacto de Fisher.

**Resultados.** La edad media fue  $26,6 \pm 14,2$  años (1-67); la duración media de la DM1  $9,5 \pm 10,5$  años (0-51). Prevalencia de autoinmunidad pancreática 63% (IA2 29,2%; GAD 48,9%). Presentaron autoinmunidad tiroidea 17 sujetos (13,6%) -17 TPO, 3 Tg y 3 TSI. Cinco sujetos (29,4%) presentaron hipotiroidismo subclínico, 3 (17,6%) hipertiroidismo (enfermedad de Graves) y 9 (52,9%) fueron eutiroides. La prevalencia de ETA fue mayor en mujeres (21,3% vs. 7,6%;  $p = 0,019$ ) y en pacientes con autoinmunidad pancreática (18,4% vs. 5,9%;  $p = 0,04$ ).

**Conclusiones.** 1) La prevalencia de ETA es mayor en sujetos con DM1 que en población general, siendo más probable en mujeres y en presencia de autoinmunidad pancreática. 2) Dado que la mayoría de los casos son asintomáticos, debe considerarse el cribado mediante la determinación de Ac. antitiroideos y TSH en todos los pacientes con DM1.

## P253 ETIOLOGÍA DEL TROMBOEMLISMO PULMONAR EN UN ÁREA DE SALUD 2000-2002

M. Gaztelu Contin, T. Rubio Vela, M. Repiso Moreno, J. Olaz, Flamarique, E. Sarasibar Subiza y E. Noain Sanz

CS Iturrama. Hospital García Orcoyen. Estella. Navarra.  
Correo electrónico: trubiove@cfnavarra.es

**Introducción.** El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una causa frecuente de morbi-mortalidad.

**Objetivos.** Determinar su causa en el Área de Salud.

**Materiales y métodos.** Se revisan las historias de pacientes diagnosticados de TEP en el hospital de referencia. Se hace un seguimiento de las historias de los pacientes en busca de su etiología. Estudio descriptivo de las causas de TEP en nuestro Área de Salud entre Enero de 1999 a Diciembre de 2002.

**Resultados.** 93 pacientes (42 h). Edad media 72 a. 20 no se ha encontrado la causa por el momento. 10 secundarios a neoplasias: 5 digestivos, 2 pulmón, 1 ovario, 1 tiroides y 1 glioblastoma multiforme. 16 post-quirúrgico: 4 aparato digestivo, 7 traumatología, 2 urología, 2 cardiovascular y 1 ginecológica. 13 neurológicos. 18 por sedentarismo. 14 por factores procoagulantes: 1 mutación del factor V, 9 hiperhomocisteinemia, 1 déficit de proteína S, 1 anticuerpo anticardiolipina, 1 anticuerpo antifosfolípido y 1 trombocitemia esencial. Otros: 1 síndrome de clase turista, 1 síndrome nefrótico.

**Conclusiones.** El sedentarismo por patologías agudas y crónicas, fue la causa más frecuente de TEP encontrada en nuestro medio. La profilaxis en estas patologías puede reducir su incidencia. Los pacientes post-quirúrgicos, fueron la segunda causa de TEP, a pesar de recibir profilaxis con heparinas de bajo peso molecular a las dosis actualmente recomendadas. Llama la atención del aumento de pacientes diagnosticados de hiperhomocisteinemia, siendo esta la principal causa entre los pacientes que portaban un factor endógeno de hipercosagulabilidad. Las neoplasias son otra de las causas importantes.

## P254 INCIDENCIA Y PRONÓSTICO DEL FRACASO RENAL AGUDO EN UN ÁREA DE SALUD

A. Sánchez Laplaza, L. Lou Arnal, J. Gimeno Orna, G. Ballester Cantón, S. Padilla Ruiz y M. Zapater Monserrate

Área Sanitaria de Alcañiz. Alcañiz. Aragón.  
Correo electrónico: tosala9@hotmail.com

**Objetivos.** Determinar la incidencia de fracaso renal agudo (FRA) en nuestra población y determinar la morbimortalidad asociada a su aparición.

**Materiales y métodos.** Estudio observacional prospectivo entre 1/1/2002 y 31/12/2003 con inclusión de todos los pacientes diagnosticados en nuestra área sanitaria con FRA. Se recogieron factores predisponentes y precipitantes. Se clasificó el FRA como prerrenal, renal o intrínseco y posrenal. Se realizaron modelos de regresión logística para detectar variables predictoras de mortalidad. Se realizó análisis estratificado, según tipo de FRA (renal versus no renal), con clasificación de los pacientes en hipoalbuminémicos (albúmina < 3,3 gr/dl) o normoalbuminémicos (albúmina > 3,3 gr/dl).

**Resultados.** Se identificaron 170 pacientes (edad  $79,1 \pm 10$  años; 63,5% varones) con FRA (tasa estandarizada tomando como referencia pobla-

ción europea 454/106 pacientes-año). El FRA fue prerenal en 103 (60,6%) pacientes, renal en 46 (27,1%) y posrenal en 21 (12,3%). 38 (22,3%) pacientes murieron. En análisis multivariante fueron predictores de mortalidad el fracaso renal intrínseco (OR = 32; IC 95%: 8,6-120;  $x = 38$ ;  $p < 0,0001$ ) y la albúmina plasmática (OR = 0,14 por cada g/dl de incremento; IC 95%: 0,04-0,58;  $x = 11$ ;  $p = 0,006$ ), sin evidencia de interacción entre ellas. El modelo de regresión logística constituido por estas 2 variables independientes alcanzó una sensibilidad de 82% y una especificidad de 89% para predecir mortalidad. El RR para mortalidad debido a hipoalbuminemia fue, sin ajuste, de 6,2 (IC 95%: 2,3-16,7;  $p < 0,0001$ ) y ajustado de 2,8 (IC 95% 1,18-6,64;  $p = 0,002$ ).

**Conclusión.** El FRA tiene una alta incidencia y produce una elevada mortalidad. El soporte nutricional adecuado puede mejorar la supervivencia.

## P255 INCUMPLIMIENTO DE LA CITA PREVIA EN LA CONSULTA MÉDICA A DEMANDA

J. Mancera Romero, M. Sánchez Pérez, C. Fernández Lozano, L. Linares Castro, M. Fernández Tapia y M. Antón Cortés

CS Ciudad Jardín. Málaga. Andalucía.  
Correo electrónico: jmanecerar@papps.org

**Objetivos.** Cuantificar los incumplimientos de las citas en la consulta a demanda de un cupo médico y analizar algunas características de los pacientes que incumplen dichas citas.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal. Pacientes que no acuden a la consulta médica a demanda a pesar de haber solicitado cita. 100 días del año 2003. Variables: día, mes, sexo, edad, morbilidad mental, número de citas pedidas, número de veces que incumplen la cita. Medidas de frecuencia en el análisis descriptivo, coeficiente de correlación de Pearson y T de Student en el análisis bivalente y medidas de correlación y regresión lineal múltiple en el multivariante.

**Resultados.** En 316 ocasiones (8,59%) se incumplieron las citas. 253 pacientes implicados. Los viernes (23,1%) y marzo (21,2%) se producen más incumplimientos. Mujeres: 65,6%. Edad media: 40,81 años (DE 18,22). Presentan morbilidad mental el 30,8%. El 28,9% habían acudido sin cita en alguna ocasión. En el análisis bivalente las mujeres solicitan más citas ( $p = 0,058$ ) que los hombres y no acuden más veces ( $p = 0,05$ ). Los sujetos con morbilidad mental solicitan más citas ( $p < 0,0001$ ) y dejan de acudir a un mayor número de ellas ( $p = 0,077$ ). Existe una correlación moderada y positiva ( $r = 0,459$ ) entre el número de citas solicitadas y el incumplimiento de las mismas ( $p = 0,0001$ ).

**Conclusiones.** Moderado volumen de incumplimientos de cita en la consulta médica a demanda de nuestro cupo. El género femenino y la morbilidad parecen influir en el incumplimiento. Parece haber una relación entre el número de citas solicitadas y el incumplimiento de las mismas.

## P256 COMPARTIR EL ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD ENTRE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA ENTRE NIVELES

M. Moleiro Oliva, A. Tantiña Puiig, T. Iruela López, A. Ballarín Castany, R. Vilatimo Pujalt y S. Narejos Pérez

ABS Centelles. Centelles. Cataluña.  
Correo electrónico: airuelal@meditex.es

**Objetivos:** Compartir la metodología de revisión de mortalidad entre el Hospital de referencia y el Equipo de Atención primaria (EAP) de los Exitus Secundarios a Problemas Hospitalarios (ESPH) y Exitus Secundarios a Problemas de Atención Primaria (ESPAP).

**Material y métodos.** La detección sistemática de los errores, su análisis, propuestas de mejora y seguimiento de las mismas, suponen una mejora de la asistencia sanitaria. En la revisión bibliográfica no se han encontrado referencias del ESPAP. En el año 2003 se iniciaron reuniones entre el técnico del grupo de mortalidad del Hospital y el EAP, para analizar de forma sistemática los exitus que tenían, buscar los ESPAP y aspectos de calidad de muerte, con el objetivo de establecer acciones de mejora dentro del programa de calidad asistencial del EAP.

**Resultados.** Se ha establecido la comisión de mortalidad del EAP, sus funciones, el circuito de análisis, los parámetros y resultados a valorar, y se ha elaborado la hoja informatizada de recogida de datos. Se analizan los ESPAP mediante consenso siguiendo los criterios de Rutstein y se ha previsto elaborar informes inmediatos. Se han analizado todos los exitus del

área del EAP de 2004. Se han establecido el conjunto mínimo de datos a registrar en caso de exitus. Se analizan y discuten los exitus en el hospital que pertenecen al área básica.

**Conclusiones.** La colaboración entre el Hospital de referencia y el EAP permite aumentar la relación entre niveles. Esta metodología permite detectar los errores asistenciales, de forma sistemática y ha permitido realizar acciones de mejora organizativas.

## P257 EL CÁLCULO INDIRECTO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA PERMITE EL ABORDAJE PRECOZ DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

A. Moreno Pérez, S. Lerma Castilla, F. Ramírez Gómez, A. Castilla Lazpita, A. Rodríguez García y C. García Ramírez

CS San Telmo. Jerez de la Frontera. Cádiz. Andalucía.  
Correo electrónico: asantita@hotmail.com

La Creatinina Sérica (CrS) como estimador de función renal puede resultar insuficiente en algunas circunstancias (edad, sobrepeso); y el cálculo del aclaramiento de creatinina (CICr) con recogida de orina en 24h resulta complicado. Estimar el aclaramiento de creatinina mediante ecuaciones predictivas como la de Cockcroft-Gault\* (CG) se consideran índices adecuados en Guías de Referencia\*\*.

**Objetivos.** 1. Determinar sobre la base informatizada del Centro el porcentaje de determinaciones de CrS normal cuyo aclaramiento indirecto por CG está en insuficiencia renal (IR). 2. Establecer IR infradiagnosticada por el patrón CrS.

**Material y métodos.** 1. Pilotaje mediante muestreo aleatorio retrospectivo en 40 pacientes: sexo, edad, talla, peso, CrS. 2. De la base de constantes del centro se consultaron todas las CrS registradas y en dichos registros sexo, talla, peso, edad.

**Resultados.** En el pilotaje, la prevalencia de IR según CrS fue 6,9% (IC 95%] 5,5-9,8) y 19,5% (IC 95% 18,1-23,3) según fórmula CG. De 8826 registros de CrS, 8086 se introdujeron en el análisis: hombres 33%, mujeres 66%; edad media de 58,09 + 15,91a. CrS media 0,78 + 0,23 mg/dl. Peso 79,24 + 14,78 kg. Aclaramiento CG 96,98 + 32,18 ml/min. De 947 determinaciones con aclaramiento CG < 60 ml/min (en IR) solo 322 (el 34%) hubieran sido consideradas como IR con la CrS aislada.

**Conclusiones.** La CrS como marcador aislado de función renal parece insuficiente. Las herramientas de gestión recogen los parámetros necesarios para predicciones indirectas de CICr. Usar una fórmula como CG implicaría: diagnósticos precoces, mayor prevalencia en estadios iniciales y aumento de pacientes en seguimiento que precisarían medidas diagnósticas y terapéuticas específicas.

\* $[140 - \text{edad [años]}] \times \text{peso corporal [kg]} / (\text{Creatininemia [mg/dl]} \times 72) \times 0,85$  si sexo fem.

\*\*[http://www.kidney.org/professionals/doqi/kdoqi/p5\\_lab\\_g4.html](http://www.kidney.org/professionals/doqi/kdoqi/p5_lab_g4.html)

## P258 INTOXICADO POR INSECTICIDAS ÓRGANOFOSFORADOS: IMPLICACIONES EN A.P.

J. Gómez González, G. Cano Navarro, F. Parrilla Ruiz, D. Vargas Ortega, D. Cárdenas Cruz y R. Álvarez-Ossorio

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

**Objetivos.** 1. Perfil paciente. 2. Correlacionar nivel de colinesterasa (NC) con vía intoxicación y clínica.

**Metadología.** Diseño: Estudio descriptivo transversal, 2001 al 2003. Mediciones: Variables ficha Medicina Preventiva: género, edad, régimen laboral, intoxicaciones previas, vía intoxicación, carné manipulador, uso protección, clínica, nivel colinesterasa, tratamiento y evolución.

**Método.** Medidas tendencia central, frecuencias y análisis estadístico.

**Resultados.** 299 pacientes. 88% hombres, 12% mujeres. Edad media 36. Régimen laboral 37% autónomos, 20% cuenta ajena. Carné aplicador 5%. 62% no sufrió intoxicación previa. 59% se intoxicó en invernadero, al fumigar (54%), autolisis 5%. Vía intoxicación cutánea 50%, inhalatoria 34%. No utilizaron protección 73%. Clínica digestiva (nauseas 44%, vómitos 36%, dolor abdominal 21%), mareos 31%, sudoración 24%, cefalea 14%, sialorrea 12%, temblores 11%. Se determinó NC al 62%, nivel medio 8,828. Tratamiento 31% lavado corporal, 17% atropina, 4% lavado gástrico, 2% oximas. Evolución satisfactoria y derivado a domicilio 98%. Correlación estadística significativa ( $P < 0,05$ ) clínica-NC: Sialorrea-NC

6209, Hipertensión-NC 4451, No cefalea-NC 8161, Miosis-NC 5887, Fasciculaciones-NC 4999, Coma-NC 3206, Cianosis-NC 138. Vía de intoxicación inhalatoria-NC 10.667, vía digestiva-NC 6.004.

**Conclusiones.** Importancia de la labor preventiva que puede ejercer el médico de A.P. a través de consejos de protección laboral y primera terapia con lavado corporal y atropina preventiva antes de la derivación Hospitalaria.

### P259 RESULTADO DEL PROGRAMA EDUCACIONAL DIRIGIDO A PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA

M. Valero Zanuy, J. Moreno Villares, R. Muñoz de Diego, M. Rojo Felipe, M. Bayle Montero y M. León Sanz

Hospital 12 de Octubre. Madrid.  
Correo electrónico: mleon@h12o.es

Antes del alta hospitalaria, todos los pacientes que precisan nutrición parenteral domiciliaria (NPD) son sometidos a un programa de educación para reducir al máximo las posibles complicaciones. Se intenta facilitar su independencia y autosuficiencia.

**Objetivo de la experiencia.** Valorar si el programa consigue educar y entrenar a estos pacientes en nociones de NPD. **Descripción de la experiencia.** En la primera visita después del alta se valora mediante una entrevista el grado de comprensión en relación a 6 aspectos: 1) conocimiento del motivo de NPD, 2) técnica de asepsia para el manejo-cuidado del catéter, 3) conocimiento del sistema y pauta de administración, 4) características de almacenamiento-conservación de la solución, 5) prevención y tratamiento de las posibles complicaciones y 6) conocimiento de la estructura sanitaria para su seguimiento. El grado de adherencia a estos aspectos se valora comparando la tasa de incidencia de complicaciones asociadas a manipulación del catéter con los resultados publicadas en la literatura.

**Resultados.** Desde el comienzo del programa (1994) se han atendido a 27 adultos y 15 niños. La indicación para este tipo de soporte nutricional fue enfermedad no maligna en el 81,8%. El 100% de los pacientes conocían los aspectos básicos de la NPD. La tasa de incidencia de las complicaciones asociadas al catéter fue muy similar a la descrita en la literatura: 0 obstrucciones, 0,13 desplazamientos o roturas, 0,62 infecciones asociadas al catéter y 0,03 trombosis venosas (episodio/paciente/año).

**Conclusión.** La puesta en marcha de este proyecto ha demostrado ser eficaz en la educación de estos pacientes, consiguiendo tasas de complicaciones aceptables.

### P260 IMPACTO DE LA POLIFARMACIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: PAPEL DE LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN

E. Gavilán Moral, L. Pérula de Torres, L. Jiménez de Gracia, C. García Poyatos, G. Ysem Rodríguez y R. Ruiz Moral

CS Levante Norte. Unidad Docente de MFyC de Córdoba. Córdoba. Andalucía.  
Correo electrónico: egavilan@wanadoo.es

**Objetivos.** Determinar el impacto de la polimedicación sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Analizar el papel de medicación crónica, factores de riesgo de problemas por fármacos y comorbilidad.

**Metodología.** Estudio transversal. Centro Salud urbano. 120 pacientes entre 45-75 años, apareados por sexo y edad. Grupo de estudio: personas bajo tratamiento crónico con dos o más fármacos y más de un trastorno crónico; grupo control: no cumplen estos criterios y no presentan factores de riesgo. Muestreo aleatorio simple sobre demanda clínica. Instrumentalización: EuroQol de CVRS. Datos clínicos de comorbilidad, tratamientos crónicos y factores de riesgo de problemas por medicación. Cuestionarios auto-administrados (25%) o por entrevista (75%). Análisis descriptivo (media  $\pm$  desviación estándar, proporciones) y comparativo (T-student, ANOVA).

**Resultados.** Edad media 58,3  $\pm$  9,1 años. Mujeres 60,8%. Percepción de CVRS mediante tarifa social: 0,59  $\pm$  0,29 para polimedificados y 0,79  $\pm$  0,18 para grupo control ( $p < 0,0001$ ); mediante escala visual analógica: 57,4  $\pm$  24,9 en polimedificados y 65,7  $\pm$  17,7 en controles ( $p < 0,05$ ). El número de fármacos y de enfermedades crónicas guardan relación significativa con el deterioro de la CVRS de los polimedificados ( $p < 0,05$ ), mientras que el nivel de riesgo de problemas por medicación no se asocia.

**Conclusiones.** Los polimedificados perciben peor CVRS que los no polimedificados del mismo sexo y edad. Su comorbilidad y el consumo de fármacos

son factores implicados. El uso racional de los medicamentos podría mejorar la CVRS de estos pacientes. Elaborado con una ayuda de investigación, Conserjería de Salud, Junta de Andalucía (expediente 137/02).

### P261 ¿KOKO PEAK PRO (KPP), UN NUEVO MÉTODO PARA EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA EPOC?

C. Rodríguez Pago, J. Pelleja Pelleja, A. Vasquez Senan, J. Andreu Jornet, J. Gálvez Mora, M. de Rivas Pie

ABS Alt Camp Oest. Alcover. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: rodriguez@absaco.org

**Objetivo.** Comparar el KPP como método diagnóstico con la espirometría. **Diseño.** Estudio observacional transversal de validación de pruebas diagnósticas.

**Metodología.** Reclutamiento de pacientes, 2 grupos. A) Telefónico aleatorio de pacientes EPOC. B) Aleatorio de pacientes atendidos sin diagnóstico de EPOC. Realizamos: Cuestionario estandarizado. Espirometría: Capacidad Vital Forzada (FVC), Volumen espirado primer segundo (FEV1), FEV1/FVC. KPP: Flujo Espiratorio Máximo (PEF), FEV1, Volumen espirado sexto segundo (FEV6) y FEV1/FEV6. Gradación EPOC, según normativa: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Eliminamos los afectos de espirometría restrictiva, puesto que evaluamos con KPP mira el FEV1 como indicador de obstrucción.

**Resultados.** N final (grupo A: 101, grupo B: 93). Edad media: 55,51 (17-93). 61,88% hombres y 38,12% mujeres. Encontramos asociación entre: resultado espirométrico y KPP ( $p < 0,001$ ), y entre valor KPP y gravedad EPOC ( $p < 0,001$ ). Sensibilidad: 86,49. Especificidad: 99,07. Valor predictivo (VP) positivo: 98,46. VP negativo: 91,38. Índice K = 0,87.

**Conclusiones.** La elevada sensibilidad, especificidad, VP y índice K con elevada concordancia, hacen del KPP un método sencillo y útil para el cribado de la EPOC. La sensibilidad podría aún mejorarse, sacrificando especificidad, aumentando el punto de corte para el diagnóstico en el KPP (actualmente  $< 8\%$  del teórico). Aunque la espirometría sigue siendo esencial para el diagnóstico de la EPOC, siendo el KPP una herramienta más en el cribado de esta patología. Si este es negativo, pero existe sospecha clínica, debe realizarse la espirometría, para aumentar la sensibilidad, que aunque muy buena, siempre presenta falsos negativos.

### P262 VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE INCUMPLIMIENTO

M. García Vaqué, E. Recasens Oliva, C. de Diego Cabanes, R. Albiol Lluís, C. Bayona Faro y M. Juárez Laiz

ABS Valls Urbà. Valls. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: mgvaque@eresmas.net

**Objetivo.** Conocer grado validez de un test de elaboración propia versus recuento comprimidos "gold standard" para detectar incumplimiento de medicación en pacientes hipertensos.

**Diseño.** Observacional de validación de prueba diagnóstica.

**Ámbito.** Atención primaria.

**Sujetos.** Muestra consecutiva 99 pacientes hipertensos  $> 65$  años con tratamiento farmacológico antihipertensivo.

**Medidas e intervenciones.** Se compara un test de elaboración propia compuesto por cuatro ítems que conformaban una escala de Likert (puntuación: 4 a 20 puntos). El test fue administrado a los pacientes en dos ocasiones en intervalo de 1 mes, para la realización de un test-retest. Valoramos diferentes puntos de corte para las puntuaciones obtenidas. Se utilizó como "gold standard" el recuento de comprimidos administrado en dos visitas separadas en 30 días, considerando buen cumplidor el 80-110% de porcentaje de cumplimiento (PC = n° de comprimidos tomados por el paciente / n° de comprimidos prescritos por el médico  $\times 100$ ).

**Resultados.** Índice Kappa global test propio 0,68. Según el recuento de comprimidos el 54,45% eran cumplidores y el 31,68% incumplidores, (13,13% pérdidas). Test elaboración propia el 54,6% eran cumplidores y el 45,3% incumplidores. La sensibilidad del test propio respecto al gold estándar (punto de corte: 8), fue del 50%, especificidad del 57%, VVP del 41% y VVN del 65%.

**Conclusiones.** Nuestro test muestra baja sensibilidad y especificidad comparado con el gold estándar. Sin embargo, teniendo en cuenta las dificultades metodológicas de la realización del recuento correctamente, puede ser una alternativa como primera medida de detección de incumplidores.

## P263 ¿SABEMOS QUÉ OCURRE CON LOS EXTRANJEROS INGRESADOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA?

A. Escribano Hernández y V. Salazar Navarro

Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. Unidad Docente de MFyC. Salamanca. Castilla y León.  
Correo electrónico: aescribano@gapsa06.sacyl.es

**Objetivos.** Conocer los motivos de ingreso hospitalario de la población inmigrante adulta en un Área de Salud y saber si su Médico de Familia tiene conocimiento de este tipo de asistencia sanitaria.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal. Población diana: Extranjeros adultos con tarjeta sanitaria en nuestra Área, con ingreso en nuestros hospitales durante el año 2003. Variables: Edad, sexo, país de procedencia, procedencia del ingreso, diagnóstico al alta (según CIE-10), existencia de historia clínica en Atención Primaria y constancia en ella del ingreso.

**Resultados.** De los 30355 ingresos del año 2003, 147 (0,48%) fueron de extranjeros con tarjeta sanitaria en nuestra Área. Su edad media fue de 35 años (DE: 13) y el 80% eran mujeres. Procedían de 35 países diferentes, aunque Marruecos, Colombia, Rumania, Portugal, Ecuador y Argentina aportaban 2/3 de los casos. Los ingresos procedían en su mayoría de urgencias y los diagnósticos correspondieron a 16 capítulos diferentes de la CIE-10, destacando los relacionados con el embarazo (51%), enfermedades digestivas (8%) y traumatismos (7%). De todos los ingresados tenían historia clínica en atención primaria el 65%. Y en la misma, había constancia del 69% de sus ingresos. De forma global no había registros de más de la mitad de los ingresos.

**Conclusiones.** El principal motivo de ingreso de nuestros extranjeros se relaciona con el embarazo y la paridad, no habiendo encontrado ingresos por enfermedades importadas. En Atención Primaria, para este colectivo, tenemos baja cobertura de historias clínicas y de registros de eventos importantes como son los ingresos, lo que debe llevarnos a una reflexión sobre cómo estamos haciendo las cosas.

## P264 LA ALIMENTACIÓN EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

M. Mateo Lázaro, F. Berisa Losantos, J. Gascón Peregrin, M. Carot Gil y C. Langa Hernández

Hospital Obispo Polanco. Teruel. Aragón.  
Correo electrónico: mclanga2@hotmail.com

La nutrición es un factor pronóstico en la supervivencia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) independiente del grado de obstrucción.

**Objetiva.** Estudiar la alimentación en el domicilio de pacientes con EPOC y su relación con el estado nutricional (EN).

**Material y método.** Criterios de EPOC no obesos, sin agudización en 60 días, sin otros factores que influyen en el EN. Se analizan: función respiratoria, fuerza manual (FM), análisis de sangre, encuestas de recuerdo de ingesta en 24 horas (R-24), Gasto Energético (GE) según Harris y Benedict x 1,3 para peso corporal real y para el peso ideal (Pi) en los desnutridos (D). Estado nutricional valorado según criterios de Chang.

**Resultados.** 70 pacientes completaron el estudio con los siguientes valores medios: edad 70,9 años, FEV1 = 30,8 %, PaO2 = 56 mmHg, PaCO2 = 45,7 mmHg y 18,3 kg en FM. El 40% están desnutridos (Marasmo Moderado 14 casos y Severo en 9). De 322 R-24 (5/paciente) el aporte calórico fue 1.545 kcal (96% del teórico), sin diferencias entre normonutridos y D. El grupo D tiene para el Pi un aporte energético y de proteínas/kg /24 h significativamente inferior al normonutrido (81,6 vs 92% y 0,9 vs 1,09) y también menor capacidad de difusión pulmonar y FM (55 vs 65% y 15 vs 21,3 kilos respectivamente).

**Conclusiones.** La FM discrimina el estado nutricional del EPOC y puede ser útil en la consulta. El aporte calórico-protéico disminuido, puede explicar por qué el grupo con desnutrición no recupera su peso ideal.

## P265 MODIFICACIÓN TERAPÉUTICA TRAS REALIZAR ESPIROMETRÍA A NIVEL AMBULATORIO

R. Girona Real, H. Tarabishi Marín, E. Oya Girona, A. Moreno Destruels, A. Martín Lorente y E. Satue Gracia

SAP Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: avila.tarte.ics@gencat.es

**Objetiva.** Analizar el efecto del resultado de la espirometría sobre la pauta terapéutica previa a su realización.

**Diseño.** Longitudinal retrospectivo,

**Emplazamiento.** Área Básica de Salud (ABS) urbana.

**Sujetos.** Pacientes a quienes se realizó espirometría en ABS entre enero 2003 y abril 2004 (n = 130).

**Medidas e intervenciones.** Revisión exhaustiva de la historia clínica de atención primaria (HCAP) valorando estos ítems: edad, sexo, patrón espirométrico (clasificación SEPAR), motivo solicitud (estudio de disnea, confirmar diagnóstico EPOC - asma, seguimiento y otros), pauta de tratamiento previo y posterior a la espirometría.

**Resultados.** Valoramos un total de 130 pacientes, cuya edad media fue de 53,69 años (DE: 18,16), siendo 53,84% varones y 46,15% mujeres. El motivo más frecuente de solicitud fue: estudio de disnea en un 29,23%, seguido del diagnóstico de EPOC y asma en un 26,92% y 14,61% respectivamente, sólo un 10% eran seguimiento y un 19,23% otros motivos. En el 53,8% (IC: 51,84 - 55,76) de los casos, el resultado de la espirometría no comportó cambios terapéuticos. En un 20,8% comportó recomendaciones higiénico dietéticas y cambios de medicación, en un 24,6% no se registraron datos en la HCAP y sólo un 0,77% se incremento la dosis.

**Conclusiones.** En la mayoría de ocasiones el resultado de la espirometría no comporta variación en la pauta terapéutica del paciente. Sin embargo, la accesibilidad a esta exploración desde las ABS puede permitir utilizar esta pruebas no sólo con utilidades diagnósticas o estadiage sino también para ajustar tratamientos y control de patologías en un no despreciable número de pacientes.

## P266 ¿UNA MAYOR SENSIBILIZACIÓN DEL PROFESIONAL EN RELACIÓN CON EL ASMA PUEDE INFLUIR SOBRE LA MORBILIDAD DE SUS PACIENTES ASMÁTICOS?

J. Castán Enseñat, J. Flor Escriche, I. Álvarez Luque, J. Vignatà Reig, M. Rodríguez Mas y F. Orfila Pernas

EAP Chafarinas. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: xavicas@msn.com

**Objetivo.** Valorar si una mayor sensibilización del profesional en relación al asma disminuye 4 ítems de morbilidad (IM) de sus pacientes asmáticos.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento.** Centro urbano.

**Sujetos.** Asmáticos mayores de 14 años.

**Medidas e intervenciones.** 284 pacientes clasificados en 2 grupos según una mayor (A) o menor (B) sensibilización de su médico en relación con el asma (integración del profesional en grupos de estudio del asma). A y B fueron comparados teniendo en cuenta 14 variables de calidad (VC) y en una segunda fase, evaluando 4 ítems de morbilidad (visitas por crisis CAP/año (VCAP), visitas crisis hospital/año (VH), crisis totales/año (CA), días baja/año (DB)).

**Resultados.** A y B fueron comparables en edad, sexo y gravedad. De los 284 pacientes, 108 estaban clasificados según criterios GINA 02. Se evidenciaron diferencias significativas a favor de A en 13 VC: diagnóstico por el médico de familia (MF) (p = 0,02), mayor control por el MF (p = 0,001), clasificación (p < 0,001), n° espirometrías/año (p < 0,05), registro de: inmunoterapia (p < 0,05), concepto de enfermedad (p < 0,001), técnica inhalatoria (p < 0,001), n° de técnicas inhalatorias (p < 0,001), registro domiciliario de Flujo espiratorio máximo (p < 0,001), autocontrol (p < 0,01), conducta en crisis (p < 0,001), conducta de evitación pneumoalérgicos (p < 0,03), consejo antitabaco (p < 0,03). En relación a los IM, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos: VCAP (p = 0,7), VH (p = 0,9), CA (p = 0,59), DB (p = 0,9).

**Conclusiones.** Se evidencia una tendencia a la significación pese a no objetivarse diferencias estadísticamente significativas.

## P267 ATENCIÓN CONTINUADA DE LOS PACIENTES POST-QUIRÚRGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

T. Cano Rodríguez

Unidad Docente MFyC de Gipuzkoa. San Sebastián. País Vasco.  
Correo electrónico: taniacano2@terra.es

**Objetivos.** El seguimiento de las heridas quirúrgicas es una actividad cada vez más emergente en Atención Primaria. El objetivo del estudio es conocer las características, seguimiento y evolución de las infecciones de herida quirúrgica vistas en nuestro servicio de atención domiciliaria.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal mediante revisión de historias clínicas.

**Metodología.** Revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de infección de herida quirúrgica en el servicio de atención domiciliaria durante el periodo de Febrero del 2002 a Febrero del 2004. Variables: Edad; Sexo; Tipo de Intervención; Tipo de Infección de Herida Quirúrgica; Cultivo; Factores de riesgo del paciente (malnutrición, diabetes, obesidad, cirrosis, broncopatía, otras infecciones, corticoides y tabaquismo); Antibióticos (Tipo, número, vía); Tiempo de recuperación.

**Resultados.** Pacientes evaluados (n = 279). Edad, (x = 58,96, s = 17,92). El 54,8% eran varones. Factores de riesgo: 11,8% (IC 95% 8,1-15,5) presentaban malnutrición; 14% (IC 95% 13,8-14,2) diabetes, 14,3% (IC 95% 10,2-18,4) otras infecciones. El 64,9% (IC 95% 59,3-70,2) eran heridas limpias-contaminadas. En un 39,8% (IC 95% 34,1-45,5) se uso antibiótico. En un 23,7% (IC 95% 18,8-28,6) se uso la vía oral. Estancia media 21,96 (IC 95% 18,76-25,17) días.

**Conclusiones.** Gran porcentaje de factores de riesgo en pacientes con infección de herida quirúrgica. El 40% requiere uso de antibiótico siendo los más habituales la amoxicilina clavulámico y clorhexidina. Tiempo de recuperación 22 días siendo mayor en pacientes de riesgo.

### P268 CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES POLIMEDICADOS

A. Núñez Chía, A. Ortiz Pérez y A. Garúa Garrido

CS Federico del Castillo. CS San Felipe. ZBS Jaén. Jaén. Andalucía. Correo electrónico: albertochia@supercable.es

**Objetivos.** Analizar conocimientos y cumplimiento en pacientes polimedificados.

**Diseño.** Estudio transversal.

**Metodología.** Población: 225 pacientes con 3 o más fármacos, de 2 centros de salud urbanos, seleccionados mediante muestreo sistemático. Variables: demográficas, conocimiento sobre los fármacos que toma y test de cumplimiento (Herynes-Sackett, Hermes y Morinsky-Green). Análisis de datos: descriptivo, pruebas de concordancia y regresión logística.

**Resultados.** Media de edad 67,6 años (EE: 0,7), un 59,6% (EE: 3,3) son mujeres, siendo el nivel cultural bajo (64% sin estudios o analfabetos). Presentan una media de 3 (EE: 0,08) enfermedades. Los pacientes toman una media de 4,9 (EE: 0,09) fármacos; un 12,2% de ellos desconoce para que le han sido indicados, un 10,05% su posología y un adicional 7,3% ambas informaciones. El test Morinsky-Green detecta un 53,3% de incumplidores, el de Hermes un 28% y el de Heynes-Sackett un 25,8%. En un 44,9% de los pacientes los tests de Morinsky Green y Heynes-Sackett coinciden en que son cumplidores, un 24% en que son incumplidores y un 29,3% el primero detecta incumplimiento pero no el segundo (concordancia global, kappa = 0,51). Mediante regresión logística se comprueba que las únicas variables asociadas de forma independiente al incumplimiento, valorado mediante el test de Morinsky-Green, son la edad (OR = 1,1), el estado civil (la OR de soltero frente a casado es 0,8), el número de fármacos (OR = 1,4), y el número de enfermedades (OR = 0,7).

**Conclusiones.** Una cuarta parte de pacientes desconoce información básica sobre su terapéutica. El incumplimiento, variable según el test utilizado, aumenta con la edad y el número de fármacos, pero disminuye con el de enfermedades.

### P269 MAGNITUD DEL INCUMPLIMIENTO Y SUS FACTORES PREDICTORES EN EL TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO

J. Chico Sepúlveda, A. Mira Vicedo, J. Ortuño López, V. Pedrera Carbonell, V. Gil Guillén y M. Hidalgo Ibáñez

CS Villena II. Villena. Alicante. Comunidad Valenciana. Correo electrónico: sax@telefonica.net

**Objetivos.** Cuantificar la magnitud del incumplimiento a los fármacos hipotiroideos y estudiar variables predictoras del incumplimiento.

**Material y métodos.** Diseño observacional, transversal. Se analiza un tamaño muestral representativo del 99% con una precisión del 2% y una prevalencia del 0,4% (datos nacionales) obteniendo una N = 92. El estudio se realizó entre septiembre-2002 y febrero-2003. El cumplimiento se valora mediante recuento de comprimidos en el domicilio del paciente y por sorpresa. Se valoraron en el estudio de factores, los sociodemográficos, dependiente del médico, del tratamiento y grado de control. Se valoró buen cumplimiento un recuento de comprimidos (RC) entre 80-110%.

**Resultados.** La magnitud del incumplimiento fue del 15,2% (LC95%: 22,5-7,9%). Los factores que se asocian al incumplimiento terapéutico fueron: Población diferente (P = 0,026), el motivo de no realizar correctamente el tratamiento (P = 0,024), diferentes puntuaciones en el test de Morrisky Green (P = 0,028), número de comprimidos que toma al día (P = 0,045) y puntuaciones en el test de Batalla (P = 0,007).

**Conclusiones.** La magnitud del incumplimiento farmacológico del hipotiroidismo no supera al 20%. Se detectan pocas variables predictoras de incumplimiento. No pudiéndose definir un perfil ideal de paciente incumplidor.

### P270 SARCOMA DE KAPOSI: TENDENCIAS TEMPORALES DE LA INCIDENCIA EN LA PROVINCIA DE GRANADA, 1985-2000

M. Sánchez Pérez, E. Corpas Nogales y C. Martínez García

Registro de Cáncer de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: mariajose.sanchez.easp@juntadeandalucia.es

**Antecedentes y objetivo.** El Sarcoma de Kaposi (SK) presenta dos variantes: la clásica, predominante en hombres de edad avanzada, y la epidémica, de más reciente aparición, asociada a la infección por VIH. Se han descrito importantes variaciones geográficas en la incidencia de SK. El objetivo de este trabajo fue conocer las tendencias temporales de la incidencia de SK en la provincia de Granada en el periodo 1985-2000, según edad y género.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de casos incidentes de SK del período 1985-2000, residentes en la provincia de Granada. Selección de casos con código morfológico M9140/3 según la CIE-0-3. La información procede del Registro de Cáncer de Granada. Se presenta número de casos, tasas brutas y estandarizadas, según género y edad (25-49 y  $\geq$  50 años). **Resultados.** Número de casos incidentes: 58 (50 hombres); tasa bruta media anual de 0,8 y 0,1 por 100.000 hombres y mujeres, respectivamente. Las tasas estandarizadas por 100.000 hombres fueron de 0,4 en 1985-88, aumentaron a 1,2 en 1993-96 y disminuyeron a 0,2 en 1997-2000. Si bien el mayor aumento se observó en el grupo de 25 a 49 años, el descenso, a partir de 1993-96, afectó a ambos grupos de edad.

**Conclusiones.** El descenso observado en la incidencia de SK se ha encontrado igualmente en otras áreas geográficas, asociándose a la introducción del tratamiento antiretroviral de alta eficacia (HAART). Financiación El presente trabajo ha contado con la financiación del ISCIII (Red de Centros C03/09 y Red de Grupos G03/123).

### P271 EL CAMINO HACIA LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA: ¿NOS PUEDE AYUDAR UN GRUPO DE MEJORA DE CALIDAD?

M. Pascual Larraz, M. Martínez Sanz, M. Vera Rogero, C. La Mata Parrilla, J. Fernando Pina y F. Sangrós González

CS Torrero La Paz. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: fsangruse@papps.org

**Objetivos.** Describir la experiencia de un Equipo de Atención Primaria (EAP) que adoptó el uso exclusivo de la historia clínica informatizada (HCI), prescindiendo de la historia clínica tradicional (HCT) tras un año y medio de usar ambas. Se creó un grupo de mejora de calidad (GMC) para liderar el cambio.

**Descripción de la experiencia.** El GMC se formó con 3 médicos de familia, 1 pediatra, 1 farmacéutica, 2 enfermeras y 1 miembro del área administrativa.

**Metodología de trabajo.** 1- Seleccionar los problemas / oportunidades de mejora: insuficiente dotación informática y déficit de formación en mecanoografía y en el manejo de OMI-AP. 2- Definir los objetivos del proyecto: uso exclusivo de la HCI y mejora de la atención directa del paciente en el área administrativa. 3- Análisis de los problemas detectados. Estudiar los medios para conseguir los objetivos. 4- Introducir medidas: formación de los miembros del EAP. Compromiso de uso exclusivo de la HCI. Conexión informática con laboratorio, radiología y centro de especialidades. 5- Seguimiento y control: evaluación periódica de formación. Creación de indicadores de calidad. Encuesta de satisfacción entre los usuarios. Estudio de las reclamaciones antes y después de la informatización.

**Conclusiones.** Un GMC puede implicar satisfactoriamente a todo el EAP a analizar problemas y encontrar soluciones en desarrollo de la informatización

## P272 IMPOTENCIA Y BISOPROLOL, UNA BUENA ANAMNESIS

J. Ruiz de Castroviejo del Campo, M. Gómez Álvarez, E. Sánchez Cañete, J. Siles Rubio, J. Jiménez y M. Ballesteros Guerrero

Hospital Infanta Margarita. Unidad Docente MFyC Córdoba. Cabra. Córdoba. Andalucía.

Correo electrónico: aliseax@hotmail.com

**Objetivo.** Estudiar la aparición de impotencia tras prescribir bisoprolol (2,5-10mg/día) para tratamiento en la cardiopatía isquémica. Valorar la disposición inicial del paciente a reconocerla y el resultado de facilitar su reconocimiento con un interrogatorio dirigido.

**Diseño y metodología.** Se estudian prospectivamente 164 varones de entre 40 y 70 años. Se preguntó sobre la aparición de impotencia con cuatro respuestas posibles: no nota el cambio, ligero empeoramiento que no afecta la vida sexual, moderado empeoramiento que sí afecta la vida sexual o efecto tal que la impide. Fueron revisados a los tres meses de tratamiento al final de la anamnesis y antes de la exploración.

**Resultados y conclusiones.** Antes de preguntar sobre los efectos secundarios, sólo un 6% refirieron haber notado impotencia, 65 pacientes no notaron nada, 36 ligero deterioro, 22 limitación importante y un 12% deterioro grave. 15 pacientes mostraron desinterés. La aparición de impotencia no tuvo correlación con la dosis de bisoprolol. Para detectar impotencia favorecida o causada por tratamiento con betabloqueantes y su reconocimiento por el paciente, es necesario preguntar de forma directa y dirigida, facilitando la comunicación entre médico y paciente. En nuestra serie la impotencia como efecto secundario aparece en un porcentaje mayor al de la literatura, que está entre el 5-10% de todos los pacientes tratados.

## P273 VALORACIÓN DEL SEGUIMIENTO POR LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL PROLONGADA

C. Segovia Martínez, F. Farráis Expósito, R. García Luque, J. Milena Jiménez y T. Rufino Delgado

CS B\* de La Salud. Unidad Docente MFyC Tenerife Sur. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.

Correo electrónico: cmsegoviam@yahoo.es

**Objetivo.** Valorar si el seguimiento y registro del Médico de Familia en la historia clínica durante la incapacidad temporal (IT) prolongada influye en su duración.

**Diseño.** Estudio Descriptivo Transversal.

**Sujetos.** Pacientes con alta laboral entre 01-Mayo-2003 y 30-Abril-2004 tras proceso de duración >90 días, pertenecientes a 11 cupos de ZBS urbana.

**Método.** Variables recogidas en historia clínica: edad, sexo, fecha de baja y alta, puesto de trabajo, diagnóstico de inicio, dato evolutivo al menos (semanal, quincenal, mensual), registro de derivación a otro nivel. Se compararon duración total y duración estándar (en procesos que la tenían definida) en los casos de cumplimentación en historial frente a los casos en que no existía/codificación/aparecía la historia clínica. Se usa paquete estadístico SPSS 11.0.

**Resultados.** 442 pacientes totales, 56 sin historia accesible, edad media: 45,97 (DT: 11,53), 54,2% mujeres. Tenían registro de diagnóstico de inicio 261 (67,6%), fecha inicio de IT 240 (62,2%), fecha del alta 185 (48,3%), del puesto de trabajo 246 (63,9%), de la derivación/ingreso a otro nivel 215 (55,7%), periodicidad datos evolutivos: mínimo semanal 21 (5,4%), quincenal 29 (7,5%), mensual 116 (30,1%), sin datos evolutivos al menos mensual 220 (57%). En las historias con registros periódicos el promedio de superación de la duración estándar era de 144,8 días, frente a los 190 días promediados por los pacientes sin posibilidad de acceso a historia o sin registro periódico (p = 0,04).

**Conclusiones.** El registro periódico en la historia durante procesos de IT de larga duración es insuficiente en Atención Primaria, produciéndose una disminución en la desviación de la duración de estos procesos.

## P274 VARIABLES PREDOCTORAS DE LAS CONSULTAS A URGENCIAS HOSPITALARIAS

A. Escribano Hernández y T. Hernández Corral

Gerencia de Atención Primaria. Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: aescribano@gapsa06.sacyl.es

**Objetivo.** Conocer la tasa de consultas de adultos a urgencias hospitalarias (TCAUH) de los equipos de un Área y sus variables predictoras.

**Diseño y metodología.** Estudio analítico transversal. Se cruzaron las bases de datos de urgencias hospitalarias y de tarjeta sanitaria de un Área de Salud del año 2003. Variable dependiente: TCAUH. Variables independientes: presión asistencial, consultas programadas, frecuentación, tasa de interconsultas no urgentes, distancia al hospital (en kilómetros), característica de urbano/rural (dicotómica: 1/0), docencia a residentes (dicotómica: 1/0) y sesiones habituales con interconsultores (dicotómica: 1/0) de los equipos. Se analizó mediante regresión lineal múltiple, con el método de eliminar variables "hacia atrás" si no tenían una significación de 0,1

**Resultados.** Hubo 119479 urgencias correspondientes a 80966 pacientes. De éstos, no se pudieron cruzar con la base de tarjeta del Área 33785 (41,7%) por ser de otro área o porque no utilizan variables fiables para cruzarse, y no se utilizaron sus datos para los análisis. La TCAUH de los equipos del Área variaba desde 85,5 a 319,5 por 1000 adultos, siendo la global de 190,4. La variabilidad de la TCAUH entre equipos se explica en un 65,5% por la fórmula:  $TCAUH = 146,7 - (1,1 * distancia) - (42,1 * consultor) + (3,2 * presión asistencial) - (47,7 * urbano)$ , con una significación < 0,0001. No encontramos que interviniesen de forma significativa las otras variables.

**Conclusiones.** El no utilizar variables fiables comunes en Atención Primaria y Especializada dificulta este tipo de estudios. El uso común del Código de Identificación Personal en las bases de datos disminuiría estos problemas. La accesibilidad geográfica de las urgencias, así como la condición de centro rural es un factor que incrementa la TCAUH. La docencia programada con interconsultores disminuye la TCAUH, que aumenta al hacerlo la presión asistencial.

## P275 EL CAMBIO DE HISTORIA DE SALUD INFORMATIZADA COMO FACTOR DESENCADENANTE DE ANSIEDAD EN LOS PROFESIONALES DE UN CENTRO DE SALUD

A. de la Rubia Loriguillo, I. Auriolos Moreno, M. Torras Sendra, V. García-Fresneda Macizo, J. Denis Pedrosa y A. Pozo Guzmán

CS Palma-Palmilla. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: andellor@yahoo.es

**Objetivo.** Medición de ansiedad en los profesionales del centro de salud tras cambio de historia de salud informatizada.

**Descripción.** Tras la percepción subjetiva del aumento de la ansiedad, manifestada por las quejas referidas durante el desayuno y en las reuniones del equipo, decidimos cuantificar el nivel de ansiedad mediante la escala de ansiedad de Hamilton a todos los profesionales. Se evaluó ansiedad relacionándola con variables: sexo, categoría profesional (médicos, residentes de MFYC, enfermeros y administrativos), y número de horas diarias de trabajo con la aplicación informática. La escala de Hamilton puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem. La puntuación total es la suma de cada ítem y el rango va de 0-56 puntos: 0-5 puntos no ansiedad, 6-14 ansiedad menor y 15 o más ansiedad mayor. Entrevistamos a 43 profesionales (32 mujeres, 11 varones). El 60% presentaba ansiedad, alcanzando al 86% del grupo con más de 4 horas diarias de trabajo con la aplicación informática. Presentaban ansiedad: 93% de médicos, 87. % de administrativos, 69% de enfermeros, y 57% de residentes.

**Conclusiones.** Detectamos ansiedad en un porcentaje alto de profesionales tras el cambio de la historia de salud informatizada, pudiendo relacionarse con lentitud del programa, complejidad y déficit de formación previa a la implantación.

## P276 IMPLANTACIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD DE NUEVA CREACIÓN

A. Cano Espín, S. Heras Criado y M. Buelga Suárez

CD Alpes. Área 4 de Madrid.

Correo electrónico: sheras.gapm04@salud.madrid.org

**Objetivos.** Valoración de los complicaciones derivadas y del grado de satisfacción de los usuarios en la puesta en marcha de las diversas técnicas de Cirugía Menor ofertadas por el Centro de Salud a su Zona Básica en el año 2003.

**Descripción.** Una vez dotado el Centro de Salud de la infraestructura necesaria: sala de Cirugía Menor, materiales e instrumental necesario, Personal cualificado o reciclado en el mismo Centro y establecimiento del circuito con Anatomía Patológica del Hospital de referencia, se llevó a cabo un estudio transversal retrospectivo al concluir el primer año de fun-

cionamiento de dicho Servicio. Se evaluaron las complicaciones derivadas de los distintos procedimientos valorados (electroterapia, crioterapia, extirpación de lesiones superficiales y extirpación de quistes) y, realizando una encuesta personal, mediante escala cualitativa (disconforme, conforme y muy conforme) a cada usuario a las 3 semanas de realizar la intervención quirúrgica.

**Resultados.** Se evaluaron un total de 125 intervenciones. De las cuales presentaron complicaciones 5 de ellas; 2 infecciones de herida quirúrgica, 1 seroma, 1 dehiscencia de sutura y 1 cicatriz anómala (hipertrofica). El grado de satisfacción del usuario en el 98% de las intervenciones fue de "muy conforme".

**Conclusiones.** La puesta en marcha del Servicio de Cirugía Menor es factible con la infraestructura y material con que se dotan actualmente los Centros de Salud. Las complicaciones y el grado de satisfacción son comparables con los resultados de otros Equipos de Atención Primaria con mas años.

### P277 ¿CÓMO SON NUESTROS PACIENTES EPOC?

M. Monteagudo Zaragoza, J. Ferro Rivera, C. Valero García, M. Acedo Anta y M. Llagostera Español

SAP Baix Llobregat Centre. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: speris.cp@ics.scs.es

**Objetivo.** Describir las características clínicas de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

**Diseño.** Estudio transversal multicéntrico.

**Ámbito de estudio.** 7 EAP.

**Sujetos.** Pacientes EPOC  $\geq$  40 años, visitados en 2003 y a los que se les realizó audit y entrevista clínica (n = 288).

**Resultados.** Prevalencia 2,97% (40 – 70 años) y 7,76% ( $\geq$  65 años). El 83% son varones y 71,5% mayores de 65 años. Presentan 6,7 años de promedio en la evolución de la EPOC. Patologías asociadas: HTA 55,9%, DM2 22%, DL 32,9%. Pruebas realizadas en el diagnóstico: Espirometrías 53,1%, RX 49,3%, hemograma 53,5%, ECG 25,9%. El 53,3% presentó tos, 59,8% expectoración y 60,8% exacerbaciones en el último año. Un 11,5% requirió ingreso hospitalario. El 96,15% se visitó por su médico, 42,8% por enfermería y 24,8% por el neumólogo. Han realizado rehabilitación 3,8%, y fisioterapia 1%. Son fumadores 21,5% y ex fumadores 60,1%. Realizan ejercicio físico el 74% y dieta equilibrada el 58%. Han recibido consejos sobre: tabaco 60,5%, dieta 21,7%, ejercicio físico 19,2%, cumplimiento del tratamiento 19,6%, exposición laboral 1,7%. Vacunación gripe 79%, neumococo 76%. El 86,5% usan inhaladores. Sistemas y correcta utilización: MDI 64,6% (56,9%), Accuhaler 33,7% (42,2%), Handyhaler 20% (58%), Turbuhaler 20% (49%), MDI + cámara 12% (70%), Aerolizer 3,6% (62,5%).

**Conclusiones.** Se trata de una enfermedad infradiagnosticada, en la que se tendría que potenciar todo aquello que nos pueda ayudar en su diagnóstico y control; destacando en este caso la importancia de mejorar la educación sanitaria.

