

PÓSTERS

Jueves, 24 de noviembre

Sesión 1

16.00-17.00 h

LIBRES

P1 MEJORANDO EL DIAGNÓSTICO DE LA EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA*N. Sánchez Ruano, E. Sant Arderiu, V. Aragunde Miguens, J. Angrill Paxeras, I. Torralba Rios y P. Abadía Monforte*ABS Casanova. Caps Eixample. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 31806nsr@comb.es

Objetivos. En el año 2004 se detectó un infradiagnóstico e infraregistro en las historias clínicas de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), decidiéndose diseñar e implantar un protocolo informático de recogida de datos en pacientes EPOC y crear un circuito interno de espirometría.

Ámbito. Dos equipos de Atención Primaria (EAP) urbanos de 63.706 habitantes (31,4% = 65 años).

Descripción. Formación de un grupo de trabajo para incentivar la mejora en el diagnóstico y registro de la EPOC. Se adquirió un espirómetro y se formó en su manejo al personal del centro. Se impartieron sesiones de actualización en el diagnóstico y tratamiento de la EPOC, taller de inhaladores, tabaquismo e interpretación de espirometrías. Se creó y estableció un protocolo informatizado específico de EPOC.

Resultados. En el año 2004 constaban 484 pacientes registrados como EPOC frente a los 562 en el año 2005. De estos últimos, se detecta una utilización del protocolo informatizado en 451 pacientes (80%), observándose un registro en el mismo de espirometrías de 234 (51,9%) en el 2005, frente a 102 (21%) en el 2004 (χ^2 , $p < 0,05$); y en el registro del historial tabáquico de 297 (66%) en 2005, frente a 116 (23%) pacientes en el 2004 (χ^2 , $p < 0,05$).

Conclusiones. La implantación de un protocolo informático y de espirometría en el centro, aumenta la implicación de los profesionales en la búsqueda activa de la EPOC, reflejándose de manera significativa en el aumento de diagnósticos y registros correctos en la historia clínica informatizada de estos pacientes.

P2 ASMA: ¿SE AJUSTA EL TRATAMIENTO A LA SEVERIDAD?*D. Ribas Seguí, B. Rius Fernández, J. Saumell Boronat, A. Doi, M. Velasco Carreira e Y. Ortega Vila*Abs Reus 4. Reus. Cataluña.
Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

Objetivos. Correlacionar el grado de severidad de pacientes asmáticos, medido por espirometría, con su tratamiento. Corroborar tratamiento con las recomendaciones de las sociedades científicas.

Tipo de estudio. Estudio observacional transversal-retrospectivo.

Ámbito del estudio. ABS Urbana que atiende 21.000 usuarios.

Sujetos. Muestra aleatoria de HCAP con diagnóstico de asma de un centro de Atención Primaria.

Variables. Sexo, edad, tabaquismo, alergias, grado asma, reagudizaciones/año y tratamiento. Correlación con las recomendaciones de la SCMFic y SAMFyC 2002.

Resultados. N = 149. 65,8% mujeres. Hábito tabáquico activo 17,4%. Alérgenos 51%. Espirometría registrada 37,2%. Grado de severidad: asma leve: 21,5%, asma moderado 9,4%, asma severa 5,4%. 52,3% no registraron reagudizaciones, 33,3% una reagudización/año, 11,4% dos reagudizaciones y 2,7% > tres. Tratamiento: 22,8% no llevaba tratamiento, broncodilatadores de corta duración: 60,4%, broncodilatadores de larga duración 32,9%, corticoides inhalados 53%, corticoides orales 4%, anti-leucotrienos 6,7% y cromoglicatos 5,4%. Relación severidad/reagudizaciones: grado severo 50% se ha agudizado en dos ocasiones, 25% una agudización, resto ninguna; por otra parte, los de grado leve se agudizan más de tres veces/año 6,3%. Los no catalogados 2,1%. La relación severidad/tratamiento es correcta en 77,2% (tratamiento correcto 93,8% grado leve, 92,9% grado moderado, 100% de los severos).

Conclusiones. El porcentaje de espirometrías es bajo en Atención Primaria, tenemos un grupo muy importante de pacientes probablemente infratratados y se agudizan más que los bien catalogados. En los pacientes con diagnóstico espirométrico, su tratamiento se ajusta a las recomendaciones de las sociedades científicas y se reagudizan poco.

P3 EPOC-ESPIROMETRÍA, ¿SON ÚTILES OTRAS TÉCNICAS DE CRIBAJE?*B. Rius Fernández, J. Saumell Boronat, D. Ribas Seguí, I. Albreda, Y. Ortega Vila y J.M. de Magriña Claramunt*Abs Reus 4. Reus. Cataluña.
Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

Objetivos. Evaluar si el peak-flow meter es predictivo de una alteración en la espirometría forzada (gold standart).

Tipo de estudio. Estudio observacional de cohortes.

Ámbito del estudio. Centro de Salud urbano (21.000 usuarios).

Sujetos. Pacientes con indicación de estudio espirométrico.

Mediciones e intervenciones. Variables: edad, sexo, hábito tabáquico, capacidad vital (FVC), flujo en el primer segundo (FEV1), FEV1/FVC, pico espiratorio de flujo (PEF) y el resultado de la prueba broncodilatadora.

Resultados. Se evalúan 113 individuos con pruebas respiratorias válidas (62,8% hombres; 34% fumadores; edad media 49,8 + 21,16 años). El patrón espirométrico resultó: 44,9% normal, 5,5% obstructivo, 83,4% no obstructivo i 11% mixto i 38,5% restrictivo ($p < 0,001$). Respecto al valor del PEF alterado, solo el 14,6% resultó > 80% del teórico en la espirometría. Al analizar la sensibilidad, fue del 99% (IC95%: 94 a 100), la especificidad del 32,7 (IC95%: 21,2 a 46,6); valor predictivo positivo del 64,51% (IC95%: 54,4 - 73,5) i negativo del 100% (IC95%: 80,6 -100).

Conclusiones. Los datos preliminares muestran que la medición en consulta del PEF con el peak-flow meter, aunque no permite sustituir la espirometría como método diagnóstico de las patologías respiratorias, si es eficiente dada su alta sensibilidad y valor predictivo. Ambos parámetros, junto con la accesibilidad, la facilidad de uso y la eficiencia, caracterizan el método ideal de cribaje en población general.

P4 PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN NUESTRA POBLACIÓN ASMÁTICA E INFLUENCIA EN SU MORBILIDAD*F.J. Castán Enseñat, J.M. Vigatà Reig, N. Domínguez Núñez, A. Crespo, M.J. Cortiella y J. Flor Escriche*Eap Chafarinas. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: xavicas@msn.com

Objetivos. Describir la prevalencia de trastornos de salud mental (TSM) en nuestra población asmática y conocer si estos pacientes presentan una peor evolución de su patología pulmonar.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo.

Ámbito del estudio. Centro urbano.

Sujetos. 338 pacientes asmáticos > 14 años.

Mediciones e intervenciones. 338 asmáticos asignados aleatoriamente entre 675 registrados. Periodo entre los años 2000 y 2004. Revisión Historias clínicas utilizando criterios GINA04 y DSM-IV.

Resultados. 66,7% son mujeres. En cuanto al dx de asma (A): 16,3% A. Intermitente, 9,2% A. Persistente Leve, 14,2% AP Moderada, 1,8% AP Grave (APG). La prevalencia de TSM es de 30,8%, con la siguiente distribución: 40,9% Trastornos ansiedad (TA), 43,3% T. Depresivos (TD), 0,8% T. Bipolares, 3,9% Esquizofrenia, 3,9% T. somatomorfos y 11% otros dx. El 79,6% se controlan por su médico de cabecera, el 20,2% por psiquiatra CAP y el resto por otros especialistas. Los tto mas prescritos son ansiolíticos 55,8% y antidepressivos 51,9%. El tipo de asma que sufre mas TSM es el APG (p = 0,067). Los asmáticos con TSM presenta un mayor número de crisis (p = 0,008) y un mayor uso de medicación de rescate (p = 0,045).

Conclusiones. Existe una alta prevalencia de TSM en nuestros pacientes asmáticos, con un predominio de TD. Los asmáticos con APG presentan más prevalencia de TSM. Los asmáticos con TSM presentan más crisis y mayor uso de medicación de rescate.

P5 FACTORES PREDICTIVOS DE INGRESO HOSPITALARIO EN EL EPOC REAGUDIZAR

M.E. García Sepulveda, A. Gamo Ruiz y M.A. Salinero Fort

CS Gandhi. Madrid. Madrid

Correo electrónico: msalinero@yahoo.es

Objetivos. Identificar las variables asociadas con el ingreso hospitalario del EPOC moderado-grave.

Tipo de Estudio. Estudio de casos y controles.

Ámbito del estudio. Centro de Salud urbano y hospital de referencia.

Sujetos. Casos (n = 85): adultos, con diagnóstico de EPOC, que han precisado ingreso hospitalario por reagudización de su enfermedad, del 1 de enero del 2003 al 1 de enero del 2005. *Controles* (n = 201): adultos, con diagnóstico de EPOC, que no precisaron ingreso hospitalario, durante el mismo periodo.

Mediciones e intervenciones. Se recogieron datos sociodemográficos, tabaquismo, comorbilidad, vacunaciones, evolución de EPOC (años), FEV, CVF, Cor-pulmonale, tipos de tratamiento, IMC, número de ingresos por EPOC (variable dependiente), número de visitas a urgencias por descompensación, capacidad para ejercicio y grado de disnea.

Resultados. Edad (media): 72,4 años (casos: 73,8 y controles: 71,8; p = 0,13). Entre los casos 83,5% fueron varones frente al 79,6% de los controles (p = 0,44). Análisis de regresión logística: (v. dependiente: ingreso hospitalario). Edad > 74 años (OR 0,95; IC95% 0,91-1). Evolución de la enfermedad > 8 años (OR 1,06; IC95% 0,98-1,14). Disnea mínimos esfuerzos (OR 1,53; IC95% 0,58-3,99). Tratamiento con corticoides (OR 3,37; IC95% 0,98-11,54). Cor-pulmonale crónico (OR 3,97; IC95% 1,18-13,35). FEV1 > 55% del valor teórico (OR 0,53; IC95% 0,061-4,73). Oxígeno crónico domiciliario (OR 3,44; IC95% 1,03-11,42). Número de visitas a urgencias (OR 4,76; IC95% 2,17-10,43).

Conclusiones. Los principales factores predictores de ingreso son: cor-pulmonale crónico, oxigenoterapia crónica domiciliaria, y el número de visitas al servicio de urgencias. El tratamiento con corticoides, la edad, el tiempo de evolución, la disnea y el FEV1 no alcanzan significación estadística, pero permanecen en el modelo por ser variables de confusión.

P6 PROYECTO "AYUDEMOS AL PACIENTE EPOC A VIVIR MEJOR": ¿LOS SÍNTOMAS Y LA CALIDAD DE VIDA SE CORRELACIONAN?

C. Valero García, M. Llagostera Español, M. Monteagudo, G. Pujol Ribó y J. Ferro Rivera

Sap Baix Llobregat Centre G.D.I.E.S. Servicio de Atención Primaria Baix Llobregat Centre. Institut Català de la Salut. Cornellà de Llobregat. Cataluña
Correo electrónico: mllagostera.cp.ics@gencat.net

Objetivos. Describir el grado de asociación entre síntomas, valoración de la espirometría, educación sanitaria y la calidad de vida en pacientes EPOC.

Tipo de Estudio. Diseño: Estudio descriptivo multicéntrico.

Ámbito del estudio. Centros de Atención Primaria.

Sujetos. Pacientes de ≥ 40 años con diagnóstico EPOC.

Mediciones e intervenciones. Las variables se recogen de la historia clínica. Para medir la calidad de vida (síntomas, actividad, impacto y valoración global) se utiliza el cuestionario de Sant George, validado en nuestro medio. La valoración subjetiva de la disnea (escala Medical Research) se recoge en una entrevista al paciente.

Resultados. La muestra es de 401 pacientes (337 hombres, edad media 69,8 años y 64 mujeres, edad media 69 años). Las puntuaciones en el test de calidad de vida, por dimensiones, síntomas 40,9, actividad 52,9, impacto 31 y global de 38,4. No se encuentran diferencias significativas por grupos de edad. Por sexo encontramos una peor calidad de vida en las mujeres (sobre todo en actividad e impacto-p < 0,05). Los pacientes que presentan síntomas en el último año (tos, esputo) y exacerbaciones e ingresos hospitalarios presentan peor calidad de vida. La calidad de vida es peor a más años de evolución, peor estadios de la espirometría, y más disnea, y es mejor en los que declaran hacer ejercicio físico habitual.

Conclusiones. La medición de la calidad de vida y la valoración de la disnea son de utilidad para la monitorización y control de los pacientes con EPOC.

P7 EPOC Y SÍNDROME DE BAJO PESO: ¿UNA RELACIÓN CASUAL?

J. Ribó Ribalta, R.M. Vives Abelló, M. López Salvà, I. Fonoll Tassier, O. Araijo Loperena y J. Cegoñino de Sus

ABS Vila-Seca. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Xarxa Sanitària I Social de Santa Tecla. Tarragona. Cataluña.

jcegonino@xarxatecla.net

Objetivos. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por la presencia de diversas alteraciones sistémicas, entre las que destacan las alteraciones nutricionales. En algunas series el bajo peso afecta hasta el 25-35% de los pacientes EPOC. Por ello queremos conocer la frecuencia de presentación del síndrome de bajo peso (SBP) en paciente EPOC y su relación con la gravedad de la enfermedad.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo, retrospectivo.

Ámbito del estudio. Nuestra área de influencia.

Sujetos. Pacientes EPOC con una espirometría que cumpla los criterios de patrón obstructivo recomendados por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Mediciones e intervenciones. Se han recogido datos epidemiológicos, espirométricos y se ha calculado índice de masa corporal (IMC), considerando SBP cuando es inferior a 18,5 kg/m². El estadio de la enfermedad se ha clasificado según la normativa SEPAR. Análisis estadístico mediante el programa SPSS 12 para Windows.

Resultados. Se han incluido 156 casos, con una edad media de 69,75 años (42-92). La mayoría de los pacientes presentan un IMC entre 25-29,9 (38,6%). La frecuencia de un IMC por encima de 25 fue del 59% y por debajo de 18,5 kg/m² de 1,3%. De los 36 pacientes EPOC muy severo, sólo uno cumplía criterios de SBP.

Conclusiones. Los EPOC tienen una baja incidencia de SBP, que parece independiente del estadio de la enfermedad.

P8 EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA (AP) Y HOSPITAL DE REFERENCIA (HR) PARA EL ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS (TBC)

C. Ros Bertomeu, B. Pérez Rodríguez, C. Daufi Subirats, J. Bitria Ibars y F. Rodríguez Casado

ABS Torredembarra. Abs Tarragona 4 Llevant. Xarxa Sanitaria i Social de Santa Tecla. Tarragona. Cataluña

Correo electrónico: bperez@xarxatecla.net

Objetivos. El estudio de contactos es en ocasiones dificultoso por la dispersión geográfica y la no conciencia de enfermedad. Planteamos desde AP elaborar un circuito para la captación de posibles contactos de enfermos con TBC activa ingresados en HR.

Descripción. Participan medicina interna, neumología y trabajo social (TS) desde HR. Desde AP médicos de familia, enfermería y TS. El proyecto incluye seis áreas básicas de salud (ABS) y HR. En todas las ABS existe un médico y enfermera responsables del programa. A partir del caso índice detectado en HR, TS hospitalario se pone en contacto con TS primaria, que realiza una valoración sociofamiliar de los posibles contactos e informa al médico y enfermera correspondientes. La sistemática de

estudio se basa en la realización de Mantoux y radiografía tórax; dependiendo de la edad del paciente y los *Resultados*, se inicia la profilaxis antituberculosa, tratamiento de la infección latente (TIL) o tratamiento de la infección probable (TIP). Se realiza una supervisión clínica (objetivar toma de medicación, educación sanitaria, descubrir hepatotoxicidad...) y analítica según duración de tratamiento. Es preciso mantener control de la asistencia a las citas estableciendo recordatorio por carta, llamada telefónica. Todo el proceso se registra en una base de datos diseñada específicamente.

Conclusiones. En los últimos años hemos asistido a un resurgimiento de la TBC en el mundo, sobretodo a causa del SIDA y la inmigración. La identificación y TIL de los contactos, así como el TIP en los individuos expuestos a contagio, son prioritarias.

P9 NEUMONÍA VARICELOSA ¿CÓMO SE COMPORTA?

C. Roy Escarda, N. Vicente Tierno, M. Reimundo Díaz-Fierros, F. García Martín, M.P. Aguilera Losada y M.J. Giraldo Pérez

C.S. La Victoria, C.S. Arturo Eyries, C.S. Parquesol, C.S. Covaresa-Sur, Valladolid. Castilla y León
Correo electrónico: crisroy@terra.es

Objetivos. Comparar los casos de neumonía por varicela del adulto descritos durante los últimos años en 4 hospitales españoles de distintas comunidades autónomas, valorando las características clínicas, terapéuticas y evolutivas. Utilizamos como referencia los datos obtenidos de forma retrospectiva en nuestro hospital, a partir de 17 casos diagnosticados en los últimos 9 años.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo retrospectivo comparativo.

Ámbito del estudio. 4 centros hospitalarios de distintas comunidades autónomas.

Sujetos. Se incluyeron un total de 78 pacientes (HRHV 17, HVS 30, HSCB 9, HCB 22) mayores de 15 años de edad diagnosticados al alta de neumonía varicelosa. El diagnóstico se basó en criterios clínico-radiológicos en el curso de una varicela, definida por la aparición del típico rash en el contexto de un síndrome febril.

Mediciones e intervenciones. Edad, sexo, días de estancia en el hospital y en la UCI, antecedentes personales y contacto reciente con la enfermedad, radiografía, clínica, auscultación pulmonar, paO₂, complicaciones, tratamiento y evolución.

Resultados. Edad media: HRHV 33,29 ± 4,21; HVS 32,73 ± 7,67; HSCB 34,88 ± 4,57; HCB 31 HRH + HVS + HSCB: 33,25 ± 4,9 Sexo: 36 mujeres y 42 varones. Estancia media hospitalaria: HRHV 12,18 ± 7,49 días; HVS 14,96 ± 12,02 días; HSCB no precisa; HCB 9,8 días; HRHV + HVS: 15,85 ± 9,85 días (rango 4-95). Contacto previo con varicela: HRHV 64,7%; HVS 63,33%; HSCB 45%; HCB 72,7%; HRHV + HVS + HSCB + HCB: 64,1%. Fumadores: HRHV 94,11%; HVS 90%; HSCB 100%; HCB 86,3%; HRHV + HVS + HSCB + HCB: 91,9%. Clínica: los síntomas más frecuentes en los 4 centros fueron fiebre (98,7%), tos (79%), disnea (64,8%), dolor torácico (36%) y hemoptisis (12,8%). Patrón radiológico más característico: HRHV reticulonodulillar (47%), HVS intersticial (70%), HSCB reticulonodulillar (100%), HCB intersticial (63,6%). Tratamiento: 3 sintomático y 75 aciclovir (7 vo y 68 iv ± vo). Evolución: satisfactoria.

Conclusiones. Hemos encontrado una gran similitud en todos los parámetros estudiados. Destacar: 91,9% de los pacientes eran fumadores, 98,7% con fiebre, 64,1% referían contacto previo y 96,1% (75 pacientes) recibieron tratamiento con aciclovir.

P10 ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ATENDIDA EN UN CENTRO DE SALUD

G. Ros Cervera, M. Álvarez Fernández, I. Grau, J. Bartomeu, V. Serrano Borraz, A.M. Mérida Martos y A. López-Hervás Muñoz

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

Objetivos. Conocer las causas de enfermedad hepática diagnosticada en nuestro centro de salud (CS).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal realizado en mayo de 2005.

Ámbito del estudio. CS urbano.

Sujetos. Población adulta atendida.

Mediciones e intervenciones. Variables de estudio: 57 diagnósticos de enfermedad hepática según la CIE 10^a.

Resultados. Se obtuvieron un total de 1427 pacientes con algún problema hepático. La edad media fue 53 ± 18 años (15-102), hombres 922 (65%), mujeres 505 (35%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: Hepatitis Viral tipo C Crónica: N = 715 (50%), varones 464 (65%), edad media 53 ± 17 (20-99), distribución por grupos de edad (DGE): (15-34: 14%, 35-64: 55%, >65: 31%); Hepatitis Aguda tipo B: N = 247 (17%), varones 174 (70%), edad media 45 ± 16 (17-102), DGE: (15-34: 31%, 35-64: 55%, >65: 14%), Hepatitis Viral tipo B Crónica N = 114 (8%), varones 69 (60%), edad media 49 ± 16(15-84), DGE: (15-34: 20%, 35-64: 61%, >65: 18%); Fibrosis y Cirrosis del Hígado: N = 161 (11%), varones 105(65%), edad media 65 ± 12 (25-87), DGE: (15-34: 1%, 35-64: 44%, >65: 55%).

Conclusiones. 1. La hepatitis crónica C es la principal causa diagnosticada de enfermedad hepática en nuestro medio, seguida de la hepatitis B (aguda o crónica), siendo la cirrosis hepática la tercera. 2. Los pacientes con diagnósticos de Hepatitis B son más jóvenes que aquellos con Hepatitis Viral tipo C Crónica. La Cirrosis del Hígado aparece en edades más avanzadas. 3. Parece recomendable intervenir en la prevención primaria (factores de riesgo, vacuna antihepatitis B) y en la secundaria (factores de progresión a cirrosis y valoración de terapia antiviral) de las hepatitis virales.

P11 LA INFECCIÓN POR HERPES ZOSTER EN UN ÁREA DE SALUD. ¿SE CUMPLE LO QUE DICEN LOS LIBROS?

A. Gaspa Gamundi, B. Mañé Velilla, A. Camps Calduch, A. Casasa Plana, C. Durán Bellaire y M. Gavagnach Bellsola

Mutua De Terrassa. Sant Cugat. Cataluña.
Correo electrónico: 26509acp@comb.es

Objetivos. Conocer la evolución de la infección por varicela herpes zoster. Describir la presentación clínica, tratamiento del herpes zoster en nuestro centro de salud los últimos 8 años.

Tipo de estudio. Descriptivo retrospectivo.

Ámbito del estudio. Centro de salud.

Sujetos. Historias con el diagnóstico de Varicela Herpes Zoster de 1998 al 2004. Muestra de 620 hcap con el diagnóstico de Herpes.

Mediciones e intervenciones. Las variables edad, sexo, estación, estado inmunológico, área de afectación, tratamiento y complicaciones.

Resultados. 2756 casos de zoster 2692 de varicela (1998-2004). La incidencia de zoster y varicela es de 524 y 507 casos por 10000 habitantes en 1998, 897 y 814 casos por 10000 habitantes en el 2004. De los afectados por zoster 43% son hombres. La varicela se produce 49% en hombres. La varicela tiene claro predominio estacional. El herpes se manifiesta todo el año. De la muestra de 620 pacientes con zoster 9 presentan neoplasia, 2 SIDA y 7 alcoholismo. 25,18% tienen afectación torácica; 15,50% facial, 13,55% abdomen. 56,7% fueron tratados con antivirales orales, de los no tratados el 76% no sufrió neuralgia. De los pacientes con neuralgia, 95% tomó antivirales.

Conclusiones. La varicela tiene un claro ritmo estacional que se repite cada año. El herpes zoster no precede ni sigue las epidemias de la varicela. El aumento progresivo de la incidencia del herpes zoster y la varicela se puede deber a un mejor registro. La mayoría de pacientes que no se trataron no tuvieron neuralgia. Los pacientes con neuralgia reciben antivirales.

P12 PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A. de la Sierra, R. Romero, J. Bonet, M.T. Antoni, R. Ravella y M.T. Aguilera

Hospital Clínic Barcelona. Hospital Germans Trias i Pujol. Grupo Sanofi-Aventis. Barcelona. Badalona. Cataluña.
Correo electrónico: asierra@clinic.ub.es

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

Tipo de estudio. Encuesta epidemiológica transversal.

Ámbito del estudio. Centros de asistencia primaria

Sujetos. 19039 pacientes afectos de HTA.

Mediciones e intervenciones. La definición de SM se ha realizado siguiendo los criterios del ATP-III.

Resultados. La existencia de SM se diagnosticó en 8488 pacientes (44,6%). El 30% presentaban tres criterios, un 12,6% 4 criterios y un 2% todos los criterios. Comparados con los hipertensos no afectados de SM aquellos con dicho síndrome presentaban de forma significativa ($p < 0,0001$) una mayor edad (64,1 vs. 62,9), mayor porcentaje de mujeres (58 vs. 53%) y de sedentarismo (79,3 vs. 73,9%), un IMC superior (32 vs. 29,5 Kg/m²), cifras más elevadas de PAS (2,2 mmHg), PAD (0,8 mmHg) y PP (1,4 mmHg), un peor control de su HTA (14,4 vs. 27,8%) a pesar de una mayor utilización de fármacos en asociación (49,7 vs. 40,5%), así como cifras superiores de colesterol total (6,5 mg/dL), ácido úrico (0,4 mg/dL) y un menor aclaramiento de creatinina determinado mediante la fórmula MDRD (76,4 vs. 78,8 mL/min). La existencia de complicaciones hipertensivas, especialmente cardiopatía isquémica (7,8 vs. 5,5%), insuficiencia cardíaca (5,1 vs. 3,2%) o arteriopatía periférica (5 vs. 3,1%) fue igualmente superior ($p < 0,0001$) en los hipertensos afectados de SM.

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

P13 PREVALENCIA DE OBESIDAD ABDOMINAL EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA ESPAÑOLA

J. Bonet, R. Romero, A. de la Sierra, M.T. Antonio, R. Ravella y M.T. Aguilera

Hospital Germans Trias i Pujol, Hospital Clínic, Grupo Sanofi-Aventis. Badalona, Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: asierra@clinic.ub.es

Objetivos. Evaluar la prevalencia de obesidad abdominal en la población hipertensa española, así como la presencia de alteraciones acompañantes. **Tipo de estudio.** Observacional, transversal.

Ámbito del estudio. Centros de Atención primaria.

Sujetos. 19039 pacientes hipertensos.

Mediciones e intervenciones. La obesidad abdominal (OA) se definió por la presencia de un perímetro de la cintura, medido a nivel umbilical, superior a 102 cm en los varones o a 88 cm en las mujeres.

Resultados. 12 511 pacientes (66,1%) presentaban OA. Comparados con aquellos con un perímetro normal de cintura, los hipertensos con OA eran con mayor frecuencia mujeres (66 vs. 34%), tenían una mayor edad (64 vs. 62,5 años) mayor frecuencia de diabetes (27,9 vs. 20%), síndrome metabólico (60,1 vs. 14,7%) y sedentarismo (79 vs. 72%). El IMC era superior (32,1 vs. 27,7 Kg/m²). Las cifras medias de PAS (149 vs. 147 mmHg) y PAD (87,4 vs. 86,6) eran igualmente más elevadas en los pacientes con OA y el grado de control menor (19,4 vs. 23,7%), a pesar de una utilización más frecuente de asociaciones terapéuticas (47,4 vs. 39,2%). Existían igualmente diferencias significativas en las cifras de glucemia en ayunas (116 vs. 109 mg/dL), colesterol total (217 vs. 214 mg/dL) y triglicéridos (145 vs. 136 mg/dL).

Conclusiones. La obesidad abdominal es más frecuente en las mujeres que en los varones hipertensos, se asocia a la presencia de síndrome metabólico y diabetes mellitus y a un menor control de la presión arterial a pesar de una mayor terapia antihipertensiva. Los pacientes con OA presentan cifras más elevadas de glicemia, colesterol y triglicéridos.

P14 MICROALBUMINURIA EN HIPERTENSOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M.I. Egocheaga, A. de la Sierra, C. Fernández-Lavandera, M.T. Antonio, R. Ravella y M.T. Aguilera

Centro De Salud Isla de Oza, Hospital Clínic, Saludalia, Grupo Sanofi-Aventis. Madrid, Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: asierra@clinic.ub.es

Objetivos. Evaluar la prevalencia de microalbuminuria en la población hipertensa española, así como determinar la asociación entre microalbuminuria y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en la HTA.

Tipo de estudio. Observacional transversal.

Ámbito del estudio. Centros de Atención Primaria.

Sujetos. 7.673 pacientes hipertensos.

Mediciones e intervenciones. La determinación de la excreción urinaria de albúmina (EUA) se ha llevado a cabo mediante el cociente albúmina/creatinina (mg/g) (4952 pacientes), o mediante la excreción total en orina de 24 horas (mg/24h) (4536 pacientes). Se ha definido como microalbuminuria la presencia de una excreción urinaria de albúmina entre 30 y 300 mg/g o mg/24h.

Resultados. La mediana de EUA ha sido de 13 mg/g (intervalo intercuartil: 4-29) y de 20,9 mg/24h (6,8-40). La prevalencia de microalbuminuria para el grupo de estudio fue del 25,3% (IC 99%: 23,8-26,8) y un 2,6% adicional presentó una EUA superior a 300. La prevalencia de MAB fue significativamente superior ($p < 0,001$) en los pacientes que tenían otros FRCV frente a los que no los presentaban: dislipemia (28,9% vs 22,1%), edad de riesgo (25,9% vs. 24,3%), tabaquismo (28,9% vs. 24,0%), antecedentes familiares (28,6% vs. 24,1%), pero sin diferencias respecto a la presencia de obesidad central (25,4% vs. 24,2%, $p = 0,17$). La prevalencia de MAB tendió a aumentar según aumentó el número de FRCV presentes en los pacientes, desde el 15,2% (para 0 FRCV) hasta el 39,5% (para el grupo con 6 FRCV) ($p < 0,001$).

Conclusiones. La microalbuminuria se encuentra presente en una cuarta parte de la población hipertensa y se correlaciona con la presencia de otros FRCV.

P15 ¿DIJO USTED MAGNÉTICOS?

A. Rovira i Piera, M. Lladó i Blanch, M. Estévez Domínguez, M.J. Toribio Toribio, P. Beato Fernández y J. Herreros Melenchón

Abs Llefia. Badalona. Cataluña. Correo electrónico: jhm_cab@telefonica.net

Objetivos. Conocer el grado de conocimiento, sobre medicamentos genéricos antihipertensivos, de los pacientes hipertensos visitados en Atención Primaria (AP).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo, observacional, transversal.

Ámbito del estudio. En un centro de salud urbana.

Sujetos. Encuesta a 287 pacientes hipertensos de 5 consultas de enfermería de AP entre enero y junio del 2004.

Mediciones e intervenciones. Para el análisis estadístico hemos utilizado la regresión lineal simple, prueba de Chi-cuadrado y T de Student.

Resultados. Mujeres 60%, edad $67 \pm 11,8$ años, pensionistas 73,2%. Utilizan recetas autorizadas 56,7%. Toman fármacos antihipertensivos 259 (90%), utiliza monoterapia 69,8%, dos fármacos 26,9%. Prescripciones originadas en AP 78,5%. Cambios de medicamentos el año previo en 25% de pacientes (baja eficacia 14%, cambio por genérico 2,1%). Reconocen los medicamentos: por el nombre 50,4%, por el formato de la caja 35,5%. De los primeros 93% aciertan al nombrarlos (39,5% prescripción en AP Vs. 47% en hospital). Confusiones en la toma de medicamentos (8,5%): los que los reconocen por el nombre 7%, los que reconocen por formato de caja o pastillas 13,7%. Los que han sufrido cambios 21,1% frente 4,2% de los que no han cambiado. Los que toman genéricos 18% frente 8,5% del resto. El 61,6% no sabe que son los genéricos. No saben lo que son el 52,3% de los que los toman.

Conclusiones. Solo uno de cada dos hipertensos reconoce por el nombre los medicamentos que toma. El conocimiento de los medicamentos genéricos por los pacientes es muy escaso. El grado de confusión en la cumplimentación del tratamiento farmacológico aumenta con el cambio de medicación.

P16 UTILIZACIÓN DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿PODEMOS OPTIMIZAR SU RENDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA?

R.M. Soler Llorés, M. Redondo de Pedro, P. Toribio Medina, J.L. Cañada Millán y M.J. Gil de Gómez Barragán

Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja. Correo electrónico: croquetaveloz@hotmail.com

Objetivos. Comparar el rendimiento diagnóstico de diferentes criterios electrocardiográficos (ECG) de hipertrofiaventricular izquierda (HVI). Analizar la frecuencia de eventos cardiovasculares y las cifras de tensión arterial en pacientes con y sin criterios ECG de HVI.

Tipo de estudio. Estudio observacional descriptivo.

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano.

Sujetos. Muestra aleatoria de 992 pacientes hipertensos incluidos en cartera de servicios OMI hasta mayo del 2005 de tres cupos de atención primaria.

Mediciones e intervenciones. Características sociodemográficas, criterios ECG de HVI: Sokolow (RV5 o 6 + SV1 \geq 35mm), Cornell (RaVL + SV3 \geq 20mm en mujeres \geq 28mm en varones) y PDV de Cornell (Cornell en mm añadiendo 6 en mujeres multiplicado por la duración del QRS en msg, punto de corte 2440), eventos cardiovasculares, TA media y tratamiento recibido.

Resultados. Se analizaron 295 pacientes. Edad media 66,2 (33-93), 57,3% mujeres. Cumplían algún criterio ECG de HVI 16,3% (3,7% Sokolow, 8,5% Cornell, 13,2% PDV Cornell). Presentaban cifras de TA media \geq 140/90 el 64,6% de pacientes con criterios HVI y el 50,2% de pacientes sin criterios de HVI. Presentaban algún evento cardiovascular el 31,25% de pacientes con criterios ECG de HVI y el 16,2% de pacientes sin criterios de HVI.

Conclusiones. En nuestro estudio el PDV de Cornell detectó casi el doble de HVI que el Cornell y 4 veces más que el Sokolow. Los pacientes con criterios ECG de HVI presentaban mayor número de eventos cardiovasculares y cifras tensionales por encima de 140/90. Recomendamos utilizar el PDV Cornell en nuestro medio a fin de mejorar el manejo de nuestros pacientes hipertensos.

P17 MEJORA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA EL CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL

M. Saiz Satjes, I. Falcón Panella, V. Hernández Corredoira, R. Madríguez Mora, R. Tomás Sanz y G. Montserrat Gurrera

CAP Rambla. Terrassa. Barcelona. Cataluña
Correo electrónico: rmadríguezsm@sefap.org

Objetivos. Identificar y cuantificar los factores modificables relacionados con el tratamiento que pueden originar mal control terapéutico de la tensión arterial (TA).

Tipo de estudio. Descriptivo y en una segunda fase de intervención.

Ámbito del estudio. 18 cupos de un Centro de Atención Primaria (n = 36.684, 3.646 hipertensos).

Sujetos. Hipertensos con una toma de TA el último año y mal control (TAS $>$ 140 y/o TAD $>$ 90) en la media de las últimas tres tomas (n = 2.010).

Mediciones e intervenciones. Variables estudiadas: edad, sexo, TA, patología de base, factores de riesgo cardio-vascular y tratamiento farmacológico. Factores modificables relacionados con el tratamiento: ausencia de tratamiento, monoterapia, ausencia de diurético, combinaciones o dosis inadecuadas, incumplimiento, fármacos que incrementan la TA.

Resultados. Se han seleccionado al azar 225 pacientes con mal control de la TA: edad media 64,9 (DE: 12,0), 121 mujeres (53,8%) y 203 (90%) reciben tratamiento (IECA: 35,1% solo o asociado a diurético). Factores de riesgo: fumadores (21,5%), obesidad (44,5%), dislipemia (33,3%), diabetes (29,8%) y enfermedad cardiovascular (26,2%). Un total de 152 pacientes (67,6%, IC95% 61,4%-73,7%) presentan un factor modificable relacionado con el tratamiento. 22 (9,8%) no reciben tratamiento, 87 (38,7%) reciben monoterapia. De los 78 que llevan 2 fármacos, 13 no toman diurético. 7 reciben combinaciones inadecuadas. 21 pacientes están registrados como incumplidores. 19 pacientes toman de forma crónica fármacos que pueden aumentar la TA. En ningún caso se observaron dosis insuficientes.

Conclusiones. Existe un elevado número de pacientes con factores modificables que pueden mejorar el control de la HTA y su detección permitirá priorizar la intervención de mejora.

P18 INFLUENCIA DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN LOS RESULTADOS ASISTENCIALES DEL PACIENTE HIPERTENSO

L. García Ortiz, M.A. Gómez Marcos, A. García García, J. Parra Sánchez, N. Pereira Bordelouis y C. Herrero Rodríguez

Unidad de Investigación de Atención Primaria La Alamedilla. Salamanca. Castilla y León
Correo electrónico: lgarciao@usal.es

Objetivos. Evaluar la relación entre proceso valorado con las Normas Técnicas (NT) de la cartera de servicios y los resultados asistenciales valorados con el riesgo cardiovascular en hipertensos.

Tipo de estudio. Descriptivo longitudinal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Por muestreo aleatorio se seleccionan 820 hipertensos. Edad media 69,83 (IC95% 69,05-70,6). 64% Mujer.

Mediciones e intervenciones. Cumplimiento de 10 NT de los servicios de HTA y diabetes, Riesgo coronario (Framingham) y Riesgo de mortalidad cardiovascular (SCORE). Evaluaciones basales y dos años después.

Resultados. Evaluación basal: encontramos correlación negativa débil ($p < 0,05$) entre la media de NT y el riesgo coronario ($r = -0,121$), RR ($r = -0,160$) y riesgo mortalidad CV ($r = -0,149$). Solo se encontró asociación entre dos de las diez normas (NT5: exploración física y NT6: analítica) y el riesgo cardiovascular ($r = -0,124$ y $r = -103$). Evaluación final: correlación negativa débil ($p < 0,05$) entre la media de NT y el riesgo coronario ($r = -0,143$), RR ($r = -0,186$) y riesgo mortalidad CV ($r = -0,203$). Solo se encuentra asociación de las NT5 ($r = -141$) y NT6 ($r = -0,086$) con el riesgo cardiovascular. Diferencia evaluación basal y final: La variación de la NT media tiene una correlación negativa débil ($p < 0,05$) con la variación del riesgo coronario ($r = -0,166$), RR ($r = -0,167$) y riesgo mortalidad CV ($r = -0,193$). También se mantiene la correlación de las normas anteriores (NT5 y NT6) además de la NT3: evaluación diabetes y riesgo cardiovascular (r entre $-0,07$ y $-0,164$).

Conclusiones. Encontramos una asociación negativa débil entre proceso y resultados en las tres mediciones. Por lo tanto a medida que mejora el proceso de atención (aumento de las NT), mejoran los resultados (descenso del riesgo cardiovascular) de forma moderada.

P19 MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE 48 HORAS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL MAL CONTROLADA

A.A. Regueiro Martínez, M.C. Ferreiro Cruz y S.M. Gómara Villabona

Centro de Salud Vilaboia. Vilaboia. Pontevedra. Galicia.
Correo electrónico: regueiro@cmpont.es

Objetivos. Conocer el perfil del paciente con hipertensión arterial (hta) mal controlada y la actitud del médico ante el resultado de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (mapa).

Tipo de estudio. Descriptivo.

Ámbito del estudio. Atención primaria.

Sujetos. Pacientes hta, edad \geq 15 años, que presentan mal control de la presión arterial (pa), y aceptaron participar.

Mediciones e intervenciones. Se realizó un mapa de 48 horas con tomas de pa cada 20 minutos de día, y cada 30 de noche, registrándose la hora real de acostarse y levantarse. Se utilizó el dispositivo spacelab 90207 proporcionado al centro a través del proyecto cronopres.

Resultados. Tras 10 meses de estudio completaron la mapa 36 pacientes (24 hombres y 12 mujeres) media de 64 años de edad, 3,5 años tras el diagnóstico, pa en consulta 160/84, toman 2 fármacos, fumadores 8%, diabetes 36%, lesión órgano diana 28%, dislipemia 61%. Patrón dipper 14 pacientes (38,9%), no dipper 16 (44,4%), riser 6 (16,7), ningún dipper extremo. Tras la mapa el médico decide algún cambio del tratamiento en 23 pacientes (63,9%), incluido disminuir tratamiento en 3 casos. La medida tomada más frecuentemente: añadir dosis nocturna (10 casos, 27,8%).

Conclusiones. El mapa constituye una herramienta de gran utilidad para manejar al paciente con hta mal controlada. Más del 60% de los pacientes presentan alteración del patrón circadiano. En casi la mitad de los pacientes se reduce el tratamiento farmacológico o se mantiene, por lo que el uso del mapa puede considerarse una medida de contención del gasto farmacéutico.

P20 ESTUDIO DISEHTAE 2003: DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA HTA EN ESPAÑA. ESTA ES LA REALIDAD

M. Benítez Camps, I. Egocheaga Cabello, S. Pérez Zamora, M. Domínguez Sardiña, L.J. González Elena y J. Almazan Altuzarra

Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 32211mbc@comb.es

Objetivos. Valorar el diagnóstico y seguimiento de la HTA en España.

Tipo de estudio. Transversal multicéntrico.

Ámbito del estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Muestra de 6292 pacientes hipertensos de 13 comunidades autónomas atendidos en 2003.

Mediciones e intervenciones. Auditoria externa. Variables: edad y sexo; diagnóstico y cribado de diabetes, obesidad, tabaquismo, dislipemia, hipertrofia ventricular izquierda; número de visitas y medidas de presión

arterial (PA) para el diagnóstico, cifras de PA durante 2003. Existencia de manguitos de distinto tamaño y calibrado de esfigmomanómetros.

Resultados. 59,3% mujeres; edad: 67,4 años (DE: 12,5). Presentaban cribado de todos los factores de riesgo (FR) un 14,3% de los casos. 21% eran diabéticos y 31,8% dislipémicos. Entre 1999 y 2003 se diagnosticaron 1191 casos de HTA. Un 11,2% lo fueron con triple doble toma o crisis hipertensiva, existiendo diferencias estadísticamente significativas según número de visitas y lugar de diagnóstico ($p < 0,01$). Un 37,2% presentaba PA < 140 y 90. Este control, en no diabéticos fue de 45,5%, sin diferencias según se controlasen en AP o no ($p = 0,52$ y $p = 0,08$). El 43,7% presentó 2 o más visitas en 2003. De los 58 centros incluidos, el 21,1% afirmaba disponer de manguitos de distinto tamaño y realizar calibrado de los aparatos.

Conclusiones. El porcentaje de pacientes bien controlados es alto, sin diferencias en el control en AP o no. El registro de diagnóstico correcto se realiza en pocos casos, siendo mayor cuando se diagnostican en el propio centro. El calibrado de esfigmomanómetros y la disposición de manguitos de distinto tamaño es infrecuente.

P21 LA EDAD Y EL PATRÓN ECOCARDIOGRÁFICO DETERMINAN LA REGRESIÓN DE LA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Lozano Oloriz, L. Tomas Rubio, R. Villanueva Moreno, A. González Miqueo, B. López Salazar y M. Serrano Martínez

CS. Azpilagaña, CS. Iturrama, CS. Chantrea, CS. Burlada, CS. San Juan, CS. Ii Ensanche, Cima de Universidad de Navarra, Departamento de Hemodinámica de Clínica Universitaria. Pamplona. Navarra
Correo electrónico: elozolo2@yahoo.es

Objetivos. Valorar qué factores clínicos influyen en la regresión de la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) en los pacientes hipertensos en tratamiento.

Tipo de estudio. Estudio evolutivo, intervención farmacológica.

Ámbito del estudio. Atención primaria, área urbana.

Sujetos. Se seleccionaron 49 pacientes con HVI ecocardiográfica y diagnóstico reciente de hipertensión sin tratamiento previo o pacientes tratados con mal control tensional.

Mediciones e intervenciones. Se realizó un seguimiento durante un año, con automedida de presión arterial (AMPA) como control del tratamiento hipotensor. Se realizó una valoración clínica, tensional, analítica y ecocardiográfica en la inclusión y al final.

Resultados. La reducción de la masa fue mayor (34,24 vs. 14,88 g/m²; $p = 0,027$) en los pacientes que presentaron al inicio un patrón de hipertrofia concéntrica (regresión de la HVI: 54,54%) que en los que presentaron hipertrofia excéntrica (40,74%). La edad media de los pacientes en que no regresó la hipertrofia (61,42 años) fue mayor ($p = 0,043$) que en los que sí regresó (56,60 años). La regresión de la HVI se asoció a la edad, ajustando por IMC, presión de pulso de AMPA y tipo de hipotensor (OR: 0,92; IC (95%): 0,84-0,99). El bloqueo del sistema renina-angiotensina, se asoció con disminución significativa de la masa ventricular ($p = 0,0001$), y no se observó con otros tratamientos.

Conclusiones. La hipertrofia de los pacientes con patrón excéntrico presenta peor respuesta al tratamiento que el patrón concéntrico. La edad es un determinante de peor evolución de la HVI en los pacientes hipertensos. El bloqueo del sistema renina-angiotensina favorece la regresión de la HVI.

P22 FACTORES DE RIESGO Y VARIABLES ASOCIADAS A DETERIORO COGNITIVO EN EL PACIENTE HIPERTENSO ANCIANO ATENDIDO EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO COGNIPRES 2004

E. Vinyoles Bargalló¹, M. de la Figuera Von Wichmann¹, S. Armengol Bertolin², A. Matalí Gilarranz² y R. de Castellar Sansó³

¹CAP La Mina. San Adrián del Besós. Barcelona, ²Departamento Médico Almirall. Barcelona, ³Biométrica. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: rous.decastellar@biometrica-group.com

Objetivos. Estimar prevalencia de deterioro cognitivo (DC) y de factores de riesgo cardiovascular asociados (FRCV) a hipertensión (HTA). Evaluar asociación de características clínico-patológicas y biodemográficas al DC en población hipertensa, >60 años.

Tipo de estudio. Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico.

Ámbito del estudio. 477 médicos de familia (atención en consulta y domiciliaria).

Sujetos. 1579 pacientes ambulatorios reclutados por muestreo consecutivo.

Mediciones e intervenciones. DC evaluado mediante Mini-Mental State Examination (MMSE) por estratos educativos ($< 17/18$ analfabetos (A), $< 20/21$ estudios primarios incompletos (PI) y $< 23/24$ estudios primarios/superiores (PS)). Presión arterial (PA) controlada si $< 140/90$ mmHg y $< 130/80$ mmHg en diabéticos.

Resultados. El 85,8% ($n = 1302$) fueron atendidos en consulta, 55,6% mujeres, edad: $71,2 \pm 7$ años (media \pm DT), presión arterial sistólica (PAS): $144,5 \pm 15,2$ mmHg, presión arterial diastólica: $83,8 \pm 8,9$ mmHg. Un 6,6% era A, 52,1% PI y 41,4% PS. Prevalencia de FRCV: 30,2% diabetes (DM), 55,3% dislipemia, 20,7% hipertrofia ventricular izquierda, 26,9% patología cardiovascular, 9,6% nefropatía, 23,4% abaquismo y 9,0% consumo elevado de alcohol, éstos dos últimos fueron más prevalentes ($p < 0,01$) en varones. Hipertensión sistólica aislada en 34,7%. Tasa PA controlada: 28,3% (9,3% en pacientes con DM, 36,4% en no-DM). Prevalencia de DC = 12,3%. La puntuación MMSE mostró correlación inversa significativa con PAS ($r = -0,070$, $p = 0,006$), presión de pulso ($r = -0,094$, $p < 0,001$) y tiempo de evolución de HTA ($r = -0,215$, $p < 0,001$). DC asociado de forma significativa con atención domiciliaria odds ratio (OR) = 1,84 (IC 95%: 1,19-2,83), edad entre 71-80 años OR = 2,35 (1,55-3,57) y >80 años OR = 4,97 (2,98-8,29), ansiedad OR = 2,07 (1,42-3,01), ICTUS/AIT OR = 4,37 (2,81-6,78), Parkinson OR = 8,15 (2,54-26,12), temblor esencial OR = 2,25 (1,34-3,79), PA no controlada OR = 0,60 (0,39-0,94) y bajo cumplimiento terapéutico OR = 0,53 (0,37-0,75).

Conclusiones. La prevalencia de DC en pacientes hipertensos >60 años, según MMSE corregido por estratos educativos, fue 12,3%. Menos de un tercio de ellos presentaba PA controlada. La edad, patologías psiquiátricas y neurológicas vinculadas (ansiedad, Parkinson, temblor esencial) y antecedentes vasculares cerebrales, son factores fuertemente asociados al DC, pero también asocia mal control de la PA y bajo cumplimiento terapéutico.

P23 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA OCULTA EN LA POBLACIÓN CON HTA

M. Roset Bartrolí, M. Salvador Milian, F. Monegal Ferran, Y. Solorzano Cortijo, N. López Pareja y J. Massana Toro

ABS Congres. Cap Maragall. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 29894asm@comb.es

Objetivos. Determinar la prevalencia de enfermedad renal crónica oculta (ERCO) en una muestra de hipertensos comparando 2 criterios: creatinina sérica y estimación del filtrado glomerular (FG) a partir de la fórmula de Cockcroft-Gault corregida por el área corporal. Determinar si existen diferencias de prevalencia de ERCO entre el hipertenso con síndrome metabólico (SM) y el hipertenso sin SM.

Tipo de estudio. Descriptivo-transversal.

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano.

Sujetos. 400 hipertensos seleccionados por muestreo aleatorio sistemático.

Mediciones e intervenciones. Se analizaron: datos demográficos, datos antropométricos, analítica realizada en el último trimestre y factores de riesgo cardiovascular. Se consideró insuficiencia renal crónica (IRC): Creatinina plasmática $>1,2/ >1,4$ mg/dl (mujeres/hombres) y FG estimado <60 ml/min según fórmula de Cockcroft-Gault. Se definió SM según criterios de ATP-III. Se analizaron las diferencias mediante chi-cuadrado.

Resultados. Mujeres 63%. Edad 70 ± 9 . Cumplen criterios de SM 197 pacientes (49,25%). Presentaron IRC según creatinina plasmática 34 pacientes (8,5%) y según fórmula de Cockcroft-Gault 115 (28,8%). No se detectaron diferencias significativas en la prevalencia de IRC entre el grupo con SM y sin SM.

Conclusiones. La creatinina plasmática no es un buen parámetro para determinar la función renal. La estimación del FG a partir de la fórmula de Cockcroft-Gault triplica ($\times 3,5$) los diagnósticos de IRC, por lo que debería plantearse su aplicación en los laboratorios clínicos y en atención primaria. No existen diferencias en la prevalencia de IRC entre los dos grupos (SM o no SM) posiblemente por tratarse de una población de edad muy avanzada.

P24 CRONOBIOLOGÍA: ¿QUE VARIABLES INFLUYEN EN EL PATRÓN CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL?

F. Benavides Márquez, E. Benaque Vidal, X. Clar Guevara, B. Enfedaque Montes, M. Rodríguez Mas y N. Moreno Millán

ABS Río de Janeiro. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: paquibm@hotmail.com

Objetivos. Determinar si existe relación entre el patrón circadiano de la Presión Arterial (PA) y presencia de Factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y Afectación de órganos diana (AOD).

Tipo de estudio. Estudio observacional descriptivo.

Ámbito del estudio. Centro de Atención Primaria urbano.

Sujetos. 127 pacientes a los que realizamos monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA).

Mediciones e intervenciones. Realización de MAPA (Spacelabs 90207) de 24 horas. Medidas de PA programadas cada 20 minutos durante el día y cada 30 durante la noche. Registro de PA (sistólica y diastólica) de 24 horas, del periodo de actividad, descanso y patrón circadiano. Registro: edad, sexo, IMC, perimetro abdominal, años de evolución de la Hipertensión, FRCV (Tabaco, dislipemia, diabetes mellitus), AOD (Cardiopatía isquémica (CI), accidente vasculocerebral, Hipertrofia ventricular izquierda, nefropatía). Registramos parámetros analíticos: glicemia, colesterol total, Colesterol-LDL, Colesterol-HDL triglicéridos, microalbuminuria

Resultados. 48% varones, media de edad 62,9 años (DE 12). Distribución de pacientes según patrón circadiano: 47,2% dippers, 27,6% non-dippers, 15% riser, 9,4% extrem-dipper. Tras analizar si existía relación entre patrón circadiano y FRCV no observamos diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,05$). Al comparar si existía relación entre patrón circadiano y AOD sólo observamos diferencias estadísticamente significativas respecto dipper/non-dipper y cardiopatía isquémica ($p = 0,031$). Respecto al resto de AOD y parámetros analíticos no observamos diferencias con el patrón circadiano ($p = 0,05$).

Conclusiones. Uno de cada tres hipertensos no tiene descenso nocturno de cifras de PA. La presencia del patrón circadiano non-dipper se relaciona con mayor presencia de CI. La presencia de otros FRCV no se relaciona con el patrón circadiano de la PA.

P25 ¿LA MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA SIGUE SIENDO UN MÉTODO DE CONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO?

X. Clar Guevara, M. Rodríguez Mas, F. Benavides Márquez, M. Alegret Fenoll, B. Enfedaque Montes y E. Benaque Vidal

ABS Río de Janeiro. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: paquibm@hotmail.com

Objetivos. Comparar si la presión arterial clínica (PAC) coincide con la presión arterial en el periodo de actividad registrada por Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA). Confirmar diagnóstico de Hipertensión de bata blanca (HBB).

Tipo de estudio. Descriptivo observacional.

Ámbito del estudio. Centro de Atención Primaria urbano.

Sujetos. 127 hipertensos a los que se realiza una MAPA.

Mediciones e intervenciones. Monitorización ambulatoria de presión arterial (PA) cada 20 minutos durante el día y cada 30 durante la noche (Spacelabs 90207). Registro de: PA media de 24 horas, PA del periodo de actividad-descanso. La PAC se determinó de forma convencional (media de 2 determinaciones separadas por intervalo de 5 minutos, siguiendo las recomendaciones de los organismos internacionales), con un dispositivo oscilométrico automático validado y calibrado (OMROM M5.1).

Resultados. 48% varones, media de edad 62,9 (DE12). Motivo de realización de mapa: sospecha HBB 30,7%, Hipertensión (HTA) alto riesgo 7,9% HTA refractaria 11,8%, HTA lábil 8,7%, eficacia terapéutica 40,9%, estudio patrón circadiano 0,08%. Presentaban buen control de PAC el 18,1% IC 95%(11,4-24,8) y el 35,4% IC 95% (27,1-43,8) con las cifras de PA en periodo de actividad de la MAPA. Entre PAC y PA en el periodo de actividad existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Sensibilidad y especificidad de PAC respecto a MAPA: 37% y 93% respectivamente. El 22% fueron diagnosticados de HBB (concordancia con la sospecha clínica: 35,7%). Pacientes hipertensos bien controlados en ambos casos: 13%.

Conclusiones. No existe concordancia entre cifras de PAC y las realizadas por MAPA. Sólo en un tercio de los casos se confirmó sospecha de HBB.

P26 CONSENSOS Y DISENSOS EN EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) SEGÚN LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA (MAPA)

J.M. Hernández Díaz, F.J. Campos Barragán, J.M. Iglesias Clemente, D. Hernández Vaquero, L. González Sánchez y J.A. Bajo Santos

Centro de Salud de San Juan. Salamanca. Castilla y León
Correo electrónico: jmhdmr@hotmail.com

Objetivos. Valorar la discrepancia diagnóstica de distintos criterios diagnósticos de HTA según la MAPA aparecidos en las guías de práctica clínica (GPC) de HTA más recientes y conocidas en nuestro medio.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal de 101 MAPAS consecutivos de 24 ó 48 horas realizados entre enero y mayo de 2005 en pacientes hipertensos (según criterios de consulta). Se utilizaron los criterios de las GPC siguientes: OMS-2003 y ESH-ESC 2003 (iguales), JNC-VII, ESH (grupo de medición) 2005 y NICE (iguales), BHS 2004, Osakidetza 2002. (Siglas sólo en abstract).

Ámbito del estudio. Medio comunitario: Centro de Salud de Atención Primaria de ámbito urbano.

Sujetos. 101 pacientes hipertensos según criterios de consulta.

Mediciones e intervenciones. Se realizaron mediciones de presión arterial mediante aparato de MAPA cada 20 minutos durante el periodo de actividad durante el día y cada 60 minutos durante la noche.

Resultados. La media y desviación estándar de presión arterial fueron de 150,8 +/- 16,2 mmHg de sistólica y de 86,8 +/- 10mmHg de diastólica. El mayor número de diagnósticos se obtiene con los criterios del grupo de medición de la European Hypertension Society (ESH) y la National Institute for Clinical Excellence (NICE) (64,4%). El menor número de diagnósticos se obtiene con los de la British Hipertensión Society (BHS) (47,5%). Es decir, hay una diferencia de un 16,9% (absoluto), (26,24% relativo), en el diagnóstico de hipertensión arterial.

Conclusiones. La MAPA es una herramienta de apoyo en el diagnóstico de hipertensión arterial pero que debe usarse con carácter complementario y teniendo en cuenta sus limitaciones diagnósticas.

P27 TRATAMOS IGUAL AL HIPERTENSO CON SÍNDROME METABÓLICO O DIABETES TIPO 2 QUE AL HIPERTENSO SIN SÍNDROME METABÓLICO NI DIABETES TIPO 2?

M. Roset Bartrolí, M.A. Salvador Milian, F. Monegal Ferran, M.Q. Cardona Bosch, J. Sánchez Carreras y O. García Conejero

ABS Congrés Cap Maragall. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 29283mrb@comb.es

Objetivos. Determinar si existen diferencias en las cifras de tensión arterial de un grupo de hipertensos con síndrome metabólico (SM) o diabetes tipo 2 (DM2) respecto a un grupo de hipertensos sin SM ni DM2. Determinar la media de fármacos prescritos en cada grupo.

Tipo de estudio. Descriptivo-transversal.

Ámbito del estudio. Centro de Salud urbano. Población 35000.

Sujetos. 400 hipertensos seleccionados por muestreo aleatorio sistemático.

Mediciones e intervenciones. Recogemos: Datos demográficos, antropométricos, analíticos, presencia de DM2 o SM, última tensión arterial y número de fármacos antihipertensivos prescritos. Definimos SM según los criterios de la ATP-III. Analizamos el número de pacientes con tensión arterial $<140/90$ y $\geq 130/80$, y aquellos con tensión arterial $<130/80$. Calculamos las medias de las tensiones arteriales en los dos grupos y las diferencias mediante T de Student.

Resultados. Mujeres 63%. Edad 70 ± 9 . Identificamos 220 hipertensos con DM2 o SM (55%), de los cuales 65 (29,5%) tienen tensión arterial $<140/90$ y $\geq 130/80$, y 26(11,8%) tensión arterial $<130/80$; y de los 180 hipertensos sin DM2 ni SM 83(46,1%) tienen tensión arterial $<140/90$. En el grupo con DM2 o SM la media de la tensión arterial sistólica (TAS) es de 144,4 (DE: 15,9) frente a 141 (DE: 17,2) ($p = 0,044$). No existen diferencias en la tensión arterial diastólica. La media de fármacos en el grupo de hipertensos con DM2 o SM es de 1,7 versus 1,6 en el otro.

Conclusiones. La cifra de TAS es significativamente más alta en los hipertensos con DM2 o SM y además el grado de control con criterios estrictos es peor. Para alcanzar los objetivos de tensión arterial en este grupo ($<130/80$) la intervención farmacológica debería ser más enérgica. Tratamos a los dos grupos con el mismo número de fármacos.

P28 PROYECTO DE MEJORA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABÉTICOS TIPO 2

X. Genis Planella, M. Ardite Golucke, J. Auba, M. Sastre Martín, I. Roca Brasso y T. Jiménez Pascua

ABS 7 Mataró. Mataró. Cataluña.
Correo electrónico: xgp7@hotmail.com

Objetivos. Identificar el cumplimiento de las recomendaciones sobre riesgo cardiovascular en diabéticos tipo 2 (dm 2), y evaluar la efectividad de una intervención multifactorial en profesionales sanitarios.

Tipo de estudio. 1ª Fase: estudio descriptivo transversal. 2ª Fase: estudio comparativo pre-post intervención. Revisión de historias clínicas en una muestra representativa de dm 2 atendidos en centro de atención primaria. Intervención multifactorial.

Ámbito del estudio. Urbano.

Sujetos. Pacientes diabéticos tipo 2 (n = 400).

Mediciones e intervenciones. Sesiones clínicas con material educativo, revisión recomendaciones Gedaps-ada y sesiones feed-back de resultados. Estudio pre-post comparando resultados a los 6 meses de la intervención.

Resultados. HBA1C < 7: 48% pacientes vs. 52% con buen control metabólico, mejorando también el registro de esta variable. Diferencias no significativas pero con tendencia a la mejora. HTA (< 130/80): 13% pacientes vs. 14%. Mejorando significativamente el registro de microalbuminuria (mal). Colesterol total (< 200): 32% pacientes vs. 39,5% y ldl (< 100) 17% vs. 25% siendo significativa la mejora. Aumento leve del uso de estatinas. Aumento de los pacientes antiagregados en prevención primaria y secundaria de forma significativa.

Conclusiones. Dificultad para modificar practica clínica. Intervención de baja intensidad. Los profesionales reconocen que han mejorado el registro de las variables sobre los factores de riesgo cardiovascular. Cambios conseguidos modestos: mejora del registro de mal, control del colesterol total y ldl, aumento prevención primaria y secundaria con ácido acetilsalicílico. Alguno ítems tenían puntos de partida muy altos.

P29 UTILIDAD Y FIABILIDAD DE LOS DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LOS CUESTIONARIOS DE SALUD

J.J. Gascón Cánovas, P. Pérez Fernández, M. Sánchez Ortuño, I. Vicente López y J.A. Martínez Lozano

U.D. Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Murcia.
Correo electrónico: peripelayo@ono.com

Objetivos. Determinar la fiabilidad de la clasificación ponderal obtenida con los datos de los cuestionarios de salud e identificar las variables sociodemográficas asociadas con la validez de esta información.

Tipo de estudio. Diseño transversal, multicéntrico.

Ámbito del estudio. Atención primaria del Servicio Murciano de Salud.

Sujetos. 103 sujetos hipertensos.

Mediciones e intervenciones. Los datos sobre el peso y la altura se obtuvieron, por duplicado, de dos fuentes de información: un cuestionario de salud autoadministrado y los registros clínicos del centro de salud. Se calculó el Índice de Masa Corporal (peso (kg)/talla² (m²)) para clasificar a los sujetos. En las tres categorías de Quetelet (normopeso, sobrepeso u obesidad). La consistencia de ambas fuentes de información se valoró mediante el índice de Kappa. Adicionalmente, se empleó la regresión logística para identificar los factores sociodemográficos asociados con la obtención de información concordante.

Resultados. La fiabilidad global es baja (Kappa = 0,46; IC 95%: 0,32-0,60). Sin embargo, es significativamente más elevada en los hombres (Kappa = 0,64; IC 95%: 0,46-0,82), especialmente en los que tienen alguna formación académica (Kappa = 0,81; IC 95%: 0,61-1,0), que en las mujeres (Kappa = 0,26; IC 95%: 0,07-0,45), (p < 0,01). Asimismo, la concordancia de la información es más probable en hombres (OR = 3,8; IC 95%: 1,6-9,1) y disminuye con la edad (OR1 año adicional = 0,951; IC 95%: 0,905-0,999).

Conclusiones. La fiabilidad de la clasificación ponderal obtenida a partir de los datos antropométricos de los cuestionarios de salud es baja en la población general, pero depende, en gran medida, de factores de tipo sociodemográfico como la edad y el sexo.

P30 ABORDAJE INTEGRAL DE SOBREPESO Y OBESIDAD DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

M.J. Luque Hernández, N. Segura Domínguez, J.M. Ruiz San Basilio, S. Palma Rodríguez, F. Leiva Fernández y O. Molina Iglesias

Unidad Docente Mfyc Málaga. Málaga. Andalucía.
mjlquesh@hotmail.com

Objetivos. 1. Objetivo mínimo: Disminución 5-10% peso. 2. Disminución IMC (Índice Masa Corporal). 3. Dejar de ser obeso. 4. Normopeso.

Tipo de estudio. Ensayo clínico, grupo control aleatorizado.

Ámbito del estudio. Centro Salud Periferia Urbana.

Sujetos. 165 sujetos: 70 controles, 95 intervenciones.

Mediciones e intervenciones. Programa anual, manejo multifocal de obesidad: dieta, ejercicio físico, estilo de vida y educación. Variable principal: Media kilogramos perdidos, porcentaje peso perdido, IMC. Variables independientes: Sociodemográficas, patología, antropometría y hábitos. Análisis por intención de tratar: ANOVA, ji², SPSS 11.0.

Resultados. Homogeneidad inicial grupos control-intervención. Sin diferencias significativas en edad, sexo, características socioculturales y patología. Hábitos alimenticios y ejercicio físico similares. No hay distinciones entre IMC inicial, objetivo mínimo a conseguir o porcentaje de peso que les sobra. Perdidos 72 sujetos (43,6%). Sin diferencias significativas entre perdidos y aquellos que llegan al final en edad, sexo, patología, hábitos o IMC. Mayor disminución media del peso en kilogramos (1,4kg; IC: 0,9-1,9 vs. 6,4kg; IC95%: 5,4-7,5), IMC (0,4kg/m²; IC95%: 0,1-0,6 vs. 1,98kg/m²; IC95%: 1,5-2,4) y objetivo mínimo cumplido (p = 0,006) en pacientes que completan tratamiento. Diferencia significativa IMC mínimo alcanzado y disminución IMC final (1,23kg/m²; IC95%: 0,7-1,71 vs. 2,01kg/m²; IC95%: 1,65-2,38). Media de kilogramos totales perdidos, (3kg; IC95%: 1,8-4,1 vs. 5,21kg; IC95%: 4,2-6,1), media de kilogramos perdidos finales (2,1kg; IC95%: 0,9-3,33 vs. 4,1kg; IC 95%: 3-5,16), pérdida máxima en porcentaje (3,55%; IC95%: 2,20-4,90 vs. 5,92%; IC95%: 4,89-6,96) y tras el año de terapia (2,47%; IC95% 1,8-4,1 vs. 4,66%; IC95%: 4,2-6,17) significativamente mayores en intervención. 15,9% de obesos deja de serlo, y 13,3% de los sujetos presenta normopeso, aunque no existen diferencias entre grupos.

Conclusiones. 1. Pérdida de peso >5% significativamente mayor en intervención. 2. Disminución del IMC mayor de forma significativa en intervenidos. 3. 15,9% de los obesos dejan de serlo. 4. 13,3% de los individuos normopeso.

Beca Junta Andalucía 0178/01. Premio SAMFyC 2001. CEIC Carlos Haya.

P31 ¿CONOCEMOS LA PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR?

M. Castellet Sala, M. Rosàs Redondo, R. Martínez Martínez, J. Martí Llobet, I. Recasens Calvo y M. Layola Brias

ABS La Garriga. La Garriga. Cataluña.
Correo electrónico: 34391mcs@comb.es

Objetivos. 1. Conocer la prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV). 2. Conocer la prevalencia de enfermedad cardiovascular (ECV) en pacientes con Sd. metabólico.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. ABS de ámbito urbano.

Sujetos. Pacientes de 15-75 años con FRCV.

Mediciones e intervenciones. Muestra (n = 222) seleccionada aleatoriamente (muestreo sistemático) del registro de hipertensos, dislipémicos y/o diabéticos con un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 3%. Análisis de los que presentan criterios de Sd. metabólico (NCEP2001): 1. Obesidad central: Perímetro cintura = 102cm hombres y >88cm mujeres; 2. Triglicéridos ≥150mg/dl; 3. HDL-colesterol <40mg/dl hombres y < 50mg/dl mujeres; 4. Tensión arterial ≥130/80mmHg; 5. Glucemia ayunas ≥110mg/dl. Variables: Edad, Sexo, Obesidad central, Triglicéridos, HDL-colesterol, HTA, Pre/Diabetes, ECV.

Resultados. La prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con FRCV es del 83,9%, de los cuales presentan 3 criterios el 52,5%, 4 criterios el 35% y 5 criterios el 12,4%. La prevalencia de los criterios (NCEP 2001) en el síndrome metabólico es: HTA 95,5%, Obesidad central 86,4%, Glicemia 67,8%, Triglicéridos 63,8% y HDL-colesterol 46,3%. La prevalencia de ECV en pacientes con síndrome metabólico es del 27,1% (el 52,1% presentan cardiopatía isquémica, el 29,2% AVC y el 31,3% arteriopatía periférica).

Conclusiones. Se observa una elevada prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con FRCV. Una cuarta parte de los pacientes con Sd. metabólico presenta ECV, más de la mitad de los cuales padecen cardiopatía isquémica. Los 2 criterios más prevalentes en el síndrome metabólico son la HTA y la Obesidad central.

P32 PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UN CENTRO DE SALUD

M.E. Barreiro Ramos, M. Merlo Loranca, S. López Lallave, E. Moya Fombellida y P. Doménech Senra

Centro de Salud Barcelona. Mostoles. Madrid
Correo electrónico: martamerlo@hotmail.com

Objetivos. La presencia de síndrome metabólico (SM) se relaciona con un incremento significativo de riesgo de diabetes, enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular, de ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz. El objetivo es conocer la prevalencia del SM en la población atendida en un Centro de Salud.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal que se realizó durante Enero-Marzo 2005 (N = 189).

Ámbito del estudio. Cuatro consultas de turno de mañana de un Centro de Salud urbano.

Sujetos. Pacientes mayores de 18 años seleccionados por una tabla de números aleatorios, excluyendo embarazadas, pacientes desplazados y pacientes extranjeros con incomprensión del idioma.

Mediciones e intervenciones. Variables principales: perímetro abdominal, presión arterial, cHDL, triglicéridos y glucemia basal, medidos mediante procedimientos estandarizados y material homologado. Se consideró que había SM con 3 o más criterios, según la definición de ATP-III.

Resultados. La prevalencia de SM fue de 21,7% (IC del 95%, 16,04-28,26) con una media de edad de 54,87 + 16,29. Un 60,8% eran mujeres (IC del 95% 53,5-67,85) sin encontrar diferencias significativas entre sexos ($p = 0,732$). Al comparar la prevalencia de cada uno de los criterios respecto al sexo se encontró que en los varones era más frecuente la presencia de hipertrigliceridemia, hipertensión arterial medida, hiperglucemia y bajas concentraciones de cHDL, mientras que en las mujeres predominó la obesidad abdominal siendo esta la única diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,007$).

Conclusiones. La prevalencia de SM en la población estudiada es elevada, aunque similar a la de otros estudios publicados. No se encontraron diferencias significativas entre sexos.

P33 PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN UNA COMUNIDAD RURAL

L.M. Meijide Calvo, J. Rey García, M.D.C. Fernández Merino, A. Conde Rodríguez, A. Amaro Cendón y F. Gude Sampedro

Centro de Saúde A Estrada. Hospital Clínico de Santiago. A Estrada. Galicia.
Correo electrónico: mepach@usc.es

Objetivos. Conocer la prevalencia del síndrome metabólico en una población rural, usando la definición propuesta por el National Cholesterol Education Program Adult Panel III (ATP-III).

Tipo de estudio. Estudio transversal.

Ámbito del estudio. Municipio de ámbito rural.

Sujetos. Muestra aleatoria de 469 habitantes estratificada por décadas de la vida.

Mediciones e intervenciones. A todos los individuos se realizó entrevista clínica, cuestionario, exploración física y analítica sanguínea. Se definió Síndrome Metabólico la presencia de al menos 3 de los siguientes indicadores: perímetro de la cintura >102 cm (hombres) y >88 cm (mujeres), triglicéridos ≥ 150 mg/dL, colesterol HDL <40 mg/dL (hombres) y <50 mg/dL (mujeres), presión arterial $\geq 130/85$ mmHg, glucemia en ayunas ≥ 110 mg/dL.

Resultados. La prevalencia del Síndrome Metabólico fue del 21,8% y del 21,5% si ajustamos por la edad para la población europea. Tanto en hombres como en mujeres su prevalencia aumenta con la edad. Se observa una prevalencia alta de presión arterial $\geq 130/85$ mmHg (60,6%).

Conclusiones. En la población estudiada, el Síndrome Metabólico es una entidad frecuente, asociado fundamentalmente a cifras elevadas de presión arterial. El elevado número de adultos con este síndrome puede tener una repercusión importante en la morbi-mortalidad de la población.

P34 PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR. GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

J.L. Palma Gámiz¹, P. Conthe Gutiérrez², H. de la Calle Blasco³, J.R. González Juanatey⁴ y M. Serrano Ríos⁵

¹Servicio de Cardiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid, ²Servicio Medicina Interna. Hosp. Gregorio Marañón. Madrid, ³Servicio de Endocrinología. Hosp. Ramón y Cajal. Madrid, ⁴Servicio de Cardiología. Complejo Hosp. Univ. Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, ⁵Servicio Medicina Interna. Complejo Hosp. San Carlos. Madrid.
Correo electrónico: jlpalma@meditex.es

Objetivos. Evaluar la prevalencia del Síndrome Metabólico en población con enfermedad cardiovascular (ECV) y determinar el grado de control de la presión arterial.

Tipo de estudio. Estudio epidemiológico, transversal, descriptivo, multicéntrico y nacional.

Ámbito del estudio. Atención primaria, cardiología, endocrinología y medicina interna.

Sujetos. Se reclutaron 1371 pacientes con diagnóstico clínico de ECV (infarto de miocardio, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular isquémica y/o enfermedad vascular periférica). 1342 de los cuales fueron considerados valorables para el estudio.

Mediciones e intervenciones. Se estableció el diagnóstico del Síndrome Metabólico (SM) según definición ATP-III (presión arterial $\geq 130/85$ mmHg (PA), obesidad abdominal (OA) $>102/>88$ cm, Triglicéridos ≥ 150 mg/dL, colesterol-HDL $<40/50$ mg/dL y glucemia en ayunas ≥ 110 mg/dL) cuando el paciente presentaba ≥ 3 criterios. Para determinar el control de la presión arterial, se consideraron los criterios del JNC-VII (PA $<140/90$ mmHg, $<130/80$ mmHg en diabéticos).

Resultados. La prevalencia de los componentes del SM fue: PA 28,0%; OA 58,0%; triglicéridos 39,7%, colesterol-HDL 34,4%, y glucemia 50,4%. El 37,0% de los pacientes con ECV presentaban SM siendo significativamente más prevalente en las mujeres (51,5% versus 31,8% hombres) (prueba Chi-cuadrado, $p < 0,0001$). La hipertensión y diabetes fueron más prevalentes entre los pacientes con SM respecto el grupo de pacientes sin SM (pacientes con SM: 83,9% hipertensión y 67,4% diabetes; pacientes sin SM 64,5% hipertensión y 33,4% diabetes) (prueba: Chi-cuadrado, $p < 0,0001$). El 18,0% de los pacientes con SM consiguieron control hipertensivo frente al 47,0% de pacientes sin SM con hipertensión controlada (prueba: Chi-cuadrado, $p < 0,001$).

Conclusiones. El 37,0% de los pacientes con ECV presentan SM, mostrando una mayor prevalencia entre la población femenina. El control hipertensivo es significativamente peor entre la población con diagnóstico de SM.

P35 SÍNDROME METABÓLICO Y HEPATITIS NO ALCOHÓLICA: CIENCIA O REALIDAD

F. Abad Massanet, O.G. Pérez Martín, M.S. González Hernández, E. Sánchez Deig, M.T. Marco García y M.T. Rufino Delgado

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Santa Cruz de Tenerife. Centro de Salud Laguna-Geneto. Centro de Salud de Taco. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.
Correo electrónico: truffdelg@canarias.org

Objetivos. Estimar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) en pacientes incluidos en programa de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y valorar la asociación con esteatosis hepática no alcohólica (EHNA).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Pacientes incluidos en programa de FRCV de dos centros de salud urbanos seleccionados por muestreo aleatorio simple. Criterios de exclusión: consumo excesivo de alcohol, tratamiento con fármacos hepatotóxicos los tres meses previos, hepatopatía de otra etiología y embarazo.

Mediciones e intervenciones. Se recogieron edad, sexo, FRCV (diabetes, HTA, dislipemia, obesidad), HDL colesterol, cifras de transaminasas (se definió sospecha de EHNA ante cifras mayores de 39,9 mg/dl de alguna de ellas) y ecografía hepática. Se definió de SM ante 3 o más criterios (obesidad, HTA, diabetes, dislipemia y HDLc <40 mg/dl en varones o <50 mg/dl en mujeres).

Resultados. Participaron 76 pacientes, edad media 60,82 (DT: 12,69), mujeres 60,5%. Presentaron SM un 51,4%, con predominio en mujeres (63,0%

frente a 33,3%, $p = 0,011$). El FRCV más prevalente en los pacientes con SM fue obesidad (76,3%, $p < 0,0001$), seguido de diabetes (72,2%, $p = 0,001$), HTA (63,8%, $p = 0,005$) y dislipemia (61,7%, $p = 0,021$). La prevalencia de EHNA fue de 57,1% en los pacientes que presentaron SM, aumentando la misma ante la presencia de mayor número de criterios diagnósticos de SM (1: 44,4%, OR: 0,6; 2: 57,1%, OR: 1,13; 3: 50%, OR: 0,76; 4: 63,6%, OR: 1,58 y 5: 66,7%, OR: 1,69). Tuvieron confirmación ecográfica de EHNA 6 pacientes, presentando el 100% de ellos SM.

Conclusiones. La prevalencia de SM es elevada en pacientes en programa de FRCV, sobre todo en los obesos. Existe mayor riesgo de EHNA a mayor número de criterios diagnósticos de SM.

P36 EVALUAR LA INFLUENCIA DE LA OBESIDAD Y EL PERÍMETRO ABDOMINAL EN EL PATRÓN CIRCADIANO

M. Rodríguez Mas, X. Clar Guevara, M. Alegret Fenoll, B. Enfedaque Montes, E. Benaque Vidal y F. Benavides Márquez

ABS Río de Janeiro. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: paquibm@hotmail.com

Objetivos. Analizar la influencia de los diferentes grados de obesidad y el perímetro abdominal (pABD) en el control de la presión arterial (PA) y la variabilidad circadiana del paciente hipertenso.

Tipo de estudio. Observacional, descriptivo.

Ámbito del estudio. Centro de Atención Primaria urbano.

Sujetos. 127 pacientes hipertensos a los que se realiza monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA).

Mediciones e intervenciones. Realización de una MAPA (Spacelabs 90207) 24 horas. Registro de la media de Presión Arterial Sistólica y Presión Arterial Diastólica de 24 horas, del periodo de actividad-descanso y patrón circadiano (dipper, non-dipper, riser, extrem-dipper). Registro: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC) (kg/m^2) y pABD (cm). Categorías del IMC definidas: < 18,5 Bajo peso, 18,5-24,9 Normopeso, 25-29,9 Sobrepeso, 30-34,9 Obesidad grado-I, 35-39,9 Obesidad grado-II, ≥ 40 Obesidad grado-III. pABD definido por la presencia de un diámetro de cintura ≥ 102 (hombres) y ≥ 88 (mujeres). Grado de control MAPA (siguiendo criterios del VII informe JNC).