**Financiación.** Premios de sociedades científicas, universidad e industria.

### P278 AHORRO ECONÓMICO AL IMPLEMENTAR CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD

X. Cantero i Gómez, C. Moriana de la Olla, S. Campo i Aledo, E. Aparicio i Salamanca y E. Florensa i Claramunt

ABS Igualada Urbà. Igualada. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: fxcantero.cp.ics@gencat.net

**Objetivo.** Cuantificar el ahorro que ha supuesto la realización de cirugía menor en una área básica de salud urbana desde enero de 2001 hasta diciembre de 2003.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal retrospectivo.

**Mediciones principales.** Intervenciones realizadas en el periodo de estudio, técnica quirúrgica empleada, diagnóstico clínico y anatomopatológico, coste de la técnica en el centro de salud y coste que hubiera supuesto la intervención en el hospital comarcal de referencia.

**Resultados.** Se realizaron 288 intervenciones: 64,6% exéresis, 30,6% bisturí eléctrico, 4,8% crioterapia. Se remitieron para estudio anatomopatológico 68% de las lesiones. El grado de acuerdo global entre diagnóstico clínico e informe anatomopatológico fue del 85%. En el centro el coste global de todas las intervenciones fue de 4559,43 euros incluyendo el es-

tudio anatomopatológico. La derivación de todas las intervenciones al hospital de referencia hubiera costado 33345,8 euros. El ahorro total fue del 86% (28786,37 euros).

**Conclusiones.** La cirugía menor realizada en nuestro centro es más eficiente que la derivación hospitalaria. Nos proponemos evaluar también la satisfacción de los usuarios y los tiempos de espera, que juntamente con la reducción de costes justifican la realización de cirugía menor en atención primaria.

### P279 PACIENTES NUEVOS: ¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZAMOS?

M. Masamunt París, A. Aguilar Margalejo, S. Cobo Guerrero, L. Santiago Pérez, M. Pavón Funes y J. Mascort Roca

ABS Florida Sud. LHospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 30708agr@comb.es

**Objetivo.** Describir características sociodemográficas y actividades realizadas y conocer los motivos de consulta de la población nueva adscrita al centro.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito.** Centro Salud urbano.

**Sujetos.** Historias abiertas durante 2002 visitadas  $\geq$  3 ocasiones/año.

**Mediciones.** Datos demográficos, actividades realizadas, motivos consulta.

**Resultados.** 580 pacientes. 60% mujeres. 81% inmigrantes. Edad media autóctonos/inmigrantes 46 a vs 35 a (p < 0,001). Interrogatorio: Antecedentes patológicos 64%; tabaco 55%; alcohol 51%; otras drogas 10%; consejo ginecológico 19%; alergias 91%; ejercicio 8%; Peso/talla 41%; Tensión arterial > 60 a 80%, < 60 a 57% (p = 0,03). Analítica 58%, Sedimento 11%. No diferencias entre actividades realizadas en inmigrantes o autóctonos excepto en vacunación antitetánica 42% vs. 29% (p = 0,01). Inmigrantes: Origen 41% sudamericanos, 5% Magreb, 2% Subsaharianos, 1% Este-Europa, 1% asiáticos, 41% no consta (NC); 4% dificultad idiomática. 61% NC fecha llegada, 82% NC situación familiar. Otras pruebas: serología hepatitis B 26, sífilis 16, hepatitis C 5, VIH 5, rubéola 1; Parásitos heces 10; Mantoux 6; Rx tórax 11 Otras vacunas: rubéola 3 y triple vírica 5. Motivos consulta: Inmigrantes: 18% dolor musculoesquelético, 12% "chequeo". Autóctonos: 24% patología crónica, 11% dolor musculoesquelético (p < 0,001). No diferencias en los aspectos estudiados en función de la dificultad idiomática.

**Conclusiones.** 1. Alta incidencia de población inmigrada entre los nuevos adscritos al centro. 2. No diferencias en las actividades realizadas entre autóctonos e inmigrantes excepto en la vacunación antitetánica. 3. El registro de datos sociodemográficos y la realización de actividades específicas en inmigrantes debería mejorar. 4. Existen diferencias entre los motivos de consulta de población autóctona o inmigrante.

### P280 VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON ASMA INFANTIL

A. Baeza Alcaraz, G. Nicolás Orenes, J. Muñoz Pastor, I. Cascales Barcelá, M. Vera Lorente y J. Valverde Molina

CS Torre Pacheco. Torre Pacheco. CS San Javier. San Javier. Hospital Los Arcos. Santiago de la Ribera. Murcia.  
Correo electrónico: angelbaeza@hotmail.com

**Introducción.** El asma y la obesidad en la población infantil ha experimentado un aumento en su prevalencia. El asma, según el estudio ISAAC, está aumentando de forma progresiva en niños de 6-7 años.

**Hipótesis de trabajo.** En niños asmáticos de 7 a 14 años, la comorbilidad asma/sobrepeso-obesidad se asocia con: Mayor severidad del asma, mayor afectación de la función pulmonar, mayor frecuencia de episodios de reagudización y mayor prevalencia de atopía.

**Objetivo principal.** Determinar relación entre estado nutricional (sobrepeso/obesidad) de niños asmáticos de entre 7 y 14 años y la situación Clínica y Funcional de la enfermedad entre Octubre y Diciembre de 2003.  
**Objetivos secundarios.** Determinar el estado nutricional. Normopeso, sobrepeso y obesidad, situación clínica y grado de severidad del asma. Conocer la situación funcional respiratoria y prevalencia de la atopía. Determinar la prevalencia familiar de asma.

**Material y métodos.** Diseño: Observacional, descriptivo, transversal. Medio: Centro de Salud. Población a estudio: Cupo de 1807 niños entre 0 y 14 años, 72 asmáticos de entre 7-14 años. Variables: Edad, género, antecedentes familiares de asma, atopía, clasificación clínica GEMA, cuestio-

nario estudio ISAAC, peso al nacer, peso, talla, relación peso/talla, índice Cintura/Cadera, IMC, Índice Nutricional, perímetro braquial, Pliques bicipital, tricipital, subescapular y suprailiaco, FVC, FEV1, Tiffeneau, PEF. Método Estadístico: descriptivo (Tablas de frecuencia, media, desviación estándar de la media), Z-Score, tablas de contingencia (Test de la X2 de Pearson), varianza de un solo factor,  $p < 0,05$ .

**Resultados.** 52% varones, 48% mujeres, media de Z-score de variables antropométricas superior a 0. Índice nutricional medio elevado (115,3%), 53% de sobrepeso, 31,4% de obesidad. 62% asma episódica ocasional, 23% persistente moderada. 50% de atopía.

**Conclusiones.** Prevalencia sobrepeso-obesidad en niños asmáticos superior a la existente en población general. Sobrepeso-obesidad se correlaciona estadísticamente significativa con peor función pulmonar. Además aumento de síntomas con ejercicio y mayor número de crisis asmáticas.

## P281 CÁNCER DE PRÓSTATA: ¿UNA ASIGNATURA PENDIENTE?

A. Valero Suau, A. Soler Costa, M. Sánchez-Amat, F. Ariza González, C. Galindo Parres y M. Muntion Alfaro

ABS Gòtic. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: alejandravs@inicia.es

**Objetivos.** Describir el tratamiento y seguimiento de los pacientes diagnosticados de cáncer de próstata e identificar las características clínicas y demográficas que influyen en la opción terapéutica.

**Diseño.** Descriptivo transversal.

**Metodología.** Ámbito: Atención Primaria.

**Sujetos.** Pacientes diagnosticados de cáncer de próstata desde enero 1998 hasta mayo 2004 atendidos en el centro.

**Mediciones.** De la historia clínica informatizada se recoge: edad, nivel en el que se realiza el diagnóstico, clínica, tacto rectal y PSA en el diagnóstico, estadiaje, tratamiento inicial, características del centro (público o privado) donde se inicia el tratamiento y nivel en que se realiza el seguimiento.

**Resultados.** Se diagnosticaron 85 pacientes de cáncer próstata. La media de edad era 79,7 años (DS: 8,7). En pocos casos se recogía información respecto a clínica, tacto rectal y estadiaje (49,5%, 28,8% y 37,6% respectivamente). El 44,7% iniciaron el tratamiento en centros públicos. Los tratamientos más usados fueron hormonoterapia (48,2%) y prostatectomía (21,2%). La intervención quirúrgica (IQ) fue más frecuente en pacientes menores de 80 años respecto a los mayores (37,5% y 6,7%;  $p = 0,001$ ). Realizar o no IQ no se relacionaba con el estadiaje ni con el tipo de centro ( $p = 0,36$  y  $p = 0,75$ ). El médico de familia diagnostica el 10,3% y realiza el 4,7% de los seguimientos.

**Conclusiones.** En médico de familia registra poca información clínica de los pacientes diagnosticados de cáncer de próstata y tiene un papel poco importante en el diagnóstico y seguimiento. La elección del tratamiento varía según la edad del paciente pero no según el centro ni el estadiaje.

## P282 FOTOGRAFÍA DIGITAL PARA EL MÉDICO DE FAMILIA: ¿ES UNA NECESIDAD O UNA CONSECUENCIA DEL DESARROLLO TECNOLÓGICO?

D. Riba Torrecillas, J. Soler González, A. Rodríguez Rosich y C. Ruiz Magaz

ABS Tremp. ABS Balafia-Seca-Pardinyes. ABS Balaguer. ABS Eixample. Lleida. Cataluña.  
Correo electrónico: driba@comll.es

**Objetivos de la experiencia.** La fotografía digital en la consulta aporta un valor añadido a la realización del acto médico. Queremos comunicar nuestra experiencia acumulada en dos años.

**Descripción de la experiencia.** Esta tecnología ha aportado grandes beneficios en la práctica fotográfica, destacando la celeridad en la obtención de imágenes, la valoración de su calidad in situ, el bajo nivel de adiestramiento y la repetición de nuevas fotografías en el mismo acto médico. En la asistencia ha permitido el almacenamiento de la imagen informatizada del paciente asegurando una buena conservación, la revaloración en el monitor en cualquier momento y por cualquier facultativo, y la comparación de las imágenes con otras previas o futuras. Las pruebas de imagen pueden ser de utilidad en aspectos médico-legales complementando el parte de lesiones. En dermatología y radiología, ha facilitado la valoración evolutiva y comparada de las lesiones, y ha mejorado los circuitos de interconsulta y la coordinación entre niveles. El nivel de resolución, el desplazamiento del paciente y la repetición de visitas en la lista de espera son

parámetros que se han visto favorecidos. A nivel docente hemos coleccionado una casuística iconográfica facilitando la digitalización y la transmisión de experiencias.

**Conclusiones.** La fotografía digital es una técnica de fácil aplicación, útil y eficiente que permite mejorar el contacto interprofesionales, disminuyendo el gasto sanitario y mejorando nuestra calidad asistencial. La creación de un grupo de trabajo en relación a la telemedicina es una realidad que permitiría explorar las posibilidades y habilidades aplicables en atención primaria.

## P283 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

A. Valero Suau, A. Soler Costa, M. Vila Coll, M. Mourelo Cereijo y M. Benítez Camps

ABS Gòtic. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: alejandravs@inicia.es

**Objetivo.** Conocer las características epidemiológicas, la proporción de ecocardiogramas realizados y el tipo de tratamiento de los pacientes con Fibrilación auricular (FA).

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal en ABS urbano.

**Sujetos.** Todos los pacientes con diagnóstico de FA registrado en Historia clínica informatizada (HCI).

**Medidas.** Tras revisión HCI se recogen: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, hipercolesterolemia, tabaquismo y obesidad) y enfermedad cardiovascular: cardiopatía (infarto de miocardio, angina pecho, insuficiencia cardíaca, hipertrofia ventrículo izquierdo), enfermedad cerebrovascular (accidente isquémico transitorio y accidente cerebrovascular), arteriopatía periférica y nefropatía. Realización de ecocardiograma y tipo de tratamiento para la FA.

**Resultados.** De 240 pacientes, 140 (58,3%) eran mujeres. La edad media era de 81 años (DE 7,83). 71,3% eran hipertensos, 21,7% diabéticos, 30% dislipémicos, no fumadores 55% y obesos 11,3%, sin registro de peso en 74,2%. Presentaban cardiopatía 37,1%, enfermedad cerebrovascular 13,3%, arteriopatía periférica 6,7% y neuropatía 9,2%. Se realizó ecocardiograma en 51,7%, siendo más frecuente en anticoagulados respecto a antiagregados (66,1% vs 31,5%,  $p < 0,0001$ ) y en menores de 75 años (63,3% vs. 45,6%,  $p = 0,007$ ). Presentaban valvulopatía el 73,6%. Los tratamientos frenadores más usados fueron digital (47,9%), amiodarona (12,5%) y betabloqueantes (12,1%). Como tratamiento antitrombótico, 40% tomaban antiagregantes y 54,6% anticoagulantes. El porcentaje de anticoagulados fue mayor en los menores de 65 años ( $p = 0,002$ ).

**Conclusiones.** Elevado porcentaje de HTA en los pacientes con FA. Sólo se realizaron ecografías a la mitad de los pacientes con FA, siendo más frecuente en menores de 75 años y en anticoagulados.

## P284 PROGRAMAS DE AYUDA BIBLIOGRÁFICA EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA (OFF LINE)

F. Jiménez Villegas, C. Prados Arredondo, R. Marfil Ruiz, I. Rodríguez Bravo, M. Jódar Reyes y M. González Muñoz

CS de Huétor Tájar. Unidad Docente MFyC de Granada. Huétor Tájar. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: ico@ico.jazztel.es

**Objetivo.** Presentar y evaluar una experiencia de apoyo bibliográfico a la consulta médica en un Centro de Salud.

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

**Metodología.** En 2002 se incorpora al sistema informático de gestión Clínica (TASS) un sistema que permite, en el contexto de la propia consulta médica, la consulta rápida y simultánea de múltiples fuentes de información clínica. Los documentos, en formato pdf, se visualizan mediante el programa Acrobat Reader 4.0 incluyendo el Plug-in "Acrobat search" que permite búsquedas rápidas mediante palabras clave simultáneamente en algunas o todas las fuentes documentales, devuelve los resultados ordenados y permite la recuperación inmediata de los documentos seleccionados. El conjunto de bibliografía accesible (5 Manuales, 657 Números de revistas médicas, 65 guías práctica clínica) supone aproximadamente 44.090 páginas de documentación. Se realizaron 30 consultas de dudas surgidas en la práctica diaria por 3 médicos usuarios frecuentes. Se cronometró tiempo de búsqueda-respuesta. Se midieron utilidad, frecuencia de uso y dificultades percibidas por los usuarios mediante cuestionario auto-administrado con respuestas dicotómicas, escala Likert (1-7), o abiertas.

**Resultados principales.** Tiempo medio búsqueda-respuesta 1,8 segundos. Tiempo medio consumido por consulta: 1 minuto 24 seg. Cuestionario. Obtenemos 21 respuestas. 14% desconocen el sistema. Uso frecuente (1-7): 3,76 utilidad (1-7): 4,7. Utilidad mayor para los usuarios frecuentes (5,9) que para infrecuentes (3,25).  $P = 0,03$ . Encuentran dificultad: 50%. Recomendarían extender sistema en ap (1-7): 7 Proponen mejoras: 70%. Actualizar/ampliar contenidos (30%), aprendizaje (18%).

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

## P285 PERFIL Y TOLERANCIA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Fuentes Rodríguez, J. Baena Díez, E. Altés Vaques, R. Sánchez Pérez, M. Oller Colom e I. Gil Canalda

ABS Carles Ribas. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: sonya\_fr@hotmail.com

**Tipo de estudio.** Estudio transversal descriptivo.

**Ámbito de estudio.** Centro de salud urbano de Barcelona con 17 consultas de medicina de familia.

**Objetivos.** Estudiar si el tratamiento de la insuficiencia cardiaca en atención primaria está optimizado según la medicina basada en la evidencia.

**Pacientes y métodos.** Pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca que siguen controles periódicos en nuestra ABS.

**Resultados.** Incluimos 100 pacientes, 43 hombres. La edad media fue de 74 años (DE: 9,4 a, R: 47-88). El 62% de los pacientes reciben IECA, el 59% diuréticos de asa, el 23% tiazidas, el 11% espirolactona, el 28% betabloqueantes, el 33% nitratos, el 24% digoxina, el 11% amiodarona, el 13% ARA II, el 43% antiagregantes, el 29% anticoagulantes y el 19% calcioantagonistas. Un 33% de los pacientes requirieron cambios en su tratamiento, en un 73% motivado por intolerancia. No hubieron diferencias de edad entre los pacientes que reciben o no betabloqueantes, calcioantagonistas, IECA, ARA II o espirolactona. Las variables asociadas a intolerancia al tratamiento fueron el sexo femenino (OR: 2,0; CI: 1,5-2,6;  $p < 0,001$ ), la insuficiencia renal (OR: 2,5; CI: 1,0-5,9;  $p = 0,049$ ) y la depresión (OR: 2,1; CI: 1,1-4,1;  $p = 0,032$ ).

**Conclusiones.** Nuestros pacientes reciben IECA o ARA-II en un porcentaje menor del recomendado. Los betabloqueantes están infrautilizados. Un tercio de los pacientes requieren cambios en el tratamiento, en la mayoría de casos por intolerancia, relacionada con el sexo femenino la IRC y la depresión.

## PONENCIA 1

### Envejecimiento activo. Propuestas para atención primaria

## P286 FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS. ESTUDIO EN LA COMUNIDAD

M. Jiménez González, J. Montero Alía, M. Rodríguez Álvarez, E. Zurilla Leonarte, M. Jiménez González y E. Valentín Moya

CS Mataró 7. Mataró. CS Premia de Mar. Premia de Mar. CS Canet de Mar. Canet de Mar. Cataluña.  
Correo electrónico: 31297jma@comb.es

**Objetiva.** Conocer en qué medida se presentan los factores de riesgo para sufrir caídas en los ancianos de nuestra comarca y su relación con las caídas previas.

**Estudia.** Descriptivo transversal multicéntrico.

**Materiales y métodos.** Sujetos mayores de 65 años asistidos en consulta o domicilio que tienen capacidad para deambular. Excluidos los institucionalizados. Participan 5 centros de asistencia primaria. Se interroga sobre la presencia o no de los factores de riesgo habituales en la literatura: caídas previas, fármacos, alteraciones visuales y auditivas, barreras arquitectónicas y test de equilibrio y marcha (Tinetti).

**Resultados.** 619 pacientes. Edad media de 74,7 años. El 58% son mujeres. Llevan bastón: 15,8%. Barreras arquitectónicas: 56% (escalera/bañera). Caídas previas: 28,9% (mujeres/hombres 2:1), viven solos 14,2% (mujeres/hombres 5:1). Toman 4 o más fármacos el 48,5% (media de fármacos: 3,7/día). Un 57,8% son antihipertensivos, 26% benzodiazepinas, 11,8% antidepresivos, sintrom 4,8% y neurolépticos un 2,4%. No toman ningún fármaco: 8,7%. Visión alterada en un 47% y alteraciones auditivas en un 33,1%. Tinetti 28/28: 52,9%. Existe relación significativa de la edad, sexo, bastón, > 4 fármacos, antidepresivos, alteraciones visuales y test de Tinetti respecto a las caídas previas ( $p < 0,05$ ). No hay relación con benzos, alteraciones auditivas, vivir solo y barreras arquitectónicas/baño.

**Conclusiones.** La prevalencia de factores de riesgo para caídas en nuestro medio es muy alta. Casi un tercio de los ancianos caen cada año. Sólo desde la Atención Primaria se pueden prevenir caídas. Reducir la polimedición y mejorar la visión de nuestros abuelos son los mínimos que debemos crearnos.

## P287 CAPACIDAD FUNCIONAL Y ESTADO COGNITIVO EN NONAGENARIOS

A. Ferrer Feliu, F. Formiga Pérez, I. Lombarte Bonfill, M. Marqués Dodas, N. Castillo y R. Pujol Farrids

ABS Sant Feliu de Llobregat. Barcelona. UFISS Geriatria-Servei de Medicina Interna Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: assumptafeliu@terra.es

**Objetiva.** Estudiar la capacidad funcional y nivel cognitivo en los más ancianos (mayores de 89 años) de una comunidad urbana.

**Diseño.** Descriptivo poblacional transversal.

**Metodología.** Se recogió las 305 personas mayores de 89 años censadas, de una ciudad de 45.000 habitantes. No se pudieron evaluar 119 pacientes, 30 por tener domicilio itinerante, 70 por no poder ser localizados, 10 por morir antes de realizarse la entrevista y 9 por no aceptar. El único criterio de exclusión fue estar institucionalizado (49 pacientes vivían en residencia). Durante el período enero-abril 2003 se realizó la entrevista. Se recogieron los datos de: filiación, Índice Barthel (IB), Índice Lawton (IL), Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), Mini Mental de Lobo (MMSE) e Índice de Charlson (IC).

**Resultados.** Se incluyeron 137 nonagenarios; 99 eran mujeres (72%) con edad media de 93 años, 116 (85%) eran viudos. Vivían solos 14 (10%). Tenían ayuda profesional 8 (6%). El valor medio del IB fue 65,3 (DS 28,2); 61 de los pacientes (44%) obtuvieron IB mayor de 79 y 94 (68%) IB superior a 59. El IL medio fue bajo de 2,5 (2,59 hombres/2,47 mujeres). En el MMSE obtuvieron unas puntuaciones medias de 22,5 (83 pacientes (60%) MMSE superior a 23) y el promedio de errores del SPMSQ fue 3,35. El IC medio fue 1,72.

**Conclusiones.** Un porcentaje importante de nonagenarios de la comunidad mantienen un aceptable nivel cognitivo y una moderada independencia para las actividades básicas, aunque el porcentaje de realización de actividades instrumentales es bajo.

## PONENCIA 2

### Atención gineco-obstétrica en atención primaria

## P288 ¿USO O ABUSO DE LA PÍLDORA POSTCOITAL?

J. Plaza Hernández, M. Noguero Álvarez, J. García Real, L. Campos Díaz, J. Caro Berzal y M. Montero Gómez

CS Cuzco. Fuenlabrada. Área 9. Fuenlabrada. Madrid.  
Correo electrónico: marnoguero@wanadoo.es

**Objetiva.** Describir el perfil de las mujeres que solicitan Anticoncepción PostCoital (APC) en un Centro de Salud (CS) urbano, y las circunstancias de su prescripción.

**Diseño.** Descriptivo transversal.

**Población.** Mujeres que acudieron al CS solicitando APC durante 15 meses.

**Mediciones.** Encuesta administrada por personal sanitario, recogiendo: edad, estudios, pertenencia al CS, acompañante, edad primer coito, pareja estable, Método AntiConceptivo (MAC) habitual, información sobre MAC y APC, Uso Previo (UP), horas transcurridas, Motivo de Solicitud (MS), lugares previos consultados.

**Resultados.** 186 entrevistas. Edad media 20,12 años (DS 5,91), (rango: 13-48 años). 70% pertenecían al CS. 82% tenían pareja estable, 90% usaban preservativo como MAC habitual. MS más frecuente: rotura del preservativo (78,5%). 9% no había usado MAC. 75% consideraban buena su información sobre MAC. 40% acuden solas al CS, el 20% había acudido a otros lugares previamente. Tiempo medio transcurrido desde el coito 21,73 horas (DS 14,29). 62% no UP de APC, 31% UP una vez, 4,8% dos o más. Se prescribió en el 96% de los casos. No hubo diferencias significativas entre el MS o el UP y la edad, la información sobre MAC, ni la edad del primer coito.

**Conclusiones.** a) Perfil: mujer joven, pareja estable, usa preservativo como MAC, consulta por primera vez por rotura. b) La reiteración en el uso de la APC o no haber usado MAC se reduce a un porcentaje escaso. c) Un 20% fueron "rebotadas" de otros lugares con capacidad para atender esta demanda. d) Debemos entrenar a los/las jóvenes en el uso del preservativo y mejorar el acceso a la prescripción de la APC.

## MESA 1

### Pacientes difíciles, médicos difíciles, encuentros difíciles

#### P289 PACIENTES DIFÍCILES: PROBANDO A SENTARSE AL OTRO LADO DE LA MESA

N. Quesada Couceiro, Y. Tavavilla Surós, I. Escalante Isar, E. Pérez Cano, I. Ratia López, y O. Otero Bermejo

ABS Martí i Julià. Cornellà de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: nquesada.cp@ics.scs.es

**Objetivo.** Conocer la satisfacción de nuestros pacientes difíciles (PD) como usuarios de atención primaria (AP).

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento.** ABS urbana con 25.454 pacientes.

**Sujetos.** Pacientes visitados en un mes, difíciles según definición de Ellis (provoca nudo en estómago al verlo en listado).

**Material y métodos.** Encuesta telefónica: Cuestionario de satisfacción de usuarios de AP de Bretones Alcaraz et al (16 preguntas con escala Likert) y un test corto de emociones-percepciones sobre su médico.

**Resultados.** 52 PD. Tasa respuesta 83%. El 81,4% [IC 95% 69,8-93,0] confía en su Médico, 46,5% [IC95% 31,6-61,4] piensa que los médicos se equivocan a menudo, 72,1% [IC95% 58,7-85,5] que le han solucionado el problema; 79,1% [IC95% 66,9-91,2] les resulta fácil ver al médico; 76,7% [IC95% 64,1-89,4] opinan que se preocupa por lo que les pasa; 34,9% [IC95% 20,6-49,1] que su médico debería ser más amable, 76,7% [IC95% 64,1-89,4] que utiliza palabras claras; 7% [IC95% -0,6-14,6] afirma que su médico les tiene manía, 32,6% [IC95% 18,6-46,6] que al médico le es indiferente su opinión y 14% [IC95% 3,6-24,3] quisieran cambiar de médico. En su visita 61,1% [IC95% 50,9-79,4] se sintió aliviado, 34,9% [IC 95% 20,6-49,1] preocupado, 25,6% [IC95% 12,5-38,6] triste, 65,1% [IC95% 50,9-79,4] apoyado, 14% [IC95% 3,6-24,3] abandonado, 18,6% [IC95% 7-30,2] tenso y respecto a su médico 86% [IC95% 75,7-96,4] lo encontró atento, 14% [IC95% 3,6-24,3] indiferente, 14% [IC95% 3,6-24,3] nervioso, 74,4% [IC95% 61,4-87,5] comprensivo, 14% [IC95% 3,6-24,3] inseguro y 7% [IC95% -0,6-14,6] enfadado.

**Conclusiones.** Muchos PD se sienten abandonados, ven a su médico indiferente, nervioso e inseguro aunque son más críticos con las instituciones. Creemos necesario mejorar nuestras habilidades comunicativas e intentar controlar las emociones que nos generan.

## MESA 4

### Los cambios en la práctica clínica: reflexiones sobre cómo mejorar la asistencia a los pacientes

#### P290 ¿OBTENEMOS BUENOS RESULTADOS EN PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR SECUNDARIA?

M. Gili Riu, L. Alcober Morte, M. Gomariz Santacelia, Y. García Fernández, G. Rodríguez Palomar y F. Flor Serra

SAP Just Oliveras. LH ospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: mgili@terra.es

**Objetivos.** 1) Estimar el control de los factores de riesgo (FRCV) de pacientes con Enfermedad Cardiovascular Isquémica (ECVI) en Atención Primaria (APS). 2) Comparar resultados con los de un estudio similar realizado hace cuatro años.

**Pacientes y métodos.** Estudio Descriptivo transversal. (Resultados preliminares del estudio MACVIS de intervención para mejorar el abordaje de enfermedad cardiovascular isquémica en Atención Primaria. beca FIS-PI031721).

**Ámbito.** APS. 8 Áreas Básicas de Salud urbanas.

**Población de estudio.** 1.058 pacientes con ECVI de 30 a 80 años visitados el último año por 54 médicos de familia.

**Fuente de datos:** Historias clínicas seleccionadas aleatoriamente.

**Variables de estudio:** Variable de resultado combinada (VRC): correcta si se cumplen todas las siguientes: a) control de la PA ( $\leq 140/90$  o  $130/85$  mmHg en diabéticos), b) control tabaquismo (no fumador o exfumador > 1 año), c) control LDLc ( $< 100$  mg/dL), d) control HbA1c ( $\leq 6\%$  si diabetes). Edad, sexo, FRCV, ECVI, tratamiento antiagregante/anticoagulante y atención por enfermería.

**Resultados.** Edad (media  $\pm$  desviación estándar):  $66,9 \pm 9,5$  años; 67,1% hombres; atendidos por enfermería: 81,6%. ECVI: -IAM: 34,4%, -angor: 40,5%, -cardiopatía isquémica crónica sin especificar: 8,6%, -AVC: 24,1%, AIT: 11,3%; -arteriopatía periférica: 13,9%; Otras ECVI: 2,7%. Diabetes: 33,2%; HTA: 58,9%. IMC > 30: 44,9%. VRC correcta: 3,1% (Intervalo de confianza 95%: 2,15% / 4,35%). Buen control PA: 30,7%; LDLc: 12,4%; del tabaquismo: 60,0%; control HbA1c en diabéticos: 14,9%. Tratamiento antiagregante/anticoagulante: 80,4%. Control de la VRC en diagnosticados de IAM: 5,2% (2,0% en los que no;  $p = 0,005$ ) y en visitados por enfermería: 4,1% (1,7% en los que no;  $p = 0,017$ ). Control de FRCV hace 4 años: de PA: 30,9%; LDLc: 8,3% (diferencia = 3,4%;  $p < 0,05$ ); del tabaquismo: 77,5% (diferencia = 17,5%;  $p < 0,05$ ); de HbA1c en diabéticos: 23,7% (diferencia = 8,8%;  $p < 0,05$ ); VRC correcta: 1,1% (diferencia = 2%;  $p < 0,05$ ).  
**Conclusiones.** El control de la ECVI sigue siendo insuficiente en nuestro medio. Creemos necesario implantar estrategias dirigidas a mejorar el abordaje de la ECVI. Parece adecuado reforzar el papel de enfermería en el manejo de estos pacientes.

#### P291 ORDENADOR EN CONSULTA. ¿CÓMO LO VEN NUESTROS PACIENTES?

C. García Mazo, J. Segura Martínez, C. Falco Mayor, C. Peralta, R. Peydro González, y J. Díaz López

CS Vinaròs. Vinaròs. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: carmen@comcas.es

**Objetivos.** Conocer la opinión de los usuarios de un Centro de Atención Primaria, sobre el uso en consulta del ordenador.

**Diseño.** Estudio transversal.

**Ámbito.** Centro de AP de una población con 28.000 habitantes, informatizado hace 5 años.

**Sujetos.** Se escogió una muestra aleatoria de pacientes, tras una consulta con ordenador, durante 15 días del mes de Junio/04. (N = 201).

**Mediciones.** Cuestionario administrado por encuestador ajeno al centro, con 17 preguntas cerradas y 3 abiertas, que abordan, organización del tiempo, relación con el médico, confidencialidad y una valoración global.  
**Resultados.** Se entrevistó a un total de 201 pacientes, 62% mujeres y 38% hombres, con una media de edad de  $48 \pm 18$  años. El 60% opina que el tiempo de espera es igual o que ha disminuido. Un 82% que el tiempo

que dura la consulta es igual o ha aumentado. El tiempo en rellenar documentos es igual o menor 87% y la calidad de los documentos aumenta para un 67%. El 53% opina que no distrae la atención del médico, el 91% que es una facilitadora a los profesionales recordar enfermedades y tratamientos. Al 73% no les preocupa la seguridad de sus datos. El 62% que mejora la asistencia y el 88% que su uso debería extenderse a especializada. **Conclusiones.** Los pacientes aceptan el ordenador en la consulta y consideran que su uso debería extenderse. Los tiempos de espera y consulta, son valorados positivamente, y consideran que aumenta la calidad de los documentos administrativos. No demuestran preocupación por la confiabilidad de los datos.

## MESA 6

### El médico y su dilema: la organización sanitaria, la industria farmacéutica y el paciente

#### P292 LA SALUD EN EL CONTENEDOR

E. Almerich Latorre, M. Pérez Vera, A. Méndez Jiménez y M. Pol Pons

ABS Pineda de Mar. Pineda de Mar. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 34414mpv@comb.es

**Objetivos.** Conocer las características de los fármacos que los usuarios del Centro de Salud depositan en el contenedor de medicamentos situado en la entrada del mismo.

**Diseño y metodología.** Estudio Descriptivo Transversal. Se analizan los envases depositados durante el último mes y se estudian las variables: grupo terapéutico, precio, fecha de caducidad, número de comprimidos consumidos en cada envase.

**Resultados.** Se analizan 269 envases. 18,6% antihipertensivos, 9,7% antidiabéticos de los cuales 31% insulinas, 9,3% cardiotónicos, 8,2% aines, 7,1% hipolipemiantes, 7,1% psicotrópicos, 6,7% para patología digestiva, 6,7% respiratoria, 4,1% corticoides, 3,7% colirios, 3% flebotónicos, 2,6% prostáticos, 2,2% antihistamínicos, 2,2% analgésicos, 7,4% otros. 4 envases (1,5%) son antibióticos. 71% no están caducados. 52% de los envases están completos, de los cuales 67,14% caducados. El importe total es 4.056,23 €.

**Conclusiones.** Sorprende el supuesto elevado número de envases no caducados y completos desechados en el contenedor, teniendo en cuenta que también se depositan en otros consultorios y en las farmacias de la localidad. La mayoría de los envases corresponden a medicación crónica. Este hecho debería hacernos reflexionar sobre la adecuación de la prescripción masiva de las recetas (realidad creciente desde el inicio de la informatización en las consultas). Destaca la escasa presencia de envases de antibióticos. Si consideramos que la casi totalidad del importe de estos medicamentos ha sido pagada por la sanidad pública y el impacto medioambiental que estos desechos suponen, sería necesario analizar en estudios posteriores el porqué de esta situación como paso previo a cualquier intervención de mejora.

## MESA 8

### Nuevas herramientas de gestión

#### P293 PROYECTO DE PROGRAMA ACADÉMICO COMPLEMENTARIO DE FORMACIÓN PARA MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL COMARCAL

F. Rincón Jiménez, H. Jiménez Fernández, I. Delgado Pérez, M. Muñoz Muñoz, I. Cienente Gimeno y H. Franco Camisón

Hospital Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata. Cáceres. Extremadura.

Correo electrónico: fabimd@yahoo.com

**Objetivos.** Creación del Programa Académico Complementario de Formación para médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en

un hospital comarcal. Éste debe ser flexible y adaptable a la evolución de la medicina, y a las necesidades del residente, cumpliendo las normativas del programa nacional de la especialidad.

**Justificación.** Adaptación del programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria a los recursos y necesidades propias; ante la idea de formar una unidad docente independiente.

**Descripción.** Búsqueda bibliográfica de programas de formación a nivel nacional e internacional. Tormenta de ideas entre distintos grupos (residentes, adjuntos, especialistas, enfermería). Valorar recursos disponibles en el hospital de referencia para adaptarlos a las necesidades formativas del residente. Planificación de actividades: asistenciales (rotaciones, calendario de guardias, etc.), docentes (en base a la siguiente metodología: autoaprendizaje, aprendizaje del campo, clases, trabajo grupal y talleres), administración y gestión.

**Resultados.** Elaboración del programa de formación como respuesta a las inquietudes del residente.

**Conclusiones.** Aunque difícil, es posible establecer un programa académico complementario, que sea compatible con el programa de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Vemos necesario que el residente participe en la elaboración del programa de formación, aportando ideas y expresando necesidades.

## MESA 10

### ¿Cómo no dar antibióticos en atención primaria?

#### P294 PRESCRIPCIÓN DIFERIDA DE ANTIBIÓTICOS EN ESPAÑA: ¿ES REALMENTE ÚTIL?

S. Hernández Anadón, C. Llor Vilà, M. Pérez Bauer, A. Moragas Moreno, O. Calviño Domínguez y S. Crispí Cifuentes

CS Jaume I. Tarragona. CS Tarraco. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: silviaha@comt.es

**Objetivo.** La prescripción diferida de antibióticos (PDA) es una estrategia que consiste en la prescripción de un antibiótico para que el paciente sólo lo tome en caso de empeoramiento a los dos días de haberse iniciado un proceso infeccioso supuestamente viral. Objetivo: conocer porcentaje de casos en que el paciente toma el antibiótico y grado de satisfacción con PDA.

**Diseño.** Estudio observacional en 6 consultas en mayo-junio 2004.

**Sujetos.** Pacientes atendidos por infecciones respiratorias supuestamente virales, pero en situaciones en que el médico le haría en realidad la prescripción antibiótica.

**Intervenciones.** Se efectúa encuesta telefónica a la semana de haber acudido a la consulta y se pregunta por toma o no de antibiótico, satisfacción con esta estrategia y en caso de tomarse el antibiótico se pregunta por el motivo. Se efectúa estadística descriptiva [Se registra el código-de-identificación-personal para cotejar las respuestas dadas y comprobar si se han retirado de las farmacias los antibióticos prescritos; se comentará durante el congreso].

**Resultados.** Se ha efectuado PDA en 63 casos; siendo el cuadro infeccioso más habitual la bronquitis aguda. De éstos, 4 no contestaron a la llamada y 35 confirmaron no tomar el antibiótico (55,6%). La razón para tomárselo en 14 sujetos fue la presencia de fiebre. El 74,6% declaró sentirse satisfecho con esta práctica.

**Conclusiones.** La mayoría de pacientes se sienten seguros en responsabilizarse en tomar o no el antibiótico prescrito y convierte a la PDA, raramente utilizada en nuestro país, en una herramienta útil para conseguir disminuir el consumo de antibióticos.

## LIBRES

**P295 LA TENSIÓN ARTERIAL DOMICILIARIA SE ASOCIA CON LA HIPERTROFIA CONCÉNTRICA DEL MIOCARDIO**

M. Serrano Martínez, E. Lozano Olóriz, L. Tomás Rubio, A. Díaz Dorronsoro, J. Barba Cosials y F. Cortes Ugalde

CS de Azpilagaña. CS de Chantrea. CS Iturrama. CS San Juan. CS Burlada. CS II Ensanche. Clínica Universitaria. Pamplona. Navarra. Correo electrónico: elozolo@yahoo.es

**Objetivos.** La hipertrofia del ventrículo se relaciona con el grado de hipertensión arterial e incrementa el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares. Hay controversia acerca de la asociación entre las cifras de tensión arterial medida por los distintos métodos clínicos y domiciliarios, y la morfología ecográfica del miocardio. El objetivo ha sido investigar posibles asociaciones entre los parámetros ecocardiográficos de hipertrofia y las presiones clínicas y de automedida domiciliaria.

**Pacientes y método.** Se realizó determinación de tensión arterial clínica y en domicilio y ecocardiograma a 122 pacientes hipertensos. Se dividió a los pacientes según el patrón ecográfico de hipertrofia: normal, remodelado concéntrico, hipertrofia excéntrica y concéntrica.

**Resultados.** Existió asociación estadísticamente significativa entre la presión arterial sistólica clínica y el índice de masa del ventrículo izquierdo ajustando por edad, sexo e índice de masa corporal [Beta = 0,004; intervalo de confianza del 95% (IC 95%): 0,001 a 0,007 (p = 0,022)]; y entre la presión de pulso de automedida y el grosor relativo de pared [Beta = 0,006; IC 95%: 0,001 a 0,010; (p = 0,013)]. Los pacientes con patrón de hipertrofia tienen mayores cifras de tensión arterial clínicas, mientras que los pacientes con patrones concéntricos (remodelado e hipertrofia) tienen mayores cifras de presión de pulso en automedida.

**Conclusiones.** Se han encontrado evidencias que sugieren la asociación de las mediciones tensionales de automedida con los patrones concéntricos de hipertrofia, que predicen mayor riesgo cardiovascular, las cuales no se relacionan con las mediciones clínicas. Esto apoya la utilización de automedida domiciliaria para el seguimiento de los pacientes hipertensos.

**P296 VALORACIÓN FUNCIONAL TRAS UN ATAQUE AGUDO DE ICTUS ISQUÉMICO**

A. Heras Tebar, M. Alzamora Sas, N. Vila Moriente, M. Sorribes Capdevila, R. Orihuela Casarramona y M. Puente Balagué

Áreas Básicas de Salud del SAP. Sta. Coloma de Gramenet. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: antheras@terra.es

**Objetivo.** Valorar el nivel de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) al inicio y a los 3 meses de un ataque agudo de ictus isquémico.

**Diseño y metodología.** Estudio multicéntrico transversal (6 ABS y 2 hospitales de referencia) del estado funcional (al inicio y a los 3 meses), mediante el índice de Barthel (IB), de pacientes con ictus isquémico agudo ocurrido durante el año 2003 en una población urbana de 104.848 habitantes. Se utilizaron técnicas estadísticas no paramétricas.

**Resultados.** A los 3 meses del ataque agudo de ictus isquémico el 12% (IC95%: 7-17) de pacientes había fallecido y el 46% (IC95%: 39-53) padecía algún nivel de dependencia para las ABVD. Entre los supervivientes, el 22% tenía un IB < 60 (dependencia total o severa); el 23% tenía un IB entre 60 y 90 (dependencia moderada) y el 55% tenían un IB > 90 (dependencia leve o independiente). En el momento agudo del ictus estas cifras eran del 34%, 46% y 20% respectivamente. La edad influyó en la dependencia al inicio y a los 3 meses del ataque agudo (p < 0,01). No hubo diferencias según el sexo. Existe una correlación ordinal positiva entre el nivel de dependencia al inicio y a los 3 meses del ataque agudo de ictus (rho de Spearman = 0,586; p < 0,0001).

**Conclusiones.** A los 3 meses de padecer un ictus isquémico el 58% de los pacientes o bien han fallecido o bien padecen algún nivel de dependencia para las ABVD. Una mejor puntuación del IB al inicio supone una mejor recuperación funcional.

**P297 LA NULIPARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO DE BAJA MASA ÓSEA Y FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS**

E. Carrasco<sup>1</sup>, J. Brunet<sup>2</sup>, V. Borreguero<sup>3</sup>, M. Zapatero<sup>4</sup>, J. Tabar<sup>5</sup>, I. Julián<sup>6</sup>, en Representación de los Investigadores del Proyecto Ecocap

<sup>1</sup>CS Abarán. Murcia. <sup>2</sup>ABS Sant Llatzer. Terrassa. <sup>3</sup>CS El Plá Hospital. Alicante. <sup>4</sup>CS Daroca. Madrid. <sup>5</sup>CS Barañain. Navarra. <sup>6</sup>Dpto. Investigación Médica Lilly. Madrid. Murcia. Murcia. Correo electrónico: julian\_inmaculada@lilly.com

La relación de la nuliparidad con la densidad mineral ósea y el riesgo de fracturas es controvertida.

**Objetivos.** Analizar los valores de la ecografía cuantitativa ósea de calcáneo (QUS) y la historia de fracturas, en mujeres menopáusicas nulíparas incluidas en el estudio ECOSAP.

**Métodos.** Estudio transversal en 58 centros de AP.

**Sujetos.** 5.195 mujeres > 65 años (edad media ± DE: 72,3 ± 5,3 años), sin enfermedades neoplásicas o metabólicas óseas, que acudieron por cualquier motivo a consulta de AP y otorgaban su consentimiento para participar en el estudio.

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

**Resultados.** 678 mujeres (13,2%) eran nulíparas. En el análisis bivariado, este grupo mostró diferencias estadísticamente significativas vs. múltiparas en la edad de la menopausia, años de vida fértil, peso y horas de ejercicio/semana. Todos los valores de la QUS eran más bajos en el grupo de nulíparas (p < 0,001). Existía antecedente de fractura por fragilidad en el 22,7% vs. 19,8% en múltiparas (p = 0,075). Ninguna de las fracturas analizadas se asoció al antecedente de nuliparidad, excepto la de húmero, que rozó la significación estadística: OR: 1,58 (IC 95%: 0,99-2,52), (p = 0,056). El análisis multivariante mostró que la nuliparidad no constituye un factor de riesgo independiente del antecedente de fracturas (OR: 1,15; p = 0,223).

**Conclusión.** La nuliparidad se asocia a una disminución de los valores de la ecografía de calcáneo, pero no constituye un factor de riesgo de antecedente de fractura osteoporótica.

**P298 DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA MODERADA O GRAVE**

I. Sáenz Hernández, R. Monteserín Nadal, E. Rayó Martín, J. Sellarès Sallas, M. Galán Díez y J da Pena Álvarez

EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: isaenz@eapsardenya.net

**Objetivo.** Investigar el déficit de alfa 1-antitripsina (DAAT) en los pacientes diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) moderada o grave por parte de un equipo de atención primaria.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal, en el marco del Proyecto GOTA, vinculado al Registro Español de Pacientes con DAAT. En el centro de salud, durante el año 2003, se propuso a los 53 pacientes con diagnóstico de EPOC moderada o grave la práctica de análisis del DAAT en una muestra de sangre capilar. Aceptaron participar en el estudio 46 sujetos (86,7%). Las muestras fueron procesadas para la determinación de concentración de alfa 1-antitripsina (AAT) y su fenotipo.

**Resultados.** La media de edad fue de 72,8 años. Eran hombres 32 (69,5%) y 14 eran mujeres (30,5%). Presentaron niveles normales de AAT 42 sujetos (91,3%). Presentaron niveles deficitarios con fenotipo desconocido 4 sujetos (9,7%), sin hallarse en ninguno de ellos las variantes fenotípicas deficitarias graves más frecuentes. Los cuatro pacientes fueron remitidos a responsables del Registro Español de Pacientes con DAAT para ulteriores actividades.

**Conclusiones.** El cribado mediante análisis en muestra de sangre capilar es un método eficaz para la detección del DAAT. Su importancia radica en la capacidad de modificar favorablemente el pronóstico de los pacientes con déficit al disponer de estrategias efectivas para abordar el DAAT.

**P299 EFECTIVIDAD DE AMOXICILINA VERSUS AMOXICILINA Y ÁCIDO CLAVULÁNICO EN LA AGUDIZACIÓN DE LA EPOC. ESTUDIO BRAMOX**

C. Llor<sup>1</sup>, J. Cots<sup>1</sup>, A. Ribas<sup>2</sup>, C. Álvarez<sup>3</sup>, J. Gifré<sup>2</sup> y S. Hernández<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Coordinadores del Estudio. <sup>2</sup>CS Santa Eugenia de Berga. <sup>3</sup>CS Manlleu.

<sup>4</sup>CS Tarragona-3. Cataluña. Cataluña.

Correo electrónico: t2604clv@comb.es

**Objetiva.** El tratamiento de la agudización bacteriana del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es amoxicilina+ácido clavulánico (AC) debido a la implicación de Haemophilus en esta infección. El objetivo fue comparar amoxicilina (A) frente al tratamiento de elección.

**Metodología.** Ensayo clínico aleatorio, doble ciego, efectuado durante 3 periodos de octubre a marzo desde 2000 a 2004. Criterios de inclusión: pacientes con EPOC diagnosticados espirométricamente, > 40 años, sin criterios de hospitalización, no alérgicos, con dos o más de los criterios de Anthonisen (aumento disnea, aumento volumen de expectoración, aumento de purulencia del esputo). Variables principales: evolución clínica a los 8 y 30 días de haber iniciado tratamiento antibacteriano; otras: edad, sexo, tabaquismo actual, utilización de medicación broncodilatadora, FEV1 y patologías asociadas.

**Resultados.** n: 123 (A: 61, AC: 62). FEV1 medio de 61,2%. Edad media 71,8 (DE: 8,4). No diferencias entre ambos grupos en las variables analizadas. 10 pacientes dejaron de tomar el antibiótico por efectos secundarios, 9 de tipo gastrointestinal. Entre pacientes asignados a A: curación a los 8d: 53 (86,9%), fracasos: 6 (cambio antibiótico), intolerancia: 2. Para AC: curación: 54 (87,1%), fracasos: 0, intolerancia: 8 (sólo 2 requirieron cambio antibiótico).

**Conclusiones.** AC es ligeramente más efectivo que A pero presenta significativamente más efectos secundarios que A. Ciertamente, todos los fracasos se observaron en el grupo asignado a A. Probablemente, el hecho de que los pacientes incluidos en el estudio presentaran una EPOC leve/moderada puede influir en que no hubieran más diferencias entre ambos tratamientos.

**Financiación:** SCMFIC (enteramente para el doble ciego) **Aprobación:** Comité Ética Fundación Gol-i-Gurina.

**P300 INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II**

E. Salsench Serrano, L. Higuera Caballero, I. Gil Faure, H. Tarabishi, E. Oya Girona y A. Moreno Destruels

ABS Torreforta-La Granja. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: inmagf@hotmail.com

**Objetiva.** Conocer la incidencia de las complicaciones en pacientes con Diabetes mellitus tipo II (DMII).

**Diseño.** Estudio longitudinal retrospectivo.

**Ámbito.** Área básica de salud urbana emplazada en un barrio periférico del cinturón industrial.

**Metodología.** Cohorte retrospectiva de 152 pacientes con DMII controlados durante el periodo 2001-2003. Se registraron los años de evolución de la DMII, tratamiento actual, frecuencia de autocontroles, cribaje del tabaquismo, revisión del fondo de ojo y pie diabético y la detección de microalbuminuria (MAO) y de hemoglobina glicada (HBA1c). Se constataron la tasa de éxitos y de complicaciones aparecidas de novo: oculares, renales, dermatológicas, vasculares y agudas.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue de 71,8 años (DT: 11,9), el 42,8% fueron hombres y el 57,2% mujeres. La media de los años de evolución fue de 11,7 (DT: 6,6). El 4,6% de los pacientes se controlaban con dieta, el 44,3% con antidiabéticos orales (ADO), el 31,3% con insulina, el 18,3% con insulina y ADO y el 1,5% con ADO y acarbose. El 56,6% no hacían autocontroles, el 8% hacían 1-2 autocontroles/semana, el 28% 1-2 autocontroles/día y el 5,8% realizaban más de 3 autocontroles/día. La tasa de mortalidad fue del 35,1%. La incidencia global de complicaciones fue del 74,3% diabéticos/año con la siguiente distribución: 32,7% vasculares, 24,1% oculares, 10,9% dermatológicas, 8,75% renales 4,37% agudas.

**Conclusiones.** La incidencia de complicaciones hallada es ligeramente superior a la descrita por otros autores, aunque este resultado podría ser debido a la elevada edad media de la población estudiada.

**P301 RELACIÓN ENTRE FIBRILACIÓN AURICULAR E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA**

A. Soler Costa, A. Valero Suau, M. Vila Coll, M. Mourelo Cereijo y M. Benítez Camps

ABS Gòtic. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: alejandravs@inicia.es

**Objetiva.** Determinar si los pacientes diagnosticados de Fibrilación auricular (FA) sin valvulopatía presentan hipertensión arterial (HTA) con más frecuencia que el resto de pacientes con FA.

**Diseño.** Descriptivo transversal.

**Ámbito.** Atención primaria.

**Sujetos.** Todos los pacientes diagnosticados de FA desde enero de 1998 hasta Mayo 2004 atendidos en el centro.

**Mediciones.** De la Historia clínica informatizada se recogen: edad, sexo, existencia de HTA, presencia de cardiopatía (infarto de miocardio, angina pecho, insuficiencia cardíaca, hipertrofia ventrículo izquierdo) y realización de ecocardiograma.

**Resultados.** Se diagnosticaron de FA 240 pacientes. Eran mujeres 140 (58,3%). La edad media era 81 años (DS: 7,83). El 71,3% eran hipertensos y presentaban cardiopatía el 37,1%. Se realizó ecocardiograma al 51,7%. De estos no presentaban valvulopatía el 26,4%. El 84,2% de los no valvulopatas presentaban HTA frente al 62,3% de los valvulopatas (p = 0,093).

**Conclusiones.** En los pacientes con FA, la HTA es más frecuente en los que no presentan valvulopatía. A pesar de que estas diferencias no son estadísticamente significativas si que podrían ser clínicamente relevantes. Solamente constaba la realización de ecocardiograma en la mitad de los pacientes con FA.

**P302 ¿PODEMOS MEJORAR EL USO (O ABUSO) DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN SANGRE POR PARTE DE NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS? ESTUDIO DE INTERVENCIÓN**

R. Martín Peñacoba, T. Bonet Salinas, J. Rius Liger, L. Alemany Vilches, J. Baena Díez y J. del Val

CAP Sants. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 31878rmp@comb.es

**Objetivos.** Estudiar el impacto de una intervención educativa en el uso de tiras reactivas en pacientes diabéticos y en el ámbito de la atención primaria.

**Diseño y metodología.** Estudio de intervención, en un centro de salud urbano con 1140 diabéticos registrados. Se incluyeron 123 diabéticos que acudieron de manera consecutiva a recoger material, aplicándoseles posteriormente un cuestionario telefónico. Se realizó una intervención educativa por parte de enfermería, para adecuar el uso de tiras a las recomendaciones del GEDAPS y la SCMFIC: a) Dieta, metformina, I-alfaglicosilinas y glitazonas: no autocontroles b) Secretagogos, monoterapia y combinaciones: 1-3 autocontroles/semana c) Insulina: 1-2 autocontroles/día/6-7 días/semana Se reaplicó el mismo cuestionario 6 meses después. Variables recogidas: sexo, edad, número de autocontroles referidos, diagnóstico y tratamiento.

**Resultados.** El 53,2% eran mujeres. La edad media fue de 66,84 años (DE 13,8). El 88,3% eran diabéticos tipo 2. La distribución de los tratamientos en función de las recomendaciones anteriores fueron: grupo a): 14,4%; b): 30,6%; c): 54,9%. El 11,7% referían haber sido avisados alguna vez por consumo excesivo y sólo un 33,3% reconocían saber la pauta a seguir. Se comparó el gasto semestral de tiras referido respecto al teórico antes y después de la intervención, observándose una reducción estadísticamente significativa (p < 0,05) en todos los grupos, excepto en el subgrupo de 3 o más dosis de insulina del tratamiento c).

**Conclusiones.** El consumo ha disminuido tras la intervención aunque sin adecuarse al gasto teórico en los grupos a) y b). La educación en el consumo racional de tiras reactivas es una necesidad para ayudar al paciente a diferenciar entre control, detección de hipoglucemias y tratamiento de la diabetes.

**P303 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN HOSPITAL**

A. Muñoz Serrano, A. Caro Cabello, M. Romero Martín, M. Olmo Navas, M. Delgado Pérez y M. Moreno Lozano

Unidad Docente Medicina de Familia. Almería. Andalucía.

Correo electrónico: andujar7@supercable.es

**Objetiva.** Describir factores de riesgo cardiovascular en población ingresada en hospital.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Población de estudio.** Pacientes ingresados en hospital exceptuando las áreas de Pediatría, Obstetricia, UCI y Urgencias. Se recogen los datos directamente del paciente mediante encuesta personal y se complementan con historia clínica hospitalaria.

**Resultados.** 326 Pacientes, más del 70% de la población eran > de 51 años, el 57% varones, el 40% eran hipertensos, el 35% conocía tratamiento para la HTA, un 25% fumaban, el 25% presentaban hiperlipemia, el 25% obesidad, el 24% eran diabéticos, antecedentes familiar de enfermedad cardiovascular un 26%, el 78% tenían la TA sistólica < 140 mmHg y el 99% la TA diastólica < 90, el 57% presentaban una glucemia basal < 124. El 55,6% mujeres tenían un perímetro abdominal > 88 cm y el 37,8% varones un perímetro abdominal > 102 cm. El 13,7% de la población de estudio presentaban 3 factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, Hiperlipemia) y el 3,8% presentan 4 factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, Hiperlipemia, Tabaquismo). No existen diferencias en cuanto a sexo en relación a HTA, hipercolesterolemia, DM Si existen diferencias en relación a tabaco fuman más los varones  $p = 0,001$  y más obesas las mujeres  $p = 0,001$ .

**Conclusiones.** Un pequeño porcentaje de pacientes presenta 4 factores de riesgo cardiovascular, aumentando este porcentaje al excluir el tabaco. En población hospitalaria no existen diferencias en cuanto al sexo en los factores de riesgo cardiovascular excepto en el tabaco, que es mayor en hombres y en obesidad que es mayor en mujeres.

### P304 EXPERIENCIA EN LA APLICACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

M. Navarro González, I. de Dios, C. Colungo y C. Alvira

CAPSE. CAP Rosselló. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 33777mng@comb.es

**Introducción.** La monitorización ambulatoria presión arterial (MAPA) permite profundizar en el conocimiento de PA y su relación con la morbimortalidad cardiovascular (CV). El patrón nocturno y la variabilidad de PA se relaciona con afectación de órganos diana. Estudios prospectivos demuestran que pacientes cuya PA no desciende por la noche (no-dipper) tienen mayor riesgo CV. MAPA es una herramienta importante en el manejo de hipertensos.

**Objetiva.** Diseñar e implantar protocolo interno para la aplicación de MAPA en dos Equipos de Atención Primaria urbanos (población de 54000 habitantes). Creación plantilla informática para volcaje de resultados en historia del paciente. Mejorar manejo del hipertenso y su enfoque terapéutico. Facilitar la realización de MAPA en el propio centro.

**Descripción.** Creación de un grupo de trabajo (GT) compuesto por dos médicos y dos enfermeras. Formación del GT en HTA, MAPA e interpretación de resultados usando el equipo SPACELABS 90207. Creación de protocolo interno para derivación del paciente y realización MAPA y circuito de recogida de resultados. Formación y motivación del resto del equipo con cursos internos. También formación en la interpretación de resultados, indicaciones y limitaciones. Creación de una tabla EXCEL para recogida de variables: indicación, patrón nocturno, variabilidad PAS y PAD, factores de riesgo CV asociados, diagnóstico y actuación médica ocasionada.

**Conclusiones.** Tras dos meses de la implementación del proyecto se han realizado 11 MAPAS, con el resultado de 45% no-dipper, 18% riser. La creación del circuito, protocolo y plantilla han reforzado la implicación del resto profesionales, permitiendo mejor estudio de población hipertensa y mejor abordaje terapéutico.

### P305 OPINIÓN POBLACIONAL Y REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LA DETERMINACIÓN PREVENTIVA DE DISLIPEMIA

F. Mas Mullor, J. Belmonte Justamante, D. Orzáco Beltra, V. Gil Guillen, V. Pedrera Carbonell y F. Albert i Ros

CS Acacias. Elda. Alicante. REDIIAPP Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: belmontejavier@hotmail.com

**Objetiva.** Conocer la opinión de los pacientes, respecto a la determinación de dislipemia y valorar el registro en la historia.

**Material y métodos.** Diseño observacional descriptivo transversal. Opinión de 349 pacientes. Revisión de la historia. Basado en la encuesta de población del PAPPS.

**Resultados.** 349 pacientes (> 40 años). Edad 50,6 años  $\pm$  19,7. 35,5% hombres, 64,5% mujeres. 14,9% sin estudios, 65% primarios, 12,9% medios, 3,7% universitarios. Se consideran dislipémicos 11,2%, 54,2% no y un 34,7% desconoce si tiene DL. A la pregunta de si alguna vez se les ha hecho analítica para detectar DL, 57,9% responde que sí y 36,1% no. 93,9% consideran muy

o bastante importante la determinación de DL y 90,3% el tratamiento. En cuanto al registro en la historia clínica, constan datos de DL en el 53,3%. En pacientes con DL el 92,3% dice habersele pautado tratamiento y 7,78% no sabe. En la historia, consta la DL en el 71,8%, el 17,9% constan como no DL y el 10,3% no consta. En pacientes sin DL un 25,5% dice habersele pautado tratamiento, 56,8% dice no y 17,7% no sabe. La no DL aparece registrada en el 39,4%, un 9,4% constan como DL y en el resto no consta.

**Conclusiones.** Más de un tercio refiere que no habersele hecho nunca analítica para detectar DL, la mayoría lo consideran de gran importancia. Se observa un gran infraregistro de la DL en la historia y diferencias importantes con la opinión de los pacientes.

### P306 ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA Y RIESGO CARDIOVASCULAR INTERMEDIO

T. Moreno Pérez, E. Celades Blanco, S. Rodríguez Fernández, C. Gil Vela, I. Zamanillo Rojo y E. Elías Cabot

CS Los Rosales. CS Guayaba. CS Calesas. CS Los Ángeles. Madrid.

Correo electrónico: docmoreno@terra.es

**Fundamentos.** La EVP es una patología frecuente en la población general y es aceptada como equivalente de riesgo coronario alto.

**Objetivos.** Determinar la EVP en pacientes con riesgo coronario intermedio (tablas de Framingham) y relacionarla con otros factores de riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** 968 hipertensos mayores de 65 años. Incluimos a 70 que son los que presentan riesgo intermedio. En todos se calcula el IBT, diagnosticamos EVP si  $> 0,90$ . Estratificamos los factores de riesgo y los relacionamos con la EVP.

**Resultados.** Del total aparecen un 54,3% de hipertensos controlados y un 45,7% de no controlados. Se diagnostica EVP al 20% del total. La frecuencia de EVP fue mayor en los mal controlados (30,2%) q en los controlados (10,8%) ( $p 0,042$ ). Las medias de TAS y TAM fueron mayores en aquellos con EVP ( $p 0,008$ ). Las medidas de TAD, Colesterol TOTAL y cHDL fueron similares.

**Conclusión.** TAS y TAM se correlacionan con EVP. La EVP es más frecuente en los hipertensos mal controlados. En estos pacientes estaría indicado realizar IBT para diagnosticar EVP y modificar conductas a seguir.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

### P307 INTERVENCIONES EDUCATIVAS GRUPALES EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO2

M. del Cura González, T. Sanz Cuesta, A. González González, A. Azcoaga Lorenzo, M. Tello Bernabé y G. Rodríguez Gabriel

Área 9 IMSALUD. Leganés. Madrid.

Correo electrónico: mcuurg@papps.org

**Objetivos.** 1) Evaluar el efecto de las intervenciones educativas grupales en pacientes diabéticos tipo 2, en términos de calidad de vida, autocontrol, adherencia al tratamiento, control metabólico y factores de riesgo. 2) Analizar qué tipo de intervención grupal es más eficaz a largo plazo.

**Diseño.** Revisión sistemática.

**Emplazamiento.** Estudios realizados en atención primaria, especializada y fuera del ámbito sanitario.

**Criterios de selección de los estudios:** 1) Tipo de estudios: ensayos clínicos aleatorizados controlados (ECAC) y estudios cuasiexperimentales (noaleatorizados). 2) Tipo de participantes: > 18 años de cualquier sexo o raza, diagnosticados de diabetes tipo 2 según los criterios válidos en el momento de inclusión del paciente en dicho estudio. 3) Tipo de intervenciones: educativa grupal, dirigida a pacientes, de cualquier duración, realizada en cualquier ámbito, cuya meta sea mejorar la calidad de vida, el autocontrol o el control metabólico. El grupo de comparación incluye intervenciones educativas individuales y no intervenciones. 4) Tipos de medidas de resultado: calidad de vida (medida por cuestionario), autocontrol (autoanálisis, control de peso y cuidado de los pies); control metabólico y de los factores de riesgo cardiovascular (hemoglobina glicada, colesterol total, colesterol-LDL, colesterol HDL, triglicéridos, tensión arterial y consumo de tabaco).

**Estrategia de búsqueda:** Revisión de bases electrónicas: The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE; EM-

BASE; CINAHL y PASCAL. Se contactará con expertos en el tema para localizar artículos no publicados y se revisarán las citas bibliográficas de los estudios seleccionados en las búsquedas electrónicas.

**Métodos de revisión:** 1. la selección de los ensayos será realizada por 3 grupos de 3 investigadores cada uno que de forma independiente revisarán los títulos, abstracts y palabras claves de todos los ensayos identificados para decidir sobre su elegibilidad. Si el abstract no permite valorar si un estudio es elegible o no, se localizará el artículo completo. 2. La calidad de los ensayos se evaluará usando los criterios definidos por "Cochrane metabolic and endocrine disorders group". Los investigadores evaluarán de forma independiente, las discrepancias se resolverán por discusión y consenso.

**Variables:** Descriptivas de los estudios incluidos, calidad metodológica, y de las características de los participantes, grupos de intervención y control, así como medidas de resultados.

**Análisis de datos:** Valoración de la heterogeneidad de los estudios con el test de  $\chi^2$  de homogeneidad usando un nivel de significación del 5%. Si no se observa una heterogeneidad estadísticamente significativa se realizará un meta-análisis para obtener una estimación del efecto global. En el caso de variables dicotómicas se calculará el riesgo relativo global y en las variables continuas la diferencia de medias estandarizadas, usando un modelo de efectos aleatorios. Se realizará análisis por intención de tratar y análisis de sensibilidad.

**Limitaciones:** Sesgos de publicación.

**Aplicabilidad:** Acercar las actividades educativas en diabéticos a la evidencia disponible.

FISS 03/10027.

### P308 PREVALENCIA DE ALTERACIONES DE LA AUDICIÓN EN MAYORES DE 65 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Morató Agustí, L. Crespo Antón, P. Robles Raya, D. Ruenz López, J. Muniesa Minguillón y R. Rabaneda Valdecillos

ABS Sant Just Desvern. Sant Just Desvern. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 7946lma@comb.es

El aumento de la esperanza de vida implica un aumento de personas ancianas, lo que no quiere decir enfermas ni dependientes. Las discapacidades más frecuentes relacionadas con la edad son las del aparato locomotor y las limitaciones de los sentidos de la vista y el oído. Conllevan una percepción negativa de salud, aún en ausencia de patología relevante. Según la bibliografía: las hipoacusias afectan un 30% de > 65 años, provocando un aumento del riesgo de pérdida de autonomía y de accidentes; una disminución de la autoestima y aislamiento social discutiéndose si conlleva alteraciones cognitivas y/o depresión. Estos datos se refieren a consultas especializadas, no hemos encontrado estudios en Consultas de Atención Primaria (CAP). Para su cribaje en CAP usamos: observación con otoscopio de ambos CAE, maniobras de Rinne y Weber (RW), audiometría y test del sursurro (TS). Éste es sencillo y rápido, recomendado por el PAPS sobre el que existe bibliografía pero no en nuestro medio ni su correlación con las pruebas de RW ni con la audiometría. Un motivo frecuente de consulta en AP y de hipoacusias son las impactaciones/taponos de cerumen (TPC). Pueden estar muy adheridas a la piel, provocando pérdida auditiva por obstrucción del conducto auditivo externo (CAE)-Hipoacusia de transmisión (HT).

**Objetivo principal:** Prevalencia de alteraciones de la audición en > 65 años en CAP.

**Objetivos secundarios:** Describir los diferentes tipos de hipoacusias en CAP -Conocer la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo del TS en nuestro medio.

**Diseño:** Estudio descriptivo.

**Ámbito y sujetos de estudio:** Personas mayores de 65 años que acudan consecutivamente a CAP, hasta conseguir el número total de la muestra. Tamaño de la muestra en condiciones más desfavorables n = 384. Criterio de exclusión: pacientes que no quieran participar.

**Metodología:** Preguntar sistemáticamente a todos los > 65 años por audición. Practicar TS, RW y audiometría rápida con el aparato de pediatría. Observación con otoscopio de ambos CAE. Si TPC se procederá a su extracción. Después de cada extracción se volverá a observar el CAE y se practicará nuevamente TS, RW y audiometría. Variables: edad, sexo, alteraciones de la audición, estado CAE, TPC. RW, audiometrías, TS normales o patológicos.

**Resultados:** Esperamos conocer la prevalencia de alteraciones de la audición en CAP y sus distintos tipos. -HT diagnosticadas por RW y audiometría, -HT y TS patológicos, -Correlación RW y audiometría con TS. Esperamos mejorar la audición y la calidad de vida de pacientes con HT

por TPC con una intervención fácil y eficiente (extracción TPC) con la cual tenemos amplia experiencia y poder validar el TS comparándolo con RW y audiometría. -El TS sólo implica disponer de un poco de tiempo y un mínimo aprendizaje. Esperamos con este estudio poder validarlo en nuestro medio. Limitaciones: Población limitada a la que se desplaza a CAP. Las pruebas utilizadas en CAP para el diagnóstico de alteraciones de la audición son subjetivas.

**Anexo:** TS.

El realizador se coloca detrás del paciente, (unos 60 cm) fuera de su campo visual, tapando el oído no explorado. Se nombran 6 palabras, pidiendo que las repita. Se considera patológico si no puede repetir al menos 3 palabras.

### P309 AYUDEMOS AL PACIENTE EPOC A VIVIR MEJOR

M. Llagostera Español, J. Bayona Huguet, C. Valero García, S. Granollers Mercader, J. Ferro Rivera y G. Pujol Ribo

CAP Cornellà. Cornellà de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: mllagostera.cp.ics@gencat.net

**Objetivo:** Determinar si una estrategia dirigida a profesionales sanitarios mejora el grado de control y calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). La estrategia engloba un feed-back informativo individual sobre la situación de salud de los pacientes EPOC, y un plan de formación basado en una guía de práctica clínica (GPC).

**Tipo de estudio:** Casi experimental.

**Emplazamiento:** 18 Centros de Salud (CS) urbanos, 6 Servicios de Atención Primaria (AP).

**Sujetos:** Pacientes EPOC > 40 años atendidos en la AP en 2003, 611 en el grupo intervención, y 611 en el grupo control.

**Medidas e intervenciones:** Audit clínico con parámetros socio- demográficos, clínicos, de control, de tratamiento, de calidad de vida (Q.de St. George), y de utilización de recursos sanitarios. La intervención consiste en la formación a los médicos y enfermeras en la GPC, información individualizada de los resultados del audit y la incorporación de la educación sanitaria de estos pacientes (tabaco, cumplimiento terapéutico, ejercicio y dieta equilibrada). Después de un año se volverá a auditar los mismos parámetros. Se comparará el grupo intervención con el grupo control.

**Resultados esperados:** Disminución significativa de los síntomas (disnea), de las descompensaciones clínicas, de los ingresos hospitalarios y la mejora de la calidad de vida (cambio en 4 puntos del test).

**Financiación:** premios de sociedades científicas, universidad e industria farmacéutica.

### P310 ¿CÓMO MEJORAR EL CONSUMO Y LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN UN CENTRO DE SALUD MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD Y PROFESIONALES SANITARIOS?

D. García Tristante, P. Montero Alía, C. Tajada Vitales, E. Pujol Ribera, J. de la Fuente Cadenas y S. Calvet Junoy

CS La Mina. Sant Adrià de Besòs. Barcelona. SAP Sant Martí. Barcelona. ICS. Cataluña.  
Correo electrónico: pili31416@yahoo.es

**Objetivo:** Determinar la efectividad de una intervención formativa activa realizada a los profesionales de atención primaria (AP) y a la comunidad, en la adecuación de la prescripción de AINE y en la modificación de dosis habitante/día (DHD).

**Diseño:** Diseño experimental antes-después con grupo-control.

**Emplazamiento:** Tres Centros de Salud (CS) urbanos (1 CS-intervención y 2 CS-control).

**Sujetos/muestreo:** Muestra aleatoria representativa: 400 personas (identificadas a partir del registro informático de prescripción) con prescripción aguda y crónica de AINE (Período: 06/2004- 12/2004).

**Intervenciones:** Se realizarán sesiones formativas a: 1. Médicos/enfermeras del CS-intervención (formación en evidencia de utilización de AINE, efectos secundarios, casos clínicos; y entrega de listado de pacientes para revisión de prescripción de AINE crónica), 2. Farmacéuticos comunitarios (formación en evidencia de utilización de AINE) y 3. Agentes sociales y medios de comunicación local (difusión de mensajes educativos).

**Variables:** Médicos: edad, género, población asignada y población asignada > 65 años, años atendiendo la misma población. Pacientes: edad, género, nivel de instrucción, situación laboral, número de visitas en el año

2003, patología previa y tratamientos asociados. Los motivos de prescripción se determinarán a partir de historia clínica y su adecuación a partir de criterios explícitos obtenidos de la revisión bibliográfica (medicina basada en la evidencia), clasificándose en adecuada, no adecuada, dudosa y no valorable (si falta registro del episodio).

**Medicines.** DHD de AINE del equipo y por facultativo. DHD oxicams/DHD AINE totales del equipo y por facultativo. (DHD diclofenaco + DHD naproxeno + DHD ibuprofeno)/DHD AINE totales del equipo y por facultativo. DHD antiulcerosos del equipo y por facultativo. Gasto según precio de venta al público (PVP) de los AINE, antiulcerosos y del total de prescripción para la población asignada al CS y desglosada por facultativo. Estos indicadores se ponderarán para > 65 años.

**Estadística.** 1. Análisis de la relación entre las características de los profesionales y la adecuación, mediante el análisis de la varianza y la chi-cuadrado, después de comprobar las condiciones de aplicación. En caso de incumplimiento de las mismas, se utilizará la prueba no paramétrica (Kruskall-Wallis o test de Fisher). 2. Análisis de la variabilidad en la adecuación entre profesionales, se aplicará la chi-cuadrado para datos independientes. 3. Para identificar las variables explicativas de la adecuación, se realizará un análisis de regresión logística. 4. Análisis de la efectividad de la intervención, sobre la adecuación de la prescripción, la modificación de las DHD (de AINE y antiulcerosos) y los gastos especificados en el apartado de medidas: se describirán las diferencias entre las dos, antes de la intervención y a los 6 meses de la misma, aplicando pruebas para datos independientes.

**Limitaciones.** La extrapolación de los resultados del estudio y las intervenciones a realizar vienen condicionadas por las características de la población y de los profesionales sanitarios. Serán necesarios más estudios en poblaciones de otras características.

**Aplicabilidad.** La intervención se podría aplicar en otros CS de características similares como mejora de la calidad asistencial y adecuación de la prescripción.

### P311 ESTUDIO DE LAS ESTRATEGIAS PARA SUPERACIÓN DE BARRERAS A LA IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Guerra de Hoyos, R. Villegas, T. Hermsilla, E. Mariñelarena, A. Romero y P. Martín

CS Torreblanca. Consultorio de Palmete. Sevilla. Andalucía.  
Correo electrónico: med010042@saludalia.com

**Objetivos.** Determinar cuáles son las experiencias que se han probado efectivas para superar barreras a la implantación de guías de práctica clínica en atención primaria, y qué características deben de reunir.

**Diseño.** Revisión sistemática de experiencias publicadas sobre experimentos de implantación de guías.

**Emplazamiento.** Guías de práctica clínica implantadas en Atención Primaria de salud sin limitación por sistema sanitario.

**Selección.** Siguiendo las recomendaciones del CPP (Changing Professional Practice), se buscarán estudios con enfoque pragmático, y se usaran como descriptores de búsqueda (en diferentes combinaciones): barrier / barriers, guideline / guidelines, implement / implementation, professional behaviour change, tailored strategies, y otras que puedan detectarse durante la lectura de las referencias iniciales. Se usarán como bases de datos: Medline, Embase, Cinahl, Cochrane Library e INAHTA, a partir de 1975. No se podrán límites de idioma ni de país de implantación de la guía. Sobre título y resumen se seleccionarán los artículos que incluyan en el proceso de implantación de la guía una intervención diseñada específicamente para superar barreras. Una vez recuperados los artículos completos, se hará una nueva selección, excluyendo los que no se circunscriban al ámbito de la asistencia sanitaria en atención primaria, o los que se refieran a protocolos de obligado cumplimiento.

**Medicines.** Se realizará una ficha de extracción de datos que incluirá las variables a considerar.

**Variables.** Como variable independiente se considerará el resultado de la implantación (efecto) y como variables independientes tipo de implantación, productor de la guía, y la clasificación según el tipo de barrera (generales, legales, sociales/organizativas, profesionales/con respecto a los roles, tiempo, recursos). Se recogerá también la generalizabilidad, la fecha y el revisor. Se realizará un resumen estructurado (pregunta de investigación, diseño, población, intervención, medidas, resultados).

**Análisis estadístico.** Análisis descriptivo de las variables estudiadas presentando estas como porcentajes y/o medidas de tendencia central (Media, Mediana, Moda) con sus desviaciones. Análisis comparativos del com-

portamiento de la variable independiente dentro del resto de variables, utilizando los test estadísticos apropiados para diferencias de medias y porcentajes (ji cuadrado, T de Student y análisis de la varianza, ANOVA, cuando fuere necesario). Estudio de correlación entre variables y regresión lineal única y múltiple.

**Limitaciones.** Esperamos encontrar pocas experiencias de estrategias de implantación diseñadas en base a un diagnóstico de barreras previo, y probablemente las que encontremos serán tan diferentes que no permitirá la agregación para realizar una meta-análisis. Por tanto, realizaremos una síntesis cualitativa, con una descripción y clasificación de las experiencias. **Aplicabilidad.** Teóricamente, la detección de las barreras y facilitadores, realizada antes de la puesta en práctica de una estrategia de implantación, haría esta más efectiva. Por tanto conocer como afectan determinadas características (tipo de barrera, tipo de estrategia, productor, etc.), y tener un catálogo con las experiencias clasificadas según estas características será un elemento de gran ayuda en el cambio de la práctica clínica en atención primaria.

### P312 EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN EN MUJERES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

A. Amat Guitart, H. Clotet Pla, A. Muñoz Penalba, M. Pallas Espinet, C. Tous Ballart y M. Vives Jorba

ABS Marc Aureli. ABS Sant Elies. Barcelona. Aragón.  
Correo electrónico: jmbaena.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos.** Estudiar la efectividad de una consulta de relajación realizada por personal de enfermería en mujeres con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en el ámbito de la atención primaria.

**Diseño.** Estudio cuasiexperimental (antes-después).

**Emplazamiento.** 2 Centro de Salud urbanos, con un total de 18.143 Historias Clínicas.

**Sujetos.** Mujeres entre 15 y 64 años diagnosticadas de TAG por criterios DSM IV por el médico de cabecera o psiquiatra de referencia que acepten acudir a la consulta de relajación.

**Muestra.** Se incluirá a las pacientes de manera consecutiva hasta completar el tamaño muestral requerido.

**Intervenciones.** Las mujeres se irán asignando a grupos de 10-12 pacientes que realizarán sesiones de relajación de 1 hora de duración con dos enfermeras entrenadas, basadas en técnicas de relajación (distracción cognitiva y habilidad para la reducción de la activación ansiógena), musicoterapia y risoterapia. Las intervenciones se realizarán según el siguiente cronograma: 1) El médico de familia o psiquiatra de referencia seleccionará a las pacientes diagnosticadas de TAG (Visita 0) y las derivará a su enfermera habitual. 2) La enfermera (Visita 1), tras un período de entrenamiento, administrará los cuestionarios de Goldberg y Hamilton y recogerá datos sobre hábitos tóxicos y medicación prescrita a raíz del proceso. 3) Se comenzarán las sesiones de relajación (6 en total) con una periodicidad semanal (Visitas 2, 3, 4, 5, 6 y 7). 4) Posteriormente se citará a la paciente con la enfermera a los 3 meses y 6 meses de la inclusión y se volverá a valorar los cuestionarios de Hamilton y de Goldberg (Visitas 8 y 9).

**Medicines.** Las variables de respuesta principales serán las puntuaciones de las escalas de ansiedad de Hamilton y de Goldberg, el uso de medicación ansiolítica y la mejoría del insomnio (horas de sueño).

**Variables principales.** Edad, tiempo de evolución del TAG, uso de fármacos ansiolíticos y antidepresivos, puntuación de las escalas de Hamilton y Goldberg, uso de benzodiazepinas como medicación de rescate, horas de sueño.

**Análisis estadístico.** El tamaño muestral se calculará en función de un alfa bilateral de 0,05 y un beta de 0,20, previendo un 20% de pérdidas, asumiendo que un 60% de los pacientes tendrán una puntuación mediana superior a 25 en la escala de Hamilton y esperando conseguir una reducción del 20%, precisándose 149 pacientes.

**Limitaciones.** Aunque el diseño del estudio, debido a la ausencia de grupo de control, dificulta la extrapolación de resultados, la metodología cuasiexperimental puede aportar datos de interés en atención primaria acerca de la eficacia de las técnicas de relajación en el TAG, utilizando además recursos ya disponibles en atención primaria.

**Aplicabilidad.** La prevalencia del TAG es elevada (7-8%) y está aumentando en los últimos años, suponiendo un importante gasto en recursos sanitarios, además de ser una patología que afecta gravemente a la calidad de vida de estos pacientes. En el supuesto de que la intervención sea efectiva, puede repercutir en un menor consumo de medicación antidepresiva y ansiolítica y en una mejor gestión de los recursos sanitarios, al ahorrar derivaciones al psicólogo/psiquiatra.

### P313 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

A. Gómez Martín y V. Urbano Fernández

CS La Candelaria. Sevilla. Andalucía.  
Correo electrónico: vic\_urbano@yahoo.es

**Objetivos.** Principal: Detectar problemas derivados del consumo de fármacos en pacientes polimedificados > 65 años con cartilla de largo tratamiento (CLT). Secundarios: Identificar interacciones farmacológicas de relevancia clínica y determinar las variables asociadas a los problemas de la polimedicación.

**Diseño.** Estudio observacional descriptivo.

**Emplazamiento.** Atención Primaria. Centro de salud urbano.

**Sujetos.** Personas > 65 años polimedificadas con CLT adscritas a la Z.B.S. Incluye: personas > 65 años polimedificadas, según la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SAS 2003, con CLT y que tengan cartilla de la Seguridad Social. Excluye: institucionalizados, disminución de capacidad cognitiva, que se nieguen a participar y no localizados.

**Muestra.** Aleatorio sistemático del total de pacientes > 65 años polimedificados con CLT (1.662). Se calculará el tamaño de la muestra con un nivel de confianza del 95% y una precisión de 0,05 estimando unas pérdidas del 20%.

**Intervenciones/mediciones.** La captación del paciente se realizará por vía telefónica o en consulta. Se recordará al paciente que traiga su bolsa de medicamentos e informes de especialistas. A través de entrevista personal, se rellenará el cuestionario, basado en La Hoja de Revisión de Tratamiento de Polimedificados del Distrito Sanitario uniendo el método DADER y método NPS (National Prescribing Service, Australia) adaptándolo a las necesidades de nuestro estudio. Previamente, se llevará a cabo un pilotaje con 10 pacientes al azar. En caso de identificar una interacción farmacológica de relevancia clínica, se comunicará a su médico.

**Variables.** Principal: problemas potenciales relacionados con la medicación, definida como interacciones medicamentosas nos basamos en el programa informático (Base de datos del Medicamento 2004 del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España) y/o uso inapropiado de fármacos: a) Los que deben ser evitados en pacientes ancianos (según criterios de Beers modificados). b) Tratamiento prolongado de forma innecesaria y/o fármacos prescritos sin indicación diagnóstica y/o contraindicación de algunos de ellos, según la "Guía Terapéutica en Atención Primaria basada en la evidencia de la Semfyc 2003". c) Pauta terapéutica errónea. d) Incumplimiento terapéutico admitido. Secundarias: 1. N° de prescriptores. 2. Automedicación. 3. Desconocimiento del paciente del objetivo de cada fármaco. 4. Problemas del paciente en el manejo de la medicación. 5. Número de fármacos (especialidades farmacéuticas). 6. Diagnósticos de enfermedades (CIE-10). 7. Sexo. 8. Edad: en intervalos definidos. 9. Grado de escolarización. Análisis estadístico: La información de cada hoja de recogida de datos se introducirá en una base de datos informatizada. Para su análisis descriptivo se utilizará el paquete estadístico SPSS-versión 11.

**Limitaciones del estudio.** La variabilidad individual de la enfermedad y de la toma de medicamentos en el paciente mayor impide generalizar conceptos y dificulta la extrapolación de los datos. Debemos interpretar los admitiendo las limitaciones que presenta la entrevista personal a pesar de haber incluido escalas validadas previamente y haber realizado un pilotaje del mismo.

**Aplicabilidad.** Analizar el grado de conocimiento de personas > 65 años polimedificadas con relación al régimen de sus medicamentos y detectar los problemas y riesgos asociados, permite aplicar estrategias para lograr una mayor eficiencia en el correcto seguimiento y adherencia de los tratamientos.

### P314 VIOLENCIA DE GÉNERO

P. Jarillo Castro, F. Rodríguez, Andrés y J. Fernández, Cuenca

CS Moratalla. Murcia.  
Correo electrónico: edamaro@teletel.es

**Objetivo general.** Poner de manifiesto si existen patrones comunes de comportamiento en las mujeres maltratadas, que nos ayude a detectarlas desde Atención Primaria.

**Metodología.** Paradigma Cualitativo. Estudio inductivo, no impresionista, en base a un diseño de investigación flexible. Metodología Observacional. Tema de estudio: Mujeres Maltratadas. Muestra: 15 mujeres maltra-

tadas, entre 26-40 años, recién llegadas a un centro de acogida, en un periodo inferior a 1 mes. 15 mujeres no maltratadas que consultan de forma espontánea y que no presenten entre sus antecedentes trastornos psicopatológicos, ni trauma susceptible de maltrato. Muestreo Intencionado. Emplazamiento: Población perteneciente a medio rural. Ámbito de Atención Primaria. Diseño: 1ª fase; reunión en lugar concertado a tal efecto en sala con espejo unidireccional, dotado de sistema de video. En forma simultánea o secuencial de los dos grupos de mujeres. Presentación de Book de fotos relajantes alternas con imágenes sugestivas de maltrato (bien implícita o explícita). Recogida de datos a través de la grabación. 2ª fase; nueva reunión en el mismo lugar con proyección de video con la misma significación que el Book.

**Análisis de resultados.** Transcripción de lenguaje Verbal. Categorización Horizontal; vaciado en matriz del contenido de los videos visionados de forma individual por los investigadores y el experto en lenguaje no Verbal. Donde analizaremos la reacción física, relación entre las mujeres, emociones, comentarios, y posibilidad de muerte muestral (por abandono). Categorización Vertical; puesta en común del vaciado entre investigadores u experto en lenguaje no Verbal. Conclusiones. Devolución de resultados a las participantes. Triangulación y contrastación de resultados con investigadores en la misma línea.

**Limitaciones y sesgos.** De la muestra. Fases de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica dentro de un síndrome que ha descrito Andrés Montero. Extrapolar características de las mujeres que estudiamos y han consultado, a aquellas que guardan silencio. Del investigador: subjetivismo a la hora del vaciado en las matrices. Esto se soslaya con la categorización vertical da la información. Del experto: Análisis a doble ciego de ambos grupos.

**Financiación.** Va a ser llevado a cabo por Residentes en período de Formación en Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de atención primaria.

**Aplicabilidad.** La Violencia de Género no es sólo un problema social, sino una cuestión sanitaria y de Salud Pública, que precisa un abordaje Multidisciplinar; en donde el Médico de Atención Primaria juega un papel importante para la detección precoz e intervención adecuada. Pretendemos buscar herramientas que nos ayuden a formarnos en este tema y, con ello, poder identificar en fase precoz a estas mujeres. Con este estudio quedarían abiertas nuevas líneas de investigación que pusieran de manifiesto los miedos que forman la barrera Médico-Víctima.

### P315 EFECTO DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA EN LA SUPERVIVENCIA

F. Roig Sena, J. Pérez Clavijo, E. Giner Ferrando, I. Llacer Fortea y P. Gil Cruz

CS Pública de Valencia. Hospital de Sagunto. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: roigja@yahoo.es

**Antecedentes y justificación.** El cáncer de mama supone un grave problema de salud pública en los países desarrollados, siendo la neoplasia maligna más frecuentemente diagnosticada en mujeres. En la actualidad la lucha se centra en: a) detección precoz (programas de cribado poblacional), y b) tratamiento (mejoras tratamientos quirúrgicos y radioterápicos e incorporación del tratamiento sistémico con quimioterapia y hormonoterapia. Pese a que la incidencia de cáncer de mama está aumentando, la tasa de mortalidad ha permanecido estable en los últimos años, aunque, en los países con larga tradición en programas de cribado de cáncer de mama se observa una disminución en las tasas de mortalidad por cáncer de mama ajustada a la edad. En el análisis de estos progresos la supervivencia constituye el indicador más fiable. Uno de los principales factores de riesgo para el cáncer de mama es la existencia de historia familiar previa de cáncer de mama, si bien no está clara su influencia en la supervivencia. La puesta en marcha del programa de prevención detección precoz de cáncer de mama en nuestro hospital de referencia (1998) nos permite valorar la evolución de la mortalidad, supervivencia y características al diagnóstico pre/post inicio del programa.

**Objetiva.** Principal: Estimar el efecto de la implantación del programa de detección de cáncer de mama en la supervivencia Secundario: Estimar el efecto de la implantación del programa de detección de cáncer de mama en el estadio clínico al diagnóstico.

**Materia y método.** Estudio descriptivo al diagnóstico con seguimiento hasta el 31/12/03. Población: Mujeres con Historia Clínica en el Hospital de referencia entre 01/01/85 y 31/12/03 diagnosticado de cáncer de

mama. Las variables serán recogidas mediante la revisión de la Historia Clínica y por encuesta personal (realizada por personal entrenado) mediante cuestionario diseñado al efecto. El cuestionario será aplicado a aquellos sujetos con confirmación anatómo-patológica. Supervivencia: determinada mediante revisión de las sucesivas visitas de control anotadas en la Historia Clínica. La mortalidad se determinará a partir de la Historia Clínica y, en ausencia de este dato, se contactará con la familia para confirmar la supervivencia. Estadísticos: estudio descriptivo mediante medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo al tipo de variable. Curvas de supervivencia global y por las variables estudiadas según el modelo de Kaplan-Meier. Las diferencias entre curvas de supervivencia de las categorías de cada variable se realizarán mediante la prueba de long-rank. Variables: Fecha de nacimiento; fecha de diagnóstico; primer síntoma; tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas a visita médica; estado clínico; antecedente familiar de cáncer de mama; fecha de última revisión; fecha de fallecimiento; causa de muerte.

**Grupo investigador.** El grupo de investigación lleva una línea de investigación estable en el tema de cáncer de mama que ha permitido diversas publicaciones y comunicaciones desde 1995. El presente proyecto de investigación se encuentra financiado mediante beca de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (código: PI-015/2004). En la actualidad no se precisan investigadores colaboradores, aunque no se descarta su presencia en futuros proyectos dentro de la misma línea de investigación.

### P316 INFILTRACIÓN FRENTE A AINE ORAL EN HOMBRO DOLOROSO COMO PRIMER ESCALÓN TERAPÉUTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. López Gil, R. Vallés Vila y F. Caballero Martínez

CS Cerro del Aire. Unidad Docente MFyC Área 6 Madrid. Majadahonda. Madrid. Correo electrónico: alopez.g@telefonica.net

**Objetivos.** Comparar efectividad, seguridad, satisfacción y coste sanitario entre infiltración de esteroides y AINEs orales en el hombro doloroso por tendinitis del manguito rotador (TMR) en A.P.

**Diseño.** Estudio experimental controlado y aleatorizado. Por las condiciones de selección de médicos interventores, pacientes, pautas terapéuticas y controles de seguimiento, el ensayo será de enfoque naturalístico.

**Emplazamiento.** Multicéntrico en 8 centros de A.P. de un área.

**Sujetos.** Interventores: 25 médicos de familia (MF). Sujetos: pacientes atendidos en consulta de AP por TMR.

**Muestra de estudio.** Reclutamiento consecutivo de 152 pacientes por grupo de tratamiento (N para diferencia  $\geq 15\%$  en respuesta terapéutica precoz, bilateral,  $a = 0,05$ ,  $b = 0,80$ ; respuesta esperada en controles = 60%).

**Intervenciones comparadas de asignación aleatoria.** Índice: infiltración quincenal betametasona + mepivacaína, vía posterior, hasta 3. Control: diclofenaco 15 días, ampliable 1 semana.

**Mediaciones.** Número de infiltraciones o duración del tratamiento AINE, pérdidas y abandonos, movilidad activa y pasiva (goniómetro), percepción subjetiva de dolor (EVA), repercusión en actividad diaria (cuestionario DASH), duración IT, analgesia de rescate, altas por mejoría, fracasos terapéuticos, periodo libre de síntomas a 6 meses, efectos adversos, satisfacción del paciente y estimadores de gasto directo e indirecto.

**Análisis estadístico.** Análisis de resultado principal por intención de tratar. Comparabilidad basal de grupos y análisis de resultados con test bivariantes ad-hoc:  $\chi^2$  para variables cualitativas (6 p. Fisher) y t Student (o U Mann-Whitney) o ANOVA para la comparación de variables cuantitativas. Regresión logística multivariante para explorar posibles predictores de respuesta terapéutica por grupo. Se usará SPSSW in 11.0.

**Limitaciones.** Ante imposibilidad de enmascarar para médicos y pacientes las intervenciones, se realizará una valoración ciega de resultados objetivos por un médico distinto al ejecutor de la terapia, sin conocimiento del grupo de asignación. Los investigadores incluyen en su práctica clínica habitual ambas técnicas terapéuticas. La heterogeneidad de habilidades, más que limitación, es una imposición pragmática que favorece generalizar resultados. Las pautas terapéuticas ensayadas están consensuadas pragmáticamente con especialistas de área, ante la falta de un criterio profesional unánime.

**Aplicabilidad.** El MF recibe un promedio de 25 casos de TMR por año. El tratamiento inicial más común es prescripción de AINEs. En más de 1/3 de los casos, la pauta fracasa y los pacientes son derivados a consultas especializadas con la consiguiente discapacidad y gasto sanitario evitables. No se dispone de una evidencia sólida que avale la efectividad y seguridad de la infiltración como tratamiento inicial en AP. Se propone

analizar este objetivo, en línea con una reciente (2003) revisión Cochrane sobre TMR, donde se destaca la falta de datos para apoyar o rechazar la eficacia de ambas alternativas, y se aconseja realizar ensayos que identifiquen la alternativa terapéutica de elección.

**Agencia financiadora.** Proyecto financiado con beca de la Unidad de Investigación de A.P. del Área, sin colaboración de la industria farmacéutica. Se solicitará ayuda al FIS 2004 para la divulgación de resultados (convocatoria pendiente). Protocolo aprobado por el CEIC de referencia. El estudio será multicéntrico en una sola Comunidad. Si el resultado favorece una de las alternativas terapéuticas ensayadas, se intentará replicar posteriormente en una amplia muestra estatal.

### P317 EL PROYECTO RECORD: REGISTRO CONTINUO DE LA GLUCEMIA EN SUJETOS DE ALTO RIESGO PARA LA DIABETES TIPO 2. DISEÑO Y APLICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.

B. Costa Pinel, J. Vizcaíno Marín, J. Piñol Moreso, F. Martín Luján, J. Cabré Vila y G. Record

Grupo de Investigación en Diabetes y Metabolismo. Institut Català de la Salut. Àmbit de Tarragona-Reus-Terres de l'Ebre. Red de Investigación en Diabetes. Fundació Jordi Gol i Gurina. Institut Català de la Salut. Reus. Catalunya. Correo electrónico: bcosta@tinet.fut.es

**Objetivo.** Evaluar si una nueva técnica, el registro continuo de la glucemia (RCG), es viable y útil para contrastar el diagnóstico y predecir la evolución durante la prediabetes tipo2.

**Diseño.** Observacional, multicéntrico, transversal (fase 1), posteriormente longitudinal de seguimiento de cohortes (fase 2).

**Emplazamiento.** Atención primaria (5 centros).

**Intervenciones.** Un grupo de 84 sujetos de alto riesgo libres de diabetes será incluido si una prueba actual de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) descarta la enfermedad. Se efectuará un primer RCG mediante un biosensor calibrado por la glucemia plasmática obteniendo un perfil glucémico continuo. Se establecen 2 cohortes diferenciando los sujetos con PTOG normal ( $n = 42$ ) de aquellos con hiperglucemia prediabética ( $n = 42$ ). A los 12 y 24 meses se reclasificarán mediante sobrecarga oral seguida de un nuevo registro.

**Mediciones principales.** Datos demográficos, clínicos (incluidos componentes del síndrome metabólico), analíticos básicos y avanzados (insulinemia, péptido-C, PCR ultrasensible, Interleukina-6). Análisis informático del RCG comparando períodos (basal, pre-posprandial, nocturno) y área bajo la curva del perfil continuo con el diagnóstico convencional revisando su concordancia temporal. Estudio de su influencia sobre la incidencia de diabetes o la regresión a la normalidad. Evaluación de la satisfacción del usuario mediante cuestionario estructurado (Likert).

**Discusión.** Contrapunto diagnóstico evolutivo entre PTOG estándar y RCG, más fisiológico y basado en un criterio infrautilizado, la glucemia al azar. Se evalúa por primera vez la técnica en atención primaria esperando que aporte datos de indudable interés científico para el estudio de la prediabetes tipo2.

**Financiación.** Associació Catalana de Diabetis (Ajut a la Recerca-2004). Posibilidad de ampliación.

### P318 REPERCUSIÓN LABORAL DE LA SITUACIÓN DE EMBARAZO

A. Rufo Romero, B. Pascual de la Písa, D. Núñez García, D. Mas Jiménez, G. Grau Fibla y I. Fernández Fernández

Unidad de Investigación del Distrito Aljarafe. Camas. Sevilla. Andalucía. Correo electrónico: beatpisa@hispanista.com

**Objetivos.** Valorar la repercusión laboral de la situación de embarazo en la mujer trabajadora. Determinar la presencia de ansiedad en relación a la actividad laboral de la mujer trabajadora. Valorar la influencia de la actividad laboral en el cumplimiento del Programa de embarazo.

**Método.** **Diseño.** Estudio de cohortes prospectivas en Zona Básica de Salud periurbana de 1 año de duración. Cohorte 1(C1): Mujeres embarazadas en situación laboral activa. Cohorte 2 (C2): Mujeres embarazadas en situación laboral inactiva. Grupo control (CG): mujeres no embarazadas en situación laboral activa pareadas por edad con las cohortes 1 y 2. Criterios de exclusión: negativa de la mujer a participar en el estudio, existencia de patología psiquiátrica, embarazo de alto riesgo o muy alto riesgo al inicio del embarazo.

**Muestra.** Consecutivo (C1 y C2), sistemático aleatorio (GC).

*Intervenciones.* Entrevista estructurada en consulta (C1 y C2) y telefónica (GC).

*Mediciones.* Existencia de problemas en el trabajo, nivel de ansiedad (escala de Hamilton), seguimiento adecuado de las consultas y charlas de Educación Maternal, edad, estado civil, situación laboral, clase social, tiempo y diagnóstico de baja laboral, antecedentes de problemas laborales, ocultación de embarazo y tiempo, tipo de parto, presencia de distocia, peso, talla y apgar neonatal.

*Método de recogida de datos.* Información de la historia clínica electrónica, hoja de recogida de datos, Escala de Hamilton para la ansiedad (HAM-A) validada al español, Informe clínico de alta hospitalaria referente al parto (solo C1 y C2), Información de la hoja de Incapacidad temporal laboral de la historia clínica electrónica.

*Análisis estadística.* Comparación de proporciones mediante el test de la Ji al cuadrado. Comparación de medias mediante ANOVA. Cálculo Riesgo Relativo mediante regresión logística controlando para posibles variables de confusión y/o interacción. Valoración de la relación de variables independientes mediante regresión múltiple controlando posibles variables de confusión y/o interacción.

*Limitaciones.* La existencia de problemas planteados en el trabajo relacionados con la gestación va a ser medida de forma directa mediante pregunta abierta a las gestantes e indirecta a través de la variación del nivel de ansiedad durante la gestación, cumplimiento de la asistencia a consulta o sesiones de educación maternal y datos obstétricos y neonatales.

*Aplicabilidad.* El proyecto contribuye a la profundización en la investigación de las desigualdades por razón de género en el ámbito laboral, en la mejora de la satisfacción en el trabajo de las mujeres embarazadas, en la mejora del conocimiento y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios de las medidas legislativas de la embarazada trabajadora y en la planificación y organización de los servicios sanitarios para la promoción de la salud de la madre y el niño.

*Agencia financiadora.* Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Instituto de la mujer. Convocatoria 2003. Código: 105/03 (12.480,98 euros).

### P319 REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS EN LA MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LAS PERSONAS CON DIABETES

D. Núñez García, T. Cebrían Valero, B. Pascual de la Pisa, V. Rodríguez Pappalardo, A. Torreallas Rojas e I Fernández Fernández

Unidad de Investigación del Distrito Aljarafe. Camas. Sevilla. Andalucía.  
Correo electrónico: beatpisa@hispanavista.com

*Objetivos.* Analizar la efectividad de diferentes intervenciones educativas (IE) en el autocontrol de las personas con Diabetes Mellitus (DM) en resultados intermedios y resultados finales.

*Método. Diseño.* Revisión sistemática de meta análisis, ensayos clínicos aleatorizados, estudios de cohortes, casos y controles y transversales.

*Sujetos.* Adultos diagnosticados de DM. Tipo de IE: administrada por cualquier profesional sanitario, mediante cualquier medio, individual o grupal, cualquier duración y frecuencia.

*Variables.* De autocontrol (automonitorización de glucosa capilar, úlceras, amputaciones y deformidades, ingesta de hidratos de carbono, ingesta calórica total, nivel de actividad física y hábito tabáquico, consumo de alcohol, prácticas de riesgo para los pies), resultados intermedios (hemoglobina glucosilada plasmática, glucemia basal, tensión arterial, perfil lipídico e índice de masa corporal) y resultados finales (mortalidad, morbilidad y calidad de vida). Estrategia de búsqueda: electrónica (MEDLINE-Pubmed-, Cochrane Library-online-, CINAHL y EMBASE) y manual en revistas de relevancia en DM y Educación. La selección, valoración cualitativa y extracción de datos de los estudios se realizará por dos investigadores de forma independiente. Se utilizará el índice Kappa para observar la variabilidad interobservador. Los resultados se definirán con los parámetros estadísticos correspondientes. Se realizará un análisis de la similitud de los resultados.

*Limitaciones.* El proceso de selección, valoración cualitativa y extracción de datos de los estudios incluidos, como hemos descrito, será realizado por dos investigadores. De forma independiente. La posible variabilidad interobservador se tratará de corregir aplicando el índice kappa, para así garantizar la validez de los resultados obtenidos.

*Aplicabilidad.* Contribuir a aumentar los conocimientos sobre el papel real de la educación diabetológica, que pueda motivar a la incorporación de intervenciones más efectivas en la cartera de servicios de los sistemas sa-

nitarios y en la práctica diaria de los profesionales sanitarios que conlleve una mejora de la salud de los pacientes.

*Agencia financiadora.* Instituto de Salud Carlos III- Fondo de Investigaciones Sanitarias. Convocatoria 2003. Código: 03/10074 (20.700 euros).

### P320 EL SÍNDROME METABÓLICO COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Cabré Vila, J. Bladé Creixenti, F. Martín Luján, B. Costa Pinel, J. Piñol Moreso y J. Basora Gallisà

Servicio de Atención Primaria Reus-Altebrat. Institut Català de la Salut. Grupo de Investigación en Diabetes y Metabolismo. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: jcabrev@medynet.com

*Objetivos.* Conocer la prevalencia registrada del síndrome metabólico sobre población general, e identificar factores que influyan de forma independiente en su pronóstico cardiovascular.

*Métodos. Diseño.* Estudio prospectivo de cohortes multicéntrico para observar eventos cardiovasculares, donde se estudian pacientes con diagnóstico de síndrome metabólico (SM) y pacientes sin SM. Se realizará un seguimiento de dos años.

*Emplazamiento.* 4 Áreas Básicas de Salud (ABS) urbanas.

*Sujetos.* Individuos de ambos sexos, mayores de 45 años de edad, con una visita en los últimos 3 años como mínimo, que hayan prestado su consentimiento informado.

*Muestreo.* Mediante el Sistema Informático de Atención Primaria se obtiene un listado aleatorio de población asignada a los diferentes centros, que se remitirá a los investigadores para la inclusión de pacientes. Aceptando un riesgo alfa de 0,05 para una precisión de +/-3 unidades porcentuales en un contraste bilateral para una proporción estimada de SM del 17%, se precisa una muestra aleatoria poblacional de 720 sujetos asumiendo que la población es de 72.000 individuos. Estimamos una tasa de reposición del 20%.

*Intervenciones.* Se citará al sujeto, se le informará sobre este estudio solicitando su consentimiento informado escrito, indicándole los objetivos, solicitando su participación y ofreciéndole un examen básico de salud y seguimiento durante el mismo. Dicho seguimiento comprenderá tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas (consejo antitabáquico, dieta, etc) tanto en los diagnósticos de SM como no SM, los mismos que se realizarían en la práctica clínica habitual.