Resultados. 48% varones, media de edad 62,9 años (DE12). 11% tenían normopeso, 38,6% sobrepeso, 37,8% obesidad grado-I, 11% obesidad grado-II, 1,6% obesidad grado-III. El 65,4% tenían valores elevados del pABD. Porcentaje de mal control en el registro de 24 horas del 53,5%. Según el patrón circadiano, 47,2% eran dippers, 27,6% non-dippers, 9,4% extrem-dipper y 15% riser. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el patrón circadiano y el control tensional con el IMC y el pABD ($p = 0,05$).

Conclusiones. La mitad de los pacientes hipertensos están mal controlados. Los distintos grados de obesidad y el pABD no influyen en el patrón circadiano ni en el grado de control de la PA.

P37 SITUACIÓN ACTUAL DE BOCIO ENDÉMICO Y DÉFICIT DE YODO EN ESPAÑA. ESTUDIO EN UNA ÁREA SANITARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

B. Peris Roig*, N. Atienzar Herráez*, A. Merchante Alfaro*, F. Calvo Rigual*, J.M. Tenías Burillo* y M.J. López García**

*Hospital Lluís Alcanyis Xàtiva, **Hospital Clínico Universitario. Valencia. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: bepero@com.ves

Objetivos. Conocer la existencia del déficit de yodo en nuestra área y comparar los resultados con los publicados en otras regiones de España.

Tipo de estudio. Estudio epidemiológico descriptivo, transversal, estratificado por edad y sexo.

Ámbito del estudio. Un Área Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Sujetos. Niños de 6-14 años (1.082).

Mediciones e intervenciones. Se determinó la prevalencia de bocio (dos exploradores) por inspección y palpación y se analizó la yoduria, según protocolo de Escobar del Rey. Búsqueda bibliográfica (IME y Medline) de estudios realizados en España en las últimas dos décadas.

Resultados. Se estudiaron 928 niños (478 varones - 450 mujeres), con una edad media de $9,4 \pm 2,2$ años. Se encontró bocio en 313 (33,7%) (IC 30,7-36,9): 195 (grado 0B), 112 (I) y 6 (II). Índice Kappa ponderado = 0,83. La mediana de yodurias ($n = 900$) fue de $155 \mu\text{g}/\text{L}$ (20-610 $\mu\text{g}/\text{L}$),

considerada como yodosuficiente ($\geq 100 \mu\text{g}/\text{L}$). Muchas regiones catalogadas como endemia bociosa (>5% bocio) presentan yodurias bajas como Jaén, Almería, Granada, País Vasco, Murcia, Cuenca, Teruel y Huesca, pero en otras zonas son adecuadas como en: nuestro estudio, Toledo, Guadalajara, Málaga, Cataluña y Asturias. Las campañas de profilaxis con sal yodada han disminuido el porcentaje de bocio en Cataluña y Asturias, llegando a cifras de no endemia en Galicia.

Conclusiones. El bocio endémico continúa siendo una realidad en el área valenciana estudiada. Al igual que en otras zonas de España, se detectó una endemia bociosa con niveles de yodurias normales. Dada la importancia del tema se debería completar el estudio en el resto de la Comunidad.

P38 PERFIL DEL FUMADOR QUE DEJA DE FUMAR Y SE MANTIENE ABSTINENTE A LARGO PLAZO

M. Torrecilla García, A. Morales Sánchez, D. Plaza Martín, P. Amigo Rodríguez, A. Alonso Díaz y C. Avón Gómez

Centro de Salud San Juan. Salamanca. Castilla y León.
Correo electrónico: mtorrecillag@papps.org

Objetivos. Valorar posibles factores pronósticos en la abstinencia tabáquica a largo plazo (3 años).

Tipo de estudio. Estudio prospectivo cuasiexperimental.

Ámbito del estudio. Atención Primaria y Especializada.

Sujetos. 502 pacientes fumadores.

Mediciones e intervenciones. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, cigarrillos/día, Fagerström, monóxido de carbono (CO) y abstinencia tabáquica a los 3 años según intención de tratamiento. La intervención realizada fue mediante terapia conductual (IC) y terapia sustitutiva con parches de nicotina (TSN). Se aplicó el test de Kruskal-Wallis, chi cuadrado y t de Student.

Resultados. La abstinencia tabáquica mantenida a los 3 años de la intervención fue del 13,1% (9,8% con la IC y 16% con la TSN), el 14,1% de los varones frente al 12,1% de las mujeres ($p = 0,05$). La edad media de los que se mantuvieron sin fumar fue de 42,1 años (DE 11,6) frente a 39,5 años (DE 13,4) de los que no lo consiguieron ($p = 0,046$). El consumo medio de cigarrillos, al inicio de la intervención, fue de 24,2 cig/día (DE 12,9) en los que mantuvieron la abstinencia frente 25,1 cig/día de los que seguían fumando ($p = 0,05$). Los que dejaron de fumar y se mantuvieron sin fumar presentaban al inicio de la intervención una dependencia nicotínica de 6,3 puntos en el test de Fagerström (DE 2,1) frente a 6,2 (DE 2,5) ($p = 0,05$). La concentración media inicial de CO de los que logran dejar el tabaco fue de 23,5 ppm (DE 11,7) frente a 23,6 ppm (DE 10,1) de los que no lo consiguen ($p = 0,05$).

Conclusiones. No existe un patrón de fumador que pronostique el éxito de la intervención, aunque el presentar una mayor edad pudiera contemplarse como indicador de éxito.

P39 PREVALENCIA DE EXPERIMENTACIÓN Y CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES

A. Torres Lana, M.T. Marco García, M.T. Rufino Delgado, M. Martín Mesa y E. Capote Yanes

Dirección General de Salud Pública de Santa Cruz de Tenerife. Unidad Docente de Mfyc de Santa Cruz de Tenerife. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.
Correo electrónico: truffdelg@canarias.org

Objetivos. Estimar la prevalencia de experimentación y consumo actual de tabaco en adolescentes y valorar la asociación de ambos factores según la edad.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Centros escolares públicos.

Sujetos. Adolescentes cursando Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) en siete institutos públicos.

Mediciones e intervenciones. Se utilizó cuestionario autoadministrado, realizado en mayo de 2002, con 9 preguntas cerradas que exploraban: edad, sexo, experimentación y consumo de tabaco, frecuencia y cantidad de consumo. Se realizó análisis univariado (cálculo de medias, desviación típica-DT, proporciones e intervalos de confianza-IC- del 95%), bivariado (pruebas de hipótesis de Chi cuadrado o T de Student, para variables categóricas o cuantitativas y cálculo de la Razón de Prevalencia-RP).

Resultados. Participaron 2.119 adolescentes. Edad media: 15,65 (DT: 1,92). Chicas: 52,2%. Prevalencia de experimentación: 48,3,4% (IC 95%:

46,1-50,4) más frecuente en chicas (52,2% frente a 44,0%, $p < 0,0001$) y de consumo: 18,3% (IC 95%: 16,6-19,9), igualmente con predominio en mujeres (22,2% frente a 14,1%, $p < 0,0001$). El primer cigarrillo lo prueban a los 12,61 años (DT: 2,29). Un 38,8% de los experimentadores se convierten en fumadores. El 40,3% de los que han experimentado antes de los 15 años son fumadores, frente al 32,2% de los experimentadores de 15 o más años ($p = 0,047$; OR = 1,41). Consumen tabaco a diario un 66,8%, algunos días a la semana 18,8%, o menos de un día a la semana un 14,4%. La media de cigarrillos al día es de 12,23 (DT: 8,35).

Conclusiones. La prevalencia de experimentación y consumo de tabaco en los escolares de ESO es elevada, con predominio en mujeres. Probar el tabaco a edades tempranas es un factor de riesgo para convertirse en fumador.

P40 CONSULTA ANTITABACO

R. Pérez Esquerdo, B. Fernández Fernández, R. Domínguez Mendoza, D. Moll Casamitjana, J. Martínez Roldán y B. Fontoba Poveda

ABS Vinyets. Sant Boi de Llobregat. Cataluña.
Correo electrónico: 34005mpe@comb.es

Objetivos. Conocer los resultados del primer año de funcionamiento de nuestra consulta antitabaco.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. ABS urbano. Población adulta adscrita 20000 usuarios. **Sujetos.** 130 adultos que acudieron a la consulta de tabaco desde su puesta en marcha en enero 2004 hasta diciembre del mismo año con la intención de abandonar el hábito tabáquico.

Mediciones e intervenciones. Las variables objeto de estudio fueron edad, sexo, número cigarrillos/día, años de tabaquismo, intentos previos de abandono, puntuación en el test de fagerström y richmond, método prescrito para dejar de fumar, si precisaron medicación añadida para control de síntomas, existencia o no recaída y al cabo de cuántos días y finalmente número de visitas a las que acudió cada usuario.

Resultados. 130 pacientes: 72 (55,4%) varones y 58 (44,6%) mujeres. Edad media de 43,6 años. Consumo medio 24,3 cigarrillos/día, promedio de tabaquismo 24,7 años. Media intentos previos abandono 2,4. Puntuación media test de fagerström 6 y test de richmond 8. A 29 (22,3%) no fue necesario prescribirles ningún tratamiento sustitutivo. Los 99 restantes (76,1%) precisaron tratamiento sustitutivo siendo parches (38,2%) y bupropion (30,4%) los más usados. Media de visitas realizadas por usuario 3,7. 46 personas (35%) abandonaron el hábito.

Conclusiones. Resultados esperanzadores que tendrán que ser reevaluados a más largo plazo. El 23,8% sólo acudió a la primera visita. Nos planteamos nuevos métodos para motivar a los fumadores. Las recaídas ocurrieron de media a los 11,6 días, en línea con la bibliografía publicada.

P41 CONSULTAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS INSTITUTOS DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DEL ÁREA

R. de Dios del Valle, E. Badallo León y J.J. Alonso Tresguerres

Centro de Salud de Luarca, Gerencia Área I, IES Galileo Galilei. Navia. Jarrío-Coaña. Asturias.
Correo electrónico: ricardo.dedios@sessa.princast.es

Objetivos. Promover hábitos saludables y reducir comportamientos de riesgo entre los jóvenes y mejorar la accesibilidad al servicio de salud.

Descripción. Es necesario realizar promoción de salud entre adolescentes (las principales causas de mortalidad en jóvenes: accidentes de tráfico, suicidio y SIDA. Alta tasa de abortos). Este colectivo no acude a los centros sanitarios. Para mejorar la accesibilidad de jóvenes al servicio de salud para realizar promoción se abrieron consultas en los Institutos de Secundaria. Participan profesionales de Atención Primaria, Salud Mental, Oficina Información Juvenil, Centro Asesor de la Mujer, Plan de Drogas, Servicios Sociales. Horario: media hora a la semana. Inicio: Marzo del 2004 en el 40% de los IES del área. Se evalúan el total de consultas hasta a Abril del 2005. Variables: motivo, derivación, sexo, edad. En el IES con menor utilización realizamos una encuesta a los alumnos para valorar motivos y la satisfacción.

Resultados. N = 164. Presión asistencial: 2,48. 14,86 años (DE: 1,32). 52,4% (IC 95%: 44,8-60) mujeres. 89,6% (84,2-93,6) acudieron acompañados. Se derivó al 25,6% (19,4-32,7). 67,5% de las derivaciones fueron para dejar de fumar (51,9-80,6). Un 43,9% (36,4-51,6) solicitó preserva-

tivos. Temas: tabaco (34,75%; IC 95% 27,8-42,3) y sexualidad (29,3%; 22,7-36,6). Existen diferencias en motivos en función del sexo, así las mujeres consultan sobre sexualidad (44,3% vs. 16,7%, $p < 0,001$); hombres sobre drogas (83,3% vs. 36,7%, $p < 0,001$). Existen diferencias entre institutos en acudir por preservativos (47,2% vs. 20%; $p: 0,039$). La encuesta sobre satisfacción se realizó a 370 alumnos. Un 4,1% (2,4-6,5) habían acudido a consulta. El 73,3% (47,5-90,9) están satisfechos. 80,54% (75,1-83,3) la consideran necesaria.

Conclusiones. Creen necesaria y valoran positivamente la consulta. Una importante utilidad de la consulta es la detección de casos para derivar por no conocer donde obtener ayuda.

P42 AISLAMIENTO DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

A. Gil-Setas, A. Mazón Ramos, C. Martín Salas, L. Torroba Álvarez, B. Delgado Miranda y A. Martos García

Ambulatorio General Solchaga. Servicio Navarro de Salud. Pamplona. Navarra.
Correo electrónico: agilseta@cfnavarra.es

Objetivos. Conocer la frecuencia y características de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM), *Escherichia coli* (EC) y *Klebsiella pneumoniae* (KP) productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) en nuestro medio.

Descripción. Métodos: Durante 2003 y 2004 a los aislamientos de interés clínico de los microorganismos del estudio se estudió su susceptibilidad antibiótica según las normas de los NCCLS.

Resultados. Durante el año 2003 se aislaron 84 SARM, el 13,3% de todos los aislamientos de *Staphylococcus aureus* (SA) realizados durante el año (84/629). Durante el año 2004 un 17,5% de los aislamientos de SA fue SARM (105/608). EC y KP productoras de BLEE se obtuvieron 40 (39 EC y 1KP) en el año 2003 y 79 (77 y 2) en el año 2004, lo que supuso un 1,21% de total de aislamientos de EC realizados durante el año 2003 (39/3210) y el 2,2% (77/3427) en 2004.

Conclusiones. SARM fue el microorganismo multirresistente aislado con más frecuencia en nuestro medio. En nuestro caso EC productor de BLEE fue aislado con más frecuencia que KP. El porcentaje de aislamiento de microorganismos multirresistentes de nuestro estudio no difiere de los que se pueden encontrar en los hospitales de referencia de nuestro entorno. El laboratorio de microbiología debe ejercer una vigilancia activa en la aparición de resistencias e informar con rapidez y eficacia del aislamiento de las mismas. Además el personal de atención primaria debería conocer las causas y las medidas preventivas que se deben tomar para evitar o minimizar la aparición y expansión de microorganismos multirresistentes.

P43 DIETA, PASTILLAS...Y CAMINAR

D. Ribas Seguí, J.M. de Magriña Claramunt, Y. Ortega Vila, A. Reina Córdoba, S. Onrubia Castro y T. Basora Gallisá

ABS Reus 4. Reus. Cataluña.
Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

Introducción. Nuestra formación como médicos de familia debe incluir un acercamiento a la comunidad que permita mejorar su salud así como nuestra relación con ella. Ante la importancia y las evidencias de la actividad física para el control metabólico de las patologías más frecuentes en nuestro medio, se ha formado un grupo para fomentar el hábito de caminar, en el que somos participantes activos.

Objetivos. Mediante un programa de intervención comunitaria, interesar a los pacientes en la actividad física regular a partir de grupos de autoayuda, mejorar sus parámetros clínico-analíticos, su calidad de vida e interesar a los residentes en realizar proyectos de intervención educativa a nivel de la comunidad.

Material y métodos. Grupos de cualquier edad y sexo. Criterios de exclusión: patología isquémica reciente, brote artroscópico agudo, o enfermedad invalidante. Entrevista motivacional de grupo e informar de los objetivos, recorrido y consejos. Caminar 60' 2 días por semana con control por parte del personal sanitario. Control analítico y cuestionario SF36 al inicio, 3m, 6m y al año.

Diseño. Seguimiento de una cohorte (ABS URBANA 21.000 hab).

Variables. Peso, IMC, tensión arterial, colesterol, LDL, HDL, TG, y HbA1c en DM. SF-36.

Resultados. Disminución media de 1,4 en HbA1c, 7 y 2 mmHg en TAS y TAD, 1,4kg en peso, 0,8 en IMC, 17mg/dl en Col Total y 12,9mg/dl en LDLc. Mejoría estadísticamente significativa en el rol psicosocial (SF-36). Incorporación del ejercicio como actividad cotidiana.

Conclusiones. Conocimiento por parte del personal sanitario de herramientas para conseguir una mejor relación con la población, mejorar la salud de la comunidad, mientras aumentamos su confianza en nosotros.

P44 UN CELIACO CON DIETA EXENTA DE GLUTEN EN EL DESIERTO, INCREÍBLE PERO CIERTO

V. Vizuete González, P. Domínguez Ballesteros, J.J. Dorado Martín e I. Maynar Mariño

Asociación de Celíacos de Extremadura, S. Inmunología. Hospital Infanta Cristina y C.S. San Fernando. Badajoz. Extremadura.
Correo electrónico: verotoxina@yahoo.es

La Enfermedad Celíaca (EC) con una prevalencia en la población saharawi asentada en los Campamentos de Refugiados de Tinduff es de 5,6%. Debido a la precaria situación en la que viven la EC se ha convertido en uno de los problemas de salud con mayor morbi-mortalidad de dicha población.

Objetivos. A) Mejorar la calidad de vida de la población celíaca saharawi. B) Conocer el grado de cumplimiento de la dieta sin gluten (DSG) por los celíacos saharawis.

Ámbito: Población celíaca saharawi del Aaium.

Tipo: Análisis de resultados.

Desarrollo. 1) Utilizando el Listado de enfermos celíacos del Grupo de Trabajo de Celíacos Saharawis, se convocaron en Mayo-2003 en los Dispensarios del Aaium a todos los que allí residían para hacerles, a cada uno, una historia clínica y después, junto con sus familiares, intervención divulgativa con charlas acerca de la EC, complicaciones, tratamiento y cómo hacer éste con la idiosincrasia del Pueblo Saharawi asentado en los campamentos; al mismo tiempo cogemos una muestra de 20 personas con sospecha de EC para hacerles además, determinación por inmunodot de Ac. antigliadina y antitransglutaminasa. 2) En Dic-2004 se vuelven a convocar en los Dispensarios del Aaium a los presentes en el Listado para hacerles determinación por inmunodot e intervención breve de la EC junto con sus familiares.

Conclusiones. A) La DSG es posible en un medio tan inhóspito como la Hamada Argelina. B) En trabajos de Cooperación Internacional la transparencia de cada intervención, por los distintos grupos de trabajo u organizaciones sobre la población en la que se trabaja, es obligada para evitar malas interpretaciones de resultados.

P45 NUEVO RETO: DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD

M. Delgado de la Cruz, S. Lumberras Garuz, N. Castells Noguero, A. Roig Carrión, D. Martínez García y A. Farrán Aragonés

ABS Chafarinas. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: sandralumb@yahoo.es

Objetivos. Identificar las necesidades de salud sentidas por la población. Ahondar en la percepción de los profesionales sanitarios y los diferentes servicios sobre los problemas de la comunidad.

Descripción. La Comisión de Salud del Plan Comunitario plantea realizar un análisis cualitativo de las necesidades de salud poblacional. Se forman grupos de trabajo: vecinos (ancianos, adultos 40-60 años, padres, adolescentes, inmigrantes...); profesionales de diferentes servicios (ayuntamiento, escuela, psiquiatría...) y profesionales del ambulatorio (médicos, enfermería y administrativos). Se plantea la discusión en diferentes niveles. La población se centra en hábitos, relaciones sociales, trabajo y uso de servicios. Los profesionales plantean además posibles soluciones y análisis de enlaces. Posteriormente al análisis se priorizan los problemas más relevantes. Todos los grupos destacan los cambios de dinámica familiar que provocan problemas de convivencia intergeneracional, incompatibilidad de la vida laboral y familiar, ruptura de vínculos y soledad. En inmigrantes se añade el problema de la exclusión y la falta de respuesta de los servicios. Los adolescentes destacan la falta de expectativa de futuro. Entre los profesionales sanitarios y de educación preocupa también la falta de responsabilización en el autocuidado y asuntos personales. El grupo de profesionales sanitarios puso de relieve la falta de recursos para discapacitados y enfermos mentales, así como un uso inadecuado de los servicios existentes.

citados y enfermos mentales, así como un uso inadecuado de los servicios existentes.

Conclusiones. Identificar las necesidades de salud de la comunidad nos permite conocer mejor la realidad poblacional que vivimos. Sin apoyo institucional y de las Administraciones es difícil mejorar las respuestas. Necesitamos hallar estrategias para potenciar los esfuerzos de los vecinos.

P46 EXPERIENCIA SOBRE APRENDIZAJE ACTIVO MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

E. Minguella Muñoz, L. Ruiz Balestra, M. Oller Sanz, A. Ramos Fuertes, E. Pujol Ríbera y C. Pareja Rossell

CS La Mina. Sant Adrià de Besòs-Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 31953abt@comb.es

Objetivos. Mejorar la formación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en atención primaria orientada a la comunidad (APOC) participando en el desarrollo de un proyecto comunitario. Intervención educativa para mejorar los conocimientos sobre alimentación, hábitos tóxicos, prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en jóvenes de 14-20 años vinculados a entidades de la comunidad (EC), e informar del funcionamiento y servicios del centro de salud (CS).

Preparación. Contacto con organismos municipales de salud pública y EC para plantear objetivos del proyecto. Elaboración encuestas sobre los temas a partir de materiales validados y consensuados con las EC, para diseñar las sesiones. Respuesta anónima y auto-administrada. Se consensua con cada entidad horarios y distribución de sesiones.

Intervención. Tres sesiones grupales informativas con dinámicas participativas en cada entidad, moderadas por profesionales del EAP. Duración: 60-90 minutos. Hasta el momento se han realizado 4 sesiones en 2 entidades y una en CS.

Evaluación. Satisfacción y formación en APOC de los residentes. Conocimientos, actitudes y satisfacción de los participantes a los 6 meses de la intervención.

Conclusiones. La evaluación de los residentes ha sido muy positiva por posibilitar la participación en el diseño y ejecución de un proyecto de APOC y la adquisición de habilidades en esta área. Los representantes de las EC consideran la experiencia positiva por estar enfocada a un grupo que consulta excepcionalmente y que representa un grupo diana de actividades de promoción y prevención de la salud. Queda pendiente la evaluación a los 6 meses.

P47 ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ADOLESCENTES

R. Pérez, D. Villanueva, R. García, I. Recasens, M. Layola y M.A. Muñoz

ABS Montornès-Montmeló. Montmeló. Cataluña.
Correo electrónico: 36858rps@comb.es

Objetivos. Estimar la calidad de vida relacionada con la salud percibida por una población de adolescentes escolarizados.

Tipo de estudio. Observacional transversal.

Ámbito del estudio. Instituto de Enseñanza Secundaria de una población semiurbana.

Sujetos. Adolescentes escolarizados de segundo, tercero y cuarto curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria.

Mediciones e intervenciones. Previo consentimiento paterno y de los participantes se administró la versión en español del cuestionario KINDL, que mide 6 dimensiones relacionadas con la calidad de vida de los adolescentes. Las puntuaciones están ponderadas sobre un máximo de 100 puntos.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 246 adolescentes y respondieron el cuestionario 224 (91,0%). La edad media de los participantes fue de 14,14 (DE 0,9) años. El 51,15% eran varones. La puntuación total media obtenida fue de 67,94. Las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones fueron: Bienestar Físico (65,71); Bienestar Emocional (76,14); Autoestima (57,79); Familia (78,2); Amigos (79,59); Escuela (49,91). Los varones tuvieron puntuaciones significativamente mayores tanto en el total (71,29 vs. 64,39) como en las dimensiones de Bienestar Físico (70,5 vs. 60,3) y Emocional (79,5 vs. 72,4) y en la Autoestima (64,7 vs. 49,9). Siendo las $p < 0,01$ en todos los casos.

Conclusiones. La dimensión mejor valorada es la referente a los amigos y la peor la relativa a la escuela. Los adolescentes varones presentan una mejor calidad de vida percibida.

P48 HIPOVITAMINOSIS D EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL RESIDENTES EN UN BARRIO SOCIO-DEPRIMIDO. FACTORES RELACIONADOS

A. Romagosa Pérez-Portabella, N. Gudiña Escuredo, C. Pozo Díaz, M. González Solanillas, M. Vilamala Muns y A. Grau Ruvireta

ABS Raval Nord. CAP Dr. Sayé. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: anaromagosa@hotmail.com

Objetivos. Conocer la frecuencia y el grado de hipovitaminosis D (HD) en mujeres entre 15-50 años, atendidas en periodo invernal, en atención primaria (AP) y determinar factores asociados.

Tipo de estudio. Estudio transversal.

Ámbito del estudio. Barrio socio-deprimido.

Sujetos. Total mujeres entre 15-50 años atendidas durante Febrero-Marzo 2005 que participaron voluntariamente. Exclusión: HD secundaria y/o embarazo.

Mediciones e intervenciones. Datos sociodemográficos, antecedentes HD, fototipo cutáneo (I-II/III-IV/V-VI), consumo calcio (mg/semana) y vitamina D (VD) (UI/semana), tiempo exposición solar (horas/semana), sintomatología típica HD, calcemia, fosfatemia, fosfatasas alcalinas, calcidiol sérico ([25 (OH) D3]). Criterio HD: [25(OH) D3] <40ng/ml (insuficiencia), [25 (OH) D3]: 11-20ng/ml y deficiencia, [25 (OH) D3]: ≤10ng/ml).

Resultados. Participaron 138 mujeres (excluidas 18, abandonos 26), incluidas 94. El 50% < 33 años (rango: 18-49). Inmigrantes 62,7% (52,5% Sudamérica, 15,3% Marruecos, 11,9% resto Europa, 10,2% Filipinas, 10,1% otros), promedio 9,5 años (IC95%: 7,21-11,75) de residencia en España y 13,4 años (IC95%: 12,42-14,31) escolarización. Medianas: consumo calcio 6169mg/semana (rango: 260-22600), consumo VD 57UI/semana (rango: 1-181), exposición solar 4,8horas/semana (rango: 0-50). Sintomatología típica HD: 10%. Consumo VD inferior al recomendado 100% de mujeres. HD: 100% de las participantes (insuficiencia: 47,9%; deficiencia: 37,2%). Los fototipos V-VI presentaron niveles medios [25 (OH) D3] inferiores (P = 0,001). El modelo de regresión logística ajustado por tiempo de exposición (superior/inferior 4 horas/semana), consumo VD y fototipo cutáneo evidenció asociación entre fototipo V-VI y deficiencia VD (OR: 3,8; IC 95%: 1,02-14,48). No se encontró relación con el resto de factores estudiados.

Conclusiones. Todas las participantes presentaron HD y un tercio, deficiencia de [25 (OH) D3], sin relación con la inmigración. Ninguna alcanza consumos recomendados de VD. El fototipo cutáneo V-VI se asocia a niveles inferiores de [25 (OH) D3] y se asocia de forma independiente con la deficiencia.

P49 ADOLESCENCIA: ÉPOCA DE CAMBIO

B. Bilbeny de Fortuny, A. Rascón García, L. Gardeñes Morón, A. Navarro Márquez, M. Sánchez Amat y M. Mallol Oliva

ABS Castelldefels. Castelldefels. Cataluña.
Correo electrónico: beabilbeny@yahoo.es

Objetivos. Descripción de hábitos y estilos de vida en población adolescente y detectar diferencias entre 1º y 3º de ESO.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo.

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano (61.000 habitantes).

Sujetos. Adolescentes de 1º y 3º de ESO de todos los centros educativos que acuden a revisión odontológica (n 1º= 329, n 3º= 264).

Mediciones e intervenciones. Encuestas de la SCMFIC autoadministradas anónimas.

Resultados. Respondieron 329 de 1º (55,5%), 264 de 3º (44,5%). Afirman haber fumado alguna vez 15,8% de 1º y 50,4% de 3º (p < 0,0001) y son fumadores habituales 1,5% y 15,9%, respectivamente (p < 0,0001). Consumen alcohol 11,1% de 1º frente 31,8% de 3º, sobretodo en fin de semana (26,3% y 63,1% respectivamente) (p < 0,0001). Refieren haber tenido contacto con drogas 1,5% de 1º y 25,4% de 3º (p < 0,0001). Practican algún deporte 58,2% de 1º y 48,8% de 3º (p = 0,02). Comentan salir con alguien 25,1% y 32,7%, respectivamente (p = 0,02), habiendo recibido información sobre métodos anticonceptivos 77% frente a un 96,6% de los de 3º (p < 0,0001). El método conocido por más del 90% es el preservativo. Conocen alguna ETS 79,4% de 1º y 96,1% de 3º (p < 0,0001). Conocen alguien con trastornos conductuales alimentarios 21,8% de 1º y 45% de 3º (p < 0,0001).

Conclusiones. Destaca un elevado conocimiento de métodos anticonceptivos en los dos cursos. Existen cambios en hábitos tóxicos como tabaco,

drogas y alcohol entre los alumnos de 1º y 3º de ESO. Se plantea una intervención de educación sanitaria preventiva en este colectivo sobre hábitos tóxicos.

P50 CARACTERÍSTICAS DE LOS VARONES QUE EJERCEN VIOLENCIA DOMÉSTICA ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

N. de Miguel Llorente, A. Abasolo Ibáñez, I. Espallargues, C. Muñoz, P. Babi Rourera y A. Rovira Fontanals

CS La Pau. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 12033epr@comb.es

Objetivos. Describir las características de los varones que ejercen violencia doméstica atendidos en un centro de atención primaria (CAP).

Tipo de estudio. Descriptivo transversal retrospectivo.

Ámbito del estudio. CAP urbano. Población bajo nivel socio-económico.

Sujetos. En un estudio previo se detectaron 90 mujeres que sufrían malos tratos. Dadas las dificultades del registro en este tema, únicamente se han identificado 42 varones, parejas de las mismas, que constituyen la población de estudio.

Mediciones e intervenciones. Revisión historia clínica. Variables socio-demográficas, dificultades relacionales de pareja o/y sistema sanitario, consumo tabaco, alcohol y drogas, patología aguda potencialmente relacionada con violencia, patología crónica y control, trastornos psíquicos y tratamiento con psicofármacos.

Resultados. Se incluyeron 42 varones con edad (media; DT) (61,1;12) años, estado civil: 32 (76,2%) casados y 6 (14,3%) divorciados. Conviven actualmente con la pareja 32 (76,2%) y 7 tienen hijos menores. Ocupación: servicios 9, oficios 8, industria 4, paro 3 y 14 jubilados. Constan dificultades relación con la pareja en 3 casos (2 celotipia) y con el sistema sanitario en 2. Consumo actual de tabaco 16 (38,1%) y ex-fumadores 14 (33,3%). Abuso actual de alcohol en 24 (57,1%) y ex-abuso 7 (16,7%). Hipertensión 19 (45,2%), bien controlados 5 (26,3%); EPOC 7 (16,7%) y DM 6 (14,3%). Consta ansiedad 12 casos (28,6%), 9 tratados con ansiolíticos; depresión en 7 (16,7%) todos tratados con antidepressivos y trastorno personalidad en 6 (14,3%).

Conclusiones. Los varones incluidos en este estudio, son de edad avanzada, conviven actualmente con la pareja 3 de 4. Presentan elevado consumo actual o en el pasado de tabaco y alcohol y elevada prevalencia de malestar psíquico.

P51 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

L. Cuixart Costa, C. Brotons Cuixart, E. Costa Solis, D. Curto Prieto, M. Sierra Córdoba y A. Ausín

EAP Dreta Eixample. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: lleuixart@hotmail.com

Objetivos. Evaluar la calidad de vida (CV) de los pacientes a los 5 años de haber sufrido un síndrome coronario agudo (SCA), comparando los resultados en función de la edad y el sexo.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo prospectivo transversal.

Ámbito del estudio. Atención primaria.

Sujetos. Pacientes dados de alta hospitalaria con el diagnóstico de SCA en el año 1999.

Mediciones e intervenciones. Análisis de la versión española del cuestionario MacNew Heart disease Questionnaire (QLMI-2) validado para atención primaria.

Resultados. Características de los 51 pacientes: 40 varones (78%) y 11 mujeres (22%), edad media: 61 años El porcentaje de cumplimentación del cuestionario: 100%. La CV se evalúa en 3 dimensiones: la emocional, la física y la social que puntúan 7,8, 7,9 y 8,4 respectivamente (buena CV). Las mujeres puntúan más alto en las tres dimensiones, sobretodo en las dimensiones física y social (7,8 y 8,3 en varones y 8,3 y 8,7 en mujeres). Respecto a la edad, puntúan más alto la franja de edad inferior a 60 años. Solo el 28% de las mujeres y el 70% de los varones respondieron acerca de las limitaciones en las relaciones sexuales, puntuando en ambos grupos de forma similar.

Conclusiones. Las puntuaciones del QLMI-2 a los 5 años de sufrir un SCA, muestran en global puntuaciones altas, (buena CV a nivel emocional, físico y social); el grupo de varones de mayor edad presenta peor percepción de CV. La utilización de un elemento de medida de CV validado, permite identificar grupos de pacientes que podrían beneficiarse de programas integrales de rehabilitación post SCA.

Sesión 2

16.00-17.00 h

LIBRES

P52 MANEJO INTEGRAL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. UN MODELO AMBICIOSO

J.L. González Perales, C. Trescolli Serrano, C.V. Herrero Gil, E.J. Segarra Mari, J.D. Zafrilla Martínez y C. Catalan Oliver

Hospital La Ribera y Atención Primaria Área de Salud 10. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: jlgonzalez@hospital-ribera.com

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en nuestro medio. Los factores de riesgo cardiovascular (FRV) se potencian entre sí y, además, se presentan frecuentemente asociados. Por ello, el abordaje más correcto de la prevención cardiovascular debe ser la valoración conjunta de los mismos.

Objetivos. Conseguir un manejo integral de los FRV en la consulta médica y de enfermería de atención primaria. Reducir la variabilidad en la intervención médica y de enfermería sobre los pacientes con FRV.

Actividades. 1. Elaboración de una guía de manejo integral de los FRV: un grupo de trabajo multidisciplinar constituido por profesionales del área de salud elaboraron una guía que aborda el manejo de los FRV desde una única consulta programada de enfermería creada a tal efecto y la consulta médica a demanda. 2. Difusión de la guía: Jornada de presentación, talleres en los Centros de Salud, herramientas de ayuda electrónica y acceso a la guía en formato electrónico en internet y distribución en papel. 3. Detección de barreras en la implantación y despliegue de medidas: acceso electrónico a la web en las consultas, organización de la consulta integral, coordinación entre médicos y enfermería.

Conclusiones. La puesta en marcha y desarrollo de intervenciones multidisciplinarias dirigidas a toda un área de salud, suponen un esfuerzo importante que requiere gran número de cambios en infraestructura, organizativos, educacionales y sociales específicos para cada centro. Es fundamental disponer de los recursos suficientes y establecer las metas a medio largo plazo. Esperamos disponer en los próximos años resultados positivos que respalden esta iniciativa.

P53 GRADO DE CONTROL DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿SE CUMPLEN LOS CRITERIOS DE BUEN CONTROL DE LAS GUÍAS?

A. Pérez Martín, J.R. López Lanza, R. López Videras, M. Villa Puente, S. Raba Oruña y M.J. Agüeros Fernández

CS Covadonga. Torrelavega. Cantabria.

Correo electrónico: alvaropezma@yahoo.es

Objetivos. Estudiar el grado de control de la tensión arterial y colesterol de los pacientes afectos de cardiopatía isquémica en un centro de salud.

Tipo de Estudio. Estudio descriptivo retrospectivo transversal.

Ámbito del estudio. Centro de Salud urbano y rural con cobertura de 21.016 habitantes.

Sujetos. Pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica, muestreo aleatorio 1-3, hasta diciembre 2004.

Mediciones e intervenciones. Recogida del valor de tensión arterial (TA) y colesterol; se consideró buen control (Guía Europea de Prevención Cardiovascular): TA: < 140/90 o < 130/80 mmHg (diabetes) y colesterol: < 175 mg/dl de total y < 100 mg/dl de LDL.

Métodos. Para variables cualitativas: porcentajes; cuantitativas: media y desviación estándar; comparación variables: chi-cuadrado.

Resultados. Se estudiaron 77 casos, con edad media de 66,71 años (DE ± 9,24) y predominio masculino (65,4%); presentaban diabetes (25,5%), hipertensión (74,6%); tenían diagnóstico de angina (60,1%) y de infarto agudo miocárdico (IAM) (39,9%); presentaban en el último año un control de tensión arterial (84%) y de colesterol (68,5%), cumpliendo los objetivos recomendados para TA (54,2%) y para colesterol (19,4%). Al separar diagnósticos la angina cumplía objetivos TA (52,2%) y colesterol (13%) y

en el IAM el 54,8% para TA y el 25,8% para colesterol, no existiendo diferencias significativas entre ambos.

Conclusiones. Está aceptado que un adecuado control de la presión arterial y el colesterol en estos pacientes evita nuevos eventos isquémicos. El grado de control de la TA y principalmente de colesterol es bastante peor del deseable, estando muy lejos de lo recomendado por las guías. Debemos esforzarnos en atención primaria en conseguir cifras de TA y colesterol dentro de los objetivos marcados por las guías ya que muchos de estos pacientes se encuentran fuera del objetivo recomendado para una prevención adecuada

P54 EL ICTUS COMO FACTOR DE RIESGO EN LA APARICIÓN DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

B. López Rodríguez, J. Alegre Basagaña, M. Viozquez Meya, R. Mourelle Varela y M.D. Reina Rodríguez

ABS Riu Nord-Riu Sud. Sta Coloma de Gramenet. Cataluña.

Correo electrónico: jalegre.bnm.ics@gencat.net

Objetivos. Evaluar la aparición de ansiedad y/o depresión tras el primer año de haber sufrido un episodio de ictus.

Tipo de estudio. Estudio de cohortes retrospectivo en que se comparó una cohorte de 37 pacientes con ictus (extraídos de un estudio multicéntrico realizado en nuestra población en el año 2003; se definió ictus como la afectación focal aguda de > 24 horas de evolución, con TAC craneal concordante con la clínica) con otra sin ictus extraída aleatoriamente de la población adscrita al centro (22.543 hab., $\alpha = 0,05$; precisión $\pm 0,05$). Se realizó seguimiento durante un año y se valoró la aparición de depresión y/o ansiedad.

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano.

Sujetos. 37 ictus y 144 sin ictus.

Mediciones e intervenciones. Incidencia y riesgo relativo (RR) (IC 95%) de depresión y ansiedad.

Resultados. La incidencia de depresión en ictus fue de 6 (18%) y en población sin ictus de 4 (3,2%); RR depresión = 5,73 (IC 95%: 1,72-9,12; $p = 0,0059$). La incidencia de ansiedad en ictus fue de 3 (9%) y en no ictus de 2 (1,6%); RR ansiedad = 5,77 (IC 95%: 1,01-33,15; $p = 0,059$). La incidencia de ansiedad y depresión conjunta en ictus fue de 3 (10%) y en no ictus de 1 (0,8%); RR depresión y ansiedad = 12,1 (IC 95%: 1,30-112,2; $p = 0,024$).

Conclusiones. Haber sufrido un cuadro de ictus predispone a la aparición de depresión y/o ansiedad durante el año posterior al mismo. Se debería aumentar el control evolutivo de estos pacientes para prevenir su aparición.

P55 QUÉ FACTORES INFLUYEN EN QUE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA NO ESTÉN ANTIAGREGADOS-ANTICOAGULADOS? ANÁLISIS MULTIVARIADO

A. Díaz Barroso, M.P. Tejero López, M. Medina Peralta, F. Montañés Alcántara, F. Escobedo Espinosa y A. Gómez Saldaña

ABS Llefià. ABS La Salut. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: angelesdiazbarroso@yahoo.es

Objetivos. Analizar la población con cardiopatía isquémica (CI) de dos centros de salud. Analizar que variables influyen en que los pacientes con CI no reciban tratamiento antiagregante-anticoagulante.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo-transversal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria.

Población. Todos los pacientes atendidos en dos ABS urbanas (76.000).

Sujetos. Todos los pacientes (1.282) diagnosticados de CI hasta enero-2005.

Fuente de datos. Historia clínica informatizada (OMI-AP)

Variables. Edad, sexo, FR de CI, tratamiento antiagregante-anticoagulante. Los datos se procesaron con SPSS 8.0. Para el estudio multivariado se aplicó el modelo de regresión logística, la variable dependiente fue si recibían o no tratamiento específico.

Resultados. Pacientes con CI: 1282 (2% de la población adulta), edad media 69,3 ± 11. EL 68,4% eran hombres, 55,4% hipertensos, 38,5% diabéticos, 56,5% dislipémicos, 16% fumadores, 11,9% obesos, 5% con fibrilación auricular (AcxFA) y 10% con AVC. El 91% estaban tratados, 79,9% AAS, 16,7% clopidogrel, 8,8% anticoagulados. En el análisis del modelo multivariado estaban sin tratamiento: a) El 11% de mujeres frente al 7,5% de hombres. OR: 1,67 (IC: 1,04-2,63). $P = 0,03$; b) El 5,5% de diabéticos

frente al 10,6% de no diabéticos. OR: 0,58 (IC: 0,36-0,95), $p = 0,03$, *c)* El 1,5% con AVC frente al 9,5% sin AVC. OR: 0,18 (IC: 0,04-0,75). $p = 0,01$. **Conclusiones.** 1) Existía un “significativo” infratratamiento en las mujeres sin que exista una justificación para ello. 2) Estaban más antiagregados-anticoagulados los diabéticos y AVC que los que no lo son. 3) Todavía había pacientes con AVC y CI que estaban sin antiagregar-anticoagular. 4) La MITAD de pacientes con CI y ACxFA estaban sin anticoagular. 5) La prevalencia de CI en nuestro medio es similar al conjunto de la población catalana.

P56 UTILIZACIÓN DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO EN LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Sicras Mainar, R. Navarro Artieda, X. Frías Garrido, R. Ruiz Riera, J. Rejas Gutiérrez y J. Fernández de Bobadilla

Badalona Servicios Asistenciales y Pfizer I+D+I. Badalona. Cataluña. Correo electrónico: jaime.fernandez@pfizer.com

Objetivos. Diversas sociedades científicas recomiendan el ácido acetilsalicílico (AAS) en prevención primaria (PP) y secundaria (PS) de enfermedad cardiovascular (ECV) de los adultos con diabetes mellitus (DM). Determinar el consumo de AAS en estos pacientes y valorar la consecución de objetivos terapéuticos.

Tipo de estudio. Observacional retrospectivo.

Ámbito del estudio. Cuatro centros de AP de Cataluña.

Sujetos. Pacientes diagnosticados de DM mayores de 18 años.

Mediciones e intervenciones. Se midieron variables generales, consumo de AAS (fármacos antiagregantes y/o anticoagulantes), comorbilidades, parámetros clínicos y objetivos terapéuticos.

Resultados. Se analizaron 4.140 pacientes con DM, 79,1% (IC: 77,7%-80,5%) en PP y 20,9% (IC: 18,2%-23,7%) en PS. La edad media fue de 64,1 (13,8) años y el porcentaje de varones del 49,3% (PP: 46,3; PS: 60,7; $p < 0,0001$). El 29,2% (IC: 27,8%-30,6%) tomaba AAS; 20,8% (IC: 19,4%-22,2%) en PP y 60,8% (IC: 57,6%-64,0%) en PS. Hipertensión arterial (55,9%) e hipercolesterolemia (47,5%) fueron los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) más prevalentes en PS, y donde se consiguieron los mejores objetivos de control (48,0% y 59,8% respectivamente; $p < 0,0001$). La utilización de AAS, en el modelo logístico se asoció al incremento de edad (OR = 1,01; IC: 1,00-1,02; $p = 0,011$), al número de FRCV (OR = 1,14; IC: 1,03-1,27; $p = 0,013$), al alcance de los objetivos terapéuticos de cLDL (OR = 1,42; IC: 1,06-1,88; $p = 0,017$) y al mal control metabólico medido por la hemoglobina glicada (OR = 1,51; IC: 1,22-1,89; $p < 0,0001$).

Conclusiones. El tratamiento con AAS está infrautilizado en la prevención cardiovascular primaria de los pacientes con diabetes mellitus. La consecución de los objetivos terapéuticos establecidos debería de mejorarse. Sería necesario realizar nuevos estudios representativos en situación de práctica clínica habitual.

P57 PREVENCIÓN SECUNDARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO ¿EXISTEN DIFERENCIAS POR RAZÓN DE GÉNERO?

S. Tranche Iparraguirre, B. Soler, B. Monteiro, J.M. Mostaza y L.M. Jadraque

C. Salud El Cristo (Oviedo); Dpto. Médico E-C-Bio (Madrid); Dpto. Médico Bristol-Myers-Squibb (Madrid); H. Carlos III (Madrid); H. La Paz (Madrid). Oviedo. Asturias. Correo electrónico: stranchei@medynet.com

Objetivos. Analizar las diferencias por razón de género en la prevención secundaria de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA), seguidos en atención primaria.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico.

Ámbito del estudio. Atención Primaria (junio-octubre de 2.004).

Sujetos. Inclusión selectiva de casos por muestreo sistemático de registro consecutivo de pacientes que habían padecido un evento coronario en un período previo de 6 meses a 10 años. Cada investigador incluyó 5 pacientes. **Mediciones e intervenciones.** Se elaboró un protocolo de recogida de datos y el análisis estadístico se realizó con SPSS.12.0

Resultados. Participaron 1.799 investigadores que incluyeron 8.817 pacientes con una edad media de 65,4 años (CI 95%, 65,2-65,6), un 73,7%

varones. La prevalencia de hipertensión arterial (88,5% vs 73,5 %, $p < 0,001$), diabetes (41,9% vs 29,4%, $p < 0,001$), insuficiencia cardiaca (21,1% vs 12,1%, $p < 0,001$) y fibrilación auricular (13,7% vs 8%, $p < 0,001$) fueron superiores en las mujeres, ocurriendo lo contrario para el tabaquismo (5,2% vs 13,6%, $p < 0,001$). La consecución de objetivos de presión arterial ($< 140/90$ mmHg), colesterol-LDL (< 100 mg/dl) y el abandono de tabaquismo fueron más favorables para los varones (85,2% vs 78,2%, $p < 0,0001$; 25,9% vs 21,5%, $p < 0,0001$; 77% vs 69,6%, $p < 0,0001$ respectivamente). El seguimiento en atención hospitalaria y el tratamiento farmacológico con hipolipemiantes fue superior en varones, independientemente de los factores de riesgo y de las enfermedades asociadas.

Conclusiones. 1) En pacientes que han padecido un SCA, las mujeres presentan una mayor prevalencia de factores de riesgo. 2) En los varones se alcanzan mejores objetivos de presión arterial, de colesterol y de abandono de tabaco, siendo mayor su seguimiento hospitalario por atención especializada.

Financiación: Bristol-Myers-Squibb

P58 LA “PREGUNTA DEL MILLÓN” PARA CONOCER EL CUMPLIMIENTO CON ESTATINAS

C. Llor Vilà, R. Reig Puigbertran, S. Hernández Anadón, S. Crispí Cifuentes, R. Descarrega Queral y R. Morera Castell

CAP Jaume I (EAP Tarragona-3). Tarragona. Cataluña. Correo electrónico: silviaha@comt.es

Objetivos. Conocer el grado de cumplimiento de pacientes hipercolesterolémicos al mes de administrarles una estatina y validar distintos métodos indirectos de cálculo de cumplimiento.

Tipo de estudio. Estudio de validación.

Ámbito del estudio. Efectuado en 4 centros de atención primaria (14 cupos).

Sujetos. 271 hipercolesterolémicos tributarios de tratamiento con estatina.

Mediciones e intervenciones. Efectuamos visita domiciliaría 1-3 días antes de finalizar la caja evaluándose el recuento de comprimidos por sorpresa (cumplidor: toma del 80-110% de dosis). Variables: edad, sexo, comorbilidad asociada, polifarmacia, análisis antes y al mes de administrar la estatina. Se efectuó cumplimiento autocomunicado, test de Morisky-Green modificado y test de conocimientos con 3 preguntas. Se analizaron parámetros de validación (S: sensibilidad, E: especificidad, índice kappa de concordancia).

Resultados. N = 264, edad 63,4 ± 10,7 años (56,8% mujeres). 111 incumplidores (42%). El cumplimiento fue mejor en pacientes con enfermedad cardiovascular (71,4%; $p < 0,001$), polifarmacia (62%, $p < 0,05$). El método que mejor predijo el incumplimiento fue la primera pregunta modificada del test de Morisky-Green [Todos olvidamos de tomar las pastillas, ¿ha olvidado Ud. de tomarse alguna pastilla? (S: 91,9%, E: 96,1%. Kappa: 0,905)]. La combinación de ésta, la cuarta pregunta del test y una de conocimientos logró: S: 97,3%, E: 96,1%, kappa: 0,93. El grado de control (disminución de colesterol-LDL) sólo presentaba un índice kappa de 0,44.

Conclusiones. La respuesta incorrecta a cualquiera de una combinación de 3 preguntas consigue predecir muy bien un posible incumplimiento con estatinas, aunque la formulación sólo de la primera pregunta del test de Morisky-Green modificado resulta ser muy útil para conocer si nuestros pacientes cumplen, mucho más que otros que utilizamos habitualmente.

P59 MANEJO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) EN EL ANCIANO DESDE LA COMUNIDAD

M. Navarro González, M. Díez-Caballero Murua, G. Carbonell Mascaró, E. Duaso Magaña, E. Arroyo Cardona y J. Martínez Quílez

Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa. Cataluña. Correo electrónico: gloriac@adam.es

Objetivos. Mejorar el manejo de la IC en el anciano mediante la aplicación de un protocolo de actuación de IC en AP.

Tipo de estudio. Estudio pre-post.

Ámbito del estudio. 6 centros de AP.

Sujetos. Personas > 69 años con IC (Criterios de Framingham), independientes para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel > 90) sin deterioro cognitivo (Pfeiffer < 3).

Mediciones e intervenciones. Recogida de datos demográficos, comorbilidad (Charlson), tipo IC, clase funcional (CF), ingresos hospitalarios por IC, tratamiento farmacológico y dietético antes y después de la intervención. Intervención: aplicación del protocolo de IC.

Resultados. n = 66 pacientes, edad media 78,5 años, 57,6% mujeres, Charlson 2,3; 72,7% hipertensión arterial, 65,2% sedentarios, 50% dislipémicos, 36,4% diabéticos, 42,4% fibrilación auricular, 39,3% cardiopatía hipertrófica, 25,8% cardiopatía isquémica, 36,5% incumplidores terapéuticos. Fracción de Eyección (FE) > 40%: 46%, FE < 40%: 20,6%. CF: I 29,2%, II 55,4%, III 15,4%. Nº de Ecocardiogramas realizados: 82%. Indicación tratamiento: Médico de Familia 23,3%, Cardiólogo 29,2%, Internista 10,8%. Al año: mayor educación sanitaria sobre IC (68% a 98%), mayor cumplimiento terapéutico, reducción de reingresos hospitalarios (1,4 ± 0,7 a 0,4 ± 0,8); (p < 0,001) con reducción de la estancia (11 ± 7 a 5 ± 11 días); (p < 0,009). Mayor prescripción de betabloqueantes (15 a 29%).

Conclusiones. La formación en IC y posterior protocolización supone claros beneficios para nuestros mayores: apreciamos mayor educación sanitaria, mayor cumplimiento terapéutico, mayor prescripción de betabloqueantes, reducción de reingresos y días de estancia.

P60 LA CALIDAD DE VIDA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

N. Arcalís Guaus, M.D.M. Domingo Teixidor, F.J. Mezquiriz Ferrero, N. Montellà Jordana, A.M. Altaba Barceló y M. Mestres Segarra
EAP Badalona 5 Sant Roc. Badalona. Cataluña.
Correo electrónico: nuriamex@hotmail.com

Objetivos. Conocer la calidad de vida (CV) mediante el cuestionario Minnesota Living With Heart Failure (MLWHFQ) de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) atendidos en atención primaria.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal y observacional.

Ámbito del estudio. Dos zonas básicas de atención primaria urbanas de bajo nivel socioeconómico.

Sujetos. Pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos en el centro entre diciembre 2004 y marzo 2005.

Mediciones e intervenciones. Los datos demográficos y clínicos (clase funcional, etiología de la IC, comorbilidad, tratamiento, ingresos) se obtuvieron de la historia clínica informatizada. Mediante entrevista se administró el cuestionario MLWHFQ (0 = muy buena CV; 105 = muy mala CV). Se estudió la relación de la puntuación del cuestionario con los aspectos demográficos y clínicos mediante los test de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis y la regresión lineal múltiple.

Resultados. Se han estudiado 88 pacientes. La mayor parte son mujeres (61%) de edad avanzada (71 años, DE = 9) con IC diastólica (67%) y de etiología hipertensiva (45%) o isquémica (24%). La puntuación media del cuestionario fue de 27 puntos (P50 = 23). Se halló asociación con la clase funcional (p < 0,001), el número de ingresos en el último año (p < 0,01), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (p < 0,05) y la insuficiencia renal (p < 0,05). No se encontró correlación entre la CV y la fracción de eyección, el tratamiento, ni la etiología si bien los enfermos valvulares presentaron puntuaciones más bajas.

Conclusiones. El cuestionario MLWHFQ ha presentado puntuaciones relativamente bajas en atención primaria. Hemos hallado una relación significativa de las puntuaciones con la clase funcional y el número de ingresos en el último año.

P61 PERFIL LIPÍDICO: SOLICITUD RIGUROSA Y GASTO SANITARIO

S. Onrubia Castro, M. Velasco Carrera, Y. Ortega Vila, J. Saumell Boronat, B. Riús Fernández y J.M. De Magriña Claramunt

ABS Reus 4. Reus. Cataluña.
Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

Objetivos. Conocer si la solicitud del perfil lipídico en nuestro ámbito se ajusta a las recomendaciones de la Guía de práctica clínica del Institut Català de Salut o, si por el contrario, no somos rigurosos y ello supone un aumento innecesario del gasto sanitario. Estimar el consumo de hipolipemiantes y su forma de administración en relación a la cena.

Tipo de estudio. Observacional transversal

Ámbito del estudio. ABS urbana (21.000 hab).

Sujetos. Del total de pacientes > 15 años sometidos a analítica durante una semana se seleccionan aquellos cuya petición contiene perfil lipídico.

Variables. Edad, sexo, indicación de perfil lipídico (diabéticos, dislipémicos, prevención secundaria), frecuencia global de uso de hipolipemiantes y según tipo (estatinas y fibratos) y cronología de administración.

Resultados. N = 50 (hombres 34%). Edad media: 55,2 + 17,3 años. Perfil lipídico indicado en 38 pacientes (76%), de los cuales 18 (47,3%) hipolipe-

miantes; de éstos, fibratos (11,1%) y 16 (88,9%) estatinas (10 simvastatina (62,5%), 1pravastatina (6,25%), 1atorvastatina, 1fluvastatina, 1lovastatina). Los pacientes que toman fibratos lo hacen antes de cenar y en cuanto a estatinas, 9 después (56,2%), 3 antes (18,75%) y 1 (6,25%) durante la cena, respectivamente, y uno sin relación con ésta. La no indicación de perfil lipídico en 12 casos supone, teniendo en cuenta que un perfil cuesta 2,76 euros en nuestro laboratorio de referencia, un aumento del gasto sanitario innecesario de 33,12 euros semanales, y extrapolando, 1722.24/año.

Conclusiones. La mayoría de pacientes estaba indicado el perfil lipídico. La toma de fibratos es correcta, así como la de estatinas, siendo de estas simvastatina el fármaco utilizado con mayor frecuencia. Solicitar el perfil lipídico de forma rigurosa contribuye al ahorro en el gasto sanitario.

P62 ÍNDICE TOBILLO-BRAZO (ITB) Y PULSIOXIMETRÍA DEL PIE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA O CEREBROVASCULAR CONOCIDA

V. Molina Samper, N. Berrade Flamarique, M. Pardo Fernandez, B. Perez Sanz, M. Serrano Martínez y P. Buil Cosiales
Centro de Salud de Azpilagaña. Pamplona. Navarra.
Correo electrónico: vallencantado1@yahoo.es

Objetivos. Búsqueda de arteriopatía asintomática en pacientes sin enfermedad vascular periférica conocida.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano.

Sujetos. Muestreo aleatorio de personas con enfermedad coronaria y/o cerebrovascular conocida. Se incluyeron 72 personas.

Mediciones e intervenciones. Se recogieron: 1) parámetros clínicos y analíticos habituales; 2) electrocardiograma; 3) ITB (considerándose patológico menor de 0,9), y 4) pulsioximetría (patológica una disminución igual o superior a un 2% respecto al brazo o a la pierna tras la elevación de 30 cm).

Resultados. De la muestra total (edad media 71,5 años DE = 8,8), 24 eran mujeres (32,9%) y 49 eran hombres (67,1%). El ITB fue patológico en el 52,8% de los pacientes y el 54,2% tenían una saturación patológica en pie. En total, un 76,4% de los pacientes tenían una u otra prueba alterada. La tensión arterial fue superior en los pacientes que tenían un ITB patológico (146 ± 22,3 mmHg vs 133,2 ± 16,4 mmHg, p = 0,008) y realizaban un menor número de horas semanales de ejercicio (7,1 vs 10,1 horas/semana). No se observaron diferencias en parámetros clínicos y/o analíticos con respecto a la pulsioximetría patológica

Conclusiones. Una significativa proporción de pacientes con enfermedad coronaria o cerebrovascular muestran signos clínicos de enfermedad arterial periférica asintomática.

P63 PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL Y FACTORES MODIFICABLES PARA SU PROGRESIÓN

L. Illamola Martín, B. Salvador González, N. Arcusa Villacampa, A. Albert Casado, M. Monclús González y M. Martínez Gil

ABS Florida Sud-SAP. l'Hospitalet Llobregat. Institut Català de la Salut. Unitat Docent Mfíc Costa de Ponent. L'Hospitalet de Llobregat. Cataluña.
Correo electrónico: bsalvador@inicia.es

Objetivos. Estimar la prevalencia de insuficiencia renal (IR) según filtrado glomerular (FG) mediante fórmula MDRD. Conocer la prevalencia de factores modificables para su progresión.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano con 20.431 historias clínicas (> 14 años).

Sujetos. Muestreo aleatorio analíticas solicitadas en nuestro centro por cualquier causa, octubre-diciembre 2004, estratificadas por grupos de edad según cálculo muestra (n = 384)

Mediciones e intervenciones. Historia clínica: edad, sexo, peso, talla, tensión arterial, diagnóstico insuficiencia renal. Factores modificables para la progresión de IR. Criterios IR: FG < 60 mL/min según cálculo MDRD.

Análisis. Estadística descriptiva. Test Chi2 en datos cualitativos.

Resultados. n = 389 (111 individuos 40-59 años, 127 de 60-69 años, y 151 ≥70 años). 43% hombres. Edad 65,7 ± 11,4 años.

Diagnóstico IR según historia clínica: 1,5%. Según FG: Normal (> 90 mL/min) 34,8%, pre-IR (60-89 mL/min): 52,7%, IR moderada 11,7% (20,8% en > 70 años), IR severa 0,8%. El FG disminuye significativamente con la edad en ambos sexos (p < 0,05). Diagnóstico factores mo-

dificables: Hipertensión, hiperuricemia e hipertrofia prostática aumentan progresiva y significativamente con la disminución del FG ($p < 0,05$). No significativo para diabetes. Control factores modificables: Mal control: IR establecida: presión sistólica 54%, glicemias 30%, hiperuricemias 20%. FG pre-IR: presión sistólica 43,3%, glicemias 21,7%.

Conclusiones. El bajo registro diagnóstico en historia clínica, no refleja la alta prevalencia de IR. La disminución del FG e IR establecida se asocian a HTA, hiperuricemia e hipertrofia prostática, pero no a diabetes. Debe mejorarse el diagnóstico y progresión de IR, así como prevenir su aparición. El cálculo sistemático del FG desde laboratorio, ayudaría a identificar individuos con pre-IR.

P64 LA SEGUNDA OPORTUNIDAD PARA NUESTROS PACIENTES: ADECUACIÓN AL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV)

A. Canalejo Echeverría, V. Cañada Sutil, M.D.M. Becerra Mayor, P. Salinas Martín, G. Ocete Burgos y L. Gómez Rodríguez

Centro de Salud El Palo. Málaga. Andalucía.
Correo electrónico: martaalberto@terra.es

Objetivos. Evaluar las intervenciones de prevención secundaria sobre los factores de RCV (Diabetes Mellitus, Colesterol, Tabaquismo, etc.) en pacientes con cardiopatía isquémica (IAM y/o angor previo), según criterios del Proceso Asistencial Integrado de RCV.

Tipo de estudio. Descriptivo retrospectivo.

Ámbito del estudio. Centro de Salud.

Sujetos. Muestra aleatoria sistemática de 103 pacientes del total de los pacientes con diagnóstico previo de IAM o Angor (código CIAP-2 k 75, k 74). Nivel de confianza 95 %, precisión 90%.

Mediciones e intervenciones. Se trata de un cambio de visión de patologías aisladas a la valoración global de los pacientes como portadores de factores de RCV, que se potencian e interaccionan. Hemos incluido el área de Prevención Secundaria al ser priorizada por el proceso con gran impacto sobre la morbimortalidad. El Proceso considera los siguientes indicadores: a) los pacientes con enfermedad cardiovascular deben estar en tratamiento antiagregante; b) estos pacientes con enfermedad cardiovascular conocida deben dejar de fumar; c) los pacientes de RCV alto deben tener cifras de LDL colesterol inferior a 130 mg/dl.; y d) los pacientes diabéticos y con enfermedad cardiovascular conocida deben tener cifras de HbA1c inferior a 7.

Resultados. El 65% de los pacientes con enfermedad cardiovascular continúan en tratamiento antiagregante (I. Confianza: 55,81-74,26). No fuman o lo han dejado 14,56% (IC: 7,75-21,38). En 81,6% no consta hábito tabáquico. Presentan LDL inferior a 130 el 9,71% (IC: 3,99-15,43). De los pacientes diabéticos el 18,52% (IC: 3,86-33,17) tienen una HbA1c < de 7.

Conclusiones. Debemos mejorar las intervenciones sobre los factores de RCV en pacientes con cardiopatía isquémica.

P65 USO DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO (ITB) PARA DETERMINAR LA PREVALENCIA DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA NO DIAGNOSTICADA EN POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS Y LA ASOCIACIÓN CON OTRAS VARIABLES

M.A. Miguel Gómez, I. López Rodríguez y A.M. Martínez González

Servicio de Atención Primaria de Vivero. Vivero. Galicia.
Correo electrónico: amiguelgomez@hotmail.com

Objetivos. Conocer la prevalencia de arteriopatía periférica no diagnosticada mediante el uso del ITB.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal realizado durante el año 2005. La muestra fue obtenida al azar, el tamaño se calculó para una precisión del 5% y una seguridad del 95%. Se rechazaron todos los pacientes diagnosticados previamente de arteriopatía periférica. Para calcular el ITB se utilizó un Doppler portátil unidireccional de 8 MHz y un esfigmomanómetro de mercurio calibrado. Se consideró normal un ITB entre 1,3-0,41, de 0,9-0,41 enfermedad media moderada y entre 0,40-0,0 enfermedad severa. Las variables fueron: Edad, sexo, obesidad, hipertensión, diabetes, dislipemia, cardiopatía isquémica, tabaquismo e ITB.

Ámbito del estudio. Atención primaria.

Sujetos. 200 personas mayores de 65 años

Mediciones e intervenciones. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS.

Resultados. El 64,5% fueron mujeres y el 35,5% fueron varones. La edad media de las mujeres fue de 74,7 años y de 73,5 los varones. El 24,5% tenían un ITB patológico $\leq 0,9$ y no se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo. En el análisis multivariante de regresión logística, las variables del modelo explican el 11,5% de la arteriopatía periférica y sólo fueron significativas la cardiopatía isquémica y la diabetes.

Conclusiones. La prevalencia de arteriopatía periférica es más alta que en otros trabajos. La regresión logística demuestra que tener diabetes o cardiopatía isquémica está asociado a arteriopatía periférica protegiéndola, el diabético tiene 4 veces menos de posibilidades de estar sin diagnosticar y 3 la cardiopatía isquémica. El ITB es una técnica sencilla, de fácil manejo y nos ayuda a diagnosticar de forma precoz la arteriopatía periférica.

P66 DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA PULMONAR

L. Mateo Gallego, I. Fonoll Tassier, J. Ribó Ribalta, V. Gómez León, J. Cegoñino de Sus y O. Araújo Loperena

ABS Vila-Seca. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla. Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: jcegonino@xarxatecla.net

Objetivos. Conocer los síntomas y signos con los que se presentan los pacientes diagnosticados de tromboembolia pulmonar (TEP) en nuestra área así como los cambios electrocardiográficos detectados atribuibles a la enfermedad.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo y retrospectivo.

Ámbito del estudio. Pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital de referencia entre enero de 2002 y junio de 2004.

Sujetos. Pacientes con confirmación diagnóstica de TEP.

Mediciones e intervenciones. Revisión de la historia clínica. Recogida de datos clínicos y resultados del ECG de 12 derivaciones al ingreso. Análisis estadístico mediante programa SPSS 12 para Windows.

Resultados. Se han incluido 73 casos con una edad media de 72,10 años y un predominio del sexo masculino. Los síntomas más frecuentes fueron disnea (72,6%), dolor pleurítico (26%), edemas en EEII (23,3%), síncope (23,3%) y hemoptisis (12,3%). Los pacientes estaban taquicárdicos (frecuencia cardíaca media de 95,5 lpm) y taquipneicos (frecuencia respiratoria media de 25,4 rpm). Se constató clínica compatible con tromboembolia venosa profunda (TVP) en 10 ocasiones (13,7%). Se realizó un ECG al 93,2% de los pacientes. En 14 casos fue normal y la alteración más frecuente fue bloqueo de rama derecha (BRD) (19,2%). El patrón S1Q3T3 fue observado en 12 ocasiones (16,4%).

Conclusiones. Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la TEP son disnea, dolor pleurítico y hemoptisis. La alteración electrocardiográfica más frecuente es el BRD. Aunque no son específicas, estas alteraciones nos pueden reforzar la sospecha clínica de TEP.

P67 EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

S. Fuentes Rodríguez, J.M. Baena Díez, A. Ellacuría Torres, M. Amatller Corominas, D.K. Núñez Casillas y B. Deixens Martínez

ABS Dr. Carles Ribas-La Marina. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: jbaenad@meditex.es

Objetivos. Explorar la efectividad en condiciones reales de utilización del tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca (IC).

Tipo de estudio. Cohorte prospectiva.

Ámbito del estudio. Atención primaria.

Sujetos. 153 pacientes con IC, seguidos una mediana de 45 meses.

Mediciones e intervenciones. La variable de respuesta fue la mortalidad total. Las covariables explicativas fueron: tratamiento con IECA, ARA II, betabloqueantes, espirolactona, diuréticos del asa, diuréticos tiazídicos, nitratos, calcioantagonistas, digoxina y amiodarona. Las variables confusoras y modificadoras del efecto fueron: edad, sexo, clase funcional y fracción de eyección. Mediante regresión de Cox se calculó el hazard ratio (HR) de la variable de respuesta en función de los tratamientos estudiados, ajustando el efecto por las variables confusoras y modificadoras.

Resultados. La edad media fue de 76,0 años, con un 54,9% de mujeres. Fallecieron durante el seguimiento 22 pacientes (14,3%; IC95%: 9,6-20,7). Consumían IECA: 52,3%; ARA II: 21,6%; betabloqueantes: 40,5%; espirolactona: 17,6%; diuréticos del asa: 60,1%; diuréticos tiazídicos:

23,5%; nitratos: 30,7%; calcioantagonistas: 20,9%; digoxina: 23,5%; amiodarona: 11,1%. El HR ajustado de los tratamientos estudiados fue: IECA: 0,78 (IC95%: 0,30-2,14); ARA II: 0,82 (IC95%: 0,26-2,65); betabloqueantes: 1,01 (IC95%: 0,34-3,52); espironolactona: 0,84 (IC95%: 0,26-2,70); diuréticos del asa: 1,22 (IC95%: 0,36-4,10); diuréticos tiazídicos: 1,00 (IC95%: 0,27-3,68); nitratos: 0,96 (IC95%: 0,33-2,80); calcioantagonistas: 1,37 (IC95%: 0,30-6,32); digoxina: 0,58 (IC95%: 0,18-1,83); amiodarona: 0,39 (IC95%: 0,11-1,31).

Conclusiones. Aunque el bajo número de eventos disminuye la precisión de las estimaciones, los resultados parecen confirmar los resultados de los ensayos clínicos, aunque sorprende la ausencia de efecto de los betabloqueantes y el efecto positivo de los antiarrítmicos. Son precisos estudios con seguimientos más prolongados y mayor número de efectivos.

P68 DIABETES PRETRASPLANTE Y POSTRASPLANTE COMO PREDICTOR DE RIESGO DE EVENTO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE RIÑÓN

F. Valdés Cañedo, S. Pita Fernández, R. Seijo Bestilleiro, C. Fernández Rivera y A. Alonso Hernández

Servicio de Nefrología. Hospital Juan Canalejo. Centro de Salud de Cambre. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Hospital Juan Canalejo. A Coruña. Galicia.

Correo electrónico: sperdia@canalejo.org

Objetivos. Determinar la incidencia de eventos cardiovasculares en pacientes con trasplante renal según la presencia o no de diabetes previa y posterior al trasplante.

Tipo de estudio. Observacional de seguimiento prospectivo

Ámbito del estudio. Complejo hospitalario universitario

Sujetos. Pacientes trasplantados durante el período de estudio (n = 1580). Se analizan 1307 pacientes con seguimiento completo durante dicho período.

Mediciones e intervenciones. Durante el seguimiento se identificaron pacientes que presentaron un evento cardiovascular nuevo que incluía: ACV, cardiopatía isquémica (angor-infarto), enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca y arritmias. Así mismo se identificó la presencia de diabetes previa y posterior al trasplante renal.

Resultados. La prevalencia de diabetes pretrasplante fue del 6,5% (n = 88). Tras el trasplante se objetivó una prevalencia del 18,2% implicando un incremento de la prevalencia de diabetes en un 11,7% durante el seguimiento. Existe una asociación significativa entre la presencia de diabetes posttrasplante y el tratamiento inmunosupresor. De los que recibieron tacrolimus el 25,0% presentaban diabetes durante el seguimiento. De los que recibieron ciclosporina el 11,9% (p < 0,001). La probabilidad de evento cardiovascular tras el seguimiento fue en el primer año del 17,52%. Dicho porcentaje sube a un 30,01% a los 5 años y a un 45,82% a los 15 años. Existe una diferencia significativa entre diabéticos y no diabéticos. Ajustando por edad del receptor y presencia de diabetes (pre y posttrasplante) ambas variables tienen un efecto independiente sobre la probabilidad de eventos cardiovasculares durante el seguimiento

Conclusiones. La presencia de diabetes pre y posttrasplante junto con la edad del receptor tienen un efecto independiente para predecir la incidencia de eventos cardiovasculares en pacientes trasplantados renales.

P69 ESTUDIO DE LOS NIVELES DE HDL COLESTEROL EN NUESTROS PACIENTES.

M. Ferré Ferraté, N. Allende Muntané, P. Escoda Fuentes, A. Pi Coll, M. García Vaqué y T. Aviñó Llopis

ABS de Flix. Flix. Cataluña.

Correo electrónico: mferref.tarte.ics@gencat.net

Objetivos. Conocer niveles HDL colesterol en pacientes con factores riesgo cardiovascular (FRCV) en ABS rural y su asociación con eventos isquémicos cardiológicos y cerebrovasculares.

Tipo de estudio. Estudio transversal descriptivo.

Ámbito del estudio. Área Básica salud rural.

Sujetos. Muestreo aleatorio simple de pacientes con FRCV, antecedentes infarto agudo miocardio (IAM), accidente cerebrovascular (AVC).

Mediciones e intervenciones. Revisión historias clínicas: cifra HDL colesterol, edad, sexo, FRCV, antecedentes IAM o AVC, ejercicio físico, tratamiento farmacológico, perfil lipídico (HDL < 1,16 mmol/l = A; HDL > 1,16 mmol/l

= B), riesgo cardiovascular (RCV). Analizamos los datos con EPI.INFO, aceptando diferencias estadísticamente significativas para p < 0,05.

Resultados. Muestra de 252 sujetos: edad media 80,86 años (53,8% mujeres), media de HDL colesterol 1,49 mmol/l. De los resultados obtenidos, los que muestran diferencias significativas son: Tabaquismo (A 21,7%, B 9,7%); AVC (A 8,7%, B 4,9%); IAM (A 19,6%, B 2,4%); Ejercicio físico (A 50%, B 53,4%); Colesterol total-media (A 5,36, B 5,73); LDL Colesterol-media (A 3,5, B 3,38); Triglicéridos-media (A 1,88, B 1,51); RCV (A 14,65%, B 6,66%); Tratamiento farmacológico (A 19,6%, B 19,9%).

Conclusiones. El grupo de pacientes con cifras de HDL colesterol elevadas presentan menor prevalencia de eventos isquémicos y riesgo cardiovascular menor respecto al grupo de pacientes con cifras de HDL colesterol bajas. Los pacientes no fumadores y los que realizan ejercicio físico, tienen niveles HDL más altos; Según bibliografía revisada, el único factor que aumenta niveles de HDL colesterol es el ejercicio, lo que también queda reflejado en los resultados obtenidos.

P70 CONCORDANCIA ENTRE LAS ESCALAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR FRAMINGHAM Y SCORE. ¿COINCIDEN LOS PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR?

M. Pineda Cuenca, M.C. Ponce Cuadrado, D. Orozco Beltrán, C. Grau, E. Sarriñas Acosta y V. Mateo

Almoradí. Hospital Vega Baja. Almoradí. Comunidad Valenciana. Correo electrónico: manuelpicu@hotmail.com

Objetivos. Calcular la concordancia entre la escala de riesgo cardiovascular (RCV) clásica de Framingham y de score.

Tipo de estudio. Descriptivo, transversal análisis de concordancia.

Ámbito del estudio. Atención primaria. 3 centros de salud de un área de salud. **Sujetos.** 1.886 personas = O > 20 años representativas de un área de salud. Han sido seleccionadas al realizar un muestreo aleatorio polietápico proporcional según tipo de residencia (urbano, periurbano y rural), grupos de edad y sexo.

Mediciones e intervenciones. Se calcula el RCV según las condiciones establecidas por la tabla de predicción coronario de Framingham (F) y tabla de score para países mediterráneos. Se construye una tabla de contingencia comparándose los resultados obtenidos con Framingham y score. Se establece un punto de corte del 20% para Framingham y 5% para score (alto RCV). Se calculan los indicadores de validez: Sensibilidad (S), Especificidad (E), %Falsos positivos y %Falsos negativos. Se cuantifica la tasa de decisión clínica: probabilidad preprueba y postprueba (valor predictivo positivo y negativo). Se calcula la utilidad de la prueba (cociente de probabilidad positiva y negativa) y se calcula la concordancia (índice kappa). Se analizan los datos discordantes.

Resultados. Se obtiene: S: 58,9 (50,5-66,9); E: 96,6% (94,9-97,6), VP+: 76,1% (67-83,4), VP-: 92,6% (90,5-94,2). Índice de kappa: 0,61. Valores concordantes para alto RCV: 49,7%, valores discordantes: 50,3%. Valores de alto RCV con F y bajo con score: 69%; alto con score y bajo con F: 31%.

Conclusiones. Aunque el kappa señala un acuerdo moderado, serían más del 50% los posibles pacientes mal clasificados al aplicar una de las dos tablas y por tanto el grado de error al tomar las decisiones terapéuticas puede ser elevado.

P71 PODEMOS UTILIZAR EL PERÍMETRO ABDOMINAL (PA) EN HIPERTENSOS PARA PREDECIR RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV)?

N. López Pareja, A. Garaikoetxea Iturriria, A. Ribatallada Díez, L. Ríos Sánchez, M.T. Maudos Pérez y J.A. de la Fuente Cadenas

ABS Congrés. CAP Maragall. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 30578nlp@comb.es

Objetivos. Determinar la correlación entre perímetro abdominal y RCV calculado por Framingham y SCORE en hipertensos.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano que atiende una población de 35.000 habitantes.

Sujetos. A partir de una cohorte de hipertensos en estudio de prevalencia de síndrome metabólico, se seleccionaron 86 sujetos con edad comprendida entre 40 y 65 años. Se excluyeron aquellos con antecedentes de enfermedad cardiovascular.

Mediciones e intervenciones. Se calculó RCV según Framingham clásico y SCORE. Se analizaron variables antropométricas, bioquímicas y clínicas re-

lacionadas con riesgo cardiovascular. Se determinó el grado de correlación mediante el coeficiente de Spearman (no paramétrico) entre ellos y el PA. **Resultados.** 86 pacientes hipertensos: Mujeres 57 (66,3%). Edad media: 57,8 años (DE: 5,6). Fumadores: 12 (14%); Diabetes Mellitus 2: 24 (27,9%); Hipercolesterolemia: 29 (33,7%); PA medio según sexo: hombres 103,6 cm (DE: 9,8), mujeres 97,6 cm (DE: 13,54) ($p < 0,05$). Riesgo coronario medio (Framingham): 9,85 (DE: 5,2); Riesgo cardiovascular medio (SCORE): 2,09 (DE: 2,4). Presentaron riesgo coronario alto ($\geq 20\%$): 5 (5,8%) y RCV alto ($\geq 5\%$): 8 (9,3%). Correlación débil no significativa entre PA y riesgo coronario (Framingham): $RHO = 0,17$ (IC95%: -0,04/0,39); y, PA y RCV (SCORE): $RHO = 0,05$ (IC95%: -0,165/0,265). El PA no explica la variabilidad de ambos riesgos ($r_2 = 2,8$; $r_2 = 0,2$ respectivamente). Esta correlación no aumenta al analizarse por sexo. **Conclusiones.** No hubo una buena correlación del PA con riesgo coronario (Framingham) ni con riesgo cardiovascular (SCORE). En nuestro estudio, el perímetro abdominal por sí solo no se puede considerar un buen predictor de RCV en hipertensos.

P72 ¿CÓMO REALIZAMOS LA PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN NUESTROS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA?

E. Villamor Baliarda, A. Vives Argilagos, M. Berengué Iglesias, M. Gomariz Santacercía, Y. García Fernández y C. Rubio Ripolles

ABS Florida Nord. LHospitalet de Llobregat. Cataluña.
Correo electrónico: 22793ava@comb.es

Objetivos. 1. Evaluación de la profilaxis tromboembólica (PTE) en pacientes con fibrilación auricular crónica (FAC) en las consultas de Atención Primaria (AP). 2. Conocer el tratamiento utilizado para controlar la frecuencia cardíaca (FC) en estos pacientes.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Consultas de medicina general de un centro de salud urbano, 20.771 historias clínicas.

Sujetos. Pacientes con diagnóstico de FAC registrado en historia clínica en abril 2005 (N = 211).

Mediciones e intervenciones. Variables demográficas, factores asociados a aparición de FAC, contraindicaciones para anticoagulación oral (ACO), estratificación riesgo de embolias (según CHADS2), tipo de tratamiento (tto) para controlar FC.