*Período de estudio.* Desde 01/01/2005 hasta 31/12/2006.

*Mediciones.* Se confecciona una hoja multiparamétrica de recogida de datos específica para este proyecto, donde se incluyen: datos de filiación, antecedentes familiares y personales, factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad), tratamientos dietéticos y/o farmacológicos, parámetros analíticos y presencia de complicaciones vasculares. Cálculo del riesgo cardiovascular individual para cada paciente.

*Variables principales.* Edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal, niveles de triglicéridos, colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, ácido úrico, insulinemia basal, glucemia basal, fibrinogenemia, recuento leucocitario, hemoglobina glicosilada, índice cintura-cadera, circunferencia abdominal, cifras tensionales, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica y de diabetes, tabaquismo activo, consumo de alcohol, tratamientos dietéticos y/o farmacológicos y presencia de complicaciones vasculares, así como la fecha en que se presentaron. Diagnóstico de SM según criterios OMS, NCEP y AACE. Riesgo cardiovascular según 3 métodos de cálculo. Diagnóstico de complicaciones cardiovasculares: Vasculopatía coronaria, cerebral, periférica, retinopatía, nefropatía, neuropatía, así como éxitos relacionados con enfermedad cardiovascular.

*Análisis estadístico.* Análisis uni, bi y multivariante de las variables del estudio con la aparición de complicaciones cardiovasculares.

*Limitaciones.* El diagnóstico de SM es fundamental para la distribución de la muestra, adoptamos los criterios OMS y NCEP. No empleamos los criterios EGIR por requerir sistemáticamente una prueba de sensibilidad a la insulina. La asignación de los sujetos a las cohortes se realizará de forma centralizada.

*Aplicabilidad.* Estas medidas creemos son aplicables en atención primaria pues permiten priorizar las medidas terapéuticas en población con alto riesgo de eventos cardiovasculares.

*Este trabajo está financiado por la IV Ayuda a la Investigación (Sociedad Catalana Medicina Familiar, Junio 2004).*

### P321 REGLAS DE PREDICCIÓN CLÍNICA PARA EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. CONSTRUCCIÓN DE MODELOS PREDICTIVOS

A. Gómez, de la Cámara, C. Jurado Valenzuela, J. Martín- Fernández e I. Rozas Gómez

Centros de Salud del Área 11. Madrid.  
Correo electrónico: cjuva@mi.madridtel.es

**Objetivos.** Desarrollar modelos de predicción clínica para el control de los factores de riesgo cardiovascular (Hipertensión y/o Dislipemia) (FRC) que permitan reconocer subgrupos de pacientes de acuerdo con su potencial evolución y que favorezcan la toma de decisiones adecuada.

**Métodos. Diseño.** Se trata de un estudio de dos fases y dos diseños: 1. Desarrollo de modelos: fase transversal con análisis caso-control de pacientes diagnosticados y tratados de FRC. 2. Validación: estudio observacional de cohorte concurrente con nuevos diagnósticos.

**Emplazamiento.** Centros sanitarios del Área 11 de Madrid.

**Sujetos de estudio.** 2400 pacientes diagnosticados y tratados por hipertensión arterial y/o dislipemia desde hace al menos un año a criterio de sus respectivos médicos con constatación en la historia clínica y seguidos al menos un año desde el inicio del tratamiento.

**Muestreo.** Se realizará un muestreo aleatorio estratificado polietápico entre los centros de salud con estrato rural/urbano hasta alcanzar los sujetos previstos.

**Intervenciones.** Se recogerá información de manera protocolizada de las historias clínicas de los pacientes seleccionados.

**Mediaciones.** Se agrupan en los siguientes bloques de variables: 1. Bloque de información del paciente: Características biográficas y clínicas, presencia de comorbilidad, clínica relacionada, su situación inicial y evolutiva. Según códigos y clasificaciones estándar (WONCA). 2. Bloque terapéutico: Recoge información sobre los fármacos, el tipo de intervención, presencia de otras terapéuticas asociadas y reacciones adversas según códigos y clasificaciones estándar (Sistema de Codificación de Principios Activos – Dosis Diaria Definida) y sistema MEDDRA (Medical dictionary for regulatory activities). 3. Bloque Atención Sanitaria: Características del sistema y sus profesionales. 4. Bloque de evaluación prospectiva del estudio. Criterios de control: JNC VII; ATP III JAMA: 2001; 285: 2486-2497.

**Análisis estadístico.** La identificación de aquellas variables de mayor valor pronóstico, el establecimiento de reglas predictivas y la clasificación de la evolución de los pacientes se realizará mediante el ensayo y validación de tres procedimientos diferentes: Modelos multivariantes de regresión clásicos, Técnicas de partición recursiva y amalgamamiento, Métodos basados en Redes Bayesianas.

**Limitaciones.** Información procedente de las historias clínicas de los centros de Atención Primaria en la primera fase que requiere un entrenamiento de los colaboradores al proyecto.

**Aplicabilidad.** Las reglas de predicción servirán al médico clínico para mejorar la calidad de la atención al paciente con FRC. El conocimiento de la evolución en los estadios más iniciales sirve para emprender acciones terapéuticas y sanitarias que modifiquen la evolución de la enfermedad hacia estadios más benignos y favorables. La validación de las implicaciones pronósticas de los síntomas y signos clínicos, pruebas complementarias, factores demográficos y características de los servicios asistenciales, permitirá una mejor toma de decisiones terapéuticas y organizativas. De especial interés es la identificación de aquellos pacientes cuyo resultado se prevé insatisfactorio con independencia del tratamiento aplicado con objeto de evitar en estos pacientes morbilidad y/o maniobras innecesarias y la consiguiente sobrecarga asistencial y sus costes tanto económicos como laborales.

**Agencia financiadora.** Fondo de Investigación sanitaria. Número de expediente PI02/0242.

### P322 LA PÉRDIDA DE AUDICIÓN EN LOS ANCIANOS: MAGNITUD DEL PROBLEMA Y VALORACIÓN DE SU REPERCUSIÓN FUNCIONAL

J. López-Torres Hidalgo, F. Escobar Rabadán, C. Boix Gras, J. Tállez Lapreira, C. Fernández Olano y J. Montoya Fernández

Gerencia de Atención Primaria de Albacete. Albacete. Castilla-La Mancha.  
Correo electrónico: jesusl@sescam.org

**Objetivos.** Estimar la frecuencia de los trastornos de la audición en población anciana. Conocer su asociación con el estado de salud, contemplando tanto las enfermedades crónicas como el estado psicológico. Describir la utilización de audioprotésis o audífonos y la necesidad real de su utili-

zación. Diseñar una escala para evaluar la repercusión de la hipoacusia en la realización de actividades dependientes de la audición (Actividades Diarias Dependientes de la Audición - ADDA-). Analizar su validez y fiabilidad, determinando el grado en discrimina la presencia o ausencia del trastorno.

**Metodología.** Estudio observacional transversal para estimar prevalencia y validar una escala administrada mediante entrevista (ámbito comunitario). **Población diana.** Personas de 65 o más años (selección aleatoria a partir de la base de datos de Tarjeta Sanitaria).

**Tamaño muestral.** Para estimar una prevalencia del 35% de ancianos con hipoacusia se necesitará estudiar a 971 sujetos (n. confianza 95%, precisión  $\pm 3\%$ ). Constituye una estrategia de muestreo prospectivo a partir del test, obteniéndose dos subpoblaciones (test positivo y negativo). Ambos grupos serán diagnosticados posteriormente mediante el patrón de referencia (audiometría tonal liminal).

**Variables.** Descripción de los sujetos (sociodemográficas, morbilidad y malestar psíquico -Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg-), determinación de hipoacusia (anamnesis, síntomas asociados, resultado de otoscopia, acumetría con diapasones y determinación del umbral auditivo mediante audiometría tonal liminal).

**Validación.** Como variable predictora se considerará la puntuación de la ADDA. Se considerará un resultado dicotómico (repercusión del trastorno presente/ausente) estableciendo diferentes puntos de corte. La variable desenlace será la presencia/ausencia de trastorno auditivo, considerando como estándar de oro el resultado de la audiometría tonal liminal (determinaciones de forma estandarizada y a ciegas).

**Propuesta de análisis.** Mediante regresión logística se comprobará la asociación de la hipoacusia con sus factores condicionantes. Para comprobar la fiabilidad intra e interobservador, se empleará el coeficiente de correlación intraclass. La coherencia interna se evaluará mediante el alfa de Cronbach. En la prueba piloto se explorarán las dimensiones subyacentes mediante análisis factorial. Para la validez de criterio se determinará la sensibilidad y especificidad de la prueba. Se establecerá el punto de corte adecuado mediante curva ROC. Para valorar la utilidad clínica de la prueba, se medirá su valor predictivo y la razón de probabilidad para los posibles resultados.

**Aspectos éticos.** Los participantes deberán expresar por escrito su consentimiento. Se facilitará a los ancianos el resultado de la exploración. Al detectarse un trastorno auditivo, se remitirá al paciente a su médico de cabecera. El proyecto ha sido ya aprobado por el CEIC del área sanitaria.

**Utilidad.** Conocimiento real de la hipoacusia en ancianos y su repercusión funcional como problema de salud. Desarrollo de un instrumento clínicamente útil para detectar la pérdida de audición en ancianos en el ámbito de atención primaria, donde pueden pasar desapercibidos. A diferencia de otros, constituirá un instrumento validado en población anciana en la que será utilizado, aproximándose a las condiciones ideales de las pruebas diagnósticas.

**Financiación.** Instituto de Salud Carlos III (Exp. P1031562) y Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha (Resolución 05 – 09 – 2003). No se buscan colaboradores.

### P323 ENSAYO CLÍNICO DE INTERVENCIÓN EN PACIENTES CON HIPERFIBRINOGENEMIA EN PREVENCIÓN PRIMARIA DE PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

J. Rodríguez, Cristóbal, R. Villafácula Ferrero, A. Vinegra Domínguez, M. García Pulido, J. Bravo Corrales y E. Peña Sendra

ABS Florida Sur. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ABS Viladecans 2. Viladecans. Barcelona. IIBB CSIC. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 21002jrc@comb.es

**Objetivos.** 1) Estudiar el efecto que tiene un programa intensivo de modificación del estilo de vida sobre los niveles de fibrinógeno plasmático en pacientes sin patología cardiovascular, con fibrinógeno elevado y niveles normales de colesterol. 2) Analizar si el efecto sobre el fibrinógeno es independiente o no del efecto sobre los lípidos.

**Diseño.** Ensayo clínico controlado y aleatorizado.

**Emplazamiento.** Trece Áreas Básicas de Hospitalet de Llobregat y Barcelona.

**Participantes.** Se incluirán 436 paciente, 218 en cada cohorte. Individuos de 35 a 75 años, sin patología cardiovascular (cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral y arteriopatía periférica) con hiperfibrinogenemia (fibrinógeno  $> 300$  mgr/dl) y colesterol plasmático  $< 250$  mg/dl.

**Intervenciones.** Una cohorte de pacientes recibirá una intervención intensiva (en frecuencia e intensidad del consejo y tratamiento, material escrito, cartas de recordatorio de las visitas, llamadas telefónicas por psicóloga) sobre cambios de estilo de vida: dejar de fumar, dieta hipocalórica en caso de sobrepeso u obesidad y ejercicio físico. El seguimiento de la cohorte intervenida será cada dos meses. La cohorte control seguirá los cuidados habituales según los protocolos de cada centro y control cada 8 meses.

**Mediciones.** Niveles de fibrinógeno plasmático. Además, se registrarán otros acontecimientos de interés (modificación de factores de riesgo, cambios en la calidad de vida, acontecimientos cardiovasculares y muerte) a lo largo de un seguimiento durante 2 años.

**Análisis estadística.** Inicialmente se compararan los dos grupos, mediante técnicas bivariantes: X<sup>2</sup> en caso de proporciones y t-Student, en caso de medias o su equivalente no paramétrica cuando proceda. Para analizar la posible asociación entre el tipo de intervención (variable cualitativa dicotómica) y la variable respuesta, cifra de FBG plasmático (variable cuantitativa) se utilizará el análisis de la covarianza (ANOVA).

**Limitaciones del diseño.** Entre las limitaciones del estudio destacamos que; debido a la importante carga asistencial de los Médicos de Familia, se establecerán métodos de ayuda, tablas de recogida de datos y colaboración del personal de enfermería debidamente entrenado, para que el trabajo del proyecto se compatible con la labor asistencial del médico. Los pacientes de intervención recibirán llamadas telefónicas de refuerzo por una psicóloga, y un becario realizará el control externo de los pacientes y centralización de datos.

**Aplicabilidad práctica e interés en atención primaria.** El FBG puede ser un indicador del riesgo cardiovascular tan importante o más que el colesterol. La instauración de una intervención intensiva de prevención primaria (cambios de estilo de vida) en los pacientes que presentan hiperfibrinogenemia, podría ser una medida más eficaz que la intervención habitual para reducir las cifras de fibrinógeno plasmático. Además éstas medidas podrían traducirse en una disminución del riesgo cardiovascular y en una mejoría de la calidad de vida del paciente.

**Agencia financiadora.** Primer premio para ayudas para la investigación de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar i Comunitària en el 2002. Beca de la Sociedad Española de Arteriosclerosis y la Fundación Española de Arteriosclerosis 2004: investigación clínico-epidemiológica. CEIC que ha dado autorización: Fundación Jordi Gol i Gurina (Barcelona).

### P324 ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE UN CUESTIONARIO DE MEDIDA DE PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (IPQ-R ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE REVISED)

P. Valeria, C. Carmen, A. Esteve, R. Pilar y F. Xavier

Proyecto Ipq-R G. Institut Català de la Salut. Fundació Jordi Gol i Gurina. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: vpacheco@menta.net

Valorar la percepción que una persona tiene de su enfermedad permite desarrollar intervenciones posiblemente más efectivas, pero carecemos de instrumentos de medida validados en nuestro medio.

**Objetiva.** Adaptar transculturalmente al español el Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) y estudiar su fiabilidad y validez.

**Métodología. Diseño.** En dos fases: a) Adaptación transcultural del cuestionario: traducción por dos personas bilingües, retrotraducción por otra y consenso. Estudio piloto para obtener la versión final. b) Estudio transversal para valorar las características psicométricas de esta versión.

**Emplazamiento.** Seis Equipos de Atención Primaria, urbanos y rurales, de diferentes niveles socio-económicos.

**Sujetos.** 600 personas con diagnóstico de infarto de miocardio, hipertensión arterial, diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y artrosis.

**Muestra.** Aleatorio estratificado por edad y sexo.

**Variables.** IPQ-R, edad, sexo, nivel de estudios, clase social, duración de la patología, comorbilidad, consejos sobre estilos de vida (tabaco, dieta, ejercicio), tratamiento farmacológico, modificación de estilos de vida y adherencia al tratamiento de los mismos, realización de controles y auto-controles, frecuentación y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante el Sickness Impact Profile (SIP).

**Análisis estadística.** Se realizará un análisis descriptivo de la muestra seleccionada. Se analizará el proceso de respuesta. La validez estructural del IPQ-R se analizará mediante análisis de componentes principales. Se es-

tudiará la relación del IPQ-R con otras variables como CVRS, medida con el SIP, frecuentación, adherencia al tratamiento y a los consejos de cambio de estilo de vida. La fiabilidad, se estudiará evaluando la consistencia interna de las subescalas a través del coeficiente alfa de Cronbach. En un subgrupo se realizará un test- retest para valorar la reproducibilidad. Los resultados obtenidos se compararán con la validación original.

**Limitaciones.** Aunque el cuestionario original fue diseñado para ser auto-administrado, en determinados niveles educativos esto puede presentar dificultades. En estos casos el cuestionario se realizará en forma hetero-administrada. Esto supondrá una menor aplicabilidad posterior en este tipo de población. Se ha intentado replicar proceso de validación del cuestionario original, y por eso se ha utilizado el SIP. El resto de escalas que utilizaron los autores originales no están validadas en nuestro medio, por lo que no se incluyen en este estudio.

**Aplicabilidad.** Se ha decidido introducir aquellas patologías en las que el cuestionario original ha sido validado, teniendo en cuenta las que presentan mayor prevalencia o interés para el ámbito de atención primaria. Como resultado del estudio, se dispondrá de un instrumento válido para explorar e identificar las percepciones que la persona tiene de dichas enfermedades lo cual permitirá el desarrollo de intervenciones que tengan en cuenta y modifiquen la representación cognitiva y la respuesta emocional a la misma, disminuyendo dificultades en su manejo y tratamiento.

**Financiación.** FIS (PI031649).

**Aspectos éticos.** El protocolo ha sido autorizado por el CEIC de la Fundación Jordi Gol i Gurina.

### P325 EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES GRUPAL E INDIVIDUAL AVANZADAS EN EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Ramos Monserrat, B. Puig Valls, D. Medina Bombardo, I. Hidalgo Campos, J. Rezola Gamboa y R. Duro Robles

Atención Primaria de Mallorca. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: bpuig@ibsalut.caib.es

**Objetivos.** 1) Comparar la efectividad de las intervenciones avanzadas grupal (IG) e individual (II) en el abordaje del tabaquismo en atención primaria. 2) Conocer si en la IG existe un efecto positivo añadido debido al grupo y, si existe, caracterizarlo. 3) Conocer las ventajas e inconvenientes que los participantes atribuyen a cada intervención.

**Métodos. Diseño.** Ensayo clínico aleatorizado a nivel individual.

**Emplazamiento.** Muestra intencional de centros de salud.

**Sujetos.** Fumadores de > 5 paquetes-año o niveles de monóxido de carbono > 15 ppm, preparados para dejar de fumar. Se excluirán los menores de 18 años, los terminales y determinados problemas mentales.

**Muestra.** Si asumimos unas pérdidas del 30% de sujetos que no completarán las intervenciones, más un 10% para poder realizar un análisis multinivel, el número de sujetos por grupo de intervención deberá ser de 279, siendo el total de la muestra de participantes al estudio de 837.

**Intervenciones.** Los participantes serán asignados aleatoriamente a: 1) IG; 2) II ó 3) Intervención breve o grupo control (GC). Por intervención avanzada se entiende la utilización conjunta de consejo, manuales de autoayuda, posibilidad de tratamiento farmacológico, apoyo psicológico y seguimiento sistematizado. Tanto la IG como la II constan de 6 sesiones con periodicidad semanal, y serán realizadas por una enfermera y/o un médico.

**Medición principal.** Abandono sostenido declarado a los doce meses y confirmado mediante cooximetría.

**Mediciones secundarias.** Abandono autodeclarado y confirmado mediante cooximetría los meses 1, 2, 3, 6 y 9 y la reducción del tabaquismo si no hay abandono.

**Análisis estadística.** Por intención de tratar. Se realizará un análisis multinivel para determinar el efecto positivo añadido del grupo si se demuestra que existe.

**Limitaciones.** La aleatorización impedirá que los participantes sean tratados por "su" médico o "su" enfermera, lo que puede traducirse en resultados peores de los que se podrán obtener en la práctica.

**Aplicabilidad.** Si se demuestra mayor efectividad de la IG sobre la II, el número de fumadores que podrán beneficiarse será mayor, con un menor coste.

**Agencia Financiadora.** Fondo Investigación Sanitaria. Código: PI031648. Concedida Autorización CEIC.



dades, el control de envíos y recepciones de protocolos, establecer estrategias terapéuticas, control de la medicación a los pacientes, archivo y manejo de historias clínicas, etc. Entre las mejoras realizadas en el hardware en la última década, destacan las redes inalámbricas, capacidad de procesamiento y de almacenamiento y las pantallas de alta definición.

**Conclusión.** Sin lugar a dudas, el amplio rango de aplicaciones que permitirán estos dispositivos de computación ubicua, marcarán el desarrollo de las comunicaciones entre profesionales de la medicina, haciéndolo extensivo a sus pacientes. Todo ello supondrá un recurso adicional de gran utilidad práctica en la asistencia primaria.

### **P329 UN PORTAL ICONOGRÁFICO DOCENTE PARA LOS MÉDICOS DE FAMILIA: WWW.FOTOMEDICA.COM**

*J. Soler-González, C. Ruiz Magaz, D. Riba Torrecillas, T. Rodríguez-Rosich, P. Santafé Soler y J. Soler-Balaguero*

ABS Balafia-Secà-Pardinyes. Lleida. Cataluña.  
Correo electrónico: jorgesoler@comll.es

**Objetivos.** Creación de una página Web para ofrecer: 1. Biblioteca fotográfica de imágenes digitales susceptibles de interés docente. 2. Selección de material científico para la revisión de artículos relevantes. 3. Un caso clínico cada mes. 4. Dar accesibilidad a los conocimientos de la fotografía digital. Características a cumplir: 1. Facilitar la navegación. 2. Facilidad de enlaces. 3. Actualización de contenidos y registros diarios. 4. Asegurar la confidencialidad y anonimato de las imágenes. 5. Sistema directo de comunicación con el administrador la página vía e-mail.

**Métodos.** Se diseñaron los contenidos y forma. Se instauró con la siguiente estructura: 1. Presentación de la página. 2. Biblioteca fotografía. 3. Caso clínico del mes. 4. Fotografía digital en la consulta. 5. Guías clínicas y protocolos. 6. Recursos médicos en la red. 7. Contactos. 8. Eventos médicos y congresos. 9. Noticias de última hora.

**Resultados.** 1. Hay disponibles más de 1000 imágenes patológicas de alta resolución. 2. La actualización se está realizando de forma diaria, siendo una página dinámica e interactiva. 3. La página está recibiendo muchas visitas y colaboraciones de los médicos de familia estatales, y más aún de países sudamericanos. 4. La página ha sido acreditada con el prestigioso sello de Web Médica Acreditada del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, e internacionalmente por la Health On the Net Foundation (HONCode).

**Conclusiones.** www.fotomedica.com se está consolidando como una página docente dinámica e interactiva dirigida al médico de familia basándose en la fotografía digital como disciplina educativa.

### **P330 FORMACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR BASADA EN LA INTERDISCIPLINARIEDAD Y ORIENTACIÓN COMUNITARIA EN ARGENTINA: LA EXPERIENCIA DE UN RESIDENTE ESPAÑOL**

*E. Gavilán Moral y F. Olivero*

Unidad Docente de MFyC de Córdoba. España. Residencia Interdisciplinar de Salud Familiar de Alta Gracia. Argentina. Andalucía.  
Correo electrónico: egavilan@wanadoo.es

**Objetivos.** Conocer la experiencia docente y comunitaria del Equipo Interdisciplinario de Salud Familiar (EISF) de Alta Gracia (Córdoba, Argentina).

**Desarrollo.** Cuatro semanas de rotación por un EISF rural, marzo 2004. El modelo de EISF, experiencia piloto desarrollada en Córdoba desde el 2001, ha conseguido disminuir la desnutrición y mortandad infantil. Está compuesto por instructores y residentes de Psicología, Trabajo Social, Medicina Familiar, Enfermería, Odontología y Nutrición, integrados en Unidades de Atención Familiar y Proyección Comunitaria. El programa docente, común para todas las disciplinas, se desarrolla en tres años. El equipo realiza periódicamente reuniones interdisciplinarias para discusión de casos que requieran intervención multilateral, y para programar actividades comunitarias, docentes y de investigación. El programa del EISF se fundamenta en cuatro principios: abordaje familiar y comunitario, promoción de salud, atención continua e integral y trabajo interdisciplinario e intersectorial. La estrategia de intervención es la Programación Local Participativa (PLP), coordinada con representantes e instituciones sociales de la población a cargo. La PLP constituye un proceso continuo de diagnóstico de salud poblacional, valoración de recursos y priorización,

desarrollo de programas comunitarios y evaluación de resultados, y su objetivo es el empoderamiento comunitario. Realiza actividades como vigilancia epidemiológica, campañas de vacunación, seguimiento de grupos de riesgo (embarazadas, niños, adolescentes, etc.) y abordaje de problemas sociosanitarios prevalentes (desnutrición, alcoholismo, violencia familiar, exclusión social, etc).

**Conclusiones.** La experiencia de la rotación por el EISF permite complementar la formación en atención comunitaria, promoción de salud, trabajo interdisciplinario y valoración sociofamiliar de los problemas sanitarios, elementos esenciales del médico de familia.

### **P331 CURSO BÁSICO ON-LINE SOBRE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA**

*C. Costa Ribas, C. Viana Zulaica, C. Castiñeira Pérez, J. Ruiz-Canela Cáceres, A. Montañó Barrientos y J. Santos Lozano*

Grupo MBE Galicia. Grupo MBE de Atención Primaria de Sevilla. Galicia.  
Correo electrónico: med015179@saludalia.com

**Experiencia.** En el seno de la RED\_MBE (FIS G03/090), se plantea el desarrollo de un curso on-line para médicos sobre Medicina Basada en la Evidencia (MBE), con el objetivo de difundir los recursos que ésta aporta para la toma de decisiones en la práctica clínica.

**Descripción.** El contenido docente consta de 10 temas, en los que partiendo de escenarios clínicos, hasta su resolución, se introducen los conceptos formativos. Al finalizar cada tema existe un cuestionario de conocimientos, se puede acceder a artículos y casos prácticos comentados, enlazar directamente con las fuentes bibliográficas y consultar a las preguntas más frecuentes realizadas entre los participantes. Estos contenidos son de acceso libre desde el portal en que está publicado. Si el profesional está inscrito en el curso, puede contactar con el equipo docente y participar en el foro de debate. Para obtener los créditos de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, deberá realizar un examen final y superar el 80% de las preguntas. El curso se completa con un cuestionario, de cumplimentación voluntaria, sobre aspectos de estructura y contenido.

**Conclusiones.** 1. Se ha puesto en marcha un curso on-line sobre MBE para dar a conocer las herramientas que proporciona, para su uso en la práctica clínica. 2. El curso aporta conocimientos e intercambio de experiencias entre participantes y docentes. 3. Podremos conocer el grado de satisfacción del usuario, pero queda por desarrollar un análisis sobre la capacidad docente y la influencia que los conocimientos adquiridos tendrán en la mejora de la práctica clínica.

### **P332 CÓMO INTRODUCIR LA INVESTIGACIÓN EN EL PROCESO DOCENTE DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA**

*R. de Dios del Valle y A. Franco Vidal*

Área I y Área VIII del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Jarrío-Coaña. Asturias.  
Correo electrónico: ricardodios@telecable.es

**Objetivos.** Diseñar el aprendizaje sobre investigación de forma integrada y secuencial desde el inicio de la formación. Permitir la incorporación progresiva de conocimientos, habilidades y actitudes sobre investigación a la actividad diaria. Introducir la investigación como una etapa más del proceso de incorporación de la evidencia a la práctica clínica diaria.

**Descripción.** La docencia en investigación consistía en una intervención puntual en el tercer año. Los residentes vivían con ansiedad el proceso al ser ajeno a su actividad diaria. Descripción del nuevo proyecto: Se diseñó un proyecto docente donde la metodología de la investigación fuese una etapa de la incorporación de la evidencia a la práctica clínica. El esquema sigue el proceso de búsqueda de soluciones ante un problema surgido en la consulta: Problema-Pregunta-Búsqueda de información-Lectura crítica-Síntesis-Investigación-Presentación de resultados-Incorporación a la práctica. Las actividades docentes: De R-1: Medicina Basada en la Evidencia (10 horas), Bioestadística y epidemiología aplicada (20), Estrategias de Búsqueda de Información e Internet (10), Sesiones de Lectura Crítica (R1-R2). De R-2: Ofimática (20), Comunicación científica (5), Bioética (10). De R-3: Metodología de la investigación (20), Manejo de programas estadísticos (10); y con el desarrollo de habilidades: De R-1 se realizará una lectura crítica. De R-2: se realizará una revisión sistemática.

De R-3: Ejecución del proyecto de investigación. Serán publicados en la revista del área. Recursos: Técnicos de Salud con la implicación progresiva de los tutores.

**Conclusiones.** Este proyecto incorpora la medicina basada en la evidencia y la investigación como herramientas útiles en la práctica clínica facilitando el desarrollo progresivo de habilidades por los residentes.

### P333 PARTICIPACIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES EN LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS EN LA REVISTA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PERIODO 2003-2004

M. Ballesteros Guerrero y J. González, Lama

Unidad Docente de MFyC Córdoba Sur. Hospital Infanta Margarita. Distrito Sanitario Córdoba Sur. Cabra. Córdoba. Andalucía. Correo electrónico: dandy876@hotmail.com

**Objetivos.** Describir la autoría de Médicos Internos Residentes (MIR) en artículos publicados en la revista Atención Primaria entre Enero 2003 y Mayo 2004.

**Diseño y metodología.** Estudio transversal. Variables de estudio: participación de algún MIR, orden de autoría del MIR, ámbito de estudio y provincia de procedencia del primer autor. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, con intervalos de confianza al 95% (IC95%).

**Resultados.** 299 artículos, el 75,8% (IC 70,5-80,5) procedentes de centro de salud (CS) o unidad docente (UD). En 53 (17,7%, IC95% 13,6-22,5%) aparecía al menos 1 MIR entre los autores: de éstos, figuraba el MIR como primer autor en el 58,5% (IC95% 44,1-71,9) y en el 5,7% (IC95% 1,2-15,7) todos los autores eran MIR; de los 198 artículos realizados en CS, participó algún MIR en 32 (16,6%), así como en 8 (29,6%) de los 27 elaborados en UD. El 20,1% (IC 95% 15,7-25,1) procedían de Barcelona (3,71% MIR) y el 17,7% (IC95% 13,6-22,5) de Madrid (5,83% MIR).

**Conclusiones.** La participación de los MIR en los trabajos publicados en la revista oficial de la semFYC es baja, destacando la escasa inclusión de los mismos en artículos realizados en unidades docentes. Es esencial involucrar a los MIR en los trabajos de investigación, sobre todo en las UD, propiciando la realización de al menos una publicación durante la residencia.

### P334 RELACIÓN ENTRE EL BURNOUT Y LA CALIDAD DE LA TUTORIZACIÓN DEL RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMILIA

M. Liñán López, C. López López, I. Román Romera, N. Ortega Torres, E. Olmedo Sánchez y J. Hernández, de la Plata

Área Docente Granada Sur II. Motril. Granada. Andalucía. Correo electrónico: manlin1969@hotmail.com

**Objetivo.** Analizar la presencia de Burnout (BO) en los servicios hospitalarios por los que realiza rotación el Médico Interno Residente de Medicina de Familia y su posible relación con la calidad de la tutorización.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal realizado en Mayo 2004.

**Ámbito de estudio.** Hospital de ámbito comarcal, con labor docente para Medicina de Familia.

**Sujetos.** Facultativos de servicios hospitalarios con acción tutorial de M.I.R. de 1º y 2º año de Medicina de Familia.

**Medición e intervención.** Cumplimentación anónima del Maslach Burnout Inventory (MBI) por parte de facultativos. Cumplen criterios de BO si en el MBI las puntuaciones son altas en las subescalas agotamiento emocional (AE) (> 27) y despersonalización (DP) (> 10) y además bajas en realización personal (RP) (< 40). Por parte de los M.I.R. se analiza el cuestionario de evaluación de la rotación, que puntúa de 0-3, 6 ítems referentes a la calidad formativa.

**Análisis estadístico en SSPS.** t de Student.

**Resultados.** Se analizan 39 cuestionarios, varones 83%. Rango de edad: 32-55 años. La media de años trabajando es 19. En el MBI la puntuación media es: AE 23,5, DP 8,9 y RP 35,8. Cumplen criterios de burnout 10 facultativos (25,64%). En relación con la hoja de evaluación del residente, de los 10 con BO, 7 facultativos pertenecen a los servicios peor evaluados por los residentes.

**Conclusiones.** Un 25% de los facultativos encuestados cumplen criterios de burnout, perteneciendo en la mayoría de los casos a servicios con evaluación deficiente por parte de los residentes. Destaca en general una baja puntuación en capítulo de realización personal.

### P335 DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO ACTUAL DEL ASMA EN CINCO ÁREAS ESPAÑOLAS DEL ESTUDIO EUROPEO DEL ASMA (ECRHS II)

M. Estévez Escobar, J. Gómez Martínez, F. Fernández Rosillo, J. Pérez Parras, E. Almar Marqués y J. Martínez Moratalla

Hospital General de Albacete. Albacete. Castilla-La Mancha. Correo electrónico: mamer\_est@ole.com

**Introducción.** El estudio europeo de salud respiratoria (ECRHS) se inició en 1991 como respuesta al aumento de la prevalencia de asma detectado en todo el mundo. Con la participación de 56 centros de 25 países se recogió información sobre 140.000 individuos, para conocer la prevalencia, los factores de riesgo asociados y las diferencias en el tratamiento del asma. Cinco centros españoles participaron en este estudio. En 2000 se inició ECRHS II, que consiste en un seguimiento prospectivo a 9 años.

**Objetiva.** Describir la situación actual del tratamiento en los individuos con diagnóstico médico de asma, pertenecientes a la muestra española del ECRHS II.

**Metodología.** Se seleccionaron los 227 individuos con diagnóstico médico de asma en la muestra española del ECRHS II. La información sobre el tratamiento seguido en los 12 meses previos se obtuvo con un cuestionario diseñado para el ECRHS I, adaptado a las características actuales del tratamiento.

**Resultados.** La prevalencia actual de asma diagnosticada por el médico en la muestra fue de 5,8% (IC 95%: 4,7%-7,2%). 78 (34%) pacientes no recibían ningún tratamiento. 66 (19%) recibían tratamiento con xantinas. 87 (38%) recibían corticoides inhalados. 22 (10%) pacientes tomaban corticoides orales de forma ocasional o permanente. 49 (22%) pacientes contaban síntomas de asma a pesar de estar recibiendo algún tratamiento.

**Conclusiones.** La tercera parte de los individuos con diagnóstico médico de asma no han seguido tratamiento en los últimos 12 meses. Hay muchos individuos que siguen como único tratamiento broncodilatadores b2 y/o xantinas. El uso de corticoides inhalados es bajo. La mayoría de los sujetos no presenta síntomas.

## Sesión 4

16.00-18.00 h

### MESA 4

## Los cambios en la práctica clínica: reflexiones sobre cómo mejorar la asistencia a los pacientes

### P336 LA LEY DE CUIDADO INVERSO EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON HIPERCOLESTEROLEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN ESTUDIO EN UN EAP DE BURGOS

S. Andrés Muñón, J. Torres Jiménez, J. Cordero Guevara, I. Yubero Rubio y V. del Río Polo

CS Gamonal Antigua. Gerencia de Atención Primaria. Burgos. Castilla y León. Correo electrónico: jcordero@gapbu02.sacyl.es

**Objetivo.** Conocer el perfil del paciente que recibe tratamiento farmacológico hipolipemiente en el centro de salud y su grado de adecuación al riesgo cardiovascular.

**Diseño.** Estudio retrospectivo transversal.

**Pacientes.** Población de 35-65 años adscrita al centro de salud.

**Mediciones.** Se recogieron datos de historia clínica: diagnóstico, valoración de factores de riesgo y riesgo cardiovascular, tratamiento y seguimiento de los pacientes con hipercolesterolemia.

**Resultados.** De 256 pacientes con edad media de 49,69 años, y colesterol total medio de 217 mg/dl el 25,1% eran hipercolesterolémicos. El diagnóstico fue correcto en el 57,7% de estos pacientes, cuyos datos medio fueron: LDL-colesterol 192,35 mg/dl, 1,62 factores de riesgo cardiovas-

cular y riesgo cardiovascular 12,8. El 10,6% de hipercolesterolémicos seguían tratamiento con estatinas, siendo adecuado en el 59,5%. El perfil de paciente tratado fue: varón de 59,96 años, con hipercolesterolemia aislada y riesgo cardiovascular medio de 14,35. El control fue similar en los tratados (LDL 150) y no tratados (159,83) farmacológicamente, mejor en los de riesgo bajo (156,37) que en los de alto (160) y más adecuado en prevención primaria (65,1%) que en secundaria (50%), en los que ningún paciente alcanzó cifras de LDL-colesterol inferiores a 100 mg/dl.

**Conclusiones.** Se observa inadecuación en el diagnóstico, incluso en pacientes que reciben fármacos (59,3%), así como una discordancia entre la necesidad de tratamiento y control y su aplicación, con tendencia a sobretreatar (33,3%) y controlar a los de riesgo bajo (78,3%) e infratreatar (40%) y no controlar a los de riesgo alto (50%).

### P337 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA DEMORA DE ENTRADA EN DOS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA, MANTENIENDO EL TIEMPO DE PERMANENCIA EN LAS CONSULTAS

J. Martínez Lozano y M. Estrada Malla

CS Abran (GAP Murcia). Abran. CS Mazarrón (GAP Cartagena). Mazarrón. Murcia.

Correo electrónico: gloriayjose@terra.es

**Objetiva.** Mejorar la proporción de pacientes programados y a demanda que se atienden con una demora menor de 20 minutos (criterio 1) y la proporción de pacientes que se atienden en más de cinco minutos (criterio 2) en dos consultas de Atención Primaria de dos Centros de Salud. **Material y métodos.** Evaluamos la proporción de la población de pacientes que cumplían ambos criterios por separado desde el 15 al 30 de junio de 2003, e implantamos un programa de mejora de calidad consistente en dejar sin citas un espacio de media hora a mitad de mañana alargando media hora las citas al final de la mañana. Comprobamos si esa proporción había mejorado del 1 al 15 de octubre.

**Resultados.** Durante el primer periodo el 19,7% de los pacientes esperaban menos de 20 minutos (criterio 1) y el 46,8% eran atendidos en más de cinco minutos (criterio 2). Tras la implantación del plan de mejora el 29,6% cumplieron C1 y el 47,6% cumplieron C2, lo cual supone una mejora relativa ajustada al distinto tamaño de las poblaciones (854 pacientes en el primer periodo y 834 en el segundo periodo) del 12,3% para C1 ( $p < 0,001$ ) y del 1,5% para C2 ( $p$  no significativo).

**Conclusiones.** Gracias a la ausencia de citas durante media hora, conseguimos acortar el tiempo de espera en las consultas de manera significativa, aunque esta medida, si bien no acortó el tiempo de atención a cada paciente, tampoco consiguió que una mayor proporción de ellos fuesen atendidos durante más de cinco minutos.

### P338 PACIENTE INMIGRANTE: PROPUESTA DE REGISTRO DE DATOS

M. Liñares Paz, G. García Álvarez, y A. Arias Esteso

CS Federica Montseny. Madrid.

Correo electrónico: melipa@inicia.es

**Objetivos.** Ante el incremento de pacientes inmigrantes en nuestras consultas y sus peculiaridades hemos visto la necesidad de establecer un sistema de registro para el EAP en el que agrupar las actividades realizadas en función de la pertenencia al colectivo inmigrante.

**Descripción.** Para ello hemos establecido un episodio específico de OMI. Dentro de la CIAP seleccionamos el código Z 03: migración social. Posteriormente modificamos el literal eliminando la palabra social y añadiendo país de procedencia y número de convivientes (datos básicos que así presentarán fácil acceso). Por último hacemos coincidir la fecha de creación del episodio con el año de llegada a España y codificamos como "reservado" para preservar la confidencialidad de estos datos en documentos emitidos por el programa OMI. Además hemos creado un protocolo para adultos de OMI para el EAP para facilitar el recordatorio y registro de los datos fundamentales de la anamnesis, exploración y pruebas complementarias que se realizan en función de su pertenencia al colectivo inmigrante: 1. Anamnesis: País, año de llegada, idioma, convivientes, vacunación, cosanguinidad, viajes a país de origen. 2. Exploración: Datos generales y peculiaridades.\* Pruebas complementarias prioritarias: PPD y radiografía de tórax si procede. Si origen Sudeste de Asia o África subsahariana serología de VHB, VHC, VIH y luética. 3. Pruebas complementarias a valorar: Hemograma, bioquímica, orina, parásitos en heces, gota gruesa y filarias.

**Conclusiones.** La población inmigrante ha supuesto un gran impacto en las consultas y por sus peculiaridades resulta difícil la implementación de actividades preventivas y de promoción de la salud. Un sistema de registro facilita la realización y seguimiento de dichas actividades.

### P339 MEJORA DE LA ATENCIÓN A PACIENTES DEPRESIVOS: HACIA LOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

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

CS El Palo. Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga.

Andalucía.

Correo electrónico: franciscam@supercable.es

**Objetiva.** Evaluar la calidad del proceso de atención prestada a pacientes depresivos en atención primaria, bajo orientación de Procesos Asistenciales Integrados.

**Diseño.** Descriptivo transversal. Evaluación interna cruzada.

**Emplazamiento.** Centro de salud urbano.

**Sujetos de estudio.** Pacientes diagnosticados de depresión (código CISAP = p76) septiembre 2003 (N = 1574). Muestreo aleatorio sistemático a = 0,05, potencia 0,95 n = 138.

**Metodología.** Variables: sexo, edad, presencia de: ansiedad, síntomas somáticos, acontecimientos vitales estresantes (AVE), duelo; número consultas médicas/año, toma benzodiacepinas, derivación salud mental. Dimensiones evaluadas: calidad científico-técnica, continuidad, accesibilidad, adecuación. Tipo datos de proceso. Criterios explícitos normativos (bajo orientaciones Proceso Asistencial Integrado "Depresión-Ansiedad-Somatizaciones"): 1) Indicación de tratamiento antidepressivo; 2) Duración tratamiento antidepressivo > 6 m; 3) Valoración riesgo suicida; 4) Intervención no farmacológica, 5) Participación enfermería y/o trabajadora social. 6) Ausencia de sesgos de género en criterios (prueba t variables cuantitativas. Chi2 variables cualitativas, a = 0,05).

**Resultados.** Mujeres 79,9%, edad 51,96 +/- 1,36. Ansiedad 46,8%, somatización 49,6%, AVE 40,3%, duelo 10,8%. Número de consultas médicas anual de 9,4 +/- 0,58. Toman benzodiacepinas 64%. Derivación Salud Mental 36,7%. Cumplimiento criterios: 1) Tratamiento antidepressivo 79,9%. 2) Duración tratamiento antidepressivo 12,57 meses +/- 1,21. Tratados durante al menos de 6 meses 69,1%. 3) Valoración riesgo suicida 12,2%. 4) Intervención no farmacológica 29,5%. 5) Valoración por enfermería 8,6%, trabajadora social 13,7%. 6) No existen diferencias significativas entre mujeres y varones en ninguno de los criterios.

**Conclusiones.** El paciente depresivo es mujer, edad media con ansiedad y somatización, hiperconsultadora y en tratamiento con antidepressivos y benzodiacepinas. Se instaura tratamiento antidepressivo durante tiempo suficiente, el riesgo suicida es infrecuentemente valorado y son escasas las intervenciones no farmacológicas y la participación de otros profesionales. No parece existir sesgo de género.

### P340 MEDIDA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN POR PROCESOS DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN CENTRO DE SALUD

A. Ortiz Carrellán y G. Llitas Fleixas

CS La Candelaria. Sevilla. Asturias.

Correo electrónico: aortizcarrellan@wanadoo.es

**Objetivos.** Evaluar el grado de aplicación de las recomendaciones aportadas por la Guía de Procesos Asistenciales para el manejo del paciente con insuficiencia cardiaca (IC) en atención primaria (AP\*). Conocer el perfil del paciente con IC en nuestra área de salud.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Selección y estudio de todos los pacientes mayores de 45 años con IC pertenecientes a nuestro centro de salud. Revisión sistemática de historias clínicas (H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>).

**Resultados.** Revisión de 8925 H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>. Obtuvimos 202 pacientes con IC (1% de la población total de nuestro centro y 8% de los mayores de 75 años). El 66% eran mujeres. La edad media fue 75 ± 10 años. El 64% estaban en clase funcional (CF) II y un 20% en CF III. El 40% tenía algún ingreso previo por IC. El factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión arterial (85%). La etiología global más frecuente fue la cardiopatía hipertensiva (42%) predominando en hombres la cardiopatía isquémica. La función ventricular se valoró al 67% de los pacientes. El 85% de los pacientes tomaba IECAs y 44% betabloqueantes. El 36% presentaba fibrilación auricular.

cular crónica, de los que 54% estaban anticoagulados. La presencia de contraindicaciones a los tratamientos descritos era de 7%, 20% y 33% respectivamente. Un 53% de los pacientes eran polimedrados (más de 5 fármacos). El 75% seguían los controles periódicos indicados por su médico de AP<sup>3</sup>. La mortalidad en el año de estudio fue del 4%.

**Conclusiones.** La IC es un problema muy prevalente en las consultas de AP<sup>3</sup>, con especial incidencia en nuestros mayores. La atención a pacientes con IC alcanza altos niveles de calidad a pesar de las limitaciones existentes en AP<sup>3</sup>.

### P341 PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN EN UN CENTRO DE SALUD

A. León Estella y M. Carasol Ferrer

CAP Torredembarra. Torredembarra. CAP Calafell. Calafell. Cataluña.  
Correo electrónico: mcarasol@terra.es

**Introducción.** El Pla de Salut de Catalunya contempla una reducción de la mortalidad por cardiopatía isquémica en los próximos años, optimizando recursos existentes, mejorando la accesibilidad a servicios sanitarios especializados, incidiendo de forma más eficaz sobre el control de los diferentes factores de riesgo cardiovascular. Dentro de estas estrategias se propuso crear una consulta específica de hipertensión arterial (HTA), en nuestros centros de salud, para así tener un control más exhaustivo del paciente hipertenso.

**Objetivos.** Mejorar el control de la HTA de nuestros pacientes. Establecer una relación entre primaria y especializada que permita tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas desde primaria. Crear un marco referencial sobre HTA dentro de los equipos de primaria.

**Recursos.** Un médico y una auxiliar que dedican 3 horas a la semana. Equipo de medida de presión arterial (PA). Equipo de MAPA (monitoreización ambulatoria de PA). Historia clínica informatizada. Conexión a Internet. Contacto directo con cardiólogo de referencia mediante teléfono /e-mail y sesiones conjuntas periódicas.

**Funcionamiento.** Desde hace 2 meses y, tras adaptar dietarios, mediante un circuito previamente establecido en cada centro, un profesional de primaria puede derivar a esta consulta de HTA a sus pacientes que cumplan criterios\*. Desde esta consulta se historia y se explora al paciente, se solicitan pruebas, se colocan MAPA, se interpretan resultados y se emiten informes al resto de compañeros ó bien, se realiza tratamiento, control y seguimiento, si es así como se nos ha solicitado.

**Conclusiones.** Hemos conseguido una coordinación con el nivel especializado desconocida hasta ahora. La aceptación por los profesionales de nuestros centros es muy satisfactoria y esperamos que igualmente lo sea por los pacientes.

### P342 MEJORA DE LA ASISTENCIA AL INFORMATIZAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD

D. Ollé Marras, A. Brau Tarrida, B. Port Gimeno, S. Calvet Junoy, C. Pareja Rossell y J. Davins Miralles

CS La Mina. SAP Sant Martí. ICS. Sant Adrià de Besòs. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: jdavinsm@papps.org

**Objetivo.** Establecer un sistema de información y comunicación interno (SICI) aprovechando la red informática del centro de salud (CS) que aporte una mejora organizativa y asistencial.

**Descripción del proyecto.** Los profesionales y el grupo de calidad del CS, realizaron brainstorming sobre el beneficio de un "sistema de comunicación a través de la red", priorizándose las siguientes utilidades: Comunicación interna: agilizar circuito de notificaciones (mantenimiento, suministro, incidencias, oportunidades de mejora, reclamaciones). Información periódica: publicación de revista interna, sesiones, cursos, formación, listas de espera, actas de reuniones. Información estable sobre procedimientos: procesos: manual de procedimientos, circuitos, normativas (ambulancia, taxis, libre elección de médico, catálogo de prestaciones); clínicos: guías práctica clínica, protocolos, textos de referencia; estratégicos: misión, líneas estratégicas, objetivos y resultados (contrato programa). Acceso a información i comunicación externa: Hipervínculos a páginas oficiales sanitarias, revistas científicas (biblioteca digital de la institución), comité evaluador de medicamentos, cursos, correo externo. Material para pacientes y mejora asistencial: material de educación sanitaria para pacientes, voluntades anticipadas, derechos y deberes. Horarios, listas de espe-

ra. Alertas: Mediante correo interno activado automáticamente al acceder al programa informático, el profesional recibe aviso de actualizaciones e informaciones urgentes.

**Situación actual del proyecto.** Se ha creado una comisión multidisciplinar encargada de implementar la documentación así como su actualización periódica. Se han iniciado algunas de las utilidades: comunicación interna/externa, acceso a información externa, material para pacientes y alertas.

**Conclusión.** Un buen SICI, que aprovecha las nuevas tecnologías, puede mejorar la organización de un EAP y la asistencia a los pacientes.

### P343 TALLER DE REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR (RCP) EN LOS INSTITUTOS: UNA ACTIVIDAD COMUNITARIA

F. Bobé Armant, J. Amigó Fernández, M. Buil Arasanz, M. Pérez Pérez, M. Maxenchs Esteban y A. Allué Buil

ABS Salou. Salou. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: fbobe.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos.** Realizar un taller de RCP básica en el instituto como actividad comunitaria y analizar la posterior adquisición de conocimientos.

**Diseño.** Estudio Descriptivo Prospectivo mediante técnica "antes-después".

**Mediciones e intervenciones.** Estudiantes de la asignatura optativa de salud del instituto del pueblo. Se realizó un test de 15 ítems (3 posibles respuestas cada uno, una verdadera), en las que se valoró los conocimientos sobre actuación básica en emergencias (6 ítems), reconocimiento de la situación de parada cardio-respiratoria (PCR) (5 ítems) y técnica de RCP básica (4 ítems). Posteriormente se realizó un taller de RCP por personal sanitario de nuestro centro, y a los 2 meses se volvió a pasar el test. Se realiza estadística descriptiva y pruebas no paramétricas para comparación de porcentajes, considerando significativa si  $p < 0,05$ .

**Resultados.** 23 individuos, 14 mujeres (60,87%) y 9 hombres (39,13%). Edad media 17,04 años (16-19 a). Total respuestas positivas: 170/345 (49,3%) pre-taller y 211/345 (61,2%) post-taller ( $p < 0,05$ ); Por bloques: Emergencias: 60/138 (43,48%) Pre y 66/138 (47,83%) Post; Reconocimiento PCR: 43/115 (37,39%) Pre y 77/115 (66,96%) Post ( $p < 0,05$ ); Técnica RCP: 50/92 (54,35%) Pre y 63/92 (68,48%) ( $p < 0,05$ ). 100% respuestas positivas post-taller en 2 ítems básicos de las emergencias y RCP: secuencia RCP y posición de seguridad. Mejora resultados evaluación final de la asignatura de salud.

**Conclusiones.** Los conceptos impartidos han obtenido una significativa mejora en la respuesta de los alumnos. Experiencia positiva del programa piloto de taller de RCP en los institutos. Voluntad por ambas partes de aumentar el número de alumnos en ediciones sucesivas.

### P344 SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C EN UN CENTRO DE SALUD

B. Colom Oliver, M. de Vicente-Tutor Alemán, A. Rosselló Riera, A. Fe Pascual, A. Gómez Nadal y M. Bosch López

CS Coll d'en Rabassa. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: arosselloriera@bsalut.caib.es

**Objetivos.** Caracterizar el proceso de diagnóstico, seguimiento, prevención secundaria y terapéutica aplicada a pacientes con hepatitis C y contrastarlo con las Recomendaciones SEMFYC.

**Diseño.** Descriptivo

**Ámbito de estudio.** Centro de salud docente semiurbano de Mallorca.

**Sujetos.** Población del centro identificada como VHC+, desde el registro del Servicio de Microbiología de referencia, desde enero 1988, hasta abril 2003.

**Mediciones.** A partir de la historia clínica se recogieron variables epidemiológicas, de seguimiento, prevención secundaria y tratamiento en una hoja de registro.

**Resultados.** Se identificaron 457 serologías, descartándose 191 repetidas, 54 de pacientes perdidos y 54 de éxitos. Se revisaron 158 historias, el diagnóstico constaba en el 80,4%. El 33,5% eran mujeres y el 66,5% hombres, con una edad media de 46,3 años. El 43% habían sido ADVP y el 12,7% transfundidos previamente. El 41,8% consumía alcohol, no constaban datos en el 26,6%. El 86,3% tenían solicitadas serologías VHB, vacunados, el 29,8% de los seronegativos. Al 57,3% se les solicitó serología para VIH. El 4,4% tenía cirrosis. El 85,2% de las determinaciones de Alfa-fetoproteína, se solicitaron a pacientes sin cirrosis. Durante los últi-

mos 2 años de seguimiento al 28% no se le solicitó analítica y el 66,5% no tenía ecografía. Fueron derivados al especialista el 46,8%, de los cuales recibieron tratamiento el 27,9%.