Resultados. Prevalencia: 1% población > 14 a. (5,4% en > 75 a). Edad media: 77,09 \pm 8,93. Mujeres: 53,6%. Factores de riesgo asociados: HTA (62%), insuficiencia cardíaca (20,4%), cardiopatía isquémica (13,7%), valvulopatía reumática (6,2%), alcohol (2,8%), hipoxia pulmonar (7,1%), cirugía cardíaca (5,2%), hipertiroidismo (2,4%).

16,1% presentaban alguna contraindicación al tto. ACO, sobre todo hemorragia previa y riesgo de caídas.

Estratificación riesgo embolia (según CHADS2): Bajo: 57 (27%), Moderado: 107 (50,7%) y alto: 47 (22,3%).

56,4% tomaba ACO, 38% antiagregantes y 5,7% ningún tto.

Excluidos los que presentaban contraindicación para el tto ACO, no recibían una PTE adecuada el 27,8% de pacientes de riesgo alto.

Regresión logística (edad, sexo, HTA, DM, AVC previo y valvulopatía reumática). Se relacionaban con más tto

ACO: AVC previo OR: 2,7 (IC95%:1,2-6,2) y valvulopatía reumática OR: 8,5 (IC95%: 1,1-60). Los tto más usados para controlar FC han sido: 44,9% digoxina, 4% B-Bloq.,

5,1% calcioantagonistas, 5,7% amiodarona, 2,3% digox+b.Bloq.,

5,1% digox+calcioantagonistas, 6,8% digox+amiodarona i 23% ninguno.

Conclusiones. 1. En los pacientes de alto riesgo se observa un porcentaje insuficiente de tratados con ACO, que sería necesario incrementar. 2. Debería aumentar la utilización de los b-bloqueantes y calcioantagonistas para controlar la FC, según recomendaciones actuales.

P73 SITUACIÓN DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS IAM EN UN CENTRO DE SALUD

S. Garriga Sintés, G. Llopis Sanchis, C. Picornell Yanes y C. Truyols Fluxa

C.S. Coll d'en Rebassa. Palma de Mallorca. Illes Balears.
Correo electrónico: cpicornell@hotmail.com

Objetivos. Determinar el grado de control de los factores de riesgo en el primer año post-infarto y revisar si tienen pautado el tratamiento recomendado en prevención secundaria.

Tipo de estudio. Transversal.

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano con una población de 24.000 habitantes.

Sujetos. Pacientes sin límite de edad con diagnóstico o antecedente de infarto en los últimos 5 años.

Mediciones e intervenciones. Revisión de historias clínicas con recogida de las siguientes variables: factores de riesgo cardiovascular, tratamiento prescrito, tensión, LDL, hemoglobina glicosilada e IMC al año y consejo antitabáquico, dietético y de ejercicio.

Resultados. Se incluyeron el total de pacientes con IAM (n: 60, de los 80 esperados según el estudio IBERICA), de los cuales 75% eran hombres con una media de edad de 67,23 años. El 55% sufrían hipertensión, el 32% eran diabéticos, el 56,7% dislipémicos, el 31,6% obesos, el 8'3% sedentarios, el 16,7% tenían antecedentes familiares de cardiopatía isquémica y el 25% eran fumadores. El 86% recibían antiagregantes, el 64% recibían betabloqueantes, el 44% IECAs, el 70% recibían estatinas y el 12% anticoagulantes. Al año el 8% había dejado de fumar, el 46% tenía la tensión controlada, el 12% tenía niveles de LDL < 100, el 10% de los diabéticos tenía hemoglobina glicosilada < 7 y el 4% el IMC < 25. Se realizó consejo dietético al 36%, de ejercicio al 22% y antitabáquico al 12%.

Conclusiones. Existe un mal control de todos los factores de riesgo, una falta de tratamiento preventivo y un deficiente registro de los factores de riesgo, así como de los consejos sobre estilos de vida saludables.

P74 CALIDAD Y VARIABILIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

L. Alemany Vilches, J.M. Elorza Ricart, N. Esgueva de Haro, J.M. Verdú Rotellar, N. Moreno Millán y S. Romea Lecumberri

Àmbit Atenció Primària Barcelona Ciutat. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: l_alemany@hotmail.com

Objetivos. Evaluar la calidad del diagnóstico de la insuficiencia cardíaca (IC) y su variabilidad en 5 equipos de atención primaria (EAPs).

Tipo de estudio. Estudio de cohortes retrospectivo.

Ámbito del estudio. 5 EAPs, plenamente informatizados.

Sujetos. Pacientes vivos a finales de 2004, con registro de IC en cualquier campo de su historia clínica informatizada.

Mediciones e intervenciones. La información necesaria (variables demográficas, clínicas y pruebas complementarias) se obtuvo a partir de la historia clínica informatizada y en papel. Para la clasificación del diagnóstico se siguieron los criterios de la European Society of Cardiology.

Resultados. Se identificaron un total de 1299 pacientes con IC. En el 44% constaba el registro de la IC como problema de salud. La prevalencia en población asignada mayor de 14 años fue del 0,59% (IC 95%: 0,55-0,64).

Un total de 269 diagnósticos fueron considerados correctos (20,7%), existiendo diferencias según EAP (52,6%, 43,0%, 10,7%, 9,0% y 3,8%). El 72,6% de los diagnósticos fueron no valorables y 6,7% incorrectos. Las razones que imposibilitaron la valoración del diagnóstico fueron: falta de registro de ecografía en la historia clínica (84,3%), existencia de ecografía siendo ésta no valorable por falta de registro del resultado o resultado parcial (12,4%) y constancia de ecografía concluyente pero sin clínica reflejada en la historia clínica (3,2%).

Conclusiones. La calidad en el diagnóstico de la IC es baja, existiendo gran variabilidad según equipos. Una de las principales razones de ello es la falta de registro en la historia clínica.

P75 ESTUDIO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN EL PACIENTE ANCIANO

P. Martínez Espada, P. Vega, J.L. Díaz Díaz y O. Jares

Hospital Abente Y Lago. La Coruña. Galicia.
Correo electrónico: paulamespada@yahoo.es

Objetivos. Estudio de características epidemiológicas, clínicas y de evolución de pacientes que ingresan por Enfermedad Cerebrovascular.

Tipo de estudio. Prospectivo descriptivo.

Ámbito del estudio. Unidad de Medicina Interna.

Sujetos. 710 Pacientes ingresados durante 3 meses, presentando 30 casos de ACV.

Mediciones e intervenciones. Consideramos: edad; sexo; tipo de ACV; enf. cardiovascular, fibrilación auricular o cardiopatía embolígena previas; factores de riesgo cardiovascular y cumplimiento de objetivos según ADA,

ATP-III y OMS; estudio de ateromatosis carotídea y cardiopatía embolígena y evolución clínica.

Resultados. De los 710 pacientes ingresados ha habido 30 casos de ACV (4% del total; 60% hombres y 40% mujeres), con edad media de 75 años. Tipo de ACV: 77% Trombótico; 13% Embólico (10% FA/3% C. Embolígena); 10% hemorrágico. Enf. cardiovascular previa (50%): C. Isquémica 17%; ACV previo 33% y arteriopatía periférica 7%. Correctamente antiagregados/anticoagulados: 80%. Factores de riesgo cardiovascular clásicos (80%): con 1 FRCV (38%), con 2 FRCV (46%) ó 3 FRCV (16%). HTA: 70%. Cumplen objetivos: en cifras 57%; tratamiento con fármacos 95%; dieta 42% y ejercicio físico no evaluado por limitación funcional por edad. HTA de nuevo diagnóstico: 10%. Diabetes mellitus: 33% (tipo 2). Cumplen objetivos de HbA1c: 10%. Prevención: 1ª (20%) y 2ª (30%). DM de nuevo diagnóstico: 3%. Dislipemia: 40%. Cumplen objetivos LDL: 67%. Dislipemia de nuevo diagnóstico 7%. Aterosclerosis carotídea: 72% (sin estenosis significativa). Cardiopatía embolígena: 7% nuevo diagnóstico. **Conclusiones.** 1. Tipo clínico más frecuente es ACV Trombótico (77%). Presentaron ACV previos un 33%. 2. Fueron exitos un 27%, principalmente con HTA (75%) y ACV previo (75%). 3. Presentaron Factores de riesgo cardiovascular clásicos en 80%, siendo HTA el principal. 4. Cumplimiento de objetivos sobre dichos factores según recomendaciones de ADA, ATP-III y OMS: 67% cifras LDL; 57% cifras HTA y sólo 10% en niveles HbA1c. 5. Necesario mejora en diagnóstico de Arteriopatía periférica.

P76 EVENTOS CORONARIOS EN UN CENTRO DE SALUD. ¿CÓMO TENÍAMOS CONTROLADOS A ESTOS PACIENTES?

A. Guarach Ibañez, A. Benavides Ruiz, J. Ortiz Molina, S. Canivell Fueté, G.A. Pacheco Navas y J. Mitjavila López

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: jortiz@clinic.ub.es

Objetivos. Valorar los factores de riesgo cardiovascular (RCV) previos al evento en pacientes que sufren un angor y/o infarto de miocardio (ANGOR/IAM), y relacionar dichos factores con la mortalidad detectada.

Tipo de estudio. Estudio retrospectivo descriptivo.

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano.

Sujetos. Pacientes diagnosticados de ANGOR/IAM desde enero de 2000 a abril de 2005.

Medicaciones e intervenciones. Se valoró edad, sexo, control de la presión arterial, RCV por tabla de Framingham en el momento de detección de factores de riesgo cardiovascular, utilización de estatinas y las muertes relacionadas con el ANGOR/IAM.

Resultados. Se detectaron 171 pacientes con diagnóstico de ANGOR/IAM (Total 22.064 pacientes atendidos; 8 ANGOR/IAM x 1.000), mayoritariamente fueron hombres (68,4%; $p < 0,001$). La media de edad de aparición del evento fue de 69,3 años (DE: 12,3), aunque en los hombres fue significativamente inferior que en las mujeres (66,5 vs 75,3 años; $p < 0,001$). El 46,2% de los pacientes tenía el RCV calculado. De estos, el 49,4% era inferior a 20. Un 27,6% tomaban estatinas y no se produjo ninguna muerte entre estos pacientes ($p = 0,043$). No se detectaron otras diferencias significativas entre los pacientes que fallecieron y los supervivientes. La mortalidad por ANGOR/IAM fue del 8,2% (14 defunciones).

Conclusiones. Al igual que en otros estudios, se detectó una mayor edad en las mujeres con ANGOR/IAM. Ni la edad, ni el control de la presión arterial, ni el valor del RCV se asoció a una mayor mortalidad. Ningún paciente tratado con estatinas murió como consecuencia del evento, aunque se deberían analizar nuevos casos para asegurar la validez de estos resultados.

P77 RELACIÓN ENTRE EL ESTÁNDAR DE CALIDAD EN FARMACIA Y EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES (FRCV)

P. Llobet Azpitarte, M.T. García Vidal, J. Bladé Creixenti, J.L. Piñol Moreso, C. Valladosera Moreno y J. Basora Gallisá

ABS Sap Reus-Altebrat-Terres de L'Ebre. Provincia Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: plobet.tarte.ics@gencat.net

Objetivos. Evaluar la asociación entre el cumplimiento del estándar de calidad en farmacia y el control de los FRCV

Tipo de estudio. Estudio transversal.

Ámbito del estudio. 30 Centros de Atención Primaria (CAP) de una provincia.

Sujetos. Muestreo aleatorio de 100 historias por centro. (3.000 historias). **Medicaciones e intervenciones.** Fármacos recomendados en ECF del Institut Català de la Salut y basados en la evidencia (hidroclorotiacida, amiloride, atenolol, bisoprolol, enalapril, lisinopril, captopril, losartan, simvastatina, fluvastatina, pravastatina, metformina, glibenclamida, glicazida). Tensión Arterial (TA), Diabetes Mellitus (DM), Dislipemia (DLP). Criterios de buen control: TA $< 140/90$; HbA1c $\leq 6,5$; colesterol total ≤ 200 mg/dl.

Análisis estadístico. Anova de un factor. t de Student

Resultados. Entre los pacientes con buen control HTA, el porcentaje de fármacos recomendados era de un $66,4 \pm 11,1$, frente a un $66,7 \pm 10$ entre los pacientes con mal control ($p = 0,8$). Entre los pacientes con buen control dislipemia, el porcentaje de fármacos recomendados era del $63,2 \pm 15,3$, frente a un $62,8 \pm 15,9$ entre los pacientes con mal control ($p = 0,86$). Entre los pacientes con buen control DM, el porcentaje de fármacos recomendados era del 62,7, frente al $71,3 \pm 3,6$ entre los mal controlados ($p = 0,6$).

Conclusiones. No existe relación entre un mejor cumplimiento del pacto de prescripción en farmacia y el control de los FRCV. En la inclusión de fármacos dentro del pacto de prescripción, podrían influir otros factores además de los estrictamente basados en la evidencia.

P78 PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LA POBLACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD

J. Bóveda Fontán y J. de la Fuente Aguado

SAP Pintor Colmeiro. Vigo. Galicia.
Correo electrónico: jbovedaf@medynet.com

Objetivos. Conocer el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y uso de fármacos cardioprotectores en pacientes con cardiopatía isquémica de un Centro de Salud.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo, transversal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica con historia clínica en el centro de salud.

Variables. Edad, sexo, peso, talla, hábito tabáquico, diagnóstico, diabetes mellitus, presión arterial, perfil lipídico, fármacos utilizados.

Resultados. 209 pacientes (1% de la población mayor de 14 años). Varones 64,1%, mujeres 35,9%. Edad media $70,3 \pm 10,54$ (varones $67,8 \pm 10,4$; mujeres $74,4 \pm 9,5$; $p < 0,001$).

Diagnóstico. 45% infarto, 50,2% angina, 4,8% no consta. Existe diferencia significativa a favor de varones en infarto ($p = 0,001$). 88% tienen sobrepeso u obesidad, siendo la obesidad más frecuente en mujeres: 45,7% frente a 27,9% ($p < 0,02$). 23,9% son diabéticos. El 43,5% tiene buen control de presión arterial, sin diferencias significativas por sexos. El 27,3% no tiene tomas de presión arterial en el último año. Alcanzan objetivo de colesterol total el 45%, de LDL colesterol el 17,2% y de triglicéridos el 56,9%. En ningún caso existe diferencia significativa entre sexos. Ningún paciente tiene todos los factores de riesgo controlados. Fármacos: antiagregantes 74,2%, hipolipemiantes 61,2% (estatinas 58,4%), betabloqueantes 35,4%, IECA/ARAII 52,2%.

Conclusiones. 1. El control de FRCV en pacientes con cardiopatía isquémica en la población estudiada es deficiente. 2. Los parámetros peor controlados son: obesidad, presión arterial y LDL colesterol. 3. El uso de fármacos de probada eficacia en prevención secundaria es bajo.

P79 RESPETAMOS LA INSUFICIENCIA RENAL COMO CONTRAINDICACIÓN PARA EL TRATAMIENTO HIPOGLICEMIANTE EN LA DIABETES TIPO 2?

M. Pie Oncins, F.J. Cos Claramunt, M. Domínguez Tarragona, M. Simo Piñol, T. Carrera y M. Fernández

ABS Sant Martí. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: xsantiv@comg.es

Objetivos. Conocer la adecuación del tratamiento hipoglucemiante en pacientes con insuficiencia renal y diabetes tipo 2 en dos Centros de Salud.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano.

Sujetos. N = 201.

Medicaciones e intervenciones. Estudio descriptivo transversal en diabéticos con creatinina alterada ($> 1,1$ mg/dl en mujeres y $> 1,2$ mg/dl en varones) en 2004, pertenecientes a Centros Salud urbanos (n = 201). Variables:

edad, sexo, peso, talla, IMC, creatinina, clearance de creatinina (CC) según fórmula Cockcroft-Gault y tratamiento antidiabético posterior a la analítica. Criterios adecuación: metformina y glibenclámid a no indicados cuando CC < 60 o creatinina alterada. Glicazida y glimepirida si CC < 25 o creatinina alterada.

Resultados. Revisamos 201 casos: 50,7% mujeres, edad 74,6 ± 9,7 años. Creatinina 1,4 mg/dl ± 0,4 El CC fue < 60 en 52,4% de casos. El 31,8% tomaban metformina, 12,2% glibenclámid a, y 29,7% insulina. Los tratados con metformina eran más jóvenes (71,4 ± 8,7 años vs 76,1 ± 8,5 años; p = 0,002) y tenían mayor IMC (32 ± 0,6 frente a 29 ± 0,5; p = 0,01). El 30,5% (IC95%: 22,6% a 38,5%) tenían prescrito un fármaco no adecuado según valor de CC, principalmente metformina y glibenclámid a (72,5% y 32,5% respectivamente).

Conclusiones. En un tercio de los casos el tratamiento hipoglicemiente no es adecuado en pacientes con insuficiencia renal y diabetes. La metformina es el fármaco contraindicado más utilizado. La insuficiencia renal y CC debería considerarse antes de prescribir antidiabéticos orales.

P80 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: ELECCIÓN DE MÉTODO DIAGNOSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Jurado Valenzuela, I. Rozas Gómez, M.T. Marín Becerra, L. Hortal Muñoz, D. Lora Pablos y A. Gómez de la Cámara

CS General Ricardos. Área XI; CS Parque de Europa. Área X; unidad de Investigación Hospital 12 de Octubre. Madrid. Madrid.
Correo electrónico: cjuva@mi.madridtel.es

Objetivos. Estimar la prevalencia de Insuficiencia renal crónica (IRC) en hipertensos. Valorar diferentes métodos diagnósticos: creatinina sérica, aclaramiento de creatinina por fórmula Cockcroft-Gault (Acl-FCG) y porcentaje de pacientes diagnosticados de IRC en historia clínica (H²C^a). Determinar las variables asociadas a IRC diagnosticada.

Tipo de estudio. Estudio transversal descriptivo.

Ámbito del estudio. Dos EAP urbanos.

Sujetos. Muestra aleatoria de 1352 hipertensos en tratamiento

Mediciones e intervenciones. Edad, sexo, IMC, TA, uricemia, microalbuminuria, natremia, caliemia, creatinina, Acl-FCG. Diagnóstico de IRC en H²C^a, diabetes, hipertrofia ventrículo izquierdo (HVI). Se considera IRC creatinina > 1,5 en hombres y 1,4 en mujeres o Acl-FCG < 60 ml/min. Control adecuado de TA < / = 140/90 ó < / = 130/80 en diabéticos e IRC (JNC VII)

Resultados. Edad 70,96 ± 10,27; mujeres 64,87%; 46,81% con TA controlada; creatinina 1,055 ± 0,279; uricemia 6,050 ± 2,50; microalbuminuria 22,43 ± 88,54; natremia 140,21 ± 4,85; caliemia 4,43 ± 1,42; Acl-FCG 87,06 ± 13,48; diabéticos 22,51%; HVI 11,19%. 7,93% se recogía diagnóstico de IRC H²C^a; 5,57% creatinina en rango de IRC; 32,98% Acl-FCG en rango de IRC. Del total, 28,32% cumplían criterios por algún método; 149 (11%) no registraban creatinina, 327 (24%) no se podía calcular el Acl-FCG. Asociación entre IRC y edad IC 95% [1,107-2,513], IMC IC 95% [0,76-0,88], microalbuminuria IC 95% [1,00-1,01], hiperuricemia IC 95% [1,09-1,65] e HVI IC 95% [1,45-9,55]. Pobre grado de acuerdo entre métodos diagnósticos (Kappa1 0,20 [0,16-0,26], Kappa 2 0,18 [0,14-0,23]).

Conclusiones. Diferente prevalencia de IRC según el método diagnóstico con pobre concordancia entre ellos. Infradiagnóstico de IRC por cifras de creatinina. Recogida insuficiente de datos en las historias. Asociación directa entre la IRC y la edad, microalbuminuria, hiperuricemia, e HVI e inversa con IMC.

P81 LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL NO ES SUFICIENTE PARA CONTROLAR A LOS PACIENTES DISLIPIDÉMICOS

C. Sainz Ruiz, D. Fierro González, B. González Fernández, T. Rozada Camacho, M.J. Suárez Fernández y F.J. García-Norro Herreros

Centro de Salud Condesa. León. Castilla y León.
Correo electrónico: norro@ya.com

Objetivos. Conocer variaciones en la proporción de pacientes dislipidémicos bien controlados entre 1999-2003 según actividades desarrolladas en práctica clínica habitual, sin protocolos específicos.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo, transversal, comparativo en doble corte: años 1999-2003.

Ámbito del estudio. ZBS urbana.

Sujetos. Muestreo aleatorio sistemático representativo de Historias Clínicas con diagnósticos de Dislipidemia.

Mediciones e intervenciones. Análisis de datos demográficos, niveles lipídicos, factores de riesgo, patología cardiovascular e hipolipemiantes.

Resultados. 250 pacientes: 162 mujeres (64,8%), edades: 28-84 años (media 64,57 años, DS: 10,9). Colesterol total (CT) medio: 1999: 251,8 mg/dl (DS 39,8); 2003: 218,4 mg/dl (DS 40,1): p < 0,0001. cLDL medio: 1999: 169,2 mg/dl (DS 36,9); 2003: 131,6 mg/dl (DS 36,52) p < 0,0001.

1999: 73% pacientes en prevención secundaria (PS) y 60% en prevención primaria (PP) tratados farmacológicamente. 2003: 85% en PS y 77% en PP. 1999: de 44 pacientes en PS, bien controlados 9% (CT < 175) 2003: de 54 pacientes en PS, bien controlados 27,8%. (cLDL < 100-CT < 175). 1999: 31,6% con bajo riesgo, en PP, bien controlados (cLDL < 160 mg/dl) frente a 72% en 2003. 1999: 9,6% con alto riesgo, en PP, bien controlados (cLDL < 130) frente a 41,4% en 2003.

Conclusiones. Ha disminuido el CT y cLDL entre 1999-2003. Ha aumentado el porcentaje de pacientes con hipolipemiantes en los dos grupos (PP y PS), a pesar de ello, el grado de control en PS (27,8%) y PP en pacientes de alto riesgo (41,4%) es bajo, lejos de lograr objetivos óptimos. Es evidente la necesidad de incorporar a la práctica clínica habitual formas diferentes de abordar esta problemática.

P82 PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL EN UN CENTRO DE SALUD

A. López Laguna, S. de Jaén Gil, A. Robledo Sánchez-Guerrero, E. Barrera Linares, L. del Río Martín y R. Sánchez González

CS San Blas. Parla. Madrid.
Correo electrónico: rsanchez.gapm10@salud.madrid.org

Objetivos. Estimar la prevalencia de ansiedad y/o depresión en pacientes con anticoagulación oral (ACO) de nuestro centro.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Todos los pacientes usuarios de ACO de nuestro centro.

Mediciones e intervenciones. Diagnóstico previo de ansiedad y/o depresión. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) para estimar la presencia de ansiedad y/o depresión en los pacientes sin diagnóstico previo. También se recogieron datos sociodemográficos, motivos de ACO, INR, psicofármacos utilizados y enfermedades crónicas concomitantes.

Resultados. 166 pacientes con ACO. El 53,6% (n = 89) son hombres. Edad media = 67 ± 14,3 años. Tiempo de ACO = 4,2 ± 3,9 años. La causa de ACO más frecuente es la fibrilación auricular (59,6%). El 66,9% (n = 111) de los pacientes estuvieron dentro del rango terapéutico establecido. Diagnóstico previo de ansiedad en 9,6% y de depresión en 12%. Tras la aplicación de la EADG la prevalencia estimada de ansiedad es del 41% y la de depresión el 63,6%. La prevalencia estimada de ansiedad es significativamente mayor en mujeres que en hombres (54,4% vs 29,2%, p = 0,001). No hemos encontrado diferencias significativas al analizar ansiedad o depresión en función del resto de las variables estudiadas.

Conclusiones. Las prevalencias estimadas de ansiedad y depresión en los pacientes con ACO de nuestro centro son muy elevadas, siendo sustancialmente superiores a las descritas en estudios similares. Existe un posible infradiagnóstico de estos trastornos entre nuestros pacientes con ACO. Parece necesario profundizar en el estudio de los trastornos afectivos en estos pacientes, que podrían constituir un grupo de riesgo para el desarrollo de estas patologías.

P83 APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA A LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ADOLESCENTES, MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ-28)

D. Carpio Pinedo, G. Mora Navarro, M.J. Suárez Mochales, L. Camargo Donaire, A. Orozco Sanmartín y J.A. Palacios Castaño

EAP Federica Montseny. Csm Villa de Vallecas. Madrid. Madrid.
Correo electrónico: gusmora@ya.com

Objetivos. Conocer la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos (TP) en una población de adolescentes de 14 a 18 años, mediante el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28).

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Equipo de Atención Primaria urbano.

Sujetos. Muestra de 200 adolescentes entre 14 y 18 años obtenida por muestreo sistemático del total de 1.118. Se excluyen adolescentes con limitaciones para autocumplimentar el cuestionario.

Mediciones e intervenciones. Se captó a los adolescentes de la muestra durante la campaña de vacunación de meningitis C (noviembre-diciembre 2004). Se recogieron las variables: puntuación total del cuestionario (posible caso de TP si ≥ 7 del total de 28 ítems) y parcial de sus cuatro subescalas (síntomas somáticos, angustia/ansiedad, disfunción social y depresión), motivo de exclusión, edad, sexo, nivel de estudios del adolescente y sus padres, número de convivientes y ocupación de los padres.

Resultados. De los 200, se contacta con 129 adolescentes (64,5%), rechazan participar 16 y se excluyen 5. Responden al cuestionario 108 (54,0%), edad media 15,4 años (IC 95% 14,2-16,6), 42,6% mujeres. El 16,6% puntúan ≥ 7 ; en ellos la mediana de la puntuación global del test es 9 y de las subescalas (puntuación de 0 a 7): 2 síntomas somáticos, 4 angustia/ansiedad, 2 disfunción social, 2 depresión.

Conclusiones. La probabilidad de padecer TP en nuestra población adolescente es similar a la de otras poblaciones. Se observa una mayor puntuación en la subescala angustia/ansiedad. Dado que los TP no son un motivo explícito de consulta en adolescentes, el GHQ-28 podría ser útil para detectar posibles casos.

P84 CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS Y BENZODIACEPINAS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO DE UN ÁREA SANITARIA DE GALICIA

M.T. Mesías González, E. Vidal Marcote y M. Debén Sánchez

Centro de Salud de Caranza (Ferrol). Ferrol. Galicia.
Correo electrónico: maitemesias@yahoo.es

Objetivos. Conocer la prevalencia del consumo de antidepresivos y benzodiacepinas en el ámbito de un centro de salud urbano, conocer el perfil socio-demográfico básico del consumidor y las características fundamentales del consumo.

Tipo de estudio. Estudio observacional transversal.

Ámbito del estudio. Centro de Salud urbano.

Sujetos. Del total de 10.552 pacientes mayores de 14 años se seleccionó una muestra aleatoria de 369 pacientes estratificada por consultas proporcional a su tamaño, suficiente para una confianza del 95% y una precisión del 5%.

Mediciones e intervenciones. Se estudió la edad de los pacientes, sexo, clase de fármaco/s, presencia de patología asociada en la historia clínica, presencia del motivo de la prescripción, origen de la prescripción y tiempo de consumo. El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 11.0.

Resultados. La prevalencia de consumo de al menos un tipo de estos fármacos fue del 16,8% en el momento de realizar el estudio. Destaca el consumo de benzodiacepinas de vida media corta (80,6% del total), con tiempos de consumo cortos (en 88,7% el tiempo de consumo era inferior o igual a 6 meses), especialmente en pacientes con patología crónica asociada. Un 71% de los antidepresivos utilizados corresponde a los grupos farmacológicos más recientes. Se analizan los resultados y se comparan con los datos de prescripción disponibles del área durante el último año y los datos aparecidos en la bibliografía.

Conclusiones. Se constata un alto consumo de este tipo de fármacos en nuestro ámbito, de acuerdo con estudios realizados en nuestro país. Es necesaria la puesta en marcha de medidas encaminadas a la mejora en su utilización.

P85 VALORACIÓN DEL PLAN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL GRAVE DE NAVARRA: UN ESTUDIO DELPHI

A. Brugos Larumbe, M.V. Astrain Azparren, B. Arbeloa García, C. Monreal, M. Otero Larrea y C. Rubio

Centro de Salud Villava (consultorio Arre). Arre. Navarra.
Correo electrónico: abrugosl@cfnavarra.es

Objetivos. 1. Conocer la opinión de personas expertas acerca del Plan Social para los Enfermos Mentales Graves (EMG) aprobado en enero 2005 por el Gobierno de Navarra. 2. Identificar los elementos de acuerdo de los expertos en la valoración de aspectos positivos y aspectos mejorables. 3. Realizar recomendaciones a partir de la opinión de expertos.

Tipo de estudio. Estudio Delphi.

Ámbito del estudio. Comunitario, social y sanitario.

Sujetos. 35 expertos en la atención social o sanitaria de EMG.

Mediciones e intervenciones. Mediante cuestionarios repetidos se identificaron las ideas que alcanzaban un consenso $\geq 90\%$, y se asignó un nivel de prioridad. Mostramos porcentajes de acuerdo, estadísticos descriptivos de la prioridad (media, desviación estándar, mediana, cuartil 25 y cuartil 50). De análisis de las áreas de consenso se elaboraron las recomendaciones.

Resultados. Finalizaron el estudio 25 expertos (71,4%): 1 socióloga, 5 trabajadoras sociales, 3 psiquiatras, 5 psicólogos, 1 representante familiares, 3 terapeutas ocupacionales, 1 técnico en integración social, 6 médicos de familia. 64% valoran positivamente el Plan y 72% opinan que se ha elaborado sin participación. Todos piensan que podría mejorarse si se amplía la participación de expertos. Principales ideas consensuadas: la atención socio-sanitaria debe garantizarse por los poderes públicos; se deben establecer buenos sistemas de información y de evaluación; el Plan debe tener presupuesto propio; debe garantizar el seguimiento profesional del paciente por los diferentes dispositivos; se deben descentralizar muchas tomas de decisiones; se debe universalizar el acceso a un catálogo de prestaciones sociales para estos enfermos.

Conclusiones. El Plan Social de Enfermos Mentales Graves debe mejorarse.

P86 PERFIL DE PERSONALIDAD EN MUJERES FIBROMIALGICAS

M.J. García Palma, A. Delgado Rodríguez, E. Pita Calandre, F.J. Hidalgo Tallón, I. Aguilar Cruz y P.A. Rivas del Valle

CS Salvador Caballero. Hospital Clínico San Cecilio (Granada). Instituto de Neurociencias Universidad de Granada. Granada. Andalucía.
Correo electrónico: mjgarcia_99@hotmail.com

Objetivos. Describir el perfil de personalidad que presentan las mujeres diagnosticadas de fibromialgia que acuden a consulta de atención primaria.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Atención primaria.

Sujetos. 20 mujeres diagnosticadas previamente por el Servicio de Reumatología de fibromialgia y que son pacientes de las distintas consultas de atención primaria de un Centro de Salud Urbano.

Mediciones e intervenciones. Se recogen mediante las historias clínicas informatizadas del centro, los datos identificativos de las mujeres diagnosticadas de fibromialgia. Mediante un primer contacto telefónico se les explica el estudio y se pregunta si aceptan a participar en él, en caso afirmativo, se les cita para una consulta programada donde se les pasa el test de personalidad clínico de Millón.

Resultados. De las 23 pacientes diagnosticadas de fibromialgia, 3 de ellas no aceptaron participar en el estudio. Tienen una edad media de 45,6 años. Según los resultados que arroja este test de personalidad, un 65,2% presentan rasgos de personalidad histeriforme, el 56,52% rasgos ansiosos-compulsivos, un 34,78% tienen sintomatología esquizoide y un 26,08% de los casos presentan síntomas paranoicos y depresivos. Aparecen síntomas de depresión mayor en el 8,69% de ellas. Han presentado pensamientos psicóticos un 21,73% del total de enfermos consultados y delirios psicóticos en un 17,39% de los casos.

Conclusiones. El desconocimiento sobre la etiopatogenia de la fibromialgia imposibilita tener un tratamiento totalmente efectivo. Desde nuestro punto de vista, es igual de importante tratar el dolor que la patología psiquiátrica, que como muestra los resultados de nuestro estudio, está claramente presente.

P87 VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA VALORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS.

F. Escobar Rabadán, M.E. Carrión Ruiz, J.A. Navarro Fernández, H. Soriano Fernández, R. Escrivá Quijada y A.B. Moreno Gabaldón

Centro de Salud Universitario Zona IV. Albacete. Castilla-La Mancha.
Correo electrónico: fjescobarr@sescam.jccm.es

Objetivos. Validar un cuestionario diseñado para conocer el cumplimiento del tratamiento con fármacos antidepresivos.

Tipo de estudio. Estudio de evaluación de pruebas diagnósticas.

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano.

Sujetos. Pacientes a los que se indicó tratamiento antidepresivo, y que aceptaron volver a una visita de seguimiento.

Mediciones e intervenciones. Se citaron aproximadamente en 3 semanas, pidiéndoles que trajeran los envases, para contar las pastillas. Como "patrón oro" de cumplimiento calculamos la proporción de pastillas tomadas

con relación a las indicadas (buen cumplimiento: 80-110%). Un investigador "ciego" respecto al recuento pasó un cuestionario que incluía una pregunta sobre autovaloración del cumplimiento y las cuatro correspondientes al test de Morisky.

Resultados. Aceptaron participar en el estudio 65 pacientes (51 mujeres), con una media de edad de 53,7 años (DE: 17,7; rango: 21-86), a los que se prescribió mayoritariamente inhibidores de la recaptación de la serotonina. Acudieron a la visita de seguimiento con las cajas de la medicación 48 pacientes; 47 contestaron el cuestionario. Presentaron un buen cumplimiento el 66% de estos pacientes. Un 85,1% consideraban no tener dificultades para seguir su tratamiento, y un 55,3% daban respuestas que acreditaban cumplimiento en las 4 preguntas del Morisky. El cuestionario en conjunto ha mostrado muy baja consistencia interna (alfa de Cronbach: 0,25). Los valores de sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo eran respectivamente: 0,75, 0,61, 0,50 y 0,83 (IC 95%: 0,47-0,92, 0,42-0,78, 0,30-0,70, 0,60-0,94).

Conclusiones. El cuestionario se ha mostrado escasamente fiable, y con una muy limitada validez para la determinación del cumplimiento del tratamiento antidepressivo.

P88 PREVALENCIA DE ALTERACIONES AFECTIVAS Y FATIGA EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO.

O. Esteso Hontoria, A. Garrido Diaz, M. Álvarez Luy, C. Rambla Vidal, A. Vila Corcoles y J. Company Pamies

ABS Valls Urbà. Valls. Cataluña.
Correo electrónico: llpamies@tinnet.org

Objetivos. Comparar las diferencias entre individuos diagnosticados de fibromialgia (FM), dolor crónico (DC) y depresión/ansiedad (DA), respecto a una escala de depresión, ansiedad y fatiga.

Tipo de estudio. Descriptivo observacional trasversal.

Ámbito del estudio. Atención primaria

Sujetos. Muestra de pacientes diagnosticados de FM, DC y DA de 5 equipos de una ABS urbana.

Mediciones e intervenciones. Cuestionario administrado por entrevistador, valorando mediante escala de Goldberg, puntuación de ansiedad y depresión (positiva para depresión si mayor de 2 y para ansiedad si mayor de 4 puntos). Se utiliza la escala descriptiva de fatiga, (positiva a partir de 17 puntos) y la de intensidad de esta (escala cuantitativa con un máximo de 63 puntos). **Resultados.** 91 sujetos, 79,1% mujeres, edad media 50,9 años (DE: 12,9). La subescala de depresión positiva en 96,8% de FM, 84,8% de DC y 96,3% de DA. Subescala de ansiedad positiva: 87,1% de FM, 81,8% de DC y 81,5 de DA, sin d.s. entre los tres grupos en ninguna de las dos. La escala descriptiva de fatiga positiva en: 13% de FM y 1,7% de los otros 2 grupos ($p = 0,04$). La media de puntuación de fatiga: 49,8 (DE 14,7) en FM, 33,3 (DE 20,1) en DC y 34,4 (DE 18,7) en DA ($p = 0,001$).

Conclusiones. Los pacientes con FM y DC presentan niveles de afectación emocional comparables a los pacientes diagnosticados de depresión/ansiedad. La fatiga, en cambio si parece ser más específica de la fibromialgia, la presentan en mayor proporción y con valores más altos que los otros dos grupos estudiados.

P89 EN EL ÁMBITO RURAL, ¿PRESENTAMOS EL SÍNDROME DE BURNOUT?

M. Boira Costa, T. Aviñó Llopis, M. Garcia Vaqué, P. Escoda Fuentes, M. Ferré Ferraté y A. Pi Coll

ABS Flix. Flix. Cataluña.
Correo electrónico: miboira@yahoo.es

Objetivos. Conocer prevalencia y grado desgaste profesional entre todos trabajadores Centro de Atención Primaria (CAP) y variables que influyen en ello.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo trasversal.

Ámbito del estudio. Área Básica rural que atiende 9217 usuarios (8 pueblos).

Sujetos. Todos trabajadores CAP (médicos, enfermería, administrativos, auxiliar de clínica, comadrona, celador).

Mediciones e intervenciones. Cuestionario autoadministrado de la Escala Maslach Burnout Inventory (MBY) con 22 ítems y recogida variables: sexo, carga familiar (hijos, hijos + otro), itinerario casa-trabajo (Km), categoría profesional, años trabajados, guardias, turno, MBY (3 subescalas:

agotamiento emocional (AE), Despersonalización (DP), logros personales (LP). Consideramos *Burnout* AE y DP alto y LP bajo.

Resultados. $N = 27,77.7\%$ (21) respondieron cuestionario (médicos 90% (9), enfermería 87,5% (7), administrativos 66,6% (2), celadores 100 (3)). 61,9% son mujeres, 42,9% entre 25-36 años. 31,8% (8) lleva < 12 años trabajados, 23,8% (5) > 20 años trabajados. 81,7% (17) realizan guardias. Turno mañana 66,7% (17). 66,6% con hijos. Itinerario casa-trabajo < 28 km 52,4%. 33,6% < 56 km. Resultados MBY: EA (47,6% bajo, 28,6% alto), DP (52,4% bajo, 23,8% alto), LP (47% bajo, 28,6% alto). Presentan *Burnout* 19% (4); el 50% son enfermería.

Chi-cuadrado significativa para variables categoría profesional versus LP con $p < 0,05$, destacando bajo grado LP en médicos 77,8%. No se encuentran otras diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones. Perfil trabajador una mujer joven, < 12 años trabajados, turno mañana con guardias y hijos. Grado *burnout* es bajo para todos profesionales. Destaca bajo grado de LP en médicos. No encontramos significación estadística entre puntuación MBY y variables sociodemográficas, excepto categoría profesional vs LP. Variables sociodemográficas tienen efecto modulador pequeño pero no significativo.

P90 ABORDAJE GRUPAL DE LA ANSIEDAD: TÉCNICAS DE RELAJACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Bordallo Aragón, R. Rodríguez Barrios, M. Burgos Varo, P. Vega Gutiérrez, R. Cuenca del Moral y M.M. Becerra Mayor

Centro de Salud El Palo. Málaga. Andalucía.
Correo electrónico: rociobordallo@hotmail.com

Objetivos. Determinar la utilidad de los talleres de técnicas de relajación para disminuir la ansiedad y depresión.

Tipo de estudio. Descriptivo longitudinal pre-post intervención.

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano.

Sujetos. Pacientes de todos los cupos del centro que realizan el taller de técnicas de relajación con asistencia al menos a 6 de las 8 sesiones entre octubre de 1997 y marzo de 2005 ($N = 145$).

Mediciones e intervenciones. Técnicas cognitivas para afrontamiento del estrés y parte práctica de entrenamiento de respiración y técnicas de relajación de Jacobson y de entrenamiento autógeno de Schultz y Luthe. Cada taller dispone de 8 sesiones con periodicidad semanal. El número de personas por grupo es de 10-12. Se han realizado 21 grupos. Al empezar y finalizar el taller se realiza una entrevista personal en la que se aplica la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg. Variables: Sexo, edad, motivo para realizar el taller, tratamiento con psicofármacos, test de Goldberg de Ansiedad y Depresión se compara la puntuación media pre-post intervención, mediante T student para muestras apareadas (alfa = 0,05)

Resultados. Realizan el cuestionario pre-post intervención 120 pacientes. El 93% son mujeres con una edad media de 46,36 \pm 12,69. El motivo principal para la realización del taller es la ansiedad (52,5%) y en un 43,3% no realizan tratamiento farmacológico. Las medias en la escala de Goldberg son ansiedad pre-intervención 5,96 \pm 1,821, ansiedad post-intervención 2,62 \pm 1,958, depresión pre-intervención 4,15 \pm 2,206, depresión post-intervención 2,04 \pm 1,907. El descenso medio de ansiedad es 3,34 (2,99-3,70) y de depresión es 2,11 (1,79-2,43), alcanzando ambos significación estadística ($p < 0,0001$).

Conclusiones. Los talleres de técnicas de relajación pueden ser útiles para reducir significativamente la ansiedad y depresión.

P91 PERFIL DEL CUIDADOR ROTADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO: RELACIÓN CON FACTORES FAMILIARES

I. Jiménez Pulido, I.M. Cano Blanco, B. Cáceres Granada, A. Pérez Milena, F.J. Leal Helmíng y M.I. Mesa Gallardo

Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda. Jaén. Úbeda. Andalucía.
Correo electrónico: idoiajp@yahoo.es

Objetivos. Conocer el perfil del cuidador principal del enfermo crónico ingresado en el Centro de Día de Urgencias y relación con factores familiares.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo trasversal.

Ámbito del estudio. Un servicio de Urgencias de un hospital comarcal rural. **Sujetos.** Se identifica el cuidador principal de enfermos crónicos descompensados ingresados en el área de observación.

Mediciones e intervenciones. Recogemos edad, sexo, parentesco; toma de ansiolíticos y estrés del cuidador (Índice de Esfuerzo del Cuidador -IEC-); grado de incapacidad, nivel de estudios y test Apgar-familiar al enfermo.

Resultados. Recogemos 72 cuestionarios. 36 cuidadores: edad media 56,6 años [\pm EEM 2,9]; mujeres 61% [\pm EEP 2,8]; 56% [\pm 8,7] son cónyuges, 28% [\pm 7,9] hijos, 12% [\pm 5,8] otros familiares; 19% [\pm 6,9] toman ansiolíticos. 36 enfermos: edad media 70,4 años [\pm 2,4]; mujeres 52% [\pm 2,9]; 91% [\pm 1,5] válidos y 8% [\pm 1,5] con incapacidad leve-moderada; 66% [\pm 2,4] no tienen estudios; 9% [\pm 5,2] perciben disfunción familiar. Un 19% [\pm 6,9] de cuidadores presentan un IEC elevado, la mayoría hombres (66% \pm 7,6) [$p < 0,05$, ± 2], con mayor consumo de ansiolíticos (consumo + sobrecarga 67% \pm 19,3; consumo sin sobrecarga 8% \pm 5,4) [$p < 0,01$, ± 2]. La tensión disminuye en cónyuges (11% \pm 7,9) e hijos (11% \pm 10,5) y aumenta en otros familiares (75% \pm 12,6) [$p < 0,05$, ± 2]; no se relaciona con edad, sexo ni grado de incapacidad del enfermo. Existe disfunción familiar en el 17% [\pm 6,8] de enfermos con cuidadores agotados y en el 7% [\pm 3,1] de enfermos con cuidadores sin estrés. Existe correlación entre la edad del paciente y el IEC ($r = 0,49$; $p < 0,05$; Pearson).

Conclusiones. El cuidador agotado en urgencias hospitalarias sería varón, familiar de segundo grado y con mayor consumo de ansiolíticos. El estrés del cuidador genera más disfunción familiar en el enfermo. Es fundamental valorar al cuidador en el entorno hospitalario.

P92 DESCRIPCIÓN CON UN ENFOQUE SISTÉMICO, DE LAS PREOCUPACIONES PSICOSOCIALES Y DE LOS SISTEMAS CONSULTANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Díaz-Cordovés Rego, G. Díaz-Cordovés Rego, M.D.C. Díaz-Cordovés Rego, O. Molina Iglesias, F. Muñoz Cobos y F. Alcaine Soria

Centro de Salud El Palo. Málaga. Andalucía.
Correo electrónico: monidcr@yahoo.es

Objetivos. Describir con un enfoque sistémico y en el contexto de la atención primaria los sistemas consultantes y los tipos de preocupaciones según su intención de cambio.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal (11-17/02/05).

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano.

Sujetos. 232 pacientes que acudieron a consulta de tarde y mañana de 10 médicos.

Mediciones e intervenciones. Edad, sexo, ciclo vital, enfermedades psiquiátricas, síntomas sospechosos, problemas psicosociales, preocupación mostrada, tipos de preocupaciones, características del sistema.

Resultados. 53 \pm 18 (35-71 años). 59,1% mujeres. Ciclo vital: 20,7% familias en las últimas etapas, 19,8% con hijos adultos y 19% emancipación de jóvenes. Preocupaciones: 53,4% (62,1-45,3%) No hay nada que cambiar (ni queja ni demanda). Un 9,1% (13,9-4,2%) situación preocupante para el médico pero el paciente no pide ni quiere cambiar (posible demanda médica). 16,8% (23-10,5%) expone una situación sin querer cambiar o necesitar ayuda (Queja). 8,2% (12,8-3,5%) El paciente u otro individuo pide ayuda para cambiar (posible proyecto de demanda). 11,2% (16,5-5,8%) el paciente esta trabajando (Demanda en construcción). 1,3% (3,2-0,6%) estable tras trabajo (Demanda disuelta). Un 33% e. psiquiátricas. El 23% presenta síntomas sospechosos, 15% preocupación inadecuada, 39% problema psicosocial. 69% sistema parental, 64% acuden a consulta solos. 73% sistemas funcionales, 27% sistemas disfuncionales o funcionalmente descontentos.

Conclusiones. Los sistemas consultantes son madres entorno a los 53 años. Familias en etapas avanzadas de la vida. Mayoritariamente funcionales. Con más quejas que proyectos de demandas. Atención a las demandas del médico.

P93 HIPERFRECUENTACIÓN: ¿LA FALTA DE APOYO SOCIAL LA FAVORECE?

I. Krier Gunther, J.M. Bonet Simó, E. Castro Rodríguez, M. Iglesias Martínez, F. Solé Sancho y M.C. Yuste Marco

ABS Badia del Vallès. Sap Cerdanyola- Ripollet. ICS. Badia del Vallès. Cataluña.
Correo electrónico: milaiglesias@scmfic.org

Objetivos. Conocer si el Apoyo Social (AS), es factor de riesgo independiente para hiperfrecuentación (H) en población demandante. Conocer otros factores relacionados con la hiperfrecuentación.

Tipo de estudio. Estudio Caso-control.

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano.

Sujetos. Población demandante durante 2004. Selección aleatoria. Casos: Hiperfrecuentadores al médico (visitas/año > percentil 75: > 8). Controles: Normofrecuentadores (visitas/año entre percentil 25 -75: 4- 8).

Mediciones e intervenciones. Variables: edad, sexo, situación laboral, estado civil, escolaridad, ciclo vital familiar (CVF), visitas al médico 2004 (VIT), enfermedad mental activa (EM), patología crónica (PC), test de Apgar familiar, escala de reajuste social de Holmes y Rahe (RS) para Acontecimientos vitales estresantes (AVE) (punto de corte 150), test de MOS para AS (punto de corte 57), escala analógica visual (EVA) para valoración subjetiva de salud. La asociación de AS con H fue ajustada por el resto de variables.

Resultados. 116 pacientes, 72 casos y 44 controles. Comparabilidad inicial, sin diferencias significativas en AS, CVF, sexo y EVA. La Odds Ratio (OR) de ser hiperfrecuentador es 3,00 (IC95% 1,03-8,69) para pacientes con escaso AS. Al realizar la regresión logística, la OR de ser hiperfrecuentador es 1,31 (IC95% 0,43 - 6,96). Entran en la ecuación: presencia de PC (OR = 3,26 IC95% 1,42 - 7,49), EM (OR = 3,42 IC95% 1,21-9,67) y AVE (OR = 2,37 IC 95% 1,06-6,53).

Conclusiones. No podemos confirmar que la falta de AS favorezca la hiperfrecuentación. Valorar PC, EM y AVE.

P94 ESTUDIO DE PACIENTES DEPENDIENTES Y SUS CUIDADORES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

L.M. Vázquez Alonso, E. Roman González, T. Iglesias Rodríguez-Aguilar, F. Ortega Martos, B. Ortiz Puertas y H. Moreno Martos

Hospital Torrecárdenas. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Almería. Almería. Andalucía.
Correo electrónico: sitava@hotmail.com

Objetivos. Describir perfil del paciente dependiente y del cuidador. Valorar índice de esfuerzo del cuidador (IEC)

Tipo de estudio. Transversal.

Ámbito del estudio. Atención Hospitalaria.

Sujetos. Pacientes > 65 años ingresados en Observación (Urgencias), Test de Barthel positivo (dependencia moderada, severa o total).

Mediciones e intervenciones. Datos obtenidos mediante encuesta/historia clínica. Pacientes: variables sociodemográficas, antecedentes personales, valoración estado cognitivo (Test Pfeifer v. española), estructura familiar, ciclo vital, riesgo social (escala valoración socio-familiar), nº ingresos, polimedicado. Cuidadores: variables sociodemográficas, parentesco, tipo cuidados (TC), IEC.

Resultados. 56 pacientes, el 71% mujeres, edad media 80 (5,33) años, 66% viudos, 70% saben leer/ escribir, ictus secuelas 30%, cardiopatía 34%, parkinson 3,6%, EPOC 36%, osteoarticular 28%, neoplasia 10%, demencia 34%. 82% polimedicado. 37,5% sospecha deterioro cognitivo. N° urgencias, mediana 12 (P25 = 8; P75 = 22), 77% familia nuclear, 66% etapa disolución, 87,5% no institucionalizado, y el 50% domicilio propio. 12,5% riesgo social. El 85% viene cuidador (47), 89% mujeres, mediana edad 54 años (P25 = 42; P75 = 59), 70% casados, 81% primer grado, siendo 64% hijos. En un 72,2% se releva cuidador, y lo hace familiar 84%. Tipos cuidados: alimentación: 83%, higiene: 87%, vestirse: 79%, medicación: 89%, económico: 27%. El 53% IEC positivo y asociado al TC, alimentación ($p = 0,03$); vestirse ($p = 0,01$); medicación ($p = 0,01$), no relacionado con patología paciente.

Conclusiones. Paciente dependiente: mujer, edad media 80 años, viuda, polimedicada, no institucionalizada, cuidada por familiar primer grado. Cuidadores: mujer, mediana de edad 54 años, casada (70%), alto porcentaje cuida actividades básicas vida diaria, 53% sobre esfuerzo y relacionado con TC.

P95 INFLUENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR SOBRE LA SALUD MENTAL DE NUESTROS PACIENTES

M. Pérez Bauer, A. Moragas Moreno, I. Fernández Pagés, S. Hernández Anadón, L. Marín Canseco y S. Crispí Cifuentes

EAP Jaume I. Tarragona 3. Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: mpbauer@wanadoo.es

Objetivos. Valorar la salud mental de nuestros pacientes y su relación con el entorno familiar.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria urbana.

Sujetos. Selección aleatoria de pacientes > 15 años atendidos en 5 consultas de primaria en mayo del 2004.

Variables. Edad, sexo, estudios, estado civil, convivientes en el hogar, profesión, inmigrante o no, patología crónica, medicación psiquiátrica, enfermedades en convivientes, trabajo del hogar. Para valorar el diagnóstico de

patología mental se administró el cuestionario de salud mental Goldberg (GB) de 12 ítems, puntuación ≥ 4 patológica). Realización de técnicas de estadística descriptiva e inferencial (Chi cuadrado y t de student).

Resultados. 212 pacientes. Edad media 51 años, 38,4% varones. 7% inmigrantes. 54,7% estudios primarios, 20% solteros, 55% casados. 17% vivían solos, 27% en pareja/matrimonio, 29% con pareja e hijos. 20,2% con enfermos convivientes. 62,9% con GB < 4 y 37,1% con GB ≥ 4 . Relación estadísticamente significativa entre GB patológico y convivencia con enfermos (27% en GB ≥ 4 , 15% en < 4 , $p < 0,05$). También relación con los enfermos crónicos: 73% con GB ≥ 4 presentaba patología crónica (39% con < 4), 26,5% depresión (3,7% en < 4) y 15% ansiedad (2,9% en < 4). También asociación con la medicación psiquiátrica: 60% con GB ≥ 4 tomaba medicación (48% ansiolíticos, 28% antidepresivos), 15% con GB < 4 ($p < 0,05$). No asociación con estado civil, estudios, profesión, trabajo del hogar y sexo.

Conclusiones. Los enfermos crónicos, los que toman medicación psiquiátrica y la presencia de enfermos convivientes tienen el cuestionario de Goldberg más alto. La patología en el entorno familiar sería un factor predictor de enfermedad mental.

P96 ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE LAS ALTERACIONES DE LA MEMORIA.

M. Virgós Bonfill, E. Molto Llerena, M. Español Pons, C. Mangrané Guillén, B. Segura Cañada y A. Isach Subirana

ABS Reus-2. Reus. Cataluña.

Correo electrónico: cmangrane.tarte.ics@gencat.net

Objetivos. Describir el manejo de las alteraciones de memoria en nuestras consultas de Atención Primaria (AP).

Tipo de estudio. Estudio observacional descriptivo.

Ámbito del estudio. 9 consultas de un área Básica de Salud (ABS) urbana. **Sujetos.** Seleccionamos todos los pacientes con el diagnóstico de alteraciones de la memoria.

Mediciones e intervenciones. Analizamos las variables: sexo, edad, fecha de inicio de síntomas, persona que consulta (paciente/hijos/cónyugue), test mental (MEC), test del informador (TIN), analítica (Hemograma, bioquímica, perfil renal, VSG, serología luética, Vitamina B12, HIV), ECG, radiografía de tórax, TAC cerebral, fármacos asociados a demencia (benzodiazepinas, neurolepticos y otros), persona que solicita la derivación a la Unidad de Demencias (UFISS); orientación diagnóstica (demencia primaria, vascular, mixta y alteración de memoria asociada a la edad (AMAE); dónde se ha diagnosticado (AP, UFISS) y si recibe tratamiento específico.

Resultados. Edad media: 77,8 + 7,9 años; Mujeres: 58,4%. Los hijos consultan el 40,4% y el cónyuge el 29,2%. Se aplica MEC: 56,2% y TIN: 15,7%. Realizamos analítica: 94,4%; ECG 82%, Radiografía tórax: 38,2%; TAC cerebral: 46,1%. El 30,3% tomaban benzodiazepinas en el momento del diagnóstico. El 55,1% se derivaron a UFISS por el médico de AP. Diagnosticamos: 41,6% de demencia primaria, 28,1% AMAE, 16,9% demencia mixta y 9% demencia vascular. El 50,6% de los pacientes reciben tratamiento específico por demencia (Donepezilo 68,5%; Rivastigmina 24,7%; Galantamina 2,24%, Quetiapina 2,24%, otros 2,32%).

Conclusiones. En AP diagnosticamos principalmente demencias primarias (40,4%) y AMAE (31,5%). Los tratamientos prescritos por UFISS son Donepezilo (68,5%) y Rivastigmina (24,7%). Los hijos son los que más consultan por la alteración de memoria de los padres.

P97 BURNOUT Y SATISFACCIÓN LABORAL EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP) CON DOS MODELOS DE GESTIÓN

A. García Solana, L. Cuixart Costa, F. Moreno Ripoll, M. Verdú Arnal, M.J. Jimenez Gaztañondo y J. Gil Calvo

EAP Dreta de l'Eixample. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: xamont@eresmas.com

Objetivos. Evaluar la satisfacción laboral y el burnout en médicos de atención primaria en un EAP con dos modelos de gestión (PR –privada– y PU –pública–) y compararlos.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria (AP).

Sujetos. Médicos generales de un EAP urbano.

Mediciones e intervenciones. Distribución de cuestionario anónimo, registrando PU o PR. Se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35), y el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) de desgase profesional, ambos validados en AP.

Resultados. De los 26 médicos encuestados (PR = 14, PU = 12) hubo un porcentaje de respuesta del 88,88%. Según el MBI el agotamiento emocional en los médicos PR fue del 27,7 y del 30,7 en los PU (recorrido teórico 0-54). La despersonalización fue del 10,14 en los médicos PR y del 11,8 en los PU (recorrido teórico 0-30), y la percepción de realización personal fue baja en ambos (PR = 22,85; PU = 19,6; recorrido teórico 0-48). En el CVP-35 sólo se aprecian diferencias en la percepción del apoyo directivo (PR = 82,63%, PU = 51,23%), sin diferencias en cargas de trabajo, motivación intrínseca o calidad de vida. La calidad de vida global es alta (74,1%). **Conclusiones.** Los niveles de burnout son altos en ambos grupos. La satisfacción es similar en ambos excepto en la percepción del apoyo directivo, siendo mayor en los médicos de la empresa de gestión privada.

P98 MOTIVO DE CONSULTA: SINTOMATOLOGÍA INESPECÍFICA. ¿DIAGNÓSTICO = ANSIEDAD?

S. Crispí Cifuentes, S. Hernández Anadón, O. Calviño Domínguez, C. Llor Vila, L. del Río Sancho y A. Gómez Sorribes

ABS Jaume I (Tarragona 3). Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: crispi7@hotmail.com

Objetivos. Establecer la prevalencia de Ansiedad en pacientes con sintomatología inespecífica y plurisintomáticos. Valorar su frecuentación de uso de nuestras consultas (visitas/año).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria, ABS urbana.

Sujetos. Calculamos muestra según prevalencia del 26,4% (bibliografía), nivel de confianza 95%, precisión 4%. Muestreo consecutivo.

Mediciones e intervenciones. Instrumento: Subescala de ansiedad de Goldberg (positiva (+) > 4 puntos). Motivos de consulta (sintomatología inespecífica): mareo, cefalea tensional, palpitaciones, dispepsia, dolores osteo-musculares, astenia, alteración del sueño. Variables: edad, sexo, trabajo actual (según realización de actividad física), patología crónica, estrés familiar/laboral (6 meses), nivel educativo (estudios primarios), patología psiquiátrica previa, visitas/año. Utilizamos test estadístico X cuadrado, diferencia estadística $p < 0,005$ (DS).

Resultados. N = 254. Edad media = 52,79 años (DS 18,6). Prevalencia ansiedad (Goldberg +): 54,5% (mujeres/hombres: 60,7/44,7%; $p < 0,03$).

Con alta prevalencia de ansiedad, sin DS: mareo 56,96% (el 56,96% de los pacientes con mareo presentaban Goldberg+), dolores musculares 56,6%, dispepsia 62,5%, patología crónica 57,34%, estrés laboral 55,37%, nivel educativo (con: 57,25, sin 53,07%).

Alta prevalencia ansiedad con DS: trabajo actual 70%, antecedentes psiquiátricos 71,07%, estrés familiar 76,36%, cefalea tensional 63,27%, palpitaciones 69,15%, astenia 65,8%, alteraciones sueño 61,7%.

Frecuentación de uso: Goldberg $\pm = 8,1/3,5$ (con DS).

Conclusiones. La prevalencia de ansiedad es más alta en pacientes con plurisintomatología inespecífica versus en población general. Subyacente a motivo de consulta inespecífico encontramos frecuentemente ansiedad. Los pacientes afectos de ansiedad presentan mayor frecuentación. El estrés familiar, sexo femenino, trabajo con actividad física, alteraciones psiquiátricas previas, cefalea tensional, palpitaciones, astenia y alteraciones del sueño se correlacionan con prevalencia más alta de ansiedad.

P99 MANEJO DEL PACIENTE DEPRIMIDO EN FASE DE ESTABILIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. Forá Eroles, J. Lorenzo Ferrer, M. García García y R. Lozano Fernández de Pinedo

Clínica Tecnon. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: jllorenzo@ferregrupo.com

Objetivos. Conocer el manejo terapéutico de la depresión en fase de estabilización en AP.

Tipo de estudio. Basado en encuesta a médicos de atención primaria.

Ámbito del estudio. Centros de atención primaria de todo el estado español.

Sujetos. Médicos de asistencia primaria.

Mediciones e intervenciones. Valoración del médico de atención primaria del manejo del paciente deprimido en fase de remisión o estabilización.

Resultados. Participaron 1236 médicos. Un 20% de sus pacientes padecían depresión o síntomas relacionados. La frecuencia de visitas se cifró en unos 45 días. Un 95% de los médicos recomendaban seguir el tratamiento antidepresivo (AD) durante la fase de estabilización, durante una media de 6 meses (45%), con el mismo AD y a las mismas dosis que duran-

te la fase aguda (42,5%). Como principal causa de recaídas, un 59,1% citaban la falta de adherencia, calificada como deficiente por un 60% de MAPs, debida sobre todo al miedo a la dependencia del fármaco (46%). El refuerzo de la información al paciente fue la conducta más habitual del médico frente a este problema (64%).

Conclusiones. El manejo del paciente deprimido en fase de remisión en AP se ajusta a las normas estándares establecidas, a pesar de que el ámbito, tiempo e información del que se dispone es distinto al del especialista.

P100 INDICACIÓN ADECUADA DE DENSITOMETRÍA EN MUJERES CON TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS

E. Arana Arri, M.L. Gutiérrez Ibarzabal, J. Asua Batarrita, P.J. Ortueta Chamorro, E. Fernández Díaz y C. Aragón

Centro de Salud de Leioa. Leioa. País Vasco.
Correo electrónico: eunatea@euskalnet.net

Objetivos. Conocer el grado de adecuación de la indicación de densitometrías en mujeres que están recibiendo tratamiento para la osteoporosis y la variabilidad entre las diferentes especialidades médicas.

Tipo de estudio. Estudio transversal.

Ámbito del estudio. Área sanitaria con una cobertura poblacional de 201.311 habitantes.

Sujetos. Mujeres en tratamiento para la osteoporosis.

Mediciones e intervenciones. Se estimó una muestra de 323 mujeres ($\alpha = 0,05$); incluyendo tras muestreo aleatorio por conglomerados 332. Los datos se obtuvieron de una encuesta realizada por personal de enfermería entrenado a las mujeres y del análisis de los datos consignados en la historia por los médicos de familia. El análisis final se realizó mediante el programa estadístico SPSS12.0.

Resultados. La edad media de la muestra fue de $65,3 \pm 9,6$ años (Rango: 45-91), con una edad media de menopausia de $46,9 \pm 6,0$ años. De las mujeres analizadas el 73,9% tenían indicación de densitometría y únicamente el 60,2% la tenían realizada. De las densitometrías realizadas el 14% fueron normales, el 31,1% indicaban osteopenia y el 54,9% osteoporosis. Entre las mujeres con factores de riesgo con indicación de densitometría un 39,3% no la tenían realizada. Entre las mujeres sin factores de riesgo sin indicación de densitometría el 59,1% la tenían realizada. El 78,7% de las mujeres no tenían una densitometría de control. Existían diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en la adecuación de las indicaciones de densitometría entre las diferentes especialidades médicas (medicina de familia, ginecología, traumatología, reumatología, otras).

Conclusiones. La indicación de densitometrías en mujeres en tratamiento es claramente mejorable y existe una alta variabilidad en su adecuación entre las especialidades médicas estudiadas.

P101 RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS Y SIGNOS DE LAS LUMBALGIAS NO TRAUMÁTICAS CON LOS HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

I. Jiménez Pulido, A. Pérez Milena, I. Mesa Gallardo, F.J. Leal Helmling, J.A. Marchal Corrales y M. Cobeña Manzorro

Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. Andalucía.
Correo electrónico: idoiajp@yahoo.es

Objetivos. Relacionar los síntomas y signos físicos de las lumbalgias no traumáticas con las alteraciones objetivables en la radiografía lumbar.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal mediante muestreo aleatorio sistemático.

Ámbito del estudio. Un Servicio de Urgencias Hospitalario.

Sujetos. Pacientes que acuden con lumbalgia.

Mediciones e intervenciones. Edad, sexo, antecedentes personales, lumbalgias previas, características del dolor, actividades agravantes y exploración física. Se solicita radiografía lumbar anteroposterior y lateral, valorando 10 parámetros por un radiólogo. Se excluyen traumatismos, pacientes oncológicos y con cirugía lumbar previa.

Resultados. 30 pacientes con edad media $46,9$ años [\pm EEM 3,4], 50% varones. Los pacientes mayores de 65 años presentan con mayor frecuencia osteoporosis ($p = 0,002$; x2), osteofitos ($p = 0,018$; x2) y alteraciones en carillas articulares ($p = 0,012$; x2); posiblemente también más estenosis del canal ($p = 0,073$; x2) y rupturas del pedículo ($p = 0,059$; x2). En este subgrupo, la calidad radiológica fue peor ($p = 0,046$; x2). El inicio progresivo del dolor se asocia a alteraciones neurológicas sensitivo-motoras ($p = 0,04$; x2), y mayor presencia de osteofitos ($p = 0,027$; x2); posiblemente se relaciona también con alteraciones en apófisis ($p = 0,094$; x2) y osteoporosis

($p = 0,053$; x2). El dolor localizado en una vértebra se asocia a un nivel neurológico sensitivo patológico ($p = 0,019$; x2), así como a más alteraciones transicionales ($p = 0,019$; x2) y apofisarias ($p = 0,043$; x2). En el dolor generalizado podrían existir menor número de osteofitos ($p = 0,096$; x2). Las lumbalgias de evolución prolongada (> 12 semanas) se relacionan con mayor presencia de osteoporosis ($p = 0,016$; x2), osteofitos ($p = 0,06$; x2) y elementos apofisarios alterados ($p = 0,008$; x2). La presencia de enfermedades crónicas condicionan una movilidad pasiva más limitada ($p = 0,058$; x2) y más pruebas de estiramiento medular patológicas ($p = 0,055$; x2) pero no se relacionan con alteraciones radiológicas.

Conclusiones. La edad (> 65 años), el dolor de inicio lento, el dolor localizado y la duración (> 12 semanas) serían indicaciones clínicas para solicitar una exploración radiológica en la lumbalgia no traumática.

P102 CONOCIMIENTO, SATISFACCIÓN Y EXPECTATIVAS DEL PACIENTE CON ARTROSIS EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA VERSUS ESPECIALIZADA. ESTUDIO ARTE: RESULTADOS PRELIMINARES

S. Suso Vergara¹, J. Benavent Areu² y A. Raber Béjar³

¹Servei de Cirurgia Ortopèdica y Traumatològica. Hospital Clínic Barcelona.
²Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample. Barcelona. ³Departamento Médico Almirall. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: elia.gabarron@adelphi-targis.com

Objetivos. Evaluar el conocimiento, satisfacción y expectativas del paciente en relación a su artrosis y manejo terapéutico, en consultas de primaria (AP) y de especializada (ESP) de España.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico.

Ámbito del estudio. Consultas de AP y ESP (reumatología/traumatología/rehabilitación/medicina interna/otros).

Sujetos. Muestra representativa de población española ≥ 18 años, en tratamiento farmacológico para artrosis > 4 meses.

Mediciones e intervenciones. Los médicos registran datos demográficos y clínicos relevantes. Los pacientes cumplimentan un cuestionario de conocimientos, actitudes y expectativas sobre la artrosis y su tratamiento.

Resultados. Resultados preliminares de $n = 2478$ pacientes con artrosis, 36,6% AP y 63,4% ESP. En AP la edad es $65,3$ años ($\pm 10,4$) y en ESP $63,4$ ($\pm 10,4$) ($p < 0,01$). El factor de riesgo más común es la obesidad, 57,8% AP y 49,8% ESP. La localización de la artrosis más habitual es en rodillas (79,3% AP y 78,6% ESP). El tratamiento farmacológico más utilizado son los analgésicos en AP (70,2%) y los antiinflamatorios orales en ESP (69,3%). En cuanto al conocimiento de la enfermedad, los pacientes creen que su artrosis no tiene curación 90,1% de AP versus 86,4% ESP ($p < 0,01$). Expectativas: el 91,9% AP y 93,4% ESP prefieren un tratamiento que alivie dolor y retrase evolución de la enfermedad (NS). El 55,8% AP y 54,0% ESP están bastante satisfechos con su tratamiento actual ($p < 0,01$).

Conclusiones. Las expectativas del paciente con artrosis son similares en consultas de AP y ESP, mientras que conocimiento y satisfacción son superiores en AP. Deben priorizarse las estrategias de control del dolor/evolución de la artrosis y los programas de educación/información, para lograr optimizar la actitud del paciente frente a la artrosis y su tratamiento.

P103 ¿SON EFECTIVOS LOS SYSADOA EN LA GONARTROSIS?

M. Lorenzo Andrés y V. Blanco Alvarado

Dr. Cirajas. Madrid. Madrid.
Correo electrónico: mlorenzoandres@hotmail.com

Objetivos. Evaluar la mejoría objetiva y subjetiva del tratamiento con SYSADOA en la gonartrosis.

Tipo de estudio. Estudio analítico, observacional longitudinal retrospectivo, en condiciones de práctica clínica habitual.

Ámbito del estudio. Centro de Atención Primaria urbano

Sujetos. Se recogió una muestra aleatoria de 109 sujetos de menos de 90 años con Gonartrosis. 61 (56%) estaban con SYSADOA y 48 (44%) con otros tratamientos.

Mediciones e intervenciones. La eficacia de los diferentes tratamientos se evaluó de forma objetiva mediante la puntuación obtenida del test WOMAC (donde 100 es la peor situación). La mejoría subjetiva referida se determinó utilizando entrevista clínica. Asimismo se midieron: edad, sexo, tratamientos recibidos, tiempo de evolución, entre otros.

Resultados. Se comparó la mejoría subjetiva de pacientes con SYSADOA (80,3%) frente a los que no los tomaron (62,5%) demostrándose diferen-

cias estadísticamente significativas ($p = 0,04$). Se midieron 4 dimensiones de la afectación mediante el test WOMAC. En pacientes con SYSA-DOA los resultados fueron: Puntuación global: 17,3; Dolor: 3,26; Rigidez: 1,07 y Capacidad funcional: 12,5, y en los pacientes sin SYSA-DOA: Puntuación global WOMAC: 34,2; Dolor: 5,71; Rigidez: 1,88 y Capacidad funcional: 25,46 siendo estadísticamente significativa a favor del grupo de SYSA-DOA en las cuatro dimensiones ($p = < 0,001, < 0,001, 0,015$ y $< 0,001$ respectivamente). Mediante regresión lineal se concluyó que los SYSA-DOA disminuyen en 13,5 puntos el test WOMAC ajustado por: edad, consumo de AINES, Paracetamol, Reducción de peso, Cirugía y tiempo de evolución de la gonartrosis (años).

Conclusiones. Los pacientes con SYSA-DOA disminuyen en 13,5 puntos el SCORE del WOMAC. Refieren mejoría subjetiva de la gonartrosis.

P104 TÉCNICAS DE SCREENING DE OSTEOPOROSIS AL ALCANCE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

M. Pubill Sucarrat, A. Besa Beringues, J.C. Montero Alcaraz, E. Palomera Fanegas y L. Ribó Tarré

ABS Cirera-Molins. Mataró (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 28842jma@comb.es

Objetivos. Valorar la utilidad de la densitometría periférica de falange (Accudexa) como método de screening de osteoporosis, previo a la solicitud de una densitometría ósea de fémur-lumbar.

Tipo de estudio. Transversal.

Ámbito del estudio. Área básica de salud urbana con una población de 20.000 habitantes.

Sujetos. Muestra de 73 mujeres posmenopáusicas que acuden a la consulta habitual de atención primaria.

Mediciones e intervenciones. Se ha utilizado: a) Densitometría de Falange (Accudexa); b) densitometría ósea (DEXA lunar), y c) ecografía de Calcáneo (Hologic Sahara Sonometer).

Resultados. Tomando como Gold standard la Densitometría ósea (DEXA lunar) y como test a estudio la densitometría periférica de falange, se ha realizado una curva ROC de ésta tanto con DEXA-fémur como con DEXA-lumbar. Comparando los resultados de ambas, se ha elegido el valor de accudexa-falange más adecuado para screening (-1,3) teniendo en cuenta la sensibilidad (83,3% lumbar; 85,7% femoral) y especificidad (66,7% lumbar; 65,2% femoral) de la prueba para dicho valor. Considerando osteoporosis para valores $< -1,3$ de la densitometría de falange, se han elaborado las tablas de contingencia entre densitometría periférica y densitometría central tanto lumbar como femoral, obteniéndose resultados estadísticamente significativos en ambos casos con Kappa 0,44: $p = 0,005$ (lumbar); $kappa 0,38$; $p, 018$ (fémur). El valor predictivo positivo sería 24%, el valor predictivo negativo 98%, los falsos positivos del 30,4%, y los falsos negativos del 24,3%.

Conclusiones. Según los resultados anteriores, obtendríamos que el punto de corte ideal para screening de Osteoporosis mediante densitometría de falange sería -1,3; entendiéndose que para valores inferiores a -1,3 sería adecuado solicitar una densitometría ósea lumbar-femoral para confirmar el diagnóstico.

Descripción. La experiencia grupal se desarrolla en un centro de salud de un núcleo de población rural y coordinado por la Trabajadora Social del centro. El origen del grupo responde a la demanda de intervención presentada por algunos cuidadores de personas con demencia.

El primer paso metodológico consistió en la captación de posibles participantes a través de diversos medios: a) del Programa de Atención Domiciliaria, b) por derivación de casos detectados por los médicos de familia, c) por campaña divulgativa en radio, etc.

Posteriormente se realizó la selección mediante entrevistas individuales con el criterio de que fuese cuidador de un enfermo de demencia y disposición a participar en una experiencia de grupo. A continuación se llevaron a cabo 14 sesiones, tratando componentes socio-familiares, clínicos, legales,... de las demencias, así como el tratamiento de los aspectos emocionales que conlleva la experiencia de cuidar.

Conclusiones. La evaluación realizada del proceso grupal, en función del análisis de la consecución de objetivos, secuencia temporal, nivel de asistencia,... nos permite concluir que el trabajo en salud con grupos socio-terapéuticos, repercute de forma positiva tanto a los participantes del mismo como a su entorno más inmediato.

P106 EL TIMED UP AND GO TEST APLICADO EN ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE ANCIANOS DE NUESTRO ENTORNO

J.J. Montero Alía, M.M. Jiménez González, E. Zurilla Leonarte, M.M. Rodríguez Álvarez, M.D. Jiménez González y E. Fernández Pérez

ABS Ronda Prim ABS Canet de Mar ABS Premià de Mar. Mataró. Cataluña.
Correo electrónico: 31297jma@comb.es

Objetivos. Nuestros expertos recomiendan la aplicación de este test anglosajón. ¿Se puede utilizar en nuestro medio con los mismos criterios?. Para ello intentaremos conocer la relación del test Timed up & Go con el riesgo de sufrir caídas en población anciana mediterránea.

Tipo de estudio. Estudio multicéntrico de cohortes prospectivo en Cataluña.

Ámbito del estudio. Población semirural.

Sujetos. Sujetos mayores de 65 años. Exclusión: institucionalizados.

Mediciones e intervenciones. Seguimiento de 12 meses sobre incidencias de caídas. Marzo 2003-Dic 2004.

Resultados. De un total de 588 pacientes (58% mujeres), con edad media de 74,5 años ($\pm 6,7$ DE), 54 no han completado el estudio (9,2%) -14 fallecidos, 5 institucionalizados y 35 pérdidas-. Han sufrido caídas un 27,7% (148 sujetos). El 73% se produjeron en mujeres. La realización del Test Timed up & Go se produjo en 9,6 s de media ($\pm 5,49$ DE). Siendo en hombres de 8,2s ($\pm 3,46$ DE) y en mujeres de 10,57s $\pm 6,37$ DE. Si comparamos el test con el hecho de sufrir una caída se observa que: las mujeres que han caído presentaban un tiempo medio de 12,4s ($\pm 8,7$ DE) vs las que no 9,6s ($\pm 4,4$ DE) $p < 0,001$. En los hombres las diferencias no son significativas ($p = 0,08$), 8s los que no caen vs 9s los que sí. Si estratificamos en < 10 s, 10 a 20s y > 20 s, existen diferencias significativas en mujeres pero no en hombres.

Conclusiones. Se trata de un test de fácil aplicabilidad que nos puede ser de utilidad para diferenciar estados de fragilidad en mujeres ancianas con riesgo de caídas. En población masculina esta diferenciación no se produce y por tanto debe ser considerado puesto que los estudios anglosajones no diferencian por sexo.

Sesión 3

17.00-18.00 h

LIBRES

P105 BENEFICIOS DE UN GRUPO SOCIOTERAPÉUTICO DE CUIDADORES

I. Quintillan Gil, A.I. Guillen Vilanova y R. Carregal Salgueiro
SAP Arzua/Sap Concepción Arenal II. Arzua/Santiago. Galicia
Correo electrónico: xoanacr@hotmail.com

Objetivos. Establecer un espacio común de encuentro que permita, a partir de la experiencia grupal, mejorar la calidad de vida de los cuidadores de personas con demencia.

P107 DOLOR CRÓNICO Y GRADO DE DEPENDENCIA EN ANCIANOS NO INSTITUCIONALIZADOS

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

Centro de Salud de Apilagaña. Dpto de Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra.
Correo electrónico: tsanlas@yahoo.es

Objetivos. Conocer la influencia del grado de dependencia en la percepción del dolor en ancianos no institucionalizados.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Tres zonas básicas urbanas.

Sujetos. Muestreo estratificado aleatorio de personas de edad igual o mayor de 75 años

Mediciones e intervenciones. Cuestionario que incluía los test de Yesavage, Barthel y Pfeiffer, las escalas de dolor de EVA y McGuill, y datos socio-demográficos. Se realizó estudio descriptivo de la muestra total (N = 433)

y regresión múltiple entre el test de Barthel y la intensidad de dolor (EVA) en la submuestra de pacientes con test de Barthel mayor o igual de 60 y dolor crónico (N = 190)

Resultados. De la muestra total (edad media 80,86 DE = 4,77) 287 eran mujeres (66,3%) y 146 hombres (33,7%). Presentaban dolor 217 (50,1%); el 76,5% eran mujeres, y el 88,5% tenían dolor crónico. La media de EVA fue 5,15 (DE = 2,43). La puntuación de EVA fue mayor en los encuestados con mayor dependencia (p < 0,0001). El dolor medido por EVA se asoció no significativamente al grado de dependencia, ajustando por sexo, edad, depresión y deterioro cognitivo. Al analizar el mismo modelo por estratos según sexo, se obtuvo asociación significativa sólo en la muestra de mujeres (N = 150) (B = -0,394 I.C. = -0,669,-0,119)

Conclusiones. El grado de dependencia influye en la percepción del dolor de los ancianos. Esta asociación es significativa en las mujeres, y es independiente de la edad, la depresión y el deterioro cognitivo.

P108 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE MORBIMORTALIDAD EN UNA POBLACIÓN ANCIANA. SEGUIMIENTO DURANTE 5 AÑOS

M. Martí Nogué, C. Hernández Rovirola, A. Nieto Maclino, R. Ciganda Brasca, D. Sánchez González y C. Valero García

ABS La Gavarra. Cornellá de Llobregat. Cataluña.
Correo electrónico: docencia-gavarra.blc.cp.ics@gencat.net

Objetivos. Conocer número de éxitos, hospitalizaciones e institucionalizaciones Identificar variables de morbimortalidad en una población mayor de 65 años.

Tipo de estudio. Diseño: Estudio descriptivo longitudinal

Ámbito del estudio. Área básica urbana

Sujetos. Muestra aleatoria de 180 pacientes mayores de 65 años seguidos 5 años.

Mediciones e intervenciones. En el 2000 se recogieron las variables: datos sociodemográficos, enfermedades crónicas, fármacos, albuminemia, test de Barthel, Lawton, Yessavage, Pfeiffer, Family-Apgar y Guralnik. En el 2005 realizamos entrevista telefónica, y revisión histórica clínica registrando: éxitos, hospitalizaciones, atención domiciliaria (programa AT-DOM) e institucionalización.

Resultados. De los 180 pacientes, 46,1% eran hombres, y 53,9% mujeres. Edad media en 2005 era 78,7 años (DE 5.2). Registramos 30 éxitos (16,7%): neoplasias (43,3%), enfermedades cardiovasculares (20%) y 74 hospitalizaciones de 59 pacientes (44,6% no programadas), 5 institucionalizaciones permanentes (2,8%), 8 temporales (4,4%), 3 en centro de día (1,7%) y 16 en ATDOM (8,8%). Hubo significación estadística (p < 0,05) entre: éxitos y albúmina < 40, Barthel < 90, Pfeiffer < 2, Guralnik < 10, diabetes y ECV(enfermedades cardiovasculares). Entre ATDOM y Pfeiffer < 2, fármacos > 3, neoplasias, diabetes y ECV. Entre institucionalización permanente y albúmina < 40, ICC y Guralnik < 10. Hospitalizaciones urgentes únicamente osteoporosis.

Conclusiones. Este estudio relaciona la diabetes, las ECV y Pfeiffer bajo con un aumento de atención domiciliaria y no con hospitalizaciones, probablemente debido a la eficacia del programa ATDOM. Nos planteamos ampliar el estudio para confirmar si la albúmina baja y el Guralnik < 10 podrían utilizarse como cribaje en la predicción de mortalidad o institucionalización.

P109 MANEJO DEL DOLOR ARTRÓDICO CRÓNICO EN ANCIANOS

S. Rodríguez Fernández, R. González Tejada, C. Martínez Cantero, J. Amador Romero, S. Ayala Luna y M.A. Delgado Nicolás

Centro de Salud Los Ángeles - Área 11. Madrid. Madrid.
Correo electrónico: mdladgon@papps.org

Objetivos. Conocer el manejo del dolor artródico crónico en pacientes mayores de 65 años por parte de los médicos de Atención Primaria (AP). Evaluar la adecuación a la escalera analgésica de la OMS y el uso de terapias coadyuvantes.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal

Ámbito del estudio. Atención Primaria

Sujetos. Médicos de Atención Primaria de un área de salud.

Mediciones e intervenciones. Encuesta anónima autoadministrada de elaboración propia que recoge variables sociodemográficas y actitudes ante la terapia analgésica en pacientes ancianos artródicos.

Resultados. Respondieron 169 profesionales 45,9% (IC95% = 41-51%). Edad = 41,7 ± 7,7 años. Antigüedad en AP = 12,7 ± 7,2 años. Primera opción analgésica paracetamol el 92,3% (88-96%). El 63% (55-70%) de ellos

a dosis de 2-3 gr/día. Ante fracaso terapéutico 37,9% (31-45%) añaden otro fármaco y 34% (27-41%) lo cambian. El segundo paso consiste sobre todo en el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) el 63,9% (57-71%). Tras 3 fracasos terapéuticos el 19% (13-25%) de los profesionales sigue utilizando solo fármacos del primer escalón. El 37,9% (30-45%) inician uso de opiáceos débiles tras dos fracasos terapéuticos, el 25,4% (19-32%) tras tres. El 12,4% (7-17%) inician tratamiento con opiáceos potentes tras tres fracasos terapéuticos. El opiáceo más usado es la codeína, 56,8% (49-65%). Los inconvenientes más señalados de los opiáceos son efectos secundarios 91,7% (87-96%) y burocracia 24,3% (18-31%). El 93,5% (90-97%) usa ocasionalmente terapias coadyuvantes, siendo las más utilizadas amitriptilina 42,3% (35-50%) y benzodiazepinas 41,7% (34-49%).

Conclusiones. Aunque el paracetamol es la primera opción analgésica, destaca la elevada prescripción de AINES y benzodiazepinas y el escaso uso de opiáceos. Sería interesante mejorar la formación sobre el manejo del dolor y prescripción de psicofármacos en estos pacientes.

P110 EDAD ≥ 90 AÑOS ES SINÓNIMO A DETERIORO COGNITIVO Y DEPENDENCIA FUNCIONAL? NO

A. Daljé i Pibernat, L. Salinas Gratacós, M. Cabero Jiménez, L.G. Carmen, V. Sierra Peinado e I. Fort García

CAP Marina, EAP Dreta del Eixample. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: adpibernat@hotmail.com

Objetivos. Evaluar de forma integral el estado cognitivo y funcional de la población mayor de 90 años incluida en el programa de Atención Domiciliaria (ATDOM) de un Centro de Atención Primaria (CAP). Valorar la interrelación existente entre estado cognitivo y funcional.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. CAP urbano.

Sujetos. Muestra de 135 pacientes ≥ 90 años incluidos en el programa AT-DOM en un CAP tras un año de reforma e informatización (N = 536).

Mediciones. Edad y sexo. Evaluación del estado cognitivo: cuestionario abreviado estado mental de Pfeiffer (SMPSQ). Capacidad funcional: Índice de Barthel. Para evaluar los resultados por edad, sexo y su relación con los tests practicados se agruparon en 2 categorías: normal-deterioro cognitivo leve, y deterioro cognitivo moderado-importante.

Resultados. Edad media: 94,6 años (90-102). 66,7% mujeres. SPSMQ mostró que un 29,7% (IC 95%; 24,7-34,8) presentaba algún grado de deterioro cognitivo: 19% leve (IC 95%; 14,7-23,3%), 6,9% moderado (IC 95%; 4,4-10,3%), 3,8% importante (IC 95%; 1,9-6,5%). Sexo femenino se asoció a una mayor presencia de deterioro cognitivo. Respecto el Índice de Barthel 59,4% (IC 95%; 55,2-66%) eran dependientes en una o más Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Las mujeres presentaron una mayor prevalencia en la dependencia para las ABVD. El análisis conjunto del SPSMQ con el Índice de Barthel mostró que un deterioro cognitivo moderado-importante se asociaba a un mayor grado de dependencia física (p < 0,01).

Conclusiones. En esta población tan anciana se observó una elevada dependencia funcional, y, no obstante, un bajo porcentaje de deterioro cognitivo.

P111 ASOCIACIÓN ENTRE EL RIESGO DE MALNUTRICIÓN Y EL GRADO DE DISCAPACIDAD EN ANCIANOS NO INSTITUCIONALIZADOS

N. Goñi Ruiz, T. Sánchez Lasheras, N. Berrade Flamarique, P. Buil Cosiales, M. Seguí Gómez y M. Serrano Martínez

Centro de Salud de Azpilagaña. Departamento de Epidemiología y Salud Pública (Universidad de Navarra). Pamplona. Navarra.
Correo electrónico: nuria_goni@yahoo.es

Objetivos. Conocer el riesgo nutricional y los factores que lo determinan en personas mayores no institucionalizadas

Tipo de estudio. Estudio transversal descriptivo.

Ámbito del estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Muestreo estratificado aleatorio de personas de edad igual o mayor a 75 años no institucionalizadas pertenecientes a tres zonas urbanas (N = 433 pacientes).

Mediciones e intervenciones. Entrevista personal que incluyó datos sociodemográficos, de salud y cuestionarios: Mini Nutricional Assessment (MNA), Yesavage, Apgar, EVA (Escala visual analógica del dolor) y Barthel. Se determinaron parámetros nutricionales plasmáticos en 65 pacientes. **Resultados.** La edad media de la muestra fue de 80,9 años (DE ± 4,7). El 33,7% eran varones y el 66,3% mujeres. Según el MNA el 30,5% presentaban riesgo de malnutrición y el 0,5% estaban desnutridos. De forma

significativa ($p < 0,005$) tenían mayor riesgo las mujeres, aquellos con depresión, con disfunciones familiares y con menos estudios. No se observó correlación (Pearson) entre ninguno de los parámetros nutricionales y el MNA ($p > 0,05$). Mediante regresión logística se encontró asociación entre el riesgo de malnutrición y el test de Barthel, ajustando por edad, sexo, estado civil, EVA, cuestionario de Yesavage, test de Pfeiffer y necesidad de dieta blanda (OR: 1,67 IC95%: 1,43-1,94).

Conclusiones. El riesgo de malnutrición es un problema frecuente en las personas mayores no institucionalizadas. Como consecuencia, la valoración del riesgo nutricional debería incluirse en la atención y valoración integral de dichos pacientes en el ámbito de Atención Primaria. El grado de dependencia influye significativamente en el riesgo nutricional y de forma independiente al deterioro cognitivo, depresión, percepción de dolor, edad, sexo, estado civil y necesidad de dieta blanda

P112 CONSECUENCIAS FÍSICAS, PSÍQUICAS Y SOCIALES EN ANCIANOS DE UNA COMUNIDAD QUE HAN SUFRIDO UNA CAÍDA

E. Castro Martín, L.A. PÉrula de Torres, R. Ruiz Moral, F. Varas Fabra, M.J. Fernández Fernández e I. Enciso Bergé

Centro de Salud Aguilar de la Frontera (Córdoba). Córdoba. Andalucía.
Correo electrónico: estrella@moraleslara.com

Objetivos. Conocer las consecuencias físicas, psíquicas y sociales en personas mayores de 70 años o más que han sufrido una caída en el último año. **Tipo de estudio.** Estudio observacional, transversal, multicéntrico. Muestreo estratificado por ZBS (Zona Básica de Salud).

Ámbito del estudio. Sujetos residentes en tres ZBS urbanas.

Sujetos. N: 360, selección: muestreo sistemático de Base Datos del Usuario por centro.

Mediciones e intervenciones. Cuestionario de la OMS para estudio de caídas en anciano. Análisis: Estadístico uni-bivariado, regresión logística múltiple.

Resultados. La prevalencia de caídas fue del 31,8% (IC 95%). Consecuencias físicas: 56% sufrieron heridas superficiales, 7,8% fracturas, 7% esguinces, 1% traumatismos craneoencefálicos. El 49% se levantan inmediatamente, 36,5% tardan menos de 10 minutos, 9,6% permanecen de 10 a 60 minutos en el suelo, 4,5% de 1 a 6 horas. El 31,7% no pudieron levantarse solos. Ayuda técnica tras la caída: bastón 54,8%, muletas 25,8%. El 30% contactaron con el sistema sanitario, realizado por ellos mismos en 21,4%, 42,9% por familiar. El 33,3% avisó al médico de familia, 49% a un servicio de urgencias. El 40,4% se atienden en centro de salud, 53,2% en hospital, 6,4% en domicilio. 3,3% precisaron hospitalización (28,6% en observación, 28,8% medicina interna, resto traumatología, cirugía plástica o torácica). 4,9% recibieron rehabilitación. Consecuencias psicológicas: 44,7% tienen miedo a volver a caerse. 20% tienen miedo a salir solos a la calle, 11% dejan de salir solos, el 11% son más dependientes, un 22% limitaron su movilidad desde la caída. Consecuencias sociales: El 71% de los mayores volvieron a su domicilio sin apoyo externo, 10,1% volvieron a casa con apoyo de familiares, 17,4% quedaron al cuidado en casa de otro familiar.

Conclusiones. Solamente un tercio contacta con el sistema sanitario. La permanencia en el suelo produce consecuencias físicas (deshidratación, infecciones, rhabdomiolisis, hipotermia) e incluso muerte. El miedo a volver a caerse y como consecuencia ser más dependientes en todas sus actividades diarias con las repercusiones sociales y económicas que ello conlleva, supone la principal consecuencia psicológica de las caídas.

Financiado: 1. Consejería Salud Junta Andalucía 2003. 2. SAMFYC 2002

P113 PREVALENCIA Y RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Bartolomé Resano, M.P. Vila Cambra y A. Eslava Lecumberri

Centro de Salud de Peralta. Peralta. Navarra.
Correo electrónico: rbartolomer@telefonica.net

Objetivos. Conocer prevalencia y riesgo de úlceras por presión (UPP) en pacientes de atención domiciliaria (AD).

Tipo de estudio. Observacional descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Centro de salud semi-rural, población de 7.000 habitantes.

Sujetos. Todos los pacientes de AD ($n = 75$) incluidos en el programa a lo largo de un año.

Mediciones e intervenciones. Riesgo de UPP con escala de Norton (EN) y presencia de UPP con su localización y grado.

Resultados. Prevalencia de 29,3% (22 con UPP). Por categorías, 4% grado I, 8% grado II, 14,7% grado III y 2,7% grado IV (máximo grado detectado). La localización más frecuente fue en la extremidad inferior (trocánter y talón, 55%), seguida por la espalda (sacro, 45%). El 59% presentaron más de una UPP. El riesgo general de UPP según la EN era muy alto (26,7%), evidente (34,7%) y mínimo (38,7%). Con UPP el riesgo era: muy alto (68,2%), evidente (27,3%) y mínimo (4,5%) con una diferencia significativa con respecto a los que no tenían UPP (U Mann-Whitney = 166,5; $p < 0,0001$). Por categorías de EN, en todos los apartados hubo diferencias significativas: estado general*, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia. (Mann-Whitney, $p < 0,0001$; * $p < 0,0025$).

Conclusiones. Es necesaria la realización de actividades dedicadas a reducir la elevada prevalencia detectada de UPP. El riesgo era muy superior (EN) en los que desarrollaron UPP por lo que se podía haber actuado de forma preventiva, en especial con programas de educación para la salud de cuidadores y familiares. Se necesita más tiempo, para dedicarlo a tareas de prevención y no sólo asistenciales, y más recursos, en este tipo de pacientes y familias.

P114 CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN MAYORES DE 64 AÑOS DE 300 FAMILIAS

V. Palop Larrea, I. Martínez-Mir, A.M. Vivas Broseta, P.A. Villanueva, I. Pereiro Berenguer y R.M. Saiz Rodríguez

Subdirección del Departamento 11 de Salud. Hospital de la Ribera. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (Fundación HGU). CS Faura. CS Viver. CS Trafalgar. CS Alboraya. Alzira. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: vpalop@hospital-ribera.com

Objetivos. Conocer las características de los medicamentos utilizados, en los últimos 15 días, por personas > 64 años.

Tipo de estudio. Observacional transversal; cuestionario estructurado-entrevista domiciliaria con responsable del BF.

Ámbito del estudio. Población urbana-semirural.

Sujetos. Población diana 17.209 unidades familiares (UF). Tamaño muestral 300UF, muestreo aleatorio

Mediciones e intervenciones. Características sociodemográficas, de los medicamentos, problema de salud (PS) y origen prescripción.

Resultados. Trescientas UF, 968 sujetos. Mediana miembros/UF: 3 (rango: 1-7). Total medicamentos 4460, media/UF: 21,6 (DE: 13,6). Pertenecen a 16 GT. Los > 64 años son 155 (mediana edad 74 años (DE: 7,2; rango: 65-101; 52,3% mujeres;) pertenecientes a 102 UF. El 73,5% son casado/emparejado, 23,9% viudo. Sólo el 5,1% tienen estudios superiores al bachiller, el 53,5% eran trabajadores manuales. El 92,9% son pensionistas; el 21,9% tienen CLT. Toman medicamentos 147 personas; total medicamentos 692, media/persona: 4,7 (DE: 2,9; rango: 1-17). El 20,6% (N: 32) toman > 6 medicamentos. Pertenecen a 13 grupos terapéuticos (GT): 201(29%) Cardiovascular, 129(18,6) Sistema nervioso, 116 (16,8%) Digestivo, 69(10%) Respiratorio. Siete PS suponen el 54,6%: tensión alta, problemas de estómago, problemas circulatorios, dolor de espalda/ciática, nervios y/o depresión, bronquitis y problemas del corazón. Duración del tratamiento: 497 (71,8%) crónica, 112 (16,2%) aguda y 83 (12%) crónica discontinua. Origen de la prescripción: 345 (49,9%) el médico de cabecera, 160 (23,9%) especialista de área, 111 (16%) especialista de hospital. Automedicación: 59 (8,7%), el ama de casa contribuye con el 5,3%.

Conclusiones. El principal prescriptor es el médico de cabecera. El promedio de medicamentos, los GT más frecuentemente utilizados y los PS por los que los toman coinciden con lo publicado en la bibliografía. La automedicación es baja.

Proyecto investigación FIS PI nº 01/1180 y Consellería Sanidad Valencia PS-037/2002.

P115 PERFIL DEL PACIENTE MAYOR DE RIESGO TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD

J.A. Fernández Hernández, S. Matos Castro, S. Domínguez Coello, A. Méndez Urteaga y J. Conde Pérez

Centro de Salud de Tacoronte. Tacoronte. Islas Canarias.
Correo electrónico: sdominguezc@terra.es

Objetivos. Conocer el perfil del paciente mayor de riesgo (PMR) en nuestra zona básica de salud (ZBS) tras la implementación del programa de atención a las personas mayores.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo.

Ámbito del estudio. Atención Primaria

Sujetos. Todos los PMR de 4 de los 12 cupos de la ZBS.
Mediciones e intervenciones. Se analizan las historias clínicas.
Resultados. De 122 PMR, 70% son mujeres, sin diferencias de edad entre sexos (edad media: 81,89 ± 6,66). Viven solos el 18,2%, incluidos en programa de atención domiciliaria 27%. Mientras el 27,7% presenta problemática social, el 44,5% ha sufrido cambio reciente en su situación sociosanitaria. Han sufrido caídas el 44,6% y presentan riesgo alto de tenerlas el 52,5%. Tienen demencia 15,6% y depresión 18,2%. Presentan alguna dependencia en actividades básicas (KATZ) 56,6%. El 33,1% dependen en 3 o más actividades básicas siendo mayor esta dependencia en las mujeres (38,8% vs 19,4%; p = 0,029); I. Barthel (media mujeres 78,15 ± 28,6 vs media hombres 86,43 ± 19,04 puntos; p = 0,004). En la actividad instrumental (Lawton y Brody) el 45,2% depende en tres o más actividades. El 24,2% presenta más de tres errores en el Pfeiffer. Estos son más dependientes (60% vs 24%, p = 0,001) y han sufrido más caídas (48,8% vs 23,6%, p = 0,008).
Conclusiones. Las PMR presentan como condicionante del riesgo un problema social o cambio en su situación sociosanitaria. Esto, junto al alto grado de dependencia debería condicionar la intervención del equipo y de la red de apoyo social.

P116 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA POLIMEDICACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

V. Urbano Fernández, A.M. Gómez Martín y J. Pradas Chía

Centro de Salud de la Candelaria. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla. Sevilla. Andalucía.
 Correo electrónico: vic_urbano@yahoo.es

Objetivos. Detectar el porcentaje de polimedicaados con problemas derivados del consumo de fármacos y las variables asociadas. Identificar interacciones farmacológicas de relevancia clínica.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano

Sujetos. Personas > / = 65 años polimedicaadas con Cartilla de Largo tratamiento

Mediciones e intervenciones. Tamaño muestral y muestreo: del total de 1.662, captación de los que acudieron a la consulta desde enero hasta marzo de 2005 (152 pacientes). Variables: problemas potenciales relacionados con la medicación: interacciones medicamentosas y/o uso inapropiado de fármacos (Criterios de Beers 1997, medicamento contraindicado, tratamiento prolongado según la Guía Terapéutica SEMFYC 2004, incumplimiento terapéutico admitido, pauta terapéutica errónea). Recogida de datos: captación de pacientes en consulta. Tras pilotaje previo y elaboración manual del encuestador, se cumplimentó mediante entrevista personal un cuestionario. Tras detectar problemas con la medicación, se comunicó al médico correspondiente.

Resultados. Problemas derivados del consumo de fármacos 63,8%, con interacciones 33,6%, con uso inapropiado 55,3% (ambos 32,24%). Existe una asociación entre la presencia de problemas y el número de fármacos (p < 0,05). La edad media fue de 75,95 años (predominio de mujeres), con estudios primarios 78,3%, media de diagnósticos 5,32 y de prescriptores 2,61. El consumo medio de medicamentos 7,76; Automedicación un 8,6%; 34,2% desconocía el objetivo terapéutico y 18,4% manifestó problemas con el manejo.

Conclusiones. Aproximadamente dos tercios ha presentado problemas con la medicación, la variable asociada fue el mayor consumo de fármacos. Se han identificado varias interacciones medicamentosas relevantes. Son necesarios más estudios que analicen los problemas relacionados con la medicación en los ancianos.

P117 DIFERENCIAS EN MORTALIDAD EN POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

P. Magán Tapia, A. Alberquilla Menéndez-Asenjo, A.I. Tabuena Martín, S. Estrada de la Viuda, R. García de Pedro y A. Otero Puime

Cátedra de Medicina de Familia UAM/Novartis. Gerencia de Atención Primaria Área 11, Madrid. Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. C.S. Parque Europa, Pinto. Cátedra de Medicina de Familia UAM/Novartis. Madrid. Madrid.
 Correo electrónico: pmagantapia@hotmail.com

Objetivos. Detectar posibles desigualdades en el riesgo de mortalidad en la población igual o mayor de 65 años incluida en una comunidad autónoma (CA) y explorar su relación con factores socioeconómicos.

Diseño: Observacional, retrospectivo, analítico de tipo ecológico
Ámbito. Una Comunidad Autónoma; siendo la unidad de análisis los municipios de dicha comunidad

Población. Personas de 65 años o más.

Mediciones e intervenciones. La variable analizada es el total de defunciones acaecidas para la población de estudio durante el periodo de tiempo 1998-2002. Se estudiaron indicadores de mortalidad global (Tasa Estandarizada de Mortalidad (TEM)) e indicadores socioeconómicos (Renta Media Disponible (RMD) y el lugar de residencia). Se realizó un análisis descriptivo y mediante modelos de regresión de Poisson se estudió la relación entre los indicadores socioeconómicos y la mortalidad.

Resultados. La TEM oscila entre 343,98 y 8,51 defunciones por cada mil habitantes. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la TEM entre los estratos socioeconómicos extremos (> 13.000€ vs > 9.000€), (RR = 0,64), así como entre los diferentes estratos del lugar de residencia: semirural vs rural (RR = 0,66) y urbano vs rural (RR = 0,46)

Conclusiones. Las desigualdades en salud en población general y la relación inversa entre el nivel socioeconómico y la salud han sido previamente demostradas en otros estudios. En este estudio se demuestra la existencia de grandes desigualdades en la mortalidad de población mayor de 65 años, y su relación con factores socioeconómicos. Esto puede ser el reflejo de un problema de inequidad que debería ser estudiado para ser evitado.

P118 RIESGO DE CAÍDAS (RC) EN PACIENTES FRÁGILES CUANDO REGRESAN A CASA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

N. Lorenzo Prozzo, P. Mehtani Mehtani, O. Lorenzo Prozzo, A. Viñas Pérez, S. Barreto Cruz y A.M. López Hijazo

Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria La Laguna. La Laguna. Islas Canarias.
 Correo electrónico: asunlhijazo@terra.es

Objetivos. Medir la prevalencia de factores de riesgo de caídas (FRC) en pacientes incluidos en un programa de Integración y Coordinación Asistencial realizado por MF y evaluar las acciones derivadas de los mismos.

Tipo de estudio. Descriptivo observacional y prospectivo

Ámbito del estudio. Área de Salud y Hospital de referencia

Sujetos. Pacientes ingresados con criterios de fragilidad dados de alta a domicilio entre Julio y Diciembre de 2004

Intervención. Programa de integración y coordinación asistencial AP-Hospital, aplicando métodos de valoración integral propios del médico de familia (MF), donde se ponen en marcha acciones que permiten no sólo mejorar la continuidad de los cuidados sino identificar subpoblaciones de riesgo y planear acciones dirigidas a disminuirlo.

Variables. Demográficas, hábitos, carga morbil, estado funcional, cognitivo, nutricional, auditivo, visual, tratamientos, barreras domiciliarias.

Análisis. Frecuencias, medias y SD, medianas y recorrido intercuartílico, χ^2 para la comparación de variables categóricas.

Resultados. N = 391. Mediana edad = 78 (72-82). Mayores de 64 = 86,7%. Hombres = 54%. Estancia, mediana = 19 días (12-32). Pacientes encamados = 11,3%. Mediana de FRC = 6 (4-8) y el 99,2% tiene al menos uno. FRC más prevalentes: polimedicaación = 64,2%, barreras domiciliarias = 49,4%, alteración de la marcha = 44%, Katz > A = 44%, deterioro cognitivo = 23% Tto: hipotensor = 50%, diurético = 39,1%, benzodiacepinas = 25,8%. RC como problema asignado al alta y plan de cuidados = 76,5%. Mediana de FR en el grupo de no riesgo = 3 (2-5)

Conclusiones. La identificación de la condición de fragilidad durante el ingreso permite identificar con precisión subpoblaciones de pacientes con riesgo de caídas. La carga de FRC identificados por paciente es muy elevada. Dicha identificación deriva en acciones dirigidas hacia los factores modificables para su prevención.

P119 DEMORA DIAGNÓSTICA DEL CÁNCER DE PULMÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.L. González Pérez, C. Pérez López, J.A. Rodríguez Borrajo, J. Abal Arca y M. Blanco-Ramos

Unidad de Docente de Medicina Familiar e Comunitaria. Ourense. Galicia.
 Correo electrónico: manuel.blanco.ramos@sergas.es

Objetivos. Estudio de los factores clínicos y demográficos asociados a las demoras diagnósticas del cáncer de pulmón.

Tipo de estudio. Estudio prospectivo de una cohorte.

Ámbito del estudio. Atención primaria.

Población. Pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón en una provincia de interior, durante el periodo 1999-2003 (n = 786). Tiempo de seguimiento medio 438 días (IC 95% 408-468).

Variables. Sociodemográficas y clínicas (demora clínica: tiempo transcurrido entre primer síntoma y primera consulta; demora diagnóstica: tiempo transcurrido entre primera consulta y diagnóstico; demora total: suma de ambas).

Resultados. La edad media de diagnóstico fue de 69 años (IC 95% 68 - 70), sin diferencias por sexo. Los pacientes eran derivados mayoritariamente por urgencias (57%) mientras que el resto se repartía de forma uniforme entre la atención primaria, la consulta de medicina interna y de neumología. La demora clínica del paciente, fue de 99 días (IC 95% 91 - 107), variando de los 127 en atención primaria (IC 95% 93 a 162) a los 84 de los pacientes procedentes de urgencias (IC 95% 74 a 93%) (p = 0,0005). La demora diagnóstica no se vio influida por el hábitat del enfermo (rural/semiurbano/urbano), así como por la distancia al centro hospitalario.

Conclusiones. El tiempo de demora diagnóstica es similar a otras áreas. La demora desde atención primaria es mejorable y se deben establecer mecanismos que faciliten la sospecha y la comunicación con el medio hospitalario.

P120 CONCORDANCIA EN LA PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES

M. Llagostera, M.J. Maya, M. Esteva y J. Ripoll

ESAD, Gerencia Atención Primaria de Mallorca. Palma de Mallorca. Illes Balears. Correo electrónico: llagos@hotmail.com

Objetivos. Evaluar concordancia de percepción de síntomas entre el paciente y sus cuidadores, y entre los cuidadores.

Tipo de estudio. Estudio Descriptivo.

Ámbito del estudio. Área Sanitaria

Sujetos. Se entrevistó a 109 pacientes oncológicos terminales con un mínimo de dos síntomas de los 5 estudiados; incluidos en programa de ESAD (Equipo Soporte Atención Domiciliaria) y a sus cuidadores.

Mediciones e intervenciones. Cinco síntomas del Rotterdam Symptom Check List con respuestas de nada, un poco, bastante o mucho. Se calculó el Índice Kappa (IK).

Resultados. Media de edad del paciente de 74,5 años (DE 9,6). El 60,6% varones, el 39,3% estudios primarios incompletos. El 62,4% tienen un cuidador, el 34% dos cuidadores y el 3,6% tres cuidadores. El 80,6% de cuidadores son mujeres, el 37,3% de ellos es cónyuge y el 33,3% son hijos/as. La concordancia sobre síntomas entre paciente/cuidador principal o paciente/segundo cuidador fue respectivamente; débil para la fuerza (IK = 0,39 y IK = 0,31), el dolor (IK = 0,35 y IK = 0,34) y la disnea (IK = 0,40 y IK = 0,39). Se encontró buena concordancia para el apetito (IK = 0,63 y IK = 0,68) y muy buena para los vómitos (IK = 0,82 y IK = 0,87). La concordancia entre cuidador principal y segundo cuidador fue buena para apetito, disnea y vómitos (IK = 0,71, IK = 0,75, IK = 0,65) y moderada para fuerza y dolor (IK = 0,54 y IK = 0,59).

Conclusiones. Existen diferencias en la valoración de síntomas entre cuidadores y pacientes y menos entre cuidadores. La fuente de información debe tenerse en cuenta en la comunicación del profesional de ESAD con pacientes y cuidadores y en las decisiones clínicas que se debían tomar.

P121 ATENCIÓN DE CALIDAD AL FINAL DE LA VIDA

A. Canalejo Echeverría, M.D.M. Becerra Mayor, V. Cañada Sutil, P. Salinas Martín, C. Casado Castellano R. Vallejo Mora

Centro de Salud El Palo. Málaga. Andalucía. Correo electrónico: martaalberto@terra.es

Objetivos. Evaluar la calidad de la atención prestada a pacientes terminales. *Diseño.* Descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Centro de Salud

Población y muestra. Todos los pacientes incluidos en el programa de "Terminales" en Marzo de 2005. 39 pacientes con enfermedad irreversible con pronóstico fatal a corto plazo y con un deterioro notable de la calidad de vida y subsidiario de tratamiento paliativo no curativo.

Mediciones. Edad, género, enfermedad terminal, tipos de cáncer y los siguientes criterios de calidad: a) atención domiciliaria interdisciplinaria; b) utilización de opioides (débiles o fuertes); y c) asistencia de dichos pacientes a urgencias, como indicador negativo.

Resultados. Se analizan 39 pacientes (21 hombres y 18 mujeres) con una media de edad de 71 años y se obtiene: 1. El 75% de los pacientes en situación terminal recibieron atención a domicilio del equipo (intervalo de confianza: 66,81-92,16). 2. La utilización de opioides es de un 33,3% (IC: 18,54- 48,13). 3. 13 pacientes fueron atendidos en urgencias, el 66,7% NO ACUDEN a estos servicios (IC: 51,87-81,6). 4. 36 de los pacientes incluidos en el programa estaban diagnosticados de algún tipo de cáncer (próstata, mama, cabeza y cuello, colon y/o recto, pulmón, hígado, otros tipos).

Conclusiones. Destacamos la inclusión casi exclusiva de pacientes de cáncer, la necesidad de mejorar el tratamiento del dolor y el elevado seguimiento de estos pacientes por nuestro equipo.

P122 SUPERVIVENCIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA SEGUIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

G.J. Díaz Grávalos, G. Palmeiro Fernández, M. Souto Pereira, C.A. Pérez Dinamarca, E. López Vázquez y J. Pereira Fiuza

CS Cea, CS Coles, CS Vilamarín, CS Os Peares. Cea (Ourense). Galicia. Correo electrónico: gabriel.diaz.gravalos@sergas.es

Objetivos. Analizar la supervivencia en pacientes diagnosticados de cáncer de próstata y algunos factores que pueden modificar su pronóstico.

Tipo de estudio. Estudio de cohortes retrospectivo.

Ámbito del estudio. Seis consultas rurales de Atención Primaria

Sujetos. La totalidad de pacientes diagnosticados de cáncer de próstata entre 1992 y 2005, atendidos en dichas consultas.

Mediciones e intervenciones. Se determinaron: edad al diagnóstico, fechas de diagnóstico de sospecha y confirmación, método diagnóstico y estrategia terapéutica. Se utilizó el método de Kaplan-Meier en la determinación de la probabilidad de supervivencia y la regresión de Cox en la investigación de los factores pronósticos.

Resultados. Se reclutaron 87 casos. La edad media (DE) al diagnóstico fue de 75,8 (8,6) años. La demora diagnóstica fue de 150,4 (325) días. El diagnóstico se realizó mediante biopsia en 38 casos (43,7%). Se realizó tratamiento quirúrgico en 14 casos (16,1%), radioterapia en 7 casos (8%) y recibieron tratamiento hormonal 66 pacientes (75,9%). Entre los 52 fallecidos al cierre del estudio, 22 (42,3%) lo fueron por su cáncer de próstata. La mediana de la supervivencia fue de 72,1 meses (EE 5,26). Para la totalidad de la serie, la probabilidad de supervivencia a los 5 años tras el diagnóstico fue del 50,2%. No se encontraron diferencias pronósticas en función del tratamiento empleado o la demora diagnóstica.

Conclusiones. La supervivencia tras el diagnóstico de cáncer de próstata se puede considerar alta. No existe relación entre la supervivencia y la demora diagnóstica o el tratamiento empleado.

P123 PERFIL DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN LA CONSULTA DE CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN UNA ÁREA BÁSICA DE SALUD

M. Pinilla Macarro, O. Colet Villar, D. Garcia Vidal, M. Ruiz Batalla, Y. Reillo Marqués y V. Castillo García

ABS Baix Penedes Interior. Arboç. Cataluña. Correo electrónico: dagarvid@yahoo.es

Objetivos. 1. Conocer perfil de mujer atendida en consulta de cribado cáncer cérvix. 2. Conocer perioricidad del cribado

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Ámbito del estudio. Consulta de cribado de cáncer de cérvix implantada en la consulta de un médico de cabecera de un área básica de salud rural, que atiende a una población aproximada de 10.100 habitantes (4.797 mujeres mayores de 15 años).

Sujetos. 265 mujeres que acudieron a realizar citologías de cribado de noviembre de 2003 a mayo de 2004.

Mediciones e intervenciones. Variables del estudio: edad, tiempo transcurrido desde la última citología, acceso al cribado, método anticonceptivo, menopausia, clínica menopausia, incontinencia urinaria, metrorragias, antecedentes personales ginecológicos.

Resultados. Edad media: 44,13 ± 13 años. 44,15% habían realizado citología en los últimos 3-5 años. 36,6% en menos de 3 años. 46,42% acceso a la consulta a petición de la paciente. 80,4% no presentan antecedentes

ginecológicos de interés. 85,3% de mujeres en edad fértil utilizan algún método anticonceptivo: más utilizado preservativo (38,42%). 26,27% de las mujeres presentan menopausia, con clínica menopausia 38,7%. Reciben tratamiento hormonal sustitutivo 12,5%. 12,3% Incontinencia urinaria (87,8% esfuerzo). Se detectan 5 casos de metrorragia post menopausia.

Conclusiones. La consulta de cribado de cáncer de cérvix se ha realizado sobre población joven de edad media $43,13 \pm 13$ años, mayoritariamente sin patología ginecológica previa (80,4% sin antecedentes ginecológicos de interés). Elevado uso de medidas anticonceptivas (80,4%) en las mujeres en edad fértil. 44,15% es correcta la perioricidad con la que se realizan las citologías. 46,42% de mujeres acceden a consulta de cribado a petición.

P124 EXPECTATIVA DE VIDA EN EL CÁNCER GÁSTRICO

M.G. López Sánchez, A. García García, J.A. Maderuelo Fernández, M. Gómez-Escolar Pérez, A. Gil Sánchez y P. Pascual Sutil

Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca. Castilla y León.
Correo electrónico: aglgarcia1@yahoo.es

Objetivos. Determinar los factores asociados a una supervivencia mayor de dos años en pacientes con tumores gástricos.

Tipo de estudio. Se ha realizado un estudio transversal. Utilizamos el programa SPSS 10.0.

Ámbito del estudio. Área de salud.

Sujetos. Se revisa la totalidad de pacientes (340) diagnosticados de tumor gástrico en nuestro área de salud durante el periodo de septiembre de 1997 a junio de 2004.

Mediciones e intervenciones. Diseñamos un modelo de regresión logística mediante el método de paso a paso ascendente en el que la variable dependiente es la supervivencia mayor de dos años después del diagnóstico, y las covariables candidatas a integrar el modelo son: edad, sexo, localización del tumor y anatomía patológica.

Resultados. Las variables que integran la ecuación final son la localización, el tipo histológico y la edad, de forma que los tumores en curvatura menor tienen mayor probabilidad de tener una supervivencia superior a dos años (Odds Ratio -OR- de 7,2 con un intervalo de confianza al 95% -IC95%- de 1,9 a 27,8). La localización en curvatura mayor tiene una OR 3,7 e IC de 1,1 - 12,8. En los adenocarcinomas se observa una OR 3,1 con IC de 1,0 - 9,5. En cuanto a la edad, se ha encontrado que cuando el diagnóstico es a edades más avanzadas, la supervivencia se acorta más en el tiempo.

Conclusiones. Se han comparado los resultados con la bibliografía existente y resulta coincidente, en cuanto a supervivencia, para tumores de similares características histológicas.

P125 ¿SE LE DICE AL PACIENTE QUE PADECE CÁNCER?

B. Francia García, M. Szécbényi Conde, A. Menéndez Gancedo e I. Pidal Meana

Centro de Salud de Natahoyo. Gijón. Asturias.
Correo electrónico: begofrancia77@hotmail.com

Objetivos. El cáncer es una de las principales causas de muerte en España, siendo difícil el manejo de la información diagnóstica. Nuestros objetivos son conocer el porcentaje de enfermos de "cáncer" que saben el diagnóstico, las variables relacionadas con su revelación, si existe cambio de actitud post-diagnóstico en el paciente y la opinión del cuidador principal.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Dos zonas básicas de salud.

Sujetos. Fallecidos por cáncer entre el 1/06/2003 y el 31/05/2004.

Mediciones e intervenciones. Realizamos entrevista personal al cuidador principal de los pacientes fallecidos.

Resultados. Obtuvimos 41 pacientes. El 46,3% sabía que padecía "cáncer". El 68,4% de hombres y la "edad" resultó estar relacionada significativamente con la revelación diagnóstica ($p = 0,01$). En el 66,6% de los casos hubo cambio de actitud positiva. En un 84,2%, el informador fue el especialista (68,8% cirujanos). En un 40,9% de los pacientes no informados se recurría a términos inespecíficos (obstrucción...) y tan sólo se hizo pronóstico vital en el 13,6%. Por último, un 70% de los entrevistados desearían conocer el diagnóstico si fuesen ellos los afectados.

Conclusiones. Se comunica el "cáncer" a casi la mitad de nuestros pacientes y en la mayoría de ellos existe un cambio de actitud positiva tras el diagnóstico. A menor edad mayor revelación diagnóstica. En los pacientes no informados, la enfermedad se explica muchas veces bajo términos inespecíficos, sin recibir pronóstico vital, sin embargo no suelen solicitar más información. Los cuidadores principales desearían saber el diagnóstico en su caso.

P126 INCIDENCIA CÁNCER COLORRECTAL EN NUESTRA ÁREA DE SALUD

A. Rodrigo Sanbartolomé, F. Calvo Hernán, N. Maroto, E. Buch, A. Albert Contell y J. Hinojosa del Val

Hospital de Sagunt. Sagunt. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: aderosam@comv.es

Objetivos. La incidencia de CCR estimada en España es de 48,6 casos nuevos /100.000 habitantes y año (26,6/10 5 hombres y 22/10 5 mujeres). Analizar la incidencia del cáncer colorrectal (CCR) en nuestra área de salud y en las distintas zonas básicas de salud (ZBS) desde el 1-1-2001 al 31-12-2004, por grupos de edad y sexo.

Tipo de estudio. Estudio longitudinal descriptivo.

Ámbito del estudio. Área de salud de 115.586 habitantes (10 ZBS)

Sujetos. Pacientes con diagnóstico de CCR (153-154 CIE.9) del año 2001 al 2004 pertenecientes a nuestra área.

Mediciones e intervenciones. Datos obtenidos del padrón municipal (2003) y de los servicios relacionados de nuestro hospital. Se calculó la incidencia anual y acumulada del área y de las ZBS, en función del sexo y la edad.

Resultados. Se han diagnosticado 308 casos de CCR (edad media: 70 ± 13 años), 169 (55%) varones y 139 (45%) mujeres. Incidencia media anual: 66,6/10 5 habitantes/año y acumulada cuatrienal: 266,46/10 5 habitantes, con una incidencia anual máxima de 74,4/10 5 habitantes en el 2004. Incidencia media específica por sexo: hombres 74,35/10 5; mujeres 59,2/10 5. Incidencia media específica por grupos de edad: 15-44: 5,11; 45-64: 48,77; 65-84: 182,6; > 85 : 296,39. La Incidencia media anual máxima se concentra en la ZBS 8 (159,28/100.000 habitantes/año).

Conclusiones. La incidencia de CCR en nuestra área es alta respecto a la estimada en la población española, con un aumento progresivo en el tiempo de seguimiento evaluado y en relación con la edad.

P127 PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LA SOLICITUD DE INFORMES CLÍNICOS HOSPITALARIOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

R. de Dios del Valle, J. Gutiérrez Martínez, R. Mesa Pandal, F. Martínez Álvarez y A. Mendez Menendez

Gerencia del Área I, Gerencia del Hospital de Jarrío, EAP de Navia, EAP Trevias. Jarrío-Coaña. Asturias.
Correo electrónico: ricardo.dedios@sespa.princast.es

Objetivos. Facilitar el acceso a la solicitud de Informes Clínicos Hospitalarios.

Descripción. Área Sanitaria con baja densidad de población, gran dispersión geográfica, inexistencia de medios de transporte y baja renta familiar. Los desplazamientos son costosos. Cuando un ciudadano requiere un informe clínico de las consultas externas del Hospital, debía acudir al Servicio de Atención al Paciente del Hospital (SAP). Con objeto de facilitar el acceso a esta información se diseñó el presente proyecto: Fase 1 (Elaboración). Grupo de trabajo (SAP, Dirección Médica de Atención Primaria, Administrativos de AP). Se diseña un nuevo circuito de solicitud, donde la solicitud es realizada en las Unidades Administrativas de AP, se envía al SAP, el cual lo solicita al Servicio implicado y tras su recepción lo envía por correo al ciudadano. Se diseña una plantilla en OMI-AP como solicitud. Fase 2 (Implantación). Se inicia el 1/02/2005. Fase 3 (Evaluación). Se hace un seguimiento de las peticiones realizadas desde los centros de atención primaria desde la instalación del sistema hasta 1/05/05.

Resultados. En febrero solicitaron 86 informes, 1 en el centro de salud (1,16%; IC95%: 0,05-5,59). En marzo 16 de 81 (19,75%; IC95%: 12,15-29,5) y en abril 54 de 122 (44,3%; IC95%: 35,6-53,16%). A finales de abril 9 de 11 zonas habían participado. Se evitaron en tres meses 3.265,2

kilómetros de desplazamiento (media de 45,98 km/paciente). El coste de estos desplazamientos sería de 19,31 euros/paciente (mínimo 2,52 euros y máximo 60,14 euros).

Conclusiones. La AP ha fortalecido su papel de puerta de entrada al sistema sanitario evitando visitas burocráticas innecesarias al hospital, con el consiguiente ahorro para el paciente.

P128 ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS DE SOPORTE VITAL AVANZADO POR PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

J.A. Iglesias Vázquez, C.G. María Soledad, M.V. Barreiro Díaz, J.M. Flores Arias, M.F. López Crecente y B. García Varela

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061. Santiago de Compostela. Galicia.

Correo electrónico: antonio.iglesias.vazquez@sergas.es

Objetivos. Conocer el grado de mejora en la adquisición de conocimientos en el personal de atención primaria (AP) tras la realización de un curso de soporte vital avanzado (SVA) de 20 horas.

Descripción. Se realiza un estudio descriptivo a nivel de la comunidad autónoma de Galicia en 201 médicos y enfermeros de AP que realizaron un curso reglado de SVA durante el último trimestre del año 2003. La selección de los alumnos era realizada por las gerencias de AP. Se realizaba un examen preliminar de 20 preguntas test con solo una respuesta correcta. Al finalizar el curso se realizaba otro examen del mismo tipo con 40 preguntas en las que se repetían aleatoriamente las 20 del examen preliminar. Para superar ambas pruebas se precisaba del 75% de respuestas correctas. No se puntuaba negativamente. Se compararon los datos de las diferentes gerencias de AP para ver los grados de mejora de cada una de ellas.

Conclusiones. Grado de mejora entre las pruebas inicial y final: a) En % aprobados: A Coruña 67, Ferrol 63, Santiago 20, Lugo 95, Ourense 15, Vigo 54, b) En número de aciertos: A Coruña 25, Ferrol 24, Santiago 22, Lugo 38, Ourense 16, Vigo 21. Se produce una clara adquisición de conocimientos durante la realización de un curso de SVA que se ve reflejado en la mejora del número de aprobados y de respuestas correctas en los exámenes. La gerencia de AP donde se produce una mejoría mas acusada es la de Lugo y la peor, y donde se debe realizar un esfuerzo suplementario, la de Ourense.

P129 CARACTERÍSTICAS Y PERFIL DEL USUARIO DE ETNIA GITANA QUE ACUDE A LAS URGENCIAS DE PRIMARIA. ESTUDIO DE 1 AÑO

A. Pérez Martín, J.R. López Lanza, T. Dierksen Sotos, M. Villa Puente, S. Raba Oruña y M.J. Agüeros Fernandez

CS Los Valles. Mataporquera. Cantabria.

Correo electrónico: alvaropezma@yahoo.es

Objetivos. Estudiar el perfil y características de los usuarios de etnia gitana atendidos en un servicio de urgencias extrahospitalarias.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Ámbito del estudio. Servicio urgencias extrahospitalario ámbito rural, zona de 1.530 sujetos (1,37% etnia gitana)

Sujetos. Pacientes de etnia gitana atendidos de urgencia durante el 2004.

Mediciones e intervenciones. Variables sociodemográficas, temporales y de atención médica

Resultados. Se realizaron 523 atenciones urgentes (29,53% del total), con edad media 30,08 años (DE \pm 20,47) y predominio masculino (59,7%). Fueron atendidos a domicilio 0,4%. Las causas más frecuentes fueron las traumatológicas (22,9%) y neumológicas (14,5%); por la clasificación CIPSAP-2: VII enfermedades cardiovasculares (16,4%), VIII enfermedades aparato respiratorio (13,4%) y XIII enfermedades osteoarticulares (13,4%). La atención más frecuente se realizó el lunes (17,2%) (fin de semana 28,6%), por la tarde (15-22 horas)(70,7%)(noche (12,8%)). El destino más frecuente fue el envío a su domicilio (67,5%), el 2,9% derivado al hospital; estos últimos tienen una edad de 38,67 años (DE \pm 28,33), por causa cardiológica (40%) y traumatológica (26,7%). No requiere medicación aguda (85,2%) (tranquilizantes (42,9%)); el 52,8% necesitó medicación posterior (antinflamatorios 61,3%).

Conclusiones. El perfil del usuario gitano atendido es un varón de mediana edad, que acude el fin de semana por la tarde, por un motivo traumatológico, siendo derivado a su domicilio. Los motivos de consulta más

habituales, como cabría esperar, son los debidos a patología traumatológica y respiratoria. La atención a domicilio es prácticamente inexistente. Existe muy poca derivación hospitalaria siendo estos principalmente varones por causas cardiológicas y traumatológicas. Existe una utilización importante de los servicios de urgencias por parte de la etnia gitana lo que debe tenerse en cuenta al planificar la organización del servicio de urgencias.

P130 TRAUMATISMO TORACOABDOMINAL EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

M. Álvarez Álvarez, M.F. Rodríguez Piñán, M. Fernández López, O. Estraviz Paz, J. Sanz Smith y A. Araujo González

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. Ourense. Galicia. Correo electrónico: chaomonica@hotmail.com

Objetivos. Descripción del traumatismo toracoabdominal bajo el prisma de las urgencias extrahospitalarias.

Tipo de estudio. Revisión de historias clínicas informatizadas del servicio Fundación Pública Urgencias Sanitarias de la comunidad, año 2004, de pacientes con traumatismos torácicos (TT) y/o abdominales (TA).

Resultados. 639 pacientes. Hombres 71,4%. Edad media: 42,37 años. TT y TA asociados: 20,79. Trauma score (TS): 12' 79,2%, 10-11' 6,3%, 7 a 9' 4,2%, 1 a 6' 2,5%, 0' 7,8%. Escala Glasgow \leq 8 15,2%. Reanimación cardiopulmonar 2,5%. Aislamiento vía aérea: 10,8%. Atrapados: 12,83%, media 24 minutos. Lesiones asociadas: Cráneo 33,5%, columna 17,8%, brazos 26,6%, piernas 30,3%, pelvis 12,4%. TT lesiones encontradas: dolor 49,45%, contusión 53,9%, herida 9,38%, fractura abierta 0,6%, fractura cerrada 15,4%, quemadura 3,4%. TA lesiones encontradas: dolor 16,7%, contusión 20%, herida 5,6%, quemadura 2,1%. Finalización asistencia: traslado a hospital 89%, éxitus 8,6%, alta in situ 2,3%. Tiempo media de asistencia (desde inicio asistencia hasta movilización de ambulancia hacia el hospital) (TMA) (n = 462) 24,5 minutos. Cruzando TS con TMA: TS 0 a 3' TMA 39 minutos, TS 4 a 6' TMA 26, TS 7 a 9' TMA 32,58, TS 10 a 12' TMA 23,5.

Conclusiones. Patología mayoritariamente asociada a traumatismos en otras localizaciones con importante mortalidad. Aunque no disponemos todos los TMA, podríamos hablar de una tendencia; a mayor gravedad de las lesiones mayor tiempo de asistencia, significando el cambio de concepto de asistencia que llevan a cabo este tipo de servicios de urgencias, primando el tratamiento y la estabilización inicial al transporte rápido hospitalario sin más.

P131 ¿CUÁNTAS VECES LLAMO POR TELÉFONO PARA CONSEGUIR CITA?

M.A. Velasco Marcos, R. González Padín, J.A. Bajo Santos, A.I. Funcia Barrueco, M. Bernad Vallés y J.A. Maderuelo Fernández

Centro de Salud Miguel Armijo. Unidad Docente de Mfyc. Salamanca. Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: mauxi.velasco@comsalamanca.es

Objetivos. Las encuestas son una herramienta útil para conocer las expectativas y necesidades de los usuarios. Pretendemos valorar la accesibilidad y satisfacción identificando las oportunidades de mejora en el servicio de cita telefónica de un centro de salud urbano.

Tipo de estudio. Observacional, descriptivo, transversal de satisfacción.

Ámbito del estudio. Entrevista personal realizada en abril de 2005 a la salida de un Centro de Salud urbano.

Sujetos. Muestreo aleatorio a 225 usuarios que acuden al Centro de Salud.

Mediciones e intervenciones. Preguntas basadas en encuesta de satisfacción INSALUD 2001. Los datos se analizan mediante el paquete estadístico SPSS.

Resultados. El 65% de los encuestados son mujeres y la edad media es 54,6 años. El teléfono es el método preferido para pedir cita (37% siempre por teléfono). Conseguir cita por teléfono, se considera difícil o muy difícil por el 56%. El número medio de llamadas realizadas para conseguir cita fue de 4,2. Un 19% necesitó un número de llamadas igual o superior a las 6. Los usuarios esperarían conseguir cita en dos llamadas. La hora de cita deseada por el usuario es tenida en cuenta en el 63% de los casos. El 51,6 % de las llamadas para solicitar cita se realiza entre las 8 y 10 horas; sólo el 6,7% llama a partir de las 14 horas.

Conclusiones. El número de llamadas telefónicas para conseguir cita es superior al esperado por los usuarios. Siempre o casi siempre se tiene en cuenta la preferencia en la hora de consulta solicitada. Se utiliza una pequeña franja horaria para realizar la mayoría de las llamadas telefónicas.

P132 EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN SISTEMA DE TRIAGE EN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

M.T. Soler, J. Campos, A. Sánchez-Requeno, M.D. Galicia, A. González-Torga y E. Leutscher

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa, Alicante. Comunidad Valenciana. Correo electrónico: penitente02@yahoo.es

Objetivos. Valorar el impacto de un sistema de triage en un Hospital Comarcal, en cuanto a tiempos asistenciales y tiempo de permanencia del paciente en Urgencias.

Tipo de estudio. Estudio transversal descriptivo, en dos tiempos.

Ámbito del estudio. Urgencias de un hospital comarcal y de un hospital de referencia.

Sujetos. Pacientes atendidos en ambos servicios, durante dos periodos de 15 días del año 2004.

Mediciones e intervenciones. Comparamos los tiempos asistenciales de los pacientes atendidos las urgencias del hospital de referencia (con un sistema de triage de dos años de evolución); con los tiempos asistenciales en las urgencias de un hospital comarcal, en dos periodos diferentes, el primero sin triage y el segundo con un triage de reciente implantación. Sistema de triage Modelo Andorrano (MAT), con 5 niveles (asistencia-inmediata, < 7 min, < 15 min, < 30 min, < 40 min)

Resultados. En las urgencias del hospital de referencia todos los pacientes se atendieron dentro de los límites de tiempo establecidos para cada nivel de triage. En el hospital comarcal, durante el periodo sin triage, las urgencias se atendieron en una media de 22 min, mientras que con un sistema de triage cada nivel de urgencia era atendido dentro de los límites establecidos y el tiempo medio desde que un paciente llega hasta el diagnóstico disminuye a 14 min ($p = 0,00$).

Conclusiones. Como en estudios previos, el sistema de triage disminuye la estancia en Urgencias y aumenta la eficiencia del servicio. Una vez en funcionamiento el sistema de triage es una estrategia útil para mejorar el flujo de pacientes en el servicio de urgencias de forma segura.

PI-EVES 113/2004

P133 QUE SE REMITE DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.

R. López Izquierdo, I. González Manzano, M.A. Castro Villamor, A. del Rey Vieira, S. Sánchez Ramon y A. Catalina Manso

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. Castilla y León. Correo electrónico: rul636@yahoo.es

Objetivos. Conocer las características de los pacientes remitidos desde las consultas de atención primaria (AP) al servicio de urgencias hospitalario (SUH) de referencia. determinar sus características demográficas y actuaciones llevadas a cabo en el SUH.

Tipo de estudio. Estudio retrospectivo.

Ámbito del estudio. Área de salud

Sujetos. Pacientes mayores de 7 años derivados desde consultas AP de un área de salud al SUH (Hospital Tercer Nivel) desde marzo 2001 hasta diciembre 2004.

Variables. Edad, sexo, situación de ingreso/observación, pruebas realizadas y diagnósticos realizados. Análisis descriptivo de las variables. Programa estadístico SPSS11.0.

Resultados. Atendidos en SUH mayores 7 años: 291.202. Edad media: 45,92 (IC: 95%: 45,84-46,00). El 17,2% (50.007) derivados desde AP. Varón: 26.355 (49,6%), Mujer: 26.795 (50,4%). Según grupos de edad: 7-18:10,4%, 19-40:24,0%, 41-64:26,3%, > / = 65:39,7%. El 35,1% precisan observación y/o monitorización, el 64,9% permanecen en sala espera. Se realizó analítica y/o RX en 77,0%, TAC y/o ECO en 15,0%, no pruebas 7,5%. Ingreso hospitalario 26,2%, el 59,4% dados de alta para control por AP y 12,5% remitidos a consultas especializadas, otros: 1,9%. Diagnósticos sindrómicos: patología traumatológica: 20,5%, abdominal: 11,5%, cardíaca: 8,6%, respiratoria: 5,7%, oftalmológica: 4,3%, maxilofacial: 4,3%, ORL: 4,3%, neurológica: 4,2%, tumoral: 8%, obsté-

trico-ginecológica: 3,4%, heridas: 2,3%, urológica: 2%, vascular: 0,9%, psiquiátrica: 0,5%, otros: 19,5%.

Conclusiones. Los pacientes derivados pertenecen en su mayoría a grupos poblacionales de mayor edad. Teniendo en cuenta que cerca de un cuarto de los pacientes son ingresados, más de un tercio necesitan observación y/o monitorización y la gran mayoría son subsidiarios de realizar pruebas complementarias se deduce que la mayoría de los pacientes enviados desde AP al SUH precisan una atención urgente hospitalaria para llegar a diagnóstico y tratamiento adecuados. Patologías más remitidas fueron: traumatológica, abdominal y cardíaca.

P134 DESCRIPCIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LAS DERIVACIONES A UROLOGÍA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

B. Iglesias Pérez, B. Escorihuela Martínez, M. Verdú Arnal, M. Fàbregas Escurriola, M.J. Gallardo Guerra y A. Vall-Llosera Moll de Alba

SAP Garraf-Alt Penedès, Eap Gòtic, EAP Dreta Eixample.. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: xamont@eresmas.com

Objetivos. Estimar el nivel de adecuación de las derivaciones a urología en las tres patologías más frecuentemente derivadas (hiperplasia benigna de próstata -HBP-, disfunción erectil -DE- y infecciones del tracto urinario -ITU-).

Tipo de estudio. Descriptivo transversal

Ámbito del estudio. AP (51 Equipos de Atención Primaria -EAP-)

Sujetos. Derivaciones del año 2002 desde los EAP a urología por alguno de los problemas seleccionados. Muestreo proporcional, en etapas, seleccionando 10 EAP. Entre las derivaciones a urología se realizó una selección aleatoria simple. Se evaluó la adecuación en aquellas que presentaban alguno de los 3 problemas.

Mediciones e intervenciones. Se auditaron las historias clínicas (HC), recogiendo: registro de la derivación, problema de salud, datos clínicos para definir la adecuación. Los criterios de adecuación fueron definidos por un grupo de profesionales basándose en: guías de práctica clínica y evidencia disponible.

Resultados. Fueron auditadas 1017 HC, en el 32,1% (325; IC95%: 29,2-34,9) no constaba haberse realizado la derivación. De las 688 en que constaba, el 22,1% (152; IC95%:19,2-25,3) eran HBP, 8,6% (59; IC95%:6,7-10,9) DE y 8,9% (61; IC95%: 7,0-11,2) ITU. Estos 3 motivos representaban el 39,6% (272; IC95%: 35,9-43,2). El nivel de adecuación fue 30,9% en HBP (47; IC95%: 24,1-38,7); 3,4% (2; IC95%: 0,9-11,5) en DE y 62,3% (38; IC95%: 49,7-73,4) en ITU. La adecuación global fue 32,0% (87; IC95%: 26,7-37,7), observándose una alta variabilidad entre EAP [19,2% (IC95%: 8,5-37,9) a 41,5% (IC95%: 27,8-56,6)].

Conclusiones. A pesar de la dificultad para evaluar la adecuación a través de las HC, parece evidente que la mayoría de las derivaciones de AP a Urología no son justificadas clínicamente, siendo especialmente llamativo en la DE, donde la resolución en primaria es muy baja.

P135 PROFILAXIS DE GASTROPATIA POR AINES EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

E. Cáceres Montero, B. Blanco López, J.L. Ibero Villa, M.A. Anduaga Aguirre y M.B. González-Mobino Loro

Atención Primaria y Servicios de Urgencia Lanzarote. Arrecife de Lanzarote. Islas Canarias.

Correo electrónico: glezmohino@hotmail.com

Introducción. Los AINES son uno de los fármacos más utilizados; la longevidad, el aumento de enfermedades osteoarticulares, cerebrales y cardiovasculares explican su gran consumo. En España un 20% de los mayores de 65 años los toman habitualmente. Un 25% de reacciones adversas a medicamentos están en relación con AINES, siendo la gastropatía el mayor efecto secundario. Objetivo: Conocer el grado de adecuación de profilaxis de gastropatía por AINES en el servicio de urgencias de un hospital comarcal.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo-transversal-retrospectivo. Paquete estadístico SPSS v 11.0 (nivel confianza: 95%).

Ámbito del estudio. Servicio de Urgencias Hospital Comarcal

Sujetos. Muestreo aleatorio, escogiendo 7 días (meses Abril-Mayo'04), de los pacientes atendidos en urgencias hospitalarias, excluyendo menores 14 años, tratamiento gastroprotector previo, ingreso, traslado o éxitus.

Variables. Edad, sexo, antecedente enfermedad digestiva, prescripción AINES y/o gastroprotector, factores de riesgo de gastropatía, profilaxis adecuada-inadecuada, tipo inadecuación

Resultados. N = 279 pacientes. 49% mujer, 51% varón. Edad media 36,5 años (DE ± 14,9 años). Rango: 14-93 años. AINE más utilizado Ibuprofeno (31%), gastroprotector más usado omeprazol (42%). La inadecuación global de la profilaxis fue un 33% (20,7% por exceso, 70,7% por defecto y 8,7% por selección inadecuada del gastroprotector). Del total de pacientes con factores de riesgo (27,2%) presentaban profilaxis inadecuada un 92,1% (p < 0,05). Esta profilaxis inadecuada en el 91,4% es por defecto (p < 0,05) y el 8,6% por selección inadecuada de gastroprotector (p < 0,05).

Conclusiones. Un cuarto de los pacientes estudiados presentaban factores de riesgo para gastropatía por AINES. En un 92% se realizó profilaxis inadecuada, por lo que consideramos imprescindible acotar mejor las indicaciones de AINES y de gastroprotección.

P136 LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LA MEDICINA FAMILIAR EN CUBA: LA EXPERIENCIA DE UNA RESIDENTE ESPAÑOLA EN LA HABANA VIEJA

M.J. Gallardo Guerra

EAP Dreta de l'Eixample. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: mjgallag88@hotmail.com

Objetivos. Conocer el Modelo Cubano de Atención Primaria (MCAP), incidiendo en la experiencia comunitaria mediante la estancia en un consultorio médico de Ciudad de la Habana, Cuba.

Descripción. Cuatro semanas de rotación, Abril 2005, clases teóricas y participación activa en el consultorio número 5 de la Habana Vieja, perteneciente al Policlínico "Tomás Romay". En el actual MCAP los médicos de familia son especialistas en Medicina General Integral y persiguen el bienestar de: personas como entes biopsicosociales, familias y comunidades mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación. La atención además de integral es: sectorizada (se responsabilizan de un número determinado de habitantes), regionalizada (con hospitales de referencia con los que se interrelacionan), continuada (atienden en consultorio, domicilio y policlínico e intervienen en decisiones hospitalarias), dispensarizada (la población está clasificada en: aparentemente sano, sano con riesgo, enfermo y deficiente o discapacitado para establecer la atención y controles que requieren), en equipo (en el consultorio, médico y enfermera, forman parte a su vez de un equipo multi e interdisciplinario en el Policlínico junto a miembros de otros consultorios y especialistas de los asesores) y con estrecha colaboración comunitaria (con organizaciones de masas de la comunidad, con los que analizan la situación de salud del área y buscan activamente soluciones). Carecen de bastantes recursos tecnológicos, suplidos por recursos humanos, que suponen su estandarización.

Conclusiones. Esta experiencia complementa la formación en atención comunitaria y familiar, principalmente en la valoración sociofamiliar de problemas sanitarios y promoción de salud, elementos esenciales del médico de familia.

P137 TREINTA DÍAS EN ARGENTINA DENTRO DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD FAMILIAR (EISF) (ROTACIÓN EXTERNA DE UN MÉDICO INTERNO RESIDENTE (MIR) DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (MFYC) PARA PROFUNDIZAR EN EL CONOCIMIENTO DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS)

J.M. Garzón Hernández y F.J. Olivero

Centro de Salud Calzada 2. Gijón. Asturias.
Correo electrónico: pepemanu77@hotmail.com

Objetivos. Exponer la composición del equipo interdisciplinario de salud familiar y explicar las características del trabajo interdisciplinario.

Descripción. Experiencias profesionales enfocadas en actividades comunitarias realizadas por el MIR en el EISF el EISF esta compuesto por instructores y residentes de psicología, trabajo social, medicina, enfermería, odontología y nutrición. Las actividades del programa docente se fundamentan en: abordaje familiar y comunitario, promoción y educación para la salud, atención continua e integral y trabajo interdisciplinario. La estrategia de intervención es la programación local participativa (PLP). La PLP tiene como objetivo el empoderamiento comunitario, entendido como autonomía y capacidad para tomar decisiones.

Conclusiones. El trabajo interdisciplinario aborda la problemática comunitaria desde seis puntos de vista diferentes, contribuyendo a englobar de modo mas preciso el contexto biopsicosocial de la persona y de la comunidad. El médico debe encontrar formas de implicar a los ciudadanos. Contar con ellos significa que sus contribuciones pueden dirigir el proceso comunitario, sus necesidades son prioritarias y sirven para encauzar recursos y servicios. El médico debe trabajar en diferentes escenarios y reconocer que la salud se gana en el trabajo, en las escuelas, en la carretera, en los lugares de ocio. Y es aquí donde la formación en actividades comunitarias tiene cabida dentro de la sociedad actual.

AULA DOCENTE

P138 CREACIÓN DE UN GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA A PARTIR DE UNA EXPERIENCIA DOCENTE

M.E. Martín Ramos, C. Martín Martín, C. Romero Vargas, L.M. Torres León, E. Calvo Corbella y A. Morales Elbaz

EAP Numancia Área 1, EAP Pozuelo I Área 6, Hospital Ramón y Cajal, Hospital de la Princesa, Hospital Clínico San Carlos, Gerencia Atención Primaria Área 3, Escuela Universitaria de Enfermería. Madrid. Madrid
elenamara@hotmail.com

Objetivos. Constituir un grupo de trabajo pluridisciplinar y multicéntrico para fomentar la investigación cualitativa en ciencias de la salud.

Descripción. Entre febrero y abril del 2005, la Agencia Laín Entralgo organizó con un total de 62 horas, dos cursos sobre investigación cualitativa: uno de introducción, cuyos objetivos eran conocer los fundamentos teóricos, las fases y diseño, las técnicas y aplicaciones al campo de la salud; y otro de capacitación para la elaboración de proyectos. Se hizo una selección entre los solicitantes de distintos estamentos (medicina de atención primaria y hospitales, enfermería de atención primaria y especializada, unidades docentes, gerencias, servicios generales de documentación, escuelas universitarias) y distintos centros de trabajo. La experiencia a sido satisfactoria, surgiendo un grupo de trabajo en investigación cualitativa con un proyecto en marcha para los años 2005-2006 ("La perspectiva de los profesionales sanitarios del sistema público para participar en actividades de formación continuada").

Conclusiones. 1. La capacitación de los profesionales para la realización de investigación cualitativa en el campo de la salud es una línea a impulsar desde los propios gestores del conocimiento. 2. La formación de grupos pluridisciplinares y multicéntricos es muy importante, ya que así los proyectos de investigación cualitativa serán capaces de abarcar una realidad más completa y compleja.

P139 DOCENCIA EN FARMACOVIGILANCIA DIRIGIDA A R1-R3: HIPERGLUCEMIA POR ANTIPSICÓTICOS

F. González Rubio, A.C. Cabestany Esqué, O. Esteban Jiménez, M.P. Marcos Calvo, J.M. Buñuel Granados y M.C. Navarro Pemán

Centro de Salud Delicias Sur. Centro de Farmacovigilancia de Aragón. Zaragoza. Aragón.
Correo electrónico: fgonzalezr@able.es

Objetivos. Docencia en Farmacovigilancia (FV) para R1-R3. Promover la calidad del registro de datos en la historia de OMI-AP. Evaluar la hiperglucemia asociada a antipsicóticos.

Descripción. Participaron 4 residentes, 2 tutores y un técnico en FV.

Fases: Partiendo de una nota de la FDA que relaciona el uso de antipsicóticos y aparición de hiperglucemia/diabetes, se revisaron las historias de un Centro de Salud (OMI-AP 5.6) con diagnóstico de esquizofrenia y/o trastornos esquizoafectivos (CIAP P72 y P73 respectivamente) en tratamiento con antipsicóticos. Periodo de estudio 2000-2005. Registro de variables: edad, sexo, IMC, diagnóstico, fármaco, glucemias y diagnóstico de hiperglucemia. Análisis de resultados: 142 pacientes con una edad media de 49,71 años, 51,8% mujeres. IMC medio 29,63. Diagnóstico P72 61,4% y P73 38,6%. Fármacos más usados: risperidona, olanzapina, tioridazina y quetiapina. Diagnóstico de hiperglucemia 34,7%. Sólo en 52

pacientes constaban datos de glucemias pre y postratamiento (36,6%). De los 36 que tenían glucemias previas normales, en 10 casos aparecieron hiperglucemias posteriores (Chi^2 23,111 $p < 0,001$) y sólo 2 fueron notificadas al centro de FV.

Conclusiones. La enseñanza práctica de FV garantiza un aprendizaje significativo, motiva al residente para aprender sobre el uso seguro de fármacos, investigar y mejorar su autoestima. El OMI-AP es una herramienta útil para la investigación farmacoepidemiológica, sin embargo, se han detectado fallos en el registro de datos que limitan dicha investigación y que son superables con una adecuada formación. Hemos hallado una relación estadísticamente significativa entre el consumo de antipsicóticos y la aparición de hiperglucemia.

P140 ROTACIONES INTERNAS PARA RESIDENTES DE TERCER AÑO POR LOS DIFERENTES SERVICIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

V.M. Silvestre Puerto, E.M. Satue García, Y. Torres Plaza, A. Sancho Iglesias, E. Pérez González y C. Picazo Pacheco

ABS La Granja Torreforta. Tarragona. Cataluña silverpuer@yahoo.es

Objetivos. En nuestro centro de atención primaria se desarrollan las siguientes consultas específicas: a) Programa de deshabitación del tabaco, b) Programa de atención domiciliaria, c) Consulta del adolescente, d) Consultoría para la interpretación de ECG, e) Programa de salud bucodental, f) Consulta de Acogida: revisión de vacunas y salud del inmigrante, g) Realización de Espirometrías e interpretación de los resultados. 1) *General:* Mejorar la formación de nuestros residentes y ampliar nuestra oferta docente.

2) *Específicos:* Implicar a otros profesionales del centro en la formación de los residentes, reforzando las relaciones entre la unidad docente y el resto de profesionales.

Métodos. El Coordinador contacta con los responsables de cada rotación para solicitar su participación y pactar duración y horarios, de acuerdo con residentes y tutores se confeccionan un calendario de rotaciones. Una vez finalizada cada rotación, docente y residente rellenan una encuesta, previamente diseñada por los tutores, para evaluar la actividad.

Resultados. Los residentes realizaron todas las rotaciones. En general, valoraron las rotaciones como positivas, siendo la principal sugerencia ampliar su duración. Las principales dificultades las encontramos al planificar el calendario y establecer los horarios, y que no han de solaparse los residentes entre sí ni con los estudiantes de enfermería, que también rotan por el centro.

Conclusiones. Cada centro puede organizar “rotaciones a medida” de acuerdo con sus recursos. Conviene planificar el calendario lo antes posible. Creemos que se trata de una sencilla y útil experiencia docente, que además resulta satisfactoria tanto para los residentes como para los responsables.

P141 PROYECTO COMUNITARIO DE LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL ABS LA GRANJA-TORREFORTA

N. Saún Casas, E.M. Satué Gracia, C.M. Fuentes Bellido, B. Rull Pellejà, V. Silvestre Puerto y E. Buil Arasanz

ABS La Granja-Torreforta. Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: nsaun.tarte.ics@gencat.net

Objetivo. Promover el aprendizaje de la metodología APOC (Atención Primaria Orientada a la Comunidad) en nuestros residentes y en el resto de profesionales del Equipo a través de la práctica y dentro de nuestro Plan Comunitario

Desarrollo. La experiencia consistirá en la realización de las siguientes actividades: 1) Curso APOC, durante la residencia, abierto a todos los profesionales del Equipo. 2) Talleres básicos y recordatorios sobre metodología APOC, en horario de sesión (unas 4 sesiones al año). 3) “Ruta comunitaria”, con los residentes recién incorporados (R1 y R3) para conocer los barrios, servicios y entidades de nuestro ámbito de trabajo, 4) Intervención en el Plan Comunitario (asistencia a reuniones, participación en actividades...), 5) Realización del Diagnóstico de Salud de la Comunidad

Para la “ruta comunitaria” los residentes llevarán cámaras fotográficas para organizar posteriormente una exposición y sesión en el Centro. Una

vez completado el Diagnóstico de Salud se presentará al Equipo y también a la comunidad

Conclusiones (valoración). Tanto el curso como los talleres se evaluarán mediante cuestionarios, teniendo en cuenta: asistencia, aprovechamiento, etc. Los residentes harán una valoración sobre el grado de utilidad/satisfacción de la “ruta comunitaria”, de la participación en el Plan Comunitario y en el Diagnóstico de Salud

P142 VIAJE FORMATIVO DE UN TUTOR DE MFYC AL PONIENTE ALMERIENSE

E. Ramos Delgado y M.L. Sánchez Benítez de Soto

Centro de Salud Alamedilla. Unidad Docente de Mfyc. Salamanca. Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: artefa@gmail.com

Objetivos. Conocer la organización del trabajo de un equipo de atención a la tuberculosis, en un medio social específico en el que la población inmigrante, con gran movilidad geográfica, forma el 20-45% de la población total.

Objetivos secundarios. 1) Aplicación y lectura del Mantoux, 2) Conocer la aplicación en el terreno del programa de atención al inmigrante para transmitirlo a los pares y a los residentes. 3) Seguimiento de la nueva propuesta docente inter pares con intercambio de profesionales entre diferentes áreas de salud.

Descripción. Durante quince días, el tutor se integra a tiempo completo en el trabajo cotidiano del equipo de atención a la tuberculosis del Área de Poniente de Almería: trabajo administrativo, consulta en el centro de salud, visitas al hospital de referencia para captar a los pacientes nuevos, trabajo en la comunidad con visitas al domicilio de los pacientes (estudio de contactos y adherencia al tratamiento).

Conclusiones. El conocimiento de diversas realidades es imprescindible para no perder la visión holística. Conociendo el desarrollo de un programa de atención al inmigrante se extraen experiencias y habilidades aplicables en el medio habitual de trabajo. Conocer otra situación permite al tutor alejarse del “síndrome del quemado”. Mejorar los contenidos teóricos y prácticos a transmitir a los residentes. El conocimiento directo inter pares genera relaciones profesionales y personales enriquecedoras. Conocer como se desarrolla la vida de la población inmigrante permite mejorar su atención.

P143 EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN POR LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (UHAD) DE LOS M.I.R. DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA (MFYC)

M. Millet Sampedro, J.A. Carrera Macazaga, E. Arzelus Aramendi, A. Cuende Garcés, C. Garde Orbaiz y M.A. Goenaga Sánchez

Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Donostia. San Sebastián. País Vasco.

Correo electrónico: mmillet@chdo.osakidetza.net

Objetivos. Conocer cómo valoran los M.I.R. de MFYC la rotación por la UHAD.

Tipo de estudio. Prospectivo, observacional, descriptivo.

Ámbito del estudio. UHAD de un hospital terciario con actividad docente M.I.R.

Sujetos. M.I.R. de MFYC de 2º año que rotaron por la UHAD en los tres últimos años (mayo 2002 – mayo 2005).

Mediciones e intervenciones. Grado percibido de conocimientos adquiridos, utilidad y satisfacción general con el rotatorio. Cuestionario anónimo autoadministrado al finalizar el rotatorio, con una escala tipo Likert de 5 niveles (1 muy poco, 2 poco, 3 suficiente, 4 bastante, 5 mucho) y 8 ítems divididos en 2 apartados (6 ítems evalúan la adquisición de conocimientos y 2 ítems evalúan la satisfacción y utilidad del rotatorio para el médico residente).

Resultados. Tasa de respuesta 74% (34/46). Grado percibido de adquisición de conocimientos: a) diferencias entre atención domiciliaria desde APS y desde UHAD: bastante/mucho 88%, b) patologías atendidas en UHAD: bastante/mucho 88%, c) criterios y protocolos de ingreso en UHAD: bastante/mucho 70,5%, d) atención al paciente postoperado: bastante/mucho 97%, e) principios de cuidados paliativos: bastante/mucho 85%, f) antibioterapia parenteral domiciliaria: bastante/mucho 73,5%. Grado de utilidad y satisfacción con el rotatorio: a) utilidad del

rotatorio para el residente: bastante/mucho 97%, b) satisfacción general con el rotatorio: bastante/mucho 97%, c) 47% de los M.I.R. sugieren ampliar la duración del rotatorio en la UHAD a 1,5-2 meses.

Conclusiones. Los M.I.R. de MFyC de 2º año valoran muy positivamente la rotación por la UHAD. En las zonas que dispongan de esta modalidad asistencial, las Unidades Docentes de MFyC deberían ofertar a los M.I.R. la rotación por la UHAD, preferiblemente en el 2º año de la especialidad.

P144 BURNOUT A PUNTO DE ACABAR LA RESIDENCIA

I.M. Hidalgo García, I.C. Sánchez Fuentes, F. Peñalver Guillen, M. Ruiz Puche, M.C. López Lax y J.J. Antón Botella

CS Santomera, Ud Mfyc GAP Murcia. Murcia.
Correo electrónico: ihidalgog@ono.com

Objetivos. Determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout y sus dimensiones en residentes de tercer año de MFyC

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal

Ámbito del estudio. Atención primaria

Sujetos. 3 promociones de residentes de MFyC (N = 92) durante su 3º año de formación

Mediciones e intervenciones. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory MBI (versión validada en castellano para desgaste profesional con 22 items) anónimo y autoadministrado. Medición del desgaste global y de las dimensiones de cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP) con los puntos de corte en el sector sanitario. **Resultados.** El total de cuestionarios contestados fue de 76 con una tasa de respuesta 82,6%. Presentaban burnout global alto el 24,14%. En cuanto a las dimensiones afectadas la más alta es la DP: 69% (desarrollo de actitudes negativas hacia los pacientes), con un moderado/alto 67% CE (sensación de estar emocionalmente saturado por el trabajo) aunque el 41,45% de los residentes aun considera haber alcanzado altos logros personales (RP).

Conclusiones. Un elevado número de residentes de tercer año acaba su formación sintiéndose estresado. Los residentes de tercer año están emocionalmente saturados por su trabajo lo que provoca actitudes de distanciamiento hacia los receptores del servicio.

cesidades internas de gestión de la información, sino la oportunidad de mejora de la práctica clínica de los centros peticionarios, en este caso los centros de Atención Primaria.

P146 FER SALUT: UN PRODUCTO MULTIMEDIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

S. Arpal Sánchez, I. Sáenz Hernández, M. Sibina Rius, M. Pitarch Salgado, J. Sellarès Sallas y L. Ramos Segura

Equipo de Atención Primaria Sardenya. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: jsellares@eapsardenya.net

Objetivos. 1. Desarrollar herramientas que resulten útiles en la búsqueda de una vida saludable. 2. Difundir ideas para el mantenimiento y cuidado de la salud. 3. Crear un foro para tratar temas de salud –no de enfermedades– y fomentar el autocuidado. 4. Llegar al mayor número de personas más allá de los límites de nuestro ámbito, con el objetivo de transmitir mensajes de promoción de la salud avalados por el rigor, la independencia y la evidencia científica.