**Conclusiones.** Desde atención primaria se tiene conciencia de la enfermedad por virus hepatitis C, pero el seguimiento del paciente es mejorable de acuerdo con las Recomendaciones SEMFYC.

### P345 USUARIOS QUE CONSULTAN FUERA DE AGENDA: CUÁNTOS SON, CÓMO SON Y QUÉ ES LO QUE QUIEREN

C. Mallorquí Bertrán, M. Adroher Muñoz, J. Agustí Corredor, A. Comerma Méndez, M. Mas Marquès y J. Buñuel Álvarez

ABS Girona-4. Institut Català de la Salut. Girona. Cataluña.  
Correo electrónico: jrcristobal@wanadoo.es

**Objetivos.** Determinar la prevalencia y características de los usuarios "fuera de agenda" (UFA).

**Diseño-metodología.** Estudio descriptivo transversal y de evaluación de la calidad.

**Emplazamiento.** Atención Primaria.

**Muestra.** 1.119 UFA mayores de 15 años. Se entiende por UFA aquella persona que reclama atención inmediata por parte del equipo de atención primaria (AP) cuando la agenda está llena.

**Variables.** Edad, sexo, día semana, hora de llegada al centro, hora de valoración, situación laboral, diagnóstico, motivo consulta (objetiva, subjetiva, emergencia, autogenerada), domicilio, consulta telefónica.

**Estadística.** Descriptiva, Intervalos de Confianza 95% (IC 95%); regresión logística: Odds Ratio (OR).

**Resultados.** Prevalencia UFA: 29,9% (IC 95%: 28%-31%); sexo: mujeres: 52,6%; edad media: 45 años; estudios: secundarios-superiores, 33,1%; situación laboral: activa: 59,2%; principal motivo consulta: Actividad administrativa (40,4%); valoración motivo consulta: objetiva: 19%; subjetiva: 74,4%; hora de llegada: El 40% acuden al centro antes de las 11:30 horas. El 90,8% de los UFA fueron atendidos en el centro de salud, el 7,6% por teléfono y 1,6% a domicilio. La consulta administrativa (OR: 8,3, IC 95%: 5,4-12,8), la telefónica (OR: 2, IC 95%: 1,1-3,7) y la edad superior a 46 años (OR: 1,52, IC 95%: 1,13-2,04) estaban relacionadas con la subjetividad de la consulta. La consulta domiciliaria (OR: 0,16, IC 95%: 0,052-0,52) estuvo relacionada con la objetividad de la consulta.

**Conclusiones.** La alta prevalencia de UFA interfiere en el funcionamiento de las consultas de AP. La actividad administrativa y las consultas telefónicas contribuyen a esta elevada prevalencia. Se ha puesto en marcha un programa de medidas correctoras para corregir esta situación.

### P346 LA ADHERENCIA A UN PATRÓN DIETÉTICO MEDITERRÁNEO SE ASOCIA A MENORES NIVELES DE MOLÉCULAS INFLAMATORIAS EN SANGRE CORONARIA

M. Serrano Martínez, M. Palacios Sarrasqueta, M. Prado Santamaría, E. Martínez Losa, J. Martínez Hernández y M. Martínez González

CS de Azpilagaña. Servicio de Bioquímica del Hospital de Navarra. Departamentos de Epidemiología y Salud Pública y Nutrición de la Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: mserranm@nacomb.es

**Objetivo.** Investigar si la adhesión a un patrón de dieta mediterránea protege de la inflamación vascular coronaria.

**Método y diseño.** Estudio observacional transversal. Se determinaron en sangre de seno coronario de 24 pacientes con angina inestable las concentraciones del factor de necrosis tumoral (TNF) y de la molécula de adhesión vascular (VCAM-1), en ausencia de signos de necrosis miocárdica ni de inflamación periférica. Se cuantificó un índice global de dieta mediterránea mediante cálculo de quintiles de ingesta, ajustada por energía, de verdura, fruta, pescado, aceite de oliva, fibra, cárnicos, y la suma de pan blanco, arroz blanco y pasta, y el alcohol en gramos. Se sumaron los quintiles de cada paciente (directamente excepto los asociados con mayor riesgo, cárnicos y carga glicémica, que se invirtieron) con un intervalo posible de 8 a 40 puntos. Se analizaron las asociaciones estadísticas mediante modelos de regresión múltiple entre el índice dietético y las concentraciones de VCAM-1 y TNF.

**Resultados.** Ambas moléculas mostraron una asociación inversa con el índice de dieta mediterránea. Con la concentración de TNF como variable

dependiente, ajustando por edad, sexo, índice de masa corporal y número de factores de riesgo (tabaco, hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes), el beta fue -41,6 pg/ml (intervalo de confianza al 95%, IC95%: -76,2 a -7,1; p = 0,021). Para VCAM-1 los resultados fueron similares (beta = -0,64 ng/ml; IC95%: -63,5 a -6,7; p = 0,018).

**Conclusión.** La adherencia a la dieta mediterránea reduce en sangre coronaria la concentración de moléculas relacionadas con la inflamación vascular. Esta podría ser una explicación de la protección cardiovascular atribuida a la dieta mediterránea.

### P347 RELACIÓN CON ATENCIÓN ESPECIALIZADA. ¿INTERCONSULTA O DERIVACIÓN?

S. Vilalta García, R. Morales Mora, C. Ortúzar Amestoy, C. Pino Mateos, C. Falco Mayor y J. Segura Martínez

CS de Vinaròs. Vinaròs. Castelló. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: susvilalta@hotmail.com

**Introducción.** La relación con Asistencia Especializada (AE) se basa en la "Hoja de InterConsulta" (HIC). Este estudio pretende conocer como se refleja en la Historia Clínica de Atención Primaria (HCAP) la respuesta tras una HIC.

**Material y método.** El Centro de Atención Primaria, atiende 28.000 habitantes (11 cupos de MFYC y 3 de Pediatría). Realizamos un estudio descriptivo-retrospectivo de HIC cursadas durante noviembre/2003 por cinco médicos y un pediatra, con consulta informatizada (Sistema SiapWin). De 316 HIC cursadas se excluyen: 2 pacientes que fallecen antes de la visita y 3 por Traslado (N = 311). Variables a estudio: registro de respuesta en HCAP, características del registro y relación con la especialidad.

**Resultados.** De 311 HIC cursadas se hallan 92 referencias en la HCAP (29,58%). De 92 referencias: a) 61 (66,30%) son alta por AE, en estas consta: comentario breve 35 (38,04%) y comentario y tratamiento indicado 26 (28,26%). b) 31 (33,70%) siguen control por AE, en estas consta: sólo referencia a la visita 6 (6,52%), referencia y tratamiento indicado 6 (6,52%) e información del especialista sin indicar tratamiento 19 (20,65%). Las especialidades con mayor número de HIC son Oftalmología, Traumatología y Dermatología. Constan mayor número de respuestas de Medicina Interna, Pediatría y Cardiología.

**Conclusiones.** A los 6 meses de admitida una HIC, en menos de un tercio de los casos encontramos referencia en la HCAP. Aún cuando se registra la respuesta, escasamente se hace referencia al tratamiento marcado por AE, dato especialmente útil si el control debe seguirse en Primaria. Las especialidades con mayor número de respuesta, no son las que reciben más interconsultas.

### P348 IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Arévalo Geniçó, M. Sánchez Junyent, A. Franco Murillo, J. Picó Font, A. Casasa Plana y A. Gaspà Gamundi

CAP Valldoreix. Sant Cugat del Vallès. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 31393afm@comb.es

**Objetivos.** Implantación de un programa de cirugía menor en atención primaria. DISEÑO: Estudio descriptivo.

**Material y métodos.** La cirugía menor (CM) incluye todos aquellos procedimientos que aplican técnicas quirúrgicas sencillas de corta duración, sobre tejidos superficiales, con escasos riesgos y complicaciones. A finales de 2002 implantamos en nuestra ABS (65000hab), un programa de CM con el objetivo de acercar el servicio a la población, descentralizar servicios, llevar la CM a su nivel asistencial adecuado, dotar al médico de familia de mayor capacidad resolutoria (atención integral) y descongestionar la lista de espera.

**Resultados.** Mostramos ventajas e inconvenientes para el sistema de salud, usuarios y profesionales (inversión en equipamiento y formación, riesgo de abuso de un servicio más accesible, aumento en niveles de responsabilidades del profesional), y presentamos soluciones a esos inconvenientes. Definimos una cartera de patologías asumibles y unas contraindicaciones. Planificamos la implantación del proyecto en cuatro fases (estudio previo, prueba piloto, implantación y desarrollo) en las cuales proponemos la formación necesaria y como conseguirla de una manera eficiente, tanto médicos como enfermería, la integración con otros servicios (der-

matología, anatomía patológica, cirugía), todos los procesos de los agentes implicados en la CM. Describimos la dotación básica de una sala quirúrgica en un centro de salud, y su coste, así como la amortización por intervención, teniendo en cuenta gasto personal, material fungible, esterilización, etc. Proponemos siete indicadores de calidad de la CM en atención primaria (AP).

**Conclusiones.** Demostramos que la CM en AP es factible y costo-efectiva a nivel médico, y satisfactoria a nivel del usuario.

### P349 USO DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL AÑO PREVIO A LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

B. Mañé Vèlilla, A. Camps Caldudch, A. Gaspà Gamundi, A. Casasa Plana, C. Bistuer Mallén y N. Giménez Gómez

CAP Sant Cugat del Vallès. Sant Cugat del Vallès. Barcelona. Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: agatacamps@scmfic.org

**Objetivo.** Analizar el uso del Centro de Atención Primaria que realizan las víctimas de violencia doméstica en el año previo a la detección de la misma.

**Diseño.** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Metodología.** En la totalidad de la población del Centro de Atención Primaria se han detectado 37 casos. Se han analizado el número de visitas, los servicios solicitados, los motivos de consulta, los tratamientos y las interconsultas a otros servicios.

**Resultados.** Los resultados muestran que 17 (46%) pacientes visitaron el centro más de 10 veces en el último año, y 3 (8,1%) realizaron más de 30 visitas, cuando el rango anual oscila entre 6-9 visitas. Los servicios más demandados fueron el médico de familia (47%) y urgencias (15%). Los motivos por los que consultaron fueron 43% diversos, 17% traumáticos, 17% administrativos, y 14% de trastornos del ánimo e insomnio. No se realizaron interconsultas a otras especialidades en 20 (54%) pacientes. Las interconsultas más frecuentes realizadas fueron psicología (13%), psiquiatría (11%) traumatología (5%) y ginecología (5%). Del total de pacientes, 30 (81%) tomaron algún fármaco en el último año, destacándose ansiolíticos (57%), AINE (57%), antidepresivos (35%) y hipnóticos (11%).

**Conclusiones.** El médico de familia es fundamental en la detección de violencia doméstica dado que el paciente acude reiteradamente a su consulta. Asimismo se detecta un importante consumo de psicofármacos que pueden mermar la capacidad de reacción de las víctimas.

### P350 ¿PODEMOS ASUMIR EL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN UNA ÁREA BÁSICA DE SALUD RURAL?

M. Rabadà Quilez, M. Cots Gassó, J. Valero Sales, E. Albalat Balaguer, T. Roxa Ramón y M. Zafra Sánchez

ABS La Selva del Camp. La Selva del Camp. Tarragona. Cataluña. Correo electrónico: mcots@grupsgassesa.com

**Objetivos.** 1. Crear consulta control anticoagulación oral. 2. Crear protocolo. 3. Captar el 100% de pacientes en tratamiento. 4. Informar a pacientes y familiares. 5. Evaluar control óptimo Ratio Internacional Normalizado (INR).

**Material y métodos.** 1. Formación del personal en servicio de Hematología. 2. Captación de pacientes. 3. Creación del protocolo y validación con servicio de Hematología. 4. Programa informático de registro. 5. Tríptico informativo para pacientes y familiares. 6. Selección de determinaciones en tres meses (1-6-03/31-8-03; n = 70), estudio del % de valores INR en márgenes aceptables: estudio descriptivo transversal.

**Resultados.** Noviembre '02: organización consulta. Enero '03: presentación protocolo y tríptico; captación del 100% de pacientes (n = 31). Febrero '03: validación protocolo e inicio consulta. El % de determinaciones en rango aceptable del INR en los tres meses fue 62,0%.

**Conclusiones.** 1. La creación de la consulta disminuye la presión asistencial del servicio de Hematología. 2. La consulta establece un vínculo de confianza con alta implicación de los pacientes en su tratamiento. 3. El protocolo facilita y unifica pautas en las técnicas de análisis y criterios de control. 4. Podemos asumir el control de pacientes anticoagulados, ya que obtenemos unos resultados de control satisfactorios, y también mejora su calidad de vida al no tener que desplazarse fuera del núcleo rural.

### P351 CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

E. Fernández Romero, R. Romero de Castilla Gil, R. Espino Pérez, M. Castellanos Ortega, M. Aguilera Peña y M.D. Pablo Vázquez

Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén. Andalucía. Correo electrónico: efernandez@epha.es

**Objetivos.** Analizar los casos de violencia doméstica atendidos en Urgencias de un hospital comarcal y describir las variables socio-demográficas de las víctimas.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo mediante recogida sistemática y consecutiva de casos del 15 de Abril de 2003 al 15 de Abril de 2004.

**Resultados.** Durante este periodo se atendieron 55 casos de maltrato (tres víctimas en dos ocasiones). La edad media es de 34,91 con límites de edad de entre 13 y 75 años. Sólo en 5 de las atenciones se trató de víctimas masculinas. Las víctimas acuden a urgencias por decisión propia en el 53% de los casos y acompañadas por la policía en el 35%. El nivel de estudios del 75% es de primarios o inferior, existiendo un 21% de analfabetos y en más del 60% no tienen trabajo (ingresos propios en el 39%). Aunque la mayor parte de las víctimas están casadas (44%), el 41% son solteras. El agresor es con mayor frecuencia la pareja de la víctima (44% cónyuge, 25% pareja de hecho o novio), manteniendo una convivencia de más de 6 años (60%).

**Conclusiones.** Las víctimas de los malos tratos atendidas son en su enorme mayoría mujeres casadas de edad media. El nivel cultural bajo y la ausencia de recursos son frecuentes. Los malos tratos en un alto porcentaje ocurren en modelos de pareja distintos al tradicional, aunque son relaciones de larga duración.

### P352 ESTUDIO DE INTERVENCIÓN EN EL PIE DE RIESGO EN DIABÉTICOS

B. Romero Blanco, A. Morón Contreras, J. Castillo Barrera, M. Angulo Florenço, P. Romero Blanco y L. Marín Pérez

CS de Gibraltar. Huelva. Unidad Docente de MFyC de Huelva. Huelva. Andalucía.

Correo electrónico: udhuelva@tiscali.es

**Objetivos del estudio.** Exploración y clasificación clínica de los pies de los diabéticos y comprobar la efectividad de las normas de higiene correcta para prevenir el pie diabético.

**Diseño.** Estudio de intervención antes y después sin grupo control.

**Población.** 62 diabéticos pertenecientes a un cupo médico, seleccionados por consulta a demanda incluyendo aquellos que accedían a revisión de los pies mediante consulta programada.

**Metodología.** Identificar pie de riesgo, valorar las normas de auto cuidado y evaluar el seguimiento de las medidas higiénicas para prevenir el pie diabético en un periodo de 3 a 6 meses.

**Análisis.** Test Ji-cuadrado para proporciones, t-Student para medias.

**Resultados.** La lesión más frecuente encontrada fue la Queratosis 59,7% y la deformidad más frecuente el hallux valgus 16,1%. Tras valoración el 62,9% eran pies de riesgo y el 58,5% llevaban calzado inadecuado. Tras información de las normas de auto cuidado, se encontró mejoría significativa en caminar descalzo del 37,1% al 14,6% (p 0,01), lavados diarios de 61,3% al 82,3% (p 0,01), examinarse los pies de 38,7% al 68,3% (p 0,003) y secado entre los dedos de 85,5% al 97,6% (p 0,043).

**Conclusiones.** Existe una alta proporción de pie de riesgo en los pacientes explorados. Hay un elevado porcentaje de prácticas de riesgo en la población de estudio, siendo la más importante el calzado inadecuado. Hemos encontrado cambios en los estilos de vida de los pacientes diabéticos, tras información sobre higiene correcta.

### P353 OTRAS OPCIONES... OTRAS PRESCRIPCIONES

R. Lucas Carrasco, R. Monteserín Nadal, A. Salvá Casanova, J. Luaces Carrasco y R. Domínguez Fernández

Institut Català de l'envelliment. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: rluacas@envelliment.org

**Objetivo.** Estudiar la calidad de vida en una población de personas mayores, y comparar aquellas personas que realizan trabajo voluntario con las que no realizan dicha actividad. Este es estudio es parte del Proyecto

WHOQOL-OLD, financiado por la CE, participan 23 países en colaboración con la OMS.

**Métodos.** Participaron 285 sujetos mayores de 59 años, de centros de atención primaria, hogares de ancianos y residencias. Los participantes completaron los siguientes cuestionarios: el WHOQOL-100 (cuestionario genérico de calidad de vida que contiene 6 áreas y 24 facetas); un módulo específico de calidad de vida para personas mayores (WHOQOL-OLD); preguntas sobre la importancia asignada a cada una de las facetas; una lista de condiciones comórbidas e información sociodemográfica, que incluía percepción de salud.

**Resultados.** De la muestra total el 56% eran mujeres, la edad media fue 73,9 años, la mitad tenían estudios primarios, 60% vivían de forma independiente en su casa. El 28,8% de sujetos reportaron realizar trabajo voluntario. Casi dos tercios se consideraban sanos a pesar de que la mayoría reportaron algún problema de salud. Las personas que realizaban trabajo voluntario presentaron, de manera significativa, puntuaciones más altas en todas las áreas y en la mayoría de facetas del WHOQOL-100, es decir, mejor calidad de vida en comparación con las que no realizaban trabajo voluntario. Asimismo concedieron mayor importancia a las facetas relacionadas con aspectos positivos.

**Conclusiones.** Prescripciones en el ámbito de la primaria deben contemplar otras áreas, detectar situaciones y fomentar aspectos positivos en los mayores.

### P354 ¿LA UTILIZACIÓN DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS MEJORA LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA?

C. Barbosa Monroy, O. Carretero Vivas, J. Fernández Sesma, L. Martín Aliaga, M. Rodríguez Novoa y M. Santiago Chia

ABS Sant Martí. Barcelona. Cataluña.

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

**Objetivos.** Conocer si hay diferencias en la calidad de vida percibida (CVP) en los pacientes que utilizan terapias complementarias.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento.** Dos centros de Salud Urbanos.

**Sujetos.** Selección aleatoria de 431 personas del total de 40.147 de la población adulta dada de alta en el registro de los dos centros.

**Metodología.** Encuesta postal sobre el uso de terapias complementarias, frecuencia, consumo de medicamentos, actividad física, cuestionario SF36 de CPV. La encuesta se envió por correo, telefoneando previamente para visar y aclarar dudas.

**Resultados.** De 431 encuestas enviadas responden 145 (33%). La media de edad de los que no responden son más jóvenes (recibidas: 53+-19, no recibidas 49+-20, p = 0,000) y hombres (recibidas 38,9% vs. no recibidas 51%). Excluidas 31 por defunción (6,5%), ingresado (3,2%) discapacitado (16,1%), no quiere (25,8%), dirección incorrecta (41,9%), desplazados (6,5%). De las 114 válidas, 37 (32,5%) han utilizado terapias complementarias: Acupuntura 27 (23,7%), Homeopatía 20 (17,5%), Curandero 9 (7,8%), Otras 14 (13%). De los encuestados que utilizan terapias complementarias encuentran mejoría 33 (47%), sin diferencias respecto a sexo, edad, consumo de medicamentos y actividad física. Los mayores, que necesitan más fármacos y caminan menos, se encuentran probablemente en el percentil 25 de la salud física percibida estandarizada para la población española (p < 0,005). No hay diferencias en el CVP en los que utilizan terapias complementarias.

**Conclusiones.** No hay diferencias en la calidad de vida percibida entre los que utilizan terapias complementarias y los que no. Se observan porcentajes de uso de terapias complementarias superiores a los descritos en la literatura. Hay que tener en cuenta las limitaciones del muestreo postal.

### P355 IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EN UNA ZONA DE SALUD

P. Tarraga López, M. Pérez Rodríguez, N. Pérez Rodríguez, M. López Cara, J. Ocaña López y M. Cerdán Oliver

CS San Lorenzo de la Parrilla. Cuenca. Zona 6 de Albacete. Castilla-La Mancha  
Correo electrónico: pitarraga@sescam.jccm.es

**Objetivo:** Conocer las lesiones susceptibles de cirugía menor más frecuente en Atención Primaria (A.P.), así como las técnicas quirúrgicas más utilizadas. Evaluar la satisfacción de los usuarios de un Programa de Cirugía menor.

**Ámbito.** Atención Primaria.

**Pacientes.** 3817 pacientes censados en la ZBS.

**Método.** Participaron 711 pacientes subsidiarios de cirugía menor en A.P. Periodo del 1 de Julio de 1998 al 1 de Julio de 2001. Se realizó una encuesta de satisfacción con 5 ítems de forma telefónica a una muestra seleccionada de forma sistemática.

**Resultados.** Fueron intervenidos 711 pacientes. 40,3% fueron hombres, la edad media fue de 53,30 años. Las lesiones más frecuentes fueron las heridas y los quistes epidérmicos (10%), seguidos de nevus melanocíticos y queratosis actínicas (5%). Los diagnósticos prequirúrgicos más frecuentes fueron los quistes (22%), dermatofibromas (14%), nevus (11%) y queratosis actínica y verrugas (10%). Las técnicas de CM más frecuentes fueron la escisión fusiforme de lesión superficial o cutánea (39%), infiltraciones (29%), suturas (10%) y cirugía de las uñas (8%). El 96,59% de los usuarios esta satisfecho de los resultados obtenidos tras la intervención de CM, el mismo porcentaje de pacientes piensa que ha sido más cómoda hacerla en su centro de salud suponiéndole un ahorro de tiempo de espera y desplazamiento. El 95,45% recomendaría la intervención en su centro de salud.

**Conclusiones.** Las lesiones susceptibles de CM en A.P. tienen una alta prevalencia en nuestro medio, siendo las heridas y quistes epidérmicos las más frecuentes. La cirugía menor en A.P. tiene un alto nivel de satisfacción en los usuarios.

### P356 COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-HOSPITAL

C. Bolea Gorbea, Y. González Fernández, M. Rubio Obanos, T. Landarech del Castillo, E. Garrido Rojas y F. Merino Muñoz

CS Tudela Oeste. Tudela. Navarra.

Correo electrónico: cmbolea@able.es

**Objetivo.** Mejorar la atención integral en pacientes pluripatológicos y en pacientes complejos en fase diagnóstica a través de reuniones de médicos de primer y tercer nivel. Desarrollo de actividades docentes conjuntas.

**Ámbito de estudio.** Centro de Salud semiurbano que atiende a 9000 personas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal. Durante el año 2003 un médico internista del Hospital de referencia se ha presentado en el Centro de Salud todas las semanas durante dos horas, para comentar casos, pedir historias del Hospital, solicitar pruebas complementarias, realizar informes y participar en reuniones docentes.

**Resultados.** Se han comentado 390 enfermos, consultándose 60 historias del Hospital. Se han remitido 109 enfermos a consultas externas. Se han solicitado: 26 Ecografías abdominales, 8 TAC, 6 Ecocardiogramas, 6 gastroscopias, 7 colonoscopias, 3 gammagrafías tiroideas, 3 Holter TA, 2 Holter ECG, poligrafía SAOS 8, otros 11. Se han realizado 4 sesiones clínicas conjuntas.

**Conclusiones.** Se ha mejorado la asistencia de un gran número de pacientes. Se ha evitado repetir consultas, agilizando y racionalizando la atención a pacientes complejos permitiendo decisiones conjuntas. Ha producido gran satisfacción a todos los profesionales.

### P357 ¿PODEMOS OLVIDARNOS DE LA EDUCACIÓN SANITARIA DEL PACIENTE EPOC?

S. Granollers Merader, C. Valero García, M. Monteagudo Zaragoza, M. Llagostera Español y G. Pujol Ribó

SAP Baix Llobregat Centre. Cornellà de Llobregat. Barcelona. Cataluña.

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

**Objetivo.** Analizar los ejes de la educación sanitaria del paciente EPOC: tabaquismo, utilización de los sistemas de inhalación, ejercicio físico y alimentación.

**Diseño.** Estudio descriptivo multicéntrico.

**Ámbito.** 7 equipos de atención primaria.

**Medidas.** Auditoria de historias clínicas y entrevista a una muestra aleatoria de pacientes EPOC mayores de 40 años visitados durante 2003.

**Resultados.** Se auditan y entrevistan 288 personas (83,3% hombres y 71,5% mayores de 65 años). Un 60,1% ha dejado de fumar (9,25% hace menos de 6 meses) y un 21,5% fuma. De estos, el 22,2% piensa dejarlo en el próximo mes. Un 49,2% no quiere dejarlo. El 74% realiza ejercicio desde hace más de 6 meses. Una alimentación adecuada un 58%. El 14,2% no piensa cambiar su ejercicio ni su dieta. Un 6% iniciará ejercicio

en los próximos meses. Un 21,9% cambiará su dieta. 249 utiliza inhaladores. El 26,5% verbaliza dificultades, un 57,4% se olvida, cambia dosis o retira el fármaco. El sistema MDI más cámara lo utiliza correctamente un 70% de pacientes.

**Conclusión.** Es necesaria una intervención sanitaria reglada para mejorar el control del paciente EPOC y su calidad de vida. Se debe priorizar la ayuda para dejar de fumar y el uso correcto de los inhaladores. Los pacientes realizan ejercicio y comen adecuadamente. Debe potenciarse las intervenciones que enseñen a respirar, a reforzar la musculatura y a mantener un peso adecuado.

**Financiación.** Premios de sociedades científicas, universidad e industria farmacéutica.

### P358 IMPLANTACIÓN DE GRUPOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL PARA MUJERES EN UNA ZONA RURAL

F. Camón Iglesias, L. Pulido Naranjo, J. Hernández Sierra, V. Toledo Peña, J. Ortiz Gutiérrez, e Y. Aguilar Heredia

CS Axarquía Oeste. Málaga. Andalucía.  
Correo electrónico: yolanda\_ag00@hotmail.com

La elevada prevalencia de cuadros distímicos en mujeres de nuestra zona, y la pobre respuesta a los psicofármacos observada, nos hicieron buscar otras alternativas terapéuticas. En nuestra comarca existen asociaciones, coordinadas con el equipo de salud mental, con programas basados en el modelo de terapia de grupo, para la promoción de la salud mental en mujeres, como apoyo al tratamiento farmacológico.

**Objetivos de la experiencia.** Para mejorar la accesibilidad de las pacientes de nuestra zona rural al programa, y por tanto, la adhesividad al mismo, iniciamos la implantación de grupos en nuestro centro de salud.

**Descripción de la misma.** Incluimos en un grupo a mujeres seleccionadas con diagnóstico de distimia, guiadas por un terapeuta, para ayudarse mutuamente a vencer sus problemas afectivos. Dicho grupo se reúne una vez a la semana, creando un espacio en el que se favorece la comunicación y la transferencia positiva con el terapeuta. Tiene gran importancia el líder, previamente formado como monitor, para apoyar a los demás miembros. Simultáneamente se realizan sesiones individuales, de periodicidad mensual. Las sesiones finalizan con técnicas de relajación que ayudan en el autocontrol de la ansiedad. Otras actividades que se realizan son: creación de talleres, entrenamiento en habilidades y actitudes, cursos de autoestima, etc. Profesionales del EBAP participan de forma activa en el funcionamiento del grupo.

**Resultados.** Obtuvimos mejoras en adhesividad, aumentando un 40% las inscripciones entre las mujeres informadas del programa. Los buenos resultados obtenidos en aquellas mujeres que asisten a las sesiones nos animan a continuar en esta línea.

### P359 ATENCIÓN DOMICILIARIA URGENTE EN LA EPOC REAGUDIZADA

P. Muñoz Triano, A. Martínez García, F. Malagón Luque, C. Guillén Benítez, J. Durán Jiménez, y J. López González

Dispositivo de Cuidados Críticos y de Urgencias. Distrito Sanitario de Málaga. Málaga. Andalucía.  
Correo electrónico: fran485@separ.es

**Objetivos.** Analizar la prevalencia, características y tratamiento de los usuarios que demandaron atención urgente en domicilio, con el diagnóstico previo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**Diseño.** Se revisaron de manera retrospectiva todos los Informes de Asistencia Urgente Domiciliaria (IAUD), desde 1 enero 2003 a 31 diciembre 2003 ambos inclusive, en nuestra Zona Básica de Salud (22 Centros de Salud, 441.103 habitantes >15 años). Procesamiento estadístico en programa SPSS 11.0 para Window, de 32 variables por caso de tipo epidemiológico, patológico y terapéutico (análisis descriptivo y exploratorio, univariante: chi cuadrado para variables categóricas y "t" Student para muestras independientes con variable dependiente cuantitativa).

**Resultados.** 19.986 IAUD (n = 992 EPOC). Los valores se expresan como frecuencias relativas para variables categóricas, y como media para cuantitativas. Edad: 72,9 años. Calidad de vida: Actividad ambulatoria en más del 50% de su tiempo el 33,8%. Tratamiento previo prescrito por facultativo especialista el 34,7%. Fuimos primera consulta en el 53,12%. Tiempo de evolución del cuadro que motivó la consulta 53,12 horas. La

disnea fue el síntoma de consulta más frecuente 64,4%. Sábado, domingo y lunes reunieron el 50% de las consultas. El 80% de las consultas fueron derivadas posteriormente a control por su Médico de Atención Primaria, y el resto requirieron Atención Hospitalaria Urgente: 38,5% Sat O2 < 90% (p < 0,0001); 60% se trataba de segunda consulta (p < 0,0001); 71% tratados con tres fármacos (p < 0,0001).

**Conclusiones.** En nuestro medio el 80% de las consultas urgentes domiciliarias por EPOC fueron solucionadas sin necesidad de Atención Hospitalaria.

### P360 TALLER DE SUEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Sánchez Sanz, R. Ranz Borreguero y P. Cubero González

CS General Ricardos. Madrid.  
Correo electrónico: cesar54es@yahoo.es

**Objetivos.** Valorar el beneficio de organizar un taller de sueño para personas mayores de 50 años.

**Métodos.** Estudio de intervención realizado sobre 21 pacientes que han asistido al taller del sueño impartido en ocho sesiones semanales de 90 minutos. Se evalúa mediante tests pre y post intervención la calidad del sueño así como las técnicas aprendidas y cambios de hábitos valorándolas de 0 a 9.

**Resultados.** Reconocimiento en un 91,7% de las causas de su insomnio: destacan el 24,7% que lo achacan a dolores físicos, 24% al incremento de pensamientos negativos en la cama y 20% al sentimiento de soledad. Los cambios de hábitos reflejan dificultad en su implantación: la eliminación de las siestas, intentada por un 22,2% es menos valorada, lo mismo le pasa a la eliminación de cenas copiosas, aunque la supresión del café realizada por un 50% lo valoran con 9 de media. Mejores resultados aportan las nuevas técnicas aprendidas: técnicas de estiramiento utilizadas por un 83,3% (valoración media 8,4); técnicas de respiración un 77,7% (media 8,5); técnicas de relajación un 72,2% (media 8,6). Un 55,5% de los asistentes ha aumentado el número de horas de sueño y mejorado su calidad. El 22,2% ha disminuido o dejado de tomar la medicación para dormir.

**Conclusiones.** Los pacientes que han participado en el taller de sueño han mejorado su patrón de sueño, disminuido el consumo de medicación y refieren más útil el aprendizaje de nuevas técnicas respecto a los cambios de hábitos.

### P361 ¿UTILIZAN NUESTROS PACIENTES EL TERMÓMETRO?

F. Rubio Muñoz, A. Ferré González, L. Riera Martí, S. Viñolas Valer, M. Valls Domínguez, y E. Abad Pérez

CS de Sant Vicenç dels Horts. Sant Vicenç dels Horts. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 28950frm@comb.es

**Objetivo.** Saber si la población adulta tiene, utiliza e interpreta correctamente el termómetro.

**Diseño.** Estudio descriptivo.

**Ámbito de estudio.** Atención Primaria.

**Sujetos.** 203 personas mayores de 15 años seleccionadas aleatoriamente de las visitas realizadas en la consulta.

**Intervención.** Encuesta realizada en mayo 2004.

**Mediciones.** Variables: Sexo, edad, nivel de estudios, posesión de termómetro en casa y conocimiento, tipo, utilización, y qué hace cuando tiene fiebre.

**Resultados.** 203 personas encuestadas (42,8% hombres, 57,2% mujeres) de edad media 52,42 años (59,6% entre 46 y 75 años), con sólo el 21,7% con estudios secundarios-superiores. Todos sabían para qué servía un termómetro y el 89,7% tenían, la mayoría de mercurio (68,1%) y digital (45,2%, más utilizado en menores de 45 años). El 66,5% se pone el termómetro cuando le parece tener fiebre (el 66% de los que no lo utilizan tienen entre 46 y 75 años; el 60% de los mayores de 75 años no lo utiliza). El 90,6% se lo coloca en la axila. La media de considerar fiebre es a partir de 37,3°C, (69,3% entre 37 y 38°C, sin relación con la edad, pero si con estudios primarios (65%)). El 61,1% se automedica cuando tiene fiebre, sobretodo en mayores de 45 años. Sólo el 27% acudía al médico, sin relación con la edad, y más relevante con estudios superiores.

**Conclusiones.** Aunque la mayoría conoce la utilización del termómetro y dispone de él, se deben hacer intervenciones para aumentar el grado de utilización y la valoración del mismo, así como criterios de actuación cuándo aparece fiebre.

**P362 DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER EN ATENCIÓN PRIMARIA: NUEVA VÍA DE COORDINACIÓN CON EL ONCÓLOGO**

X. Bayona Huguet, M. Llagostera Español, S. Granollers Mercader, A. Esobedo Sánchez, A. Vidal y A. Cespedes Lamarca  
 CAP Cornellà. Institut Català d'Oncologia. Cornellà de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
 Correo electrónico: mllagostera.cp.ics@gencat.net

**Objetivos:** La sospecha de cáncer requiere la confirmación y el inicio de terapia lo más precoz posible, dado que de ello puede depender la evolución de la enfermedad, y reduce la ansiedad e incertidumbre del paciente y sus familiares. La AP puede solicitar las pruebas diagnósticas que permiten sospechar la enfermedad, en un plazo máximo de 7 días, y las primeras visitas al centro oncológico de referencia (COR) se dan en 7-15 días, pero se repiten allí las mismas pruebas, por lo que se retrasa la confirmación del diagnóstico. Con el objetivo de acortar el proceso, se establece una derivación protocolizada vía internet con nuestro COR, desde nuestras consultas de Atención Primaria (AP).

**Descripción:** Se establece un protocolo de derivación automática por la página web del COR, de acceso rápido y directo desde las consultas de AP, para el tumor de pulmón, que incluye algoritmos de actuación frente al hallazgo radiológico, hemoptisis y patología respiratoria sin resolución. Ante cada situación, el algoritmo indica las pautas a seguir según el resultado de las exploraciones realizadas, y permite dar la cita al propio COR. Previamente, el oncólogo coordinador de las unidades funcionales de tumores ha realizado sesiones de coordinación con los 9 Centros de Salud de nuestra zona.

**Conclusiones:** El circuito permite disponer de las pruebas diagnósticas y la visita al oncólogo en el menor tiempo posible (max.15 días), evitando la duplicidad de pruebas diagnósticas y aumentando la accesibilidad y satisfacción del paciente y los profesionales.

**P363 MEJORANDO LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS DIABÉTICOS TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD RURAL**

C. Martín Pérez, F. Parejas Valderrama, H. Castillo Buena, A. Angulo Morales, R. de la Peña Martín y E. Vilchez Pimentel  
 CS del Marquesado. Alquífe. Granada. Andalucía.  
 Correo electrónico: med000261@nacom.es

**Objetivo:** Estudiar los cambios que se producen en la atención a los diabéticos tipo 2 (DMT2) aplicando la metodología de mejora continua de calidad (MCC).

**Diseño y metodología.** Dos fases: 1. (Año 2003) se seleccionan mediante muestreo aleatorio simple 177 DMT2 (38,3% del total). Error alfa 5%, precisión 5,8. Se realiza estudio transversal estudiando su situación durante el último año, en lo referido a: Variables de proceso: determinación de glucemia basal, hemoglobina glicosilada (HbA1c), perfil lipídico y microalbuminuria, función renal, realización de fondo de ojo (FO), glucemia postprandial y ECG, toma de tensión arterial, revisión de pies, peso e IMC. Variables de resultado: estándares de calidad que propone el proceso integrado de atención al diabético implantado por la Consejería de Salud en Andalucía. Se comunican los resultados a los profesionales, se analizan y se hacen propuestas de mejora. 2. (Año 2004) se reevalúan 141 pacientes, repitiendo el estudio descriptivo y realizando un análisis antes después, tras la implantación de las propuestas de mejora. Se utiliza el test de MacNemar y la T de Student para muestras apareadas.

**Resultados:** Mejora de forma estadísticamente significativa, el porcentaje de diabéticos con determinación de HbA1c, perfil lipídico, microalbuminuria, FO, revisión de pies y glucemia postprandial. Mejoran significativamente las cifras de TA y de colesterol total pero no lo hacen el resto de variables de resultado y referentes al control glucémico.

**Conclusiones:** La metodología de MCC es un instrumento útil. Mejora la cumplimentación de actividades y permite reevaluar periódicamente los estándares de calidad.

**P364 PRIMER PARTE DE LESIONES: OPORTUNIDAD ÚNICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA**

A. Pujades Aparicio  
 CS Economista Gay. Valencia. Comunidad Valenciana.  
 Correo electrónico: pujades\_ame@gva.es

**Objetiva:** 1. Describir el documento medico-legal utilizado para emitir un Parte de Lesiones (PL) en Atención Primaria (AP). 2. Transmitir al Médico de Familia (MF) la importancia de cumplimentar el PL. 3. Proponer un documento único informatizado.

**Diseño:** Estudio observacional descriptivo transversal.  
**Ámbito de estudio:** 20 Áreas de Salud (Comunidad Valenciana).  
**Sujetos:** Definimos como sujetos los distintos documentos utilizados como PL.

**Mediciones:** Revisamos los datos cumplimentados, frente a los que sería aconsejable cumplimentar según recomendaciones del departamento de Medicina Legal, Conselleria de Sanitat y SEMFYC.

**Resultados:** 6 modelos distintos de PL de 20 utilizados, destacando: Lengua (10% bilingües). Datos: de la institución (100% Conselleria Sanitat, 45% Centro de Salud) del médico (100% nombre 25% nº colegiado) del lesionado (100% nombre-dirección, 20% teléfono). Descripción del suceso (100%) -según manifiesta (40%)-. Reconocimiento: descripción de la lesión (100%), asistencia prestada (0%), tratamiento prescrito (20%), Pronóstico (80%), Destinatario (60% Juzgado de Guardia), Anexos (5% malos tratos, 10% mordeduras, 25% muertes no naturales).

**Conclusiones:** 1. Cumplimentación desigual, incorrecta y/o incompleta, con formatos obsoletos no adecuados a cambios sociales y jurídicos. 2. Dada la importancia del primer PL, es única la oportunidad del MF: en muchos casos constituye la única prueba de las lesiones sufridas y en la mayoría de los casos se cumplimentan en AP. 3. Deberíamos disponer de un único documento, consensuado y actualizado, incluido en la historia clínica informatizada y emitirlo ante la menor sospecha, aunque las diligencias acaben en archivo.

**P365 INFLUENCIA DE LA SATISFACCIÓN LABORAL DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA A SUS PACIENTES**

J. Pereníguez Barranco, M. Pérez Cárcelos, L. Rubio Martínez, E. Osuna Carrillo de Albornoz, y A. Luna Maldonado  
 CS de Espinardo. Murcia. Área de Medicina Legal. Universidad de Murcia.  
 Correo electrónico: juane.pereniguez@car.m.es

**Objetivos:** 1. Conocer el grado de satisfacción profesional de los médicos de Atención Primaria. 2. Analizar si la satisfacción laboral influye en la información proporcionada a los pacientes de las distintas fases del proceso asistencial.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo, transversal.  
**Sujetos:** 227 médicos de familia.

**Instrumento de medida.** Cuestionario con 4 ítems que valoran mediante una escala de Likert (1-5) la satisfacción laboral (retribución, consulta diaria, pertenencia al grupo profesional y jefes inmediatos) y 5 ítems que recogen la información proporcionada a los pacientes (diagnóstico, pronóstico, tratamiento, exploraciones complementarias e impacto socio-familiar y laboral de su proceso).

**Resultado.** Las medias de la satisfacción profesional para la retribución, satisfacción con la consulta, pertenencia al grupo profesional y jefes inmediatos son respectivamente: 2,59; 3,01; 3,24; 2,33. A mayor grado de satisfacción profesional existe un aumento del número de profesionales que proporciona con una mayor frecuencia información al paciente sobre las distintas fases del proceso asistencial.

**Conclusiones:** Deberían establecerse medidas para mitigar la disatisfacción profesional, ya que afecta negativamente al derecho de información de los pacientes.

LIBRES

**P366 ¿QUÉ CIRUGÍA MENOR REALIZAMOS EN UN CENTRO DE SALUD?**

M. García Palma, P. Quispe Mamani, S. Santamaría Carmona, M. Soriano Molina, N. Reyes Molina y E. Torres Peñalver  
 CS La Chana. Granada. Andalucía.  
 Correo electrónico: mjgarcia\_99@hotmail.com

**Objetivos:** Analizar las lesiones cutáneas intervenidas mediante Cirugía Menor y las patologías infiltradas en un Centro de Salud Urbano.

**Emplazamiento.** CS. urbano.

**Diseño.** Descriptivo transversal.

**Materiales y métodos.** Se recogen de las historias clínicas de pacientes intervenidos de lesiones cutáneas: edad, sexo, concordancia entre el diagnóstico preoperatorio y anatomopatológico y complicaciones posquirúrgicas.

Respecto a los pacientes infiltrados: edad, sexo, patología infiltrada, nº de infiltración y complicaciones postinfiltración.

**Resultados.** Se intervinieron en el período de 1 año, 11 tipos de lesiones cutáneas de 159 pacientes, la edad media fue de 44,5, 57,9% fueron mujeres. Se derivaron 59 piezas a AP y en 23 de ellas no coincidió el diagnóstico quirúrgico con el AP, el resto no se derivaron a AP por tener un diagnóstico clínicamente evidente. Así el porcentaje de concordancia entre ambos diagnósticos fue de un 61%. Sólo en 2 casos aparecieron complicaciones posquirúrgicas leves. Respecto a la infiltración se realizaron 234, en 174 pacientes diferentes, el 73% eran mujeres. Las patologías que necesitaron sólo una infiltración por orden de frecuencia fueron: bursitis anserina (37), manguito del los rotadores (35), epicondilitis (21), fascitis plantar (20) y tendinitis del supraespinoso (6). Necesitaron una 2ª infiltración 50 pacientes (21,4%) y una 3ª infiltración en 10 casos (4,3%). Hubo 1 complicación postinfiltración (fiebre).

**Conclusiones.** Según la experiencia en nuestro C. de Salud, tanto la extirpación de lesiones cutáneas como las infiltraciones son técnicas viables y efectivas, apareciendo en ambos casos pocas complicaciones. El grado de concordancia entre el diagnóstico quirúrgico y el AP es bastante aceptable.

### P367 INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE NEUROTRANSMISORES: ¿CUMPLIMOS LAS RECOMENDACIONES DE UTILIZACIÓN?

A. Cerón Muñoz, M. Tomas Bertrán, C. Solera Armengol, E. Jovell Fernández, M. Selvi Blasco y M. Pedrol Llrinos

CAP Sant Llatzer. Terrassa. Cataluña.  
Correo electrónico: 23020acm@comb.es

**Objetivo.** Valorar el cumplimiento de recomendaciones de utilización de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Neurotransmisores (ISRNT).  
**Ámbito.** ABS urbana (39.000 adultos).

**Diseño.** Descriptivo transversal.

**Material y métodos.** Pacientes tratados con ISRNT según registro informatizado de prescripción crónica (N = 1164). Revisión historias clínicas. Recomendaciones: FDA-2002, Micromedex, Catálogo Colegio Farmacéuticos Barcelona.

**Resultados.** 75% mujeres. Edad media 57 (DE: 17) años. Patologías más prevalentes: Trastornos del ánimo 68% (797), trastornos de ansiedad 18% (207), no constan 9% (109). Fármacos más prescritos: Fluoxetina 31%(364), paroxetina 23% (276), sertralina 16% (190). Psiquiatría controla el 47% (552) de la prescripción y atención primaria (AP) el 30% (345). Pacientes con tratamientos previos con ISRNT 42,8% (500). Fármacos no recomendados en función de: 1. Indicación diagnóstica (n = 1055): 31% (360). Principales diagnósticos: Trastorno ansioso-depresivo 10% (116) y distimia 4% (47). 2. Cardiopatía (n = 133): 28,5% (38). 3. Hipertensión (n = 346): 2,6% (29). 4. Polimedición (n = 325): 72,6% (236). 5. Edad: 2% (24). 6. Dosis: Excesiva 0,8% (9), baja 5% (57), no evaluable 22% (258). 7. Insuficiencia hepática (n = 47): 1 caso. 8. Insuficiencia renal (n = 12): ninguno. Los fármacos con peor cumplimiento fueron: En indicación diagnóstica y polimedificados la fluoxetina, 40% (146) y 26% (84) respectivamente. En cardiopatías el citalopram 16,5% (22) y en hipertensos la venlafaxina 100% (29). De todos los fármacos no recomendados por indicación diagnóstica, Psiquiatría pautó el 46,5% (168) y AP el 31% (110) (p < 0,000). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de parámetros, ni entre incumplimiento y fracaso de tratamiento previo.  
**Conclusiones.** El grado de incumplimiento de las recomendaciones puede considerarse globalmente bajo, siendo los parámetros más implicados la indicación diagnóstica y la polimedicación. Sin embargo, cabe destacar los cardiopatas sometidos a riesgo, los hipertensos en quienes se ha dificultado el control o los polimedificados en quienes se han facilitado interacciones.

### P368 PETICIONES URGENTES DE RX TÓRAX DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Garcés San-José, M. Javierre Loris, R. Larrosa López, B. Aladrén Pérez y C. Espinosa Castillo

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Aragón.  
Correo electrónico: cristina\_garces@terra.es

**Objetivo.** Valorar la patología aguda observada en las radiografías (Rx) tórax urgentes solicitadas desde Atención Primaria (A.P.).

**Diseño.** Estudio observacional descriptivo en 200 peticiones de Rx tórax urgentes desde A.P. durante Diciembre 2003, Enero y Febrero 2004.

**Ámbito del estudio.** Centros de Salud del área 5 (Zaragoza).

**Sujetos.** 200 pacientes con edades comprendidas entre 14-93 años.

**Mediciones.** Edad, sexo, día de la semana en que se realiza la petición, clínica del paciente (fiebre, tos, disnea, hemoptisis, dolor costal, expectoración, antecedente traumático), auscultación pulmonar. Se relacionan estos datos con el informe radiológico emitido posteriormente.

**Resultados.** Se estudian 200 pacientes entre 14-93 años, a los que se les realiza Rx tórax urgente entre diciembre 2003-febrero 2004. Un 51% eran varones y un 49% mujeres. Se observó patología aguda en un 19,5%. La proporción por edades fue 19,5% < 30 años, 14,3% 30-65 años y 27,9% > 65 años. Los motivos de consulta más frecuentes fueron síndrome febril 38%, tos 36,5%, expectoración 22,5%, disnea 16%, dolor torácico 35,5%. En un 54,5% se observaba algún signo en la auscultación pulmonar. De las patologías agudas encontradas fueron, un 11,5% neumonía, 4% derrame pleural, 1% bronquiectasias y otros 3%.

**Conclusiones.** La Rx tórax es una de las pruebas complementarias urgentes que con más frecuencia se solicitan en A.P., dado que el estudio radiológico sólo revela patología aguda en un porcentaje bajo de pacientes con sintomatología respiratoria, la anamnesis y exploración física serían nuestra mejor guía para establecer el diagnóstico y tratamiento. No obstante, en pacientes >65 años aumenta considerablemente la concordancia clínico-radiológica.

### P369 EL PERFIL DE LOS PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL CONDICIONA NUESTRA ASISTENCIAL

I. Casas Aranda, L. Guirao Sánchez, L. García-Giralda Ruiz, J. Alfaro González y C. Sandova Martínez

CS de Alguazas. Alguazas. Murcia.  
Correo electrónico: lgiralda@hotmail.com

**Objetivo.** Determinar las características de los pacientes atendidos por DE en una consulta de AP.

**Material y método.** Se realiza un análisis descriptivo de 309 pacientes en 3 cohortes (Grupo I: pacientes con DE y patologías asociadas conocidas; Grupo II: pacientes en los que la DE se manifiesta como "síntoma centinela"; y Grupo III control: pacientes con DE que no quieren o no pueden ser tratados farmacológicamente con sildenafil). Las variables evaluadas fueron: edad, calidad de vida (LISAT 8, SF12), factores de riesgo, hábitos tóxicos (AUDIT, tabaquismo), y relacionadas con la DE (tiempo de evolución, severidad y pronóstico).

**Resultados.** Los pacientes del grupo I, con patología conocida, tienen una edad media de 55,8 años, con un perfil de hábitos tóxicos moderado, tiempo de evolución de su DE de 26,9 meses y una severidad (IEEF) de 28,8, calidad de vida pobre (se sienten enfermos) y con pronóstico malo. Los pacientes del grupo II, con patología oculta, son más jóvenes (52,2 años), con hábitos tóxicos más perjudiciales, tiempo de evolución menor (25,8 meses), severidad mayor (IEEF 35,3), con una calidad de vida regular (aunque se sienten sanos) y un pronóstico bueno. Finalmente los del grupo III son de más edad (57,5), menos hábitos tóxicos, con el mayor tiempo de evolución.

**Conclusiones.** Existen grandes diferencias en los pacientes atendidos por DE en AP, dependiendo del grupo al que pertenezcan, lo que condiciona nuestra actitud asistencial. Los pacientes con DE y patologías asociadas conocidas suelen ocultar su problema obligándonos a realizar una búsqueda activa de los mismos.

### P370 ANÁLISIS DE LOS FACTORES DETERMINANTES EN LA MEJORA DE LA CIRUGÍA MENOR SOBRE NEVUS PIGMENTADOS

A. Parra Osés, R. Molinero Pinilla, P. Palacio Cuenca, R. Osés Primo, E. Orbara Soret y L. Arrue Izaguirre

CS de Rochapea. Servicio Navarro de Salud. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: aparraos@cfnavarra.es

**Objetivos.** Detectar oportunidades de mejora en cirugía menor sobre nevus melanocíticos, concordancia diagnóstica y uso de escisión fusiforme (e.f.).  
**Metodología.** Análisis descriptivo, retrospectivo, cruzado e interno de 932 lesiones remitidas a anatomía patológica entre 2000-2002 intervenidas en un Centro de Salud. Se analizan sexo, edad, localización, técnicas, afectación de bordes, concordancia, displasia y malignidad.

**Resultados.** Los nevus suponen el 28,8%. Predominio en sexo femenino (70,5%) y grupo de 15-44 años. El 53% en espalda o cuello. El 61,9% con técnicas diferentes a la e.f., de las que el 36,6% fue por error diagnóstico, el 30% por tratarse de zonas de riesgo estético y el resto por la variabilidad en las técnicas según el médico cirujano. En un 16% de las e.f. estaban afectados los bordes. Sensibilidad del observador del 73,5%. Grado de acuerdo general si excluimos aquellas lesiones donde el error diagnóstico es infre-

cuenta (quistes, uñas, molluscum, etc.) del 82,1% (kappa 0,68). Los diagnósticos erróneos dados como nevus eran la mayoría queratosis seborréicas (46,1%) y los nevus remitidos con otro diagnóstico la mayoría se mandaron como pólipos fibroepiteliales (69%). Solo el 9% presentaban displasia, predominando en la espalda (54%), con afectación de bordes en el 30%.