Descripción. Revista: Se publica cada dos meses con una tirada en nuestro ámbito de 7.000 ejemplares que se envían por correo a todos y cada uno de los domicilios de nuestros usuarios de forma gratuita. Secciones: salud, ser padre, salud en el hogar, hombre y mujer, gente mayor, vivir joven y comer bien. Se edita en papel de alta calidad y a todo color. En mayo de 2004 se llevó a cabo una encuesta telefónica de aceptación con excelentes resultados. Portal: Contiene una cuidada selección de sitios web de solvencia contrastada por los profesionales del equipo. www.fersalut.com encuentra elementos para llevar una vida saludable en los diferentes ámbitos donde se desarrolla la vida diaria. Espacio de radio: Emisora Ràdio Kanal Barcelona, 106,9 F.M. Programa Salut i Vitalitat. Colaboración regular de 20 minutos cada mes.

Conclusiones. Los profesionales de AP, por su formación, proximidad y credibilidad están legitimados para recomendar estilos de vida saludables. Gracias a las nuevas tecnologías, hemos emprendido el camino hacia una nueva relación entre las personas y sus agentes de salud.

P147 LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS AL SERVICIO DE LA PREVENCIÓN: SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRALIZADO EN UNA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA LA MENINGITIS C

P. Martín-Carrillo Domínguez, J. Astray Mochales

Delegación de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. Madrid.

Correo electrónico: pilar.martincarrillo@salud.madrid.org

Objetivos. Desarrollar un sistema información automatizado de población objetivo (PO) y de vacunados en campaña vacunación. Evaluar cobertura mediante datos nominales de vacunados, automatizada-OMI-AP, centros Informatizados por código de barras en no informatizados. Facilitar captación de PO en Centros de Salud (CdS) de una forma eficiente y recaptura al final de la campaña.

Descripción. Participantes: Grupo coordinador con participación profesionales 3 Direcciones Generales diferentes. Actividades: Creación fichero de datos nominales (DN) de PO: nacidos entre Enero 1985- Octubre 1994 residentes en zona de influencia, mediante cruce de tarjeta sanitaria (TSI) y padrón municipal actualizado, incorporando personas no incluidas en TSI a PO incrementando 86.298 individuos a PO. Enviamos 620.000 cartas nominales, informándoles sobre campaña animándoles a vacunarse en CdS. Diseñamos circuito captura automática DN de vacunados a partir de OMI-AP. Utilizamos código de barras contenido en carta, para incorporar DN a la base de datos mediante un lector óptico. Diseñamos registros alternativos en papel y circuito de recogida semanal. Estimamos coberturas vacunales semanales desagregadas por Unidad Funcional cruzando los registros capturados (incorporados registros manuales y de códigos de barras) y la base de datos de PO.

Conclusiones. Evaluación: Diseñamos cuadro de mandos en Web para difundir los resultados a todos los CdS 405.580 personas vacunadas de PO, cobertura global 65% sobre, TSI 72%. Elaboramos listados de DN de personas no vacunadas para su recaptura desde CdS. Un sistema de información nominal permite analizar coberturas reales de vacunados y facilita la recaptura de no vacunados desde los CdS permitiendo integración de una campaña en el trabajo diario.

ESPACIO INFORMÁTICO

P145 NUEVA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

A. Mazón Ramos, J. Carnicero Jiménez de Azcárate, G. Salvach Alegría, A. Gil-Setas y C. Martín Salas

Ambulatorio General Solchaga. Servicio Navarro de Salud. Pamplona. Navarra.
Correo electrónico: agilseta@cfnavarra.es

Objetivos. Definir el diseño de un Sistema de Información para un laboratorio de Microbiología Clínica de forma que permita mejorar el flujo de información con Atención Primaria (AP) (400.000 habitantes, 80 centros de atención primaria y varias residencias asistidas) y el cumplimiento de la norma ISO 9001:2000 y de los requisitos legales vigentes.

Descripción. Ante la adquisición de un programa que gestionase la información del Laboratorio de Microbiología nos planteamos el diseño de las necesidades que debería cumplir para ser útil tanto al laboratorio como a los usuarios de AP. Los requisitos se dividieron en 4 apartados: fases preanalítica, analítica y postanalítica y otros requisitos. La fase preanalítica define el flujo de información esencial entre el laboratorio y el médico que solicita un estudio (catálogo servicios, tiempo espera...). Durante la fase analítica el programa de gestión debe adaptarse al manual de procedimientos del laboratorio. En la fase post-analítica los informes, que incluyen la interpretación de los resultados, se integran en la historia clínica. Como otros requisitos: la gestión de la calidad, gestión económica y la explotación estadística de la información generada (la publicación periódica de guías de tratamiento empírico de los aislamientos locales se consideró un valor añadido a la calidad).

Conclusiones. El diseño del sistema de gestión de la información de un laboratorio de microbiología clínica, tiene que contemplar no sólo las ne-

FORO INVESTIGACIÓN

P148 NUEVA VÍA DE COORDINACIÓN CON EL ONCÓLOGO PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER EN ATENCIÓN PRIMARIA: PRIMEROS RESULTADOS

M. Llagostera Español, X. Bayona Huguet, S. Granollers Mercader, A. Escobedo Sánchez, C. Martínez López y A. Vidal Milla

CAP Cornellà, Institut Català de Oncologia, Cornellà de Llobregat i Hospitalet de Llobregat, Cataluña.

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

Introducción. La sospecha de cáncer requiere la confirmación y el inicio de terapia lo más precoz posible. La AP solicita las pruebas diagnósticas, y las primeras visitas al centro oncológico de referencia (COR) se dan en 7-15 días. En Noviembre 2004, se establece un circuito de derivación automática al COR, para el tumor de pulmón, con algoritmos de actuación frente a situaciones clínicas (hallazgo radiológico en tórax -códigos 1,2,3-, hemoptisis -códigos 4,5- y patología respiratoria sin resolución -código 6), la obtención de la cita en máximo 15-30 minutos (por correo electrónico, desde las consultas de AP) y el compromiso de la realización de la primera visita en máximo 7 días.

Objetivo. Análisis de las derivaciones realizadas en los primeros 6 meses.

Descripción. Un total de 12 médicos, correspondientes a 6 CAP, derivan 14 pacientes. El 80% se derivan como código 1, el 93% está bien derivado (según algoritmo) y se ha confirmado el diagnóstico de tumor maligno en el 43% de los casos. En 10 casos (71%) se concreta la cita en el momento de la consulta (media: 18 minutos), y el intervalo medio "solicitud 1ª visita-realización", es de 4 días.

Conclusiones. Los profesionales han incorporado el circuito a la práctica diaria, lo utilizan bien, y la confirmación de la sospecha es alta. El paciente sale de la consulta con la cita al COR, y el circuito consigue realizar la primera visita en un plazo de tiempo breve.

P149 ¿DE QUÉ DEPENDE EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN SUJETOS CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR?

A. Sicras Mainar, J. Fernández de Bobadilla y J. Rejas

Badalona Servicios Asistenciales y Pfizer I+D+I. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: jaime.fernandez@pfizer.com

Objetivos. 1) Determinar de forma indirecta el grado de cumplimiento, en sujetos con hipertensión y/o dislipidemia y 2) estudiar qué factores se asocian con el cumplimiento.

Tipo de estudio. Retrospectivo.

Ámbito del estudio. Cuatro centros de Atención Primaria de Cataluña.

Sujetos. Se seleccionaron los 9.001 pacientes hipertensos y/o dislipémicos.

Mediciones e intervenciones. Se comparó el grado de cumplimiento entre los pacientes dislipémicos sin hipertensión (DL sin HTA), hipertensos con dislipemia (HTA con DL) e hipertensos sin dislipemia (HTA sin DL). Se construyó un modelo multivariante de regresión múltiple escalonado descriptivo, para explicar la variable cumplimiento terapéutico.

Resultados. 1) El cumplimiento fue 79% en los DL sin HTA, significativamente menor que en los HTA DL: 81,2% ($p < 0,0001$) y que en los HTA sin DL: 82,4% ($p < 0,0001$). También hubo diferencias significativas entre estos dos últimos grupos ($p = 0,0014$). 2) Las variables explicativas de un mejor cumplimiento en el análisis multivariante fueron: a) inactividad laboral ($p < 0,0001$), b) relacionados con el médico que trata al sujeto ($p < 0,0001$) y la intensidad del seguimiento ($p = 0,04$) y c) el tipo de fármaco ($p < 0,0001$); el precio (a mayor precio mayor cumplimiento) (0,0062) y el número de principios activos utilizados (a menor número, mayor cumplimiento) ($p = 0,019$).

Conclusiones. 1) Los pacientes dislipémicos muestran un peor cumplimiento que los hipertensos y la dislipemia es un FRCV que empeora el cumplimiento global en los pacientes hipertensos. 2) Las características del sujeto, la actitud del médico, el grado de seguimiento, el tipo de fármaco empleado y la simplicidad del tratamiento se asocian al cumplimiento terapéutico.

P150 HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE DIFÍCIL CONTROL: ¿EXISTE UN AUMENTO DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO?

M.T. Gil Martínez, R. Gómez-Aldaraví, M.A. Martínez García, L. Mainar Latorre, A. Gea Gregori y P. Román Sánchez

Centro de Salud Marco Merenciano. Valencia. Requena. Comunidad Valenciana. Correo electrónico: mategil@comv.es

Objetivos. Analizar la presencia de trastornos respiratorios durante el sueño (TRS) en un grupo de pacientes con hipertensión arterial (HTA) de difícil control.

Tipo de estudio. Prospectivo.

Ámbito del estudio. Área de salud de Atención Primaria.

Sujetos. Pacientes con HTA que necesitan una combinación de 3 o más fármacos para su control.

Mediciones e intervenciones. Se realizaron dos estudios de monitorización ambulatoria de la tensión arterial durante 24 horas separados 15-30 días. Se recogieron datos generales, antecedentes y factores de riesgo vascular, tratamiento antihipertensivo habitual y clínica relacionada con el síndrome de apneas hipopneas durante el sueño (SAHS). Se realizó estudio poligráfico diagnóstico en todos los pacientes incluidos. Se clasificó como SAHS leve si aparecía índice de apneas hipopneas (IAH) >10 y grave si IAH >30 .

Resultados. Se incluyeron 47 pacientes. El IMC medio fue 33,7 (4,5) kg/m². El I. Epworth fue de 7,47 (5,1), el 75% presentaron roncopatía crónica. La media de fármacos antihipertensivos fue de 3,33 (0,73). El IAH medio fue 28,8 (21,9) de predominio obstructivo. El 73% presentó un IAH >10 ; el 50% un IAH >20 y el 39% un IAH >30 . En los pacientes con SAHS (IAH >10) existió una correlación significativa entre el IAH y las cifras de tensión arterial sistólica (TAS) y tensión arterial diastólica (TAD) ajustado para IMC, edad y sexo.

Conclusiones. Existe una prevalencia elevada de TRS en pacientes con HTA de difícil control. En pacientes con IAH >10 existe una relación lineal entre TAS y TAD y el IAH que es independiente del IMC. Formas graves de SAHS presentan mayor descontrol de la HTA tanto nocturna como diurna y precisan un mayor número de fármacos.

P151 COSTE POR AÑO DE VIDA GANADO CON ATORVASTATINA EN PACIENTES HIPERTENSOS: EVALUACIÓN ECONÓMICA ESTUDIO ASCOT CON COSTES ESPAÑOLES

C. Calvo, J.A. Gómez Gerique, J. Fernández de Bobadilla, P. Lindgren, E. Martínez y P. Lázaro y de Mercado

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Fundación Jiménez Díaz. Pfizer I+D+I. Instituto Karolinska. Taiss. Santiago de Compostela. Galicia. Correo electrónico: jaime.fernandez@pfizer.com

Objetivos. En el estudio ASCOT, se incluyeron 10305 hipertensos con factores de riesgo cardiovascular adicionales y colesterol total < 250 mg/dL, que fueron aleatorizados a atorvastatina 10 mg o placebo. Se demostró una reducción significativa del 36% ($p = 0,0005$) en el objetivo primario del estudio. El objetivo de esta evaluación económica fue determinar el coste por año de vida ganado de atorvastatina en comparación con placebo.

Tipo de estudio. Evaluación Económica.

Ámbito del estudio. El análisis se realizó bajo la perspectiva del Sistema Nacional de Salud utilizando costes españoles.

Sujetos. La evaluación económica se basó en los resultados del estudio ASCOT.

Mediciones e intervenciones. Sólo se consideraron los eventos del objetivo primario del estudio (muerte coronaria e infarto no fatal) para estimar la efectividad. El promedio de años de vida perdidos se calculó como la diferencia entre la expectativa de vida de los pacientes sin eventos y los que sufrieron eventos. Los costes utilizados fueron tomados de bases de datos de costes españolas. Se utilizó un descuento del 3%.

Resultados. La efectividad incremental debida al tratamiento fue de 0,07 años de vida. Los costes por paciente fueron 3.340€ en el grupo de tratamiento y 2.634€ en el placebo. El cociente coste efectividad incremental de atorvastatina vs. placebo fue de 8.990€ por año de vida ganado.

Conclusiones. Atorvastatina es una estrategia coste-efectiva en el tratamiento del paciente hipertenso con riesgo moderado, ya que el coste por año de vida ganado está en torno a 8.990€, muy por debajo de los umbrales generalmente aceptados en nuestro medio.

P152 PERFIL DE NUESTROS HIPERTENSOS EN FUNCIÓN DE SU PATRÓN TENSIONAL A TRAVÉS DE MAPA

J.V. Alfaro González, L. García-Giralda Ruiz, V. Capel Luna, L. Guirao Sánchez, I. Casas Aranda y J. López Caravaca

CS Alguazas, Murcia-Centro y Molina-La Consolación. Murcia.
Correo electrónico: lgiralda@hotmail.com

Objetivos. Analizar el perfil de los pacientes hipertensos para valorar el exceso de riesgo, en función de su patrón circadiano.

Tipo de estudio. Estudio naturalístico, longitudinal, abierto, con análisis del patrón circadiano de la tensión arterial a través de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial de 24 horas (MAPA).

Ámbito del estudio. Centros de salud.

Sujetos. Muestra de 41 pacientes (IC 95%), para una población de 888 hipertensos.

Mediciones e intervenciones. Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial con dispositivo validado SpaceLabs 90207, determinando los patrones circadianos, dipper, no-dipper, extra-dipper, riser y el perfil de salud de los pacientes.

Resultados. El porcentaje de hipertensos con patrón "dipper" es del 43,90% (18 pacientes), el patrón "riser" supone el 7,32% (3), el patrón "no dipper" el 46,34% (19). 1 paciente (2,44%) presenta un patrón "extra dipper". Los pacientes dipper son más jóvenes (64 años vs. 72,3), el tiempo de evolución de su HTA es menor (5,4 años vs. 11,2), menos comorbilidad (2,3 patologías asociadas vs. 3,4) y necesitan menos antihipertensivos (2,4 vs. 3,2). No se diferencian en cuanto a IMC, hábitos dietéticos y ejercicio físico. El exceso de riesgo añadido medio para estos pacientes con patrón distinto a dipper es del 21,16% (IC 95%: 17,28-27,90).

Conclusiones. 2 de cada 3 pacientes incluidos en programa de hipertensión no presentan un patrón normal tipo dipper y tienen un exceso de riesgo añadido de eventos cardiovasculares. Proponemos el beneficio de una nueva estrategia basada en la administración temporizada de los fármacos en función del perfil de cada paciente y de su patrón MAPA.

P153 PREVALENCIA Y FACTORES RELACIONADOS CON EL SÍNDROME DE BURNOUT EN TRES CENTROS DE SALUD DE ANDALUCÍA

I. Gallardo García, S. Sirvent Castro, E. Burgos Garrido, T. Martínez Cañavate, C. Hidalgo Cabrera y O. Fernández Martínez

Centros de Salud de Almanjáyar, Cartuja y La Chana. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada. Granada. Andalucía.
Correo electrónico: emiburgos@hotmail.com

Objetivos. Establecer la prevalencia y los factores relacionados con el Síndrome de "Burnout" entre los profesionales sanitarios de un área docente.

Tipo de estudio: Descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Área docente de Atención Primaria.

Sujetos. 42 profesionales de centro-salud.

Mediciones e intervenciones. Dos cuestionarios autoadministrados: el MSH (Maslach Burnout Inventory) y cuestionario de variables sociolaborales (17 ítems). Análisis descriptivo y bivariante aplicando correlación de Pearson y ANOVA.

Resultados. La población estudiada fue 52,2% médicos-familia, 13% pediatras y 44,8% enfermería. Un 60,9% mujeres y 39,1% hombres. La edad media fue de 45,35 ± 7,38 años. Llevaban trabajando 20,91 ± 8,13 años de media. El 33% tiene plaza en propiedad, 6% interinidad y 7% contrato. Al día atienden a 34,45 ± 12,07 pacientes de media. Destaca una relación médico-enfermería buena (60,9%). En el MSH un 65,2% tiene alto grado de Cansancio Emocional; 80,4% alto grado de Despersonalización y 73,9% refiere baja Realización Personal. Las puntuaciones medias de las subescalas fueron respectivamente 28,68 ± 4,14; 13,44 ± 3,06 y 23,38 ± 4,15. Se ha encontrado correlación significativa para las dimensiones del Burnout entre sí ($p < 0,01$); entre la realización personal con el número de pacientes-día ($p < 0,21$) y con el tipo de profesional ($p < 0,34$).

Conclusiones. 1. Destaca el alto grado de Burnout entre los profesionales estudiados, más elevado que en estudios previos. 2. No hay diferencias significativas entre centros-salud. 3. Los pediatras están menos quemados que médicos-familia y enfermería. 4. Se ha demostrado correlación entre el Burnout y el número de pacientes-día.

P154 EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN TIPO DIETA MEDITERRÁNEA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

A. Jara Ruiz de Gaona, F. Márquez Sandoval, R. González Pérez, M. Bulló Bonet, J. Basora y J. Salas-Salvadó

Cataluña.
Correo electrónico: arantxajara@terra.es

Objetivos. En una población con elevado riesgo cardiovascular (prevención primaria) comparar el efecto de una intervención tipo Dieta Mediterránea frente a la dieta cardiosaludable baja en grasas, sobre distintos factores de riesgo cardiovascular.

Tipo de estudio. Estudio piloto de un estudio de intervención (Estudio PREDIMED) con dieta mediterránea de 5 años de duración que pretende evaluar la aparición de eventos cardiovasculares.

Ámbito del estudio. Centro de Salud (Atención Primaria).

Sujetos. Hombres entre 55 y 80 años y mujeres entre 60 y 80 años, con diversos factores de riesgo cardiovascular, pero sin antecedentes de patología cardiovascular (prevención primaria).

Mediciones e intervenciones. Se estudió un grupo control ($n = 29$) que seguía las recomendaciones de dieta baja en grasas de la NCEP-3, frente a dos grupos con una dieta mediterránea tradicional, uno suplementado con aceite de oliva virgen extra (AO) ($n = 38$), y otro suplementado con frutos secos ($n = 21$). Al inicio y a los tres meses de la intervención se determinaron perfil lipídico, parámetros inflamatorios (IL-6, VCAM, ICAM), parámetros antropométricos (IMC, peso, cintura) y tensión arterial.

Resultados. Tras tres meses de intervención dietética, los grupos de Dieta Mediterránea mostraron una mayor tendencia a mejorar los parámetros de riesgo que el grupo control. El grupo AO mejoró el perfil lipídico, sobretudo el cHDL. En el grupo FS se evidenció una disminución de la tensión arterial, así como una reducción de peso, aunque no significativa. Tanto AO como FS tendieron a disminuir los parámetros inflamatorios.

Conclusiones. Una Dieta Mediterránea tradicional modifica el perfil lipídico, parámetros inflamatorios y la tensión arterial tanto o más que la habitual dieta baja en grasas recomendada.

P155 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

G.J. Díaz Grávalos, G. Palmeiro Fernández, A. Ruías Vázquez, I. Casado Górriz, M. Portuburu Izaguirre y M. Arandía García

CS Cea, CS Allariz, CS Coles. Cea (Ourense). Galicia.
Correo electrónico: gabriel.diaz.gravalos@sergas.es

Objetivos. Determinar qué factores influyen en la realización de investigación en Atención Primaria.

Tipo de estudio. Transversal, descriptivo.

Ámbito del estudio. Médicos de Atención Primaria.

Sujetos. La totalidad de los autores responsables de Comunicaciones aceptadas al XXIV Congreso de semFYC (2004) que realizaban su trabajo en Centros de Salud o Unidades Docentes ($n = 317$).

Mediciones e intervenciones. Encuesta autocumplimentada remitida al responsable de cada Comunicación aceptada. Se realizó una encuesta piloto entre autores de artículos aparecidos en los dos últimos años. Se determinó: edad, sexo, ámbito y años de ejercicio, especialidad, doctorado, número de pacientes por día, formación en metodología de la investigación, número de publicaciones y ejercicio como tutor MIR. Se analizaron los datos mediante regresión lineal, considerando el número de publicaciones como variable dependiente.

Resultados. Se obtuvieron, tras dos envíos, 104 encuestas válidas (32,8%). La edad media (DE) era de 40,1 (7,4) años, siendo el 59,1% varón, con ejercicio en EAP en 83,3% de los casos. 72,7% era Médico de Familia, 24,2% era Doctor y 92,4% tenía formación en metodología de la investigación. La media de años de ejercicio era de 13,8 (8,2), atendían 39,2 (10,2) pacientes por día y el número de publicaciones en Revistas y Congresos médicos era de 36,7 (46,5). Poseer el doctorado ($p = 0,004$) y ser tutor MIR ($p = 0,04$) estaba relacionado con el número de publicaciones realizadas.

Conclusiones. De los factores estudiados, sólo poseer el doctorado y ejercer como tutor MIR están directamente relacionados con la cantidad de producción científica.

P156 ETS/VIH- EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN MEDIO RURAL Y URBANO

M. Fernandes Graça, A. Temes, B. Isabel, G. Gloria, J. Cristina y E. Duarte
Foz Douro, Vila Real, Regua, Vagos, Carvalhido. Porto, Vila Real, Regua,
Aveiro- Portugal. Galicia.
Correo electrónico: mariaff4@hotmail.com

Objetivos. Determinar nivel de conocimientos en ETS/VIH, en adultos que viven en ambientes rurales y urbanos, y comparar estos conocimientos con las variables sexo, edad y lugar de residencia (urbano y rural).

Tipo de estudio. Estudio transversal descriptivo. Cuestionarios validados, anónimos, a individuos inscritos en Centros de Salud, cuya población vive en ambiente rural y urbano.

Ámbito del estudio. Adultos jóvenes en consulta de atención primaria: tres C. Salud con población rural y dos C. Salud cuya población vive en ambiente urbano.

Sujetos. Adultos jóvenes, que viven en ambientes rurales y urbanos, de 18 a 45 años.

Mediciones e intervenciones. Cuestionarios con 15 ítems sobre una infección sexualmente transmisible, VIH/SIDA. Las respuestas fueran clasificadas como Buen Nivel de Conocimientos (15-11 respuestas correctas), Suficiente (10-6) e Insuficiente (5-0).

Resultados. De los 440 cuestionarios (200 C. Salud Rural, 240 C. Salud Urbano) 219 fueron contestados (80,2% fueron mujeres y 19,8% hombres). La población rural presentó mayor tasa de respuesta, mayor participación de las mujeres, menores conocimientos sobre la infección VIH, con 66% con conocimientos suficientes, 21% Buenos Conocimientos y un 13% Insuficientes, con vulnerabilidad para ETS/VIH.

Conclusiones. Las poblaciones rurales tienen menos conocimientos sobre ETS/VIH. Los adultos jóvenes y las mujeres presentaron en ambos grupos mayores conocimientos, existiendo asociación entre nivel de conocimientos, sexo, edad y lugar de residencia (rural o urbano). Las campañas de educación deben ser implementadas considerando las vulnerabilidades de género y reforzadas en áreas rurales.

P157 FACTORES PREDISPONENTES DE INGRESO HOSPITALARIO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DIASTÓLICA

N. Bebzadi, E. Garaulet González y R. Omaña Palanco

Centro de Salud Jazmín. Madrid.
Correo electrónico: ror@jet.es

Objetivos. Estimar la proporción de pacientes con ICD (FE<50) que son tratados con betabloqueantes y/o calcioantagonistas. Describir las características más importantes de los pacientes con ICD. Estudiar los factores pronósticos de ingreso hospitalario.

Tipo de estudio. Descriptivo Transversal.

Ámbito del estudio. Hospital urbano.

Sujetos. 281 pacientes diagnosticados de ICD durante los años 2000-2004.

Mediciones e intervenciones. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, terapéuticas, nº de ingresos por IC. Regresión lineal (V. dependiente: nº ingresos) con diversos tratamientos, pluripatología y edad. Regresión Logística (V. dependiente: reingreso hospitalario) con las siguientes variables: HTA, BB y/o ACA, ARA II, IECAS.

Resultados. Análisis multivariante: Regresión lineal: V, Dependiente: nº de ingresos. Constante: Beta = 1,97 (p = 0,00) ARAII: Beta = -0,633 (p = 0,28), BB o ACA: Beta = 0,263 (p = 0,21), Pluripatología: Beta = 0,337 (p = 0,10), IECA: Beta = 0,305 (p = 0,15), Edad (incrementos de un año): Beta = -0,38 (p = 0,06). Los coeficientes estandarizados negativos (disminución del nº de ingresos) son: Edad: -0,11; ARAII: 0,06. Regresión logística: V. Dependiente: Reingreso hospitalario. HTA: OR: 2,28 (LC 95% 1,5-5) p = 0,00 BB y/o ACA: OR: 1,6 (0,97-2,6) p = 0,06 ARAII: OR: 0,14 (LC 95% 0,02-2,6) p = 0,06 IECA: OR: 1,6 (LC 95% 0,95-2,6) p = 0,07 Edad: 75 Años. (Mediana). Sexo: Mujeres (63,7%). Factores de Riesgo (%): HTA: 75,4 Cardiopatía Isquémica: 18,9 Diabetes: 37,4 Dislipemia: 21 ACVA: 13,2 Pluripatología: 54,1 Tabaquismo: 21 Perfiles Terapéuticos (%): Ca-Antagonistas: 28,1 B-bloqueantes: 33,1 Ca-Antagonistas y/o B-bloqueantes: 50 Iecas: 52 ARAII: 32 Antiagregantes: 40 Anticoagulantes Orales: 46,6 Estatinas: 13,9 Digoxinas: 41,6 Nº de Ingresos previos por Insuficiencia Cardíaca: 2,25.

Conclusiones. Aunque la mitad de pacientes con ICD siguen tratamiento con BB o ACA, dicho tratamiento no disminuye los ingresos hospitalarios.

rios. Las variables que de manera independiente más influyen en el reingreso es la HTA, y las que más reducen los ingresos son el tratamiento con ARA II y la edad.

Sesión 4

17.00-18.00 h

LIBRES

P158 PROGRAMA DE CONTROL DE EMBARAZO EN UN CAMPO DE REFUGIADOS

A. Urchaga Litago, Pérez Litago, A.I. Bardón Ranz, J.A. Díaz Benito, Y. García Aizpun y E. De Miguel Eguzkiza

Centro de Salud de Iturrama. Pamplona. Navarra.
Correo electrónico: anabelbardon@yahoo.es

Objetivos. El desierto de Argelia acoge desde 1975 los campamentos de refugiados del pueblo saharauí con una población estimada de 150.000 personas. El Programa de Salud Materno-Infantil es de difícil implantación por la falta de datos demográficos, de personal cualificado e infraestructura adecuada, de concienciación en la población junto a la existencia de creencias y hábitos tradicionales en relación al embarazo y al parto. La mujer saharauí no tiene tradición de controlar el embarazo, dando a luz en sus casas o jaimas que es asistido por parteras. La morbimortalidad perinatal es elevada.

Descripción. En el año 2004, ANARASD (Asociación Navarra de Amigos de la RASD) ha comenzado a realizar en el Aaiún una consulta no especializada de control de embarazo. El Aaiún cuenta con 6 centros de salud o daira y 1 hospital, con una sala de partos, si bien las cesáreas requieren derivación a unos treinta Km. Hay cuatro matronas y ocho médicos generalistas. Hemos realizado cuatro viajes de quince días, médico y enfermero. La convocatoria la realiza el responsable de cada daira, valorando unas 70 mujeres dispone de una cartilla unificada con: datos de filiación, edad, antecedentes personales, obstétricos, tratamientos, peso, tensión arterial, glucemia basal, hemoglobina, hematocrito, proteinuria, edemas, movimiento y latido fetal. Se indica ecografía a pacientes seleccionadas.

Conclusiones. Buena acogida del control de embarazo siendo difícil el concienciar acudir al hospital en caso de parto de riesgo al hospital. Alta incidencia de mujeres jóvenes y grandes múltiparas. Acuden durante el tercer trimestre. La complicación más frecuente es la anemia. Existe una necesidad de un diálogo con las terapias tradicionales y superar las dificultades de comunicación intercultural.

P159 EFICACIA Y SEGURIDAD DE TADALAFILO EN UNA COHORTE DE PACIENTES ESPAÑOLES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL: RESULTADOS DEL ESTUDIO SURE EN 14 PAÍSES EUROPEOS

F. Meijide, V. Chantada, N. Cruz, A. Martín Morales, A. Cassinello y J. Casariego

Centro Médico Povisa (Vigo), Hospital Juan Canalejo (La Coruña), Hospital Virgen del Rocío (Sevilla), Complejo Hospitalario Carlos Haya (Málaga), Departamento Médico de Investigación Clínica. Lilly S.A, Departamento Médico de Investigación Clínica. Lilly S. Madrid. Madrid.
Correo electrónico: cassinello_alejo@lilly.com

Objetivos. Tadalafilo es eficaz hasta 36 horas tras su administración en varones con disfunción eréctil (DE). Esto permite diferentes regímenes de administración. Se evaluó la eficacia y seguridad de tadalafilo 20 mg. 3 veces/semana frente a "a demanda" en una cohorte de pacientes españoles.

Tipo de estudio. Aleatorizado, cruzado, abierto.

Ámbito del estudio. Internacional, multicéntrico.

Sujetos. 418 pacientes españoles participaron en el estudio SURE (aleatorizado, cruzado, abierto), de un total de 4.262 varones en 14 países europeos.

Mediciones e intervenciones. Recibieron de forma aleatoria y cruzada durante dos periodos de 5-6 semanas tadalafilo 20 mg a demanda y 3 veces/semana, y eligieron la pauta preferida para un periodo de extensión. **Resultados.** Con ambas pautas, tadalafilo mejoró de forma significativa la Función Eréctil y el dominio de Deseo Sexual respecto al inicio del estudio, siendo la puntuación (IEEF y SEP) ligeramente superior en la pauta 3 veces/semana en comparación a "a demanda" (todas $P < 0,025$). Se alcanzó una función sexual normal (puntuación ≥ 26 en IIEF) en el 69,3% y 64,3% de los pacientes en ambos regímenes respectivamente, y una tasa de coitos satisfactorios (SEP3) del 72,2% y 75,6% ($P = 0,006$). Más pacientes prefirieron recibir tadalafilo a demanda en la fase de extensión (55,9% vs 44,1%, $P = 0,02$). Los EA más frecuentes ($\geq 5\%$) fueron cefalea, dispepsia, y dolor de espalda. La tolerabilidad de ambos regímenes fue similar.

Conclusiones. Tadalafilo 20 mg fue eficaz para tratar la DE independientemente del régimen de administración, y bien tolerado. Tadalafilo proporciona opciones de tratamiento y flexibilidad de dosificación únicas a los varones con DE.

P160 HÁBITOS SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS EN NUESTRO ENTORNO

S. de Jaén Gil, A. Robledo Sánchez-Guerrero, A. López Laguna, L. del Río Martín, R. Sánchez González y E. Barrera Linares

CS San Blas. Parla. Madrid.

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

Objetivos. Conocer los hábitos sexuales de los adolescentes escolarizados en nuestro entorno

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Muestra de adolescentes escolarizados entre 15 y 18 años.

Mediciones e intervenciones. Cuestionario de elaboración propia, basado en cuestionarios similares validados previamente en España. El cuestionario es anónimo, autoadministrado, consta de 45 preguntas cerradas y fue pilotado para evaluar su factibilidad y su comprensión. Variables: socio-demográficas y datos relacionados con las primeras relaciones sexuales, la actividad sexual y el uso de anticonceptivos

Resultados. $N = 417$. Edad media = $16,3 \pm 1$ años. Mujeres 57,8%. El 26,6% ($n = 111$) refiere haber tenido relaciones sexuales completas a una edad media de inicio de $15,7 \pm 1,1$ años y mayoritariamente, con su pareja (76%). No hemos encontrado diferencias al analizar los datos en función del género. El 88% refiere haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación. El 73,7% mantienen relaciones con una frecuencia superior a 1 al mes. El 72,9% usa métodos anticonceptivos siempre, siendo el más usado el preservativo (90%). El motivo más frecuente para no usar anticoncepción es la ausencia de planificación en las relaciones sexuales. El número medio de parejas sexuales es $1,8 \pm 1,8$.

Conclusiones. Uno de cada cuatro adolescentes de nuestro entorno ha mantenido relaciones sexuales completas. La edad de inicio de dichas relaciones es relativamente precoz. Sólo tres de cada cuatro refiere usar algún método anticonceptivo en todas las relaciones. El método más usado es el preservativo.

P161 SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA EN UNA POBLACIÓN RURAL

E. Moratalla López, E.M. Gregorio Arenas, C.A. Cabrera Rodríguez, L. Pérez Fernández, M.D.M. Valenzuela López y V. Ruiz Casares

CS Huétor Tájar. Huétor Tájar. Andalucía.

Correo electrónico: enmolo@hotmail.com

Objetivos. Conocer en una población adolescente rural las fuentes de información y el grado de conocimiento que consideran que poseen sobre sexualidad.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Instituto de enseñanza secundaria obligatoria, en un ámbito rural.

Sujetos. Muestra de 137 individuos de un instituto rural, entre 14 y 17 años de edad, a los que se les pasó un cuestionario de recogida de datos, anónimo y voluntario. Criterios de inclusión: alumnos de dicho instituto que entregaron la hoja de recogida de datos. Criterios de exclusión: no rellenar alguno de los ítems de la hoja de recogida de datos, y/o no entregar dicha hoja.

Mediciones e intervenciones. Edad y género. Fuentes de información (padres, televisión, amigos, revistas, libros y colegio), grado de conocimiento (nulo, escaso, suficiente, bueno, excelente). Se ha utilizado el programa estadístico para Windows SPSS.

Resultados. Edad media: 14,8 años. Sexo: 53% mujer, 47% hombre. Fuentes de información: padres 14%, TV 23%, amigos 74%, libros 6%, revistas 12%, colegio 21%. Grado de conocimiento: nulo 1%, escaso 5%, suficiente 24%, bueno 44%, excelente 26%.

Conclusiones. La fuente de información más importante para los adolescentes proviene de sus amigos, seguido de TV y colegio. Las revistas y libros son poco consultados. El 70% considera sus conocimientos sobre sexualidad buenos y/o excelentes.

P162 DISFUNCIÓN ERÉCTIL. PREVALENCIA. FACTORES DE RIESGO

T. Fuster Bellido, D. Martínez Ques, E. Faus Mascarell, P. Colominas Sarrió, R. Plá Vayá y A. Arlandis Puig

CS Gandia 1- Beniopa. Gandia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: tomasfus@wanadoo.es

Objetivos. 1) Conocer la prevalencia de disfunción eréctil (DE). 2) Conocer factores de riesgo asociados. 3) Grado de reconocimiento del problema.

Tipo de estudio. Estudio epidemiológico descriptivo con base poblacional.

Ámbito del estudio. Pacientes atendidos en un CS urbano.

Sujetos. Población de varones entre 25 y 75 años: 15.458. Frecuencia esperada 19%, nivel de confianza del 95%, $n = 233$.

Mediciones e intervenciones. Encuesta a varones entre 25 y 75 años, de forma aleatoria (1º y 5º, que acudían a 5 consultas del CS lunes y jueves, los meses de Enero a Mayo. $n = 234$ encuestas válidas. El cuestionario incluía: Variables socioeconómicas, estilo de vida, estado de salud percibida. Cuestionario de Salud Sexual SHIM. Impacto y reconocimiento del problema. Programa estadístico G-Stat.

Resultados. Encuestas $n = 234$. Nº total con DE = 95 (41%). Mayor prevalencia por grupos de edad. Mayor prevalencia en pensionistas. Nivel de estudios. Mayor prevalencia con estudios Básicos. Variables relacionadas con el estilo de vida: Fumadores: 90 (38%), con DE: 25 (28%) RR: 4,50 (IC 95% 1,81 > RR > 11,20) $p = 0,0020$. Consumo de alcohol (> 280 gr/semana): 36 (15%) con DE: 20 (56%), RR = 1,74 (IC 95% 1,22 < RR < 2,50) $p = 0,0067$. Variables relacionadas con el estado de salud percibida, no fueron significativas para: alteración del sueño, alergias, alt. pulmonares. ($p > 0,05$) Si para: HTA, diabetes, corazón, circulación, dislipemia, prostata, reumatismos, enfermedades de los nervios, cualquier enfermedad ($p < 0,05$).

Conclusiones. 1) Alta prevalencia con bajo grado de reconocimiento. 2) Sin diferencias en relación con otros estudios. 3) No diferencias en variables socioeconómicas, si estilo de vida.

P163 ESTUDIO SOBRE LA INCONTINENCIA URINARIA Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA (EUROQOL)

J.M. Mendive Arbeloa, S. Armengol Bertolín y J. Giralt Pont

Centro de Atención Primaria La Mina, Sant Adrià del Besòs; Laboratoris Almirall Prodesfarma SA; Biomètrica Mèdica i Social, SL. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: josep.giralt@biometrica-group.com

Objetivos. Evaluar en pacientes con Incontinencia Urinaria: Calidad de Vida, incidencia de Factores de Riesgo, manejo clínico-terapéutico y correlacionar perfil sociodemográfico con puntuación test EuroQoL-5D.

Tipo de estudio. Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico.

Ámbito del estudio. Realizado por 2.128 médicos de AP.

Sujetos. Pacientes > 18 años con frecuencia miccional, urgencia miccional, incontinencia de urgencia, nicturia o incontinencia de esfuerzo.

Mediciones e intervenciones. Diagnóstico IU, Sintomatología, Factores de Riesgo, Seguimiento y Tratamiento IU, CdV mediante EuroQoL-5D (validado).

Resultados. 4.054 pacientes (81% mujeres) con edad media 64,7, IMC 27,4. Diagnóstico IU únicamente clínico en 85,75% casos. Síntomas más frecuentes: urgencia (94,8%), frecuencia (89%) y nicturia (85,9%). 61,1% pacientes presentaban IU Urgencia, 12,6% presentaban frecuencia y urgencia sin incontinencia, 5,2% IU Esfuerzo y 21,1% IU Mixta. FR más destacados fueron embarazos en mujeres (88,9%), consumo de cafeína en global población (46,2%), infecciones urinarias (36,3%). La medida de

CdV mostró mayor afectación en dimensión Ansiedad/Depresión y Dolor/Malestar. Se observaron diferencias significativas ($p < 0,05$) en presencia de ansiedad/depresión entre hombres-mujeres (45,5-52,7%) y consecuentemente en medias totales de puntuación según sexo. A mayor edad, peores puntuaciones, en global y para todas las dimensiones, excepto Ansiedad/Depresión. El tipo IU afectaba CdV de forma significativamente diferente; IUU tipo con mayor afectación, seguida de IUM ($p < 0,05$). El deterioro en CdV del paciente con IU se correlacionaba con mayor edad, mayor IMC, tiempo transcurrido desde diagnóstico y tipo de incontinencia (IUU).

Conclusiones. La IU afecta la CdV en pacientes que la padecen, especialmente en la esfera emocional y sobretodo en mujeres. El tipo de IU afecta a la CdV de forma significativamente diferente, siendo IUU la que supone mayor afectación de la CdV.

P164 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA Y VEJIGA HIPERACTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y PREVALENCIA DE SUS FACTORES DE RIESGO

J.M. Mendive Arbeloa, S. Armengol Bertolín y J. Giralt Pont

Centro de Atención Primaria La Mina, Sant Adrià del Besòs; Laboratorios Almirall Prodesfarma SA; Biomètrica Mèdica i Social SL. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: josep.giralt@biometrica-group.com

Objetivos. Estudiar la prevalencia de Factores de Riesgo de Incontinencia Urinaria/Vejiga Hiperactiva (IU/VHA) en la población atendida en AP que presenten al menos dos síntomas de IU/VHA.

Tipo de estudio. Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico, no probabilístico por inclusión consecutiva de casos.

Ámbito del estudio. 2.276 médicos AP.

Sujetos. Pacientes > 18 años que presentaban al menos dos síntomas de IU.

Mediciones e intervenciones. Síntomas IU, FR (hábitos, tratamientos, patologías, género específicos)

Resultados. Se incluyeron 4674 pacientes (72,6% mujeres), edad media 64,7 años, IMC medio 27,6 kg/m². Síntomas de IU/VHA más frecuentes: frecuencia miccional (88,6%), urgencia miccional (82,9%), nicturia (79,7%) e incontinencia de urgencia (71,6%). La mayor parte de pacientes presentaban 3 (25,3%) o 4 (32,9%) síntomas IU. El 23,4% de pacientes con 2 o más síntomas de IU/VHA no habían consultado nunca previamente por ello. Se registraron FR agrupados en 5 grupos: hábitos (destacando consumo excesivo ≥ 3 tazas/día "café/té" (32,3%), consumo excesivo de "agua, zumos o refrescos sin cola" (29,9% consumían ≥ 6 vasos/día); tratamientos 33,5% pacientes recibían sedantes/hipnóticos; 26,6% antidepressivos y 21,3% calcioantagonistas; patologías de riesgo más frecuentes: infecciones urinarias frecuentes en 34,6% casos y diabetes en 23,1% y FR específicos de género 52,5% de mujeres habían llevado a término 3 o más embarazos y el 61,7% de varones presentaban antecedentes de hipertrofia benigna de próstata.

Conclusiones. Los síntomas de IU/VHA más prevalentes fueron frecuencia y urgencia miccionales. Prácticamente 1/3 de pacientes con IU/VHA no limitan su ingesta de líquidos. Más de la mitad de las mujeres llevaron a término 3 o más embarazos y más del 60% de varones tenían antecedentes de HBP

P165 INTERCEPCIÓN POSTCOITAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DESDE LA GRATUIDAD DE LA MISMA.

A. Romagosa Pérez-Portabella, C. Pozo Díaz, N. Gudiña Escuredo, M. Vilamala Muns, A. Fabregat Casamitjana y M. González Solanellas

CAP Raval Nord (ABS Dr. Lluís Sayé). Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: anaromagosa@hotmail.com

Objetivos. Determinar el perfil de las mujeres que solicitan una intercepción postcoital (IPC) en el centro de salud(CS) y el grado de cumplimiento de la visita control, desde la gratuidad del tratamiento.

Tipo de estudio. Estudio transversal.

Ámbito del estudio. CS barrio socio-deprimido.

Sujetos Total mujeres que solicitan una IPC en CS entre Octubre-Junio 2005.

Mediciones e intervenciones. Recogida datos del registro específico IPC e historia clínica (HC): socio-demográficos, motivo, horas postcoito, anti-concepción habitual, número IPC previas, número interrupciones volun-

tarias embarazo (IVE), control post-IPC, efectos secundarios, resultado IPC.

Resultados. 100 solicitudes, 46% de mujeres no adscritas a nuestro centro. Edad media: 27 años (IC95%: 25,54-28,51), 50% con antecedente de IPC previa. Las 46 mujeres con HC en nuestro centro realizaron el 54% de las solicitudes (6 en dos ocasiones y una en tres): 24,1% adolescentes (edad ≤ 21), 34,8 % inmigrantes, 69,2% con estudios secundarios o superiores, 47,8% trabajo remunerado. Respecto a las solicitudes: 61% acude de forma espontánea, motivos más frecuentes: rotura de preservativo (48,1%) y relación no protegida (33,3%), mediana horas poscoito 20 (rango: 4-70), 35,2% antecedente IVE, 24,1% acude a visita control, en 53,7% se pudo constatar el éxito del tratamiento.

Conclusiones. El porcentaje de mujeres atendidas no adscritas a nuestro centro es muy elevado. El perfil de la mujer solicitante de IPC correspondería a una mujer de unos 27 años con estudios secundarios o universitarios, que acude de forma espontánea y que argumenta como motivo principal la rotura de preservativo. El porcentaje de mujeres con antecedente de IPC o IVE es muy relevante, así como el escaso cumplimiento de la visita de control.

P166 LA DISPONIBILIDAD DE LA ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL AUMENTA LA PROPORCIÓN DE RELACIONES SEXUALES DESPROTEGIDAS

M. Viñes Silva, A. Vázquez Durán, J. Gerhard Pérez, J. Bernad Suárez, R. Vallés Navarro y M. Llusa Arboix

Centro de Atención Primaria de Vilassar de Mar. Barcelona. Vilassar de Mar. Cataluña. Correo electrónico: vinyesmaricarmen@hotmail.com

Objetivos. Analizar la diferente proporción de relaciones sexuales desprotegidas entre antes y después de la dispensación gratuita de la anticoncepción postcoital (ACPC) por parte del sistema sanitario.

Tipo de estudio. Estudio observacional, transversal y retrospectivo.

Ámbito del estudio. Área sanitaria semiurbana.

Sujetos. Se seleccionaron al azar 60 casos (según estimación previa de muestra necesaria) para cada periodo antes y después del 1 de octubre del 2004 (fecha de implantación de la dispensación gratuita de la ACPC en Catalunya) que consultaron a la consulta joven de nuestro centro de salud.

Mediciones e intervenciones. Se recogió de la ficha el motivo de consulta en forma de variable categórica: relación sexual desprotegida o rotura de preservativo.

Resultados. La edad media de las solicitantes (20,6 vs. 22,7) así como la proporción de solicitudes después de las 24 horas post-relación sexual (12,2 vs. 19%) no fue significativamente diferente entre los dos periodos estudiados. La proporción de relaciones desprotegidas (11,9% vs. 35,4%; $\chi^2 p 0,007$) fue 3 veces superior (IC 95% 1,2-7,2) en las solicitantes de ACPC en el periodo de dispensación gratuita. Asumiendo que el resto de factores no hubiera cambiado entre los 2 periodos estudiados, la dispensación gratuita fue la responsable del 54% (IC 95% 3-78%) de las relaciones desprotegidas ocurridas en el periodo posterior al 1 de octubre del 2004.

Conclusiones. Aunque el diseño no permita inferir hipótesis sólidas de causalidad, la ACPC podría tener un impacto relativo en la protección de los adolescentes a las enfermedades de transmisión sexual.

P167 PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL MEDIO RURAL

C.M. González Martínez, D. Galloso Santana, M. Suárez Pérez, E. González Domínguez, M. Vázquez Feria y D. Biedma Martín

Centro de Salud de Cartaya. Huelva. Andalucía. Correo electrónico: cmacagm@hotmail.com

Objetivos. Conocer la prevalencia inicial y características de la lactancia materna en una zona básica de salud rural.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Centro de salud rural.

Sujetos. Madres de niños que acuden al control del niño sano en los meses 1º, 4º y 6º de vida, a las que se realizó una encuesta, tras consentimiento oral, para obtener los datos a estudiar. Muestra: 105 madres.

Mediciones e intervenciones. Edad de la madre, ocupación, realización actual de la lactancia materna, tiempo que la realizó, tiempo que piensa

continuar, motivos de no inicio o abandono, promoción en el programa de embarazo del centro de salud y en el hospital.

Resultados. Iniciaron la lactancia materna el 60,9%. Las trabajadoras con estudios superiores fueron las que más la iniciaron con un 77,7%. La media de lactancia fue de 64,7 días. El principal motivo de no inicio y abandono fue el trabajo materno (34% y 20% respectivamente). Al 21% le animaron a la lactancia materna en el hospital tras el parto, mientras el 85,7% fueron informadas en el programa de embarazo del centro de salud.

Conclusiones. La promoción de la lactancia materna en el programa de embarazo es alta, pero ha disminuido la prevalencia, influido posiblemente por la baja promoción en el hospital. El principal motivo de no inicio y abandono es el trabajo materno y puede deberse al aumento de la incorporación de la mujer al mundo laboral. La proporción de madres que inician la lactancia materna es mayor a mayor nivel cultural.

P168 MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL TRATADOS CON VARDENAFILO

A. Martín-Morales, F. Mejjide, N. García, M. Artés y A. Muñoz

Hospital Carlos Haya. Adelphi Targis, SL. Málaga/Barcelona. Andalucía.
Correo electrónico: eduard.garcia@adelphi-targis.com

Objetivos. Evaluar la calidad de vida (CV) de pacientes con disfunción eréctil (DE) comparándola con valores de referencia de la población española a partir del cuestionario SF-36.

Tipo de estudio. Ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, paralelo y controlado con placebo.

Ámbito del estudio. Consultas especializadas de urología.

Sujetos. Fueron aleatorizados 121 individuos de 12 centros de toda España (60 placebo y 61 vardenafilo). La media de edad fue de $52,5 \pm 8,6$ años.

Mediciones e intervenciones. La eficacia del tratamiento se valoró mediante el dominio de la función eréctil (FE) del cuestionario IIEF (The International Index of Erectile Function). Se administró el cuestionario de salud SF-36 que consiste en 36 ítems valorando 8 dominios donde el mejor estado de salud viene representado por la puntuación 100.

Resultados. Tras 12 semanas de tratamiento, se mostró una mejoría estadísticamente significativa en el dominio Vitalidad del SF-36 en el grupo vardenafilo frente al placebo (74,90 vs 70,87, $p < 0,05$, análisis de covariancia). El 73% de los pacientes tratados con vardenafilo normalizaron su FE frente al 25% del grupo placebo. Los pacientes que respondieron a vardenafilo alcanzaron puntuaciones de CV significativamente superiores a los valores de referencia en los siguientes dominios del SF-36: Salud Mental (valores poblacionales medios [VPM]: 77,9, IC al 95% en la muestra: 80,5-88,9), Vitalidad (VPM: 71,8, IC: 72,5-82,4), Dolor Corporal (VPM: 81,9, IC: 83,9-95,7) y Salud General (VPM: 70,9, CI: 74,1-83,2), normalizando el resto de dominios.

Conclusiones. Los pacientes que respondieron al tratamiento con vardenafilo consiguieron una mejor CV que la población general en diversos dominios de las componentes mental y física del cuestionario SF-36, normalizando el resto.

P169 LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Pérez Bauer, M.T. Pellicer Angosto, J. Blade Creixenti, S. Hernández Anadón, O. Calviño Domínguez y S. Crispi Cifuentes

EAP Jaume I. Tarragona 3. Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: mpbauer@wanadoo.es

Objetivos. Valorar la prevalencia de interrupción voluntaria del embarazo y conocer las características de las mujeres atendidas por este motivo.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo retrospectivo.

Ámbito del estudio. Programa de atención a la salud sexual y reproductiva (PASSIR) en atención primaria.

Sujetos. Mujeres atendidas en el PASSIR que abortaron entre enero de 1999 y mayo del 2005.

Mediciones e intervenciones. Variables: edad, nivel de estudios (NE), lugar de residencia, método anticonceptivo (MAC), abortos previos, mes/año, problemas sociales. Se realizó estadística descriptiva e inferencial (d.s. $p < 0,05$).

Resultados. N: 1.073 mujeres. Edad media: 25,93 (rango 12-46). 86% estudios primarios. 44,8% residencia urbana, 23,2% barrio, 24% zona turística,

8% rural. 50% sin MAC, 29,3% preservativo (28,6% roto, 20,8% no utilizado, 4% quedó dentro), 13% anticonceptivos orales (68% olvidaron pastillas), 4,7% marcha atrás. 4% del total tomó anticoncepción postcoital (ACP), 72% de los cuales usaban preservativo. 16,4% abortaron previamente (3,5% > 1 aborto). 81,5% sin problemática social (77,3% si abortos previos), 4,6% problemas económicos, 1,5% enfermedad psiquiátrica. 5,1% interrupción legal del embarazo. En 1999 abortaron 140 mujeres (40% sin MAC) y en el 2004, 201 mujeres (62,6% sin MAC). Habían diferencias significativas entre MAC y error de planificación con las variables ACP, NE y según los años valorados. En estudios primarios mayor porcentaje sin MAC y en estudios medios-altos mayor uso de preservativo.

Conclusiones. Observamos aumento progresivo del número de abortos anuales, más frecuentes en verano y febrero. La mayoría sin método anticonceptivo ni postcoital. La planificación familiar en atención primaria es primordial en la prevención de embarazos no deseados que finalicen en aborto.

P170 PREVALENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES ADULTAS

M.P. Valero Lance, B. Alapont Puchalt, M. Fernández Abellán e I. Roldán Puchalt

Consultorio Auxiliar de Godelleta. Centro de Salud de Algemesi. Algemesi. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: mvalerol@medynet.com

Objetivos. La incontinencia urinaria (IU) constituye un importante problema de salud, ya que aunque no suele ser grave, puede afectar en gran medida a la calidad de vida de los pacientes que la sufren. El objetivo de nuestro estudio fue estimar la prevalencia de la IU en las mujeres mayores de 35 años de nuestra comunidad autónoma.

Tipo de estudio. Estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico.

Ámbito del estudio. Nuestra comunidad autónoma.

Sujetos. Mujeres mayores de 35 años que acudían por cualquier motivo a los centros de salud incluidos en el estudio.

Mediciones e intervenciones. La muestra se realizó mediante muestreo consecutivo. El tamaño de muestra fue de 1202 mujeres para obtener un nivel de confianza del 95%, una precisión del 1,2% y con una proporción esperada para la IU de 35%. La recogida de datos se realizó mediante una entrevista personal con cuestionario estructurado.

Resultados. La media de edad de la población entrevistada fue de 56,25 años, con un 63,6% de mujeres climatéricas, y una media de embarazos de 2,55. De las 1,202 mujeres, 507 (42,2%) respondían afirmativamente a las preguntas sobre episodios previos de pérdida involuntaria de orina con una frecuencia superior a 3 veces en el último año.

Conclusiones. La prevalencia de la incontinencia urinaria en nuestra comunidad autónoma supera ligeramente los datos publicados hasta el momento. Esto demuestra que sigue siendo un problema oculto e infradiagnosticado. Por todo ello creemos necesario que los médicos de Atención Primaria se impliquen en la detección y tratamiento de estas pacientes.

P171 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA: HABLAN LAS MUJERES. CUÁNTO LA CONOCEN, QUÉ OPINAN DE ELLA, CÓMO LA QUIEREN OBTENER, QUÉ INFORMACIÓN NECESITAN

A. Serra Torres, M. Montaner Amorós, A. Benavides Ruiz, S. Sitjar Martínez de Sas, M. Espanyol Navarro y X. Otero Serra

Hospital Clínic I Provincial. CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 37373ast@comb.es

Objetivos. Determinar los conocimientos, opiniones y necesidades de las mujeres sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (ACE).

Tipo de estudio. Estudio transversal descriptivo prospectivo.

Ámbito del estudio. Atención primaria.

Sujetos. Mujeres de 15-45 años.

Mediciones e intervenciones. Encuesta en la que se registraron variables demográficas y antecedentes de anticoncepción (AC); se evaluaron sus conocimientos sobre el ACE mediante 4 preguntas; se preguntó su opinión sobre la forma de obtención, y sus necesidades y preferencias de información.

Resultados. 130 mujeres (124 encuestas realizadas). Edad: $30,07 \pm 7,9$. 75% españolas. 61,3% tenían estudios superiores. Conocían el ACE: 76

(58,9%). Conocían otras denominaciones: 52(40%). AC habitual: preservativo 58 (46,8%), ACO 36 (29%), ninguno 17 (13,7%). Antecedentes de aborto: 24 (19,5%). Antecedentes de uso ACE: 32 (27,8%). Creen que el ACE no es para uso habitual: 108 (87,1%); creen que tras la relación de riesgo deben acudir lo antes posible a un centro sanitario: 98 (79%); creen que no elimina totalmente el riesgo de embarazo: 51 (41,1%); conocen que puede usarse en caso de olvido de anticonceptivo oral 45 (36,3%). Sólo la toma previa de ACE se relacionaba con un mejor conocimiento del ACE ($p = 0,028$), no había diferencias por edad, estudios, nacionalidad, anticonceptivo habitual o antecedente de aborto. Evalúan bien la dispensación gratuita en centros sanitarios: 94 (83,2%). Preferirían obtenerlo en la farmacia sin receta: 39 (34,8%). Consideran el consejo médico necesario o que es necesario evitar el abuso: 56 (56%). Creen que necesitan más información: 103 (83,1%), y los medios preferidos son la hoja informativa y el ginecólogo/a.

Conclusiones. Existe una necesidad de información sobre el ACE en las mujeres atendidas en Atención Primaria. Una breve explicación y una hoja informativa podría resolver sus expectativas. Evalúan bien la dispensación gratuita en los centros sanitarios, y sólo una minoría preferirían obtenerla sin prescripción médica en la farmacia.

P172 ESTUDIO SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA

F.X. Cantero Gómez, M. Belmonte Garrido, M. Just Mallart, C. Moriana de la Olla y E. Florensa Claramunt

ABS Igualada Urbà. Igualada. Cataluña.
Correo electrónico: fxcantero.cp.ics@gencat.net

Objetivos. Describir los pacientes diagnosticados de hipertrofia benigna de próstata (HBP), las pruebas diagnósticas realizadas, el manejo y la evolución de dichos pacientes.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal retrospectivo.

Ámbito del estudio. Área básica de salud urbana.

Sujetos. Todos los pacientes diagnosticados de HBP.

Mediciones e intervenciones. Edad, realización de tacto rectal, escala internacional de síntomas prostáticos (IPSS), cifra de antígeno prostático específico (PSA) total, estudio ecográfico, derivación a urólogo, fármacos utilizados para el tratamiento, intervenciones quirúrgicas y diagnósticos de neoplasia.

Resultados. N = 438. Edad media de los pacientes 73,7 (DE 9,15). % de tests IPSS realizados 2,28%. % de pacientes con tacto rectal realizado para el estudio diagnóstico 14,38%. Determinación de PSA total: 19,63% > 4; 33,11% < 4; 47,26% no consta. Estudio ecográfico: 2,97% normal; 39,27% patológico; 57,76% no realizado. Pacientes derivados al urólogo: 60,27%. Tipo de tratamiento prescrito: 32,87% a-bloqueantes; 2,74% inhibidores de la 5- α -reductasa; 9,82% fitoterapia; 6,16% tratados con 2 fármacos; 1,34% portadores de sonda; 45,66% no reciben tratamiento; otros 1,34%. Pacientes intervenidos: 25,80%. Pacientes diagnosticados de cáncer: 2,51%.

Conclusiones. En nuestro centro de salud no se realizan los estudios diagnósticos básicos a un porcentaje elevado de pacientes. Más de la mitad de los pacientes son derivados al urólogo aún tratándose la HBP de una patología fácil de manejar en atención primaria. La fitoterapia, siendo considerada uno de los tratamientos de elección, con valor intrínseco farmacológico elevado, escasos efectos secundarios y coste efectiva, pensamos que es poco utilizada entre nuestros pacientes. Sin embargo el total de pacientes tratados con a-bloqueantes o fitoterapia es de aproximadamente el 50%.

P173 NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

A.M. Balado López, M.D. Fuentes Lema, M. Fernández Miguelez y A.I. Arias Pardo

Unidad de Hospitalización a Domicilio. A Coruña. Galicia.
Correo electrónico: anabaladoc@yahoo.es

Objetivos. Evaluar la prevalencia de complicaciones y el coste del tratamiento domiciliario de la TVP atendido por una Unidad de Hospitalización a Domicilio.

Descripción. Estudio descriptivo de pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda en urgencias de un hospital terciario desde ene-

ro del 2002 y tratados en su domicilio sin ingreso hospitalario. Protocolo de actuación: el paciente es visto por médico de urgencias y cirujano vascular, se realizan pruebas complementarias (de laboratorio e imagen), se administra la 1ª dosis de HBPM, se valora por médico de HADO (si el paciente es diagnosticado durante la tarde o noche, permanecerá en observación hasta la mañana siguiente en espera de dicha valoración), se traslada al domicilio donde recibirá visitas por médico y enfermera para tratamiento y seguimiento. Criterios de inclusión: mayores de 10 años, diagnóstico de TVP mediante ecodoppler o flebografía, estabilidad clínica, aceptación del tratamiento domiciliario por el paciente y la familia, residencia en ámbito de actuación en HADO. Se obtienen los datos por revisión de historias clínicas de los 16 pacientes que cumplían dichos criterios y se valoran: complicaciones (hematoma post-punción, hemorragias, trombopenia, alergia y TEP) y coste del tratamiento domiciliario.

Conclusiones. Edad media: 63,5 años (41-82); sexo: 56,3% varones; estancia media en HADO: 13,81 días (7-31); no se registran complicaciones en el plazo de un año (un paciente presentó TEP a los 2 años del diagnóstico de TVP; coste diario medio: 23,92 euros; coste medio total: 294,15 euros (215-500). La TVP puede ser tratada de forma segura y económica en el domicilio del paciente mediante el uso de HBPM y anticoagulantes orales.

P174 DISPENSACIÓN DE METADONA EN UN CENTRO DE SALUD

M. Caldentey Tous, A. Cbavarri, M. Domenech, X. Mesquida y A. Riutort

Centro de Salud Coll den Rebassa. Palma de Mallorca. Illes Balears.
Correo electrónico: mcaldentey@ibsalut.caib.es

Objetivos. Dispensación de metadona a los usuarios de nuestro centro de salud.

Descripción. EL centro de atención a drogodependencias (CAD) y el centro de salud (CS), junto con la gerencia, organizaron un circuito para co-ordinar la dispensación de la metadona en el CS. Se detectaron 58 usuarios del CS que acudían regularmente al CAD para suministrarles la metadona. Se seleccionaron los usuarios menos conflictivos y los que llevaban más tiempo sin consumir y con dosis de metadona cada vez menores. Se organizó el abastecimiento por parte del CAD de una nevera, para conservar la metadona y suministrar la metadona todos los lunes, con las dosis individualizadas para cada paciente que previamente había sido seleccionado. Se remitía del CAD al coordinador/responsable enfermería/auxiliar del centro por e-mail los datos del paciente y se ponía en conocimiento a su médico de familia. Se realizó una sesión formativa a todos los profesionales del CS sobre los efectos secundarios de la metadona y su tratamiento. La auxiliar llamaba al paciente y le ofrecía dos franjas horarias para acudir a recoger la metadona en una consulta de forma discreta. Se suministraba la dosis al paciente de forma diaria o semanal según el estado del paciente previa realización de tóxicos en orina. Se ha pilotado en 10 pacientes de los cuáles uno ha recaído.

Conclusiones. La dispensación de metadona en un CS situado a 6 kilómetros del CAD, mejora la calidad vida de los usuarios, su integración laboral, la satisfacción, adherencia al tratamiento y disminución de recaídas.

P175 IMPACTO DEL VISADO DE INSPECCIÓN EN EL CONSUMO FARMACÉUTICO EN UNA ÁREA DE SALUD

M. García Zarco, C. García-Orad Carles, C. Trescoli Serrano, J.L. Gonzalez Perales, E. Laparra Magdalena y A. Oliver Bañuls

CS Alzira, CS Carcaixent, CS Cullera y CS Alginet. Departamento 11, Agencia Valenciana de Salud. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: jlgonzalvez@hospital-ribera.com

Objetivos. Medir el impacto de la implementación del visado de inspección para la prescripción de inhibidores de la ciclooxigenasa (I-COX2) en una área de salud.

Descripción. La población del Departamento 11 (D11) de la Agencia Valenciana de Salud (AVS) de la Comunidad Valenciana esta alrededor de los 235.000 habitantes. El sistema de información de gestión de la prestación farmacéutica (GAIA) fue creado en el año 2000 por la AVS para facilitar información al prescriptor de unos indicadores mensuales cualitativos y cuantitativos pre-definidos de prestación farmacéutica. Entre ellos el gasto farmacéutico y la DHD o número de personas por 1.000 habitantes que reciben una dosis diaria definida de un medicamento.

El visado de inspección regula la prestación de ciertos medicamentos al requerir un informe y una aprobación antes que el médico de Atención Primaria pueda prescribir un medicamento.

Material y métodos. Para valorar el impacto del visado de inspección para la prescripción de I-COX2 en Julio del 2002 hemos analizado la DHD y el gasto total de estos medicamentos en nuestro Departamento de Salud dos años antes y después de la aparición del visado. La fuente de datos fue el sistema de información GAIA.

Resultados. Durante el periodo Julio 2000 y Junio 2002 la DHD y el gasto farmacéutico medio mensual de I-COX2 fue 31 y 57079€ y entre Julio 2002 y Junio 2004 11,07 y 19713€ respectivamente.

Conclusiones. El visado de inspección redujo la prescripción y gasto farmacéutico de los inhibidores COX-2. El impacto en otros grupos farmacológicos es desconocido.

P176 IMPACTO DEL CONSUMO DE ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS E INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTON EN LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

M. García Zarco, C. García-Orad Carles, C. Trescolí Serrano, J.L. González Perales, A. Oliver Bañuls y M.A. Díaz Ortiz

CS Alzira, CS Carcaixent, CS Cullera, Hospital de La Ribera. Departamento 11, Agencia Valenciana de la Salud. Comunidad Valenciana. Correo electrónico: ctrescoli@hospital-ribera.com

Objetivos. Valorar el impacto del aumento de consumo de los medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE's) en los ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva alta (HDA) en un periodo de 5 años.

Descripción. Los AINE's pueden producir HDA y su combinación con inhibidores de la bomba de protones (IBP) reduce este riesgo. El sistema de información de gestión de la prestación farmacéutica (GAIA) fue creado en el año 2002 por la Agencia Valenciana de Salud como herramienta de información con indicadores de consumo por áreas de salud, grupos farmacéuticos y periodos de tiempo. La DHD es el número de ciudadanos por 1000 habitantes que reciben una dosis diaria definida de un medicamento.

Material y métodos. El consumo de AINE's e IBP se midió como la DHD media anual durante el periodo 2000-2004 del sistema de información GAIA de la AVS para nuestra área de salud. Los ingresos hospitalarios se obtuvieron de la base de datos (CMBD) del hospital de referencia de nuestra área de salud.

Resultados. Durante el periodo 2000-2004 la DHD anual media de AINE's fue: 135, 145, 141, 148 y 158 y la de IBP: 97, 122, 148, 178 y 209. Las HDA hospitalizadas durante este periodo fueron: 84, 107, 107, 87 y 94. No hubo relación estadística significativa entre el aumento del consumo de AINE's y los ingresos por HDA ($p > 0,05$) posiblemente por el aumento de consumo de IBP en ese mismo periodo.

Conclusiones. El aumento de consumo de AINE's no ha aumentado los ingresos hospitalarios por HDA posiblemente por el aumento de consumo de IBP's.

P177 ¿PRESCRIBIMOS SEGÚN LAS INDICACIONES APROBADAS DE LOS MEDICAMENTOS?

S. Ferrer Moret, E. Vilella Terricabras, M. Serrano Herrán, C. Jané Julió, M. Purroy Irurzun y C. Martín Cantero

ABS Passeig Sant Joan. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: 36465evt@comb.es

Objetivos. Determinar los motivos de prescripción crónica de olanzapina y si estos siguen las indicaciones aprobadas según la fitxa técnica.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano.

Sujetos. Selección de todos los pacientes con prescripción crónica de olanzapina según el registro informático.

Mediciones e intervenciones. Datos demográficos (edad, sexo, lugar de residencia). Motivos de prescripción e indicaciones aprobadas (tratamiento y mantenimiento trastorno psicótico, tratamiento de los episodios maníacos, prevención recaídas trastorno bipolar). Prescriptor inicial (médico de familia, neurólogo, psiquiatra, otros); tratamientos asociados (benzodiazepinas, antidepresivos, otros antipsicóticos); episodios de AVC durante el tratamiento.

Resultados. N = 60; edad media 55,1 años (DE 22,0); 50,8% mujeres; 74,2 índice de Barthel = 100; 92,3% viven en su domicilio. Motivo de pres-

cripción: 20,0% trastorno de conducta en demencia, 38,4% tratamiento de mantenimiento trastorno psicótico, 1,5% esquizofrenia en demencia, 10,7% prevención recaídas trastorno bipolar, 7,7% síndrome depresiva, 4,6% trastorno personalidad, 6,1% ansiedad, 10,7% otros. Un 50,6% tienen indicación aprobada. Médico prescriptor: 81,3% psiquiatra, 12,5% neurólogo, 4,7% médico de familia. Fármacos asociados: 53,0% benzodiazepinas, 46,2% antidepresivos, 27,7% otros antipsicóticos. Ningún AVC durante el tratamiento con olanzapina.

Conclusiones. Existe un número significativo de pacientes con prescripción crónica de olanzapina que no siguen la indicación aprobada según la agencia española del medicamento; que en marzo de 2004 comunicó que la olanzapina no estaba autorizada para el tratamiento de psicosis o trastornos de conducta asociados a demencia, dado que aumentaban la mortalidad y los episodios de AVC.

P178 COMPARACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON LA REALIZACIÓN DEL CONTROL DEL TRATAMIENTO CON SINTROM EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP) FRENTE AL HOSPITAL (H).

R. de Dios del Valle, M. Vargas Pabón, M.J. Martínez Morán, A. Díaz Trapiella, J. Picos Rodríguez y A. Juanes González

Gerencia de Atención Primaria del Área I de Asturias. Hospital de Jarro. Jarro-Coaña. Asturias. Correo electrónico: ricardo.dedios@sespa.princast.es

Objetivos. Conocer la satisfacción del usuario con la realización del control del tratamiento con anticoagulantes en los CS y en el H. Conocer el impacto económico de la descentralización.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria (AP) y Especializada (AE).

Sujetos. 358 pacientes anticoagulados que realizan el control en AP o AE.

Mediciones e intervenciones. Encuesta telefónica para valorar satisfacción (cercanía, espera, duración, comodidad, trato, preparación). Análisis estadístico: Se describen variables cuantitativas con media y desviación estándar, cualitativas con distribución de frecuencias. Asociación variables: t de Student, chi cuadrado.

Resultados. Tasa de respuesta: 86,9%. 289 (80,7%; IC95%: 76,4-84,6) controlados en AP. 53,6% (IC95%: 48,4-58,8) varones. Edad: 73,46 (DE: 9,4). El 10,1% (IC95%: 7,25-13,5) utiliza transporte público. Distancia media al CS: 6,28 Km (DE: 6,10); al H de 33,95 km (DE: 5,8). El ahorro medio por paciente y control al realizarlo en el CS frente al H es de 12,06 euros (DE: 5,77). El incremento de coste de la descentralización es de 378,59 euros, frente a un ahorro en desplazamiento de 3485,92. Puntuación media de satisfacción es de 9,2 en CS y 8,41 en H ($p < 0,001$). Existen diferencias significativas en espera (8,31 vs 7,25; $p < 0,001$), cercanía (8,61 vs 6,9; $p < 0,001$), y duración del proceso (8,3 vs 6,2; $p < 0,001$) a favor del CS. Comodidad, trato y preparación no arrojan diferencias. Sólo en la preparación de los profesionales superior en el H (9,35vs9,30). Un 2,8% (IC95%: 1,3-5,2) de los pacientes que realizan los controles en el AP desearían cambiar al H, frente al 42% (30,8-53,9) de los pacientes que realizan el control en el H ($p < 0,001$).

Conclusiones. La realización de los controles en los centros de salud es mejor valorada. Debemos mejorar tiempo de espera y duración. La descentralización tiene un menor coste.

P179 DROGAS Y ADOLESCENCIA EN UNA POBLACIÓN RURAL

E.M. Gregorio Arenas, E. Moratalla López, M.D.M. Valenzuela López, L. Pérez Fernández, M. Barrera Ruiz y P. Barabona Fernández

CS Huétor Tájar. Huétor Tájar. Andalucía. Correo electrónico: enmolo@hotmail.com

Objetivos. Conocer en una población adolescente rural las fuentes de información y el grado de conocimiento que consideran que poseen sobre drogas.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Instituto de enseñanza secundaria obligatoria, en un ámbito rural.

Sujetos. Muestra de 136 individuos de un instituto rural, entre 14 y 17 años de edad, a los que se les pasó un cuestionario de recogida de datos, anónimo y voluntario. Criterios de inclusión: alumnos de dicho instituto que entregaron la hoja de recogida de datos. Criterios de exclusión: no re-

llenar alguno de los ítems de la hoja de recogida de datos, y/o no entregar dicha hoja.

Mediciones e intervenciones. Edad y género fuentes de información (padres, televisión, amigos, revistas, libros y colegio), grado de conocimiento (nulo, escaso, suficiente, bueno, excelente). Se ha utilizado el programa estadístico para Windows SPSS.

Resultados. Edad media: 14,8 años. Sexo: 53% mujer, 47% hombre. Fuentes de información: Padres 18%, TV 28%, amigos 18%, libros 5%, revistas 7%, colegio 24%. Grado de conocimiento: nulo 1%, escaso 6%, suficiente 24%, bueno 54%, excelente 15%.

Conclusiones. La fuente de información más importante para los adolescentes proviene de la TV, seguido de la del colegio. Las revistas y libros son poco consultados. El 78% considera sus conocimientos sobre drogas suficientes y/o buenos.

P180 INFLUENCIA DE LA POLIMEDICACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA, NÚMERO DE CONSULTAS E INTERCONSULTAS

E. Gavilán Moral, L. Pérula de Torres y L. Jiménez de Gracia

Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba, Nodo Cograma REDIAPP. Córdoba. Andalucía.

Correo electrónico: egavilan@wanadoo.es

Objetivos. Comparar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), frecuentación de las consultas de Medicina Familiar (MF) y derivaciones a Atención Especializada (AE) entre pacientes polimedificados y no polimedificados.

Tipo de estudio. Estudio transversal con grupo control de comparación.

Ámbito del estudio. Centro de Salud urbano.

Sujetos. Selección aleatoria de 120 pacientes entre 45-75 años, apareados por sexo y edad.

Grupo de estudio (n = 60): personas con dos o más fármacos y más de un trastorno crónico; grupo control (n = 60): no cumplen estos criterios.

Mediciones e intervenciones. Instrumentalización: Cuestionario EuroQol de CVRS, número de derivaciones a AE y de consultas de MF en el último año.

Análisis descriptivo (media \pm desviación estándar, proporciones) y comparativo (T-student, Ji-cuadrado).

Resultados. Los pacientes polimedificados poseen un 33% peor CVRS que los controles (0,59 \pm 0,29 comparado con 0,79 \pm 0,18, p < 0,0001). Analizando las dimensiones del EuroQol, aparecen significativamente en mayor porcentaje de polimedificados que de controles problemas en la movilidad (45,0% frente a 25,0%, p = 0,02), en el cuidado personal (26,6% frente a 5,0%, p = 0,001), en las actividades cotidianas (43,3% frente a 16,7%, p = 0,001), dolor/malestar (70,0% frente a 55,0%, p < 0,0001) y ansiedad/depresión (41,7% frente a 28,3%, p = 0,03). La media de visitas a la consulta de MF (8,45 \pm 5,4 frente a 6,08 \pm 4,2, p = 0,09) y de interconsultas a AE (1,4 \pm 1,3 frente a 0,80 \pm 0,59, p = 0,007) fue mayor en los polimedificados que en los controles.

Conclusiones. Los pacientes polimedificados padecen más limitaciones y malestar psicofísico que los no polimedificados del mismo sexo y edad, lo cual explicaría que se deriven más a AE.

P181 ANTIMICROBIANOS EN LOS BOTIQUINES ¿SE GUARDAN...?

S. Hernandez Anadón, C. Llor Vilà, S. Crispí Cifuentes, T.M. Canela Armengol, R. Solís Narvaez y G. Aguirre Álava

CAP Jaume I (EAP Tarragona-3). Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: silviaha@comt.es

Objetivos. Evaluar la existencia de antimicrobianos en los botiquines de los domicilios de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria y que no estaban indicados en ese momento.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo prospectivo.

Ámbito del estudio. Atención primaria.

Sujetos. Se recogió de forma consecutiva todos los pacientes incluidos en este programa por dos enfermeras del centro en el período febrero-mayo 2005.

Mediciones e intervenciones. Variables: edad, sexo, medicación crónica que toma el paciente y número de envases. Se recogió por sorpresa toda la medicación disponible en el botiquín en estos domicilios y que no tomaba ningún miembro de la familia, registrándose todos los antimicrobianos que no se utilizaban.

Resultados. N = 86. Edad 80,3 \pm 9,9 años (76,7% mujeres). En un 34,9% de los domicilios analizados (n = 30) había en el botiquín algún envase de antimicrobiano que no estaba siendo utilizado en aquel momento. 4 de los domicilios había más de un antibiótico. Amoxicilina + clavulánico y las pomadas con antibiótico fueron los antibióticos más frecuentemente encontrados (6 casos cada uno). Había colirios antibióticos en 4 domicilios. Otros antimicrobianos hallados: antifúngicos orales (4 casos), ciprofloxacino (3 casos), azitromicina (2), aciclovir oral (2).

Conclusiones. En un tercio de los domicilios se guardan antimicrobianos de reserva. Este porcentaje es menor del registrado en la bibliografía aunque sigue siendo demasiado elevado. Quizás lo facilite el hecho de que pueda conseguirse sin prescripción oficial o porque no se toma de forma adecuada.

P182 ANTICOAGULANTES ORALES EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SUS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS: UNA REALIDAD QUE CONVIENE MEJORAR

J. Ferré Gras, M.D. Gil Sánchez, E. Sardaña Álvarez, C. Barceló Dupuy, R. Euba Martín y P. Iglesias Salvado

CAP Miami Playa. ABS Mont-Roig del Camp. Mont-Roig del Camp (Tarragona). Cataluña.

Correo electrónico: jferreg.tarte.ics@gencat.net

Objetivos. Evaluar la importancia de la medicación que consumen los pacientes tratados con anticoagulantes orales (ACO) en Atención Primaria (AP), en las descompensaciones de la anticoagulación.

Tipo de estudio. Estudio observacional. Serie de casos en AP.

Ámbito del estudio. ABS Rural (población de referencia: 8.000 habitantes).

Sujetos. Pacientes consumidores de ACO durante los últimos 12 meses.

Mediciones e intervenciones. Variables registradas: edad, sexo, indicaciones y años de anticoagulación, control anticoagulante (INR) desde la AP o la especializada, número de descompensaciones en el INR (considerando la normalidad el margen de referencia \pm 0,2) en último año, medicación concomitante (aguda y crónica) y si interacción acompañando o inhibiendo los ACO en mayor o menor intensidad. Análisis estadística: Chi-cuadrado.

Resultados. Pacientes consumidores de ACO: 62. Edad media: 71 años. Hombres: 56,5%. Control en AP: 49 (79%). Indicación principal: Fibrilación Auricular (48) y prótesis valvulares (15). Media de tratamiento: 5,4 años. Media de descompensaciones: 3,16. De los controlados en AP, sólo 1 no presentó descompensaciones, 24 pacientes (49%) de 1-3 descompensaciones y otros 24 (49%) más de 3 descompensaciones. En 10 pacientes se atribuyó la descompensación a medicación acompañando o inhibiendo la medicación crónica. En 16 pacientes interactuaron potenciadores de menor intensidad (principalmente: metamizol, omeprazol, alcohol, quinolonas y ranitidina). En 4 pacientes interfirieron potenciadores de mayor intensidad (amiodarona). En 1 paciente, inhibidores de menor intensidad (espironolactona). Se ajustó la dosis ACO en 97,9% de los descompensados en AP y sólo 2 se realizó derivación especializada/hospitalaria.

Conclusiones. El control de la anticoagulación en AP se beneficiaría de una prescripción más reflexionada con el menor riesgo de interacciones farmacológicas con el tratamiento anticoagulante.

P183 ¿ANTIAGREGAMOS-ANTICOAGULAMOS MENOS A LAS MUJERES QUE A LOS HOMBRES EN LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR?

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

ABS La Salut. ABS Llefia. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: pilitejero@hotmail.com

Objetivos. 1) Análisis de la población con cardiopatía isquémica (CI) y Enfermedad Cerebro Vascular (ECV) de dos centros de salud. 2) Analizar si el sexo u otros factores influían en que pacientes con CI y ECV no recibieran tratamiento antiagregante-anticoagulante (A-A).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo-transversal.

Ámbito del estudio. Atención primaria.

Sujetos. Todos los pacientes diagnosticados de ECV (930) y CI (1.282).

Mediciones e intervenciones. Fuente datos: historia clínica informatizada (OMI-AP). Variables: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, tratamiento A-A. Para el estudio multivariado aplicamos el modelo de regresión logística, variable dependiente fue si recibían o no tratamiento específico.

Resultados. 1,2% de adultos tenían ECV, 54,3% hombres. 2% de adultos tenían CI, 68,4% hombres. Estaban sin tratamiento A-A 7% de ECV y 9% de CI. En el análisis del modelo multivariado observamos que estaban sin tratamiento: a) En ECV 8,5% de mujeres frente 3,6% de hombres. OR: 2,34 (IC: 1,28-4,32). $P = 0,0058$. En CI 11% de mujeres frente 7,5% de hombres. OR: 1,67 (IC: 1,04-2,63). $P = 0,03$. b) En ECV 7,4% de no diabéticos frente 2,7% de diabéticos. OR: 0,33 (IC: 0,15-0,73). $p = 0,0064$. En CI 10,6% de no diabéticos frente 5,5% de diabéticos. OR: 0,58 (IC: 0,36-0,95). $p = 0,03$. c) En ECV 15,4% de obesos frente 4,9% de no obesos. OR: 3,54 (IC: 1,73-7,25). $p = 0,0005$. En CI 9,9% de obesos frente 8,5% de no obesos.

Conclusiones. Los factores que influyen en que los pacientes estén sin tratamiento AA son los mismos en CI y en ECV, en ambos el porcentaje de no tratados es similar. Están mejor tratados los pacientes diabéticos y los que presentan ambas patologías asociadas. Las mujeres y los obesos están injustificadamente menos antiagregadas-antiacoaguladas.

P184 AUTOMEDICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Bandrés Minguez, R. Viñas Vidal, I. Zamora Casas, M.D.M. Forés Chacori, O. González Callizo y E. Delgado Pérez

ABS Santa Eulalia Sud. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: rosavinas@scmfic.org

Objetivos. Estimar que porcentaje de nuestros pacientes con sintomatología de infección respiratoria aguda se automedica y cuántos lo hacen correctamente.

Tipo de estudio. Estudio observacional transversal.

Ámbito del estudio. Área Básica de Salud (ABS) urbana

Sujetos. Todos los pacientes > 14 años que acudieron al ABS por una infección respiratoria aguda, entre el 15 de Febrero y el 15 de Mayo de 2005.

Mediciones e intervenciones. Mediante entrevistas analizamos las variables: edad, sexo, estado civil, estudios, patología basal, enfermedad actual y tiempo de evolución, automedicación y si ésta es adecuada.

Resultados. N: 403. Edad: 47 (DE \pm 19,9), 60% mujeres. 50,6% de los pacientes acudieron en las primeras 72 h tras el inicio de los síntomas. La patología más frecuente fue el catarro de vías altas. El 87,8% se automedicó antes de acudir a la consulta, y el 67,1% (IC 95%: 62,2-72,0%) lo hizo adecuadamente. El paracetamol fue el fármaco más utilizado (57,8%). Destaca el bajo uso de antibióticos (6,5%). El principal origen de la automedicación fue la autofarmacia (fármacos que el paciente tiene en su botiquín o que ha tomado anteriormente por prescripción médica). Los pacientes que se automedicaron eran 6 años más jóvenes que los que no lo hicieron (46,2 vs 52,42 años, $p = 0,045$). La proporción de pacientes que se automedicó era superior a medida que aumentaba el nivel de estudios ($p = 0,042$). Cuanto más tardaron en acudir a la consulta peor se automedicaron ($p = 0,003$).

Conclusiones. La mayoría de los pacientes se automedica antes de acudir a la consulta y lo hace correctamente.

P185 ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN ANALGÉSICA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

O. Esteso Hontoria, A. Garrido Diaz, R. Andreu Alcover, I. Guinea Oruechevarria, M.M. Juares Laiz e I. Hospital Guardiola

ABS Valls Urbà. Valls. Cataluña.
Correo electrónico: llpamies@tinet.org

Objetivos. Evaluar el tratamiento utilizado para el dolor y respuesta al mismo en personas diagnosticadas de dolor crónico.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria de Salud.

Sujetos. Pacientes diagnosticados de diferentes modalidades de dolor crónico: fibromialgia (FM), poliartralgias (P) y depresivos con dolor crónico (D), pertenecientes a 5 equipos.

Mediciones e intervenciones. Presencia de dolor habitual (> 3 días/semana), tipo de tratamiento utilizado y respuesta al mismo (mediante cuestionario con entrevistador diferenciando entre respuesta nula, parcial y total).

Resultados. 91 Sujetos. Presentan dolor de manera habitual el 100% de FM, 91% de P, 55,6% de D, ($p < 0,05$).

Tratamiento en FM: 48% analgésicos, 54,8% AINES, 22,6% opioides, 29% relajantes musculares i 54,8% antidepresivos. Tratamiento en P:

66,7% analgésicos, 33% AINES, 12,1% opioides, 24,2% relajantes musculares, 8,2% antidepresivos. Tratamiento en D: 33,3% analgésicos, 25,9% AINES, 7,4% opioides; 3,7% relajantes musculares; 44,4% antidepresivos. Hay diferencias significativas en todos menos en opioides y relajantes musculares. Respuesta al tratamiento: nula en 38% de FM, 15,4% de P, 46,2% de D. La respuesta total o parcial estaba presente en el 39,7% de FM, 47,6% de P, 12% en D, con $p < 0,05$.

Conclusiones. Los pacientes FM, como era previsible, responden mal al tratamiento. Nos llama la atención que la proporción de fibromialgicos en tratamiento con antidepresivos es más alta que en los pacientes afectos de depresión y el tratamiento con opioides en FM es superior al de las P y menos de la mitad de los depresivos llevan tratamiento específico para esta enfermedad.

P186 BOTIQUÍN FAMILIAR Y ANTIBIÓTICOS Y QUIMIOTERÁPICOS SISTÉMICOS SOLOS (J01 Y J03) EN 300 FAMILIAS

V. Palop Larrea, I. Martínez Mir, A.M. Vivas Broseta, I. Pereiró Berenguer, P.A. Villanueva García y M.J. Pérez Pallares

Subdirección del Departamento 11 de Salud. Hospital de La Ribera. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (Fundación HGU). CS Faura. CS Trafalgar. CS Viver. CS Sagunto. Alzira. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: vpalop@hospital-ribera.com

Objetivos. Conocer composición del botiquín familiar (BF), proporción con antibióticos (ATB) J01 y J03 y sus características.

Tipo de estudio. Observacional transversal; cuestionario estructurado-entrevista domiciliaria con el responsable del BF.

Ámbito del estudio. Población urbana-semirural.

Sujetos. Población diana 17.209 unidades familiares (UF). Tamaño muestral 300 UF, muestreo aleatorio.

Mediciones e intervenciones. Características sociodemográficas, percepción de salud (PdS) de UF, responsable BF, contenido, problema de salud (PS) y origen prescripción.

Resultados. Trescientas UF, 968 Sujetos. Mediana miembros/UF: 3 (rango: 1-7). Total medicamentos 4.460, media/UF: 21,6 (DE: 13,6). Pertenecen a 16 GT, el J Antiinfecciosos suponen el 3,4% (8º puesto). No tiene J01 y J03 210 UF, 673 Sujetos (51,7% mujeres; mediana edad: 45a.). Mediana miembros/UF: 3 (rango:1-7). Responsable BF 82,4% ama de casa; PdS 70% buena-muy buena. Total medicamentos 2265, media/UF: 10,9 (DE: 7,9). Pertenecen a 15GT: 81,5% corresponden a Dermatológicos, Sistema nervioso, Respiratorio, Locomotor, Digestivo. El 75,2% de PS pertenecen a 4 aparatos/sistemas: locomotor, respiratorio, digestivo, sistema nervioso. Automedicación: 49,8%. Los BF de 87UF (288 Sujetos) contienen 140 medicamentos J01 y J03 (92,7% del grupo J). Mediana miembros/UF: 3 (rango: 4-8). Responsable BF 86,2% ama de casa; PdS 75,8% buena-muy buena. Total medicamentos 2195, media/UF: 32,4 (DE: 17). Dos subgrupos suponen 57%: penicilinas amplio espectro y combinaciones de penicilinas, incl. inhibidores de beta-lact. PS por los que toman J01 y J03: Catarro/tos (58; 41,4%), caries/dolor muelas (20; 14,3%), problemas orina/riñón (11; 7,9%). Automedicación: 6,4%.

Conclusiones. Los ATB han disminuido del BF y la automedicación respecto al resto de GT es baja. Los BF que más medicamentos tienen incluyen ATB. No hay diferencias en las demás características.

Proyecto investigación FIS PI nº 01/1180 y Consellería Sanidad Valencia PS-037/2002.

P187 DEL BICARBONATO AL OMEPRAZOL. ESTUDIO CUALITATIVO DE LOS CONDICIONANTES DE LA GASTROPROTECCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Coscollar Santaliestra, J.M. Turón Alcaine, J.P. Alonso Pérez de Ágreda y A. Aguilar Monsalvo

Centro Salud Arrabal (zaragoza), Centro Salud Andorra (Teruel), REDIAPP Zaragoza. Aragón.
Correo electrónico: carlos.cosco@auna.com

Objetivos. Conocer los condicionantes de la prescripción de gastroprotectores en Atención Primaria. Definir elementos discordantes entre estos motivos y la evidencia disponible.

Tipo de estudio. Metodología cualitativa. Grupos focales.

Ámbito del estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Cuatro grupos focales que incluyeron un total de 23 médicos en 4 centros de salud y un moderador y un relator en cada grupo.

Mediciones e intervenciones. Los contenidos fueron grabados, transcritos y analizados. Utilizamos un gui3n temático incluyendo variables relacionadas con conocimientos, actitudes, comportamientos, barreras externas.

Resultados. Se advierten problemas de indicaci3n y uso excesivo. Se reconoce la influencia de la prescripci3n inducida por especialistas, directamente o como imitaci3n, cambios en expectativas y demandas de los pacientes, su edad y comorbilidad, la disminuci3n de precios, la medicina defensiva, las listas de espera y tiempo disponible en la consulta. La actitud frente a la Medicina Basada en la Evidencia es contradictoria y suele enfrentarse a la experiencia personal. Se reconoce su necesidad, reprochándosele su carácter rígido e imperativo, su condici3n cambiante y la desconfianza en sus fuentes de financiaci3n. Se identifican problemas con las especialidades genéricas y la política de precios. Hay dudas crecientes sobre su eficacia. Rechazo, por riesgo de yatrogenia, al cambio de especialidad en las farmacias.

Conclusiones. Los determinantes del uso de gastroprotecci3n desbordan el componente puramente técnico. Se describen dificultades de acceso y valoraci3n de la evidencia, aspectos relacionados con las experiencias, expectativas y actitudes de pacientes y profesionales. Cualquier intervenci3n sobre los hábitos de prescripci3n deberá valorar estos aspectos y contar con la participaci3n activa de los profesionales.

P188 ABORDAJE DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. Ortiz, E. Montesinos, A. León y C. López

ABS Apenins-Montigalà. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: 33585iog@comb.es

Objetivos. 1) Determinar el tratamiento prescrito en anemia ferropénica (AF). 2) Conocer si su seguimiento se ajusta a las guías de práctica clínica. *Tipo de estudio.* Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. ABS urbana (poblaci3n referencia: 19800 habitantes).

Sujetos. Revisamos las historias clínicas con el diagnóstico de AF durante el a3o 2004 mediante el registro en OMI-AP.

Mediciones e intervenciones. Elaboramos una hoja de recogida de datos que recoge: características demográficas de la poblaci3n afectada, parámetros analíticos, tipo de tratamiento prescrito, controles analíticos efectuados y su fecha de realizaci3n. Tomamos como referencia la Guía Clínica Fistera 2005; 5 (4). Realizamos un análisis descriptivo univariante mediante paquete estadístico SPSS.

Resultados. De 100 casos de AF: 93% mujeres, 63% menores de 50 a3os; 6% por embarazo (excluidas del análisis). Analizamos 94 historias: en 42,5% no existen suficientes datos analíticos para verificar el diagnóstico; en 14,8% el diagnóstico es err3neo. Sobre los 40 casos restantes: se realiza tratamiento con sales ferrosas en 85% de casos, siendo su duraci3n de entre 4-6 meses en 26,5%; consta un primer control analítico en el 72,5% de casos (al mes de iniciado el tratamiento s3lo en 10,34% casos), y un segundo control en un tercio de casos.

Conclusiones. En más de la mitad de los casos analizados el diagnóstico de AF es incorrecto. La mayoría de pacientes reciben tratamiento adecuado, aunque su duraci3n es correcta en menos de un tercio. Aunque en la mayoría de casos realizamos un primer control analítico, el lapso de tiempo recomendado se ajusta s3lo en una d3cima parte de casos. En un tercio de las historias analizadas consta un segundo control analítico.

P189 MODIFICACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE GENÉRICOS TRAS UNA INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

J.M. Albasa Blasco, F.J. Aranda Castej3n, M.A. Aguilar Amo, M. Pérez y F. Flor

ABS Collblanc. L'Hospitalet de Llobregat. Cataluña.

Correo electrónico: farandac@yahoo.es

Objetivos. Evaluar el impacto de una intervenci3n de educaci3n sanitaria destinada a potenciar el uso de fármacos de especialidades genéricas (EFG). Identificando si hay diferencias entre médicos del modelo jerarquizado o no jerarquizado.

Tipo de estudio. Estudio intervenci3n antes-después.

Ámbito del estudio. Dos áreas básicas de salud (ABS) urbanas que dan cobertura a 39.444 habitantes.

Sujetos. 30 médicos de dos ABS, 18 jerarquizados y 12 no jerarquizados. *Mediciones e intervenciones.* Comparaci3n de porcentaje promedio de EFG mediante la prueba t para datos apareados. Se realiza una intervenci3n sanitaria para potenciar prescripci3n de EFG. A los jerarquizados se hizo una sesi3n grupal y a los no jerarquizados entrevistas individualizadas. El material de informaci3n fue el mismo, se aportó datos individualizados y personales. Monitorizaci3n *feed-back* marcando objetivos de crecimiento

Resultados. Todos los médicos: Porcentaje promedio de prescripci3n de genéricos pre-intervenci3n, 7,0%; porcentaje promedio de prescripci3n de genéricos post-intervenci3n, 16,3%; diferencia promedio después-antes, 9,3% (IC 95%: 6,8 a 11,8%; p = 0,0001). Médicos jerarquizados: Porcentaje promedio de prescripci3n de genéricos pre-intervenci3n, 7,9%; porcentaje promedio de prescripci3n de genéricos post-intervenci3n, 19,5%; diferencia promedio después-antes, 11,6% (IC 95%: 8,1 a 15%; p = 0,0001). Médicos no jerarquizados: Porcentaje promedio de prescripci3n de genéricos pre-intervenci3n, 5,6%; porcentaje promedio de prescripci3n de genéricos post-intervenci3n, 11,5%; diferencia promedio después-antes: 6% (IC 95%: 3,9 a 8,9%; p = 0,0001).

Conclusiones. Aunque no puede descartarse la influencia de otros factores, la intervenci3n realizada parece ser efectiva para aumentar la proporci3n de prescripci3n de EFG.

P190 PROYECTO DE MEJORA DE LA TÉCNICA DE REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS

J. Huerta Díaz, O. Méndez Pérez, J. Prieto Gutiérrez y R. de Dios del Valle

Equipo de Atenci3n Primaria de Tapia de Casariego. Tapia de Casariego.

Asturias.

Correo electrónico: ricardo.dedios@sespa.princast.es

Objetivos. Mejorar la calidad de la técnica de realizaci3n de espirometrías en un Equipo de Atenci3n Primaria.

Descripci3n. Estudio descriptivo transversal, de evaluaci3n de la calidad científica técnica.

Ámbito. Equipo de Atenci3n Primaria. Se realiza una evaluaci3n previa y una tras la implantaci3n de las medidas de mejora (septiembre y noviembre de 2004), con objeto de medir el impacto de las mismas. Las medidas de mejora implementadas fue un reciclaje por la Unidad de Espirometrías del Hospital de todos los profesionales de enfermería del equipo. Los indicadores de calidad utilizados fueron los criterios de aceptaci3n y de reproducibilidad del Manual de Procedimientos de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (2002). La evaluaci3n fue realizada por un profesional médico del equipo.

Resultados. En 5 de 6 indicadores se produce mejoría respecto a la situaci3n previa, arrojando diferencias significativas: No se produce la amputaci3n del final de la espiraci3n (100% (90,5-100%) vs 72,7% (51,7-88,13%); p: 0,002); El tiempo de espiraci3n es superior a 6 segundos (86,7% (IC95%: 70,9-95,6%) vs 9,1% (1,6-26,9%); p < 0,0001); Se realizan al menos tres maniobras con criterios de reproducibilidad (100% (90,5-100%) vs 81,8% (61,7-93,9%); p: 0,015).

Conclusiones. El programa de mejora de la calidad en colaboraci3n con el centro hospitalario ha sido efectivo. A pesar de ello, todavía existe margen para seguir mejorando.

P191 EXPERIENCIA DE PROMOCI3N DE HÁBITOS SALUDABLES EN POBLACI3N INFANTIL

J.M. Angulo Pajuelo, J. Ruíz de Castroviejo del Campo, J.R. Siles Rubio,

E. Merino del Amo, R. Illanes Leiva y M.L. Zorrilla Moreno

H. Infanta Margarita. Cabra. Andalucía.

Correo electrónico: regulo31@yahoo.es

Objetivos. La educaci3n y la promoci3n de actividades saludables en la infancia debería ser asignatura obligada como prevenci3n de enfermedad cardiovascular.

Descripci3n. Desde 1999 celebramos en colegios de nuestra área, con niños de 6 a 8 a3os, el Día Cardiosaludable. La jornada comienza con una charla sobre alimentaci3n, Dieta Mediterránea, ejercicio físico y vida sana. Posteriormente, actividades deportivas, seguidas de un Desayuno Molinero Cardiosaludable a base de zumo de naranja, leche, pan con aceite de oliva virgen extra y fruta. Seguidamente, el cuentacuentos y vídeos. Se insiste en la necesidad de una buena dieta, digesti3n, dormir

bien, lavarse los dientes,..., concluyendo la jornada con entrega de premios, recordando la idoneidad de un almuerzo también saludable. Posteriormente estudiamos la persistencia de los buenos hábitos en nuestra población con una encuesta y constatamos que con el paso de los meses el hábito va perdiéndose. Así, a los 3 meses sólo el 7% sigue un desayuno saludable a diario, que se eleva al 17% en fin de semana. A los 6 meses, sólo el 3% lo hace a diario y el 8% en fin de semana. Sin embargo el 76% sabe que deberían desayunar.

Conclusiones. Debemos actuar sobre la población infantil con más persistencia tanto padres, profesores como profesionales de la sanidad, para evitar que con el paso del tiempo se pierdan los buenos hábitos. Se trata de convencer a todos de que hay que invertir en algo muy propio y de alta rentabilidad: salud futura y prevención de enfermedades cardiovasculares.

P192 EDUCANDO A LOS PROFESORES: UNA EXPERIENCIA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

B. Llarena Rodríguez, E.E. Puerta del Castillo, F. Vargas Negrin, D. Murias Rubio, M. Delgado Guerrero y L. Cabrera Quintero

Instituto de Formación Médica Continuada de Tenerife. Unidad Docente de Familia Tenerife Zona 1. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.

Correo electrónico: melmack2k@hotmail.com

Objetivos. Durante el curso escolar 2004-2005 se realizó un proyecto formativo en Educación para la Salud (EpS) de profesionales de la educación. Objetivos generales: formar en un programa definido EpS, valorar enseñanzas recibidas (metodología y utilidad). Objetivo específico: celebración actividad EpS el Día Mundial de la Salud en los centros docentes de los alumnos participantes.

Descripción. Se invitó a participar a los profesionales de la educación de Tenerife. Captación: anuncio prensa inicial, correo mensual a centros docentes. Programa Formativo: octubre-2004/mayo-2005, ocho jornadas (1/mes).

Modalidades de asistencia: A = por sesión individual (3 horas/sesión), B = a todas las sesiones (25 horas) y C = todas las sesiones y trabajo final (actividad EpS en el centro docente; 50 horas). Temario: nutrición, primeros auxilios, higiene, hábitos tóxicos, enfermedades transmisión sexual, niño enfermo, vacunas e infecciones, salud mental.

Desarrollo del proyecto: media inscritos = 81 (rango 54-110/jornada); asistencia media por sesión = 26 (31,6% inscritos); perfil alumno: maestros = 85, sanitarios = 9, otros = 16; modalidad cursada A = 94, modalidad B = 2,

Modalidad C = 7; valoración positiva por alumnos de claridad objetivos = 95,06%, estructura programa = 79,65%, métodos docentes = 92,13%, documentación = 66,38%, atención recibida = 97,49%, utilidad práctica = 93,24% y valoración global actividad = buena (3,8/5). Número ponentes = 3 /jornada, valoración (buena = 3,9/5). Temas que más interesaron: nutrición, primeros auxilios, niño enfermo y salud mental. Comentarios cualitativos: nuevo curso de nivel avanzado, otros temas (actividad física), más tiempo/prácticas/documentación.

Conclusiones. Es una necesidad sentida la formación en EpS entre los profesionales de la educación. Este proyecto tuvo muy buena valoración de objetivos, métodos, atención recibida y utilidad.

P193 ANÁLISIS DEL PROCESO DE "FEEDBACK" DE INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES Y UNA BASE DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN FARMACOEPIDEMIOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (PROYECTO BIFAP)

V. del Saz Moreno, A. Revuelta Alonso, L. González-Valcárcel, J.M. Blanco Canseco y P.V. Morillo Carnero

Centro de Salud Comillas. Madrid. Madrid.

Correo electrónico: vsazm@papps.org

Objetivos. Analizar la información del Centro de Proceso de Datos del Proyecto BIFAP (PB) acerca de la actividad asistencial, calidad de registro en el Programa OMI-AP y de morbilidad atendida según la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2) en tres consultas de Medicina de Familia (MF) y una de Pediatría Compararla con la morbilidad del Equipo de Atención Primaria (EAP) según programa OMI-ESTADÍSTICA.

Descripción. En julio de 2002 comienza la colaboración con el PB, de la Agencia Española del Medicamento, consistente en la exportación individual, segura y semestral de archivos de datos y posterior recepción de un informe resumen con indicadores ("FeedBack"). Se evalúan Indicadores de actividad (Tasas por año-persona para el número de Visitas, Diagnósticos, Pruebas Radiológicas y Analíticas, Prescripciones, e Interconsultas) y de calidad de registro de datos (talla, peso, consumo de alcohol y tabaco, y tensión arterial). Se recibe información acumulativa de diagnósticos realizados según CIAP-2. Se procesó información de 7.323 pacientes con al menos un registro clínico. Prácticamente todos los indicadores de actividad muestran un paulatino descenso mientras que los de Calidad mejoran. Las patologías más prevalentes (Aparato Respiratorio, Locomotor y Digestivo) son constantes en MF. En pediatría siguen un patrón esperado. La explotación interna de 171638 Episodios registrados en el EAP desde octubre de 2001 evidencia una morbilidad coincidente con la información de BIFAP.

Conclusiones. El "FeedBack" constata y puede promover la mejora en la Calidad del registro a expensas de una mayor eficiencia asistencial. La actividad de registro del EAP muestra indicios de fiabilidad para su posible utilización en epidemiología y/o planificación.

P194 HÁBITOS TÓXICOS EN UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE RURAL

E.M. Gregorio Aremas, E. Moratalla López, L. Pérez Fernández, J. Hinojal Jiménez, C.A. Cabrera Rodríguez y V. Ruiz Casares V.

CS Huétor Tájar. Huétor Tájar. Andalucía.

Correo electrónico: Andalucíaenmololo@hotmail.com

Objetivos. Conocer en una población adolescente rural la edad de inicio de consumo de alcohol y tabaco, la cantidad de cigarrillos consumidos al día y las drogas que les han sido ofrecidas.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Instituto de enseñanza secundaria obligatoria, en un ámbito rural.

Sujetos. Muestra de 136 individuos de un instituto rural, entre 14 y 17 años, a los que se les pasó un cuestionario, anónimo y voluntario. Criterios de inclusión: alumnos que entregaron la hoja de recogida de datos. Criterios de exclusión: no rellenar alguno de los ítems, y/o no entregar dicha hoja.

Mediciones e intervenciones. Edad y género. Tipo de droga que les han ofrecido. Edad de inicio de consumo de alcohol y tabaco. Nº cigarrillos consumidos al día.

Resultados. Edad media: 14,8 años. Sexo: 53% mujer, 47% hombre. Tipo de droga que les han ofrecido: cannabis 67%, cocaína 14%, éxtasis 9%, anfetaminas 7%, heroína 3%.

Edad de inicio de consumo de alcohol: no 30%, < 14 años 28%, 14-16 años 39%, >16 años 3%. Edad de inicio de consumo de tabaco: no 56%, < 14 años 25%, 14-16 años 17%, > 16 años 2%. Nº cigarrillos consumidos al día: < 5 56%, 5-10 35%, 10-20 6%, >20 3%.

Conclusiones. La droga más ofertada es el cannabis. Sólo el 30% de la población adolescente es abstemia. Aproximadamente la mitad fuma, suele comenzar antes de los 14 años y consume menos de 5 cigarrillos al día.

P195 ¿NOS QUIEREN? (SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN RELACIÓN A LA FIGURA DEL MÉDICO INTERNO RESIDENTE [MIR])

I.C. Bayón Cubero, B. García García, J.M. Garzón Hernández, V. Montes Prieto y C. Ordoñez Domínguez

Centro de Salud La Calzada 2. Gijón. Asturias.

Correo electrónico: pepemanu77@hotmail.com

Objetivos. Determinar el conocimiento, confianza, expectativa y satisfacción del usuario sobre la figura del MIR.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Centro de salud.

Sujetos. Muestra de 392 pacientes de una población de 9.444, de los cupos con docencia que consultaron entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2005.

Mediciones e intervenciones. Variables estudiadas: conocimiento, confianza, expectativa, satisfacción, edad, sexo, estudios y frecuencia de visitas. Realizamos un muestreo estratificado por cupo y diariamente un muestreo aleatorio simple de los pacientes incluidos en el listado de consulta. Recogida de datos: cuestionario anónimo no validado, entregado por los tutores en la consulta.

Resultados. La edad media de los encuestados es 48,5 años (37,9% hombres y 62,1% mujeres). En los últimos 6 meses, el 73,6% acudió a consulta entre 1 y 5 veces. El 56,3% afirma que un residente es un médico en formación. El 65,1% tiene más confianza en el médico que en el residente. El 96,9% están muy o bastante satisfechos de ser atendidos por el residente. Existe asociación estadísticamente significativa de forma que a mayor nivel de estudios, menor edad y menor frecuencia de visitas, mayor es el conocimiento de lo que es un residente.

Conclusiones. Los pacientes saben qué funciones desempeña el residente y están satisfechos con que les atienda. Prefieren a su médico porque el residente no conoce bien su historial. Casi el 50% desconocen qué es un residente, sobre todo la gente mayor, sin estudios y que acuden a consulta con frecuencia.

P196 PERCEPCIÓN DE SALUD EN LA EMBARAZADA Y USO DE SERVICIOS SANITARIOS POR SU HIJO

G. García Sacristán, C. Varea Ortiz, L. Mengibar Fuentes, E. Jiménez Alonso y G. García Livrola

CS Almanjáyar y Cartuja. Granada. Andalucía.
Correo electrónico: sacristangema@hotmail.com

Objetivos. Conocer si existe relación entre las características sociodemográficas maternas y percepción de salud durante el embarazo con el uso de servicios sanitarios del hijo durante el primer año de vida.

Tipo de estudio. Estudio observacional prospectivo.

Ámbito del estudio. Centro de Salud y Hospital Materno Infantil.

Sujetos. 75 mujeres embarazadas entre 2003 y 2004 y sus hijos.

Mediciones e intervenciones. Mediante cuestionario y revisión de historia clínica recogemos: datos sociodemográficos, percepción de salud subjetiva, síntomas, nivel de ansiedad y depresión (escala Goldberg), visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, visitas a Centro de Salud; el uso de servicios sanitarios del hijo durante el primer año (ingresos hospitalarios, urgencias hospitalarias, visitas programadas y a demanda a consulta y prescripciones).

Resultados. Nuestras embarazadas tienen 29 años de media, 53% casadas y 45% con graduado escolar.

Existe correlación negativa entre el nivel cultural con el número de síntomas ($r = -0,258$) y nivel de ansiedad ($r = -0,299$) y depresión ($r = -0,357$). Existe correlación positiva entre peor percepción subjetiva de salud y el número de visitas a urgencias ($r = 0,264$), ingresos hospitalarios ($r = 0,259$) y prescripciones del hijo ($r = 0,223$).

No existe asociación entre nivel de ansiedad-depresión durante el embarazo con uso de servicios sanitarios por el hijo en el primer año de vida.

Conclusiones. Una baja percepción de salud subjetiva de la mujer embarazada aumenta la probabilidad de acudir a urgencias, ingresos hospitalarios y prescripciones del hijo. Un menor nivel cultural aumenta el riesgo de tener más síntomas durante el embarazo y mayor grado de ansiedad y depresión.

P197 LA DONACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE. ¿SE OFRECE LA INFORMACIÓN ADECUADA DESDE LOS CENTROS DE SALUD?

F. Otero-Raviña¹, M. Rodríguez-Martínez², J.R. González-Juanatey³ y D. Sánchez-Guisande³

¹Servicio Galego de Saúde; ²Centro de Transfusión de Galicia; ³Departamento de Medicina-Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. Galicia.
Correo electrónico: ravino@terra.es

Objetivos. La información es la mejor estrategia para incrementar la concienciación ciudadana sobre donación de órganos, jugando un papel importante los profesionales de Atención Primaria. Nuestro objetivo es analizar la información ofrecida desde los centros de salud.

Tipo de estudio. Requerimiento, vía telefónica, de información sobre donación de órganos.

Ámbito del estudio. Una provincia con tres áreas sanitarias.

Sujetos. 129 centros de salud.

Mediciones e intervenciones. Cuestionario acerca de trámites para ser donante, consentimiento familiar, testamento vital y muerte cerebral. Análisis estadístico descriptivo, mediante tablas de frecuencia y test chi cuadrado.

Resultados. En el 17% de los casos las respuestas fueron ofrecidas por personal sanitario, y en el 81% de los centros no supieron dar información, siendo este porcentaje 50% entre sanitarios y 87% entre personal no sa-

nitario ($p < 0,001$); también hubo diferencias ($p = 0,011$) según áreas sanitarias (I: 93%; II: 71%; III: 72%). En el 87% se remitió al interlocutor a otro lugar, mayoritariamente (67%) al hospital de referencia y sólo en el 17% a la Coordinación Autonómica de Trasplantes, siendo este último porcentaje del 2% en área I ($p > 0,001$). Entre los centros que ofrecieron información, ésta sólo fue aceptable en 64% en cuanto cómo obtener tarjeta de donante, 50% en cuanto al consentimiento familiar, 36% en cuanto a muerte cerebral y ninguno en cuanto a voluntades anticipadas.

Conclusiones. Los profesionales, sanitarios y no sanitarios, de los centros de salud de la provincia analizada, fundamentalmente en el área I, no tienen preparación necesaria para informar a los ciudadanos sobre donación de órganos. La Administración Sanitaria debe tomar medidas para revertir esta situación.

P198 NUESTROS ESPECIALISTAS CONSULTORES: ¿COLABORAN EN EL CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL PROLONGADA?

C.M. Segovia Martínez¹, J.A. Milena Jiménez², M.R. García Marrero¹, M. Díaz Herrera³, F.J. Farráis Expósito¹ y T. Rufino Delgado⁴

¹MF CS Bº Salud, ²r3 Cs Bº Salud, ³DUE de Empresa, ⁴Técnico Salud Pública Ud Mfyc Tenerife I. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.
Correo electrónico: csegovia@ozu.es

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

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. CS Urbano.

Sujetos. Pacientes con alta laboral en 2004 tras IT > 90 días, que habían sido remitidos a consulta especializada.

Mediciones e intervenciones. Variables analizadas del historial: edad, sexo, existencia y constatación del documento de interconsulta, registro de inclusión en lista espera (consulta, quirúrgica, rehabilitación) e indicación y duración probable de IT por consultor. Comparamos promedios de duración total y de exceso de días sobre estándares de duración, entre los que tenían registrada o no la indicación de IT. Utilizamos paquete estadístico SPSS 11,0.

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

Conclusiones. El consultor especialista no se implica en la estimación de la duración de las IT que indica. Los motivos de retraso en segundo nivel de atención están insuficientemente registrados en historia. La indicación de IT por estos profesionales se asoció a prolongación total y superación del estándar de duración de IT, con respecto a procesos en que faltaba esta indicación y eran asumidos íntegramente por el MF.

P199 REGISTRO DE MORTALIDAD A PARTIR DE LA HOJA DE EPICRISIS: UN RETO PARA MEJORAR

N. Gisbert-Saüch Puigdevall, E. Peláez Luque, L. Sánchez Solanilla, C. Cerezo Goyeneche y P. Solanas Saura

ABS Girona 3 (CAP Montilivi y CAP Vila-Roja). Gerona. Cataluña.
Correo electrónico: cerezo@comg.es

Objetivos. 1. Analizar la mortalidad de nuestra ABS a partir de la hoja de epicrisis de la historia clínica en AP. 2. Valorar la mejora de registro respecto a un estudio previo a partir del cual se diseñó la hoja de epicrisis.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo.

Ámbito del estudio. Área Básica urbana que atiende unas 30.000 personas.

Sujetos. Usuarios del ABS éxitos en el período comprendido desde 1/1/1998 al 31/12/2002.

Mediciones e intervenciones. Variables: Centre de AP al que pertenecen, edad, sexo, estado civil, fuente de información y lugar de defunción, presencia de hoja de epicrisis y su cumplimentación (válida/válida). También registramos la causa de defunción si se hace referencia, según causa inicial, intermedia e inmediata, (detalladas según WONCA) y como causa deducible (si es posible) si no se dispone de la misma.

Resultados. 539 éxitos, 42% corresponden a mujeres. Media de edad de 75 años (72,5 en hombres y 78 en mujeres). En el 99,2% había hoja de epícrisis de las cuales el 64,5% eran válidas (El estudio previo mostraba un 41,1% en que había datos sobre las causas de muerte). El lugar de defunción principal era el hospital (un 28%) en domicilio un 18% y desconocido el lugar en un 44%. La 1ª causa de mortalidad eran las neoplasias (28,2%) seguidas del aparato circulatorio (23,2%) sin cambios respecto al estudio anterior de nuestra ABS.

Conclusiones. La hoja de epícrisis se ha implementado de manera completa, pero todavía no se rellena correctamente. La principal causa de muerte son las neoplasias seguidas de las enfermedades del aparato cardiocirculatorio y el respiratorio.

P200 SCREENING Y MANEJO DE LA PATOLOGÍA TIROIDEA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

G. López Ramallo, P. Barón Martínez, A. Caballero Gallego, F. Andrés Martínez, M.I. Ajenjo García y V. Blázquez Díaz

CS Los Angeles. Madrid. Madrid.

Correo electrónico: gemaylucia@terra.es

Objetivos. Determinar los motivos de solicitud de la hormona estimulante del tiroides (TSH), valorar su rentabilidad y la actitud derivada de su resultado anómalo.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Atención primaria.

Sujetos. 319 pacientes (muestreo sistemático) sobre 2.745 a quienes se solicitó TSH en el 2003. Nivel de confianza 95%, precisión 5%.

Mediciones e intervenciones. Edad, sexo, antecedentes de patología tiroidea, motivos de solicitud, resultado TSH, diagnóstico definitivo.

Resultados. Mujeres: 78%. Mayores de 50 años: 47%, menores de 30: 20%. Motivos de petición: 50% síntomas tiroideos (44,5-55,5%), 11% seguimiento, 33% no constaba. TSH alterada: 24% (19,3-28,6%): 65% hipotiroidismo subclínico, 25% hipotiroidismo clínico, 5% hipertiroidismo subclínico, 5% hipertiroidismo clínico. Un 13% de los pacientes tenían antecedentes de patología tiroidea. De los pacientes con TSH alterada, se solicitaba esta por primera vez al 14% (10,2-17,8%) detectándose 38 hipotiroidismos y 2 hipertiroidismos. El diagnóstico definitivo constaba en el 7%: 2 Graves Basedow, 1 adenoma tiroideo, 1 BMN, 8 Bocio simple, 1 nódulo tiroideo, 1 tiroiditis subaguda, 3 carcinomas tiroideos, 3 tiroiditis de Hashimoto. Solo 15% de los hipotiroidismos tenían solicitados anticuerpos. Inicio tratamiento en atención primaria: 50% de los tratados, (19 con tiroxina y 2 con antitiroideos). Seguimiento de los pacientes con alteración de la función tiroidea: exclusivo en atención primaria en el 68%, conjunto en el 16%.

Conclusiones. Consideramos rentable la determinación de TSH en atención primaria, aunque la mayoría de los diagnósticos se realizan en especializada. Los motivos de petición más frecuentes son sintomatología tiroidea y seguimiento de patología previa. Nos implicamos en el despistaje, tratamiento y seguimiento de esta patología.

P201 INFILTRACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿SON EFECTIVAS?

X. Costa Tadeo, L. Piñol Rovira, N. del Val Plana, A. Villanueva Hernández y A. Plana Blanco

EAP Sant Hipòlit de Voltregà. SAP Osona. ICS. Sant Hipòlit de Voltregà. Cataluña.

Correo electrónico: lourdespr@scmfic.org

Objetivos. Evaluar la efectividad de las infiltraciones como técnica terapéutica en determinadas patologías reumatológicas.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo observacional.

Ámbito del estudio. Centro de salud rural de 6416 habitantes.

Sujetos. 60 pacientes, 24 de los cuales eran hombres y 36 eran mujeres (media de edad de 63,32 años).

Mediciones e intervenciones. Análisis de las infiltraciones realizadas en las consultas de atención primaria durante el período 2002-2004. Se efectuaba un control clínico a los 10 días (respuestas y complicaciones) y una segunda evaluación a los 6 meses (presencia de síntomas).

Resultados. Las áreas infiltradas fueron: mano (15%), codo (15%), hombro (46,67%), otros (23,33%). Se trataron las siguientes patologías: túnel carpiano (3,33%), nódulos palmares (13,34%), tendinitis De Quervain (5%), epicondilitis (11,67%), neurinoma de Morton (8,33%), trocanteri-

tis (1,67%), tendinitis anserina (3,33%), gonartrosis (3,33%), bursitis olecránica (3,33%), capsulitis del hombro (21,67%), tendinitis del hombro (21,67%), tendinitis bicipital (3,33%). A los diez días respondieron favorablemente 55 pacientes (91,67%). Sólo 1 paciente (1,67%) presentó complicaciones (artritis irritativa). 7 pacientes (11,67%) fueron derivados al especialista. A los seis meses, 40 pacientes (66,67%) presentaron poca o nula sintomatología y 18 pacientes (30%) recayeron.

Conclusiones. La infiltración es una técnica terapéutica útil en varias patologías reumatológicas. En nuestra serie, el hombro fue el área más infiltrada (46,67%). Es una técnica segura con un bajo porcentaje de complicaciones y que puede asumir el médico de atención primaria con una formación adecuada. La mejora sintomática inicial de los pacientes tratados fue muy elevada (91,67%) y durante los 6 primeros meses, ésta se mantuvo en el 66,67% de los pacientes.

P202 ABORDAJE DE LAS QUEJAS Y PROYECTOS DE DEMANDA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Díaz-Cordovés Rego, G. Díaz-Cordovés Rego, M.C. Díaz-Cordovés Rego, O. Molina Iglesia, F. Muñoz Cobos y F. Alcaine Soria

Centro de Salud El Palo. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: monidcr@yahoo.es

Objetivos. Describir el abordaje en la consulta de atención primaria, de las preocupaciones expresadas como quejas (exposición simple de una preocupación) o proyectos de demandas (preocupación dispuesta a trabajar para cambiarla).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal (11-17/02/05).

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano.

Sujetos. 58 pacientes con quejas o proyectos de demanda que acudieron a consulta de mañana y de tarde de 10 médicos.

Mediciones e intervenciones. Variables: Edad y sexo (médico y paciente). Ciclo vital. Acompañante. Problema psicosocial, Síntomas sospechosos. Preocupación. Descripción médico. Años cupo. Abordaje biospsicosocial. Entrevista libre.

Resultados. Pacientes: 57 ± 16 (41-73) años. Mujeres (69%). Familias en periodos de emancipación (29%) con crisis vitales problemáticas. Un 67% fueron quejas y un 33% proyectos de demanda. Los síntomas psíquicos fueron más frecuentes en los proyectos de demanda (26%) y los físicos en las quejas (33%). La preocupación mostrada fue mayor en los proyectos de demanda (47%) que en las quejas (28%). Médicos: Mediana 49 años, 60% hombres, mediana 19 años en cupo. Médicos cálidos (60%). Las quejas se exploraron, explicaron y apoyaron el doble (49%) que los proyectos de demanda (26%). Un 30% de los proyectos de demanda se citaron en consulta, se derivaron a salud mental o a la trabajadora social. El abordaje biomédico fue el doble en los proyectos de demanda (10%) que en las quejas (5%).

Conclusiones. Los médicos de familia mostraron ante las quejas una actitud expectante de escucha y ante las demandas una actitud más activa interviniendo a nivel biosicosocial.

P203 INFILTRACIÓN DE NERVIJO: UNA TÉCNICA SEGURA, EFICAZ Y DE MÁXIMA UTILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Alcántara Buendía, F.M. Odile, M.A. Soriano Molina, E. García Ureña y M. López Alcázar

Centro de Salud La Chana. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: raulalcantarabuendia@yahoo.es

Objetivos. Valorar la utilidad y eficacia de la infiltración nerviosa en AP.

Tipo de estudio. Estudio cuasi-experimental (ensayo antes-después).

Ámbito del estudio. Se desarrolla en una consulta de Atención Primaria.

Sujetos. Estudio con 35 pacientes que acuden con clínica de Neuralgia de Arnold, Neuroma de Morton o neuralgia de nervio Ciático Popliteo Externo.

Mediciones e intervenciones. Son tratados con tratamiento médico y/o infiltración nerviosa si aquél no ha resultado eficaz. Se analizan factores demográficos, Escala Visual Analógica (EVA) del dolor, afectación en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) antes y después de cada intervención así como la satisfacción del paciente.

Resultados. La edad media es de 56,4 años, siendo 25 (71,4%) mujeres y 10 (28,6) hombres. Encontramos 20 casos de Neuralgia de Arnold, 14 de Neuroma de Morton y 1 caso de neuralgia del CPE. Se infiltraron 27 de los 35 pacientes (77%), precisando el 33% más de una infiltración para la

mejoría adecuada. La puntuación en la EVA fue de 7,8 puntos antes del tratamiento, 5,8 con analgésicos habituales y 2,6 post-infiltración ($p < 0001$). La satisfacción general con la infiltración fue muy elevada, encontrándose satisfechos o muy satisfechos el 84,5% de los tratados. No se produjo ninguna complicación ni efectos secundarios reseñables.

Conclusiones. La infiltración de nervio es una técnica segura, útil y muy eficaz en AP. La mejoría clínica con analgésicos y AINEs es escasa en comparación con la infiltración local, mejorando con ésta la puntuación en EVA y en la afectación de AVD, siendo muy alto el nivel de satisfacción general.

P204 ANÁLISIS DE LA PÉRDIDA DE INFORMACIÓN CLÍNICA CON LA INFORMATIZACIÓN DE LAS HISTORIAS

F. Soriano Mor, M.C. Ruiz Huertas, M.D. Gracia Barber, L. Colomina Subiela, J.M. Soler Torro y A. Saneugenio Seguí

Centro de Salud de Tavernes de la Valldigna. Tavernes de la Valldigna. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: pacosormor@hotmail.com

Objetivos. Cuantificar la pérdida de información de antecedentes, alergias y programas de salud al informatizar las historias de papel en un centro de salud.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Centro de salud semirural que atiende a 17000 habitantes que se informatizó en el 2000 sin haberlo dotado de recursos para recapitular las historias.

Sujetos. Muestra de 399 pacientes de 65-75 años con historia abierta antes del año 2000 (fecha en que se cerró el archivo de papel), seleccionados sistemáticamente.

Mediciones e intervenciones. Recogida de programas de salud, antecedentes, alergias y UBA de las historias de papel en el 2000 y los mismos datos de las historias informáticas 5 años después.

Resultados. De 399 pacientes se perdió el diagnóstico de: alergia medicamentosa en 15 historias (3,8%), hipertensión en 30 (7,5%), diabetes en 15 (3,8%), dislipemia en 61 (15,3%), obesidad en 76 (19%), artrosis en 70 (17,5%) y tabaquismo en 53(13,3%). Se perdieron 54,6% de antecedentes familiares, 30,3% de intervenciones quirúrgicas, 28,3% de ingresos y 54,6% datos sobre estilo de vida. Un 21,6% de los pacientes cambiaron de médico, sufriendo mayor pérdida de información: dislipemia (24,4%; IC 95% 15,4%-33 %), antecedentes familiares (72,1%; IC 95% 62,63 %-81,58%) e ingresos (37,2% IC 95% 26,98%-47,42%). Existía una recapitulación en 70,7% de las historias (IC95% 66,23-75,17%), con diferencias significativas entre las distintas UBA (entre 88,9% y 28,6%).

Conclusiones. La informatización ha supuesto una pérdida importante de información clínica significativa en patologías de alta prevalencia y antecedentes personales y familiares. Esta pérdida fue significativamente mayor en los pacientes que cambiaron de médico.

PÓSTERS

Viernes, 25 de noviembre

Sesión 5

10.00-11.00 h

PONENCIA 1

Nuevos ámbitos de desarrollo de la medicina de familia

P205 YA SOY MÉDICO DE FAMILIA, ¿Y AHORA QUÉ?. SITUACIÓN LABORAL DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA FORMADOS EN ASTURIAS ENTRE 1994-2004

F.L. González Fernández, P. López Pereira y M.A. Moreda Suárez

Centro de Salud de Contrucess. Gijón. Asturias.
Correo electrónico: florluciagf@yahoo.es

Objetivos. Conocer el grado de satisfacción y la situación laboral de los Médicos de Familia (MF) formados en Asturias.

Tipo de estudio. Descriptivo, transversal.

Ámbito del estudio. Cualquiera donde haya MF.

Sujetos. 284 MF escogidos aleatoriamente entre el total (645) de los MF formados en Asturias entre 1994 y 2004.

Mediciones e intervenciones. Remitido por correo un cuestionario de 14 ítems, recogiendo información sobre: formación MIR, situación-satisfacción laboral actual y datos sociodemográficos.

Resultados. Edad media de comienzo de la especialidad: 28,7 años IC95% (28,2-29,3). Volvió a presentarse al MIR el 16,9% (11,9-21,9), eligiendo nueva especialidad el 55,0% (38,3-71,7). Trabajan en Asturias el 68,2% (62,2-74,1), y el 23,3% (17,5-28,0) lo hace fuera. El 41,5% (47,9-63,6) trabaja en Atención Primaria (AP), el 17,5% (12,2-22,8) en Urgencias no hospitalarias, el 15,6% (10,6-20,7) en Urgencias Hospitalarias, el 4,1% (1,3-7,0) en el ámbito privado y el 10,1% (6,5-16,6) en paro. Tipo de contrato: Estatutarios Fijos: 7,8% (4,2-11,3); un 21,2% (15,7-26,6) es Interino, un 20,7% (15,3-26,0) es Eventual y el 27,2% (21,2-33,1) es Sustituto. Media de días trabajados en tres meses: 77,5 (74,1-81,0). La valoración de la satisfacción laboral fue de 2,85 puntos sobre 5 (2,64-3,06) [estatutarios fijos: 3,88 (3,37-4,38), interinos: 3,74 (3,52-3,95), sustituto: 2,81 (2,50-3,11), eventuales: 2,20 (1,89-2,50), sin contrato: 1,39 (0,93-1,84)].

Conclusiones. Aunque la media de días trabajados es alta, la elevada tasa de paro, la precariedad de los contratos y el moderado grado de satisfacción laboral parecen influir en la creciente emigración de los MF y en que muchos decidan cursar otra especialidad. El perfil laboral está cambiando: la consulta de AP sigue siendo la opción mayoritaria, aunque pierde peso respecto a otras salidas laborales.

PONENCIA 2

De las voluntades anticipadas o testamentos vitales a la planificación anticipada

P206 ¿QUÉ OPINAN NUESTROS PACIENTES SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?

J.A. Díaz Benito, I. Pérez Litago, A. Sola Larraza, M.M. Hernández Espinosa, E. Toledo Atucha y M.J. León Díaz

Centro de Salud Iturrama. Pamplona. Navarra.
Correo electrónico: jeaodz@yahoo.es

Objetivos. Conocer la opinión de los pacientes de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas (DVA).

Tipo de estudio. Descriptivo transversal, mediante encuesta.

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano.

Sujetos. 300 pacientes, de 2 consultas, seleccionados de acuerdo con los 10 primeros pacientes citados diariamente, durante 3 semanas.

Mediciones e intervenciones. Cuestionario anónimo auto-administrado, de preguntas cerradas. El análisis de los datos se ha realizado mediante el SPSS 12, y la t de Student y Chi-cuadrado.

Resultados. Porcentaje de respuestas: 43%. Media de edad: 53 (18-88). El 57% eran mujeres. El 56% conocía el DVA, y el 96% lo considera útil. El 34% estima que sí lo utilizará, el 60% piensa que es posible, y el 6% cree que no. El 62% trataría el tema del DVA solamente con sus seres queridos, el 13% con su médico únicamente, y el 25% con ambos. En la situación de incapacidad para tomar decisiones por enfermedad grave e irreversible, el 52% cree que sus seres queridos velarían mejor para que se respetasen sus deseos, y el 32% confía exclusivamente en el DVA. Sólo el 2% se ha sentido mucho o bastante incómodo con la encuesta. No se han encontrado diferencias significativas por edad, sexo o estado de salud previo, en ninguna de las variables.

Conclusiones. Los pacientes piensan que el DVA es útil, y no tienen inconveniente en hablar con su médico de los momentos finales de su vida. Al mismo tiempo, manifiestan querer incluir en ese diálogo, y de un modo preferente, a sus seres queridos: el DVA no es suficiente.

P207 TESTAMENTO VITAL: ¿QUÉ SABE LA POBLACIÓN A LA QUE ATENDEMOS?

O. Colet Villar, M. Pinilla Macarro, D. García Vidal, M. Ruiz Batalla, Y. Reillo Marqués y M. Vidal Piñol

ABS Baix Penedès Interior. Arboç. Cataluña.
Correo electrónico: olcolet@hotmail.com

Objetivos. Conocer qué sabe nuestra población sobre el testamento vital (TV).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal prospectivo.

Ámbito del estudio. Área Básica de Salud (ABS) Rural.
Sujetos. Usuarios que acuden a la consultas de una Área Básica de Salud (ABS) Rural.

Mediciones e intervenciones. Se administra encuesta validada, heterocumplimentada en 3 consultas de nuestra ABS. En un periodo de tiempo de 15 días con un muestreo de 1 de cada 5 visitas según orden en la agenda del día. Variables: Edad, sexo, profesión, patología de base, conocimiento de la existencia del TV, fuente de información, utilidad del TV, aspectos morales en relación al TV y conocimiento del proceso de realización del TV.

Resultados. La población encuestada tiene edad media 57 años, el 67% son mujeres, un 38,6% es ama de casa, un 69% tiene patología de base, conoce el TV 24%. De los conocedores del TV el 81% son mujeres, un 43% ama de casa como profesión, un 71,4% con patología crónica, la fuente de información es en el 76,2% los medios de comunicación, sobre la utilidad tan solo un 20% responde de manera incorrecta. Un 76,2% No se ha planteado la realización del TV. Un 85,2% no les supone problema moral.

Conclusiones. 1. En la población atendida el conocimiento sobre el TV es bajo. 2. De la población que conoce la existencia del TV un porcentaje bajo se ha planteado realizarlo. 3. Los aspectos morales parecen no ser la causa de no realización del TV.

P208 TESTAMENTO VITAL (TV): ¿QUÉ SABEMOS?

O. Colet Villar, M. Pinilla Macarro, D. García Vidal, M. Ruiz Batalla, Y. Reillo Marqués y O. Gómez Ramón

ABS Baix Penedès Interior. Arboç. Cataluña.
 Correo electrónico: olcolet@hotmail.com

Objetivos. Valorar el conocimiento que los sanitarios tienen del TV (existencia, finalidad y manejo).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Centros de Atención Primaria dependientes del mismo Órgano Gestor.

Sujetos. Personal sanitario (médicos y enfermeras) de Atención Primaria dependientes del mismo organismo gestor (total sujetos: 114).

Mediciones e intervenciones. Encuesta validada, auto-cumplimentada, voluntaria que se distribuye a todo el personal. Variables: Edad, sexo, profesión. Conocimiento de la existencia, de la utilidad y los requisitos para la realización del TV. Si ha dado información, si ha recibido solicitud y si tiene objeción moral.

Resultados. Contesta el 26,3% de a población prevista. El 83,3% son mujeres, un 63,3% personal de enfermería, edad media 36 años, un 93,3% SI conoce el TV, solo un 6,7% no conoce la finalidad del TV, pero los requisitos correctos para la realización solo un 20%, un 70,3% no ha tenido nunca una solicitud de realizar el TV., solo un 26,7% ha informado. Un 90% no tiene objeción moral.

Conclusiones. 1. Elevada conciencia de conocimiento pero sin conocer los requisitos para la realización. 2. Falta información en el ámbito sanitario para así poder informar correctamente. 3. Muy baja participación en la encuesta.

PONENCIA 3

Telemedicina: nexo de unión entre atención primaria y atención especializada. Ventajas e inconvenientes

P209 TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: DIAGNÓSTICOS DE LESIONES PREMALIGNAS

I. Aurioles Moreno, M. Torras Sendra, A.M. de la Rubia Loriguillo, R. Moreno Moreno, F. Extremera Montero y F. Moreno Silva

C.S. Palma Palmilla. Málaga. Andalucía.
 Correo electrónico: andellor@yahoo.es

Objetivos. La e-salud se define como la aplicación de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones en todo el rango de funciones que

afecten al sector Salud. Describir la experiencia de nuestro CS y nuestro Hospital de referencia como integrantes del proyecto telemático Alboran. Dicho proyecto esta financiado por la Comunidad Económica Europea y aborda el campo de la Tele dermatología.

Descripción. Cuando un paciente acude a cualquier consulta medica del CS por una lesión dermatológica, y el medico sospecha lesión premaligna, se le realizan varias fotos mediante un dermatoscopio, estas imágenes se envían mediante banda ancha al centro receptor telemático, donde el dermatólogo recibe las imágenes y emite un informe que vuelve de nuevo al medico del CS. Si la lesión es sospechosa de malignidad el paciente es citado directamente por el dermatólogo a su consulta. El proyecto comenzó en Octubre del 2004, se han realizado 150 fotos, con 35 diagnósticos sospechosos de malignidad. Las lesiones premalignas confirmadas fueron 71%. Tiempo medio desde que el paciente acude a consulta hasta que conoce su diagnostico es de 7 días.

Conclusiones. Coordinación fluida con el nivel hospitalario Satisfacción del medico y en especial el paciente al eliminar burocracia y acortar los tiempos de espera para el diagnostico y tratamiento del proceso.

MESA 1

Médico de urgencias: médico de familia, área de capacitación o una nueva especialidad

P210 PROPUESTA DE MEJORA DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. Moreno Hernández, S. Canut Cavero, J. Sanahuja Juncadella, S. Martínez González y G. Reyes Reyes

ABS Vilassar de Dalt-Cabrils. Vilassar de Dalt. Cataluña.
 Correo electrónico: imorenoh.bnm.ics@genecat.net

Objetivos. Mejorar el registro y la atención de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA): angina inestable, infarto agudo de miocardio y muerte súbita.

Descripción. Revisión de las historias de los pacientes atendidos por el SEM (Servicio de Emergencias Médicas) entre diciembre 2002 y marzo 2005. Hay 24 activaciones, 16 por SCA (66,66%), el 56% en hombres y el 44% en mujeres. Evaluando los registros de las actuaciones en el centro de Atención Primaria (CAP) consta: administración de nitroglicerina (NTG) (62,5%), ácido acetil salicílico (AAS) (56%) y oxigenoterapia (31%), electrocardiograma (ECG) (87,5%), toma de tensión arterial (TA) (56%). Se confirmó el diagnóstico de SCA en el 18,75%. Ante los resultados de las actuaciones decidimos iniciar un plan de mejora creando una hoja de registro donde se recogen los datos siguientes: antecedentes del paciente, lugar dónde es atendido, hora de llegada, activación del SEM., filiación del dolor, hora administración de NTG y AAS, ECGs, saturación de oxígeno y oxigenoterapia prescrita, otras medicaciones y si se desfibriló. Los registros se archivan en el ordenador y se facilita una copia en el momento del traslado al hospital.

Conclusiones. Esperamos una mejora en la atención, el registro y la comunicación con el nivel hospitalario en una emergencia donde el pronóstico depende de la actuación sistematizada y protocolizada.

P211 CARACTERÍSTICAS DE LOS HIPERFRECUENTADORES EN ATENCIÓN CONTINUADA

M. Carulla Aresté, M. Ricart Sancho, J.L. Piñol Moreso, E. Vidal Folch, J.J. Cabré Vila y T. Basora Gallisà

CAP Llibertat. SAP Reus-Altebrat. ICS. Reus. Cataluña,
 Correo electrónico: mcarulla@gmail.com

Objetivos. Determinar el grado de hiperfrecuentación en Atención Continuada (AC) y evaluar sus características.

Tipo de estudio. Estudio observacional transversal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria de la Salud (AP).

Sujetos. Personas de 15 o más años de edad atendidas en un Centro de AC urbano durante un año.

Mediciones e intervenciones. Se recogió información sobre datos sociodemográficos, número de visitas, antecedentes personales, factores de riesgo y diagnóstico CIAP-2 mediante registro informático. Se definió hiperfrecuentador la persona atendida 6 o más veces en el último año. Análisis estadístico: Chi-cuadrado.

Resultados. Se realizaron un total de 5272 visitas a 2314 usuarios. El 8,3% de los usuarios fueron clasificados como hiperfrecuentadores y generaron el 38,5% de actividad asistencial. El 66,0% fueron mujeres, edad media de 40,7 +/- 18,2 años. Al evaluar la hiperfrecuentación se encontraron diferencias estadísticamente significativas en lo referente al sexo ($p = 0,008$), tabaquismo ($p = 0,002$), patología mental ($p < 0,001$), consumo de anovulatorios ($p = 0,036$) y consumo de drogas ($p = 0,006$). No se encontraron diferencias respecto al asma, hipertensión, obesidad, cardiopatía isquémica, diabetes, accidente vascular cerebral, insuficiencia renal, fibrilación auricular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tratamiento con anticoagulantes orales, hepatopatía crónica, consumo de alcohol, insuficiencia cardíaca, enfermedad neoplásica, sedentarismo, arteriopatía periférica, infección VIH, inmunosupresión e hipertrofia ventricular izquierda.

Conclusiones. En AP de nuestro entorno la hiperfrecuentación representa el 8,3% de los usuarios de AC los cuales generan una carga asistencial del 38,5% de la actividad. El ser mujer, fumadora, padecer patología mental, consumir anovulatorios orales y drogas se asocia con hiperfrecuentación en AC.

P212 ESTUDIO DE LA JUSTIFICACIÓN DE LA DERIVACIÓN DE PACIENTES A UN CENTRO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

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

CAP Les Corts y Dispensario Extrahospitalario de Urgencias Hospital Clínic. Corporación Sanitaria Clínic. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: bibiana_cr@yahoo.es

Objetivos. Valorar si desde la Atención Primaria (AP) se siguen criterios justificados en la derivación de pacientes a Urgencias.

Tipo de estudio. Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Ámbito del estudio. Dispensario Extrahospitalario de Urgencias de zona urbana.

Sujetos. Todos los pacientes que durante tres meses consecutivos fueron visitados en la Unidad de Medicina y que fueron remitidos por los médicos de AP mediante informe de derivación ($n = 93$).

Mediciones e intervenciones. Se consideró como derivación justificada aquellos pacientes que requirieron ingreso hospitalario o valoración por especialista, así como los que precisaron de realización de exploraciones complementarias no disponibles en el centro de AP; y no justificada los casos en los que se procedió al alta sin realizarse exploraciones complementarias o bien en los que se realizaron pruebas disponibles en el centro de AP. También se estudió el motivo de derivación expuesto en el informe, así como las patologías más derivadas.

Resultados. La derivación se consideró justificada en el 62% de los pacientes y no justificada en el 38%. En el 57% de los casos se remitió al paciente para valoración clínica, mientras que en el 43% era para realización de pruebas complementarias. El 48% de las derivaciones correspondían a patología respiratoria, y le seguían la gastrointestinal, cardiovascular, músculo-esquelética y otras.

Conclusiones. Un alto porcentaje de las derivaciones son justificadas, y casi la mitad solicitan la realización de exploraciones complementarias. De estos resultados se deduce que la dotación en algunos centros de AP de técnicas complementarias podría resolver una gran parte de los casos que hasta ahora se derivan a los servicios de Urgencias.

MESA 2

Accidentes de tráfico: el papel de la atención primaria

P213 IMPLICACIÓN DE SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN JÓVENES. EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

P. Pont Martínez, I. Raga Jiménez y C. Marín Sanchis

Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana. Valencia. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: marin_cel@gva.es

Objetivos. Disminuir la gravedad de las lesiones por accidente de tráfico en población juvenil, mediante intervenciones de personal sanitario y lesionado en los centros docentes, con la finalidad de concienciar a los alumnos de la posibilidad de prevenir los accidentes y la gravedad de las lesiones.

Descripción. Se diseña un programa específico para escolares >14 años, y cursos específicos (20 horas) para monitores (sanitarios y lesionados). El 70% de sanitarios que participan en el programa trabaja en atención primaria de salud.

Sujetos. Escolares >14 años.

Mediciones e intervenciones: Evaluación de la actividad por profesorado (1.050 cuestionarios), monitores (1.232) y alumnado (6.617 encuestas pre y 5.767 post).

Resultados: El 54% del profesorado considera la actividad como muy buena y el 45% buena. La exposición muy adecuada (61%) y adecuada (38%). Piensan que ha sido de interés para los alumnos el 99%, y que los sensibiliza el 94%. El 73% del alumnado recomendaría la charla a sus compañeros. Incrementan el uso del casco un 7%, y entre 3 y 6% los mecanismos de protección del automóvil. La mortalidad en el grupo de 15-19 años ha disminuido (respecto a 2000) un 25% en 2001 y un 43% en 2002. El 95% de los monitores da la máxima puntuación.

Conclusiones. La participación de monitores específicamente formados, la estructuración de los contenidos con el apoyo de material didáctico específicamente diseñado y evaluado logran cambios en conocimientos, actitudes e incluso modificaciones de conductas relacionadas con la seguridad vial, ayudando a lograr objetivos de salud en prevención de lesiones por tráfico.

P214 NUESTROS PACIENTES COMO CONDUCTORES: ¿QUÉ SABEMOS DE ELLOS?

A. Carrera Muyo, Y. Taravilla Surós, A. Hernández Sánchez, I.M. Ratia López, N. Quesada Couceiro y F.J. Tovillas Morán

ABS Martí i Julià. Cornellà de Llobregat. Cataluña.
Correo electrónico: nquesada.cp@ics.scs.es

Objetivos. Conocer perfil y hábitos de conducción de nuestros pacientes.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. ABS urbana (29523 pacientes).

Sujetos. Conductores >18 años del ABS.

Mediciones e intervenciones. Encuesta escrita auto-administrada a pacientes que acuden al centro en dos meses. Variables recogidas: edad, sexo, años conducción, vehículo, turno trabajo, horas conducción/día, consumo de tabaco/drogas/alcohol, uso cinturón/casco/móvil, cumplimiento normas tráfico, velocidad, accidentes, miedo a conducir.

Resultados. $n = 305$, 51,1% hombres, edad media 40,8 años, 81,6% trabajan (67,5% turno diurno, 3,6% nocturno, 10,5% rotatorio); 89,8% conduce por ocio, 8,9% profesional del transporte. Conducen < 1h/d = 46,4%, 1-3h = 36,8%, [3-6h = 8,6% (hombres 11,1%, mujeres 6%), >6 h = 8,3% (hombres 13,7%, mujeres 2,7%) ($p < 0,001$) ambas]. Hacen viajes largos 22%, de éstos 89,7% realizan descansos. Usan coche 92,1%, moto 15,7%, camión/furgoneta 10,8%. Conduciendo >1 año 97,7%. Han sufrido accidentes 42,3% [55,8% hombres, 28,2% mujeres ($p < 0,001$)]. Consume alcohol 14,4% [21,6% hombres, 7,5% mujeres ($p < 0,001$)], consumen drogas 2,6%. Fuma conduciendo 17%. No respetan normas de tráfico 3%, de velocidad 16,1% [33% hombres, 9,5% mujeres ($p < 0,001$)], 94,8% siempre usa cinturón. Usa

móvil conduciendo 9,2%. No usa casco 18,6%. No ha conducido alguna vez por miedo 13,3% [21,2% mujeres, 5,8% hombres ($p < 0,001$)].
Conclusiones. Perfil conductor: hombre, 40,8 años, trabajador turno diurno, conduce por ocio, <1h/d, usa coche y >1 año conduciendo. Los hombres conducen más rápido, más horas, tienen más accidentes y consumen más alcohol. Las mujeres dejan más de conducir por miedo. Deberíamos desde atención primaria detectar las conductas de riesgo para ayudar a prevenir accidentes de tráfico.

P215 ¿INFLUYEN LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN LA PRÁCTICA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE ACCIDENTES DE TRÁFICO?

P. Cierco Peguera, N. Arcusa Villacampa, R. Carrillo Muñoz, A. Albert Casado, M. Monclús González y L. Illamola Martín
 CS Florida Sud. Unidad Docente Costa de Ponent. L'Hospitalet de Llobregat Barcelona. Cataluña.
 Correo electrónico: 20035pcp@comb.es

Objetivos. Conocer si existen diferencias en la práctica de actividades preventivas de los accidentes de tráfico (AT) según edad, sexo y hábitos de conducción de los Médicos de Familia (MF).
Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.
Ámbito del estudio. Centros de Salud de nuestra Gerencia.
Sujetos. 122MF.
Mediciones e intervenciones. Cuestionario autoadministrado.
Resultados. Contestaron 103MF (84%), 59% mujeres significativamente más jóvenes (39 versus 46 años). El 96% tienen carné de conducir: 72% conducen habitualmente, 23% esporádicamente, 5% casi nunca. Los hombres conducen más habitualmente ($p = 0,042$). Significativamente los MF que no conducen aconsejan más sobre los efectos nocivos del alcohol en la conducción, y también son más partidarios de implantar la tasa de alcoholemia 0. No encontramos diferencias según edad y sexo de los MF al aconsejar sobre el efecto nocivo del alcohol y drogas en la conducción. Los MF más jóvenes creen que en Atención Primaria no se interroga suficientemente sobre los AT y que es habitual la prescripción de fármacos que interfieren en la conducción. Los MF mujeres significativamente creen que las secuelas físicas o psíquicas de los AT suponen una actividad asistencial importante. La mayoría de los MF opinan que el Síndrome de apnea del sueño tiene más riesgo para la conducción, y los MF de más edad asocian los trastornos depresivos mayores a mayor riesgo en la conducción ($p < 0,05$).
Conclusiones. En general las características personales de los MF no influyen en la práctica de las actividades preventivas de los AT, pero sí hay una tendencia a dar más consejo y ser menos permisivos en aquellos profesionales que no conducen.

MESA 3

Medicina rebasada por la afluencia. Estrategias para épocas imposibles

P216 IMPACTO DE UN PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PARA DISMINUIR LA FRECUENTACIÓN DE LOS USUARIOS QUE CONSULTAN FUERA DE AGENDA

C. Mallorquí Bertrán, M. Mas Marqués, M. Adrober Muñoz, A. Picas Jufresa, A. Lladó Puigdemont y J.C. Buñuel Álvarez
 ABS Girona-4 (Institut Català de la Salut). Girona. Cataluña.
 Correo electrónico: p416ucua@pgirona.scs.es

Objetivos. Determinar la efectividad de un programa de mejora continua de la calidad asistencial para disminuir la prevalencia de los usuarios que consultan fuera de agenda (UFA).
Tipo de estudio. Evaluación de la calidad.
Ámbito del estudio. Centro de Atención Primaria.

Sujetos. Estudio basal: 1.119 UFA. (Periodo de estudio: diciembre-2002 a marzo-2003). Estudio realizado tras la introducción de medidas correctoras un año después: 910 participantes UFA.

Mediciones e intervenciones. UFA: Usuario que solicita atención para el mismo día y sin demora, cuando la agenda está llena, incluyendo interrupciones procedentes de la sala de espera y telefónicas. Intervenciones: Se creó un espacio de 20 minutos para atender a los UFA sin interferir con la consulta habitual y otro de 20 minutos para atender demandas administrativas; criterios de calidad (estándares a alcanzar) tras realizar el primer estudio: Disminución prevalencia UFA/día ($\leq 15\%$); disminución consultas administrativas UFA/día ($\leq 10\%$); disminución llamadas telefónicas UFA/día ($\leq 2\%$); disminución consultas autogeneradas UFA/día ($\leq 2\%$); disminución tiempo de espera UFA/día hasta ser atendido (≤ 15 minutos).
Resultados. La prevalencia disminuyó desde 29,9% (IC 95%: 28%-31%) hasta 19,1% (IC 95%: 18%-20,2%); las consultas administrativas disminuyeron desde 40,2% hasta 22,4%; las llamadas telefónicas aumentaron desde 7,6% hasta 10,1%; el tiempo de espera disminuyó desde 23,2 minutos (DE: 44,2 minutos) hasta 11,3 minutos (DE: 16,6 minutos).
Conclusiones. La escasa bibliografía sobre el tema probablemente influyó en marcar unos estándares de calidad demasiado optimistas. Se ha obtenido una disminución de la prevalencia de UFA, de la actividad administrativa y del tiempo de espera. Las llamadas telefónicas aumentaron; este hecho se analizará dentro del proceso de mejora continua de la calidad asistencial.

P217 SOBRECARGA ASISTENCIAL DEL MÉDICO DE FAMILIA: ¿EL CRIBAJE DE ENFERMERÍA PODRÍA SER UNA SOLUCIÓN?

J. Gerhard Pérez, A. Vázquez Duran, R. Vallès Navarro, M. Viñes Silva, J. Bernard Suárez y A. Casas Benz
 Centro de Atención Primaria Vilassar de Mar. Vilassar de Mar. Barcelona. Cataluña.
 Correo electrónico: 33920jgp@comb.es

Objetivos. Valorar el grado de descarga asistencial de los médicos de familia mediante el cribaje por parte de enfermería de las visitas que solicitan atención urgente.
Tipo de estudio. Estudio descriptivo retrospectivo.
Ámbito del estudio. Área básica de salud semi-urbana.
Sujetos. Pacientes >15 años atendidos de urgencias en un centro de atención primaria durante la jornada laboral de lunes a viernes (9-20h) del mes de marzo del 2005.
Mediciones e intervenciones. Variables: edad, sexo, motivo de consulta (clasificación WONCA) y grado de resolución de la visita (atendida y resuelta por enfermería; atendida por enfermería y resuelta por un médico; atendida por enfermería y derivada a su médico en otro turno o día). Cálculo de porcentajes e IC.
Resultados. Se analizaron 364 visitas: el 83% eran menores de 65 años, un 60% mujeres. Motivos de consulta más frecuentes: enfermedades infecciosas (15%), enfermedades del aparato locomotor (12%), enfermedades del SNC y órganos de los sentidos (12%) y enfermedades mentales (11%). El 46% (IC95%: 40,9%-51,1%) de las visitas no requirieron atención médica inmediata; el 30% (IC95%: 25,3%-34,7%) fueron resueltas por enfermería y el 16% (IC95%: 12-2%-19,8%) se derivaron a su médico en otro turno o día. El resto fueron atendidas por enfermería y derivadas a un médico en el momento de la demanda.
Conclusiones. El cribaje de las urgencias por parte de enfermería parece ser una estrategia efectiva para disminuir la sobrecarga asistencial de los médicos de atención primaria. Además puede ayudar a mejorar la organización de las consultas y potenciar la educación sanitaria.

P218 ENCUESTA SOBRE LA VIOLENCIA LABORAL EN UN CENTRO DE SALUD DE UN BARRIO MARGINAL URBANO

D. Lacasta Tintorer, B. Casabella Abril, D. García Ortega, M. Fernández Soriano y S. Muñoz
 ABS Raval Sud. Barcelona. Cataluña.
 Correo electrónico: 36421dlt@comb.es

Objetivos. Conocer la violencia laboral (VL) y percepción de seguridad en un Centro de Salud (CS) de un barrio marginal. Analizar su relación con la categoría profesional. Comparar con Encuesta del Colegio de Médicos (ECM).
Tipo de estudio. Estudio transversal.
Ámbito del estudio. CS urbano.

Sujetos. 70 sanitarios y administrativos.

Mediciones e intervenciones. Adaptación de ECM: 17 preguntas, elección múltiple, sobre agresiones (frecuencia, tipo, autor), trabajadores (edad, sexo, categoría, miedo, influencia), empresa (formación, recursos, seguridad). Auto-administrado. Prueba piloto previa encuesta. Prueba Z comparación proporciones y verificación condiciones aplicación.

Resultados. Índice respuesta: 74,0% (52/70). Edad: 39 años (IC 95%: 35,7-43,0). Mujeres: 65,4%. Médicos 40,4%, enfermeras 30,8%, administrativos 28,8%. Un 90,4% de los profesionales sufrió VL (82% en último año): verbal 88,5%, amenazas 51,0%, física 7,8% (4 casos). El 86,0% de agresiones las causó el paciente (13,9% psiquiátrico, 26,7% drogodependiente). El 59,6% considera insuficientes los sistemas de seguridad. Mayor temor a ser agredido entre administrativos ($P = 0,025$). Encuesta CS versus ECM: sin miedo a agresión, 63,5% versus 30,6% ($P < 0,001$); el miedo influía en su trabajo, 26,3% versus 79,3% ($P < 0,001$); se consideraba formado para manejar la VL, 26,9% versus 10,3% ($P = 0,002$); desconocía recursos disponibles, 71,2% versus 93,4% ($P < 0,001$). Resto de variables estudiadas: no encontramos relación.

Conclusiones. En nuestro CS, la proporción de profesionales agredidos es especialmente relevante, siendo las agresiones físicas excepcionales. Respecto a ECM, observamos menor miedo e influencia en el trabajo, y mayor grado de formación e información recibidas. La formación en el manejo de estas situaciones, la seguridad laboral percibida y la información sobre recursos son aspectos mejorables.

P219 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE USUARIOS Y PROFESIONALES AL REDISEÑAR EL PROCESO DE RECOGIDA DE PARTES DE BAJA LABORAL

R. Azcutia Gómez, M.T. Galán Gutiérrez, P. Zaforas de Cabo, A. Abad Revilla, M.R. Sastre de la Fuente y L. García Olmos

C. Salud Potosí Madrid, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Gerencia de AP Área 2 Madrid. Madrid.
Correo electrónico: charoazcutia@yahoo.es

Objetivos. Conocer la satisfacción generada en usuarios y profesionales al rediseñar el proceso de recogida de partes de confirmación de Incapacidad Temporal (IT).

Tipo de estudio. Cuasiexperimental. Antes-después.

Ámbito del estudio. Un Centro de Salud Urbano.

Sujetos. 50 pacientes y 16 profesionales (8 administrativos y 8 médicos).

Mediciones e intervenciones. Desde Gerencia se intenta desburocratizar las consultas. El rediseño consiste en automatizar y entregar los partes en el área administrativa hasta que se precise revisión médica, en vez de ser recogidos en consulta. Fuente de datos: cuestionarios auto-administrados que recogen aspectos sobre calidad de la atención, organización del centro, ahorro de tiempo y satisfacción global. Se pasa al inicio y, al alta o a los 6 meses si continúan de IT, o a los 6 meses para los profesionales. Análisis: Descriptivo y test de los rangos con signo de Wilcoxon.

Resultados. Los pacientes consideran haber recibido información en un 100%. Un 38% considera que la calidad de la atención ha mejorado (IC 95%: 20%-55%); un 42% que la organización del centro es mejor (IC 95%: 24%-60%); el 24% que ahorra tiempo (IC 95%: 8-38%) y el 34% aumenta su satisfacción global (IC 95%: 17%-51%). Todos son estadísticamente significativas a excepción de la variable ahorro de tiempo. Los administrativos disminuyen su satisfacción. El 100% de los médicos está satisfecho con el cambio.

Conclusiones. Con el nuevo proceso aumenta la satisfacción de usuarios y médicos.