**Conclusiones.** Los nevus son la causa del predominio de intervenciones en mujeres. Necesidad de mejorar la técnica de e.f. La concordancia es buena debiendo plantearse objetivos de mejora, ya que determina la técnica. Deberá replantearse la técnica en zonas de compromiso estético y la necesidad de la intervención real de muchas lesiones névicas, aunando criterios entre profesionales.

### P371 REVISAR LOS MALETINES MEJORA SU CONTENIDO

J. de Magriñà Claramunt, M. Boira Costa, M. Ricart Sancho, Y. Ortega Vila, S. Onrubia Castro y T. Basora Gallisà

EAP Reus 4. SAP Reus-Altebrat. ICS. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

**Objetivo:** Conocer la composición de los maletines médicos después de una intervención informativa sobre los mínimos recomendados por la SEMFYC.

**Diseño** Estudio multicéntrico antes-después.

**Ámbito y sujetos.** Médicos de 4 ABS urbanos.

**Medidas e intervenciones.** Revisión de los maletines médicos con desconocimiento previo pero con consentimiento.

**Variables.** Material diagnóstico: fonendoscopio, esfingomanómetro, oftalmoscopio, martillo, termómetro, reflectómetro, tiras orina/glicemia, lubricante, piles. Instrumental: tubos guedel, careta transparente, jeringuillas, agujas, torniquete, bisturí, catéter mariposa, tijera, pinza/mosquito, gasas, seda sutura, vendas, gasa vaselinada, povidona yodada, sonda orina. Fármacos: nitroglicerina, captopril, AAS, adrenalina, atropina, furosemida, glucosa, salbutamol, metoclopramida, paracetamol, diazepam, haloperidol, metamizol, diclofenaco, colirio anestésico, morfina, metilprednisolona, dexclorfeniramina, naloxona, anexate, bipireno. Clasificamos cada grupo de indicadores en: > 80% excelente, 40-79% aceptable, < 40% malo.

**Resultados.** n = 35 maletines. Entre paréntesis resultados preintervención. Material y diagnóstico: excelente 37% (28,1%), aceptable 63% (65,6%), malo 0% (6%). Instrumental: excelente 9% (6,2%), aceptable 60% (40,6%), malo 31% (53,1%). Fármaco: excelente 17% (9,3%), aceptable 66% (68,7%), malo 17%(21%). Respecto preintervención, detectamos mejorías significativas en todos los grupos. Los fármacos, continúan siendo el más incompleto, destacando: salbutamol Parenteral en el 25%, diazepam rectal 37% y lorazepam 17%. Previamente 25% salbutamol inh, 28% morfina, 40,6% glucosa, 10% micro-enema diazepam. En el instrumental sigue faltando: sonda orina 5,7%, material sutura 30% y 18,7%, tubos gue del pediátrico 37,5% (similar a datos previos).

**Conclusiones.** Después de una intervención, mejoramos en todos los indicadores pero persisten muchas deficiencias subsanables. Hemos reintervenido en todos los facultativos para mejorar la adecuación de los maletines.

**Ámbito de estudio.** Población adscrita al Centro de salud.

**Sujetos.** 99 pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales.

**Mediciones.** A partir de la historia clínica se midieron: edad, sexo, diagnóstico indicador de tratamiento anticoagulante, inicio y seguimiento por Atención Primaria o Especializada, controles en rango terapéutico según INR y complicaciones derivadas del tratamiento.

**Resultados.** (entre paréntesis datos anterior revisión). Pacientes incluidos 99 (57); mujeres 56,5% (70%), hombres 43,75% (29,8%); media de edad 73,15 (71,5) años. el diagnóstico indicador de anticoagulación más frecuente sigue siendo la fibrilación auricular crónica: 68 (30) casos. Se inicia tratamiento en atención primaria en 17 (3) casos, siendo el resto derivados de especializada. Las extracciones sanguíneas se realizan en el centro en el 82,8% (73%) de los casos. Se evaluaron 695 (447) determinaciones de INR de las que 68,9% (62,6%) estaban en rango terapéutico. Presentaron complicaciones atribuibles al tratamiento 18 (9) pacientes, resultas exclusivamente con ajuste de dosis, siendo las más frecuentes ORL y oftalmológicas.

**Conclusiones.** El número de pacientes anticoagulados con seguimiento en el Centro de salud ha aumentado en un 73%; la indicación inicial de tratamiento desde atención primaria se ha sextuplicado, siendo similares el grado e control y la incidencia de complicaciones

### P373 PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE ANTIHIPERTENSIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP).INERCIA TERAPÉUTICA

F. López Corral\* y C. Suárez Fernández\*\*

CS Área 2 IMSALUD. \*CS Castelló. \*\*Hospital U. de "La Princesa". Madrid.

Correo electrónico: fldelcorral@saludalia.com

**Objetivos.** Analizar los hábitos de prescripción al inicio del tratamiento farmacológico antihipertensivo en hipertensos no tratados y la actitud ante la falta de control.

**Diseño y mediciones.** Estudio multicéntrico descriptivo transversal. Encuesta-cuestionario con 25 preguntas remitidas a todos los médicos de familia (MF) de un área de salud de Madrid (Marzo-Abril/2004).

**Emplazamiento.** Área sanitaria de AP del IMSALUD con 21 centros de salud.

**Resultados principales.** Se recibieron cumplimentadas 92 encuestas (44,6%). Eran mujeres el 46,7% y la edad media 42,3 años. Cada MF tenía adscrito una media de 1.824 pacientes (TIS), atendiendo en promedio 39 pacientes/día, y de ellos, ≥ 10 hipertensos. Los MF inician tratamiento farmacológico eligiendo monoterapia un 98,9% siendo diuréticos el 65,2% seguido de Iecas 28,3%. Ante la falta de control un 57,6% opta por asociación de fármacos y el 37% incrementa dosis inicial. Al considerar inicio de tratamiento en pacientes de alto/muy alto riesgo cardiovascular (RCV) el 39,1% sigue eligiendo monoterapia seguido del 25% que escogen asociaciones fijas. Un 23,9% deciden no tratar PAS ≥ 140 mmHg en mayores de 65 años y para el 7,6% son aceptables PA = 160/90 mmHg.

**Conclusiones.** Los pacientes hipertensos contribuyen de forma importante a la presión asistencial del área estudiada. La monoterapia, preferentemente diuréticos, es el tratamiento inicial de elección incluso en los pacientes de alto RCV. Existe una importante inercia terapéutica derivada de la aceptación de cifras que deberían justificar la intervención.

### P373 ANÁLISIS DE LA CIRUGÍA MENOR REALIZADA EN UN CENTRO DE SALUD

M. Galé Oneca, M. Gil Burguete, M. Ariz Arnedo, J. Valentín Iso y S. Rosell Ugalde

CS de Mendillorri. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: jbarado@terra.es

**Objetivo.** Analizar la cirugía menor realizada en un Centro de Salud.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo de la cirugía menor realizada por los Médicos de Familia de un Centro de Salud que atiende a 7450 personas (4 médicos) durante seis meses.

**Resultado.** Son intervenidas 162 lesiones, correspondientes a 86 pacientes (61 presentan una única lesión, 10 pacientes 2 y el resto 3 ó más). La edad media es de 38,5 años (DE 14,1), siendo 35 hombres y 51 mujeres. Las lesiones más frecuentes son: Dermatofibromas: 76; nevus: 34; quistes de inclusión intraepidérmicos: 18; lipomas: 6. La cabeza (54 lesiones), la espalda (40) y el tórax (24) son las zonas más afectadas. Se describen difi-

## MESA 4

Los cambios en la práctica clínica: reflexiones sobre cómo mejorar la asistencia a los pacientes

### P372 ANTICOAGULACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD: REVISIÓN CUATRO AÑOS DESPUÉS

M. García Granado, F. Ruiz Noguero, A. Ruiz Jiménez-Alfaro, P. Rabasa Cantó, M. Sánchez Gómez y M. Ipar

CS Ventura Rodríguez. Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: dgarcia.gapm06@salud.madrid.org

**Objetivos.** Conocer cómo han variado, desde una primera comunicación hace cuatro años, las características y el grado de control de los pacientes anticoagulados seguidos en nuestro Centro de Salud.

**Diseño.** Descriptivo transversal.

cultades técnicas en una lesión (nevus) Precisan revisión tras la intervención 63 pacientes (29 una revisión, 21 dos y 13 más de dos). Se realiza estudio anatomopatológico en 40 pacientes, existiendo en 3 discordancia con el diagnóstico de presunción inicial (un epiteloma basocelular considerado inicialmente como nevus, un histiocitoma fibroso benigno considerado como dermatofibroma y un nevus en el que se identifica displasia melanocítica). Se constatan 12 complicaciones: Infección de la herida en 5 ocasiones; inflamación del borde quirúrgico en 3, dehiscencia de sutura en 3 y seroma residual en 1. En ninguna de ellas es necesaria la participación de otro especialista.

**Conclusiones.** La cirugía realizada en el Centro de Salud es fiable y segura en cuanto al diagnóstico de presunción, la frecuencia de complicaciones y la capacidad de resolver de forma autónoma las lesiones.

### P375 CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿MEJORA LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA CON LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA?

O. Gómez Martín y F. Caballero Martínez

CS Isla de Oza. Unidad Docente MFyC Área 6 Madrid. Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: fcaballero@papps.org

**Objetivos.** Describir a largo plazo (un quinquenio) la práctica quirúrgica de un centro de salud y analizar los posibles cambios en la precisión diagnóstica durante el periodo.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo retrospectivo del registro de las intervenciones realizadas entre octubre-1998 y octubre-2003 en un centro de salud urbano por un médico de familia. Descripción de todos los procedimientos efectuados (diagnóstico clínico, tipo de intervención y diagnóstico anatomopatológico) y análisis de la variación del acuerdo simple entre diagnóstico clínico y anatomopatológico apreciado durante el periodo de estudio.

**Resultados.** 804 intervenciones en pacientes entre 3 y 87 años (419 mujeres). Diagnósticos más frecuentes: verruga vírica (243), nevo (109), fibroma (75), queratosis seborréica (74), quiste epidérmico (70), molluscum contagioso (53), queratosis actínica (52). Intervenciones realizadas: crioterapia (41,7%), extirpaciones (30,8%), electrocirugía (8,6%), curetajes (6,6%) y extracción de cuerpos extraños, drenajes, suturas, cirugía de la uña y trombectomía hemorroidal. Se efectuó estudio anatomopatológico a todas las lesiones extirpadas (249), con una concordancia global promedio del 85,5%. Durante el periodo evaluado dicho acuerdo diagnóstico ascendió del 78,6% (1999) al 89,9% (2003).

**Conclusiones.** La práctica quirúrgica estable es una actividad asumible por el médico de familia. A lo largo del tiempo se detecta una mejora continua del grado de concordancia diagnóstica clínico-patológica, que, en promedio, resulta similar al publicado en series especializadas. La realización sistemática de estudio anatomopatológico de las piezas extirpadas y el análisis de los informes puede representar un mecanismo de aprendizaje y mejora continua de la precisión diagnóstica dermatológica del médico de familia.

### P376 CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA... UNA REALIDAD

F. Díaz Gallego, X. Sibera Areste, M. Aballi Acosta, C. Martínez Gaitero, I. Herrera Solsona y M. Almiñana Riqué

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 30947fdg@comb.es

**Objetivo.** Describir la implantación de un servicio de cirugía menor (CM) en un Centro de Atención Primaria (CAP).

**Diseño.** Observacional retrospectivo.

**Ámbito.** CAP urbano.

**Sujetos.** Trabajadores del CAP y su población adscrita.

**Descripción.** Equipo: 1 médico de familia y 7 enfermeras que rotan mensualmente por el servicio. Creación de una agenda informatizada de CM del médico responsable un día a la semana. Redacción de un documento de consentimiento informado. Adecuación de una consulta como quirófono con el material necesario, con formación teórica de médicos y enfermería, consensuando criterios de inclusión y de exclusión. Rotación mensual formativa de un médico del CAP por el servicio. Envío de la pieza quirúrgica al servicio de AP del hospital de referencia. Control de curas posteriores por enfermería.

**Resultados.** Tras 9 meses de funcionamiento se han citado 125 pacientes, enviándose las piezas correspondientes a AP, obteniendo el resultado an-

tes de 14 días. Han rotado 7 médicos y 7 enfermeras. No ha habido incidencias en la programación, accesibilidad e idoneidad de las derivaciones, con un 10% de pacientes no presentados.

**Conclusiones.** Los circuitos de derivación y AP han funcionado correctamente. La implantación del servicio ha supuesto un aumento asumible de la carga asistencial, y la dirección y los profesionales del CAP la han percibido como un complemento positivo a la oferta asistencial. Serían precisos estudios posteriores para valorar la opinión de los pacientes y el impacto sobre la descarga asistencial que supone a nivel de la atención especializada.

### P377 FORMACIÓN CONTINUADA INTRAEQUIPO EN CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. Díaz Gallego, R. Badía Casas, G. Pomares Marco, C. Cardoner Bastardes, R. López Pernas y C. Alonso Arcas

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 30947fdg@comb.es

**Objetivo principal.** Capacitar a los médicos de familia (MF) para que puedan asumir la cirugía menor (CM) de los pacientes de su cupo.

**Objetivo específica.** Desarrollar el programa de formación intra equipo en CM en un centro de Atención primaria (AP).

**Tipo de estudio.** Descriptivo

**Ámbito.** Centro de salud urbano

**Sujetos.** Todos los MF interesados en CM

**Métodos e intervenciones.** El responsable del servicio de CM y de la formación es un MF del equipo. Inicialmente se realizan dos sesiones de formación teórica donde se establece el circuito y criterios de derivación y las rotaciones. Número de médicos que participan: todos los del equipo reformado (n = 16) Se establecen rotaciones mensuales, 1 día a la semana 3 h. Objetivos de la formación (OF): 1. Conocer el material de CM; 2. Mejorar las capacidades de diagnóstico de patología cutánea; 3. Aprender las principales técnicas de sutura, y tipos de hilos; 4. Aprender las técnicas quirúrgicas básicas de urgencia; 5. Conocer las indicaciones y manejo del bisturí eléctrico; 6. Aprender las maniobras quirúrgicas elementales; 7. Aprender el manejo quirúrgico de la patología ungueal.

**Resultados.** Desde la apertura del servicio, han rotado 8 MF y se han realizado 185 intervenciones.

**Conclusiones.** 1) Desde octubre funciona el programa de formación, muy bien valorado por todos los médicos que han rotado. 2) Tras un mes de rotación se consiguen los OF 1,2,3,4 y 5. Para los OF 6 y 7 se requieren más rotaciones. 3) Serán necesarios análisis posteriores para valorar la satisfacción de los profesionales, así como el cumplimiento de todos los OF.

### P378 ¿LA SOLICITUD DE COLONOSCOPIAS POR EL MÉDICO DE FAMILIA ES ADECUADA?

M. Gili Riu, E. de Prado Peña, X. Puigdemolas Armengol, R. Carrillo Muñoz, M. Sanavia Guerrero y L. Santiago Pérez

ABS Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 26304fpa@comb.es

**Objetivo.** Describir los diagnósticos de las Colonoscopias (FCS) solicitadas por los médicos de nuestro centro. Analizar la conveniencia de la indicación de FCS (basándonos en los criterios de la American Society of Gastroenterology Endoscopy (ASGE)).

**Método.** Estudio descriptivo transversal. ABS urbano con acceso directo a FCS. Variables estudiadas: datos sociodemográficos, antecedentes personales y familiares de patología digestiva, motivo de solicitud y adecuación de la misma (según criterios ASGE), tiempo de demora, diagnóstico y seguimiento posterior.

**Resultados.** 103 FCS solicitadas durante el 2002. 90% realizadas. 62,5% mujeres. Edad media: 61 años (IC95%: 57,9-64,1) Principales motivos de petición: hematoquecia 48%, estreñimiento 18% estudio de anemia ferropénica 17%. 81,6% de las FCS adecuadas. 5% no. En 56% no constaba registro de tacto rectal (TR) previo a FCS. El carácter de la solicitud fue urgente 17%, preferente 26% y normal 56%. El tiempo de espera para la realización de la FCS fue 48,5 días (42,9-54,1); 55 (48,9-61,1) para solicitudes normales, 47 (41,7-52,3) para las preferentes y 31 (28,4-33,6) para las urgentes. Diagnóstico endoscópico: hemorroides 67%,

pólipos 16,3%, neoplasia 3,3%. Ninguna neoplasia ni pólipo maligno fue detectado en pacientes menores a 50 años.

**Conclusiones.** Debería mejorar la práctica de exploración física previa a la prueba. La mayoría de rectorragias son debidas a hemorroides. Pacientes menores de 50 años sin síntomas de alarma deberían ser explorados previamente mediante una ano-rectoscopia y reservar la FCS como segunda prueba si fuera necesaria (como recomiendan algunas Guías de Práctica Clínica). La demora para FCS es excesiva.

### P379 EXPERIENCIA ORGANIZATIVA EN LA ATENCIÓN A INMIGRANTES IRREGULARES

S. Barro Lugo, M. Fons Martí, J. Picas Vidal y M. Milian García

PAMEM. CAP Larrard. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: sbarro@caplarrard.net

**Objetiva.** Ofrecer atención sanitaria a inmigrantes en situación irregular y sin tarjeta sanitaria, que da derecho a atención sanitaria independiente del estado de los papeles.

**Descripción.** Desde un centro de salud (CS) urbano nos ponemos en contacto con una ONG. Una mediadora cultural recibe al inmigrante y valora las necesidades (Medicina tropical, Salud Mental o Atención Primaria). Se crea en el CS una consulta una tarde a la semana. Personal: 1 médico, 1 enfermera, atención al usuario. Se informa a los especialistas del CS. Se abre historia clínica a cada paciente, con nombre y fecha de nacimiento. Las visitas se programan cada 30 minutos por las dificultades idiomáticas-culturales. Tras la visita se re-informa a la ONG de los pacientes que son re-programados o los derivados al especialista. La intercomunicación ONG-CS es constante: el objetivo no es crear una red asistencial paralela sino ofrecer una asistencia mínima hasta que el inmigrante puede acceder al sistema sanitario ordinario. Periódicamente se revisa el acceso a padrón y documentación del inmigrante. Durante el año 2003 se visitan 114 pacientes (80 una vez, 21 dos, 13 tres o más). Se realizan 48 derivaciones (11 dentista, 10 oftalmología, 5 dermatología, 4 traumatología, 8 hospitalarias). Se solicitan 26 pruebas complementarias (7 ortopantomografías, 6 radiografías, 6 analíticas, 4 ecografías, 2 TACs, 1 mamografía).

**Conclusiones.** a) Gran aceptación y motivación por parte del personal del CS, a pesar de la carga extra de trabajo. b) Se ha ofrecido a los inmigrantes una correcta atención primaria a la que no tenían acceso. c) Se detecta que inmigrantes con tarjetas sanitarias no son aceptados en los CS que les correspondería.

### P380 SE PUEDE ASUMIR EL CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA?

A. León Estella, J. Muñoz Gómez, A. Belmonte Castello y F. Rodríguez Casado

CS Torredembarra. Torredembarra. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: aleon@xarxatecla.net

**Objetiva.** Valorar el inicio y seguimiento de una consulta de anticoagulación en Atención Primaria controlada por Médicos de Familia.

**Diseño.** Estudio Observacional Descriptivo Transversal.

**Ámbito del estudio.** Área de Salud Semirural de Torredembarra.

**Sujetos.** Pacientes subsidiarios del beneficio terapéutico con anticoagulación que se ha iniciado en el Área Básica desde el 1 de Junio del 2002 al 1 de Mayo de 2004. Han sido excluidos todos los pacientes que habían iniciado el tratamiento de anticoagulación en el hospital de referencia.

**Mediciones e intervenciones.** Los datos han sido recogidos de la base de datos del programa informático Sintromac utilizado para el control de estos pacientes. Muestra 230 pacientes. Las variables que se han valorado son Edad, Sexo, Patología por la que se ha iniciado el tratamiento anticoagulante, porcentaje de paciente que se encuentran en rango terapéutico correcto.

**Resultados.** Hombres 49% Mujeres 51% Edad media 68 años. Patologías: Fibrilación Auricular 49%, Prótesis valvular 15%, Trombosis Venosa Profunda 9%, Accidente Vascular Cerebral 9%, Valvulopatía 10%, Tromboembolismo Pulmonar 6%, Miocardiopatía Dilatada 2%. Porcentajes de visitas en rango: < 25%: 9%, 25-50%: 14%, 50-75%: 48%, > 75%: 29%.

**Conclusiones.** Aproximadamente el 50% de los pacientes descoagulados lo están por una Fibrilación Auricular. El 78% de los pacientes están en ran-

go en más del 50% de las visitas, superando el 75% de las visitas en rango en un 30% aproximadamente. No hay diferencias estadísticamente significativas en la distribución por sexos.

### P381 MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y ESTRATIFICACIÓN DE LA EPOC: ESTUDIO EMMEPOC

A. Martín Centeno, E. Gobartt, J. Montserrat Canal, N. Soler Porcar, E. Ballester Rodés y A. Torres Martí

Hospital Clinic de Barcelona. Unidad Médica Pfizer. Departamento Médico de Boehringer-Ingelheim. Barcelona. Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: amartincenteno@yahoo.es

**Objetiva.** Evaluar la mejora en el diagnóstico y estratificación por severidad de la EPOC tras una intervención formativa consistente en la divulgación de la normativa SEPAR-SEMFYC-EPOC y la utilización de un dispositivo portátil de medición de la función pulmonar (koko peak pro). **Diseño.** Estudio prospectivo de intervención. Muestreo: sistemático consecutivo sobre la población a estudio, en 3400 consultas de Atención Primaria (AP) de toda España, previa detección de pacientes codificados en los centros a estudio con la categoría diagnóstica EPOC. Se completó un cuaderno de recogida de datos basal y a los tres meses. Se establecieron tres grupos de intervención. Grupo control: práctica clínica habitual. Grupo formación: La intervención consistió en una reunión formativa de la Normativa SEPAR-SEMFYC-EPOC. Grupo formación más dispositivo portátil: junto a la formación en la Normativa, se utilizó el dispositivo KOKO Peak Pro. Ámbito: consultas de Atención Primaria.

**Resultados.** Basales: Total pacientes: 16.823. Sí han sido clasificados SEPAR/SEMFYC: 7.300 (58,23%). No han sido clasificados SEPAR/SEMFYC-EPOC: 5.236 (41,77%). No contestan (NC): 4287. Grupo control: Total pacientes: 1.596. Clasificados: 637 (56,67%). No clasificados: 487 (43,33%). NC: 472. Grupo formación: total pacientes: 6.104. Clasificados: 2.948 (66,68%). No clasificados: 1.473 (33,32%). NC: 1683. Grupo formación más dispositivo: Total pacientes: 5.844. Clasificados: 3.328 (88,7%). No clasificados: 428 (11,39%). NC: 2.088.

**Conclusiones.** La formación en Guías clínicas y la utilización de dispositivos portátiles de medida de función pulmonar aumenta el porcentaje de pacientes correctamente estratificados por gravedad de la EPOC en AP. **Ético:** Hospital Clinic; **Financiación:** Boehringer-Ingelheim/Pfizer.

### P382 USO RACIONAL DE GASTROPROTECTORES EN PACIENTES TRATADOS CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

A. Cano Vicente, M. Lázaro López, M. García Medina, M. Soler Torroja y M. García García

CS Lorca Sur. Lorca. Murcia.  
Correo electrónico: lazaro936@hotmail.com

**Objetiva.** Conocer si el uso de fármacos gastroprotectores cuando se prescriben antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) se adecua a las evidencias disponibles.

**Pacientes y método.** Estudio transversal sobre una muestra aleatoria de pacientes de un Centro de Salud mayores de 14 años a los que se prescribe algún AINE durante un año, considerando los factores de riesgo de gastrolesión.

**Resultados.** La edad media de los 392 pacientes estudiados es 44,6 años, siendo mujeres el 66,1%. Hay indicación de gastroprotección por presencia de algún factor de riesgo en 31,9% (I.C. para 95% 27,9-35,9), similar en hombres y mujeres. El factor de riesgo más frecuente es la edad mayor de 60 años (26%) y el que menos la asociación con corticoides (1,5%). Se realiza gastroprotección en el 27,2% de los pacientes con indicación de hacerlo, utilizándose misoprostol e inhibidores de la bomba de protones en el 59% y antiH2 en el resto. Se realiza gastroprotección en ausencia de factores de riesgo en el 9,7%. Por cada paciente al que se prescribe gastroprotector sin estar indicado hay 3,5 pacientes a los que no se prescribe habiendo indicación.

**Discusión.** Existiendo evidencias para el uso de fármacos gastroprotectores se identifica como problema importante la alta proporción de pacientes en los que no se prescriben estando indicados y el alto porcentaje en que el fármaco utilizado no es el adecuado. Puede deberse al desconocimiento de las indicaciones e hipotéticamente al interés por contener el gasto farmacéutico. El bajo porcentaje de gastroprotección sin estar indicada parece un problema menor.

### P383 RESOLVEMOS LAS URGENCIAS DE NUESTRA POBLACIÓN?

M. Arellano Román y J. Janer Llobera

CS Son Serra-La Vileta, Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: juanajaner@wanadoo.es

**Objetivos.** Describir las características sociodemográficas y actuaciones realizadas a los pacientes que solicitaron visita urgente en un centro de salud, así como la capacidad resolutoria de los residentes de segundo año que les atendieron.

**Métodos.** Revisión de historias informatizadas de 1036 pacientes atendidos entre octubre 2003-mayo 2004. Variables recogidas: edad, sexo, tipo de urgencia, intervenciones y pruebas realizadas, diagnósticos y derivaciones. Se analizaron con la ayuda del programa SPSS.

**Resultados.** Se visitaron 1036 pacientes, entre ellos 121 en edad pediátrica. El 54,7% eran mujeres y la media de edad  $36,17 \pm 20$  años. Se atendieron una media de 22 pacientes por día entre las 15-21 horas, siendo diciembre el mes con más demanda. El 14% de las urgencias de adultos fueron burocráticas, sobre todo recetas (77). En el centro se realizaron 84 exploraciones diagnósticas, 108 intervenciones de enfermería y 38 pruebas complementarias de forma diferida. Se derivaron al Hospital 4,2% de las urgencias fundamentalmente por motivos traumatológicos. Una cuarta parte de los diagnósticos fueron del área ORL y la odinofagia el motivo de consulta más frecuente de esta área.

**Conclusión.** Los residentes resolvieron la casi totalidad de los problemas de salud consultados, con pocas exploraciones complementarias e intervenciones de enfermería. Aportaciones: Las urgencias en el centro de salud mantienen al residente en contacto con su EAP durante las rotaciones hospitalarias. Evita la pérdida de habilidades y actitudes adquiridas durante las rotaciones. Hacen consciente al residente de que no hace falta ser muy agresivo para resolver la mayoría de problemas de salud.

### P384 ¿POR QUÉ PEDIMOS LA VSG?

I. Zamora Casas, A. Mas i Carrera, R. Viñas Vidal, R. Ros Barnadas, M. Forés Chacori y S. Sarret Vila

ABS Santa Eulàlia Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 27598izc@comb.es

**Objetivos.** Conocer a quien se le solicita la velocidad de sedimentación globular (VSG), por qué y, si el resultado es patológico qué se hace. Diseño: Estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva.

**Ámbito de estudio.** Área básica de salud (ABS) urbana. Sujetos: Pacientes de nuestra ABS a los que se les solicitó una o más VSG durante el año 2002 (listado facilitado por el laboratorio de referencia).

**Mediaciones.** Revisión manual de las historias clínicas. Las variables recogidas se agruparon en: datos generales, indicación de la VSG, evolución y peticiones posteriores de VSG.

**Resultados.**  $n = 659$ , edad = 53,9 años (DE: 19,1), 63,7% mujeres. Patología de base más frecuente: HTA, dislipemia y enfermedades reumatológicas. En el 73,4% se pudo saber el motivo de la petición: nueva clínica (50%), siendo la más frecuente el síndrome tóxico y el dolor articular. No constaba orientación diagnóstica en el 77,5% de los casos. La VSG fue patológica ( $> 20$  mm) en 187 casos, de los cuales 22 se derivaron al especialista. Sólo en el 22,5% se generó un nuevo diagnóstico. En 28 casos se pidió una segunda VSG (a los 3,7 meses +3), que fue patológica en 19 pacientes.

**Conclusiones.** En la mitad de los casos la petición de la VSG estuvo bien indicada. A pesar de ello, la mayoría de veces el resultado fue normal, y cuando era patológico el seguimiento fue deficitario.

### P385 OPINIONES DE LOS TRABAJADORES DE LOS CENTROS SANITARIOS SOBRE LA ATENCIÓN A INMIGRANTES

P. Caparrós Palomo, E. Gámez, Gámez, J. Galindo Pelayo, J. Vázquez Villegas y M. Soler Nuñez

CS de la Mojonera. La Mojonera. Almería. Andalucía.  
Correo electrónico: pepevazquez@ya.com

**Objetivos.** Conocer la opinión de los trabajadores de los centros sanitarios sobre la atención a inmigrantes.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo. Los sujetos estudiados fueron trabajadores del ámbito sanitario asistentes durante los años 2002-2003 a cursos de atención al inmigrante impartidos por Samfy/semFyc que

contestaron a un cuestionario cerrado y autocumplimentado estructurado en respuestas múltiples.

**Resultados:** Se incluyen 291 trabajadores de 19 provincias, con una edad media de 39,03 (ET: 0,463), un 77,7% sanitarios, un 94,5% de atención primaria. Personal médico el 56%, de ellos un 69,9% médicos de familia. Un 27,8% atienden diariamente entre un 5-10% de inmigrantes. Un 54,6% cree que los inmigrantes no suponen riesgo para la salud pública. Al 73% de los sanitarios la atención al inmigrante le plantea problemas de índole profesional ( $p = 0,02$ ). El 63,6% afirma que las enfermedades reactivas son las más frecuentes. Un 85,2% no se consideran preparados para atender a este colectivo, mayoritariamente sanitarios ( $p = 0,01$ ). Un 85,2% opina que la atención sanitaria debe realizarse en centros de salud sin diferencias al resto de la población. Un 95,9% opina que son necesarios cursos sobre inmigrantes para su formación, fundamentalmente sobre aspectos sociosanitarios (32,3%). Para el 49,8% el principal problema que dificulta la labor asistencial es el idioma.

**Conclusiones.** Se puede concluir que el personal sanitario encuestado no se siente preparado para atender al colectivo inmigrante, considerando que necesitan cursos para aumentar sus conocimientos. La atención a inmigrantes les plantea problemas de índole profesional debido fundamentalmente al idioma aunque se deben atender en los CS como al resto de la población.

### P386 INFLUYE EL PAÍS DE ORIGEN DEL PACIENTE EN LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA HCAP?

M. Acerete Rodríguez, D. García Pina, S. Sanz Cardeñosa, M. Marina Ortega, C. Ginés García y C. Forcada Vega

ABS Canet de Mar. Canet de Mar. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 15589vmo@comb.es

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de la HCAP de calidad y evaluar si existen diferencias significativas entre la calidad de las HCAP de inmigrantes y no inmigrantes.

**Ámbito.** Centro de salud semirural.

**Población.** HCAP de  $< 1$  año de antigüedad de edades comprendidas entre 15 y 60 años, adscrita al ABS y que consulta como mínimo 1 vez de enero 2003-enero 2004. Muestreo estratificado no proporcional inmigrante/no inmigrante. Se aparejan por edad y sexo. Se define la variable: HCAP de calidad, si cumple unos criterios mínimos definidos por la biografía y por consenso entre los médicos del EAP, a los que se les pasó un cuestionario para que escogieran entre 7 datos clínicos (de 14 propuestos) que creían esenciales para la HCAP de calidad.

Revisión de HC. Variables: alergias medicamentosas, antecedentes personales y familiares, tratamiento actual, tabaco, alcohol, TA, antigüedad HCAP, nacionalidad y dificultad idiomática.

**Resultados.** 194 sujetos (50% mujeres). Edad media 36,7 años. Procedencia: 43,3% Magreb-África subsahariana, 30,9% latinoamericana, 18,6% Europa y el 1% Asia. En el 7,3% de HCAP de inmigrantes constaba la dificultad idiomática. Media de visitas: 2,12 no inmigrantes/2,86 inmigrantes ( $p < 0,05$ ). Antigüedad HCAP: 8,3 años no inmigrantes/3,46 inmigrantes ( $p < 0,05$ ). Variables: Tratamiento 67%, antecedentes personales 62,9%, TA 57,7%, Tabaco 56,2%, alergias 54,1%, alcohol 53,1% y antecedentes familiares 25,8%. HCAP de calidad: 14,9% de los cuales 22,7% no inmigrantes y 7,2% inmigrantes.

**Conclusiones.** La prevalencia de HCAP de calidad es baja pero similar a otros estudios. En inmigrantes hay menor registro de variables. El nº de visitas a la antigüedad de la HCAP más baja no explicaría las diferencias. Puede influir la dificultad idiomática. Posiblemente se podrían explicar las diferencias si se hubiera evaluado el tipo de visita (más urgente en inmigrantes).

### P387 PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS CONSULTAS FUERA DE AGENDA EN LAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Adroher Muñoz, M. Herrero González, J. Buñuel Álvarez, C. Vila Pablos y C. Mallorquí Bertran

ABS Girona-4. Institut Català de la Salut. Girona. Cataluña.  
Correo electrónico: jrcristobal@wanadoo.es

**Objetivos.** En las consultas de pediatría de atención primaria (AP) no se ha estudiado la frecuencia de las visitas que acuden sin cita previa "de urgencias" o "fuera de agenda" (CFA).- Objetivos determinar: 1) prevalen-

cia de las CFA; 2) características de estos niños y de sus familias; 3) justificación de estas consultas y establecer los factores asociados a una mayor subjetividad de las mismas.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal realizado en un centro de AP. Se recogieron todos los casos de CFA (392 visitas) entre el 30 de marzo y el 30 de septiembre de 2003 (periodo de estudio). Variables: edad-sexo del niño, nivel cultural y situación laboral de los padres, motivo de consulta, diagnóstico final, valoración motivo de consulta ("objetivo"/"subjetivo" según la escala de Buitrago modificada). Estadística: descriptiva, bivalente, regresión logística-Odds Ratio (OR) con determinación de los Intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

**Resultados.** Prevalencia CFU: 22% (IC 95%: 19%-25%). Sexo: niños, 51,3%; edad media: 4,9 años; el 73% de las CFU fueron subjetivas. Motivo de consulta más frecuente: fiebre (21,2%). Diagnóstico más frecuente: resfriado común (14,5%) y consultas burocráticas (7,9%). Las CFU subjetivas se asociaron con edad inferior a 5 años (OR: 1,7; IC 95%: 1,1-2,7) y con consultas burocrático-administrativas (OR: 7,8; IC 95%: 5,03-8,06).

**Conclusiones.** La elevada prevalencia de CFA interfiere en las consultas de pediatría de AP, agravándose la situación por la no justificación de la mayoría de ellas.

### P388 ESTUDIO DE UNA POBLACIÓN INMIGRANTE ACOGIDA A LA LEY 8/2000 Y SU IMPACTO SOBRE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Antón Sanz y A. Sánchez Calso

CL Alpedrete. EAP Collado Villalba Estación. Alpedrete. Madrid.  
Correo electrónico: jantonavila@wanadoo.es

**Objetivos.** Conocer impacto asistencial de la ley 8/2000 sobre Equipo de Atención Primaria. Describir características sociodemográficas y sanitarias de esta población inmigrante.

**Metodología.** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Ámbito de estudio.** Centro de salud rural.

**Sujetos.** Todos los pacientes inmigrantes que solicitan tarjeta sanitaria (TS) acogidos a la ley 8/2000.

**Período.** Desde 1- Enero-2001 hasta 31-Diciembre-2003.

**Mediciones.** Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, país de origen, fecha de solicitud de TS y motivos de consulta (MC).

**Resultados.** N = 571 (170 en 2001, 185 en 2002 y 216 en 2003). Edad media: 28,5 (DE 14,9). Sexo: 52,5% Mujeres. País de origen: 46,9% Latinoamericana, 33,8% Europa Este, 12,8% Magrebíes, 3,3% Unión Europea, 1,2% Asiáticos, 2% Resto.

**Fecha de solicitud:** El porcentaje de solicitantes de TS fue mayor en enero (11%) y abril (16,2%) 2001, y septiembre (12,3%) y diciembre (10,2%) 2003. MC más frecuentes en varones: Digestivos (35%), seguidos de musculoesqueléticos (ME) (20%); y en mujeres: Ginecológicos (35%) y ME (11%). Primer MC por países de origen y sexo: **Varones:** Latinoamericanos: 40% digestivos; Europa Este: 33% patología respiratoria de vías altas y Magrebíes 27% digestivos. **Mujeres:** Latinoamericanas: 47% ginecológicas; Europa Este 35% ginecológicas y Magrebíes 29% Digestivos. El 40% nunca ha consultado.

**Conclusiones.** La población atendida en el centro de salud acogida a dicha ley es joven, sana, predominando mujeres latinoamericanas. Consultan principalmente por patología digestiva, ME y ginecológica. El impacto asistencial de la ley 8/2000 sólo ha generado un pequeño incremento en solicitantes de TS. No se ha producido el esperado impacto asistencial porque un elevado porcentaje nunca ha consultado.

### P389 USO DE FÁRMACOS UNLICENSED Y OFF-LABEL EN NIÑOS

E. Toledo Silva, E. Blanco Reina, J. González Correa, E. Márquez Romero, I. Bellido Estévez, Y. Sánchez de la Cuesta y F. Alarcón

CS Portada Alta. Málaga. Andalucía.  
Correo electrónico: eblanco@uma.es

La insuficiente evaluación de fármacos en pediatría, junto a la ausencia de formulaciones farmacéuticas adaptadas, lleva a un importante grado de utilización en los niños de medicamentos fuera de las condiciones de uso autorizadas.

**Objetivos.** Determinar la frecuencia del uso de prescripciones unlicensed (sin autorización de uso pediátrico en su registro) y off-label (no de

acuerdo con la información de la ficha técnica en algún punto). Describir el grado de exposición a fármacos y perfil terapéutico empleado.

**Metodología.** Estudio observacional transversal. Población: niños de 0-16 años que consultan dos cupos de un CS urbano entre mayo-junio 2003.

**Variables.** Sociodemográficas, motivo de consulta, tratamiento prescrito y datos sobre el estado de cada fármaco (uso unlicensed u off-label).

**Resultados.** N: 180 niños (mediana: 4 años, 54% varones). Motivos de consulta más frecuentes fueron: respiratorio (33%), dermatológico (17%) y ORL (16%). El 56% de las consultas cursaron sin prescripción alguna. Los más prescritos: analgésicos (29%), dermatológicos (24%), y antieméticos (19%). Antimicrobianos sólo en un 12,5% de las consultas. Un 68% recibía algún fármaco sin ficha técnica. El 20% de los niños recibían al menos un fármaco en condiciones unlicensed (ej: ciprofloxacino ótico en un menor de 7 años en los que está contraindicado) u off-label (ej: budesonida en lactantes cuando la información en la ficha es para 3-12 años).

**Conclusiones.** Existen datos de buena calidad (la exposición a fármacos es baja y el uso de antibióticos sólo del 12%). Pero un 20% de los niños recibe al menos un fármaco no indicado o no investigado para su edad.

### P390 ACTIVIDAD DE CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD Y GRADO DE CORRELACIÓN CLINICOPATOLÓGICA

X. Cantero i Gómez, S. Campo i Aledo, C. Moriana de la Olla, E. Aparicio i Salamanca y E. Florensa i Claramunt

ABS Igualada Urbà. Igualada. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: fxcantero.cp.ics@gencat.net

**Objetivo.** Describir la actividad de cirugía menor en una área básica de salud urbana desde enero de 2001 hasta diciembre de 2003 y valorar la concordancia entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Mediciones principales.** Número de intervenciones realizadas, edad y sexo de los pacientes, diagnóstico clínico, localización de la lesión, técnica quirúrgica, diagnóstico anatomopatológico y complicaciones.

**Resultados.** Número de intervenciones 288. Edad media de los pacientes: 44,8 (IC95%: 42,7-46,9). Distribución por sexos: 46,5% hombres, 53,5% mujeres. Distribución de las lesiones según localización: cabeza 11,2%, cara 4,5%, cuello 15,9%, tronco 46,9%, extremidades 21,5%. Distribución de las lesiones según diagnóstico clínico: nevus 28,8%, acroordon 11,5%, fibroma blando 18,1%, quiste epidermoide 11,1%, quiste tricolemal 5,2%, queratosis seborreica 6,6%, dermatofibroma 3,1%, verruga vírica 5,2%, lipoma 1%, molluscum 0,3%, otras 10,1%. Tipo de intervención realizada: exéresis 64,6%, bisturí eléctrico 30,6%, crioterapia 4,8%. Porcentaje de lesiones remitidas para estudio anatomopatológico: 68%. Grado de concordancia entre diagnóstico clínico y anatomopatológico: índice kappa = 0,735. Solamente 1 complicación menor.

**Conclusiones.** La cirugía menor debería formar parte de la práctica habitual en atención primaria asumiendo una formación correcta de sus profesionales dado que supone una mejora en la accesibilidad. Los datos obtenidos muestran un elevado grado de concordancia entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico.

### P391 REHABILITACIÓN CARDÍACA EN APS, ¿TENEMOS SUFICIENTE INFORMACIÓN?

C. Jiménez Civit, Y. Herranz Pinilla, N. Puerta Moreno, C. Dauñi Subirats, R. López Fraile y J. Ferrer Santaulària

ABS Vila-Seca. Unidad Docente de MFyC. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla. Vila-Seca. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: cdaufi@xarxatecla.net

**Objetivo.** Conocer si la información de las altas hospitalarias en los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) es adecuada para iniciar la rehabilitación cardíaca (RHC) en atención primaria.

**Tipo de estudio.** Observacional Descriptivo.

**Ámbito del estudio.** 5 Áreas básicas de salud (ABS), con una población total de 95.000 habitantes y el hospital de referencia.

**Sujetos.** Todos los pacientes de las 5 ABS dados de alta durante el 2002 con diagnóstico de CI (códigos CIE 9: 410, 411.1 y 413).

**Medidas.** Del informe del alta se recoge: sexo, edad, factores de riesgo, tratamiento al alta y pruebas complementarias: Holter, ergometría y ecocardiograma.

**Resultados.** Se obtiene altas de 132 pacientes, 12 fueron exitus intrahospitalarios. Se estudian 120 pacientes: edad media 67,88; el 87,6% eran varones, 42,4% era el primer episodio, 37% se diagnosticaron de infarto y 63% de angina. Tratamiento al alta: 85,8% AAS, 40,8% betabloqueantes, 49% estatinas y 73,3% nitritos. Factores de riesgo: NO CONSTAN Tabaco: 43,5%, Obesidad: 93,5%, Dislipemia 50%, Diabetes 48,4%, HTA: 29%. Pacientes diagnosticados de infarto: 4,8% constaba el resultado del Holter, 54,8% ecocardiograma y en 50% ergometría.

**Conclusiones.** Actualmente las altas hospitalarias no proporcionan información suficiente para que el médico de APS pueda iniciar la RHC. La información más deficiente es la de las pruebas complementarias. Falta información relevante de factores de riesgo. Destacamos la infrutilización de betabloqueantes y estatinas. Para una atención integrada y integral del paciente con CI es necesario mejorar la comunicación y coordinación entre atención primaria y atención especializada.

### P392 ATENCIÓN A URGENCIAS VITALES EN LOS CENTROS DE SALUD ¿ESTAMOS PREPARADOS?

M. Magdalena Fernández, M. Andrés Gómez, M. García Ribes y J. Castillo Obeso

061 Cantabria. Hospital Marqués de Valdecilla. CS Coto. CS José Barros. Santander. Cantabria.

Correo electrónico: marialalinda@terra.es

**Objetivos.** Si alguno de los eslabones de la cadena de supervivencia del adulto es débil o falta el servicio de emergencias tendrá malos resultados. Los CS (centros de salud) deben formar parte de los eslabones, pero ¿están dotados de los medios necesarios? Determinaremos la dotación de los CS de AP (atención primaria) de nuestra comunidad para la atención a la urgencia vital, divididos en dos zonas: CAP-1 y CAP-2.

**Diseño.** Objetivamos la existencia o no de CP (carros de parada) en los CS y su dotación ajustándonos a la Guía 061 Cantabria. Se evaluó la existencia o no de un protocolo de revisión del material, su dispersión y la formación del personal en SVA (soporte vital avanzado) en los últimos 6 meses.

**Metodología.** Se revisaron todos los CS de la comunidad. Mediante lista estructurada se evaluó: presencia o no de CP; presencia o no de CP; presencia o no de monitor desfibrilador o desfibrilador semiautomático; dotación farmacológica e instrumental (cantidad mínima, dispersión...); se interrogó sobre la existencia de un protocolo de revisión, periodicidad y la realización de cursos de SVA en los últimos 6 meses.

**Resultados.** De los 25 CS del CAP-1 el 19% tenían CP, el 38,47% carece de monitor desfibrilador, la cumplimentación de material es de 45,13% y existe protocolo de revisión en el 76,47% de los CS. En el CAP-2 existe CP en el 100%, la cumplimentación de material supera el 75% en la mayoría de los CS y existe protocolo en el 92,3%.

**Conclusiones.** Ningún CS cumple el 100% de las recomendaciones encontrando grandes diferencias geográficas. No hay homogeneidad en la comunidad sobre dotación, periodicidad de revisión y material. La formación en los últimos 6 meses se da en menos del 50% de los equipos.

### P393 MUSICOTERAPIA. TERAPIA ANTIESTRES PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Canovas Ingles, E. Roig Angosta, J. Conesa Quinto, P. Ureña, F. Roche Jimenez y R. González Ruiz

SUAP Área 2 Cartagena. Cartagena. Murcia.  
Correo electrónico: elisardoroig@hotmail.com

**Objetivos.** Dar a conocer una herramienta novedosa como terapia antiestres, que contribuye a incrementar la capacidad de control emocional y autoestima, a los profesionales de AP.

**Descripción.** En el año 2000 un grupo de profesionales de diferentes Servicios de AP, aficionados a la música, (no músicos profesionales) formamos un conjunto abierto a todos los estilos, tomando como base para nuestras canciones, situaciones y experiencias vividas por todos los sanitarios de AP, transformando las situaciones negativas y conflictivas, en experiencias gratificantes y enriquecedoras que contribuyen a incrementar nuestra autoestima al conseguir desmitificarlas y desdramatizarlas, dotándolas del conocimiento de la situación necesario, para que en sucesivas ocasiones la respuesta sea diferente y no estresante. Las letras, EL BATALLÓN EN ADMINISTRACIÓN, EL TRASTORNO, DOC-

TOR DOCTOR, LA CONSULTA, SOY UN HOMBRE ENFERMO, UN ANIMAL ME PICÓ EN LA MANGA Y EN MAZARRÓN, SERÁ UN TAPÓN EN EL OIDO INTERIOR, CALIDAD TOTAL, TODO TIENE UN PRECIO, SALUD BLUES, CARTERA DE SERVICIOS, EL EVALUADOR, CONSENTIMIENTO INFORMADO, reflejan estas situaciones en los actos asistenciales y organizativos.

**Conclusiones.** Las reuniones periódicas del grupo incrementan el contacto interprofesional, sirviendo el relato de las nuevas situaciones vividas como origen de nuevas canciones antiestres. Las actuaciones en directo, nos ayudan al autocontrol emocional (nervios pre-actuación, resolución de imprevistos, etc.), base para una buena comunicación profesional, sobretodo en situaciones conflictivas, difíciles y estresantes. La satisfacción personal tras la actuación, contribuye a aumentar la autoestima por el trabajo realizado en situaciones de estrés. Consideramos que es una herramienta eficaz para hacer frente a las situaciones difíciles y estresantes que suceden en consultas de AP.

### P394 VALORACIÓN DE LA CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Arévalo Geniçó, M. Sánchez Junyent, A. Ripoll Ramos, M. Matarrodona Riera, I. Sansalvador Font y E. Valle Cruells

CAP Valldoreix. Sant Cugat del Vallès. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 31393afm@comb.es

**Objetiva.** Describir los resultados, tanto a nivel médico como económico de un servicio de Cirugía Menor (CM) en un Centro de Atención Primaria (CAP).

**Diseño.** Estudio descriptivo, prospectivo.

**Material y métodos.** La población de estudio fueron todos los pacientes intervenidos desde diciembre 2002 hasta mayo 2004, sumando un total de 312 intervenciones, y analizando las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de espera. diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico, técnicas quirúrgicas utilizadas, complicaciones, vacunaciones y coste medio de las intervenciones.

**Resultados.** Se practicaron 312 procedimientos en 225 personas (113 hombres y 102 mujeres), con edades comprendidas entre los 13 y 88 años (promedio de 46,95 años). El tiempo de espera hasta la intervención osciló entre 0 y 180 días desde su diagnóstico (promedio de espera 25,42 días). Las lesiones tratadas fueron principalmente quistes sebáceos (37%) y nevos (27%) del total. Las técnicas quirúrgicas más empleadas fueron la extirpación y la excisión fusiforme. Se procedió a la vacunación antitetánica de 110 personas. Tan solo hubo complicaciones leves post-quirúrgicas en 16 casos (5% del total), siendo básicamente infecciones superficiales (81% del total de complicaciones). La concordancia clínico-patológica fue del 88%. El coste medio de las intervenciones fue de 65,27 euros.

**Conclusiones.** Los resultados de este estudio son muy similares a los obtenidos por otros autores, defendiendo dichos resultados las ventajas de poder realizar CM en los CAP. Hablamos de satisfacción del usuario, la satisfacción del médico, y la descongestión del sistema sanitario junto con abaratamiento de costes.

### P395 ESTUDIO DE RECURSOS EN ASMA Y EPOC EN LA COMUNIDAD DE MADRID

E. Calvo Corbella, G. Collada Holgueras, S. Mazario Rincón, J. Molina Paris, G. Lumberas García y L. Olmo Enciso

Grupo de Respiratorio de la Sociedad Madrileña de MFyC. Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: eduardo.calvo@doyma.net

**Objetivos.** Conocer recursos (infraestructura y proceso) para el diagnóstico y tratamiento de Asma y EPOC en los centros públicos de la Comunidad de Madrid.

**Diseño.** Descriptivo, transversal.

**Metodología.** Encuesta dirigida por correo (2 envíos) a los coordinadores de todos los centros de salud (227), entre Noviembre de 2000 y Abril de 2001. Responden 156 (68,7%). Pilotaje previo a 44 coordinadores (grupo nominal, añade 10 items, cambia 4). Variables de infraestructura: existencia o/y revisión de carro de parada, espirómetro, pulsioxímetro, medidor de pico flujo, sistemas de inhalación y material docente. Variables de proceso: existencia de protocolo, control de calidad, educación sanitaria, suministro de sistemas, formación continuada, lista de espera.

**Resultados.** había espirometro en 102 centros (65,4%), calibrado habitualmente en 60 (38,5%). Había carro de parada en 142 (91%) y pulsioxímetro en 19 (12,2%). El peak flow existía en el 53,8%, 27,6% y 43,6% de las consultas médicas, de enfermería y salas de urgencia. Existía protocolo de asma en 53 centros (34%) y de EPOC en 131 (84%). Había control de calidad en asma en 10 centros (6,4%) y de EPOC en 52 (38,3%). Se hacía educación grupal en asma en el 22,4% y de EPOC en el 19,2%. Los pacientes se derivaban a neumología en 60,3% de asmáticos y 98,7% de EPOC. El 7,1% de los asmáticos esperaron menos de 31 días para ser atendidos en alergía, frente al 49,9% en neumología

**Conclusiones.** existen carencias en infraestructura y proceso. Menor desarrollo en la atención al paciente asmático. Dificultades para realizar actividades de educación sanitaria.