MESA 5

Diabetes tipo 2: un gran reto en el futuro de la atención primaria

P220 SÍNDROME METABÓLICO EN ATENCIÓN PRIMARIA: PREVALENCIA EN POBLACIÓN GENERAL CATALANA

J.J. Cabré Vila, F. Martín Luján, B. Costa Pinel, M. García Vidal, J.L. Llor Vilà e Y. Ortega Vila

ABS Reus-1, ABS Reus-2, ABS Reus-4. SAP Reus-Altebrat. ABS Deltebre. SAP Terres de L'Ebre. Reus. Cataluña.
Correo electrónico: jcabrev@medynet.com

Objetivos. Estimar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) en población atendida, >45 años en atención primaria, según dos de los criterios más internacionalmente utilizados.

Tipo de estudio. Estudio de cohortes multicéntrico de dos años de duración.

Ámbito del estudio. Íntegramente en atención primaria, 5 ABS (4 urbanas, 1 rural) (n = 72.000).

Sujetos. 720 individuos mayores de 45 años, que prestaron su consentimiento informado. La muestra se seleccionó aleatoriamente por medios informáticos. Riesgo alfa = 0,05 para una precisión de +/- 3% en contraste bilateral para una proporción estimada de SM del 17% y aceptando 20% de reposición.

Mediciones e intervenciones. Se registraron datos sociodemográficos, antecedentes familiares y personales, factores de riesgo, parámetros antropométricos, cifras tensionales, pruebas analíticas y curva de sobrecarga de glucosa ante, al menos, un factor de riesgo para diabetes. Tratamientos actuales y presencia de complicaciones cardiovasculares. Se calculó el riesgo cardiovascular a 10 años en cada caso.

Resultados. De los 720 individuos, con edad media de 60,3 +/- 11,5 años, 431 son mujeres (59,9%). Tienen hipertensión arterial 352 (48,9%), diabetes 142 (19,7%) y prediabetes 233 (32,4%), obesidad 285 (39,6%) y dislipidemia 209 (29%). Fumadores 106 (14,7%). El índice de masa corporal medio fue 29,1 +/- 5,1. El riesgo cardiovascular según función de Framingham fue 13,8 +/- 10%, y según tablas calibradas (REGICOR) del 8,8 +/- 9,8%. 168 sujetos (23,3%, [IC95%: 20,3-26,6]) cumplieron los criterios diagnósticos de SM según la OMS, y 190 (26,4%, [IC95%: 23,2-29,8]) según los criterios NCEP-ATPIII.

Conclusiones. La prevalencia de SM es elevada en la población general atendida. Uno de cada cuatro individuos >45 años padece esta constelación de factores de riesgo.

P221 PREVALENCIA DE LA RETINOPATIA DIABÉTICA EN UN ÁREA DE SALUD RURAL

O. Calviño Domínguez, S. Hernández Anadón, S. Crispí Cijuentes, M. Pérez Bauer, G. Aguirre Ávila y C. Llor Vilà

CAP Jaume I (Tarragona-3). Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: shernandez.tarte.ics@gencat.net

Objetivos. Estudio de factores epidemiológicos de la retinopatía diabética (RD).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Toda una Área Básica de Salud rural.

Sujetos. 251 pacientes (3,99% de la población de 7.862 habitantes).

Mediciones e intervenciones. Las variables 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, HTA, HbA1c y dislipemia. Para el procesamiento de datos se empleó el programa SPSS. Los datos cuantitativos son analizados con la prueba de t-Student y los cualitativos con Chi cuadrado.

Resultados. La prevalencia de RD es de 25,73%. Según el grado es de 14,34% la leve, 1,19% 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%, hipoglucemiantes orales: 22,3%; insulina: 60,71%. En la RD, el colesterol es de 5,785 ± 0,99

mmol/l, triglicéridos: 1,413 ± 0,612 mmol/l; HbA1c: 7,703 ± 1,248%; HTA: 68,18%. En la no RD: colesterol: 5,794 ± 1,112 mmol/l, triglicéridos: 1,22 ± 0,5 mmol/l; HbA1c: 7,062 ± 1,286%; HTA: 31,82%. **Conclusiones.** Observamos que existe una alta prevalencia de RD; esto nos obliga a actuar exhaustivamente para disminuir los valores de HbA1c, dislipemia e HTA, ya que el resto de factores no son modificables.

P222 RETINOPATÍA EN LOS DIABÉTICOS ¿LA INFRAREGISTRAMOS?

O. Calviño Domínguez, S. Hernández Anadón, S. Crispí Cifuentes, C. Llor Vilà, Y. Fernández Pagés y L. Martín Canseco

Cap Jaume I (EAP Tarragona). Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: shernandez.tarte.ics@gencat.net

Objetivos. La diabetes mellitus (DM) es la causa más importante de ceguera en España. En nuestro país su prevalencia es de aproximadamente un 5%. En este trabajo evaluamos el registro de fondo de ojo (FO) en nuestros pacientes, la prevalencia de retinopatía y su asociación con la función renal.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo.

Ámbito del estudio. Efectuado en 3 cupos de atención primaria de un centro de salud urbano.

Sujetos. Todos los diabéticos registrados en estos tres cupos.

Mediciones e intervenciones. Se registró edad, sexo, tipo de DM, informe de FO por oftalmología si la hubiera (normal, retinopatía no proliferativa –RNP– y retinopatía proliferativa –RP–), microalbuminuria y creatinina. Se efectuó estadística descriptiva, chi cuadrado, análisis de la variancia, considerando d.s. si $p < 0,05$.

Resultados. N = 322, edad 67,4 ± 12 años (50,3% hombres). DM1: 3,4%; DM2: 96,6%. HbA1c 7,1% ± 1,5%. 168 DM tenían alguna fundoscopia realizada, de los cuales 141 eran normales, 14 tenían RNP y 11 RP. En 156 no había registro de fondo de ojo (48,4%). La HbA1c media entre los que tenían fundoscopia normal era 6,9%, menor que los que presentaban RNP (7,19%) y RP (7,86; $p < 0,05$). 7 DM con microalbuminuria presentaban retinopatía (25%) y 14 de los que no tenían microalbuminuria (11,4%; N.S.). Tampoco hubo asociación entre retinopatía y valores de creatinina y de microalbuminuria.

Conclusiones. Hay un infraregistro claro del FO en la historia clínica. Ante estos Resultados, la instauración de las cámaras no midriáticas mejorará tanto el registro como la calidad de los fondos de ojo, pudiendo detectar más esta patología.

P223 CONTROL METABÓLICO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

A. Alonso Fachado, A. Montes Martínez, C. Menéndez Villalva, P. Campos Costa, C. Isabela Pereira y L. Pereira Rodrigues

Centro de Saúde de Vila Verde (Portugal); Universidade de Santiago de Compostela (Dpto. de Psiquiatría, Radiología E Saúde Pública); Centro de Saúde de Mariñamansa (Orense); Centro de Saúde de Paredes de Coura (Portugal). Santiago de Compostela. Galicia.
Correo electrónico:alfachado@hotmail.com

Objetivos. Analizar las variables de calidad de vida y su relación con la glucemia y el control de la hemoglobina glicosilada.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Centro de Salud rural.

Sujetos. Muestra aleatoria simple de 177 pacientes diabéticos tipo 2 seguidos en el programa de diabetes.

Mediciones e intervenciones. Se ha aplicado el cuestionario COOP-WONCA de calidad de vida. Consta de 7 viñetas diseñadas en la que se cuestiona sobre distintas variables de calidad de vida. Se ha analizado la glucemia basal y la hemoglobina glicosilada.

Resultados. La edad media de los pacientes es de 65,03 ± 1,54; el 42,4% pertenecen al sexo masculino y el 57,6% al sexo femenino. La media de glucemia basal es de 166,86 y la media de hemoglobina glicosilada es de 7,31. Se han obtenido relaciones estadísticamente significativas entre la auto percepción del estado de salud y los niveles de glucemia basal ($p = 0,023$) y hemoglobina glicosilada ($p = 0,020$). También existen relaciones estadísticamente significativas entre la aptitud física y los niveles de glucemia basal ($p = 0,034$) y hemoglobina glicosilada ($p = 0,048$). Existen diferencias aunque no significativas entre la percepción del dolor y la glucemia basal ($p = 0,051$). No encontramos diferencias estadísticamente en el resto de las variables.

Conclusiones. Los pacientes que presentan mejor percepción de su estado de salud y mejor aptitud física tienen niveles de glucemia basal y de control metabólico de la diabetes mellitus significativamente mejores que los que no la presentan.

P224 SÍNDROME METABÓLICO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN ÁREA DE SALUD

J. Martínez Candela, J. Romero Ortiz, C. Cánovas Domínguez, E. Redondo Ruiz, P. Martínez Martínez y R. Herrera Lozano

C.S. Mariano Yago. Yecla. Murcia.
Correo electrónico: rhlweb@hotmail.com

Objetivos. Valorar la relación entre síndrome metabólico (SM) y riesgo coronario (RC) en las personas adultas del área y estudiar la variabilidad entre dos definiciones del síndrome.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Atención primaria.

Sujetos. Estudiamos 317 personas (51,1% mujeres, 292 con analítica) seleccionadas mediante muestreo aleatorio estratificado (edad y sexo) de 18.059 con tarjeta sanitaria y edad ≥30 años.

Mediciones e intervenciones. Se recogieron datos demográficos, antropométricos y analíticos: perfil lipídico y renal, microalbuminuria, glucemia e insulinemia basal. Utilizamos criterios NCEP III (Third Report National Cholesterol Education Program) y de la International Diabetes Federation (IDF) para diagnosticar el SM. Se definió el riesgo coronario según el método de Anderson 91. La concordancia entre definiciones del síndrome se valoró mediante índice Kappa.

Resultados. La prevalencia del SM ajustada a la población española Julio-02 fue: NCEP 20,3% (22,7% varón, 18,3% mujer) e IDF 29,3% (30,9% y 29,1%) la concordancia entre ambas definiciones fue buena (Kappa = 0,70). El RC medio de la población fue 14,8%; las personas con SM tenían mayor RC a diez años 28,5% (NCEP) y 25,2% (IDF) que aquellas sin SM: RC a diez años 11,4% (NCEP) y 10,5% (IDF). De los diagnosticados con el síndrome un 68% (NCEP) y 58% (IDF) tenían un RC superior al 20%.

Conclusiones. Existe una alta prevalencia de Síndrome Metabólico en el área (mayor con criterios IDF). Ambas definiciones del síndrome son buenas predictoras del riesgo coronario.

P225 ATENCIÓN SANITARIA A PACIENTES CON DIABETES: RESULTADO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN CICLO DE CALIDAD

M.A. García Romero, A. Mateos Rodríguez, A. Moreno Mateo, P. Barón Martínez, M.A. Delgado Nicolás y S. Ayala Luna

Centro de Salud Los Angeles. Madrid.
Correo electrónico: aranchagarcia@hotmail.com

Objetivos. Realización de un ciclo completo de mejora de calidad en el seguimiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM 2).

Tipo de estudio. Ciclo de calidad completo. Primera evaluación: febrero 2004. Aplicación de medidas correctoras: marzo 2004–marzo 2005. Segunda evaluación: abril 2005.

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 e intervenciones. Variables de seguimiento de DM 2 según las principales guías de práctica clínica, reevaluando cumplimiento de 10 criterios de calidad.

Resultados. Edad 65 + 7,5 años. Hombres: 53% (48–58%). Tras la segunda evaluación, 3 criterios permanecen por debajo del umbral óptimo de cumplimiento, fijado en 70%: fondo ojo (48,5%) y exploración pies (44%) en últimos dos años y determinación microalbuminuria en último año (69%). No alcanzamos mejoría significativa en 3 criterios: registro índice masa corporal 77%; registro hábito tabáquico 86,5%; exploración física del pie 44%. Obtuvimos mejoría estadísticamente significativa en 7 criterios: ECG informado 86%; fondo ojo 48,5%; registro T.A 95%; hemoglobina glicosilada 76%; perfil lipídico 78%; creatinina 79%; microalbuminuria 69%.

Conclusiones. La calidad en la asistencia al paciente diabético mejoró de forma muy significativa en la mayoría de los criterios, con la aplicación de unas sencillas medidas correctoras. Debemos implementar nuevas medi-

das con vistas a incrementar esta calidad en los puntos no alcanzados. Consideramos que el ciclo de calidad debe formar parte de la práctica clínica habitual del médico de familia.

P226 PREVENCIÓN PRIMARIA CARDIOVASCULAR EN DIABÉTICOS TIPO 2: ¿ANTIAGREGAMOS A NUESTROS PACIENTES?

R. Mielgo Salvador, M.P. Gallego Gómez, V. Rodríguez Coronado, V.E. Álvarez Mateos, E. Moreno-Chocano García-Carpintero y A. Rabanal Basalo

C.S. Mendiguchía Carriche, C.S. Cuzco, C.S. M. Jesús Hereza (Área 9 de Madrid). Leganés. Madrid.
Correo electrónico: vrbhl@yahoo.es

Objetivos. Estimar el grado de cumplimiento de las recomendaciones de la Asociación de Diabetes Americana de 2004 sobre tratamiento antiagregante en prevención primaria en diabéticos tipo 2 en un área sanitaria urbana. Secundario: describir el tipo de antiagregante, y analizar el grado de cumplimiento según sexo, edad, años de evolución de diabetes y número de factores de riesgo cardiovascular.

Tipo de estudio. Observacional descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Estudio multicéntrico área sanitaria urbana.

Sujetos. Diabéticos tipo 2 > 21 años sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) seleccionados por muestreo aleatorio estratificado por centro en enero de 2005. Población de estudio: 8255.

Mediciones e intervenciones. Se recogieron las variables edad, género, años de evolución de DM, antecedentes familiares ECV, HTA, dislipemia, microalbuminuria, tabaquismo, antiagregación, fármaco, dosis y cumplimiento de las recomendaciones. Tamaño muestral: cálculo para proporciones en poblaciones finitas (grado de adecuación 9%), precisión 2,5%, alfa = 0,05. N = 474. Se utilizó chi-cuadrado para estudiar la relación entre cumplimiento de las recomendaciones para antiagregación y variables cualitativas y t-Student con las cuantitativas.

Resultados. De los 474 pacientes, el 51,7% (245) eran mujeres (IC 95%: 47,22-56,18). La edad media fue 64 años (IC 95%: 63,7-65,8). Cumplieron las recomendaciones un 21,1% (100) de los pacientes (IC 95%: 17,34-24,66). El antiagregante más empleado fue el ácido acetilsalicílico en un 80,6% (75) pacientes (IC 95%: 74,14-87,06). No se encontraron diferencias significativas al comparar el grado de cumplimiento con el resto de variables.

Conclusiones. El cumplimiento es bajo, aunque superior al único estudio publicado en Atención Primaria. No existe relación entre el mayor número de factores de riesgo cardiovascular y el cumplimiento de las recomendaciones de antiagregación.

P227 EVALUACIÓN DEL CONTROL METABÓLICO DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

L.C. Garrote Moren, E. García-Estañ González, A. Cano Nieto, B. García López, M. Tourné García y C. Alfonso Cano

Centro de Salud Docente San Andrés. Murcia.
Correo electrónico: carmen968@terra.es

Objetivos. Determinar el cumplimiento de las recomendaciones ADA 2005 en el control metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2 en un centro de salud.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal aleatorizado.

Ámbito del estudio. Centro de Salud Docente en medio urbano.

Sujetos. De una población de 522 pacientes diabéticos tipo 2, se seleccionan aleatoriamente 154 historias clínicas en mayo de 2005. Se excluyen los carentes de registros en los 6 meses anteriores.

Mediciones e intervenciones. Los datos se obtienen de historia clínica informatizada (OMIAP). Se registra edad, sexo y determinaciones más recientes realizadas en los últimos 6 meses de: glucemia basal, colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, triglicéridos y hemoglobina glicada (HbA1c). Se considera buen control metabólico (ADA 2005): HbA1c < 7%, Glucemia preprandial 90-130 mg/dl, colesterol total < 185 mg, LDL < 100 mg/dl, HDL > 40, triglicéridos < 150.

Resultados. Se han revisado 154 historias clínicas. 84 mujeres y 70 hombres. Edad media 67,2 ± 11,30 años. HbA1c 7,69 ± 1,32%, Glucemia preprandial 146,36 ± 41,25 mg/dl. Colesterol total 198 ± 38,2 mg/dl, LDL 111,84 ± 30,47 mg/dl, HDL 56,8 ± 14,2 mg/dl y triglicéridos 148,42 ± 68,88 mg/dl. Presentan HbA1c < 7%: 41 pacientes (27%), glu-

cemia preprandial < 130 mg/dl: 59 pacientes (38%), LDL < 100mg/dl: 48 pacientes (31%), HDL > 40 mg/dl: 102 pacientes (66%).

Conclusiones. El control metabólico de los diabéticos en la muestra estudiada es deficiente en 62-73% de los casos, excepto en relación con HDL-colesterol que presenta mal control solo en 34% de los pacientes.

P228 INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA PREVENCIÓN PRIMARIA CON ANTIAGREGANTES EN DIABÉTICOS TIPO 2

A. Cano Nieto, P. Alonso Valera, E. Parreño Caparrós, M. Tourné García, C. Alfonso Cano y B. García López

Centro de Salud Docente San Andrés. Murcia.
Correo electrónico: carmen968@terra.es

Objetivos. Analizar la antiagregación de diabéticos tipo 2 (DM-2), según criterios de la ADA y realizar una intervención educativa/formativa para su mejora.

Tipo de estudio. Estudio longitudinal prospectivo.

Ámbito del estudio. Centro de Salud Docente en medio urbano.

Sujetos. Todos los pacientes con DM-2 y sin eventos cardiovasculares (ECV) previos, adscritos al Centro de Salud.

Mediciones e intervenciones. Sobre la población de un centro de salud (29574 usuarios, 1191 diabéticos), se evalúan en Mayo-2004 todas las historias clínicas informatizadas (OMIAP) de DM-2, sin ECV previos, para determinar el estado de antiagregación. Tras intervención informativa dirigida a los médicos del equipo, se evalúan de nuevo los diabéticos antiagregados en Mayo-2005. Se realizan tres sesiones clínicas y se entrega documentación bibliográfica a los médicos del equipo.

Resultados. En la primera evaluación de 29574 usuarios, 1191 eran diabéticos y de ellos 924 eran DM-2 y no habían presentado ECV y tenían uno o más factores de riesgo cardiovascular. Estaban antiagregados 147 (15,8%), un año después los diabéticos antiagregados eran 269 (29,1%). Mejora absoluta, 13,3%; mejora relativa, 15,8%.

Conclusiones. La intervención formativa entre profesionales del equipo ha sido efectiva para el cumplimiento de las recomendaciones sobre antiagregación en nuestros pacientes DM-2 y debe ser tenida en cuenta como instrumento de mejora de la calidad en la atención a nuestros pacientes.

P229 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

M. Mestres Segarra, B. Benito Badorrey, C. Rosselló Forteza, N. Montellà Jordana, N. Arcalís Guaus y M. Bosch Fàbregas

EAP Badalona 4 (El Gorg). Badalona. Cataluña.
Correo electrónico: mms@comb.es

Objetivos. Conocer el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) y describir el tipo de tratamiento que realizan.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal observacional.

Ámbito del estudio. Población: DM2 atendidos el 2004 por un equipo de atención primaria.

Sujetos. Muestra aleatoria de 210 pacientes para estimar buen control de HbA1c = 80%.

Mediciones e intervenciones. Variables: demográficas; años de evolución DM2; enfermedades cardiovasculares; HbA1c; TA, colesterol, HDL y LDL; grado de control según Guía Gedaps 2004; tipo de tratamiento. Cálculo de porcentajes (IC95%), media (DE) y prueba chi2 para estudiar diferencias. Obtención datos: historia clínica informatizada.

Resultados. Evaluados 210 pacientes: 57,6% mujeres, edad = 69 ± 11 años, años de evolución = 9 años ± 6,9. Buen control HbA1c = 60% (IC 95% = 53%-66%); TA < 130/80 = 23% (17%-28,7%); Colesterol total < 200 = 37% (30%-43%); fumadores = 9,5% (5,5%-13,5%); obesidad = 49,3% (42%-56%). Sólo el 12,3% presentan DM2 como único FRCV. El 33,3% toman tratamiento para DM+HTA+DL, el 39,5% para DM+HTA y el 11% para DM+DL. Tratamiento hipoglucemiante: dieta sola = 25,7%; sólo antidiabéticos orales (ADO) = 54,3% (Metformina = 47,6%, Sulfonilureas = 39%, Secretagogos = 2,85%), Insulina = 9,5% e Insulina+ADO = 10%. Presentan buen control de la HbA1C el 65% de los tratados con dieta o ADO y el 30% de los insulinizados (p < 0,005). El 91,4% de los hipertensos toman tratamiento hipotensor: 43,2% un fármaco y 36% dos fármacos. Media de TASistólica = 40mmHg en hipertensos tratados y de 130mmHg en no tratados (p = 0,09). Un 66% de dislipémicos toma tra-

tamiento hipolipemiente (93% estatinas). Los tratados presentan mejor control del colesterol ($p = 0,05$).

Conclusiones. Alta prevalencia de FRCV y bajo control de la mayoría de ellos a pesar del elevado número de fármacos para controlarlos.

P230 ¿INFLUYE LA DIABETES EN LA EXPRESIÓN CLÍNICA DEL DOLOR?

P.M. Hernández Estévez, M.A. Benítez del Rosario, G. González Freire y M.D.M. Díez Cardellach

C.S. Laguna Geneto. C.S. Taco. Unidad Cuidados Paliativos Hosp. La Candelaria. Tenerife. Islas Canarias.
Correo electrónico: pmhstevez@tiscali.es

Objetivos. Valorar si la diabetes (DM) tiene repercusión en la morbilidad por dolor osteomuscular (DOM).

Tipo de estudio. Estudio casos-control, apareados (1:2) según edad y sexo.

Ámbito del estudio. Dos Centros de Salud de Atención Primaria.

Sujetos. Pacientes pertenecientes a 3 cupos médicos, 132 diabéticos y 264 controles, que consultaron al menos una vez en 2004.

Mediciones e intervenciones. Se revisaron las historias clínicas y se valoró: edad, sexo, tipo de diabetes, afectación de órganos diana, psicopatología, fibromialgia, artrosis y consultas y tipo de dolor. Se analizaron con la T de Student, el test de la Chi Cuadrado y el test de Mann-Whitney, considerándose estadísticamente significativa para $p < 0,05$.

Resultados. La edad media fue de 60 (+/-11,3) años, 56,4% mujeres y 43,6% hombres. La mediana de consultas/año por dolor fue 1 (rango 0-8). No hubo diferencias en el número de consultas por dolor entre casos (mediana 1, rango 0-7) y controles (mediana 1, rango 0-8); $p = 0,7$. El 30,0% consultaron al menos una vez por DOM, sin diferencias entre casos 40,2% y controles 32,7% ($p = 0,5$). Tampoco hubo diferencias en el número de consultas por Dom (U-Mann-Whitney 12556, $p = 0,3$). No hubo diferencias en consultar/no consultar por DOM entre pacientes con más/menos 10 años de DM (42,1% versus 38,8%, $p = 0,8$). Las mujeres consultaron más por dolor (41,3% versus 27,2%, $p = 0,02$) sin diferencias entre casos y controles. La depresión fue más frecuente en los controles, 15% versus 3,4%, ($p = 0,001$).

Conclusiones. La DM no afecta la morbilidad por dolor osteomuscular. De forma inesperada se detectó más depresiones en los controles.

P231 NUESTROS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS, ¿SIGUEN LAS RECOMENDACIONES DE AUTOANÁLISIS DE GLICEMIA CAPILAR?

M. Ferré Ferraté, P. Escoda Fuentes, M. Boira Costa, T. Aviñó Llopis, M.J. Alfonso Burguño y C. López Guerrero

ABS de Flix. Flix. Cataluña.
Correo electrónico: mferrf.tarte.ics@gencat.net

Objetivos. Conocer si los pacientes con diabetes mellitas (DM) siguen las recomendaciones de autoanálisis glicemia capilar (AGC) del Institut Català de la Salut (ICS). Ver relación entre número de AGC y cifra hemoglobina glicosilada (HbA1c).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Área básica salud rural.

Sujetos. Pacientes diabéticos.

Mediciones e intervenciones. Variables: edad, sexo, tiempo diagnóstico, HbA1c, tipo de DM, tratamiento, nº controles/semana (c/s).

Resultados. N = 362, edad media 68,63 ± 14,08 años, 51,1% (185) hombres, tiempo medio diagnóstico 10,10 ± 7,84 años, cifra media HbA1c 7,4 ± 3,67%, 93,4 (338) DM II, 82% (297) tratados farmacológicamente. 47,5% (172) no realiza AGC, 33,1% (120) 1-3 c/s, 5% (18) 4-5 c/s, 7,5% 6-7 c/s y el 6,9% (25) >7c/s. 98,4% (61) sin fármacos no AGC; no secretagogos: 79,2% (57) no AGC, 19,4% (14) 1-3c/s, 1,4% (1) 6-7c/s. Secretagogos: 63,8% (30) no AGC, 34% (16) 1-3c/s, 2,1% (1) 6-7c/s. Combinados hipoglucemiantes orales (ADO) 25% (23) no AGC, 70,7% (65) 1-3c/s, 4,3% (4) 4-5c/s. Insulina: 18,8% (9) 1-3c/s, 14,6% (7) 4-5c/s, 33,3% (16) 6-7c/s, 33,3% (16) >7c/s. Insulina + ADO 2,4% (1) no AGC, 36,6% (15) 1-3c/s, 17,1% (7) 4-5c/s, 22% (9) 6-7c/s, 22% (9) >7c/s. 65,7% (113) sin AGC tienen HbA1c <7%, 66,7% (80) 1-3c/s HbA1c >7%, 72,2% (13) 4-5c/s HbA1c >7%, 70,3% (19) 6-7c/s HbA1c >7%, 64% (16) HbA1c >7%. Estos resultados presentan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Por tratamientos encontramos mayor HbA1c cuantos más c/s.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes con tratamiento no farmacológico, no secretagogos y tratamiento combinado ADO siguen recomendaciones. La mayoría en tratamiento con secretagogos no realizan AGC probablemente por realizar control en consulta (no óptimo). Un tercio de tratados con insulina ± ADO realizan controles en exceso. No encontramos relación entre mejoría de HbA1c y nº de c/s, seguramente porque se realizan mayor número de controles en el momento del diagnóstico, en situaciones de descompensación, en cambios de tratamiento.

P232 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS

P. Carrillo Santisteve, M. Pie, T. Carrera, F.X. Cos Claramunt, S. Aguas y M.I. Fernández

Unidad Técnica SAP Litoral/ ABS Sant Martí /Laboratori Clínic Bon Pastor. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 37838pcs@comb.es

Objetivos. El filtrado glomerular es el mejor índice para valorar la función renal. La creatinina sérica no es fiable porque está sujeta a factores como la edad, sexo, dieta, masa muscular y uso de fármacos. El Nacional Kidney Foundation recomienda la estimación del filtrado glomerular mediante fórmulas que incluyen algunos de estos factores. El objetivo de este estudio es comparar tres criterios de definición de la función renal (creatinina sérica, fórmula Cockcroft-Gault y fórmula MDRD) en una muestra de diabéticos.

Tipo de estudio. Estudio transversal.

Ámbito del estudio. ABS urbano.

Sujetos. Muestra de diabéticos tipo 2 con analítica protocolo de diabetes.

Mediciones e intervenciones. Se recogieron datos socio-demográficos, clínicos y analíticos y se calcularon las tasas de filtrado glomerular según ecuaciones de Cockcroft-Gault y MDRD (Modification of Diet in Renal Disease study).

Resultados. Se incluyeron 84 pacientes, 54,76% mujeres, con una edad media de 78,82 años (DE 10,32), IMC de 30,18 (DE 5,59) y media de hemoglobina glicosilada de 6,99 (DE 1,52). La prevalencia de insuficiencia renal fue 15,5% (IC: 8,5-25%) para creatinina, 29,8% (IC: 20,3-40,7%) según Cockcroft-Gault y 26,2% (IC: 18,2-38,2%) según MDRD. La muestra de insuficiencia renal no definida por la creatinina ($n = 17$) se caracteriza por edad 76,16 años (8,97), un 29,4% de mujeres, IMC 27,47 (DE 5,39) y hemoglobina glicosilada 6,54 (DE 1,39). EL MDRD identifica un caso de insuficiencia renal severa no detectado por el resto de definiciones.

Conclusiones. La estimación del filtrado glomerular mediante ecuaciones predictivas muestra insuficiencia renal no conocida en uno de cada 5 pacientes diabéticos tipo 2.

P233 ESTUDIO PILOTO SOBRE VARIABILIDAD DIAGNÓSTICA DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD

M.D. Abellán Rívera, A. Moreno Pastor, A. Ibáñez Reales, A. Hernández Torrano, M.D. Piqueras Acevedo y J.F. Menárguez Puche

Centro de Salud Virgen de La Consolación. Molina de Segura. Murcia.
Correo electrónico: juanfranmena@telefonica.net

Objetivos. Explorar variabilidad diagnóstica para arteriopatía periférica de datos clínicos e índice tobillo-brazo (ITB) en diabéticos tipo 2 (DM2).

Tipo de estudio. Descriptivo, prospectivo.

Ámbito del estudio. DM2 atendidos en un Centro de Salud.

Sujetos. 36 DM2 seleccionados por muestreo aleatorio y citados telefónicamente (1025 registrados en OMI).

Mediciones e intervenciones. Previo enmascaramiento se valoraron paralelamente por dos observadores seis datos clínicos sugestivos de hipoperfusión periférica: pulsos, claudicación intermitente, palidez cutánea al elevar el miembro, presencia de úlceras cutáneas, pies fríos y piel brillante. Se valoró también el ITB, considerándose patológico cuando era <0,9, normal entre 0,9-1,2 y no valorable por probable endurecimiento vascular cuando era >1,2. La variabilidad se calculó con el índice kappa (IK) de concordancia interobservador (mínimo aceptable ≥0,4).

Resultados. La edad media fue de 69,78 ± 10,59 años. El 16% presentaba claudicación intermitente. La concordancia para los datos clínicos fue: palidez a la elevación y úlceras cutáneas IK = 1, frialdad IK = 0,80, clau-

dicación intermitente IK = 0,79, palpación de pulsos periféricos IK = 0,75 y piel brillante IK = 0,47. No hubo diferencias significativas para medias de presión arterial en brazos ($151,67 \pm 19,9$ y $153 \pm 23,7$), piernas ($181,67 \pm 37,97$ y $180,03 \pm 37,37$) e ITB ($1,20 \pm 0,22$ y $1,18 \pm 0,21$). Aunque un observador detectó un ITB $<0,9$ en tres casos (el otro en ninguno), el alto grado de acuerdo global interobservador limitó la utilidad del IK para el ITB.

Conclusiones. La concordancia fue adecuada para todos los datos clínicos. Sin embargo, debido al alto grado de acuerdo interobservador, se confirmó la limitación del IK para medir la variabilidad del ITB ante valores extremos.

P234 PACIENTES DIABÉTICOS: SITUACIÓN FUNCIONAL

J. López-Torres Hidalgo, C. Boix Gras, J.M. Téllez Lapeira, Y. David García, J.M. del Campo del Campo y M.A. López Verdejo

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Albacete. Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: jesusl@sescam.org

Objetivos. Comprobar si la diabetes constituye un factor asociado a una pérdida de capacidad funcional en ancianos residentes en la comunidad e identificar las áreas funcionales más deficitarias.

Tipo de estudio. Estudio observacional transversal de asociación cruzada.

Ámbito del estudio. Área Sanitaria.

Sujetos. Ancianos residentes en la comunidad. Población accesible: base de Tarjeta Sanitaria. Selección aleatoria de 639 ancianos (excluyendo no localizados o con criterios de exclusión, la tasa de respuesta fue del 90,4%).

Mediciones e intervenciones. Mediante entrevista semiestructurada en el centro de salud o en el domicilio del anciano se obtuvo información sobre: estado psíquico (EADG), cognitivo (Pfeiffer), hábitos de sueño (criterios DSM-IV), estado funcional (Katz, Lawton Brody), satisfacción vital (Filadelfia), dificultades sensoriales (VF-14, Five Minute Hearing Test), situación de salud (CIPSAP-2) y datos sociodemográficos.

Resultados. Prevalencia de diabetes: 17,2% (IC95%: 13,6-20,8). En diabéticos no más ansiedad, depresión, déficit cognitivo o insatisfacción vital, aunque sí mayor prevalencia de insomnio (30% versus 18,3%, $p = 0,03$) y mayor consumo de psicofármacos (37,0% versus 24,5%, $p = 0,02$), no mayor incapacidad para actividades básicas, aunque sí para las instrumentales (62,3% versus 47,8%, $p = 0,02$), no más deficiencias auditivas, aunque sí mayores dificultades visuales (63,0% versus 46,3%, $p = 0,09$) y no diferentes condiciones sociodemográficas.

Conclusiones. En diabéticos se comprueba mayor dificultad para la realización de actividades más complejas que las que se necesitan en el autocuidado personal y que precisan mayor independencia. También mayor incapacidad para realizar tareas que dependen de la visión y mayor consumo de psicofármacos, tal vez como consecuencia de una mayor presencia de insomnio primario.

P235 INCAPACIDAD LABORAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

S. Alcalde López, F.J. Sangrós González, A. Alfaro Ormaolea, O. Ortigosa Agustín, B. García Palacios y J.M. Millaruelo Trillo

Centro de Salud Torrero La Paz. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: fsangrusg@papps.org

Objetivos. La incapacidad laboral (IL) puede suponer el 70% de los costes indirectos de la diabetes mellitus, que a su vez alcanzan el 55% del coste global de la enfermedad. Se desea conocer el porcentaje de pacientes con IL en pacientes diabéticos y en no diabéticos menores de 65 años.

Tipo de estudio. Estudio observacional, comparativo clínico.

Ámbito del estudio. Centro de Salud urbano, docente, con diez médicos de familia (MF), que atienden a 23.071 pacientes

Sujetos. El grupo de estudio (DM2) estaba formado por 258 pacientes (170 varones y 88 mujeres) menores de 65 años: todos los diabéticos conocidos de seis consultas de MF elegidas al azar. El grupo control (NDM2) se formó apareando por fecha de nacimiento y sexo a cada paciente del grupo DM2 con un no diabético.

Mediciones e intervenciones. Se investigó la situación laboral y el número de IL durante un año: 2003.

Resultados. El grupo DM2 tenía 126 trabajadores activos (TA): el 48,83% (IC 95%: 54,92-42,74%), frente a 169 TA en el grupo control: el 65,50%

(IC95%: 71,30-59,70%) En el grupo DM2 hubo 36 pacientes en situación de IL: el 28,57% (36,45-20,69%) frente a 33 en el grupo NDM2: 19,52% (25,59-13,58%).

Conclusiones. Existe un menor número de trabajadores activos en el grupo de diabéticos. Diferencia estadísticamente significativa. El porcentaje de pacientes en IL fue mayor en el grupo DM2, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.

P236 ¿DE QUÉ MUEREN LAS PERSONAS DIABÉTICAS?. ANÁLISIS DEL REGISTRO DE MORTALIDAD DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE EL PERÍODO 1985 A 2004

M. Oller Sanz, E. Minguela Muñoz, L. Ruiz Balestra, C. Pareja Rosell, E. Pujol Ribera y M. Mata Cases

CAP La Mina. Sant Adrià de Besòs (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: mmata@medynet.com

Objetivos. Conocer las causas de mortalidad y años potenciales de vida perdidos (APVP) de personas con Diabetes Mellitus (DM) y las diferencias en relación a personas no diabéticas (no DM).

Tipo de estudio. Estudio retrospectivo longitudinal.

Ámbito del estudio. Centro atención primaria urbano.

Sujetos. Fallecidos mayores de 39 años del registro de mortalidad (1985-2004).

Mediciones e intervenciones. Análisis causas de mortalidad (CIE-10) de 440 DM comparadas con 872 controles no DM (apareados por género y edad al morir) y de los APVP respecto del total de 1.452 no DM.

Resultados. 1.892 fallecidos [edad media 73,1 (DE 13,4), 53% varones]. En los 440 DM la edad media fue 73,7 años (DE 10,8, rango: 41-100) y en los no DM 73 años (14, 40-104) ($p = 0,23$). Se observaron diferencias significativas ($p < 0,001$) entre pacientes DM y controles no DM en los grandes grupos de mortalidad: cardiovascular (31 vs. 21,6%), tumores (23,8 vs. 34,3%) y endocrinas (5 vs. 0,5%). En cuanto a las causas específicas sólo fue significativa la cardiopatía isquémica (8,8 vs. 4%; $p = 0,004$) (mujeres 9,1 vs. 3,6%; $p = 0,02$ y varones 8,4 vs. 4,3%; $p = 0,1$). Los APVP en DM fueron -3,72 (-30 a 29) y en no DM -2,96 (-29 a 30) ($p = 0,23$). Las mujeres con DM vivieron menos años que las no DM (APVP -6,23 vs. -8,29; $p = 0,019$), situación inversa a la observada en los varones (-0,72 vs. 1,36; $p = 0,014$).

Conclusiones. Los pacientes diabéticos fallecieron más por causas cardiovasculares y los no diabéticos por tumores. La diabetes se asocia a una mayor mortalidad por cardiopatía isquémica y pérdida de años de vida en las mujeres.

MESA 10

Cuidados paliativos a pacientes no oncológicos: una necesidad, un desafío

P237 ¿QUÉ TIPO DE PACIENTES NOS RESPONDERÁN MEJOR AL TRATAMIENTO CON FENTANILO TRANSDÉRMICO?

M. Fábregas, M.J. Gallardo, M. Vilaplana, A. Vall-Llosera, V. Zamora y P. Casals

EAP Gòtic. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mcosvil@yahoo.es

Objetivos. Determinar las características clínicas de los pacientes que se asocian a una mejor respuesta del dolor con fentanilo transdérmico (FT).

Tipo de estudio. Estudio de cohortes retrospectivo.

Ámbito del estudio. EAP Urbano.

Sujetos. Todo paciente atendido a quien se le haya recetado FT entre 1998 y 2004.

Mediciones e intervenciones. Mediante historia clínica informatizada se recoge: edad, sexo y antecedentes patológicos (AP) del paciente. Sobre el dolor: inicio y duración, tipo (según literatura: nociceptivo, mixto o neuropático), etiología (oncológico, no oncológico –osteoarticular crónico, fibromialgia, vascular, traumático-) y control del dolor con FT. Se analizan las variables a nivel bivariado con chi-cuadrado y T de Student, y a nivel multivariado con regresión logística (RL).

Resultados. Se incluyen 86 pacientes. La edad media de inicio del tratamiento es 69,1 años (DE 13,5), siendo 45,3% hombres. El 18,6% no tienen ningún AP, el 57,0% 1 o 2, y el 24,4% 3 o más. Un 83,7% tiene dolor de características nociceptivas o mixtas. El 45,3% era de etiología oncológica y el 54,7% no oncológica. Son factores predictores de buen control del dolor: ser hombre con OR de 8,6 (IC95% 1,2-61,3), no tener AP de patología abdomino-pélvica asociada (de tipo funcional) con OR de 9,3 (IC95% 1,5-57,7) y el hecho de sufrir dolor oncológico frente al dolor no oncológico con OR 10,2 (IC95% 1,6-67,1).

Conclusiones. Tener dolor de etiología oncológica frente a no oncológico, además de ser varón y no tener patología abdomino-pélvica asociada, parecen ser los factores que mejor predicen un buen control del dolor con FT.

P238 ¿CÓMO SE ENCUENTRA? CALIDAD DE VIDA Y DOLOR EN LOS PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Manresa Font, J. Blade Creixent, M. Pérez Bauer, J. Boj Casajuana, R. Solís Narváez y A. Moragas Moreno

EAP Jaume I - Tarragona 3. Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: amanresa@tinet.org

Objetivos. Valorar la posible relación entre la percepción de calidad de vida del paciente según la cronicidad o no del dolor.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Área básica de Atención Primaria (AP) Urbana (30345 habitantes).

Sujetos. Pacientes con dolor que acuden a la consulta de Atención primaria en mayo de 2005.

Mediciones e intervenciones. Edad, sexo, tiempo de evolución y causas del dolor, escala visual analógica (EVA), calidad de vida según láminas de medición del estudio funcional COOP/WONCA, análisis estadístico chi-cuadrado y t de student.

Resultados. 84 pacientes. Edad media en ambos sexos 62 años (desv. típica 17,46 años). 19% hombres, 81% mujeres. Dolor agudo (<3 semanas): 8,3%, 100% patología osteoarticular, EVA 7,4. Dolor crónico 91,7%, 88,3% patología osteo-articular, EVA 7,3. COOP-WONCA (calidad de vida): dolor agudo vs. crónico: se encuentran estupendamente:(0% vs. 1,3%), Bastante bien: (28,6% vs. 0%), A veces bien, a veces mal: (14,3% vs. 23,4%), Bastante mal: (43% vs. 61%) y muy mal: (14,3% vs. 11%) con p = 0,00015.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes que consultan en AP por dolor son mayores de 60 años con mayor incidencia de mujeres, con una evolución crónica de su dolor y con bastante mala percepción de su calidad de vida. Nuestro objetivo: mejorarla.

P239 MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: CUIDADOS PALIATIVOS REALIZADOS Y HABILIDADES PERCIBIDAS

L. Ruiz Balestra, A. Pérez Orcero, A. Brau Tarrida, E. de Diego Bustillos, J.M. Casermeiro Cortés y S. González Sánchez

La Mina. Sant Adrià de Besòs. Cataluña.
Correo electrónico: 31953abt@comb.es

Objetivos. Valorar las habilidades percibidas (HP) y frecuencia de actividad realizada (AR) sobre diferentes aspectos del manejo del paciente con enfermedad terminal.

Tipo de estudio. Transversal mediante encuesta vía telemática.

Ámbito del estudio. Equipos de Atención Primaria (EAP) pertenecientes a una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Sujetos. Médicos de 9 EAP.

Mediciones e intervenciones. Edad, género, formación en cuidados paliativos (FCP), antecedentes familiares de enfermedad grave(AFEG) del profesional; AR, HP y coeficiente de concordancia Kappa entre ellas respecto a: manejo del entorno cultural (P1); voluntades anticipadas (P2); comunicación de malas noticias (P3); manejo del dolor (P4); otros sínto-

mas orgánicos (P5); y psicológicos (P6); manejo social (P7); expectativas del cuidador principal (P8) y del paciente (P9); manejo espiritual (P10). **Resultados.** Del total de 183 médicos (81 residentes) respondieron 95 (48 residentes). Media de edad: 35,1 años (DE 8,6); 58,9% mujeres. AFEG: 66,3%. FCP: 48,4%. Las AR más frecuentes fueron p5 (90,5%), p6 (96,6%) y p7 (94,7%). Las HP menos valoradas fueron p2 (36,8%), p8 (50%) y p9 (49,4%) y las más valoradas p4 (72,5%) y p7 (75,6%). En todas menos p3, AR es superior a HP. Existe mejor concordancia entre AR y HP en p4 (k = 0,80) y p2 (k = 0,77). La FCP se relaciona significativamente con HP en P4 (p = 0,022) y AR en P9 (p = 0,049); el AFEG con P1 (p = 0,005), P10 (p = 0,032) en AR.

Conclusiones. El médico de familia realiza frecuentemente el manejo de síntomas psicológicos, físicos y abordaje social y percibe menor habilidad en manejo de voluntades anticipadas y las expectativas del cuidador y paciente. Los aspectos más concordantes son el manejo del dolor y el abordaje de las voluntades anticipadas.

MESA 11

Asignaturas pendientes de la medicina de familia

P240 EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA DE BIOÉTICA EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Grifoll Hernández, L. Ríos Valles, F. Margalef Pallares, J. Ferre Rey, A. Ibricu Barro y M. Marcillas Gómez

CAP Cambrils. Grup Sagessa. Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: lrios@grupsagessa.com

Objetivos. Crear un espacio de Bioética en la consulta de atención primaria. Integrar la ética al concepto global de salud, siendo de utilidad tanto a la comunidad como a los profesionales, para conseguir humanizar y entender sus decisiones teniendo en cuenta sus valores.

Descripción. La consulta bioética esta liderado por un profesional del equipo con formación específica. Se establece el circuito de detección/derivación (profesional/usuario). Definición de las funciones de la consulta: A) Analizar los conflictos de orden ético de la relación asistencial. B) Ayudar a los usuarios a implementar documentos de orden ético (documento de voluntades anticipadas). C) Elaboración de procedimientos que incluyan documentos o protocolos relacionados con aspectos éticos según los estándares Joint Commission (código ético, objeción de conciencia, documento de confidencialidad,...). D) Sensibilización del equipo mediante sesiones formativas y casos. Se crea un registro específico para los conflictos éticos en la historia clínica (implicación familiar en la asistencia, consentimiento informado, orden de no resucitación,..). Se han realizado 17 consultas formales de usuarios (1 consentimiento informado, 13 documentos de voluntades anticipadas, 2 relacionados con donación de órganos y 2 conflictos de familia). Las consultas profesionales son mayoritariamente sin visita concertada. **Conclusiones.** Mejorar la difusión de la consulta a la población. La gran accesibilidad facilita la consulta no formal de los profesionales del equipo. Los documentos y procedimientos unifican las actuaciones y sensibilizan a los profesionales integrando la ética en su actividad asistencial. El usuario desconoce que su problema es ético, pro el profesional lo reconvierte y le da el tratamiento adecuado. Aumentamos nuestra cartera de servicios dando un tratamiento más humano.

P241 HACEMOS PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA? EXPERIENCIA COMUNITARIA DE UN CAP DURANTE 3 AÑOS

S. Martínez Gálvez, N. Mingarro Lago, M. Perona Pagán, M. Piqueras Garre, L. Fornells Vilaseca y M. Selvi Blasco

ABS Nova Lloreda. Badalona. Cataluña.
Correo electrónico: mperona@bsa.ges

Objetivos. Valorar la actividad comunitaria (AC) realizada por los profesionales del EAP y el grado de aceptación por parte de la comunidad.

Ámbito. Área salud urbana (31.000 hab).

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Sujetos. Individuos adolescentes y de edad adulta a los que se les ha realizado la AC (realizada en el propio CAP y fuera de éste) de 2002 a Abril 2005.

Método. Revisión de la memoria de actividades comunitarias del centro y encuesta de opinión administrada al final de cada taller/sesión.

Mediciones. Temas tratados en la AC, tipo de profesional implicado y opinión del participante (interés, utilidad, duración e interactiva).

Resultados. Se han realizado 58 AC (taller/sesión), de éstas 16 se han realizado en el propio centro. Temas tratados en adolescentes: cambios adolescencia, piercings y tatuajes, educación buco-dental, tabaquismo y sexualidad. Temas en adultos: alimentación equilibrada, demencia y cuidador, diabetes, menopausia, tabaquismo, gripe y MPOC. Profesionales implicados: enfermería 68,9%, auxiliar y odontólogo 22,4%, médicos de familia 8,6%. La opinión de la AC fue: interesante 78%, útil 76%, duración suficiente 66% e interactiva 84%.

Conclusiones. 1) Se han realizado un número importante de AC durante 3 años. 2) Los médicos de familia realizan poca AC siendo el colectivo de enfermería el más implicado. 3) En la mayoría de los casos, la comunidad cree interesante y útil este tipo de AC.

P242 UN ESPACIO PARA LA RELAJACIÓN: CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA COMUNITARIA

R. Cabello Lázaro, M. Brugada Mir y P. Beato Fernández

ABS 6 Llefia Badalona. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: oxigen@copdec.es

Objetivos. Facilitar autoaprendizaje de técnicas de Relajación Dinámica Caycedo a población > 15 años. Proporcionar información sobre temas de salud/ansiedad.

Descripción. El incremento de consultas en AP relacionados con Salud Mental, obliga a planificar estrategias que aporten conocimientos y desarrollen capacidades para mejorar la salud. La Relajación Dinámica de Caycedo (RDC), parte práctica de la Sofrología, utiliza técnicas de relajación, ejercicios respiratorios, movimientos corporales y estrategias mentales con el fin de conseguir una actitud serena y positiva ante la vida. Desde el 2000, en un centro cívico, hemos creado un espacio abierto comunitario, favoreciendo mediante la educación, incrementar hábitos saludables y el autoaprendizaje de técnicas de relajación que generen recursos personales. El taller se promociona con carteles e información en las consultas. Inscripción en el Centro de Salud. Intervención: Dos enfermeras conducen un taller de 8 sesiones, una vez al mes (una hora) en el centro cívico del barrio. Estructura: Explicación de un tema (15') relacionado con necesidades básicas del ser humano y ansiedad: respirar, alimentación, eliminación, ejercicio físico, comunicación, aprender, valores. Realización de técnicas de relajación (35') basadas en la Sofrología Caycediana. Comentarios e intercambio de experiencias (10').

Conclusiones. Han asistido a alguna/s sesiones 348 personas (93,1% mujeres), edad media 52,2 años. La prevalencia de ansiedad (44,5%) y depresión (35%) en los talleres, demuestra la necesidad de promover actividades que incrementen recursos personales y sociales ante la enfermedad mental. El consumo de benzodiazepinas (52%) y/o antidepresivos (38,8%) obliga a reflexionar sobre su efectividad y coste. La participación confirma el interés creciente que despierta la utilización de terapias naturales como la relajación.

P243 LA ENSEÑANZA DEL MODELO EFQM A LOS EAP MEDIANTE LA TRADUCCIÓN DE SU LENGUAJE

J.M. Aldamiz-Echevarría Iraurgui, V. Vallés Gállego, P. Calderón Grau, J.L. Pérez Albiac y A.M. Vázquez Torguet

Dirección de Atención Primaria del Sector de Barbastro. Barbastro. Aragón.

Correo electrónico: vvalles@salud.aragon.es

Objetivos. El uso del modelo EFQM presenta dificultades en Sanidad, entre otras la complejidad del lenguaje. En 2005, los contratos de gestión de nuestra zona vinieron expresados en este modelo. Desde la Dirección de Atención Primaria nos propusimos: 1) facilitar la comprensión de dicho lenguaje a los equipos. 2) Introducir los fundamentos del modelo como método de mejora continua de calidad, mediante una actividad de liderazgo.

Descripción. Se diseñó una sesión clínica, en la que usando una pizarra con los 9 criterios, se pedía a los miembros del equipo que colocasen en ella los componentes y resultados de su centro, escritos en cartulinas (simulacro de autoevaluación); Paralelamente se entregó un "diccionario" con la traducción de 25 términos del lenguaje EFQM frecuentes (liderazgo, procesos, etc.) relacionados con su trabajo cotidiano (consulta, avisos, vacunaciones, etc.). Con la pizarra ya llena a la vista, los equipos planteaban mejoras ("¿qué podemos mejorar el año que viene?"), colocándolas físicamente en los criterios implicados. Se realizó dicha sesión sistemáticamente en todos los centros, por directivos de medicina y enfermería. Se midió comprensión y satisfacción entre los asistentes, que fueron elevadas: 85% y 88% respectivamente; se produjeron proyecciones emocionales inesperadas en el 65% de los equipos, reflejo del clima laboral.

Conclusiones. Los fundamentos del modelo EFQM pueden ser explicados a los EAP con éxito. La implicación de los directivos en dicha actividad añade valor. La implantación del modelo haciéndolo comprensible facilita el desarrollo posterior para la mejora de la calidad asistencial.

P244 MEJORANDO LAS OPORTUNIDADES DE REGISTRO Y VACUNACIÓN ANTITETÁNICA DEL ADULTO

A. Mas Casals, M.L. Morató Agustí, N.R. Moreno Martínez, N. Aresté Lluch, N. Baraza Ramos y P. Duran Arroyo

ABS Bufalá-Canyet Badalona, ABS Sant Just Desvern. Barcelona. Sant Just Desvern. Cataluña.

Correo electrónico: amasc.bnm.ics@gencat.net

Objetivos. Los adultos jóvenes acuden poco a las consultas de Atención Primaria, en cambio acuden frecuentemente como acompañantes en las consultas de pediatría. Las coberturas de vacunación antitetánica en los adultos (VAT) y su registro informático son muy bajas. Ideamos una nueva estrategia para aumentar la cobertura y registro de VAT en adultos, utilizando las visitas de atención al niño sano en las consultas de enfermería pediátrica. Aumentar la cobertura de VAT en adultos acompañantes de niños atendidos en consulta programada de enfermería pediátrica. Aumentar el registro de VAT.

Ámbito del estudio. 2 centros de Salud urbanos, de enero a mayo del 2005. Variables: edad, sexo y parentesco del adulto acompañante; estado vacunal previo, registro informático. Si VAT incompleta se recomendó vacuna y se registró la aceptación. Si aceptaban se vacunaban en el momento si las circunstancias lo permitían y se registraba, o se derivaban a su enfermera. Se utilizó el SPSS 12.0, realizándose estadística descriptiva y chi-cuadrado.

Resultados. Acompañantes (N = 210): edad media 34,1 años (DE 7,17), 94,8% progenitores, 58,6% madres. 52,6% estaban bien vacunados (n = 111), sólo en 6 casos la VAT estaba registrada, registrándose los 105 casos restantes. El 7,6% (n = 16) rechazó ser vacunado, 75% eran hombres y 25% mujeres (p = 0,001). De los 83 sujetos susceptibles de VAT se vacunó y registró al 62,7% (n = 52), todos en la consulta de enfermería pediátrica.

Conclusiones. La cobertura de VAT en adultos jóvenes es baja, y su registro ínfimo. La consulta de pediatría es idónea para aumentar la cobertura y registro de VAT en esta población, especialmente si se realiza en el mismo momento. Los varones rechazan más la VAT.

P245 LA APORTACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL DE UN CENTRO DE SALUD EN EL APRENDIZAJE DEL MÉDICO DE FAMILIA

S.D. Pedreira Currás* y M.M. Afonso Rodrigues**

*Médico Residente de Primer Año de Medicina de Familia, **Trabajadora Social. Centro de Salud de Taipas, Guimarães, Portugal.

Correo electrónico: sampe@hotmail.com

Objetivos. Transmitir a la comunidad de profesionales en Medicina de Familia la experiencia vivida por un residente en el ámbito del Centro de Salud, acompañando las actividades del Trabajador Social. Sensibilizar a los Médicos de Familia para la detección de patologías sociales que se nos presentan en el contexto de los cuidados primarios de salud. Desarrollar las habilidades necesarias para intervenir activamente en la resolución de los problemas sociales que presenten nuestros pacientes, y problemas orgánicos que precisan de apoyo institucional.

Descripción. La experiencia de invertir unos días por semana durante un mes acompañando al Trabajador Social del Centro de Salud otorga al re-

sidente en Medicina de Familia la visión real de la vida de muchos de nuestros pacientes. Sus condiciones socio-económicas, laborales y familiares no siempre son abordadas de manera clara en la consulta ni tenidas convenientemente en cuenta. Observar qué pacientes acuden a este servicio y qué beneficios pueden obtener del mismo, nos ayuda a orientar nuestras actividades ante situaciones similares en el futuro.

Conclusiones. La articulación con el Trabajador Social supone una actividad no clínica pero de gran importancia para el ejercicio de la medicina de familia, contribuyendo a solucionar problemas de salud que escapan a nuestra capacidad de intervención. El contacto precoz del residente con el Trabajador Social contribuye para una mayor sensibilización ante los problemas de origen social y para verificar que existen herramientas de origen institucional que bien utilizadas pueden mejorar la calidad de vida de muchas de las personas que acuden a nosotros en busca de ayuda.

P246 ¿FUMAS O PASAS CONSULTA?

C. Bartolomé Moreno, M.L. Clemente Jiménez, R. Magallón Botaya, A. Pérez Trullén, J.L. Borque Martín e I. Herrero Labarga

Rediapp, CS Iturrama Pamplona. CS Santo Grial. Huesca, CS Arrabal. Zaragoza, Neumología HCU Lozano Blesa. Zaragoza, Anestesia H. de Navarra. Pamplona, Neumología HU Miguel Server. Zaragoza.
Correo electrónico: cbartolomem@hotmail.com

Objetivos. Conocer el efecto del hábito tabáquico de los profesionales sanitarios sobre el abordaje al fumador en la consulta diaria.

Tipo de estudio. Estudio transversal, aleatorio.

Ámbito del estudio. Atención Primaria y Especializada.

Sujetos. Profesionales sanitarios (médicos, residentes y enfermería).

Mediciones e intervenciones. Cuestionarios auto-administrados.

Resultados. Participaron 886 profesionales (85,7%). Ofrecen consejo sanitario el 61,6%. Más los exfumadores actuales (70,4%) y los nunca fumadores (67,3%). Esta relacionada significativamente con el tipo de profesión ($X^2 = 60,176$; $p = 0,000$): médicos (76,7%), seguidos de residentes (55,7%) y por último enfermería (52,8%). Preguntan si quieren dejarlo el 53%. Más los exfumadores actuales (64,8%) y los nunca fumadores (57,1%). Esta relacionada significativamente con el tipo de profesión ($X^2 = 55,818$; $p = 0,000$): médicos (59,1%), seguidos de enfermería (32,1%) y por último residentes (7,9%). Fijan fechas definitivas para dejar de fumar con el paciente fumador el 21,7%, sobre todo los exfumadores actuales (28,3%; $X^2 = 6,930$; $p = 0,000$), médicos (52%), seguidos de enfermería (37,8%) y por último residentes (9,5%) siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 59,350$; $p = 0,000$).

Conclusiones. Ofrecemos consejo médico sólo a un 1% de los pacientes que vemos en la consulta. De ellos, a los pocos fumadores que hemos detectado, solo preguntamos a un 3% si quieren dejarlo y con éstos, no fijamos de mediana ninguna fecha para dejar de fumar. Estas actuaciones son todas ellas menores en los profesionales fumadores. Consideramos el abandono del hábito tabáquico de los sanitarios como la primera medida a tener en cuenta, tanto como función modélica, como para que desaparezcan las barreras que impiden su actuación en el paciente fumador de la consulta diaria.

Financiación. Becas semFYC tesis doctorales.

P247 PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN ADOLESCENTES FEMENINAS

M. Olesti Baiges, J.L. Pinyol Moreso, S. Dalmau Vidal, G. Muñoz Álvarez, J.M. de Magriñá Claramunt y M. Altimiras Badia

CAP Llibertat. Reus. Cataluña.
Correo electrónico: molesti.tarte.ics@gencat.net

Objetivos. Determinar la prevalencia de anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y otros (TCA) en la población femenina de 12-21 años de nuestra ciudad. Determinar alteraciones del (EAT-40), (BAT) y (CIMEC), según TCA.

Tipo de estudio. Estudio transversal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria de Salud.

Sujetos. Muestra aleatoria de adolescentes de la ciudad.

Mediciones e intervenciones. Variables: Diagnóstico de AN, BN y OTCA según el DSM-IV (Diagnóstico trastornos mentales). Autocumplimentación por las jóvenes de 3 cuestionarios estructurados, Body Attitudes Test (grado de satisfacción y actitud hacia la imagen corporal), cuestionario influencia modelo estético corporal (malestar provocado por la imagen cor-

poral, influencia de la publicidad, de los mensajes verbales, los modelos y situaciones sociales), Eating Actituts Test (preocupación por los alimentos), presión social mientras comen y trastorno psico-biológico que comporta).

Resultados. N = 551. Prevalencia Anorexia: 6 (0,9%) [IC 95% 0,3-2,1], Bulimia: 16 (2,9%) [IC 95% 1,7-4,7], OTCA: 123 (22,5%) [IC 95% 19,1-26,3], No alteraciones TCA 406 (73,7), Alteraciones EAT-40: 127 (23,0%), Alteraciones BAT: 49 (27,1%), Alteraciones CIMEC: 209 (37,9%). Las adolescentes con AN, BN y OTCA presentan alteraciones en los test EAT, BAT y CIMEC de forma estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Conclusiones. Los TCA son un problema médico y social que debe abordarse inicialmente por Atención Primaria, que tiene una posición privilegiada para su detección, el diagnóstico y tratamiento precoces constituyen la base para un buen pronóstico. Estas patologías merecen una implicación mas directa de los profesionales sanitarios con el fin de establecer un diagnóstico precoz y así prevenir afectaciones más graves.

P248 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) "OCULTA" EN UN ÁREA DE SALUD

C. Cánovas Domínguez, J. Martínez Candela, J. Romero Ortiz, O. Rebabi, R. Herrera Lozano y P. Martínez Martínez

C.S. Mariano Yago. Yecla. Murcia.
Correo electrónico: rhlweb@hotmail.com

Objetivos. Determinar la prevalencia de enfermedad renal crónica y estudiar la variabilidad entre tres definiciones de la misma.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Atención primaria.

Sujetos. Estudiamos 292 personas (51,1% mujeres) seleccionadas mediante muestreo aleatorio estratificado (edad y sexo) de 18.059 con tarjeta sanitaria y edad ≥ 30 años.

Mediciones e intervenciones. Se recogieron datos demográficos, antropométricos y analíticos: Perfil lipídico, renal, glucemia, microalbuminuria. Calculamos el Aclaramiento de creatinina (Acr) mediante la fórmula de Cockcroft-Gault y la ecuación abreviada del estudio Modification of Diet in Renal Disease (MDRD). Basándonos en la National Kidney Foundation, clasificamos a los individuos en cuatro grupos según Acr ($\text{ml}/\text{min}/1,73 \text{ m}^2$): función renal normal ($\text{ACr} \geq 90$), IR leve ($\text{ACr} 60-89$), IR moderada ($\text{ACr} 30-59$) e IR severa ($\text{ACr} < 30$). Se consideró ERC cuando $\text{ACr} < 60 \text{ ml}/\text{min}/1,73 \text{ m}^2$ (grupos 3 y 4) y si creatinina sérica era $\geq 1,3 \text{ mg}/\text{dl}$ en mujeres y $\geq 1,4 \text{ mg}/\text{dl}$ en varones.

Resultados. La prevalencia de ERC fue de 16,1% (14,2% hombre; 18,5% mujer) y 10% (8,6 hombre; 11,9% mujer) según Cockcroft-Gault y MDRD respectivamente. Ambas clasificaciones se correlacionan bien entre si ($r = 0,85$ $p < 0,001$) para definir el filtrado glomerular y con la creatinina plasmática ($r = 0,53$; $r = 0,6$ $p < 0,01$ alternativamente). Solo el 2,7% (4,2% h; 1,3% m) tenía ERC según creatinina plasmática. La ERC aparecía en el 52,4% de las personas > 65 años y suponen el 93,6% de los casos.

Conclusiones. Las ecuaciones de Cockcroft-Gault y MDRD modifican entre 3 y 5 veces la prevalencia de ERC detectada mediante creatinina sérica solamente.

P249 VALORACIÓN NUTRICIONAL EN EL ANCIANO, ¿NECESIDAD U OBLIGACIÓN?

A. de Val Lafaja, C. Cánovas Pareja, A.C. Sanjoaquin Romero, A. Zamora Mur y M. Boillos Villar

Hospital Geriátrico San Jorge. Zaragoza. Aragón.
Correo electrónico: julian_ana@terra.es

Objetivos. 1. Describir el estado nutricional del anciano procedente de domicilio. 2. Detectar factores de riesgo de desnutrición. 3. Realizar intervención nutricional en ancianos desnutridos con recomendaciones dietéticas al alta.

Tipo de estudio. Estudio prospectivo descriptivo y analítico.

Ámbito del estudio. Hospital geriátrico.

Sujetos. Ancianos ingresados procedentes de domicilio desde 1/11/2004 hasta 31/03/2005.

Mediciones e intervenciones. Variables: sexo, edad, lugar de residencia, factores de riesgo (alteración órganos sentidos, comorbilidad, síndromes ge-

riáticos, polifarmacia, soledad), dieta, Mini Nutritional Assessment (MNA), bioquímica (albúmina < 2,7, colesterol < 150, linfocitos < 1200), intervención nutricional, mortalidad.

Resultados. 161 pacientes, edad media: 83,7, mujeres 114, domicilio 122 (10 viven solos), desnutridos 41. Factores de riesgo: déficit visual 50, edentulismo 73 (30 prótesis dental), candidiasis 33; comorbilidad y síndromes geriátricos ($p < 0,05$): demencia 87, inmovilidad 66, úlceras por presión 25, disfagia 50, estreñimiento 93; comorbilidad ($p > 0,05$): depresión 28, ACV 43, cáncer 19; número medio de fármacos 5,4. Tipo de dieta: oral 156 (triturado 64, normal 67, blando 25), sondas nasogástricas 2, gastrostomías 3. MNA < 17 (desnutrido): 65, MNA 17-23,5 (riesgo de desnutrición): 62. Albúmina media: 2,9, colesterol medio 158, linfocitos medios: 1400. Intervención nutricional: consejos dietéticos al alta, utilización de espesantes 46, gelatinas 50, suplementos proteicos 31. Mortalidad global 18,6%, mortalidad en desnutridos 41,46% ($p < 0,05$).

Conclusiones. 1. La elevada prevalencia de ancianos desnutridos obliga a una identificación precoz de factores de riesgo. 2. La desnutrición se relaciona con la presencia de síndromes geriátricos y una elevada mortalidad. 3. Necesidad de valoración nutricional ambulatoria con intervención precoz en ancianos desnutridos.

P250 EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SOBRE RELACIONES SEXUALES EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

F. Barrio Torrell, M. Español Pons, A.J. Donado-Mazarrón Romero, M. Campani Peiró, C. Chanco Rodríguez y X. Aubia Floresví

Reus 2. Reus. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: xaubia.tarte.ics@gencat.net

Objetivos. Mejorar la información sexual de los adolescentes de una Área Básica de Salud (ABS) para disminuir las prácticas de riesgo y potenciar conductas sexuales saludables. Sensibilizar sobre la importancia de la prevención de riesgos asociados a prácticas sexuales inadecuadas. Conocimiento de los métodos contraceptivos (MA) y el uso más adecuado.

Tipo de estudio. Estudio casi-experimental.

Ámbito del estudio. Área Básica de Salud (ABS) urbano de 30.000 habitantes.

Sujetos. Estudiantes de cuarto curso de ESO de un instituto.

Mediciones e intervenciones. Edad, sexo, origen de su información, temas de interés, responsabilidad del MA, preferencia del MA, posibilidad de embarazo en 1ª relación sexual, capacidad para hablar de sexo. Encuesta sobre conocimientos previa a la intervención. Intervención (talleres grupales con participación activa). Encuesta posterior.

Resultados. N = 53, Hombres: 19, edad media: 15,4 años.

Información relativa a relaciones sexuales pre-intervención: Buena: 32%, regular: 63%; Post-intervención: Buena: 77%, regular: 22%. Origen de su información: Padres: 50%. Acudiría en caso de duda o urgencia pre-intervención: Padres: 44%, amigos: 21%, centro de salud: 29%, profesores: 6%; post-intervención: padres: 31%, amigos: 4%, centro de salud: 60%, profesores: 5%. Temas de mayor interés: MA 42%, prevención enfermedades de transmisión sexual 30%. En relación sexual, MA usaría (pre-intervención): Preservativo: 96%, otros: 2%, ninguno: 2%; En relación a los talleres: 55% dudas o información errónea.

Conclusiones. La mayoría tiene mucha información aunque no tiene los conceptos claros. Acuden a los padres en primer lugar en caso de duda o urgencia. La mayoría usaría el preservativo. Se ha conseguido acercar el ABS a los adolescentes como recurso en temas relativos a sexualidad.

P251 EVALUACIÓN DE LAS CAÍDAS EN MAYORES DE 89 AÑOS DE LA COMUNIDAD

A. Ferrer, E. Ruiz, F. Formiga, A. Marzo, L. Olavide y S. Vignoli

CAP Rambla. S Feliu de Llobregat. Cataluña.

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

Objetivos. Evaluar la prevalencia de caídas y factores asociados en nonagenarios que viven en la comunidad.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo y transversal.

Ámbito del estudio. Área Básica de Salud.

Sujetos. Todos los nonagenarios asignados a dos Centros de Atención Primaria urbanos, excluyendo los institucionalizados.

Mediciones e intervenciones. Se realizaron entrevistas personales. La tasa de participación fue del 61%. Se recogieron datos sociodemográficos, capa-

cidad para actividades básicas con Índice Barthel (IB) e instrumentales con Índice Lawton (IL), cognición con Minexamen Cognitivo de Lobo (MEC), comorbilidad con Índice Charlson (IC). Se valoró visión (tablas de Snellen) y audición (test del susurro). Las variables significativas en el análisis univariante, fueron exploradas mediante análisis de regresión logística (p significativa < 0,05).

Resultados. Evaluamos 137 nonagenarios no institucionalizados. Edad media 93,07 años (3,15), 99 mujeres (72%). IB medio 60,8 (28,24); media de MEC 22(11,25); IC: 1,43 (1,52). Polifarmacia media 4,2 (2,48); bendodiazepinas en 37 (27%). Déficit auditivo: 56 (41%); de visión: 51 (37%); combinado: 34 (25%). Barreras arquitectónicas: 60 (44%). Habían caído 66 (48,2%); 27 (20%) más de una ocasión; 7 caídas (5,7%) con fractura (5 fémur). En el análisis univariante hallamos menor IL ($p = 0,04$) y mayor número de fármacos ($p = 0,001$) en aquellos con caída. El único factor independiente de caída fue el número de fármacos ($p > 0,001$).

Conclusiones. La prevalencia de caídas en mayores de 89 años es elevada. En nuestro entorno la polifarmacia es el único factor asociado estadísticamente significativo. Así pues debemos plantear intervenciones en la comunidad, para poder disminuir factores probablemente modificables del ámbito sanitario.

P252 LA ESPIROMETRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN NUESTRO MEDIO

M. Carpintero, I. Pascal, F. Teruel, J.A. Cascante, P. Cebollero y J. Hueto

Centros de Salud de Mendillorri y Salazar; Hospital Virgen del Camino.

Pamplona. Navarra.

Correo electrónico: pteruelg@telefonica.net

Objetivos. Conocer la disponibilidad y utilización de la espirometría en Atención Primaria.

Tipo de estudio. Encuesta telefónica.

Ámbito del estudio. Centros de Salud.

Sujetos. Encuesta a todos los Centros de Salud de Navarra, previo contacto con la dirección médica de los mismos, contestada en su caso por los responsables de la realización de espirometrías en cada centro.

Mediciones e intervenciones. En la encuesta se detalla la existencia o no de espirómetro, la frecuencia con la que se realizan las pruebas, calibración de los espirómetros, metodología, y personal encargado de su realización.

Resultados. Contestaron la encuesta la totalidad de los 55 centros de Navarra. Disponían de espirómetro 50 (90,9%), de los cuales en el 76% el modelo era el mismo (Datospir-100). En 11 de los 50 centros (22%) no se practicaban espirometrías, y únicamente en 2 se realizaban entre 10 y 20 por semana, siendo esta la frecuencia máxima registrada. De los 39 centros donde sí se realizaban espirometrías, solo 2 centros calibraban los aparatos de acuerdo a las recomendaciones SEPAR; en 37 (94,8%) el profesional encargado era ATS, siendo en más del 50% personal no estable. El 36% de profesionales encargados de hacer espirometrías no habían recibido ningún tipo de formación y del resto, la media de horas de formación fue de 10 (DS = 11,57).

Conclusiones. Una amplia mayoría de Centros de Salud en Navarra dispone de espirómetro. Hay una infrautilización de los mismos a pesar de la disponibilidad. Se detecta pobre seguimiento de las recomendaciones nacionales para la realización de espirometrías en AP.

P253 POLIFARMACIA EN ANCIANOS ¿ES CORRECTA Y ADECUADA?

Y. Herreros Herreros, M. Sorribes Capdevila, I. Andreu Oliete, E. Cucurull Folguera, P.J. Cortes Pérez y L. Bruni Coccoz

ABS Numancia 3g. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 30635yhh@comb.es

Objetivos. Estimar la prevalencia de polifarmacia en >75 años y evaluarla por grupos terapéuticos y criterios Beers.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Centro urbano de Atención Primaria con población adulta asignada de 26911, 12,2% ≥ 75 años.

Sujetos. Total de pacientes >75 años pertenecientes a 5 UBAs (n = 1010).

Mediciones e intervenciones. Selección de todos los ≥ 75 años con polifarmacia (≥ 6 fármacos). Se registró: edad, sexo, número de fármacos y principios activos prescritos. Análisis estadístico: SPSS v 11.0.

Resultados. Encontramos 293 pacientes polimedados (29%). Edad media: 82a (DE 5). 68,6% (n = 201) mujeres, explicable en parte por la dis-

tribución de nuestra población. Un 13,3% (n = 12) de los ≥85a toman ≥10 fármacos, mientras que en el grupo de edad de 75-84a, el porcentaje es de un 20,7% (n = 42) sin encontrar diferencias significativas entre ambos. Se identificaron 2327 productos farmacéuticos. Un 27,2% pertenece al grupo de aparato cardiovascular, seguido por los del sistema nervioso central (21,1%) y aparato digestivo y metabolismo (19,8%). Al aplicar los criterios Beers (valoración de medicación inapropiada en ancianos) obtenemos un 9,75% de fármacos inapropiados, destacando la elevada prescripción de benzodiazepinas (47,1%) y la inclusión de AINES en tratamiento crónico (2,6%).

Conclusiones. La polifarmacia, a pesar de la yatrogenia que ocasiona, es utilizada por una tercera parte de la serie estudiada. Los fármacos más empleados fueron los del área cardiovascular. Por grupos de edad no se identificaron diferencias significativas en cuanto al número de fármacos. Un porcentaje no despreciable de tratamiento crónico es inadecuado en ancianos.

P254 ANÁLISIS DE ADECUACIÓN EN EL MANEJO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

D. Monge Martín, R. Hernández Martínez, M. González Torrejón, A. Sacristán Rodea y M.A. Salinero Fort
C.S. Alameda de Osuna, C.S. Canillejas, ESAD Área 4. Madrid.
Correo electrónico: dia2000@yahoo.com

Objetivos. Estimar la proporción de tratamientos analgésicos adecuados, según criterios normativos y explícitos de la OMS (1996), en pacientes oncológicos dados de alta de un hospital terciario y derivados a una Unidad de Cuidados Paliativos de Atención Primaria (ESAD).

Tipo de estudio. Estudio observacional retrospectivo.

Ámbito del estudio. Unidad de Cuidados Paliativos de Atención Primaria (ESAD).

Sujetos. Pacientes con dolor y/o tratamiento analgésico derivados al ESAD durante 2004 y que tenían informe de alta (110 pacientes).

Mediciones e intervenciones. Utilizamos como variable de resultado los criterios, normativos y explícitos, de la OMS (1996) para adecuado tratamiento del dolor (7 criterios). Recogimos el tipo de tratamientos analgésico, coanalgésico, laxante y antiemético; los tipos de tumores y su grado de extensión.

Resultados. Localización del tumor primario: pulmón: 27,3%, seguido por colon: 18,2% y páncreas: 10%. Un 61,8% estaban tratados con aines. Un 34,5% de los pacientes estaban con opioides mayores, de los cuales, un 10,5% tenían una combinación no adecuada de dos o más de ellos. Un 3,2% estaban tratados a la vez con un opioide mayor y uno menor. Un 22,5% estaban en tratamiento con un opioide menor, de ellos, un 8% tenían dos opioides menores pautados. El 42,62% de los tratados con opioides no tomaban laxantes. El 8,1% de los pacientes tratados con un opioide mayor y que presentaban vómitos, no tenían antieméticos pautados. La inadecuación global de todos estos criterios fue del 29,7%.

Conclusiones. Observamos una alta proporción de pacientes inadecuadamente manejados. El error más frecuente en el manejo del dolor fue no asociar laxantes al tratamiento con opioides.

P245 EL SÍNDROME METABÓLICO DIFICULTA EL CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL

L. Hortal Muñoz, I. Rozas Gómez, C. Jurado Valenzuela, R. Calvo Müller, G. Jiménez Aranda y A. Gómez de la Cámara
Doce de Octubre. Madrid.
Correo electrónico: luishortal@yahoo.es

Objetivos. Estimar la prevalencia de Síndrome Metabólico (SM) en hipertensos. Analizar el grado de control de la TA de los pacientes con SM. Conocer las variables asociadas con SM y mal control de la TA.

Tipo de estudio. Estudio transversal descriptivo.

Ámbito del estudio. Dos EAP urbanos.

Sujetos. Muestra aleatoria de 1391 hipertensos en tratamiento.

Mediciones e intervenciones. Edad, sexo, TA, glucemia basal, trigliceridemia, HDL, tratamiento dislipemia, diabetes, IMC, microalbuminuria, tabaquismo, hipertrofia ventrículo izquierdo (HVI), LDL y riesgo CV por Framingham. SM según criterios OMS (SM-OMS): insulinoresistencia (1 de: Diabetes tipo 2, glucemia basal ≥110), más 2 de: uso medicación hipotensora y/o HTA (sistólica ≥140 ó diastólica ≥90), trigliceridemia

≥150, HDL <35 hombres ó <39 mujeres, IMC >30, microalbuminuria ≥20 Control adecuado de la TA: ≤140/90 ó ≤130/80 en diabéticos (JNC VII).

Resultados. Edad muestral 70,95 ± 10,21; 64,92% mujeres. 367 (26,38%) pacientes cumplían criterios de SM-OMS de edad 71,97 ± 8,58 y 62,13% mujeres. Se encontró asociación significativa (p < 0,05) entre mal control de la TA y SM OR = 1,314 IC 95% [1,030-1,675]. Con p < 0,0001, se asociaron a mal control de TA y SM (OR): mujer 0,163 IC 95% [0,095-0,279]; LDL 1,013 IC 95% [1,007-1,019]; tabaquismo 3,892 IC 95% [1,958-7,735]; HVI 11,019 IC 95% [5,446-22,297] y riesgo CV 0,849 IC 95% [0,826-0,873].

Conclusiones. Encontramos que el 26,38% de los hipertensos cumplen criterios de SM-OMS. En estos pacientes se objetiva un peor control de la TA. Hallamos asociación de SM y mal control de TA con: ser varón, LDL elevado, fumar e HVI. Paradójicamente, el riesgo CV se asoció inversamente. Según nuestros resultados, creemos que sería conveniente seguir más estrictamente a los pacientes hipertensos con SM.

Sesión 6

12.00-13.00 h

MESA 6

Cómo resolver mis necesidades de información: soluciones prácticas

P256 CONTROL DEL GASTO FARMACÉUTICO Y LA PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN EL DEPARTAMENTO 16

V.M. Ivorra Font, V. Herrero Tarruella, M.F. Ramírez Espinosa, T. Revilla Lorenzo, A. Santolaria Bru y H. Selles Canto
Departamento de Salud 16-Marina Baixa-Alicante. Benidorm-Alicante. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: ramirez_maf@gva.es

Objetivos. Dentro de los programas de Gestión de la Información la Conselleria de Sanitat, enmarcado en su Programa Abucasis, se han puesto en marcha, entre otros, un Gestor de la Prestación Farmacéutica, denominado GAIA, que proporciona datos fiables acerca de la asistencia farmacéutica en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS). Con la implementación en las diversas Áreas de Salud, en la actualidad Departamentos, de las Comisiones de Uso Racional del Medicamento (CURM), se ha pretendido dotar a las Direcciones de Área, en la actualidad Gerencias de Departamento, de las herramientas de gestión para lograr los siguientes objetivos: 1. Generalización del Sistema de Información Farmacéutico GAIA como soporte a las tareas del personal sanitario. 2. Potenciación de las competencias, funciones y actividades de las CURM en Atención Primaria.