**P396 ¿TRATAMOS CORRECTAMENTE A NUESTROS PACIENTES EPOC SEGÚN EL CONSENSO INTERNACIONAL GOLD?**

N. Sánchez Ruano, S. Lastera Abaigar, M. Fuentes Ríaza, P. Escassany Serra, M. Moreno Ubiedo y E. Sequeira Aymar

ABS Casanova. CAPSE. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 31806nsr@comb.es

**Objetivo.** Describir el tratamiento crónico en pacientes EPOC y comprobar si se adecua correctamente según los criterios GOLD.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito.** Dos centros de salud urbanos con 53.706 pacientes. Sujetos: 506 pacientes registrados EPOC.

**Material y métodos.** Variables: sexo, edad, espirometría, tratamientos habituales.

**Resultados.** n = 506, hombres 362 (71,5%), edad 73,83 (DE 11,2). Espirometría 129 (25,5%), Tratamientos: B2 de corta duración (B2corta) 227 (44,9%), B2larga duración (B2larga) 268 (53%), bromuro ipatropio (Brom-Ipatr) 203 (40,1%), tiotropio 43 (8,5%), corticoides inhalados (Cort-Inhal) 316 (62,5%), oxigenoterapia (Oxig) 17 (3,4%), corticoides orales (Cort-Oral) 25 (4,9%), mucolíticos (M) 59 (11,7%), teofilinas 13 (2,6%). Tratamientos por GOLD (registro FEV1 118, m = 56,9% (DE 19,38); EPOC leve (FEV1m80%) 9: B2corta 5 (55,6%), B2larga 5 (55,6%), Brom-Ipatr 3(33,3%), Cort-Inh 2 (22,2%); B2corta y/o Brom-Ipatr 7(77,7%). EPOC moderado IIA (FEV1:50%-< 80%) 61: B2corta 26 (42,6%), B2larga 31 (50,8%), Brom-Ipatr 19 (31%), tiotropio 6 (9,8%), Cort-inh 4(67,2%); EPOC moderado; IIB (FEV1: 30%-< 50%) 39: B2corta 20 (51,3%), B2larga 29 (74,4%), Brom-Ipatr 15 (38,5%), tiotropio 11 (28,2%), Cort-Inh 23 (59%), Cort-Oral 2 (5,1%), Oxig 1 (2,6%). EPOC grave (FEV1 < 30 %) 9: B2corta 5 (55,6%), B2larga: 4 (44,4%), Brom-Ipatr 2(22%), tiotropio 4(44,4%), Cort-Inh 7 (77,8%), Oxig 3 (33,1%), Cort-Oral 3 (33,3%); B2corta y/o Brom-Ipatrop+CI (88,8%); B2corta y/o Brom-Ipatrop+ B2larga+CI (44,4%).

**Conclusiones.** Aceptable correlación de tratamientos con directrices GOLD. Elevado uso de corticoides que aumenta con la severidad. Es preciso aumentar registro de espirometría para realizar un correcto diagnóstico y clasificación según criterios de gravedad, y adecuado tratamiento en los pacientes EPOC.

**P397 ESTUDIO DE DUDAS QUE TIENE EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA CONSULTA**

E. Fernández-Obanza Windscheid, C. Costa Rivas, C. Costa Castiñeira, A. Louro González, S. Pita Fernández y J. Serrano Peña

CS de Cambre. A Coruña. CS de Fingoy. Lugo. Galicia.  
Correo electrónico: windscheid@hotmail.com

**Objetivos.** Determinar las dudas más frecuentes que se le presentan a los médicos de atención primaria en la consulta, el tiempo y los recursos empleados para su resolución.

**Ámbito de estudio.** Dos centros de Salud Urbano-Rural

**Período de estudio.** Febrero-marzo-2004

**Tipo de estudio.** Prevalencia.

**Mediaciones.** De cada duda planteada el médico la textualizaba, indicando el momento y recurso para su resolución con instrumento validado.

**Tamaño muestral.** n = 476 preguntas (alfa = 0,05; precisión ± 4,5%) (generadas por 7 médicos)

**Análisis estadística.** Estimación de proporciones con su 95% intervalo de confianza (i.c.).

**Resultados.** Las dudas más planteadas por orden de frecuencia han sido: "tratamiento" (56,8%; 95% i.c.:51,9-60,9), "diagnóstico" (21,3%; 95% i.c.:18,1-25,6), "manejo clínico" (15,1%; 95% i.c.:12,1-18,7), "cuestiones no clínicas" (4,20%; 95% i.c.:2,65-6,52) y "epidemiología" (2,52%; 95% i.c.:1,4-4,5). 224 dudas (47,5%) no fueron respondidas de forma inmediata en el momento de consulta. Para la resolución de las dudas en el punto de atención se utilizó, por orden de frecuencia, un libro (23,52%), Fistera.com (16,31 %), otro colega (10,92%)

**Conclusiones.** La mayoría de las dudas en el momento de la consulta están relacionadas con el tratamiento de situaciones clínicas. La mayoría no son respondidas de forma inmediata, bien porque los recursos de consulta disponibles en el "punto de atención" no son suficientes, bien porque su respuesta no condiciona el resultado del encuentro médico-paciente y aquel prefiere postponer la resolución de la duda al finalizar la consulta.

**P398 SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON EL TRATAMIENTO UTILIZADO PARA SUS ATAQUES DE MIGRAÑA EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA**

S. Tranche Iparraguirre y J. Galván Cervera

Departamento Médico Almirall Prodesfarma S.A. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: jgalvan@almirallprodesfarma.com

**Objetivos.** Evaluar el grado de satisfacción que con su tratamiento habitual presentan los pacientes migrañosos que acuden a consultas de Atención Primaria y analizar su asociación con otras variables.

**Diseño y metodología.** Estudio observacional transversal, realizado entre febrero y septiembre de 2.002. Participaron 1.309 médicos de Atención Primaria que incluyeron mediante muestreo consecutivo, 3.838 pacientes migrañosos (80% mujeres) mayores de 18 años, con sospecha de migraña según el cuestionario "Screening Diagnóstico de Migraña".

**Resultado.** La antigüedad media de la migraña fue de 8,1±8 años, el 36% presentaba una frecuencia de 2 o más crisis al mes siendo la mayoría (59%) de intensidad elevada. El 96% de los pacientes consumía fármacos regularmente por ésta patología, estando en monoterapia el 85%. La mayoría de tratamientos (66%) fueron indicados por el médico de Atención Primaria siendo los triptanes (38%) los fármacos más utilizados, seguidos por AINE (27%), analgésicos no opioides (27%) y ergóticos (13%). El grado de satisfacción fue del 84% con triptanes, 28% con AINE, 27% con ergóticos y 19% con analgésicos. El principal motivo de insatisfacción fue la no desaparición completa del dolor. Se asociaron a mayor insatisfacción la no recomendación del tratamiento por un médico (OR 4,89), el sexo femenino (OR 1,31) y la edad < 42 años (OR 1,19).

**Conclusiones.** Los triptanes son el grupo farmacológico que proporciona mayor grado de satisfacción (84% de los pacientes) entre los tratamientos más utilizados por los pacientes migrañosos que acuden a las consultas de Atención Primaria.

*Estudio financiado por Almirall Prodesfarma.*

**P399 LA FORMACIÓN EN ESPIROMETRÍA ES UN FACTOR CLAVE EN EL MANEJO CORRECTO DEL EPOC**

F. Martín Luján, M. Ricart Sancho, J. de Magriña Claramunt, M. Boira Costa, Y. Ortega Vila y M. Baldrich Justel

SAP Reus-Altebrat. Institut Català de la Salut. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: fmartin.tarte.ics@gencat.net

El diagnóstico y seguimiento de la Enfermedad Pulmonar Crónica (EPOC) se fundamenta en la realización de una espirometría forzada. Sin embargo, sólo un número limitado de pacientes están diagnosticados correctamente (Chest 2000;118:981-989). Diversas razones se han argumentado para justificar estos resultados (Aten Primaria 2004;33:261-6). **Objetiva.** Identificar las variables que influyen en la realización de espirometrías para el estudio de pacientes con EPOC.

**Metodología.** Estudio observacional, multicéntrico (10 centros) en Atención Primaria. Muestreo de los sujetos mayores de 40 años diagnosticados de EPOC, atendidos durante el año 2003. Se recogen variables del paciente (edad, sexo, hábito tabáquico y comorbilidad), del médico (edad, sexo, especialidad y formación post grado específica en espirometría) y del centro (ruralidad).

**Resultados.** Se analizaron 265 pacientes diagnosticados de EPOC (70,5% hombres) con una edad media de 71,1 años (DE: 10,7), 10,5% fumadores. Se solicitó espirometría en el 46,4%. Se evaluaron 10 centros y 66

profesionales (26 médicos generales, 30 de familia y 10 especialistas). Las variables que condicionaron la solicitud de la prueba fueron la edad del paciente (OR: 0,98; IC95%: 0,95-1), la del profesional (OR: 2,89; IC95%: 1,34-6,2) y la formación en espirometrías (OR: 3,21; IC95%: 1,71-6,02).

**Conclusiones.** A pesar de que para el diagnóstico y seguimiento del EPOC es necesaria la práctica de una espirometría, un elevado número de pacientes carecen de ella. Tanto la edad del paciente como la del profesional condicionan su realización, pero es la formación específica en la prueba la que triplica la petición y mejora el manejo de la enfermedad.

#### P400 ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN UN CENTRO DE SALUD

M. Ricote Belinchón, C. Deban Miguel, J. Sánchez Moraga, M. Torices Rasines, M. Campbell García y M. Salinero Fort

CS Daroca. Unidad de Formación e Investigación Atención Primaria Área 4. Madrid. Madrid.

Correo electrónico: carlosdeban@mi.madritel.es

**Objetivos.** Estimar la proporción de pacientes anticoagulados con INR adecuado y el tiempo en rango terapéutico (TTR). Determinar si existen variables que puedan explicar el buen control terapéutico del INR.

**Diseño.** Estudio descriptivo en 2 etapas (transversal y longitudinal retrospectivo) en un C.S. Urbano durante 9 meses.

**Muestra.** 151 pacientes, muestreo de tipo sistemático de los pacientes anticoagulados (N = 500) seguidos en el C.S.

**Variables.** TTR, proporción de pacientes adecuadamente controlados en 3 últimos INR simultáneamente (3INR) y en último INR (ULTINR).

**Análisis estadística.** Chi cuadrado y Odds de prevalencia en el análisis univariante. Análisis de regresión logística utilizando un modelo explicativo ajustado por diferentes variables.

**Resultados.** TTR global = 60,3%, que desciende a 47,8% en portadores de Prótesis Valvular (PV). En el análisis mediante regresión logística tomando como variable dependiente 3INR el género masculino explicaría un 11% de la variabilidad con OR de 3,8 (1,6- 8,9). Si se toma como variable dependiente ULTINR serían 4 las variables que explicarían el 19,8% de la variabilidad: género, tratamiento con IECAs (OR 3,2) o tiazidas (OR 3,3) y presencia de miocardiopatía (OR 0,2).

**Conclusiones.** Los resultados de TTR obtenidos son equiparables a los comunicados en otros estudios, por lo que el seguimiento del tratamiento anticoagulante oral puede realizarse en Atención Primaria con calidad suficiente y mayor accesibilidad que en Atención Especializada. Posiblemente exista una mayor estabilidad terapéutica del INR en los hombres con respecto a las mujeres. La utilización de tiazidas e IECAs parece favorecer el control del último INR mientras que la existencia de miocardiopatía puede dificultarlo.

#### P401 ¿PODEMOS MEJORAR EL USO DE PAÑALES?

A. Díaz Gallego, F. Anguera Cugat, N. Gombau Rívera, M. Marimon Aménos, C. Giner Soria y F. Fornons Guillaumet

ABS Vall d'Hebron. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: galaica\_ana@yahoo.es

**Objetivo.** Analizar la adecuación de la indicación del material absorbente de incontinencia (MAI) a fin de optimizar su uso. (Primera fase de un estudio de control y mejora de la calidad).

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito.** Área básica de salud urbana.

**Sujetos.** Pacientes registrados como usuarios de MAI. Variables de estudio: sexo, edad, inclusión en programa de atención domiciliaria (ATDOM), tipo de incontinencia (TI), cuantía de las pérdidas (CP), complejidad física (CF) y tipo de absorbente (TA).

**Resultado.** Se incluyen 154 pacientes; 74,6% mujeres; edad media de 78 años en mujeres y 72 en hombres; 34% incluidos en ATDOM; TI: 63% esfuerzo, 22% urgencia y 9% mixta; TA usada: 51% supernoche, 23% noche, 0% día y 40% anatómico-rectangular; 62% pacientes con CP pequeña y moderada usan TA supernoche; 53% pacientes con CF pequeña y mediana usan TA talla grande y 12% pacientes con CF grande usan TA no adecuado; 92% pacientes ATDOM usan TA adecuado a su CF y CP.

**Conclusiones.** Existe un elevado grado de ineficiencia en la prescripción de MAI, excepto en los pacientes ATDOM, donde Enfermería tiene un papel más relevante en su indicación. Debiera valorarse la implicación de Enfermería en la indicación de MAI para optimizar su uso.

#### P402 UTILIDAD DEL REGISTRO DE CÁNCER DE PULMÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Mateo Gallego, J. Ribó Ribalta, M. López Salvà, R. Vives Abelló, V. Góñez León y O. Aralijo Lopera

ABS Helena Maseras. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: oal@tinnet.org

**Introducción.** La neoplasia de pulmón es el tumor más frecuente en el mundo. Con frecuencia diagnosticamos la enfermedad en estadio avanzado. Los médicos podemos detectarla precozmente y realizar prevención primaria.

**Objetivos.** Analizar los casos diagnosticados de neoplasia pulmonar en el centro de referencia de nuestra área básica.

**Material y métodos.** Registro de cáncer de pulmón de la Unidad de Neumología. Inclusión de todos los casos registrados desde junio de 2003. Recogida datos epidemiológicos, clínicos, fechas de inicio y del diagnóstico de la enfermedad, resultados de las biopsias, estadio y evolución final de estos enfermos. Análisis de las variables mediante el paquete estadístico SPSS 12 para Windows.

**Resultados.** Se han registrado 47 casos nuevos de neoplasia pulmonar. Todos los casos fueron varones salvo uno, con una edad media de 65,14 años (SD 9,44). El 72,7% eran fumadores y el 4,5 fumadores pasivos. El 51,1% no tenían enfermedad pulmonar previa. El síntoma más frecuente fue tos (50%) y dolor torácico (386%). El 29,5% tenían síntomas constitucionales. El 72,7% tenían un carcinoma no célula pequeña; el 25% fue escamoso y el 13,6% adenocarcinoma. El 58,2% se encontraba en estadio IIIB o IV y el 18,7% en estadio IA o IB. En un tercio de los casos el diagnóstico se realizó en menos de un mes pero en otro tercio se retrasó más de tres meses desde el inicio de los síntomas.

**Conclusiones.** El registro de cáncer de pulmón nos permite conocer la epidemiología para detectar precozmente la enfermedad y realizar prevención primaria.

#### P403 VALORACIÓN DE UNA CAMPAÑA INFORMATIVA SOBRE EL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS: ACCIÓN COORDINADA ENTRE LOS SANITARIOS DE UNA ÁREA BÁSICA DE SALUD (ABS) Y FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS.

J. Sánchez Rodríguez, C. de Ribot Mundet, M. Villar Concha, M. Cols Jiménez, X. Pérez Berrueto y C. Carrasco Rauret

ABS Palafrugell. Palafrugell. Girona. Cataluña.

Correo electrónico: jesusiana@telefonica.net

**Objetivos.** 1) Valorar las actividades realizadas para la campaña informativa, 2) Valorar la capacidad de difusión de ésta, 3) Implicar al paciente e intentar buscar su co-responsabilidad, 4) Implicar y adherir ayuntamientos y oficinas de farmacia a la campaña.

**Material y métodos.** La Campaña denominada "Medicamentos... Ayúdanos a utilizarlos correctamente", surgió de la reflexión del personal sanitario y farmacéutico frente al volumen excesivo de medicamentos que se retornaban a los puntos de recogida de la zona. Durante el año 2003 se recogieron en el CAP 231Kg de medicamentos. En un mes se contabilizaron 596 envases: el 62,25% fueron restos y el 37,75% estaban sin utilizar. El importe de los últimos fue 2.924 euros (importe anual estimado: 35.100 euros). Período: del 26/4/04 a 2/5/05. Población diana: 26947 usuarios. Participantes: personal sanitario, farmacéuticos comunitarios y Ayuntamientos del ABS. Se constituyó un grupo de trabajo con representantes del ABS y farmacias para la elaboración de las intervenciones previstas.

**Resultados.** 1) Difusión de pósters (40) y folletos (6000), 2) Entrevistas en medios de comunicación locales (radio 2, televisión 2, periódicos 3), 3) Mesa Redonda con participación activa de la población, 4) Farmacias adheridas 12 (100% de la zona), 5) Ayuntamientos participantes 6 (100% de la zona).

**Conclusiones.** 1) Ha permitido establecer una mejor relación entre profesionales y difundir un mismo mensaje a la población. 2) Ha existido una

aceptación buena por parte de todo el personal implicado. 3) La participación de los usuarios ha sido escasa, cosa que nos hace plantearnos otras actuaciones para aumentar la participación.

#### P404 CONTROL DE LA TERAPIA ANTICOAGULANTE. COMPARATIVA PRIMARIA, ESPECIALIZADA, Y UN SISTEMA INFORMÁTICO

E. Gómez Iglesias, M. Cortés Vázquez, A. Hervás Samperio, R. Valero Alonso y A.P. Muñoz

CS de Colindres. Colindres. Servicio de Hematología del Hospital de Laredo. Laredo. Gerencia de Atención Primaria Santander-Laredo. Santander. Cantabria. Correo electrónico: egomez@gap01.scsalud.es

**Objetiva** Comparar la efectividad en el control del tratamiento anticoagulante (TAO) entre la dosificación por facultativa de especializada, de primaria y la aplicación informática TaoChek (Roche diagnostics).

**Diseño y metodología.** Estudio prospectivo randomizado (enero-junio 2004). Pacientes con TAO ambulatorios y más de tres meses de tratamiento fueron asignados a tres grupos de estudio: dosificación por hematólogo, por primaria y por TaoChek supervisado por facultativo. Se estimó el grado de control en base al porcentaje de días por paciente dentro del rango de INR y el rango de INR  $\pm$  0,3 mediante la técnica "mid-interval step" y el número de determinaciones realizadas por cada 30 días de estudio y paciente. Se emplearon las pruebas de Kruskal-Wallis y Mann-Whitney.

**Resultados.** 129 pacientes (50 hematología, 23 primaria y 56 informático). Los grupos eran homogéneos en edad, sexo y motivo de TAO. No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de días en rango de INR (mediana: 50) y rango de INR  $\pm$  0,3 (mediana: 84,6) entre los grupos ( $p = 0,768$  y  $p = 0,614$  respectivamente). El número de determinaciones cada 30 días fue mayor en los asignados al grupo TaoChek (mediana 1,4; 0,8 - 2,8) frente a los controlados por hematología (0,8; 0,6 - 3) y atención primaria (0,8; 0,6 - 1,6) ( $p < 0,001$  en ambos casos), pero no entre estos dos últimos grupos ( $p = 0,162$ ).

**Conclusión.** El grado de control del TAO no difiere entre atención primaria, especializada y sistema informático TaoChek. Éste puede ser una herramienta válida para asistir al control del TAO aunque obliga a un mayor número de determinaciones.

#### P405 ADECUACIÓN DE LA DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL CON LOS ESTÁNDARES DEL INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (ICS)

L. Alemany Vilches, M. Amatller Corominas, B. Dèixens Martínez, D. Núñez Casillas, J. del Val García y J. Baena Díez

ABS Dr. Carles Ribas. Unidad de Investigación SAP Sants-Montjuïc-Sarrià-Les Corts-Sant Gervasi. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: jmbaena.pbcn@ics.scs.es

**Objetiva.** Estudiar si la duración de las incapacidades laborales transitorias (ILT) por enfermedad común (EC) se corresponden con los estándares del Institut Català de la Salut (ICS).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal, multicéntrico, realizado en 8 centros de salud urbanos, con un total de 140 médicos y una población asignada de 249.375 personas. Mediante la base de datos informatizada se seleccionaron todos los procesos por EC en que constaba la fecha de alta y baja el año 2003. Se estudiaron las variables edad, sexo, diagnóstico (CIE-10) y duración de ILT.

**Resultados.** Se estudiaron 20502 ILT, correspondientes a 16028 pacientes, con una media de edad de 40,1 años (DE 12,5) y un 55,6% de mujeres. La mediana de duración del conjunto de las ILT por EC fue de 10,0 días (Rango Inter cuartílico -RI- 27,0), con diferencias significativas (duración superior) respecto a los estándares (diferencia: 5,5 días; IC95% diferencia: 4,7-6,3). Al analizar la duración mediana de los diagnósticos más frecuentes, se encontraron diferencias ( $p < 0,05$ ) en las duraciones de: gripe (mediana observada: 5; duración estándar: 7), dorsalgia (mediana observada: 14; duración estándar: 10); ansiedad (mediana observada: 37; duración estándar: 30); gastroenteritis (mediana observada: 4; duración estándar: 3); amigdalitis (mediana observada: 4; duración estándar: 5) y episodio depresivo (mediana observada: 44; duración estándar: 90). No se hallaron diferencias ( $p > 0,05$ ) en las infecciones de vías respiratorias superiores (mediana observada: 4; duración estándar: 4).

**Conclusiones.** Las duraciones observadas de las ILT por EC suelen diferir de los estándares del ICS en función de la patología estudiada.

#### P406 RESULTADOS DE 7 MESES DE FUNCIONAMIENTO DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. Díaz Gallego, A. Santiveri Villuendas, A. Oliver Rius, S. Roig del Valle, B. del Amo Monleón y T. Mateu Gelabert

CS Larrard. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: 30947fdg@comb.es

**Objetivos** Descripción actividad en un servicio de cirugía menor (CM), en un centro de atención primaria (CAP).

**Tipo de estudio.** Observacional retrospectivo.

**Emplazamiento.** CAP urbano.

**Sujetos.** Todos los pacientes intervenidos y todas las intervenciones realizadas en el periodo octubre 2003-abril 2004.

**Mediciones.** Nombre, edad, sexo, diagnóstico preoperatorio, número de intervenciones quirúrgicas (IQ) por paciente, tipo de intervención, complicaciones postoperatorias, resultado anatomía patológica (AP), coste intervenciones en diferentes ámbitos.

**Resultados.** Pacientes intervenidos: 105; 46 hombres (43,81%), 59 mujeres (56,19%). Intervenciones realizadas: 161. Número de IQ por paciente: 1 IQ 80 (76,20%); 2 IQ 10 (9,52%),  $\geq 3$  15 (14,28%). Edad media: 33,2 años. Diagnósticos: 89 acrocordones (55,27%), 23 Quistes epidérmicos (14,28%), 14 queratosis seborreicas (8,69%), 13 Cirugía ungueal (8,07%), 6 cirugía urgente (3,72%), 4 nevus (2,48%), 4 lipomas (2,48%), 3 verrugas (1,86%), 2 hemangiomas (1,24%), 2 granulomas (1,24%), 1 dermatofibroma (0,62%). Intervenciones: 47 pacientes (44,46%): exéresis de la lesión. 45 pacientes (42,86%): exéresis con bisturí eléctrico. 13 pacientes (12,38%): cirugía ungueal. Piezas enviadas a AP: 86 (53,41%). Excluidos acrocordones (89), cirugía ungueal (13), y cirugía de urgencias (6), el resto se envía a AP (53). Complicaciones postoperatorias: 5 (3%). Correlación clínico patológica: 80%. Precio total CAP: 10.856,23 Euros. Nivel hospitalario: Hospital (H) Comarcal: 20727.14; H. 3er nivel: 29609.51. Porcentaje de ahorro: 90,88% y 172,74% respectivamente.

**Conclusiones.** Los acrocordones suponen más del 50% de las IQ, y los 4 diagnósticos más frecuentes el 86,31%. Hay un alto grado de correlación clínico patológica (80%). Baja incidencia de complicaciones. La CM en AP supone un ahorro muy importante vs la realizada en el ámbito hospitalario.

### PONENCIA 3

## Actividad física y medicina de familia

#### P407 PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO A ENFERMOS CRÓNICOS EN AP

I. Gómez Molinero, V. García Fernández, y C. Loureiro González

Ciudad de los Periodistas. Madrid. Correo electrónico: igomez@terra.es

**Objetiva.** Conocer la prescripción de ejercicio físico a enfermos crónicos de un centro de salud.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Metodología.** Encuesta a 190 pacientes crónicos en diciembre 2002 sobre datos sociodemográficos, datos clínicos de sus patologías crónicas y datos sobre la práctica de ejercicio físico

**Resultados.** Sexo 55,26% mujeres. Edad media 64,6. Patologías crónicas: HTA 82%, Dislipemias 24,74%, DM 10,47%, Obesidad 7,37%, Artrosis 5,7%, Cardiopatías 3,68%, Osteoporosis 2,11%. Tratamientos prescritos: Ejercicio 96,32%, Fármacos 89,47%. Ejercicio Físico practicado: Sí 70,05%; tiempo práctica: 59,82%; 0 a 10 años, 15,74% 11 a 20 años; 23,62% más 20 años. Tipo ejercicio: Caminar 95,36%, Nadar 29,69%, Gimnasia 21,88%, Bicicleta 18,87%. Intensidad recomendada en 3,31%. Frecuencia diaria 68,21%. Duración por sesión 30-60 minutos en 51%. Progresión no en 84,11%.

**Conclusiones.** 1. Las patologías crónicas en las que se recomienda ejercicio físico son las más prevalentes en la población. 2. Un 96,32% de pacientes reciben consejo sobre ejercicio físico en consulta. 3. Un 70,05% de pa-

cientes practican ejercicio, el 23,62% desde hace más de 20 años. 3. Caminar es la práctica más común (95,36%), el 30,46% realiza más de una actividad. 4. Solo se aconseja intensidad en 3,31%. 5. La duración de sesiones es adecuada (más 30 minutos) en 82,78%. 6. No hay progresión en 84,11%.

**Recomendaciones.** Promocionar el ejercicio físico desde todos los ámbitos sociales (escuela, familia, trabajo, servicios sanitarios, medios comunicación...). Entrenamiento del personal sanitario para valorar individualmente al paciente antes de recomendar ejercicio y forma de prescripción (intensidad, duración, frecuencia y progresión de las sesiones).

#### P408 CURSO DE ACTIVIDAD FÍSICA A RESIDENTES MAYORES EN UN CENTRO DE SALUD

A. Cánovas Inglés, E. Roig Angosto, A. Barragán Pérez, M. Rodríguez Martínez, J. Cauto Valera y M. Moreno Valera

SUAP Área 2 Cartagena. EAP Mazarrón. GAP Cartagena. Murcia  
Correo electrónico: elisardoroig@hotmail.com

**Objetivos.** Mejorar la calidad de vida en las personas mayores a través de la actividad física.

**Diseño y metodología.** Criterios de inclusión: personas mayores comunitarias residentes, sin graves problemas de salud. Valoración: batería ECFA (Evaluación de Condición Física en Ancianos, de contrastada fiabilidad) y American Alliance for Health Physical Education, Recreation and Dance. Cronograma: dos sesiones por semana de 2 horas, durante 3 meses (febrero-mayo 2004). Parámetros evaluados: IMC.; Índice de Ruffier; prueba de Martinelti; test de alineación corporal y test de flexibilidad. Junto con la T.A. y F.C. Evaluación pre-post tests. Análisis de varianza doble (ANOVA), test de t student, test de CHI-cuadrado. Valor significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se incluyeron 10 pacientes (6 mujeres). Edad media  $74 \pm 7$  años (rango 63-82). Excluidas 5 personas con FC > 95 lat/min y TA sistólica > 170 mmHg. No se encontraron diferencias significativas (Pre-post tests) respecto a peso ( $69 \pm 8,4$  vs.  $67,6 \pm 7,9$  Kgrs); I.M.C. ( $30,2 \pm 1,5$  vs.  $29,1 \pm 1,1$  Kg\*m<sup>-2</sup>); FC  $80 \pm 6$  vs.  $74 \pm 8$  lat/min); TA sistólica  $141 \pm 6$  vs.  $138 \pm 4$  mmHg) y TA diastólica  $84 \pm 3$  vs.  $82 \pm 4$  mmHg); el test de alineación corporal y test de Martinelti. Sí encontramos diferencias significativas entre el índice de Ruffier (Normal vs. Muy Bueno,  $p < 0,05$ ) y test de flexibilidad (separación de piernas:  $23 \pm 4$  vs.  $26 \pm 3,4$  cm;  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones.** La actividad física es beneficiosa en flexibilidad y en mejora del ritmo cardíaco. Los programas de actividad física deben formar parte de una política de promoción de la salud pública, sobre todo en personas mayores.

#### P409 EJERCICIO FÍSICO. ¿QUÉ OPINAN LOS PACIENTES?

M. Salanes Casus, H. Alaiz Díez, A. Díez-Tino Álamo, R. Riera i Escoda, M. Santamans Reixach y M. González Burguillos

EAP La Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: absfloridas.hos.cp.ics@gencat.net

**Objetivos.** Conocer la información y opinión de nuestra población sobre el ejercicio físico (EF): si lo integra en su vida diaria y dificultades para realizarlo.

**Diseño y metodología.** Ámbito. ABS urbana. 20431 habitantes >14 años.

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Mediciones.** Encuesta individual y consulta de historia clínica informatizada.

**Sujetos.** Muestreo sistemático de pacientes atendidos en cinco consultas de enfermería (1-15 Mayo 2004). Excluidos: discapacitados físicos y mentales.

**Resultados.** Total encuestas 233. Mujeres 59,7%, edad media: 59,5a. DE: 14,5. Hombres 62,1% mujeres 59,1% sobrepeso 30,9%, obesidad 27,95%, tabaquismo 13,3%. El 92,7% ha recibido información sobre EF y sus beneficios, 70,8% en TV. El 74,2% han recibido recomendación de EF (69,1% del personal sanitario). Lo valoran como beneficioso el 99,6%. Consideran que caminar es hacer ejercicio 92,7%. El 67,8% (158) hacen EF (caminar 94,3%, gimnasia 16,9%, natación 5,6%). El 79,7% lo practican a diario, 15,8%, 3 o más días por semana. El 53,8% dedican más de 60' al día. Lo practican solos 48,1%. El 96,8% manifiestan beneficios (91,7% agilidad-movilidad, 43,5% estado anímico, 28,4% mejoría de la enfermedad). El 32,1% (75) no hace EF. El 61,6% lo han hecho alguna

vez. Aducen como motivo: falta de tiempo 39,7%, estado anímico 26,5%, problemas de movilidad 16,1%.

**Conclusiones.** Respecto al EF la TV es el principal medio de información. Alto nivel de concienciación en referencia a los beneficios del EF. Aceptable grado de práctica. Falta de tiempo y bajo estado anímico principales causas de no practicar EF.

## MESA 9

### ¿Qué estamos haciendo en reumatología?

#### P410 INFILTRACIONES... ¿MANTENEMOS LA CALIDAD?

A. López Gil, R. Vallés Vila, F. Caballero Martínez, D. Castell Benito, N. Plazas Andreu y A. Loren Trasobares

CS Cerro del Aire. Unidad Docente de MFyC Area 6 Madrid. Majadahonda. Madrid.

Correo electrónico: alopez.g@telefonica.net

**Objetivos.** Verificar que los buenos resultados de un protocolo clínico de infiltración del aparato locomotor apreciados durante su fase de implantación (pilotaje), se mantienen cuando la oferta del servicio se generaliza a todos los pacientes de un centro de salud y se amplía el número de interventores (práctica clínica habitual). Se evalúan resultados clínicos y opiniones del paciente.

**Diseño.** Estudio observacional descriptivo.

**Ámbito.** Centro de salud urbano.

**Sujetos.** Totalidad de pacientes con patología tributaria de infiltración (tendinitis manguito rotador, bicipital, epicondilitis, trocanteritis, tendinitis anserina, De Quervain, gangliones y otras), en cuatro consultas de MF (mayo 2003-mayo 2004).

**Mediciones.** Edad, género, patología, infiltraciones/paciente, tiempo empleado, encuesta telefónica sobre efectos adversos, mejoría subjetiva, disposición a repetir el tratamiento en caso necesario y pertinencia del MF en esta intervención.

**Resultados.** 208 infiltraciones en 124 pacientes. Edad promedio = 57 años, rango = [26-89]. 71,8% mujeres. Infiltraciones/mes/cupo: 6,3 (rango: [1,4-6,4]). Duración media: 10 min. Localización: hombro 37,9%, cadera y rodilla 34,7%, codo 11,3%, mano-muñeca 8,9%, pie 7,3%. 51,6% precisó una sola infiltración. 77,6% de los pacientes opinan mejorar. 77,8% repetiría la técnica. 25% opinan que esta técnica debería ser asumida por trauma/reumatólogo. 1 caso de reacción adversa leve (alergia cutánea).

**Conclusiones.** La infiltración, en condiciones de práctica clínica real, resulta efectiva y asumible en AP, sin gran sobrecarga asistencial. La mayoría de pacientes aceptan la técnica, se muestran satisfechos con sus resultados y juzgan pertinente su realización en AP.

#### P411 UTILIDAD DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO, EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Pàmies Gracia, N. Caritg Bad, A. Soria Castro, N. Montella, X. Mezquiriz Ferrero y J. Forcada Gisbert

ABS 4. Badalona. ABS 5. Badalona. Cataluña.  
Correo electrónico: atzucac\_pam@hotmail.com

**Objetivo.** Evaluar utilidad exploración física (signo Tinel, Phallen, diagrama Katz) para diagnóstico STC, utilizando EMG como prueba de referencia (gold standard), en pacientes de atención primaria con parestesias en manos.

**Objetivos específicos.** Cálculo concordancia Tinel, Phallen y Katz. Determinar Sensibilidad, Especificidad y VPP de Tinel, Phallen, Katz respecto EMG. Variabilidad según severidad enfermedad.

**Metodología.** Estudio evaluación de una prueba diagnóstica. Población > 15 años con parestesias manos de 2 centros salud urbanos. Criterios exclusión: tratamiento quirúrgico previo, infiltración corticoides últimos

tres meses o no aceptación. Exploración practicada por profesional entrenado. Asumiendo prevalencia 80%, N = 100.

**Resultados** N = 109, 81,7% mujeres. Media 53 años ± 26. Tiempo evolución síntomas variable. Patología asociada: 11,9% diabetes, 9,2% hipotiroidismo, 0,9% embarazo, 0,9% toma corticoides, 0,9% estrógenos, 0,9% artritis reumatoide, 4,6% fractura Colles. Manos exploradas 175 (92 derechas, 83 izquierdas). Tinel positivo 64,6%. Phallen positivo 54,3%. Katz clásico 44,6%, probable 49,1%, improbable 6,3%. EMG positivo 79% (leve 42%, moderado 32%, grave 25%), negativo 21%. Validación pruebas: Tinel Sensibilidad 61,76%, Especificidad 42,86% y VPP 84%. Phallen Sensibilidad 52,94%, Especificidad 64,29% y VPP 87,8%. Katz no validado por muestra insuficiente. Tinel y Phallen concordancia débil, kappa 0,27%. Relación entre pruebas y severidad: Tendencia significativa inversa entre Tinel y severidad.

**Conclusiones.** Alta prevalencia enfermedad (82%). Largo tiempo evolución, sin correlación severidad. Tinel, Phallen: Sensibilidad, VPP altos. Katz no autoaplicable en nuestra población. Recomendamos practicar EMG exclusivamente si no mejoría tras tratamiento conservador tres meses, para valoración quirúrgica o si existe duda diagnóstica.

### P412 RELACIÓN ENTRE REALIZACIÓN DE DENSITOMETRÍAS PREVIAS AL TRATAMIENTO ANTIRRESORTIVO EN LA OSTEOPOROSIS Y ESPECIALIDAD MEDICA QUE LO INICIA

A. Oliver Bañuls, M. García Zarco, C. García-Orad Carles, M. Díaz Ortiz, F. Sapiña Ortola y S. Martín Montaro

CS Cullera. Cullera. CS Carcaixent. Carcaixent. Valencia. Comunidad Valenciana. Correo electrónico: margarcia@hospitalribera.com

**Objetivo** Evaluar la tasa de realización de densitometrías (DMT) previas al inicio de tratamientos antirresortivos para la osteoporosis (OP) en pacientes de dos EAP que no tienen acceso a la petición directa de DMT, y si depende de la especialidad médica que lo inicia.

**Diseño y metodología.** Pacientes pertenecientes a 6 MF de 2 EAP (población adscrita de 9828 pacientes) en tratamiento antirresortivo para OP, fueron identificados en la consulta de prescripción crónica durante un periodo de cuatro meses. Datos demográficos, realización de densitometrías previas al tratamiento y especialidad médica que lo indica, fueron obtenidos mediante entrevista e historia clínica de cada paciente. Estudio descriptivo.

**Resultados** Se identificaron 144 pacientes en tratamiento antirresortivo: edad media 65,4 años (63,9–66,9), 97,9% mujeres. Tratamientos iniciados por especialidad médica: Traumatología 38,2%, Ginecología 26,4%, Reumatología 11,1%, Medicina de Familia (MF) 9,7%, Rehabilitación 5,6%, Planificación Familiar 4,9% y Otros 4,2%. Se realizaron DMT previas al tratamiento en 73 (50,7%) pacientes. Tratamientos, con DMT previa, iniciados por especialidad: Traumatología 36,4%, Ginecología 73,7%, Reumatología 87,5%, MF 7,1%, Rehabilitación 25%, Planificación Familiar 85,7% y Otros 33,3%.

**Conclusión.** El 50,7% de los tratamientos antirresortivos para la OP se inician sin DMT previa existiendo diferencias entre especialidades: en números absolutos, traumatología es la que más tratamientos inicia y quien menos DMT solicita. Los MF inician pocos tratamientos.

### P413 TIENEN OSTEOPOROSIS LOS HOMBRES.... IGUAL QUE LAS MUJERES

R. López Fraile, A. Fallada Pouget, J. Serra Tarragón, S. Vega García y J. Ferrer Santaulària

ABS Vila-Seca. Unitat Docent de MFyC Fundació Sant Pau i Santa Tecla. Vila-Seca. Tarragona. Cataluña. Correo electrónico: afallada@xarxatecla.net

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de osteoporosis en mayores de 70 años. **Ámbito.** Área básica de Salud de 15.000 habitantes, del área mediterránea. **Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Medidas.** Se determinó la DMO, mediante el método accuDEXA, absorciometría fotónica dual de rayos X (DEXA) en 2º falange del tercer dedo de la mano no dominante. Se consideró para el Dx de Osteoporosis un punto de corte en - 1,65 DE.

**Sujetos.** Se seleccionan pacientes de más 70 años de edad de tres cupos de Medicina Familiar. Tras muestreo consecutivo se citan telefónicamente en el ABS, acudiendo 73 hombres y 181 mujeres.

**Resultados.** Practicamos la DMO a 254 pacientes (181 mujeres y 73 hombres). Hombres: el 56,2% presentaron DMO: normal; 24,7% osteopenia, 19,2% osteoporosis. Edad media de cada grupo: 75,27; 76,83 y 79,71 años respectivamente, el índice de masa corporal medio (IMC): 29,48%; 27,89% y 26,58%. Mujeres: presentaron DMO: 42,5% normal; 31,5% Osteopenia, 26% Osteoporosis. Edad media de cada grupo: 74,8; 75,9; 77,5 respectivamente, el IMC medio: 31,5%; 28,9%; 28,5%.

**Conclusiones.** La osteoporosis no es una enfermedad sólo de la mujer posmenopáusica, en el hombre también es un problema importante (prevalencia 19,2%), aunque la mujer presenta una mayor prevalencia (26%). Las medidas preventivas a adoptar, se tendrían que propugnar de la misma manera en hombres y mujeres.

### P414 ESTIMACIÓN DE LOS COSTES SANITARIOS DIRECTOS OCASIONADOS POR EL SÍNDROME FIBROMIÁLGICO

J. Cruzado Quevedo, M. López Piñera, A. Ibáñez Reales, A. Moreno Pastor, D. Abellán Ribero y A. Hernández Torrano

CS Molina - La Consolación. Molina de Segura. Murcia. Correo electrónico: jrcruzadoq@papps.org

**Introducción.** La fibromialgia (FM) es una entidad clínica de gran interés en el ámbito sociosanitario por su alta prevalencia (2% población general), que genera importantes consumos de recursos y consecuentemente alta repercusión económica.

**Objetivo** Evaluar el impacto económico en términos de costes directos ocasionados por pacientes diagnosticados de FM pertenecientes a una zona de salud.

**Metodología.** Tipo de Estudio: Descriptivo, transversal de estimación de costes durante un año (2003).

**Emplazamiento.** Atención Primaria (AP) y Especializada (E).

**Participantes.** Pacientes diagnosticados de fibromialgia.

**Método.** Se cuantificaron todos los costes directos sanitarios públicos producidos en 2003 por cada paciente diagnosticado de fibromialgia, calculados como: cantidad de servicios sanitarios usados durante un año, su coste en Euros así como consumo de fármacos. Los costes se dividieron en costes por utilización de servicios médicos (primaria y especializada), laboratorio, radiodiagnóstico, fisioterapia y consumo de fármacos. No se tuvieron en cuenta gastos sanitarios privados por registros inadecuados.

**Resultados.** Se identificaron 88 pacientes con Fibromialgia (87 mujeres, 1 hombre) entre 17.306 usuarios que ocasionaron un coste anual directo sanitario de 103.796,52 € (1.179,5 € por paciente). La distribución fue: 3.513,7 € en AP, 42.779,13 € especializada, 1.494,71 € laboratorio, 3.118,5 € radiodiagnóstico, 617,1 € fisioterapia y 52.273,71 € fármacos.

**Conclusiones.** Son considerablemente altos los costes directos ocasionados por pacientes fibromiálgicos tanto por la enfermedad en si misma como por la comorbilidad que acompaña a esta enfermedad. Estos costes aumentarían si se sumasen los ocasionados por los gastos privados así como por los costes indirectos sanitarios. Dado lo novedoso de este estudio no hemos podido compararlos con otros similares.

### P415 CALIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LA LUMBALGIA

P. Barón Martínez, G. López Ramallo, M. Ayuga Martínez, A. Caballero Gallego, A. García Romero y S. Ayala Luna

CS Los Angeles. Madrid. Correo electrónico: pbaron@cpaguilar.com

**Objetivo.** Conocer la conducta del médico ante los pacientes que acuden por lumbalgia y si ésta se ajusta a las principales guías de practica clínica. **Diseño.** Descriptivo transversal.

**Ámbito.** Atención primaria.

**Sujetos.** 386 pacientes (muestreo sistemático) sobre 1493 que consultaron por lumbalgia en el 2003. Nivel de confianza 95%, precisión 5%.

**Mediciones.** Edad, sexo, anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, tratamiento, incapacidad laboral, derivación

**Resultados.** Mujeres 57%. Menores de 30 años: 15%, mayor de 65: 28%. Antecedente de lumbalgia: 22%, antecedentes de artrosis: 15%. Anamnesis: Constaba interrogatorio sobre: tipo de trabajo: 16% pacientes (56% físico, 44% sedentario), sobreesfuerzo previo: 12%, irradiación del dolor: 30%, características del dolor: 27% (mecánico: 96%, inflamatorio: 4%),

síntomas de alarma: 2%, tiempo de evolución: menos de 6 semanas: 75%, > 3 meses: 13%. Exploración física: Lasegue explorado: 25% (31% positivos), exploración neurológica: 12% (7% alterada). Pruebas complementarias: Radiografía: 30% (58% en primera visita, 42% visitas sucesivas). Alteradas 75% (cumplían criterio de indicación). TAC: 1%, RMN: 5%. Tratamiento: Analgésicos 31%, AINEs 70%, Relajantes musculares: 31%, Fisioterapia: 10%, Opiáceos: 3%, Corticoides: 3%, Vitaminas: 2%. Tratamiento combinado 47%. Incapacidad laboral: 16% (17% < 72h, 43% > 3 semanas). Derivaciones a traumatología: 14%.

**Conclusiones.** Existe adecuación a las guías en la petición de pruebas y actitud terapéutica, aunque el uso de relajantes musculares es elevado. La anamnesis está incompleta y la exploración física no consta en un alto porcentaje de las historias posiblemente debido al escaso tiempo por consulta.

#### P416 ¿PRESCRIBIMOS LOS COXIBS DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES CIENTÍFICAS?

E. Franco Piedrafita, R. Peiro Navarro y P. Torán Montserrat

ABS Gatassa. Mataró. ABS Vilassar de Mar-Cabrera. Vilassar de Mar. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 28959efp@comb.es

**Objetivo.** Analizar la adecuación de la prescripción de coxibs respecto las recomendaciones científicas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal realizado en Mayo de 2004, bi-céntrico (ABS urbana y semi-urbana), analizando todas las prescripciones de coxibs durante 2003-04. Se revisaron las prescripciones de coxibs y sus fichas de validación, registrando: edad, sexo, patología, antecedentes de riesgo gastrointestinal (ARGI), patologías crónicas, tratamientos de riesgo, gastroprotección, profesional que realizó la prescripción inicial, duración del tratamiento y motivo de indicación. Se analizó la adecuación del tratamiento con coxibs y gastroprotectores respecto las recomendaciones de las Sociedades Científicas Españolas y Ministerio de Sanidad, y la concordancia del informe de validación con la historia clínica. **Resultados.** 112 pacientes (1,88% de los > 65 años), 76,8% mujeres, edad media 66,6 años (no diferencias significativas (DS)). El 78,6% eran artrosis (OA), 11,6% artritis reumatoide (AR) y 9,8% otras patologías. El 11,6% de casos tenían ARGI, el 12,5% enfermedad grave concomitante, el 21% tratamientos de riesgo y el 41,1% tomaban gastroprotección. Prescripción inicial: traumatología 48,2%, reumatología 23,2%, medicina de familia 11,6% y otros 17%. Duración media del tratamiento: 11,4 meses (sin DS). Motivo de indicación: ARGI 12,5%, no mejoría con otros aines 21,4%. La adecuación del tratamiento con coxibs es del 36,6% (AR 69,2%, OA 35,2%, DS  $p < 0,05$ ), de la gastroprotección del 80,4% (no DS) y ambos conjuntamente del 28,6%. Concordancia de la información informe-historia: 89,3%.

**Conclusiones.** Prescripción mayoritaria en artrosis. Escasa prevalencia de circunstancias de riesgo y elevada co-prescripción coxib-gastroprotección, con baja adecuación. Información insuficiente de los prescriptores respecto al motivo de indicación.

#### P417 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

R. Bartolomé Resano y F. Bartolomé Resano

CS de Peralta. CS Segundo Ensanche. Pamplona. Navarra.

Correo electrónico: rbartolomer@telefonica.net

**Objetivos.** Conocer los métodos diagnósticos y los tratamientos empleados en osteoporosis (OP). Evaluar si el tratamiento es correcto según la medicina basada en la evidencia (MBE).

**Diseño y metodología.** Estudio observacional descriptivo. Reclutamos durante 6 meses todas las mujeres menopáusicas, entre 50 y 75 años, con diagnóstico o tratamiento de OP que acudieron a 2 centros de salud, uno rural y otro urbano. Desde AP en nuestra comunidad no puede solicitarse densitometría ósea (DMO). Evaluación según guías de MBE de Canadá (2002) y National Osteoporosis Foundation (2003).

**Resultados.** N = 212 (edad media 66,9 años; DE 6,7 años). Fracturas osteoporóticas: 20,3% (72% vertebrales, 14% cadera, 14% Colles). Factores de riesgo (FR): edad (63,7%), menopausia precoz (19,8%), enfermedades osteopenizantes (12,7%), fármacos osteopenizantes (7,5%), bajo peso (7,5%), tabaco (4,2%), antecedentes familiares (3,8%). Ningún FR el 18,4%. Mé-

dico: AP (29,2%), especializada (70,8%): ginecología (24,5%), traumatología (24,1%), reumatología (13,7%), otros (8,5%). Diagnóstico: DMO (40,6%), FR (21,7%), radiología (19,8%), fractura (17,9%). Tratamientos: correctos (52,8%), probablemente correctos (9,9%) e incorrectos (37,3%). Probablemente correcto (PC) incluye alto riesgo sin DMO. Prescritos: alendronato (37,3%), raloxifeno (21,2%), risedronato (13,2%), calcitonina (7,1%), THS (2,8%). Especialidades: AP: correctos (66,1%), PC (9,6%), incorrectos (24,2%). Ginecólogos: correctos (26,9%), PC (21,2%), incorrectos (51,9%). Reumatólogos: correctos (75,9%), incorrectos (24,1%). Traumatólogos: correctos (43,1%), PC (3,9%), incorrectos (52,9%).

**Conclusiones.** Hay una escasa detección de FR, habría que insistir más. Muchos tratamientos incorrectos. Traumatólogos y ginecólogos, que pueden solicitar DMO, duplican a AP. Deberíamos conocer las indicaciones de DMO, buscándolas activamente, para remisión a reumatología. Tratamos muchas mujeres que desconocemos si se benefician y muchas otras subsidiarias no son detectadas.

#### P418 ¿CÓMO DUERMEN LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS?

M. Solà Gonfau, B. Fuentes Bautista, M. Muñoz Cuquerella, R. Cilvera Portillo, C. Valero García y M. Junyent Priu

CAP Les Planes. Sant Joan Despí. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mercesola@telefonica.net

**Objetivo.** Estudiar la prevalencia de trastornos del sueño e insomnio en pacientes afectadas de fibromialgia (FM).

**Diseño.** Estudio descriptivo multicéntrico transversal.

**Emplazamiento.** Dos Centros de Atención Primaria (AP) urbanos.

**Sujetos.** Pacientes diagnosticados de fibromialgia por reumatólogo de referencia.

**Material y métodos.** Recogimos edad, sexo y variables socioeconómicas de 100 pacientes con FM. Administramos un cuestionario clínico de diagnóstico y valoración de alteraciones del sueño y factores asociados, analizando aquellas variables susceptibles de intervención desde AP.

**Resultados.** Pacientes mujeres, edad media 56 años, 76% casadas, 44% (IC 95% 34,3-53,7) en situación laboral activa. Cumplían criterios clínicos de insomnio el 88% (IC 95% 81,6-94,4), de éstas, la mitad recibían tratamiento farmacológico, en su mayoría benzodiazepinas, sólo 14% (IC 95% 7,2-20,8) utilizaban fármacos recomendados en fibromialgia. 32% (IC 95% 22,9-41,1) trataban su dolor con antiinflamatorios. En términos de intensidad del insomnio, 57 pacientes dormían menos del 85% del tiempo que permanecían en cama (eficiencia del sueño baja) y 23, mostraban una eficiencia del sueño anormalmente baja (inferior al 75%); 14 presentaban clínica sugestiva de apneas y 32 de síndrome de piernas inquietas. Todas referían como uno de los motivos de despertar nocturno el dolor y 20 manifestaban tener pesadillas.

**Conclusiones.** Las alteraciones del sueño son comunes en nuestras pacientes, similares a las descritas en la bibliografía y requieren estudio y tratamiento específico. Debemos controlar el dolor nocturno y racionalizar el tratamiento del insomnio, con métodos no farmacológicos y con fármacos de evidencia demostrada en esta patología.

#### P419 PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

B. Ríos Morata, E. Izquierdo Vendrell, M. Ruiz Sánchez, D. Rubira López, J. Menárguez Puche y P. Alcántara Muñoz

CS Virgen de la Consolación. Molina de Segura. Murcia.

Correo electrónico: monicasa@larural.es

**Objetivo.** Describir perfil clínico de pacientes atendidos en Atención Primaria (AP) con juicio clínico de fibromialgia.

**Diseño.** Observacional, descriptivo de casos (con grupo control).

**Metodología.** Se seleccionaron todos los pacientes con juicio clínico de fibromialgia (código L-99/OMI-AP) atendidos por su médico AP (durante 2003). Se asignaron para el análisis controles de igual cupo médico, edad y sexo. Se valoraron 19 síntomas y 4 enfermedades asociadas (colon irritable, síndrome premenstrual, síndrome del túnel carpiano y trastorno ansioso-depresivo). Se utilizó estadística bivariante y regresión logística.

**Resultados.** Se localizaron 93 pacientes con juicio clínico de fibromialgia, recogiendo información de 49 (tasa de respuesta = 52,69%). No hubo sesgo de no respuesta. Los síntomas más frecuentemente relacionados con

la enfermedad fueron: parestesias en brazos (89,8%), sueño no reparador (87,8%), rigidez articular tras reposo (83,7%), parestesias en piernas (75,5%), trastornos cognoscitivos (73,5%), edemas en manos (73,5%), ansiedad (59,2%), pinchazos en tórax (57,1%), dolor en articulación temporomandibular (51%), piernas inquietas/bruxismo (44,9%) y depresión (46,9%) siendo  $p < 0,0001$  para todos ellos. En la regresión logística se identificó un modelo que incluía 5 síntomas de forma significativa que fueron rigidez articular tras reposo (odds ratio-OR- de 6,83), dolor en articulación temporomandibular (OR = 5,91), parestesias en brazos (OR = 4,51), parestesias en piernas (OR = 3,52) y piernas inquietas/bruxismo (OR = 7,46). La capacidad predictiva del modelo fue de 83,67%. No se encontró asociación significativa con colon irritable, dismenorrea o síndrome premenstrual.

**Conclusiones.** Se identificó un perfil clínico de fibromialgia que incluía rigidez articular tras reposo, dolor en articulación temporomandibular, parestesias en brazos, parestesias en piernas y piernas inquietas/bruxismo.

### P420 PERCEPCIÓN DE APOYO FAMILIAR DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

D. Rubira López, E. Izquierdo Vendrell, M. Ruiz Sánchez, B. Ríos Morata, J. Menárguez Puche y R. Soto Calpe

C.S Virgen de la Consolación. Molina de Segura. Murcia.  
Correo electrónico: monicasa@larural.es

**Objetiva.** Describir percepción de apoyo familiar de pacientes atendidos en Atención Primaria (AP) con juicio clínico de fibromialgia.

**Diseño.** Observacional, descriptivo de casos (con grupo control).

**Metodología.** Se seleccionaron todos los pacientes con juicio clínico de fibromialgia (código L-99/OMI-AP) atendidos por su médico AP (durante 2003), asignando para el análisis controles de igual cupo médico, edad y sexo. Se utilizó el Cuestionario Apgar Familiar (rango de puntuación A = 1-25) que determina el nivel de disfunción familiar. Se recogieron datos sobre estado civil, unidad familiar (solo, en pareja, matrimonio con hijos, sin pareja pero con hijos, sin pareja que vive con la familia) y ocupación laboral (en paro, trabaja fuera de casa y pensionista). Se usó estadística bivariante.

**Resultados.** Se identificaron 93 pacientes con juicio clínico de fibromialgia, recogiendo información en 49 (tasa de respuesta = 52,69%). Los datos más relevantes de los pacientes fueron que el 31,6% vivía en matrimonio con sus hijos y el 19,4% trabajaba fuera de casa, siendo los porcentajes de pensionistas y en paro 15,3% para cada uno de ellos. Se encontraron diferencias en el nivel de disfunción familiar entre los enfermos ( $A = 19,9 \pm 5,75$ ) y el grupo control ( $A = 22,73 \pm 3,21$ ) ( $p = 0,026$ ). La prevalencia de disfunción familiar alta en los casos fue del 18,37%, mientras que en los controles fue 4,08%. No encontramos diferencias entre la disfunción familiar y los diferentes tipos de unidad familiar, ni respecto a la edad, ni a la ocupación laboral.

**Conclusiones.** Percibieron menos apoyo familiar los pacientes con fibromialgia que el grupo control.

### P421 FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES DE LA OSTEOPOROSIS EN HOMBRES

A. Fallada Pouget, R. López Fraile, J. Pujol Costa y F. Güerri Ballarín

ABS Vila-Seca. Unitat Docent de MFyC Fundació Sant Pau i Santa Tecla. Vila-Seca. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: afallada@xarxatecla.net

**Introducción.** La osteoporosis en el hombre se define cuando existe baja densidad ósea y una fractura de bajo impacto, a diferencia de la mujer no existen actualmente valores densitométricos diagnósticos aceptados, de ahí la importancia de poder disponer de un registro de factores de riesgo (en el 40-60% de los casos se puede identificar alguna causa).

**Objetivos.** Conocer los factores de riesgo más prevalentes asociados a la osteoporosis en hombres.

**Ámbito.** Área básica de Salud urbana de 15000 habitantes.

**Diseño.** Descriptivo transversal.

**Sujetos.** Muestra de 73 hombres mayores de 70 años de edad. Muestreo consecutivo.

**Medidas.** Densitometría ósea (DMO) mediante método accuDEXA, absorciometría fotónica dual de rayos X en 2ª falange del tercer dedo de la mano no dominante. Diagnóstico de Osteoporosis (OP) un punto de

corte  $< -1,65$ DE. Registramos: edad, índice de masa corporal (IMC), fracturas previas, fármacos, tabaco, alcohol, sedentarismo, enfermedades asociadas y sospecha radiológica.

**Resultados.** Edad media 76,51  $\pm$  4,7 años, DMO: Normal: 56,2%, Osteopenia: 24,7% y OP 19,2%, el IMC medio respectivamente es 29,48%, 27,89%, 26,58%. Los factores asociados más prevalentes con resultado de OP: fracturas previas 42,9%, fármacos 14,3% (7,1% son corticoides), tabaquismo 35,7%, alcohol 57,1%, sedentarismo 50%.

**Conclusiones.** La prevalencia de osteoporosis en hombres es inferior a la de las mujeres, siendo los factores de riesgo más importantes el bajo IMC, alcohol, sedentarismo y tabaquismo. A diferencia de las mujeres en las que la etiología principal es la postmenopausia, en el hombre los factores de riesgo principales son modificables si mejora su estilo de vida.

### P422 ¿PODEMOS JUSTIFICAR EL GASTO FARMACÉUTICO DEL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS?

B. Contreras Raris, A. Serra Torres, S. Sitjar Martínez de Sas, J. Sotoa Monblona, X. Otero Serra e I. Menacho Pascual

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: ssitjar@clinic.ub.es

**Objetivos.** Analizar la indicación en la prescripción de fármacos para tratar la osteoporosis en Atención Primaria y valorar el impacto económico.

**Diseño y metodología.** Estudio de utilización de medicamentos prescripción-indicación, observacional descriptivo retrospectivo, en ABS urbano. Mediante el programa OMI-AP se identificaron todos los pacientes con prescripción de bifosfonatos, calcitonina y raloxifeno para el tratamiento de la osteoporosis durante 11 meses (enero-noviembre de 2003). Variables analizadas: edad, sexo, fracturas previas, densitometría ósea (DMO), indicación de la prescripción según evidencias científicas disponibles (guía clínica Management of osteoporosis, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2003) y coste de las prescripciones. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS10.0.

**Resultados.** Se identificaron 631 pacientes, con una edad media de 68,3 años (DE: 10,8) y el 92,4% eran mujeres. Un 28,8% había presentado fracturas y un 60,7% tenían DMO. La indicación estaba justificada en el 55,3%. De las indicaciones no justificadas (44,7%), un 78,7% no tenían registro de DMO y sólo un 21,2% tenían fracturas previas. En los pacientes  $> 65$  años y en los tratados con bifosfonatos se obtuvieron mayores niveles de indicación correcta. El coste de las prescripciones no justificadas con los datos disponibles fue de 84.312,67 € (39,8% del total).

**Conclusiones.** En gran parte de los pacientes con osteoporosis no se dispone de datos suficientes para justificar su tratamiento, sobre todo por falta de DMO. Posiblemente, la falta de datos se deba más a un registro deficitario de la información que a la no realización de las pruebas. Sin embargo, económicamente, esta falta de justificación supone un gasto farmacológico considerable.

### P423 INFILTRACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA: DEL DICHO AL HECHO HAY MUCHO TRECHO

P. Carceller Sales, I. Monreal Aliaga, N. López Pareja, J. Baena Díez, J. del Val García y L. Alemany Vilches

ABS Singuerlín. ABS Maragall. ABS Dr. Carles Ribas. Unidad de Investigación SAP. Sants-Montjuïc-Sarrià-Les Corts-Sant Gervasi. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: jmbaena.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos.** Estudiar la actitud del médico de atención primaria (AP) respecto a las infiltraciones.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal, múlticéntrico (24 Centros). Mediante cuestionario auto-administrado se estudiaron las variables edad, sexo, especialidad, tutor de medicina de familia (MF), carga asistencial y variables sobre la actitud.

**Resultados.** Respondieron 120 médicos. El 61,5% eran mujeres, con edad media de 44,5 años. Eran MF vía MIR el 53,0% y tutores el 7,7%. El cupo medio fue de 1929,3 pacientes, con 35,9 visitas/día. Consideraron las infiltraciones técnica apropiada en AP el 64,3%, valorándose con una puntuación de 7,0 (escala 0-10). Tenían formación el 61,5%. Sabían infiltrar el 54,2% pero sólo infiltraban el 21,7%. Dificultaban la realización de infiltraciones: falta de tiempo (75,8%), falta de conocimientos (40,8%) y considerarla una técnica de especialistas (22,5%). Se habían realizado 732 infiltraciones el último año. Las más frecuentes fueron: tendinitis del manguito

(n = 274), epicondilitis (n = 84), bursitis trocantérea (n = 95) y espolón calcáneo/fascitis plantar (n = 66). Tenían día específico para infiltrar el 3,8%, enfermería colaboraba en un 11,5% y solicitaban consentimiento escrito el 7,7%. Las variables asociadas (p < 0,05) al uso de infiltraciones fueron la edad <44 años, la especialidad MF vía MIR y la formación específica, sin relación con el sexo, carga asistencial o falta de tiempo.

**Conclusiones.** La infiltración es una técnica escasamente implementada en AP, aunque está bien valorada y tiene pocas complicaciones. La falta de tiempo se consideró un obstáculo, pero las variables que realmente influyeron fueron la edad y la formación.

#### P424 ¿SON SEGURAS LAS INFILTRACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA? LA RESPUESTA ES SÍ

I. Monreal Aliaga, P. Carceller Sales, N. López Pareja, J. Baena Díez, L. Alenany Vilches y J. del Val García

ABS Carles Ribas. ABS Singuerlin. ABS Maragall. Unidad de Investigación SAP Sants-Montjuïc-Sarrià-Les Corts-Sant Gervasi. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: jmbaena.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos.** Estudiar la proporción de infiltraciones con alguna complicación en atención primaria

**Diseño y metodología.** Estudio multicéntrico, descriptivo transversal, realizado en 3 Servicios/Gerencias de Atención Primaria. Se solicitó la colaboración a los médicos que habían realizado infiltraciones en los últimos 12 meses y mediante una encuesta estandarizada se estudió el número y tipo de infiltración, complicaciones y cambios de actitud si éstas se presentaban.

**Resultados.** Se realizaron un total de 861 infiltraciones, realizadas por un total de 29 médicos. La media anual de infiltraciones por médico fue de 29,7 (DE 16,5). Las localizaciones más frecuentes fueron la tendinitis del manguito de los rotadores (325), la epicondilitis (109), la bursitis trocantérea (106), el espolón calcáneo/fascitis plantar (79), la tendinitis de la pata de ganso (57), la gonartrosis (27), el síndrome del túnel carpiano (26), la epitrocleitis (25), la tendinitis bicipital (21) y la tenosinovitis de De Quervain (18). Se produjeron complicaciones en 8 infiltraciones (0,9%; IC95%: 0,4-1,8); 5 casos de atrofia, hiperpigmentación o telangiectasias, 1 infección local, 1 reacción cutánea de hipersensibilidad (resulta con tratamiento médico en la consulta de atención primaria) y 1 hematoma. De los 7 médicos que tuvieron alguna complicación sólo uno refirió cambiar su actitud, aunque sin dejar de realizar infiltraciones.

**Conclusiones.** Las infiltraciones realizadas en atención primaria son una técnica con una baja proporción de complicaciones. Puesto que presenta algunas ventajas adicionales en relación a otras terapias, sería necesario implementar medidas para facilitar su implantación.

#### P425 DENSITOMETRÍAS, ¿PARA QUÉ Y A QUIEN LAS INDICAMOS? ESTUDIO DESCRIPTIVO

J. del Val García, L. Alenany Vilches, J. Baena Díez, E. González Casante, E. Núñez Juárez y L. Fernández López

Unidad de Investigación SAP Sants-Montjuïc-Les Corts-Sarrià-Sant Gervasi. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: jldelval.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos.** Describir las características de la población a la que se realiza densitometrías ecográficas para cribaje de osteoporosis.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo, incluyendo todas densitometrías ecográficas realizadas a mujeres entre noviembre de 2001 y marzo de 2004 en un centro de especialidades de un Servicio de Atención Primaria urbano. Variables: edad, centro de procedencia, diagnóstico, velocidad de transmisión del ultrasonido (stiffness) tratamiento y factores de riesgo.

**Resultados.** Se incluyeron 1632 pruebas. La edad media fue de 60,85 años (IC95%: 60,39-61,30). El diagnóstico fue normal en un 25,3%, osteopenia un 45,9% y osteoporosis un 28,8%. La edad fue el principal factor de riesgo para padecer osteopenia y después osteoporosis (p < 0,001). Existe relación estadísticamente significativa e inversa entre el Stiffness y la osteopenia/osteoporosis. Un 17,2% con prueba normal recibían algún tipo de tratamiento para la osteoporosis; mientras que un 61,8% de los pacientes con osteoporosis y un 72,6% con osteopenia no recibían tratamiento (p < 0,001). Los tratamientos más frecuentes tanto en osteopenia como en osteoporosis fueron el calcio o derivados (75,1% y 64,2% respectivamente), bifosfonatos (20% y 31,9% respectivamente) y raloxifeno (21,5% y 15,6%

respectivamente). Se encontró relación significativa entre la osteoporosis y la fractura previa, la inmovilización prolongada y la constitución delgada.

**Conclusiones.** La población fue relativamente joven para la patología estudiada. Los principales factores de riesgo asociados a la osteoporosis fueron la edad, fracturas previas, inmovilización y constitución delgada. Las pautas de tratamiento muestran una importante variabilidad e inadecuación del tratamiento tanto en pacientes normales como con densitometría alterada.

#### P426 ¿QUÉ HACEMOS CON EL PACIENTE CON PATOLOGÍA REUMÁTICA SISTÉMICA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

A. Carrera Muyo, A. Brau Tarrida, M. Oller Sanz, L. Ruiz Balestra, A. Pérez Orce y E. Minguella Muñoz

CS La Mina. Sant Adrià del Besòs. Barcelona. SAP Sant Martí. Barcelona ICS. Cataluña.

Correo electrónico: anacarreram@yahoo.com

**Objetivos.** Valorar la frecuencia y el abordaje de la patología reumática sistémica (PRS) en pacientes atendidos en un centro de salud (CS).

**Diseño/metodología.** Descriptivo longitudinal retrospectivo.

**Ámbito/sujetos.** CS (11 médicos). Población atendida (historia informatizada) período 06/00-06/04 = 15.431 pacientes = 1.403 pacientes/médico. Criterio-inclusión: Pacientes >14 años con PRS, (códigos CIAP-2: L88-L99-S91 = artritis reumatoide (AR), Sjögren, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, espondilitis anquilosante, polimialgia reumática, Paget, artritis psoriásica), identificados en el registro informático (OMI-AP) existente desde 06/2000. Período-revisión: 01/06/1984-19/06/2000 = historia clínica de papel; 19/06/2000-30/05/2004 = OMI-AP.

**Mediciones.** Edad, clínica, pruebas complementarias (PC), tratamiento, seguimiento, complicaciones, ingresos, intervalos (media-rango): síntoma-consulta (I-SC); consulta-derivación (I-CD); consulta-diagnóstico (I-CDx); síntoma-diagnóstico (I-SDx).

**Resultados.** Se identificaron 90 pacientes: 5,8 PRS/1000 pacientes atendidos. Media = 8,18/médico. Patologías: polimialgias = 26%; AR = 19,5%; psoriásica = 11,7%; lupus = 16,9%; espondilitis = 7,8%; Sjögren = 9,1%; esclerodermia = 3,9%; Paget = 3,9%. Edad-diagnóstico: polimialgia = 76,6 años (DE = 6,7); lupus = 41,7 años (DE = 13,3). Mujeres = 65% (Sjögren y esclerodermia=100%); espondilitis = 83% hombres. Lugar consulta primer síntoma: CS 77 (85,5%). Acuden ya diagnosticados al CS: 13(14,5%). Clínica más frecuente: poliartritis = 30%. Diagnóstico en CS: 24,7%. Se derivan 79,2%. I-SC = 3,6 meses (monoartritis = 0,14 meses; lumbalgia = 23,2 meses). I-CD = 8 meses (dermatopatía = 0,37 meses; artralgia = 9,2 meses), I-CDx = 19,5 meses (astenia = 2,5 meses; lumbalgia = 30,6 meses). I-SDx = 23 meses (astenia = 3,8 meses; lumbalgia = 54 meses). Se realizan PC en CS = 79,2%. PC según clínica: astenia: VSG en 100%; mono-poliartritis: FR en 50%, ANA en 25%; monoartritis: radiología en 100%; lumbalgias: radiología en 83,3%. Seguimiento: CS = 29% (PMR = 70%; Paget = 66,7%). Especialista = 71% (AR, lupus, esclerodermia = 100%). Complicaciones 27%. Ingresos 14%.

**Conclusiones.** La PRS es relativamente frecuente en atención primaria y de diagnóstico diferido (media de 19,5 meses). El médico de familia juega un papel importante en su abordaje: la mayoría consultan por primer síntoma, generan PC, se diagnostica la cuarta parte, se derivan una gran parte y se siguen en CS aproximadamente un tercio.

#### P427 CUAL ES LA PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES POSMENOPAUSICAS EN NUESTRA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS)

J. García Molina, J. López González, A. Flores Álvarez, M. Aparicio Egea, R. Luquín Martínez y N. Manzano Cano

EAP Cartagena Oeste. Cartagena. Murcia.

Correo electrónico: jgamolina@wanadooadsl.net

**Objetivo.** Identificar la prevalencia de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas.

**Diseño/metodología.** Estudio descriptivo retrospectivo. Realizado en centro de salud urbano. Muestra aleatorizada, estratificada de 167 pacientes. Intervalo confianza: 95%, precisión ± 5%. Variables: edad, edad menopausia, peso, talla, IMC, fracturas previas, antecedentes familiares osteoporóticos, enfermedades osteopenizantes, calcio-dieta, tabaco, ejercicio, tratamientos con calcio oral, vitamina-D y de osteoporosis, densitometrías previas, T-score, Z-score, diagnóstico, plan terapéutico.

**Medición.** Densitómetro ultrasonidos McCue, procesador CUBA-clinical, obtención datos en consulta y OMI-AP-4.0. Análisis de frecuencia para variables cualitativas, medidas tendencia central, de dispersión y ANOVA para variables cuantitativas, comparación de proporciones mediante  $\chi^2$ , t-Student.

**Resultados.** Edad media: 62,2 años (IC95%: 43-80), edad media menopausia: 48,3 años (IC95%: 28-58), IMC: 28,4 (IC95%: 18,7-48,3). Un 13% tienen antecedente fracturas previas, un 2% reconoce antecedentes familiares osteoporóticos, el 32,6% tienen enfermedades osteopenizantes, el 94% realizan dieta con calcio, un 15% son fumadoras, el 64,75% realizan ejercicio, un 33% reciben tratamiento con calcio, el 24,4% con vitamina-D, un 35% de osteoporosis; el 30,7% se realizaron densitometrías previas. Se obtuvo diagnóstico: osteopenia 55,2%, osteoporosis 23,9%. Entre las variables Z-score, T-score, edad, talla existe relación significativa con los diagnósticos ( $p = 0,0001$ ,  $p = 0,0001$ ,  $p = 0,004$  respectivamente). No se encuentra relación entre: fracturas previas, antecedentes familiares, calcio-dieta, tabaco con diagnóstico realizado. Existe relación estadísticamente significativa entre diagnóstico y: plan terapéutico ( $p < 0,0001$ ), realización ejercicio ( $p = 0,018$ ), tratamiento calcio ( $p < 0,0001$ ), tratamiento vitamina-D ( $p = 0,003$ ), densitometría previa en pacientes con osteopenia ( $p = 0,006$ ).

**Conclusiones.** La prevalencia en mujeres posmenopáusicas de nuestra ZBS es 23,9%. No todas las pacientes con diagnóstico de osteoporosis reciben consejo higiénico-dietético, aunque si tratamiento farmacológico.

## LIBRES

### P428 ESTOY GORDA PERO NO TENGO OSTEOPOROSIS

J. Reyes Balaguer y M. Moreno Olmos

CS Salvador Allende. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: galima11@msn.com

**Objetivo.** Establecer la asociación entre el índice de masa corporal y la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas mediante densitometría ósea ultrasonica.

**Material y métodos.** Estudio transversal. Se realizó a 87 mujeres posmenopáusicas que acudieron a la consulta de atención primaria del Centro de Salud de Salvador Allende durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2003, y que no tomaran calcio, vitamina D, terapia hormonal sustitutiva, moduladores estrogénicos ni bifosfonatos en el año previo al estudio, sin insuficiencia renal, no fumadoras, ni consumidoras de diuréticos, y que no estuvieran en tratamiento con insulina. Se les realizó un análisis densitométrico ultrasonico en el hueso calcáneo del pie derecho. Las variables del estudio fueron: edad, peso, talla, T-score y años de amenorrea. En el análisis estadístico se empleó la prueba de t-student para muestras independientes, comprobando previamente la normalidad de las variables y la homogeneidad de las varianzas mediante el test de Levene.

**Resultados.** El 64,7% de las mujeres posmenopáusicas con índice de masa corporal menor de 25 presentaban osteoporosis. El 75% de las mujeres posmenopáusicas osteoporóticas tenían un índice de masa corporal menor de 30. La media del índice de masa corporal en las pacientes posmenopáusicas con osteoporosis era menor que en las que no la presentaban ( $p = 0,005$ , con un intervalo de confianza del 95% 1,007 - 5,480).

**Conclusión.** Nuestros resultados coinciden con la literatura actual. Además Van der Voort y colaboradores demostraron que un descenso del índice de masa corporal estaba asociado a un mayor riesgo de desarrollar fracturas osteoporóticas.

### P249 EFICACIA ANALGÉSICA TRAS INFILTRACIONES EN UN CENTRO DE SALUD

C. Bolea Gorbea, D. Jiménez García, E. da Costa Maure, A. Baquero Bedrina, E. Garrido Rojas y T. Landarech del Castillo

CS Tudela Oeste. Tudela. Navarra.  
Correo electrónico: cmbolea@able.es

**Objetivo.** Conocer las características de las infiltraciones articulares y de partes blandas realizadas en un Centro de Salud, su eficacia analgésica y la reducción de toma de analgésicos y antiinflamatorios.

**Material y métodos.** Se analizaron la totalidad de actuaciones de cirugía menor durante un año en dos consultas (3.500 usuarios) de un centro semiurbano. Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, localización, intensidad de dolor (escala analógica visual), tipo de consulta (programada o demanda) y toma de analgésicos o AINES y contraindicaciones para su toma. A los 15 días se procedió a una nueva valoración analgésica (vía telefónica o consulta a demanda) y si tomaban o no tomaban tratamiento analgésico o antiinflamatorio

**Resultados.** Se realizaron un total de 66 intervenciones a 58 pacientes. La edad media fue de 64 años siendo el 67% mujeres. Se realizaron 40 infiltraciones en hombro, 9 en rodilla, una en epitroclea, 4 en epicóndilo, 6 en trocánter mayor y 6 en calcáneo. El 70% se hicieron en consulta de demanda. La media global de dolor inicial fue  $7,1 \pm 1,45$  y posterior  $3,1 \pm 2,3$ . Los mejores resultados fueron con las infiltraciones de trocánter mayor y hombro, y los peores con calcáneo. El consumo de analgésicos y AINES antes de la infiltración fue del 75% y después del 30%. 9 pacientes tenían contraindicaciones para el uso de AINES. No tuvimos ninguna complicación.

**Conclusiones.** Se constatan resultados similares de otros estudios: gran resolutivez de este tipo de intervenciones con grandes beneficios para el paciente y el sistema.

### P430 DENSITOMETRÍA ÓSEA POR ULTRASONIDOS EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE 50 A 65 AÑOS

A. Charles, M. Peso, M. Rentero Caño, CE. Carbonell Abella

CS Porriño. Pontevedra. CS Bordeta. Lleida. Departamento Médico Lilly.  
ABS Vía Roma. Aragón.  
Correo electrónico: mrentero@lilly.com

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

**DISEÑO.** Estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico 96 centros de atención primaria en el territorio nacional- 5000 mujeres.

**Variables.** Se recogieron datos demográficos, antropométricos y de factores de riesgo de osteoporosis y fracturas y se realizaron 2 ecografías de calcáneo en pie derecho e izquierdo con ecógrafo modelo Sahara. Las variables cuantitativas: la media, la mediana, la desviación típica, el primer y tercer cuartil y el rango, se analizaron mediante el modelo ANOVA. Las variables cualitativas: la frecuencia y el porcentaje, se analizaron por Chi cuadrado o test exacto de Fisher en caso de que el primero no sea aplicable, con intervalos de confianza del 95%. Se considera osteoporosis cuando la T. Score es igual o menor a -1,5 en cualquiera de los calcáneos. La evaluación de los factores de riesgo se ha realizado mediante un análisis de regresión logística.

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

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

### P431 PROTOCOLO DE ESGUINCES DE TOBILLO EN UN CENTRO DE SALUD

M. Puigerver Gilabert, P. Romera Arias, M. Mahiques Sanz, T. Rodríguez Legaz, P. Moreno Ferreres y J. Arranz Sanjujo

CS Benissa. Benissa. Alicante. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: puigerver\_mte@gva.es

**Objetivos.** Evaluar el protocolo de nuestro centro para tratar esguinces de tobillo leves (grados I y II) mediante vendaje funcional consiguiendo una rápida reincorporación laboral.

**Descripción.** Revisión retrospectiva de pacientes con esguince de tobillo tratados durante 2003.

**Resultados.** Valoramos 41 pacientes (26 mujeres/15 hombres) entre 5 y 89 años (media 31,7 años). En 26 casos estaba afectado el tobillo derecho y en 15 el izquierdo. El diagnóstico se realizó mediante la exploración clínica, catalogándose 18 como de grado I y 23 de grado II. En el 75,6% se afectó sólo un ligamento, mayoritariamente el peroneo astragalino ante-

rior (PAA) (70,9%), y en el 24,4% dos ligamentos (90% con PAA afectado). El tratamiento consistió en vendaje funcional con almohadillado y frío local, permitiendo carga según tolerancia. Se controlaron, cambiando el vendaje, cada 4 ó 5 días. El 90,3% consiguió la curación completa volviendo a su actividad anterior, el 9,7% (4 casos) no se presentó al control. Ninguno requirió radiografía. El 34,1% (14 personas) fue dado de alta antes de una semana y otro 21,9% (9 casos) antes de dos semanas (56% de curaciones antes de los 14 días). La duración del tratamiento fue de 1 a 34 días.

**Conclusiones.** El vendaje funcional para tratar los esguinces de tobillo leves se puede realizar en un centro de salud con la ventaja de evitar la rigidez articular y la atrofia muscular provocados por la inmovilización mediante férula. Consigue deambulación desde el primer momento y en muchos casos es innecesaria la baja laboral.

### P432 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON DOLOR CERVICAL SECUNDARIO A TRAUMATISMO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

H. Lertxundia Arrieta, P. Iturrioz Rosell, O. Ibarburen Agirre, M. Linares Fanlo, M. Agote Asiain y A. Jauregi Garasa

Unidad Docente de MFyC de Donostia. Donostia. País Vasco.  
Correo electrónico: hurler@euskalerrria.org

**Objetivos.** Conocer las características clínicas de los pacientes que acuden al servicio de urgencias por cervicalgia postraumática.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Metodología.** Se incluyen 99 pacientes mayores de 14 años con cervicalgia postraumática que acudieron a urgencias del Hospital Donostia durante el periodo comprendido entre Noviembre del 2003 y Marzo del 2004. Se han valorado las siguientes variables: edad, sexo, mecanismo de acción y producción, tiempo transcurrido desde el traumatismo y los criterios clínicos de Stiell (mayores de 65 años, mecanismo peligroso, parestesias en extremidades, colisión simple por alcance, sedestación en urgencias, caminar tras el accidente, dolor de comienzo retardado, ausencia de dolor en línea media y rotación cervical de 45°) y de Hoffman (dolor en línea media, focalidad neurológica, alteración del nivel de conciencia, intoxicación y otras lesiones dolorosas), junto al estudio radiológico.

**Resultados.** El 60,6% (IC 95%: 0,52-0,7) acudieron a urgencias en las primeras 6 horas después del traumatismo y el 73,7% (IC 95%: 0,64-0,82) acudieron por iniciativa propia. Criterios de Stiell positivo fueron un 34% (ic 95%: 0,25-0,43) y criterios de Hoffman positivo un 52,5% (95%: 0,43-0,63). El valor del índice de kappa entre los criterios, ha sido del 0,443 (95%: 2,6-6,2).

**Conclusiones.** No se ha encontrado ninguna fractura en la serie estudiada. Los síntomas clínicos más habituales han sido el dolor en línea media cervical y parestesias en extremidades. Hay mala concordancia entre los criterios de Stiell y de Hoffman para el dispositivo de fractura cervical.

### P433 QUÉ PACIENTES SE DERIVAN PARA VALORACIÓN DENSITOMÉTRICA?

D. Fernández García, M. García Palma y M. Muñoz Torres

Hospital Clínico San Cecilio. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: mjgarcia\_99@hotmail.com

**Objetivo.** Analizar el perfil clínico de los pacientes que desde atención primaria se derivan a un Hospital de tercer nivel para la realización de una densitometría ósea.

**Material y métodos.** Mediante historia clínica informatizada se recogieron una serie de datos de 345 pacientes derivados para la realización de densitometría. Se determinó la densitometría ósea por DXA (Hologic QDR4500) en columna lumbar y cuello femoral. Periodo: 1 año.

**Resultados.** 345 pacientes de raza caucásica, el 9% de ellos son varones, 77% mujeres postmenopáusicas y el 14% premenopáusicas, con una edad media de 56,11 +/- 11,36. Las indicaciones registradas fueron: menopausia más factores de riesgo (43%), osteopenia/fractura radiológica (20%) y enfermedades que afectan al metabolismo óseo (13%). No estaban diagnosticadas previamente de osteoporosis el 60,3% de ellas, de éstos el diagnóstico de osteoporosis se confirmó en un 16% y el 47% cumplían los criterios de osteopenia.

**Conclusiones.** En la gran mayoría de los casos, todavía en los centros de salud no se pueden solicitar densitometrías óseas sin pasar por la valoración del especialista oportuno, lo que nos hace perder tiempo a la hora de comenzar un tratamiento en estos pacientes. La mayoría de los pacientes derivados para valoración densitométrica son pacientes postmenopáusicas, que están retrasando iniciar un tratamiento quizás por trámites burocráticos.

### P434 INCAPACIDAD TEMPORAL (IT) POR DEPRESIÓN: MITO O REALIDAD

M. Torres Justribó, J. Gervilla Caña, L. Montull Navarro, M. Ortega Bravo, N. Nadal Braqué y M. Bellmunt Bonet

ABS Eixample. Lleida. Cataluña.  
Correo electrónico: mtorresj@comll.es

**Objetiva.** Conocer las características de los procesos de IT ocasionados por problemas de salud mental registrados en nuestra Área Básica de Salud (ABS) durante un año.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo retrospectivo de las IT generadas entre enero y diciembre de 2003 en nuestro centro. Se trata de una ABS urbana docente de 25.000 habitantes con una población en edad laboral de 18.753. Las variables del estudio son: edad, sexo, diagnóstico sindrómico y mes de inicio del proceso.

**Resultados.** En el periodo de estudio se han generado 275 procesos de IT por motivos relacionados con la salud mental que corresponden a 261 pacientes. Esto representa un 10% del total de procesos de IT registrados en nuestra ABS por cualquier motivo durante un año. Distribución por sexos: 39% hombres y 61% mujeres. Los diagnósticos más prevalentes han sido: depresión 68%, ansiedad 12%, trastornomixto ansioso-depresivo 9%, distimia 2%, trastornos psicóticos 1% y otros (trastorno de personalidad, somatizaciones, abuso de tóxicos...) 8%. De los pacientes depresivos el 55% son mayores de 40 años y el 45% menores de esta edad. El 72% de las IT por depresión se han producido entre los meses de octubre y marzo.

**Conclusiones.** La mayoría de las IT por procesos de salud mental se producen en el sexo femenino. La depresión es la patología mental más prevalente causante e IT. Más de la mitad de los pacientes depresivos son mayores de 40 años. La mayoría de los síndromes depresivos se agrupan en los meses de otoño-invierno.

### P435 ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN UN CENTRO DE SALUD

B. Vera García, M. Sánchez López, I. Cuenca Sandoval, M. Aledo Reverte, J. Menárguez Puche y A. Chacón García

CS Virgen de la Consolación. Molina de Segura. Murcia.  
Correo electrónico: jmenarguezp@medynet.com

En nuestra práctica clínica diaria, los médicos de Atención Primaria (AP) de nuestro Centro de salud (CS) percibimos múltiples problemas en el manejo de la Incapacidad Temporal (IT). Nuestros objetivos en este estudio fueron: 1. Analizar nuestras dificultades en relación a la IT, decidiendo sobre qué problema intervenir prioritariamente. 2. Clasificar las causas que contribuían a dicha problemática.

**Método.** 1. Para identificar problemas de calidad: lluvia de ideas (brainstorming) en la que participaron todos los médicos del CS. 2. Técnica de priorización: matriz decisional. 3. Análisis del problema principal: diagrama causa-efecto (Ishikawa). 4. Clasificación de causas en primer, segundo y tercer orden, identificando las modificables para actuar sobre ellas.

**Resultados.** El problema principal priorizado fue el alargamiento injustificado de la IT. Las causas identificadas como responsables se agruparon en cuatro categorías genéricas. En cada una de ellas destacamos las causas de primer orden: 1. Sistema sanitario: falta de decisión política, listas de espera y seguimiento inadecuado por Inspección. 2. Pacientes: obtención de beneficios secundarios y conflictos en la relación médico-paciente. 3. Organización del CS: incompleto registro de datos de los pacientes y falta de revisión clínica más frecuente. 4. Niveles asistenciales: escasa comunicación entre AP, especializada y mutuas y pobre formación específica del médico de AP en gestión de IT.

**Conclusiones.** Consideramos que la mayoría de las causas identificadas escapaban a nuestra capacidad de intervención. Podríamos actuar sobre la

falta de formación del médico de familia, el déficit organizativo del CS y la comunicación entre niveles asistenciales. Se propusieron diferentes estrategias que incluían formación continuada intraequipo (facultativos inspección) y cambios organizativos.

### P436 PERFIL DEL PACIENTE CON FINES AUTOLÍTICOS POR INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA EN UN SERVICIO DE OBSERVACIÓN

J. Medrán Santana, C. Doblas Miranda, S. González López de Gamarra, A. Pineda Pérez, M. Aguilera Peña y E. del Campo Molina

Hospital Empresa Pública Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén. Andalucía.  
Correo electrónico: maguilera@ephag.es

**Objetiva.** Estudiar la epidemiología de las intoxicaciones medicamentosas con fines autolíticos atendidos en el servicio de observación de un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico retrospectivo de pacientes mayores de 14 años que sufrieron intento de autolisis desde octubre de 1999 hasta mayo de 2004 extraídos de la base de datos hospitalaria. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tratamiento psiquiátrico previo, mes de ingreso, fármaco empleado en la intoxicación (discerniendo si éstos eran o no psicofármacos) así como el número de éstos utilizado e intentos previos de autolisis.

**Resultados.** Se encontraron un total de 168 pacientes de los que el 70,2% fueron mujeres. En cuanto a la edad, la mínima fue de 14 años y la máxima de 95, con una media de 37. Las benzodiazepinas fueron los más usados en el grupo de los psicofármacos y los AINES los más utilizados fuera de esta categoría. Casi 2/3 de los pacientes empleó un solo fármaco. Tenían tratamientos psiquiátricos previos el 45,2% y el 36,3% habían tenido intentos previos de autolisis.

**Conclusiones.** El perfil del paciente correspondería con una mujer joven, que utilizó un solo fármaco, sin ingresos previos por este motivo y no necesariamente en tratamiento psiquiátrico previo. Nos llama la atención que casi un tercio de los pacientes no utilizaron psicofármacos, en contra de lo que ocurría hace años, si bien en estudios recientes ya se confirma esta tendencia, así como la disparidad de grupos farmacológicos utilizados (ADO, Insulina, AINES, hipotensores, etc.).

### P437 DROGAS DE ABUSO EN LA POBLACIÓN

G. Cano Navarro, J. Gómez González, F. Parrilla Ruiz, D. Vargos Ortega, D. Cárdenas Cruz y M. Zaballos Acosta

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

**Objetivos.** Drogas mas frecuentes según edad y genero. Determinar motivo de solicitud del triage a tóxicos.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal (01/01/2003-31/12/2003). Hospital comarcal. Pacientes a los que se les solicitó un triage a tóxicos.

**Variables.** Edad, género, motivo de solicitud.

**Resultados.** 453 pacientes. Edad media (EM) 31,6 años. Moda 18 años. 14% de los pacientes tenían entre 1-13 años, 29% entre 14-21 años, 50% entre 22-64 años, 17% > de 65 años. 65,9% eran hombres, 34,1% mujeres. Motivos de solicitud: Intento autolítico 35,4%, Intoxicación etflica 26,3%, Inconsciencia/somnolencia/estupor/coma 15,3%, Trastornos psiquiátricos 8,3%, Palpitaciones/Dolor torácico 6,4%, y el 8,3% otros. Triage positivo en el 86,7%.

**Frecuencia.** Benzodiazepinas 27,8%, Antidepresivos triciclicos 12,8%, Cocaína 9,7%, Opiáceos 5,7%, Cannabis 4,4%, Anfetaminas 1,1%, Barbitúricos 1,1%. 68% detección de 2 o más tóxicos. EM de 36,3 años se detectaba más frecuentemente benzodiazepinas, EM de 23,6 años anfetaminas, EM de 29,6 años cocaína, EM 17,3 años cannabis (p < 0,05). Entre género y tóxico comprobamos (P < 0,05) que en el hombre es más frecuente la cocaína y cannabis, en la mujer antidepresivos y benzodiazepinas. Con respecto a edad y género con motivos de consulta vemos (P < 0,05): EM 19,2 años acudían por intoxicación etflica, EM de 30 años y género femenino por intento autolítico, EM 68 años alteraciones en el nivel de conciencia, EM 3,4 años ingestión accidental de tóxico. En cuanto a positividad del tóxico con motivo de consulta se vio relación entre intoxicación etflica y cocaína-cannabis (p = 0,04) e intento autolítico con antidepresivos y benzodiazepinas (p = 0,01).

**Conclusiones.** Drogas más frecuentemente detectadas: benzodiazepinas, antidepresivos, cocaína, cannabis. Por edad y género: varones adolescen-

tes acuden por intoxicación etflica con triage positivo a cocaína/cannabis. Mujeres adultas por intento autolítico con triage positivo a benzodiazepinas/antidepresivos.

### P438 ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL CONSUMO DE MARIHUANA EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

M. Planas Font, Y. Macau Pujol, N. Moliné Vila y J. Buñuel Álvarez

Atención Primaria Orientada a La Comunidad. ABS Girona-4. Institut Català de la Salut. Girona. Cataluña.  
Correo electrónico: jcrisobal@wanadoo.es

**Objetivos.** Determinar la prevalencia del consumo de marihuana entre la población atendida en una Zona Básica de Salud; establecer su relación con el consumo de otras sustancias.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal realizado en un centro de atención primaria.

**Muestra.** 467 encuestas realizadas en el contexto del programa APOC (Atención Primaria Orientada a la Comunidad).

**Variables.** Edad, sexo, consumo de marihuana, alcohol, cocaína, heroína, anfetaminas, tabaco (nunca, fines de semana, ocasionalmente, durante toda la semana). Las variables de consumo, para poder compararse entre sí, se dicotomizaron (no consumo-algún consumo).

**Estadística.** Descriptiva, Intervalos de Confianza 95% (IC 95%), x<sup>2</sup>, t de Student-Fisher.

**Resultados.** 98 personas-21% (IC 95%: 17,3%-24,7%)- tuvieron contacto con la marihuana en alguna ocasión. De estas, 52 los fines de semana, 32 de forma ocasional, y 14 durante toda la semana. La edad de los consumidores fue inferior a la de los no consumidores (26 vs. 28,2, P < 0,0001). Los hombres consumen más que les mujeres (32% vs. 13,2%, P < 0,000001). El consumo de marihuana está asociado con un mayor consumo de alcohol (P < 0,000001), tabaco (P < 0,000001), cocaína (p < 0,000001) y anfetaminas (P < 0,000001).

**Conclusiones.** El consumo de marihuana está muy extendido en el ámbito de este estudio. Su asociación con el consumo de otras sustancias hace necesaria la puesta en marcha de programas específicos de educación sanitaria que impliquen a todo tipo de agentes sociales, no solo al personal sanitario.

\*Grupo APOC: Montserrat Mas, Roser Clot, Marc Pérez, Sara Diez, Montserrat Clot, Asun Alemany y Concepció Morera.

### P439 ESTUDIO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN UN CENTRO DE SALUD

A. García Díaz, S. Pértiga Díaz y S. Pita Fernández

CS de Ribadeo. Lugo. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística del Hospital Juan Canalejo. A Coruña. CS Cambre. A Coruña. Galicia.  
Correo electrónico: spertega@canalejo.org

**Objetivos.** Describir las características de los procesos de incapacidad temporal (IT), su duración y los factores determinantes en la población activa asegurada de un centro de salud.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo del total de partes de baja de IT durante el periodo 2000-2002 (n = 1.714) registradas en el área de un centro de salud. Se recogió, a partir de las fichas de registro de IT, la edad de cada paciente, sexo, fechas de baja y alta, núcleo de residencia, actividad económica (según CNAE-93), régimen de seguridad social y causa de la incapacidad (según CIE-9<sup>a</sup>).

**Resultados.** La tasa de IT fue de 9,7 por 100 personas-año. La media de edad fue de 40,13 (DT = 12,08) años y 936 (54,6%) procesos correspondieron a varones. Un 85,7% de las bajas se debieron a enfermedades crónicas, un 12,2% a accidentes no laborales y un 2,1% a accidentes laborales. Los principales grupos de patologías fueron las enfermedades del sistema osteomuscular (25,7%), del aparato respiratorio (16,4%) y los traumatismos (16,2%). El total de episodios supuso la pérdida de 114.355 jornadas laborales. La media de días perdidos por trabajador fue de 99,79 (DT = 136,37) días. La media de días perdidos por episodio fue de 66,72 (D.T.= 98,79) días. Las IT de mayor duración se asociaron a pacientes de mayor edad, mujeres y a los regímenes de autónomos o empleados del hogar. Los procesos más largos fueron los causados por tumores y trastornos mentales.

**Conclusiones.** La edad, el sexo, la profesión y la patología son variables relacionadas con los procesos de incapacidad temporal.

#### P440 EVOLUCIÓN Y CONDICIONANTES DEL SUICIDIO EN UNA COMARCA RURAL

C. Fernández Osuna, R. Marfil Ruiz, I. Rodríguez Bravo, I. Soriano Arroyo, D. Pérez Valdivia y A. Duran Sáez

CS Huetor Tajar. Huetor Tajar. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: retal@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer la incidencia de suicidio en una población rural, estudiar posibles condicionantes socio-familiares.

**Material-métodos.** Estudio mixto cuantitativo (de mortalidad) y cualitativo (entrevista en profundidad). Población rural (8750 habitantes). Período: 1995-2003. Fuente de datos: Registro civil local, Historias clínicas. Datos provinciales y nacionales: (INE,IAE). Variables: Tasas de suicidio/100.000 habitantes-año, edad, sexo, estado civil, método empleado, año y estación. Se realizan 15 entrevistas abiertas semi-estructuradas por médico de familia instruido a un familiar de 1º grado.

**Resultados.** Nº suicidios: n = 28. Tasas de suicidio/100.000 habitantes-año oscilan entre 11,76 (1996)-80,87 (2003) siempre superiores a tasas provinciales (6,41-8,21). Tasa media: 36,47. No existen diferencias por estación. Género 23 hombres (82,1%) y 5 mujeres (17,9%), con una media de edad de 64,7 en hombres, (DS = 17,84) y 65,6 en mujeres (DS = 10,1). Estado civil 46,4% casado, 10,7% soltero; 14,3% viudo; 28,3% no consta. Método más empleado: ahorcamiento 85,7%. Análisis de las entrevistas: Perfil personalidad: Pérdida parenteral antes de los 14 años y acontecimiento vital significativo previo. Bajo nivel sociocultural. Casi todos consultan con médico de familia la semana previa. Modelo familiar: Ha provocado/sufrido maltrato de género/infantil y ha convivido con modelo familiar similar. Antecedentes de suicidio en 1 o más miembros de la familia, sin conciencia crítica de ello. La mitad de los hijos presentan inestabilidad emocional y/o han tenido intentos de autolisis frustrados.

**Conclusiones.** Alta tasa por 100.000 habitantes/año de suicidios con respecto a las provinciales. Más frecuente en varones y casado. Método más empleado: ahorcamiento. Condicionantes socioculturales y de desestructuración familiar

#### P441 DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN MAYOR, TRAS LA REMISIÓN DE LOS SÍNTOMAS AGUDOS, QUE ACUDEN A CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

I. Romera Fernández, M. Cerecedo, L. Moreno Aráuz, J. Mínguez, S. López Chamón y E. Gómez-Utrero Fuentes

CAP Pontedeume. A Coruña. CAP Tortola. Valladolid. CAP Estepona. Málaga. CAP Paseo de Extremadura. Madrid. Departamento de Investigación Clínica Lilly SA. Madrid.  
Correo electrónico: romerai@lilly.com

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes de Atención Primaria en tratamiento con antidepresivos, tras la remisión de los síntomas agudos de un episodio de depresión mayor

**Métodos.** Se evaluaron 1135 pacientes de atención primaria diagnosticados de depresión mayor (DSM-IV) en remisión (HAMD-17<9) que llevan 3 meses de tratamiento inicial con ISRS de pauta diaria. Esta es la medición basal de un estudio prospectivo observacional para investigar el cumplimiento terapéutico. Los pacientes continuaron 6 meses con su ISRS diario inicial salvo un grupo de pacientes tratados con fluoxetina diaria que comenzaron con fluoxetina semanal tras la visita basal.

**Resultados.** La media de edad fue de 52,73 (SD 14,49) y el 72,7% fueron mujeres. Un 61,8% de los pacientes tenía antecedentes de episodios depresivos. Un 79,7% de los pacientes tomaba medicación concomitante. El 50,9% tomaba benzodiazepinas y el 26,9% analgésicos/antiinflamatorios. En la medición basal el 41,6% de los pacientes eran cumplidores según el Test de Morisky-Green y empleando el Cumplimiento Autocomunicado el 88%. El 39,6% de los pacientes fueron cumplidores por ambos métodos. En la visita basal los pacientes que continuaron con su ISRS diario eran 1,35 (1,01-1,81) veces más cumplidores que los pacientes que posteriormente comenzaron con fluoxetina semanal.

**Conclusión.** El incumplimiento terapéutico, en pacientes con depresión mayor que llevan tres meses de tratamiento y están en remisión, es alto a pesar de la alta frecuencia de pacientes con episodios depresivos previos. Es necesario el uso de estrategias terapéuticas dirigidas a reducir las recurrencias y mejorar la adherencia al tratamiento de continuación de la depresión mayor.

#### P442 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN TRATADOS CON CITALOPRAM

M. Serrano Vázquez, J. Bóveda Fontán, J. Buelga Cuetos, J. Maestro Saavedra, S. Amaro Caamaño y B. Cobo Rodríguez

Grupo Degas. Galicia.  
Correo electrónico: jbovedaf@medynet.com

**Objetivos.** 1. Determinar el impacto del tratamiento con citalopram en la calidad de vida de pacientes con depresión. 2. Determinar el impacto del tratamiento con citalopram en la sintomatología y gravedad del cuadro depresivo.

**Diseño.** Estudio observacional, prospectivo, no aleatorizado, multicéntrico de una cohorte de pacientes del ámbito de atención primaria. Se incluyeron 136 pacientes de dos comunidades autónomas que, cumpliendo criterios clínicos de depresión (CIE-10), reciben tratamiento con citalopram. Se valora la mejora al cabo de 24 semanas en calidad de vida (Cuestionario SF-36) y gravedad de la depresión (Escala de Hamilton y cuestionario CGI).

**Resultados.** 136 pacientes mayores de 18 años. Edad media 49,18 años (DE 14,59); 23,26% varones, 23,66% mujeres. 60,29% medio urbano, 39,71% rural. Diagnósticos: Episodio depresivo. Trastorno depresivo recurrente. Distimia. 63,97% presentaba patología concomitante no psiquiátrica. Respondieron al cuestionario SF-36 en ambas visitas 112. Las puntuaciones de las 8 dimensiones en las que agrupamos los ítems para su valoración son más altas en la visita 2. En índices físico y mental la diferencia es estadísticamente significativa. La escala de Hamilton indica mejoría en la gravedad de la depresión (diferencia estadísticamente significativa). La escala CGI (Clinical Global Impression) indica mejoría en la práctica totalidad de los pacientes.

**Conclusiones.** 1. La calidad de vida de los pacientes tratados con citalopram, evaluada por el cuestionario SF-36, ha mejorado durante el periodo de observación. 2. La gravedad de la depresión, evaluada con la escala de Hamilton, disminuye al final del periodo de estudio. El cuestionario CGI revela también cambios relevantes en el mismo sentido.

*Estudio financiado por Lundbeck España.*

#### P443 COMPARACIÓN DE LA VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ANCIANO MEDIANTE LA APLICACIÓN DE ESCALAS ESPECÍFICAS FRENTE A LA VALORACIÓN CLÍNICA

M. Galé Oneca, J. Valentín Iso, M. Ariz Arnedo, M. Gil Burguete, J. Garayoa Arraiga y M. Ariz Arnedo

CS de Mendillorri. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: jbarado@terra.es

**Objetivo.** Comparar la valoración funcional del anciano realizada mediante escalas específicas con la misma valoración realizada con parámetros clínicos.

**Diseño y metodología.** Se aplican a 50 pacientes consecutivos de 65 años o más las siguientes escalas: Escala para la depresión de Yesavage; escalas de dependencia de Lawton y Brody y de Barthel y el cuestionario para la valoración cognitiva de Pfeifer. Se compara los datos obtenidos con estas escalas con la valoración clínica, sin escalas, que figura en los antecedentes personales. Ningún paciente presenta diagnóstico por otro especialista de los parámetros estudiados. La concordancia se valora con el índice de Kappa.

**Resultado.** Edad media: 73,2 años (DE: 13,9). Son mujeres el 55,0%. Deterioro cognitivo: Con ambas mediciones se obtiene el mismo número de pacientes (7,5%). Concordancia: Muy buena. (Kappa 1, P = 0,000). Depresión: La valoración clínica diagnóstica 25,0% de pacientes y mediante la escala de Yesavage el porcentaje asciende al 32,5%. Concordancia: Buena. (Kappa 0,61, P = 0,000). Autonomía: La valoración clínica diagnóstica 12,5% de pacientes no autónomos. La escala de Lawton eleva este porcentaje al 27,5%. Concordancia: Moderada. (Kappa 0,45, P = 0,001). Con la escala de Barthel, el porcentaje de pacientes no autónomos pasa al 48,7%. Concordancia: Muy débil. (Kappa 0,19, P = 0,040).

**Conclusiones.** La valoración clínica se muestra adecuada para las valoraciones cognitivas y de la depresión, pero infravalora el grado de autonomía medido con las escalas específicas. Aunque la valoración clínica pueda ser adecuada, el uso de escalas específicas permite una valoración más objetiva y un mejor seguimiento evolutivo, por lo que resultan fuertemente recomendables.