Descripción. Con la explotación de los datos obtenidos de GAIA, analizamos los indicadores del cuadro de mandos del Departamento de Salud 16 en el último cuatrienio (2000-2003), a saber, precio medio receta, indicadores de genéricos, indicadores de fármacos de utilidad terapéutica baja, novedades potencial C, etc., obtenidos por anualidades y desagregados por categorías; se aplicó el análisis de los datos cuantitativos con el programa SPSS v. 12.0.

Conclusiones. A pesar del incremento del precio medio de la receta desde los 12,93 a los 15,23 euros, el incremento en la prescripción de genéricos y la disminución estadísticamente significativa de los UTB y el potencial C, avalan la creación de las CURM en los Departamentos y la validez del GAIA como instrumento de calidad.

P257 LA GESTIÓN INTEGRAL DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA COMO INSTRUMENTO DE CALIDAD E INFORMACIÓN

V.M. Ivorra Font, M.F. Ramírez Espinosa, M. García Gil, A. Santolaria Brun, V. Herrero Tarruella y H. Selles Canto

Departamento 16- Agencia Valenciana de Salud. Benidorm-Alicante. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: ramirez_maf@gva.es

Objetivos. Con el Objetivo de mejorar la calidad de los servicios farmacéuticos prestados tanto en el momento de la prescripción como en el de la dispensación y racionalizar el consumo de productos farmacéuticos para hacerlo viable, desde el punto de vista económico y para mejorar su uso por parte de los ciudadanos, la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana ha diseñado un Plan para el Control y la Calidad de la Atención Farmacéutica, enfocado a los profesionales de la sanidad, la asistencia farmacéutica, Farmaindustria y al ciudadano.

Descripción. Proyecto Abucasis, como herramienta de gestión e información; es un sistema de gestión del proceso asistencial completo en el que vamos a destacar el sistema de Gestión Integral de la Prestación Farmacéutica, GAIA, que junto a la labor de las Comisiones de Uso Racional del Medicamento (CURM), se han convertido en factores determinantes en la mejora de la calidad asistencial y en factor de excelencia en la percepción de la calidad por parte del ciudadano, destinatario final del plan.

Conclusiones. Una adecuada gestión de los recursos mediante las herramientas diseñadas al efecto GAIA, CURM, permite según el Modelo de Excelencia de la Gestión de Empresa Europeo, una mejora en los índices de calidad percibida por el usuario, permitiendo la planificación de políticas departamentales en la adecuación de los recursos sanitarios disponibles, tanto en eficacia como en eficiencia.

P258 EXPERIENCIA DE 9 AÑOS DE MEJORA DE LA INFORMACIÓN INTERNA EN UN CENTRO DE SALUD

S. Calvet Junoy, A. Brau Tarrida, B. Port Gimeno, D. Ollé Marras, J. Davins Miralles y J.M. Casermeiro Cortés

CS La Mina. Sant Adrià de Besòs. Cataluña.

Correo electrónico: 31953abt@comb.es

Objetivos. Mejorar la información interna de un Centro de Salud (CS).

Descripción. En 1996, mediante encuesta de satisfacción del profesional detectamos déficit de información en nuestro CS (62% no recibían la información de forma adecuada). Diseñamos un proyecto de mejora en el marco del Plan de Calidad del CS. Formamos un grupo multidisciplinar (2 médicos, 2 enfermeras, 1 administrativo) que analizó causas mediante diagrama Ishikawa. Diseñamos una intervención por causa.

Intervenciones. Entre 1996-1998 realizamos cambios estructurales-organizativos: paneles informativos en sitios estratégicos, buzones personales, reubicación de espacios (nueva sala de reuniones); entrega de orden del día previo a reuniones, publicación de actas posterior, designación de responsable de gestión de información, edición de boletín interno. En 2000, al informatizar el CS, establecimos un circuito de comunicación mediante correo interno y avisos en agenda. En 2004, diseñamos una página Intranet accesible desde cualquier consulta con la siguiente información: hipervínculos a páginas y revistas sanitarias de interés, guías de práctica clínica, consejos para pacientes, buscador de medicamentos, manual de procedimientos y documentos del CS, información sobre derechos/deberes, salud laboral, gestión de residuos, actas de reuniones, teléfonos, lista de espera a especialistas, programación de sesiones y oferta de cursos. Evaluamos la satisfacción del profesional cada dos años, objetivándose una mejora de la gestión de la información.

Conclusiones. La gestión de la información en AP es un elemento estratégico clave por su implicación en la mayoría de procesos. Asegurando un buen sistema de información se consigue un mejor sistema organizativo que repercute en la satisfacción del profesional.

P259 ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS EN BARCELONA CIUDAD

J.M. Elorza Ricart, P. Manchón Walsb, L. Alemany Vilches, F. Fina Avilés, M.L. Bernard Antoranz y M.S. Romea Lecumberri

Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat. Institut Català de La Salut. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: jmelorza.pbcn@ics.scs.es

Objetivos. Evaluar la prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) en Barcelona ciudad obtenida a partir de los registros de diagnóstico y tratamiento en la historia clínica informatizada.

Tipo de estudio. Transversal.

Ámbito del estudio. 44 equipos de atención primaria de Barcelona ciudad con una población asignada de 1.175.249 personas.

Sujetos. Pacientes con registro CIE-10 de DM (1, 2, inespecífica) en la historia clínica informatizada.

Medicaciones e intervenciones. Debido a defectos de registro del diagnóstico de DM, se estimó la prevalencia mediante la reclasificación de algunos de los pacientes: como DM2 todos aquellos pacientes DM1 o inespecíficos sin tratamiento farmacológico o que tomaban ADO; como DM1, los pacientes con diagnóstico inespecífico y que únicamente tomaban insulina. Al final del proceso los pacientes se clasificaron sólo en DM1 o DM2.

Resultados. De los 53.432 pacientes registrados con DM, el 4,9% eran únicamente DM1, 71,9% DM2, 12,0% inespecíficos y 11,2% tenían varios registros diagnósticos de DM. Tras la reclasificación, el 94,4% se categorizaron como DM2 y el 5,6% como DM1. La prevalencia de DM según registro fue de 0,25% para DM1 y de 3,71% para DM2. Tras la reclasificación, de 0,26% y de 4,33%, respectivamente. Las dos curvas estimadas de prevalencia de DM2 mostraron un pico en los 75-79 años. El patrón de las curvas de DM1 fue parecido, con un incremento en los grupos más jóvenes, y una ligera reducción en los mayores tras la reclasificación.

Conclusiones. El registro de DM permite una buena aproximación a la prevalencia de DM2. La estimación de prevalencia de DM1 es peor, debido a una clasificación incorrecta de pacientes con DM2.

MESA 7

La inmigración, una realidad no homogénea ¿Somos competentes culturalmente en atención primaria

P260 EXPERIENCIA DE FORMACIÓN A LAS MUJERES INMIGRANTES QUE CUIDAN A NUESTROS ANCIANOS Y POBLACIÓN DEPENDIENTE INCLUIDA EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

R. Duplá Pérez, M. Ibáñez Caballero, F. Nieto, J. Gutiérrez y G. Rabanaque

CAP Puerto de Sagunto, Asociación de Mujeres del Puerto de Sagunto. Sagunto. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: rauldupla@yahoo.es

Objetivos. Formar y desarrollar la profesionalidad de los inmigrantes cuidadores. Mejorar los cuidados y la asistencia de los pacientes. Crear redes de apoyo en personas desarraigadas.

Descripción. Intervención multidisciplinar, diseñada y desarrollada por médicos y enfermeras, trabajadoras sociales, asociación de mujeres y de Alzheimer, y Educación Permanente de Adultos. Curso de 20 h a dos grupos de mujeres inmigrantes, de origen sudamericano, rumano y marroquíes, cuidadoras o aspirantes (32 en total). Los contenidos han sido sobre conocimiento de los alimentos, qué deben comer los enfermos, cómo debe prepararse la comida, alimentación en general y en situaciones especiales (estreñimiento, diarrea, dificultad de masticación, inapetencia),

higiene doméstica y personal, cuidados de piel, ojos, boca, pies, cabello, genitoanal (pañales, sonda vesical, colectores), cambios posturales y prevención de úlceras de decúbito. Las clases se han impartido por enfermeras del Centro de Salud y por mujeres de la asociación. La metodología ha sido teórico-práctica con apoyo visual y entrega de material con mucho dibujo. Se ha llevado un seguimiento individual de la inserción laboral de cada una de las asistentes. Éstas hicieron una evaluación al finalizar el curso: les ha servido para mejorar la comunicación e integrarse socio-laboralmente.

Conclusiones. El desarrollo de una experiencia de intervención comunitaria multidisciplinar sobre cuidadoras inmigrantes se valora positivamente por docentes y discentes. La adquisición de formación puede mejorar los cuidados administrados a la población dependiente y contribuir a crear redes de apoyo y de integración sociolaboral en este sector de población.

P261 LA POBLACIÓN INMIGRANTE Y LA AUTÓCTONA, ¿DIFIEREN EN EL CONOCIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO?

M. Junyent Priu, O. Miró Andreu, M. Sánchez Sánchez y J. Camp Herrero
Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 35504mj@comb.es

Objetivos. Determinar si existen diferencias clínico-epidemiológicas y en la utilización de los recursos sanitarios entre la población inmigrante-PI respecto a la población autóctona-PA que acude a un Servicio de Urgencias Hospitalario-SUH.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Servicio de Urgencias Hospitalario.

Sujetos. Se recogieron 181 I apareados por sexo y edad con 181 A durante el mes de febrero de 2005.

Mediciones e intervenciones. Se analizaron variables sociodemográficas y de gestión clínica mediante la práctica de una entrevista clínica realizada durante su proceso asistencial. Asimismo, se valoró el grado de satisfacción.

Resultados. De un total de 362 pacientes estudiados, la edad media fue 36 años (DE: ± 14) y el 59% (n = 214) eran mujeres. 37 I (20%) y 18 A (10%) fueron valorados previamente por un facultativo (p < 0,05). No se obtuvieron diferencias respecto a la comorbilidad en ambos grupos. Los principales motivos de consulta fueron: síntomas respiratorios, dolor abdominal, lesiones dermatológicas y síntomas inespecíficos (p = NS). Se realizaron más pruebas complementarias en I que A (101 vs 68; p = 0,001). Ingresaron 16 I y 9 A (p = NS). Las razones por las que acudieron al SUH fueron similares en ambos grupos (p = NS). 45 I desconocían el emplazamiento de su CAP de referencia respecto a 8 A (P < 0,001). La satisfacción percibida por I fue superior a la de A (p = 0,02).

Conclusiones. Las características clínicas estudiadas fueron similares en ambos grupos. El desconocimiento del funcionamiento de nuestro sistema sanitario es mayor en la PI respecto a la PA. Es necesario incidir en la Educación Sanitaria de ambas poblaciones (especialmente en la PI) para potenciar el papel de la Atención Primaria como puerta de entrada al sistema sanitario.

P262 QUÉ CONSULTAN EN URGENCIAS LOS INMIGRANTES Y SUS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

P. Lorente Montalvo, R. Sacristan Bosch, F. Moreno Mendoza y F.J. González Pérez

C.S Guanarteme. Las Palmas De Gran Canaria. Islas Canarias.
Correo electrónico: patricia_lorente@hotmail.com

Objetivos. Describir las características demográficas y tipificar los motivos de consulta de la población inmigrante que es atendida en el servicio de urgencias de un centro de salud.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal

Ámbito del estudio. Servicio de urgencias de un centro de salud

Sujetos. Todos aquellos pacientes, entre 14-65 años, que solicitaron consulta médica urgente, con nacionalidad distinta a la española, hasta completar una muestra de 380 personas, para un intervalo de confianza (IC) del 95%

Mediciones e intervenciones. Se recogieron los datos personales en cuanto a género, edad, lugar de procedencia y motivo de consulta. Se utilizó base de datos excel para clasificar los datos demográficos y CIE-9 para los datos de salud y epiInfo2000 para el estudio estadístico.

Resultados. a) Datos demográficos: un 50,5% son varones (IC 45,4%-55,7%) y 49,5% son mujeres (IC 44,3%-54,6%); el 33,3% tienen entre 26-35 años y proceden 42,63% de Sudamérica, 31,84% de África, 13,42% de resto de Europa y 5,79% de Asia. b) Datos de salud: el 21% de las consultas eran sobre aparato locomotor, seguidas del 20% que consultaron por aparato respiratorio, 15% consultaron por piel y anexos y 10,3% de aparato digestivo. El porcentaje restante estuvo muy distribuido en el resto de apartados de la clasificación CIE-9.

Conclusiones. El estudio muestra una inmigración consultante de urgencias selectiva y joven, sin predominio de género y mayoritariamente procedente de Sudamérica y África. Los principales motivos de consulta se agrupan en el apartado de aparato locomotor y respiratorio, siendo también frecuentes motivos de consulta los problemas dermatológicos y los referentes al aparato digestivo.

P263 REVISIÓN DE COPROPARASITOLÓGICOS: ¿LOS UTILIZAMOS CORRECTAMENTE?

M. Salgado Pineda, J. Pertinhez Mena, Y. Canovas Zaldua, L. Cabanas Collell, C. Arias Arteagoitia y S. Nadal Gurpegui
ABS Raval Sud. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: msalgado@scmfic.org

Objetivos. Motivos de solicitud de coproparasitológicos en atención primaria, resultados, tratamiento, controles y variación en función de distintas variables.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo retrospectivo

Ámbito del estudio. Área urbana, socioeconómicamente deprimida y elevado porcentaje de extranjeros.

Sujetos. 291 coproparasitológicos registrados

Mediciones e intervenciones. Variables sociodemográficas: edad, sexo, país de origen, dificultad idiomática, clasificándolos como: recién llegados (< 2 años), inmigrantes (> 2 años), con/sin viaje reciente, y autóctonos; variables clínicas retrospectivas: sintomatología, eosinofilia, alteraciones analíticas; laboratorio de referencia o especializado en salud internacional; resultados, indicación y cumplimiento de tratamiento; y controles.

Resultados. Edad media: 34,4 años; 68,8% hombres. Predominaron los Indostaníes (55,3%), Sudamericanos (19,4%) y Centroamericanos (14,1%). Un 37,8% eran recién llegados y 50,3% inmigrantes sin viaje reciente. Un 42,8% se solicitaron por eosinofilia y se relacionan estadísticamente con resultados positivos (54%, p < 0,05). Un 18,1% para screening (mayoría en recién llegados), hallándose 25% de positivos. Los positivos más frecuentes fueron: 31,6% anquilostomas, 15,8% giardias, 13,2% áscaris, no realizando tratamiento correcto los recién llegados y asintomáticos (p < 0,05). Más resultados positivos en la unidad especializada (p = 0,00) con tendencia a solicitar más en éste por eosinofilia y en el de referencia para screenings.

Conclusiones. El único motivo de sospecha que se relaciona con un resultado positivo es la eosinofilia.

Pocos screenings realizados, a pesar de que un 25% de los asintomáticos son positivos.

La no realización del tratamiento se relaciona con asintomáticos y recién llegados, probablemente por falta de motivación.

La diferencia entre los laboratorios podría explicarse por los distintos motivos de solicitud, aunque habría que descartar los falsos negativos en el de referencia.

P264 PROGRAMA DE ATENCIÓN AL INMIGRANTE (PAI). ¿REALIZAMOS UN CORRECTO REGISTRO?

B. Pérez Rodríguez, C. Ros Bertomeu, C. Daufi Subirats, F. Rodríguez Casado y J. Bitria Ibars

ABS Tarragona 4 Levant. ABS Torredembarra. Xarxa Sanitaria i Social Santa Tecla. Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: bperez@xarxatecla.net

Objetivos. Conocer el grado de cumplimentación del formulario PAI

Tipo de estudio. Descriptivo transversal

Ámbito del estudio. 5 ABS población de 95.000 habitantes.

Sujetos. Formularios cumplimentados desde noviembre 2002-diciembre 2004. Incluimos inmigrantes extracomunitarios que acuden a consulta de atención primaria con una estancia menor de dos años.

Mediciones e intervenciones. Registramos: área de procedencia, núcleo de

convivencia, año salida del país, ruta migratoria, idioma contacto, necesidad traducción, nivel instrucción, conocimiento idioma, religión, retornos país de origen, condiciones laborales, elaboración duelo y solicitud analítica cribaje según PAI..

Resultados. Captamos 1.133 inmigrantes. 934 adultos. Analizamos datos de adultos. 46,7% hombres. Media edad: 35 años. Área procedencia: 44,8% Sudamérica, 31,9% Magreb 14% países este, 9% procedencias diversas. Núcleo convivencia: familia 69%, amigos 18%, solo 8%. Idioma contacto: castellano 72%. No consta 24,4%. Nivel instrucción: estudios primarios 37,1%. No consta 24,3%. Religión: registrada 42,3%. 41% musulmanes. Condiciones laborales registradas 723. 21% trabaja economía sumergida. Elaboración duelo registrada 25%. Analítica cribaje: Solicitada 23%.

Conclusiones. Datos filiación, procedencia y sexo no presentan problemas en cumplimentación. Hay ítems como ruta migratoria, elaboración duelo que presentan poca cumplimentación con unos resultados muy heterogéneos por lo que es difícil la explotación de los datos. En general se objetiva una elevada captación de los inmigrantes pero los formularios no están bien cumplimentados. Creemos que tiene una doble explicación: por un lado el diseño del formulario, y por otro las características de la población inmigrante, por lo que creemos que deberíamos disponer de recursos específicos para una correcta atención sanitaria.

P265 UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

M. Olesti Baiges, S. Dalmau Vidal, C. Torrente Fraga, G. Muñoz Álvarez, J.M. de Magriñá Claramunt y J. Vilalta Ollé

CAP Llibertat. Reus. Cataluña.

Correo electrónico: molesti.tarte.ics@gencat.net

Objetivos. Evaluar la utilización de los servicios de atención primaria de los inmigrantes.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo analítico retrospectivo

Ámbito del estudio. (ABS) urbana.

Sujetos. Muestreo aleatorio con el 36% de inmigrantes sobre el censo total de inmigrantes del centro

Duración. Enero del año 2003 a diciembre del año 2004.

Variables. Nacionalidad, edad, sexo, tipo de visita, frecuentación, cumplimentación.

Resultados: N = 453 Magreb 43,3%, Sudáfrica 1,3%, Europa Este 10,4%, Europa Oeste 4,9%, Sudamérica 34,7%, Centroamérica 4,2% y Asia 1,3%. El 50,3% eran hombres Edad: 17,4% tenía < 23 años, el 72,4% tenían entre 23 y 44, el 8,4% tenían entre 45 y 64 y el 1,8% tenían entre 65 y 74 La demanda de visitas fue de 3349, de las cuales el 81% fueron concertadas y el 19% urgencias. En el 17% de los casos no se presentaron. El 51,9% se han visitado entre 1 y 5 veces, el 38,4% entre 6 y 15, el 5,7% entre 16 y 25, el 3,2% entre 26y35, y el 1,1% han venido más de 36 veces. El 59,7% de mujeres solicitaban visita concertada frente al 49,8% de hombres solicitaban visita de urgencia (P < 0,0001) El 17,3% de los Africanos y sudamericanos no acuden a la visita (P < 0,05) El 72,4% de pacientes más frecuentadores son los de 23 a 44 años seguidos por el 17,4% de los menores de 23 años (P < 0,0001) Los más demandantes son los hombres Magrebies 66,8%, las mujeres de Europa del este 72,3% y las mujeres sudamericanas 63,1% (P < 0,0001).

Conclusiones. Según el lugar de origen el uso de los servicios sanitarios es diferente Los hombres magrebies son los más demandantes y los menos cumplidores, así como las mujeres Sudamericanas y las de Europa del este

P266 CARACTERÍSTICAS DE LA TBC SEGÚN EL PAÍS DE ORIGEN

L. Albeniz Egea, M. Urbano Fernandez, C. Arias Arteagoitia, P. Carrillo-Santisteve, A. Ferrer Suñe y S. Garcia Pleyan

ABS Raval-Sud. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: sgpleyan@hotmail.com

Objetivos. Determinar si existen diferencias en el perfil del paciente tuberculoso según el país de origen.

Tipo de estudio. Estudio longitudinal retrospectivo.

Ámbito del estudio. Centro de Salud urbano (58% población inmigrante).

Sujetos. Tuberculosos diagnosticados entre 1991-2004.

Mediciones e intervenciones. Registro informatizado de los pacientes tuberculosos del barrio.

Resultados. De 573 pacientes incluidos, 76,1% son autóctonos (n = 436) y el 23,9% inmigrantes (n = 137: 81 son indostaníes, 27 magrebies, 17 latinoamericanos, 7 filipinos y 7 subsaharianos). El 71,9% son hombres. La edad media 43,8 años (DS 17,3).

Entre filipinos son mujeres el 85,7% y los latinoamericanos presentan menor edad (32,8 años, DS 6,77).

Factores de riesgo: Hay más fumadores (73% frente a 35,5%; 38,6% indostaníes, p < 0,0001), ADVP (19,9% frente a 6,3%, p < 0,0001) y VIH (28,5% frente 7,8%, 23,5% latinoamericanos, p < 0,0001) entre autóctonos, frente a inmigrantes. Las formas pulmonares predominan en autóctonos (83,9%), las ganglionares en indostaníes (81,30%) y magrebies (65,4%). Los autóctonos son mas bacilíferos de forma estadísticamente significativa (53,8% de las formas pulmonares) mientras que las resistencias son mas frecuentes entre inmigrantes (3,2% inmigrantes vs. 1% autóctonos), a expensas de los filipinos para las resistencias a Isoniacida (14,3%) y de sudamericanos para multiresistencias (18,8%)

Conclusiones. Las diferencias observadas tienen una trascendencia tanto clínica como epidemiológica: así, encontramos más coinfección con HIV, más formas pulmonares y más bacilíferos en autóctonos y, en cambio, las ganglionares predominan en indostaníes.

P267 CONDUCTA FRENTE A LA TBC SEGÚN EL PAÍS DE ORIGEN

L. Albeniz Egea, M. Urbano, C. Arias, P. Carrillo-Santisteve, M. Muns y S. Garcia Pleyan

ABS Raval-Sud. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: sgpleyan@hotmail.com

Objetivos. Comparar el comportamiento del paciente tuberculoso frente a la enfermedad según el país de origen

Tipo de estudio. Descriptivo, longitudinal, retrospectivo

Ámbito del estudio. ABS de un barrio urbano con 58% población inmigrante

Sujetos. Tuberculosos diagnosticados entre 1991-2004, con HCAP abierta en el centro

Mediciones e intervenciones. Las variables se obtuvieron a partir de un registro informatizado de todos los casos de TBC

Resultados. De los 573 pacientes incluidos, 76,1% son autóctonos (n = 436) y el 23,9% inmigrantes (n = 137: 81 indostaníes, 27 magrebies, 17 latinoamericanos, 7 filipinos y 7 subsaharianos.) El porcentaje de casos diagnosticados en AP. (frente al hospital u otros centros especializados) es más elevado entre inmigrantes (47,5 %, ns) que en los autóctonos (33%). El grupo que más tarda en acudir al medico desde el primer sintoma (más de un mes) es el Indostaní (32,3%, ns). Los que más abandonan el tratamiento son los magrebies (13,6% p < 0,05). Sin embargo, el grupo que más ha utilizado el servicio de terapia directamente observada es el de africanos subsaharianos (42,9%, ns). El grupo que declara tener más contactos por caso índice (3,7 contactos) y que más acuden a estudiarse es el latinoamericano (100%, p < 0,001).

Conclusiones. No todos los pacientes se comportan de igual modo frente a la tuberculosis. El conocimiento de estas diferencias es fundamental para planificar estrategias. Así, el colectivo indostaní es el que más se beneficiaría de educación sanitaria para mejorar el diagnostico precoz, mientras que el colectivo magrebí precisaría de un control del tratamiento más estricto para evitar abandonos.

P268 MEDICINA EN EL 2005 ¿SOMOS COMPETENTES CULTURALMENTE?

C. Ros Bertomeu, B. Pérez Rodríguez, C. Daufi Subirats, J. Bitria Ibars y F. Rodríguez Casado

ABS Torredembarra. ABS Tarragona 4 Llevant. Xarxa Sanitaria I Social Santa Tecla. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: cros@xarxatecla.net

Objetivos. Detectar el grado de competencia cultural en la práctica clínica diaria.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Seis áreas básicas de salud y hospital de referencia (H).

Sujetos. Todos los médicos de primaria (AP) y H.

Mediciones e intervenciones. Se envía un cuestionario con cinco preguntas cuyas opciones de respuesta son: siempre, nunca y a veces. Interpretación resultados: competencia cultural (CPC): 5'siempre', sensibilidad cultural

(SC): 4'siempre', conciencia cultural(CCC): 2-3'siempre', incompetencia cultural(IC): ≥ 2 'nunca' y conocimiento cultural: el resto. Variables: edad, sexo, especialidad, ámbito de trabajo (AT), duración y número visitas. **Resultados.** De 159 respondieron 76 (mujeres 61,8%), edad media 39,42, realizan > 25 visitas 47,4% y en 59,2% duración < 10 minutos. Su AT: AP 61,8% y H 38,2%.

En AP detectamos: IC 27,7%, CC 31,9%, CCC 40,4%, SC 0%, CPC 0%. En H detectamos: IC 20,7%, CC 44,8%, CCC 24,1%, SC 10,3%, CPC 0%. Presenta mayor SC medicina interna y mayor IC quirúrgicas, medicina familiar y urgencias.

Según número: ≥ 25 visitas: IC 30,6%, CC 27,8%, CCC 41,7%, SC 0%; < 25 visitas: IC 20%, CC 45%, CCC 27,5%, SC 7,5%.

Según duración: ≥ 10 minutos: IC 25,8%, CC 41,9%, CCC 22,6%, SC 9,7%; < 10 minutos: IC 24,4%, CC 33,3%, CCC 42,9%, SC 0%.

Conclusiones. El primer contacto de necesidad asistencial del inmigrante son AP y urgencias, el resultado obtenido en IC debería inducir una reflexión. Un número ≥ 25 visitas influye negativamente. No parece influir la duración. La mayoría presentamos conocimiento y/o conciencia cultural; hemos iniciado el aprendizaje, reconocemos y entendemos las implicaciones de elementos culturales en conductas de salud, pero, para lograr la habilidad de trabajar eficazmente dentro del contexto cultural del individuo es preciso todavía desarrollar técnicas y habilidades específicas, siempre con apoyo de recursos sanitarios apropiados.

P269 ¿CÓMO ATENDEMOS A NUESTRA POBLACIÓN INMIGRANTE?

Y. García Fernández, Y. Rando Matos, M. Gomáriz Santacelia, E. Villamor Baliarda, L. Solsona Díaz y N. Sanfeliu Soto

ABS Florida Nord. SAP l'Hospitalet de Llobregat. Institut Català de la Salut. Unitat Docent de Mfíc Costa de Ponent. l'Hospitalet de Llobregat. Cataluña. Correo electrónico: lsolsona@menta.net

Objetivos. Conocer la actividad de los profesionales sanitarios de un centro de salud sobre atención al inmigrante.

Tipo de estudio. Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano que atiende 20771 pacientes mayores de 15 años.

Sujetos. Pacientes inmigrantes con más de 3 visitas en el período 1/1/2003-31/12/2004

Variables estudiadas: Edad, sexo, nacionalidad; y si constaba en la historia clínica: año de llegada, estado civil, genograma, convivientes, trabajo, patología importada/crónica, TA, talla, peso, auscultación cardio-respiratoria, exploración abdominal/adrenopatías, interrogatorio tabaco/alcohol/abuso sustancias; analítica básica, vacunación sistemática y no sistemática y exploraciones complementarias. Las diferentes actividades fueron determinadas en función de las recomendaciones de diferentes expertos según edad, sexo, procedencia y tiempo de residencia en nuestro país.

Resultados. n = 450; edad $32 \pm 4,4$ años (sin diferencias significativas por sexo); Mujer 55,1%, Hombre 44,9%; constaba nacionalidad: 85% (Ecuador 23,2%, Marruecos 21,9%, Perú 10,7%, Colombia 4,9%, Rep. Dominicana 4,2%, Bolivia 1,5%, resto de América Latina 1,7%, Pakistán 4,9%, India 1,5%, otras 11,6%); registro o cumplimiento del resto de variables estudiadas: año de llegada 48,2%, estado civil 40,7%, genograma 32,9%, convivientes 24,8%, trabajo 45,1%, TA 74,1%, talla/peso 52%/54,9%, expl. cardio-respiratoria/expl. Abdominal/adrenopatías 47,8%/39,8%/6,9%, hábito tabaco/alcohol/abuso sustancias 82,7%/79,2%/45,8%; analítica básica 78,9%, vacunas sistemáticas T d / T V / M C C / H B / a n t i g r i p a l / a n t i n e u m o c ó c i c a 51,1%/6,9%/50%/32,4%/13,3%/0%, vacunas no sistemáticas HB/polio 17,4%/25,92%; PPD/Rx. tórax/ sedimento/parásitos en heces 8,3%/14,3%/31,6%/59,1%; serología VHB/VHC/VIH/luética 50%/26,3%/34,37%/28%; extensión para Plasmodium 0% (0/1).

Conclusiones. 1. Se observa un menor cumplimiento de las actividades dirigidas específicamente a pacientes inmigrantes con respecto a las recomendadas al conjunto de la población. 2. Para mejorar la calidad asistencial sería conveniente la formación de los médicos de familia en la atención a este colectivo.

P270 PAUTAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES AUTÓCTONAS E INMIGRANTES

A. Escribano Hernández, G. Criado Holgado, N. Mozo González, M.I. Sánchez Sánchez y E. Borrás Montaner

Gerencia de Ap de Salamanca-Ud De Mfyc. Salamanca. Castilla y León. Correo electrónico: aescribano@gapsa06.sacyl.es

Objetivos. La lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida es una práctica recomendada desde el punto de vista sanitario, pero con condicionantes socioeconómicos en su contra. Por otro lado, la inmigración es un fenómeno en auge y con sus propios condicionantes: nivel socioeconómico bajo, tradiciones culturales diferentes, etc. Nuestro objetivo era conocer si existen diferencias en las pautas de LME entre mujeres autóctonas e inmigrantes.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Un Área de Salud.

Sujetos. Niños menores de 1 año con tarjeta sanitaria individual (TSI) en el Área. Se seleccionaron aleatoriamente, de la base de TSI, 100 niños extranjeros o hijos de extranjeros y otros 100 de mujeres autóctonas.

Mediciones e intervenciones. Se valoró en sus historias clínicas el tiempo de LME.

Se comparó el tiempo de LME entre ambos grupos mediante la prueba de Mantel-Cox, utilizando una significación y unos intervalos de confianza de las estimaciones del 95%.

Resultados. Las mujeres inmigrantes dan más LME que las autóctonas ($p = 0,0019$). La mitad de las autóctonas dan LME durante medio mes (0,2-0,8) y a los 6 meses sólo la dan el 9,7% (3,7%-15,7%), mientras que la mitad de las inmigrantes la dan durante 2 meses (1,2-2,8) y el 27,8% (17,4%-38,1%) llega a los 6 meses.

Conclusiones. El tiempo de LME en nuestro Área es escaso en base a las recomendaciones actuales.

Las mujeres inmigrantes mantienen dicha práctica más tiempo que las autóctonas, probablemente por una mezcla de factores socioeconómicos y culturales.

Sería deseable que no perdiesen este valor según se integran en nuestra sociedad.

P271 MUJERES INMIGRANTES, ANTICONCEPCION Y CULTURA

I. Barceló Barceló, M.D. Calderó Bea, L.P. Leon Martinez, A. Parra Hidalgo, P. Sánchez Moreno y M. Yedra Alcaraz

E.A.P. Barrio del Carmen. Murcia. Murcia. Correo electrónico: immaculada.barcelo@carm.es

Objetivos. Conocer los métodos anticonceptivos utilizados por mujeres inmigrantes de nuestra ZBS. Comprobar si existen diferencias entre los métodos utilizados por población inmigrante y autóctona.

Tipo de estudio. Descriptivo, transversal, poblacional.

Ámbito del estudio. Atención primaria, Centro de Salud, Cupos de medicina de familia.

Sujetos. Mujeres inmigrantes y autóctonas de edad fértil de la ZBS.

Variables estudiadas. Registro de anticoncepción, edad, nacionalidad, método anticonceptivo. Describimos variables y comparamos estos datos con los de la evaluación de 1999 del Programa de Planificación, mediante el test de X².

Resultados. Hubo registro en 129 (40,69%): ecuatorianas 46,51%, marroquíes 28,68%. Método más utilizado: ACHO 54 (41,86%), seguido de DIU 15 (11,62%), métodos barrera (6,97%) y hormonal inyectable (3,8%). En la mujer marroquí no encontramos registro de DIU ni anticoncepción permanente, en la ecuatoriana es del 24,6% y 6,5% respectivamente. Comparamos con la población autóctona y encontramos diferencias significativas en el uso de ACH: 48.86% en inmigrante y 31,68% en autóctona ($p < 0,05$), en métodos permanentes: 3,8% en inmigrante y 12,5% en autóctona ($p < 0,005$), métodos barrera: 6.9% en inmigrantes y 19,8% en autóctona ($p < 0,001$) y DIU: 11,6% en inmigrantes y 4,25% en autóctona ($p < 0,001$).

Conclusiones. 1) El método mas utilizado en población inmigrante es ACHO, seguido del DIU, método barrera y hormonal inyectable. 2) El DIU y la anticoncepción permanente no son elegidos por la población marroquí. 3) Las mujeres ecuatorianas utilizan con mayor frecuencia el DIU que la autóctona. 4) Las mujeres de la zona optan más por anticoncepción permanente y los métodos barrera que la inmigrante.

P272 SÍNDROME METABÓLICO EN DIABÉTICOS INMIGRANTES

I. Ruiz Tamayo, M.L. Serrano Barragán, A. Coll Triquell, M. Albuixech Ginestà, A. Gil Santiago y J. Morató Riera

Raval Sud. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mlidonserrano@hotmail.com

Objetivos. Analizar la presencia del SM en una población inmigrante (indostaní) afecta de diabetes tipo 2 (DM2).

Tipo de estudio. Descriptivo transversal

Ámbito del estudio. Atención Primaria. Barrio urbano con alta tasa de inmigración (35%)

Sujetos. Pacientes procedentes de India, Pakistán o Bangladesh con DM2.

Mediciones e intervenciones. Criterios diagnósticos de SM según NCEP y IDF, basados en distintos puntos de corte del perímetro de cintura, glucemia, presión arterial y lípidos. Cálculo del riesgo coronario según Framingham-91.

Resultados. 141 casos con DM2. Edad media de 53 ± 7 años, 86,9% hombres. Promedios de IMC $27,2 \text{ kg/m}^2$ y cintura $98,8$ (hombres) y $92,4$ cm (mujeres), PA $132/80$ mmHg, glucemia basal 171 mg/dl , Triglicéridos 233 mg/dl , HDL $40,8$ (hombres) y $53,1 \text{ mg/dl}$ (mujeres). La prevalencia del SM entre los indostaníes fue del 9,2% (según IDF; IC = 4,4-14) o del 40,4% (según NCEP; IC = 32,3-48,5) ($p < 0,01$). El SM, según NCEP, presenta un riesgo coronario superior al de los diagnosticados según IDF (27,8% vs 15,6%; $p < 0,05$).

Conclusiones. Existen grandes diferencias de prevalencia del SM en indostaníes según el criterio utilizado. La IDF precisa obesidad abdominal y un mínimo de otros dos componentes, mientras que el NCEP requiere 3 o más componentes. En indostaníes, probablemente el perímetro de la cintura tiene más valor que el IMC, ya que la correlación de éste último con el riesgo coronario es baja, y cuando se utiliza para diagnosticar el SM descarta a sujetos con alto riesgo coronario.

P273 CARACTERÍSTICAS DE LA DIABETES TIPO 2 EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

A. Garcia Leunda, A. Coll Triquell, M. Albuixech Ginestà, M.L. Serrano Barragán, L.I. Ibañez Pérez e I. Ruiz Tamayo

Raval Sud. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mlidonserrano@hotmail.com

Objetivos. Analizar las características clínicas de una población inmigrante afecta de diabetes tipo 2 (DM2).

Tipo de estudio. Descriptivo longitudinal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria. Barrio urbano con alta tasa de inmigración (35%).

Sujetos. Pacientes inmigrantes diagnosticados de DM2 en los últimos 10 años.

Mediciones e intervenciones. Medidas antropométricas, clínicas y analíticas de control metabólico de la DM2. Zona de procedencia.

Resultados. 263 casos de DM2 en inmigrantes (141 indostaníes, 34 magrebíes y 25 latinoamericanos). En el diagnóstico, los indostaníes eran más jóvenes (48 años) y más delgados (IMC = $27,3 \text{ kg/m}^2$ y perímetro de cintura de $98,5$ cm), con las cifras de PA más bajas ($129/79$ mmHg) y la HbA1c más alta (8,63%), mientras que los magrebíes y los latinoamericanos eran más obesos (IMC = $30,9$ y $28,7 \text{ kg/m}^2$ respectivamente) ($p < 0,05$). Referente a las complicaciones diabéticas, no hubo diferencias significativas entre etnias. Respecto al tratamiento, los grupos que utilizaban más metformina fueron los latinoamericanos (48%) y los magrebíes (47%). El uso de insulina no difiere entre las etnias y es de aproximadamente un 8%.

Conclusiones. Se observa diferente forma de presentación de la DM2 en las distintas etnias, lo que sugiere que la importancia de los mecanismos fisiopatológicos (y por tanto del abordaje terapéutico) es distinto. En los diabéticos indostaníes la obesidad tiene menos importancia que entre los magrebíes o los latinoamericanos. Se especula sobre distintos puntos de corte en las medidas antropométricas predictoras de DM2 según las etnias y se establecen recomendaciones clínico-terapéuticas.

P274 ANÁLISIS DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS INMIGRANTES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

F. Pérez Lahiguera, M. Ibáñez Caballero y G. Rabanque Mallen

CAP Puerto de Sagunto. Puerto de Sagunto. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: lahiguera77@hotmail.com

Objetivos. Establecer la prevalencia de trastornos del estado del ánimo (TEA) en población inmigrante que acude a un CAP, analizar la repercusión en la calidad de vida y analizar la relación con características socio-demográficas.

Tipo de estudio. Estudio observacional transversal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Inmigrantes mayores de 18 años que acuden por primera vez a consulta del trabajador/a social del CAP. Muestreo sistemático con 102 casos.

Mediciones e intervenciones. Registro de variables socio-demográficas, realización del test de calidad de vida de la WONCA y del test de Goldberg. Tratamiento estadístico de los datos con el programa SPSS.

Resultados. a) 60% de los inmigrantes estudiados presentan en el test de Goldberg ansiedad, depresión o ambas. b) Un resultado patológico en el test de Goldberg se corresponde con peor calidad de vida según las láminas WONCA, siendo la mediana del valor general del estado funcional de 21 para los casos de depresión, 21,5 para los de ansiedad, 26 para los de ambas y 19 para aquellos en que el test es normal. c) No hemos encontrado ninguna relación estadísticamente significativa entre las variables socio-demográficas y el estado emocional; salvo en menores de 40 años en los que la prevalencia de TEA es mayor (69,6% frente a 38,7% en > 40 años) ($p = 0,004$).

Conclusiones. a) La prevalencia de TEA en población inmigrante que acude a la trabajadora social es elevada y repercute en una peor calidad de vida. b) En menores de 40 años la prevalencia de TEA es mayor. c) Dado que no encontramos relación de los TEA con características socio-demográficas se requieren estudios más amplios para analizar las causas de éstos resultados.

P275 PORQUE CONSULTAN NUESTROS INMIGRANTES

A.M. de la Rubia Lovigullo, I. Auriolos Moreno, M. Torras Sendra, F. Moreno Silva, M. Ríos Ruiz y J.L. Baena Martín

C.S. Palma Palmilla. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: andellor@yahoo.es

Objetivos. Conocer el motivo de consulta de nuestros inmigrantes, así como sus características sociodemográficas.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal

Ámbito del estudio. Centro de salud urbano. Población multiétnica, deprimida socioeconómicamente.

Sujetos. Inmigrante "sin papeles" de alta desde el 1 Enero 2004 hasta 31 Mayo 2005.

Mediciones e intervenciones. Sexo, edad, país de procedencia, tiempo de inscritos en el C. de Salud, motivos de consulta, solicitud de pruebas complementarias, derivaciones a otros niveles asistenciales, media de visitas por inmigrante.

Resultados. Total pacientes 320, 54,9% varones, edad media 31,7 años. Por etnia 39% subsaharianos, 27,8% centroeuropeos (91% rumanos) 18,5 sudamericanos, 13,2 marroquí. Menos de un año inscritos en el centro el 84,5%. El 43,2% no ha acudido a consulta médica. De todos los que acudieron el 57% fueron mujeres. Los motivos de consulta fueron: 16,5% programa de la mujer, 12,6% causa infecciosa, 8,3% algias osteomusculares, 3,4% certificado médico. Se realizaron pruebas complementarias al 51% de ellos y al 37% se derivó a una de las especialidades médicas o quirúrgicas. Número total de visitas de los que acudieron fue de 646 con una media de 2,7 veces/paciente (máximo = 14, mínimo = 1).

Conclusiones. Casi el 50% se da de alta no acuden a consulta lo que nos hace suponer que utilizan la inscripción para poder demostrar su residencia en España, el motivo de consulta más frecuente en las mujeres está relacionado con el programa de la mujer (51%), y en los hombres las infecciosas.

P276 DE DONDE VIENEN Y COMO SON NUESTROS INMIGRANTES

C. Picazo Pacheco, V.M. Silvestre Puerto, E.M. Satue Gracia, N. Saun Casas, A. Sancho Iglesias y N. Gomez Gutiérrez

ABS La Granja Torreforta. Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: silverpuer@yahoo.es

Objetivos. Descripción de nuestra población inmigrante Analizar sus diferentes variables demográficas

Tipo de estudio. Estudio descriptivo retrospectivo

Ámbito del estudio. Revisión y análisis de los pacientes adscritos a nuestra ABS desde el año 1994-2004

Sujetos. Toda la población inmigrante asignada a nuestra área básica

Mediciones e intervenciones. Análisis de los diferentes parámetros socio-demográficos y su distribución por rangos de edad, sexo y nacionalidad
Resultados. En torno a una población de 28.000 pacientes atendidos, 1031 son inmigrantes. Se agrupan en 37 nacionalidades diferentes a la española, siendo la más predominante la marroquí con un 51% del total y seguido de la colombiana con un 16,2%, en menor medida le siguen búlgaros, rumanos y ecuatorianos. -Agrupados por continentes diferenciamos Africanos: 583(56,54%). Proviene de 12 países diferentes Sudamericanos 282 (27,44%). Proviene de 13 países diferentes Europeos 158 (15,32%). Proviene de 11 países diferentes Asiáticos 8 (0,68%). Llegados exclusivamente de la China -En cuanto a la distribución por sexos es de 520 (50,44%) hombres y 511 (49,56%) mujeres, habiendo algunas diferencias en cuanto a cada nacionalidad -Con la distribución por grupos de edades, la gran mayoría, más del 75% está en etapa productiva de la vida, que corresponde entre los 15-65 años, el 22,5% son menores de 15 años y solo el 1,9% tiene más de 65 años.

Conclusiones. En nuestra ABS se atiende a un 3% de población inmigrante, en su mayoría marroquíes

-El perfil del inmigrante varón es ser africano mientras que el de hembra es ser sudamericano

-Hay pocos inmigrantes mayores de 65 años

-Faltan muchos datos todavía de la población atendida puesto que se atienden también a pacientes en situación ilegal y dificultades idiomáticas y burocráticas.

P277 CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

M.L. Serrano Barragán, M. Urbano Fernández, D. Lacasta Tintorer, G. Ros Cervera y E. Zabaleta del Olmo

Raval Sud. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: mlidonserrano@hotmail.com

Objetivos. Conocer características sociodemográficas y motivos de consulta (MC) de pacientes atendidos en Urgencias de un Centro de Salud (CS) en un barrio con 58% de inmigración. Comparar inmigrantes versus autóctonos.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria. Barrio urbano con alta tasa de inmigración (58%).

Sujetos. Pacientes atendidos en Urgencias durante 2 semanas. Muestreo sistemático. Tamaño muestral mínimo: 151 pacientes (alfa 5%; precisión 8%).

Mediciones e intervenciones. Hoja de datos donde se recogían: edad, sexo, procedencia, años en España, estudios, trabajo, clase social, nivel de español, calidad comunicación, intérprete, pertenencia al centro, demora en cita, MC, prioridad urgencia y diagnóstico.

Resultados. 170 pacientes. Mediana edad: 36,5 años (Percentil 25:27; Percentil 75:48). Hombres: 65,9%. Inmigrantes: 58,8% (44,0% Indostaníes, 21,0% Latinoamericanos, 18,0% Africanos, 12,0% Europeos). 56,0% con trabajo remunerado. Nivel de español nulo/malo en 29,3% de inmigrantes (55,1% acudió con intérprete), resultando la calidad de comunicación mala o regular en el 26,0%. Lista de espera: 1,8 días (IC95%: 1,53-2,12). Los MC más frecuentes fueron: dolor muscular (15,9%), tos (15,3%) y administrativos (15,3%). Las patologías más diagnosticadas fueron respiratorias (18,2%), infecciosas (14,7%) y osteomusculares (12,9%). El 60,6% de los MC no se consideraron urgentes. Ninguna emergencia. Comparando con autóctonos, los inmigrantes presentaron: menor edad (35,7 versus 46,6) (P = 0,001), mayor proporción de hombres (67,9% versus 32,1%) (P = 0,001) y de patología demorable (65,7% versus 34,3%) (P = 0,043).

Conclusiones. En urgencias atendemos a una población mayoritariamente joven e inmigrante, reflejo de la población del barrio, siendo la comunicación con ellos difícil. Los MC no fueron urgentes en su mayoría, siendo los más frecuentes: dolor muscular, tos y administrativos. Entre los inmigrantes hay mayor porcentaje de jóvenes, hombres y consultas no urgentes.

P278 UTILIZACIÓN DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD EN CON TUBERCULOSIS

M.L. Sánchez Benítez de Soto, J. Vázquez Villegas, M.R. Fernández Fernández, M.T. Peñafiel Escámez, G. Fernández Moya y M.C. Rogado González

Distrito Sanitario Poniente De Almería. Centro de Salud La Mojenera. Almería. Andalucía.

Correo electrónico: pepvazquez@ya.com

Objetivos. Analizar la adherencia al tratamiento antituberculoso en inmigrantes y sus contactos mediante la intervención de agentes comunitarios de salud

Tipo de estudio. Estudio de intervención, descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Distrito de Atención Primaria

Sujetos. Inmigrantes diagnosticados de tuberculosis y sus contactos desde septiembre de 2004 hasta junio de 2005

Mediciones e intervenciones. Se recogen las siguientes variables: edad, sexo, país de nacimiento, lugar de la intervención, tiempo de estancia en España, situación administrativa, conocimiento del castellano, factores de riesgo (VIH, UDVP, alcohol, inmunodepresión o desnutrición), coordinación hospitalaria, necesidad de aislamiento respiratorio, tipo de tuberculosis, pauta de tratamiento, estudio de contactos, supervisión y adherencia al tratamiento y nivel de satisfacción del paciente

Resultados. 13 casos de tuberculosis (pulmonar), 83,3% varones, edad media de 24.76±5.16, 8 de Marruecos, 2 de Senegal, 1 de Nigeria, 1 de Guinea Conakry, 1 de Mali, 46.15% con estancia menor de 1 año, 58.46% con factores de riesgo, 84% no hablan castellano, 92.3% no regularizados, 64 intervenciones (44 en enfermos y 20 en contactos): 50% hospitalarias y 50% domiciliarias, 100% con aislamiento respiratorio y coordinación hospitalaria, 100% tratados con cuatro fármacos, 9 estudios de contactos con 71 convivientes, 100% de tratamientos supervisados, 93% con buena adherencia y 93% con buena satisfacción

Conclusiones. La utilización de agentes de salud comunitarios, en pacientes inmigrantes con tuberculosis, permite conseguir óptimos resultados en la adherencia al tratamiento antituberculoso al eliminar barreras tanto de comunicación como culturales con respecto a un problema de Salud Pública como la tuberculosis. Se debería protocolizar la utilización de esta figura con estos pacientes

P279 EXTRANJEROS EN LA CONTINUADA: ¿POR QUÉ VIENEN? ¿CONOCEN EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO?

A. Serra Torres, J. Camp Herrero, J. Hernández Rodríguez, X. Alemany González, C. Miñarro García y G. Espinosa Garriga

Hospital Clínic i Provincial - Dispensario de Urgencias Extrahospitalarias. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 37373ast@comb.es

Objetivos. Establecer el perfil del paciente emigrante residente en un área urbana que acude al dispensario de urgencias extrahospitalarias (DUEH).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Atención Continuada y Urgencias Extrahospitalarias.

Sujetos. Pacientes emigrantes extranjeros.

Mediciones e intervenciones. Encuesta a los pacientes emigrantes extranjeros que acudieron al DUEH durante diciembre 2004. No se incluyeron los pacientes con una estancia en nuestro país < 3 meses.

Resultados. 120 pacientes, edad 32,3 años (rango: 4-82 años). 61% mujeres, 8,3% del total de visitas. Estancia media en nuestro país: 5,7 ± 6 años. El 45% de los pacientes acudió por iniciativa propia, el 41,5% fue derivado desde el hospital, el 13% había sido derivado por su médico de familia. Zonas continentales de procedencia: Sudamérica (67,5%), Asia (9,2%), África (9,2%), Europa del Este (6,7%) y Europa Occidental (5,8%). Los principales motivos de consulta fueron: infección respiratoria (13,5%), lesiones cutáneas (10,1%), dolor abdominal/epigastrialgia (9,1%), gastroenteritis (8,3%) y dolor raquídeo (8,3%). El 83% conocían

el centro de atención primaria que les correspondía y el 65% seguía un control habitual por su médico de familia. Para el 49% era la primera visita a un servicio de urgencias en nuestro país. La principal razón para acudir al DUEH fue la inmediatez del servicio (50,9%), seguido de la sensación de gravedad (27,6%). Sólo el 8,6% admitió haber acudido por desconocimiento del sistema sanitario. El 95% pudo ser dado de alta. El nivel de satisfacción de la atención recibida fue de 9,2.

Conclusiones. El paciente emigrante que acude al servicio de atención continuada es una persona joven, que consulta por patología menor, y afirma conocer cómo funciona el sistema sanitario y la atención primaria. Acude por iniciativa propia debido a la inmediatez que se ofrece en este servicio, con un nivel muy alto de satisfacción por la atención recibida.

P280 DIFERENCIAS EN EL ACCESO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE A UN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

A. Escribano Hernández y T. Hernández Corral

Gerencia de A.p. Salamanca. Castilla y León.
Correo electrónico: aescribano@gapsa06.sacyl.es

Objetivos. El cáncer de mama es la segunda causa de mortalidad en mujeres en nuestro país. Para disminuir su morbimortalidad es fundamental implementar programas de detección precoz de cáncer de mama (PDPCM) poblacionales. El acceso a dichos programas debe ser universal y equitativo, pero puede reducirse por condicionantes socioculturales como los que se dan especialmente entre la población inmigrante. Nuestro objetivo fue conocer si el acceso a nuestro PDPCM es diferente entre mujeres inmigrantes y autóctonas. Un objetivo secundario era saber si los resultados del PDPCM eran diferentes en ambos grupos.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo.

Ámbito del estudio. Área de Salud.

Sujetos. Mujeres entre 45 y 69 años (población diana del PDPCM) que acudieron en el año 2004 a nuestro PDPCM.

Mediciones e intervenciones. Condición de autóctona o extranjera y país de procedencia. Se estimaron las coberturas anuales (prevalencias de mamografías realizadas) y se compararon con el test X-cuadrado y con la razón de coberturas (con intervalo de confianza del 95%). También se analizó el resultado de la mamografía según la clasificación BI-RADS.

Resultados. En el año 2004 se realizaron mamografía en el PDPCM 6155 mujeres (cobertura: 12,6%). Ésta fue significativamente mayor en autóctonas (12,7% frente a 7,3%) siendo la razón de coberturas de 1,7 (1,3-2,3). Sólo hubo 48 casos clasificados como sospechosos de malignidad (grados 4 y 5 BI-RADS), sin diferencias entre los grupos.

Conclusiones. La cobertura del PDPCM es muy inferior en mujeres inmigrantes. Los pocos casos sospechosos de malignidad no nos permitían tener potencia para detectar posibles diferencias entre grupos. Sería importante desarrollar programas de educación sanitaria diseñados específicamente para población inmigrante.

P281 FRECUENCIA Y LUGAR DE ATENCIÓN SANITARIA A PACIENTES INMIGRANTES

H.P. Las Heras Alonso, H. Alonso Álvarez, M.M. Las Heras Alonso, P. Godoy, J. Lluordes y J. Ibars Solsona

Centro de Atención Primaria de Alguaire. Alguaire (Lleida). Cataluña.
Correo electrónico: hlsheras@scmfic.org

Objetivos. El objetivo principal del estudio es analizar la procedencia de los pacientes inmigrantes, el porcentaje y el lugar de las visitas realizadas a los mismos.

Tipo de estudio. Estudio epidemiológico descriptivo de prevalencia.

Ámbito del estudio. El ámbito del estudio es la Atención Primaria de Salud.

Sujetos. Los sujetos del estudio son los pacientes atendidos en un servicio de atención continuada de dos áreas básicas rurales.

Mediciones e intervenciones. Se recogieron datos sobre procedencia (autóctono/inmigrante), país de origen y lugar de visita, por el médico de guardia mediante un cuestionario por entrevista personal durante los días de guardia de dos meses. Se utilizó la OR con su IC del 95%.

Resultados. El 88,9% (304) eran autóctonos y el 11,1% inmigrantes (39). Un 74,4/ (29/39) de los pacientes inmigrantes procedían de África (28,2% de Marruecos, 15,4% de Gambia, 10,3% de Guinea Bissau), un 12,8% de Sudamérica (7,7% de Colombia), un 10,3% de los países del

Este y un 2,6% de Asia. Al comparar la variable procedencia con la variable lugar de visita, se constató que el 83,3% de los pacientes autóctonos fueron atendidos en el Centro de Atención Primaria (CAP) y un 16,7% al domicilio. En el grupo de inmigrantes un 94,7% fueron atendidos en el centro de atención primaria y un 5,3% en el domicilio. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Test exacto de Fisher $p = 0,044$. OR = 0,27; IC95% 0,06-1,18

Conclusiones. Existe un predominio de pacientes africanos. Los pacientes inmigrantes van más al centro de atención primaria y reciben menos visitas a domicilio que los autóctonos.

MESA 8

La atención familiar, una nueva estrategia de la atención domiciliaria a los mayores

P282 CATERING SOCIAL: UN INSTRUMENTO PARA MEJORAR LA SALUD

M.D.M. Campillo Gallego, T. Revilla Lorenzo, U. Alvaro Pérez y A. Madaleno Montalvo

Centro de Salud Altea. Altea. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: marcampillogallego@yahoo.es

Objetivos. Valorar la utilidad social y mejora de la salud del programa "Catering social" en los pacientes a los que va dirigido, personas con una situación como la soledad o dificultades físicas que generan como principal problema una mala nutrición. Conocer las características de la población incluida.

Descripción. Estudio observacional descriptivo realizado en un municipio con los 27 usuarios incluidos en el programa. Se han revisado los informes del trabajador social y médico, pasando además una encuesta de valoración y satisfacción por parte del usuario para conocer la percepción de la mejora sobre su estado de salud. El programa consiste en un catering con la comida principal del día que se lleva a domicilio los días laborables con una dieta adaptada a las patologías del paciente.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes son mujeres entre 70 y 85 años, viven solos o acompañados de algún familiar dependiente. Tienen una pensión mensual de menos de 480 euros. Prácticamente todos tienen vínculos familiares. La mitad tiene otras prestaciones sociales como teleasistencia y ayuda a domicilio. Presentan un discreto grado de discapacidad, suficiente para manejarse en su propio domicilio pero con dificultad para ir a la compra y cocinarse diariamente en casa. Resultados de la encuesta: la mayoría de los pacientes resalta la comodidad, una dieta equilibrada y la independencia. Consideramos que este programa es útil para retrasar la institucionalización y evitar la mala nutrición que desencadena y/o agrava patologías subyacentes.

P283 CAPACIDAD FUNCIONAL PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE UN GRUPO DE ANCIANOS. QUIEN ASISTE A LOS ANCIANOS DEPENDIENTES

M. García Pardo, M. Torrent Quetglas, J. Pascual Vivo y J. Guasch Bosch

Centro de Salud Canal Salat. Ciutadella de Menorca. Illes Balears.
Correo electrónico: marinagpardo@hotmail.com

Objetivos. Conocer el estado funcional para las ABVD de los mayores de 75 años, averiguar de qué recursos disponen y a quién acuden para cubrir sus necesidades.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional mediante encuesta.

Ámbito del estudio. Centro de Salud de Atención Primaria

Sujetos. Todos los mayores de 75 años pertenecientes al mismo cupo sanitario incluidos los encamados e institucionalizados.

Mediciones. Test de Barthel, grado de dependencia, dependencia no cubierta, ayudas recibidas y proveniencia de las mismas, independencia económica.

Resultados. De los 174 pacientes 120 (69%) son independientes para las ABVD y 54 (31%) dependientes (42 con dependencia leve-moderada y 12 grave). De los pacientes dependientes 43 reciben ayuda para todas las ABVD, 9 reciben ayuda para algunas ABVD y 2 no reciben ninguna ayuda. La ayuda media recibida proviene en un 74% de las familias, un 14% de los servicios sociales públicos y un 12% de proveedores privados. La mayoría de los ancianos (93,6%) son económicamente independientes.

Conclusiones. Los ancianos del cupo presentan una buena capacidad funcional para las ABVD. La discapacidad aumenta significativamente a partir de los 85 años. Las familias son las principales proveedoras de cuidados. A medida que aumenta la discapacidad se diversifica la proveniencia de las ayudas, recurriendo a Servicios sociales y a asistentes privados, que en ningún caso superan las ayudas familiares. Dado el cambio que se produce en la familia, será necesario disponer en un futuro inmediato de unas estructuras socio-familiares que permitan el cuidado de los ancianos en sus domicilios.

P284 GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS ANCIANOS DE UNA ÁREA BÁSICA DE SALUD

A. Lamarca, S. Graell, M. Brió, N. Gómez, A. Reyes y M. Fíguls

CAP Anton de Borja. Consorci Sanitari de Terrassa. Rubí. Cataluña.
Correo electrónico: 21883alr@comb.es

Objetivos. Conocer el grado de dependencia de los ancianos de una área básica de salud (ABS).

Tipo de estudio. Es un estudio descriptivo y hemos analizado los datos mediante el programa informático SPSS.

Ámbito del estudio. Una unidad básica de atención de dicha área básica de salud.

Sujetos. Todos los mayores de 75 años.

Mediciones e intervenciones. Cuestionario social, revisión de la historia clínica, escalas de Barthel y minimental (Lobo).

Resultados. De un total de 176, incluimos a 147 pacientes, otros fueron: ilocalizados 9, desplazados 18 y no quisieron participar 2. La edad media es 80 años, sin diferencias significativas entre sexos (54,4% mujeres). El 27% viven solos y el 48% con su pareja (edad media de la pareja 76), el 78% es analfabeto, el 59% pluripatología y el 68% polifarmacia, el 17% tiene déficit visual y el 20% auditivo. La mitad tienen ingresos inferiores a 600€ mensuales. Dicen no precisar ayuda un 76% (Barthel 97, minimental 30). Quien necesita ayuda (Barthel 73, minimental 24) la obtiene de cuidadores informales. Un 10% recibe ayuda económica o social. El cuidador principal es el hijo (56%) seguido de la pareja (26,5%). Un 8% recibe atención domiciliaria, sin poder relacionarlo con barreras arquitectónicas o pluripatología, pero sí con Barthel (49) y minimental (24) significativamente más bajos.

Conclusiones. Aunque la mayoría de ancianos tiene pluripatología y pocos recursos económicos, se sienten autónomos y viven solos o con su pareja anciana también. Esto condiciona una situación de fragilidad, a tener en cuenta por todo el equipo asistencial. Cuando son dependientes, los cuidadores informales son la ayuda principal. Los recursos sociales no cubren las necesidades que se plantean. El Barthel condiciona principalmente la atención domiciliaria.

P285 RED SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN UNA MUESTRA PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

A. Alonso Fachado, A. Montes Martínez, C. Menéndez Villalva, C. Isabela Pereira, P. Campos Costa y L. Pereira Rodrigues

Centro de Salud de Vila Verde (Portugal); Departamento de Psiquiatría, Radiología e Saúde Pública (universidade de Santiago de Compostela); Centro de Saúde de Mariñamansa (Ourense); Centro de Saúde de Paredes de Coura (Portugal). Santiago de Compostela. Galicia.
Correo electrónico: alfachado@hotmail.com

Objetivos. Analizar las variables de Calidad de Vida y la red social y su relación en una muestra de pacientes diabéticos tipo 2.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal en una muestra aleatoria simple.

Ámbito del estudio. Centro de Salud (Atención Primaria).

Sujetos. Se ha obtenido una muestra de 206 pacientes con diabetes tipo 2 establecida y a tratamiento desde un año antes a la recogida de los datos.

Mediciones e intervenciones. Se ha calculado la red social en función de la primera cuestión del cuestionario MOS Social Support Survey. Se ha utilizado el cuestionario COOP-WONCA de calidad de vida. Se asume que una red social nula o escasa es aquella que tiene menos de 5 individuos.

Resultados. La edad media de los pacientes es de 65,03 ± 1,54 años. El 42,4% pertenecen al sexo masculino y el 57,6% al femenino. El 46,9% presentan red social nula o escasa y el 53,1% red social adecuada. Existen relaciones estadísticamente significativas entre el tamaño de la red social de los pacientes y los aspectos de calidad de vida referentes a la aptitud física (p = 0,002); a las actividades del día-a-día (p = 0,011); con la convivencia y vida social (p = 0,000); con los cambios del estado de salud (p = 0,013); con el estado general de salud (p = 0,000) y con la sensación de dolor (p = 0,013).

Conclusiones. Podemos deducir que los pacientes diabéticos con redes sociales escasas presentan menos capacidad física, tienen más dificultad en realizar sus tareas diarias, tienen menos contactos sociales, sienten peor estado de salud y sienten más dolores.

P286 PREVALENCIA DE ULCERAS EN UNA COHORTE DE NONAGENARIOS

I. Lombarte, A. Ferrer, F. Formiga, R. Garrido, N. Castillo y A. Gasol

ABS el Pla. S Feliu de Llobregat. Cataluña.
Correo electrónico: aferrer.cp.ics@gencat.net

Objetivos. Estudiar la prevalencia e incidencia de úlceras por presión (UPP) en mayores de 89 años.

Tipo de estudio. Estudio de cohortes prospectivo.

Ámbito del estudio. Área Básica de Salud

Sujetos. De una ciudad de 42 000 habitantes, se eligieron todos los > 89 años sin criterio de exclusión alguno.

Mediciones e intervenciones. Se incluyeron 186 nonagenarios en el estudio; 46 participantes se excluyeron antes de finalizar el periodo, 36 por exitus y 10 por traslado fuera del municipio. El periodo de observación fue de 12 meses. Se instruyó a los cuidadores al inicio, para aplicar medidas preventivas y los cuidados necesarios según la guía de úlceras por presión (UPP), del Institut Català de Salut. Se recogieron datos sociodemográficos, actividades básicas con Índice Barthel (IB), comorbilidad con Índice de Charlson, riesgo de úlceras con escala de Braden y, riesgo nutricional con Mini-nutritional Assessment (MNA).

Resultados. De la cohorte de 140 ancianos, se obtuvo una edad media de 93,69 años (DE: 3,15); 109 (77,8%) eran mujeres; 38 (27%) estaban institucionalizados. El IB medio al final del periodo era 56,94(30,3); la media Índice Charlson de 0,97 (1,38); MNA medio 11,49(2,10). La Escala de Braden media fue 15,75 (2,27) La prevalencia inicial de UPP era 8%, al final del 4% (2,8% en mujeres y 9,7% en hombres) y la tasa bruta de incidencia 3,5/100 hab > 89 años/año.

Conclusiones. La prevalencia inicial de UPP obtenida en > 89 años descendió en más de un 50 %. Estrategias e intervenciones desde todos los niveles asistenciales son útiles para la prevención.

P287 PACIENTES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA, ¿CUAL ES SU ESTADO NUTRICIONAL?

M. Garcia Vaqué, N. Allende Montané, M. Boira Costa, M. Ferré Ferraté, P. Escoda Fuentes y T. Sangrá Rodes

ABS Flix. Flix. Cataluña.
Correo electrónico: miboira@yahoo.es

Objetivos. Determinar estado nutricional personas > 65 años incluidas programa atención domiciliaria (ATDOM); evaluar impacto intervención nutrición.

Tipo de estudio. Estudio prospectivo intervención antes-después.

Ámbito del estudio. Área básica rural, 9.217 usuarios

Sujetos. Mayores 65 años incluidos ATDOM que cumplan un criterio inclusión (dificultad desplazamiento, encamado, ATDOM transitorio).

Grupos diana ATDOM: patología crónica, terminal, demencias, dificultad desplazamiento, ATDOM transitoria.

Variables. Edad, sexo, Índice masa corporal (IMC), grupos diana, valoración nutricional Mini Nutricional Assessment (MNA) antes-después in-

tervención. Intervención nutricional 6 meses (repartimos hoja informativa consejos nutricionales, visita educativa, revisiones mensuales cuidadores/paciente). Analizamos chi-cuadrado y t-Student.

Resultados. n = 159, edad media 83,1 a, 71,1% mujeres, mediana IMC: 27,7 Kg/m². Estado nutricional normal: 59,9%, riesgo malnutrición: 31,6%, malnutrición: 8,9%. Demencia: riesgo malnutrición 61,1% o malnutrición 33,3%, terminales 100% riesgo malnutrición. Postintervención: n = 133 (26 excluidos), estado nutricional normal antes-después 65,2%-68,4%, riesgo 28%-24,8%, malnutrición 6,8%-6,8%. Resultados MNA antes-después intervención no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones. Perfil paciente ATDOM mujer 83 años con patología crónica. Más de la mitad sujetos ATDOM presentan estado nutricional normal. Totalidad terminales presentan riesgo malnutrición. Personas con demencia presentan % alto, riesgo malnutrición y malnutrición. Post-intervención hay mejoría estado nutricional pacientes con riesgo; malnutrición no mejoran. Motivo exclusión: muerte. Existe correlación entre IMC- MNA.

P288 PERFIL DE LOS PACIENTES DOMICILIARIOS EN TRES ZONAS BÁSICAS DE SALUD

F.J. Bartolomé Resano, R. Bartolomé Resano, C. Larrión Echarri, M. Bartolomé Resano y A. Auzmendi Unanue

CS Alsasua, CS Segundo Ensanche, CS Peralta. Pamplona. Navarra.
Correo electrónico: rbartolomer@telefonica.net

Objetivos. Conocer y comparar el perfil de los pacientes de atención domiciliaria (AD) de 3 zonas básicas de salud (ZBS)

Tipo de estudio. Observacional descriptivo

Ámbito del estudio. 3 cupos de 3 centros de salud de zonas distintas (urbano, semi-urbano y rural).

Sujetos. Todos los pacientes incluidos en el programa de AD (n = 50, 23, 15 y 12 en cada centro; 76% mujeres y 24% hombres).

Mediciones e intervenciones. Recogida de datos de patologías, convivencia y tipo de cuidador principal y secundario.

Resultados. Patología causante de AD: neurológica (36%), barreras arquitectónicas (26%), osteomuscular (22%). Cuidador principal: familiar (72%), contratado (12%), servicios sociales (10%). Cuidador secundario: no tiene (50%), familiar (28%), contratado (16%). Convivencia: familiar (62%), matrimonio (18%), solos (12%), cuidador (8%). Cuidadores por centro (urbano / semi-urbano / rural): familiar (83% / 47% / 83%); contratados (13% / 20% / 0%); servicios sociales (4% / 13% / 17%); no tienen (0% / 20% / 0%). Diferencias significativas en los cuidadores según centro ($\chi^2 = 14,39$, $p < 0,025$). Convivencia: no hay diferencias significativas.

Conclusiones.

-Además de las patologías orgánicas hay una elevada prevalencia de barreras arquitectónicas (escaleras, no ascensor, distancia...).

-En el centro rural no hay cuidadores contratados, en el semi-urbano hay menos cuidadores familiares y en el urbano no hay apenas cuidador secundario de apoyo, a pesar de ser similares en cuanto a convivencia.

-Los servicios sociales tienen más labor en la zona rural y semi-urbana, por lo que deberían aumentarse los recursos en dichas zonas.

-Los que viven solos en general no tienen cuidadores principales por lo que deben considerarse población de más alto riesgo.

P289 PRESENTAN SOBRECARGA LOS CUIDADORES DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

M. Boira Costa, P. Escoda Fuentes, T. Aviñó Llopis, T. Sangrà Rodes, M. García Vaqué y M. Ferré Ferraté

ABS Flix. Flix. Cataluña.
Correo electrónico: miboira@yahoo.es

Objetivos. Conocer perfil paciente en atención domiciliaria (ATDOM) y del cuidador así como grado de sobrecarga de este.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal,

Ámbito del estudio. Área Básica Salud Rural que atiende 9217 usuarios

Sujetos. Pacientes y cuidadores incluidos ATDOM

Variables: Datos sociodemográficos paciente y cuidador, motivo y tiempo inclusión ATDOM, Test Barthel, meses como cuidador, nº pacientes a cuidar, Test Zarit tres ítems: no sobrecarga(NS), sobrecarga ligera(SL),

sobrecarga intensa(SI), antecedentes patológicos cuidadores(APC), ayudas al cuidador.

Resultados. 71 pacientes, 81,7% (58) > 80 años, 73,2% (52) mujeres, 66,2% (47) viudas, 49,3% (35) dificultad desplazamiento, 59,2% (42) ATDOM < 50 meses, Barthel: 53,5% (38) dependencia leve, total 18,3% (13). 71 cuidadores, 78,9% (56) < 65 años, 83,1% (59) mujeres, 87,3% (62) casadas, 54,9% (39) amas de casa; 39,4% (28) entre 51-100 meses como cuidador, 85,9% (61) familiar directo; 81,7% (58) cuidan un paciente, Resultados zarit 46,5% (33) NS,28,2% (20) SI; 32,4% (23) APC osteoarticular, 76,1% (54) reciben ayuda familiar.

Existe relación significativa con sobrecarga emocional: a) meses ATDOM: NS 57,7% (24) en < 50 meses, SL 42,3% (11) 51-100 meses y SI 66,5% (2) 101-150 meses, $p < 0,03$, b) meses como cuidador: < 50 meses NS 62,9% (17), 51-100 meses SL 35,7% (10), 101-150 meses SI 64,2% (9) con $p < 0,01$, c) nº pacientes a cuidar: 1 paciente NS 51,7% (30), SL 29,3% (17); > 1 paciente SI 69,2% (9) con $p < 0,001$.

El test de Barthel muestra tendencia respecto grado sobrecarga, a más dependencia paciente más grado sobrecarga.

Conclusiones. Perfil paciente, mujer viuda > 80años, dificultad desplazamiento y enfermedad crónica, duración ATDOM < 50 meses, dependencia leve Barthel. Perfil cuidador, mujer casada < 65 años, ama de casa, familiar directo, APC osteoarticular, tiempo de cuidadora 51-100 meses de un paciente, NS. Solo 28,2% cuidadores tienen SI. Probablemente programa ATDOM es útil. La sobrecarga aumenta a mayor tiempo ATDOM y mayor número de pacientes a cuidar.

P290 DIFICULTADES PARA EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS MAYORES

G. García Bernal, F. Cristóbal Andreu, N. Raissouni, A. Gómez Quintero, L. Montes Gordo y C. Aguilar Martín

ABS Tortosa Est. SAP Terres de l'Ebre. Tortosa. Cataluña.
Correo electrónico: caguilar.tarte.ics@gencat.net

Objetivos. Valorar grado de cumplimiento farmacológico de los pacientes mayores de 70 años de nuestra ABS.

Tipo de estudio. Estudio cualitativo y transversal.

Ámbito del estudio. Atención primaria.

Población. Mayores de 70 años visitados en los 6 meses previos, seleccionados aleatoriamente. Exclusión: pacientes institucionalizados, déficits mentales.

Mediciones e intervenciones. Se recogen a domicilio datos personales, patología crónica y asociada; grado de cumplimentación (test de batalla y Haynes-Sackett) y se contrasta en domicilio la medicación de la historia clínica (HC) y la que realmente toma. Se valora el conocimiento de su medicación, el uso de la tarjeta de medicación crónica (TMC) y cómo se organiza la medicación.

Resultados. N = 92. Edad 77,8 años, 40,25 son hombres. Viven solos 25,3%. El 16,3% son analfabetos, 51,1% estudios primarios incompletos. El 45,7% presentan déficits visuales, el 22,8% auditivos, el 7,6% motores. El 41,3% presentan 3 o más enfermedades crónicas. El 22,8% toman más de 6 fármacos. El médico de familia explica la medicación el 95,7%; la explicación es de palabra 45,7%. El 59,8% sabe la utilidad de todos sus fármacos. El 88% tienen la medicación bien organizada. El 50% reconoce la medicación por la caja y el 47,8% por el nombre. El 98% no refiere dificultades para tomar la medicación; pero el 59,8% sabe la utilidad de toda su medicación y según el test de batalla sólo el 13,3% es totalmente cumplidor/ conoecedor.

Conclusiones. Detectamos un grado de cumplimentación de la medicación limitado por lo que sería necesario establecer mecanismos de ayuda a este tipo de población.

P291 CONSUMO DE ABSORBENTES DE INCONTINENCIA, ¿LO CONTROLAMOS O

S. Aldea Gómez, C. Alós Manrique, L. Gallego Álvarez, A.I. Jiménez Lozano, C. Rodríguez Riera y M.T. Soro Daza

CAP Guineueta. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 34536ajl@comb.es

Objetivos. Conocer la población > 15 años de nuestro centro consumidora de absorbentes de incontinencia, el registro del diagnóstico de incontinencia en la historia clínica y el consumo de absorbentes durante el

año 2004, para identificar los posibles puntos de mejora y planificar una intervención.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal

Ámbito del estudio. Centro de Atención Primaria urbano

Sujetos. Pacientes con prescripción continuada de absorbentes en el 2004 (n = 288)

Mediciones e intervenciones. Se obtiene la muestra a partir del registro de validación de recetas del centro. Las variables evaluadas se recogen de la historia clínica.

Resultados. Se evaluaron 288 usuarios (76,3% mujeres), con edad media de 77 años. El 44,8% presentaban enfermedades neurodegenerativas, el 62,5% deambulaban limitada, el 46,5% estaban en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) y el 6,9% institucionalizados. Consta el diagnóstico de incontinencia en el 52% y sólo en el 20% de éstos consta el tipo. La incontinencia total está registrada en el 36% de los pacientes con dependencia total-severa (evaluado según la escala de Barthel). Los pacientes derivados a urología (18%) tienen más analíticas (p = 0,002), ecografías genitourinarias (p < 0,001), tratamiento farmacológico (p < 0,001) y registro de incontinencia (p < 0,001). No hay diferencias significativas entre los derivados a neurología (9,7%) ó ginecología (3,5%) y los no derivados. El número de recetas de absorbentes/paciente/mes es de 0,94. Los pacientes incluidos en ATDOM e institucionalizados tienen mayor consumo (p = 0,002 y p = 0,006 respectivamente), independientemente del grado de dependencia.

Conclusiones. Importante infraregistro e infradiagnóstico de incontinencia en consumidores de pañales. Escasa intervención terapéutica en los diagnosticados. Mayor consumo entre los pacientes domiciliarios e institucionalizados.

P292 CAUSAS DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

R. Albiol Lluís, M. Abella Porta, O. Arán Arán, A. Ribé Miró, C. García Falcón y E. Dalmau Cartañá

ABS Montblanc. Montblanc. Cataluña.

Correo electrónico: ralmotgn@hotmail.com

Objetivos. Averiguar si existe relación entre el grado de sobrecarga del cuidador principal con la capacidad del paciente para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y el deterioro cognitivo en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria (ATDOM).

Tipo de estudio. Descriptivo.

Ámbito del estudio. Área básica de salud rural.

Sujetos. Todos los cuidadores principales (CP) y pacientes ATDOM, (n = 85).

Mediciones e intervenciones. Mayo 2005. En todos los casos de ATDOM valoramos la sobrecarga del CP mediante la Escala de Zarit, el grado de dependencia de los pacientes para la realización de las actividades básicas de la vida diaria utilizando el Índice de Barthel y la existencia de deterioro cognitivo en los pacientes mediante el Test mental de Pfeiffer. Se establece relación entre Zarit, Barthel y Pfeiffer.

Resultados. Escala de Zarit: 42,3% sobrecarga leve; 18,8% sobrecarga media; 38,8% intensa. Índice de Barthel: 2,3% independientes; 7% deterioro leve; 25,8% moderado; 42,3% severo; 22,3% incapacidad física total. Test mental de Pfeiffer: 33,7% intelectual normal; 22,9% deterioro leve; 18% moderado; 25,3% deterioro cognitivo importante. Entre los CP con sobrecarga intensa, 63,6% de los pacientes presentan deterioro funcional total o severo (Barthel), y el 45,4% con deterioro cognitivo moderado o importante (Pfeiffer). Si Zarit sobrecarga intensa, Barthel y Pfeiffer con máxima afectación del paciente (mayor deterioro físico y cognitivo) coinciden el 33%.

Conclusiones. Se relaciona directamente una sobrecarga intensa del CP con un alto grado de dependencia física del paciente y no con el deterioro cognitivo severo.

P293 EL CUIDADOR: PIEZA CLAVE DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

R. Albiol Lluís, M. Abella Porta, A. Ribé Miró, O. Arán Arán, C. García Falcón y E. Dalmau Cartañá

ABS Montblanc. Montblanc. Cataluña.

Correo electrónico: ralmotgn@hotmail.com

Objetivos. Averiguar el perfil y el grado de sobrecarga del cuidador principal (CP) de los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) de un Área Básica de Salud (ABS) rural.

Tipo de estudio. Observacional transversal.

Ámbito del estudio. ABS rural.

Sujetos. Los cuidadores principales incluidos en el programa ATDOM, (n = 85).

Mediciones e intervenciones. Durante el mes de mayo del 2005, se reclutó los CP de los pacientes incluidos en el programa ATDOM, después del consentimiento informado se realizó un cuestionario para valorar el perfil y el grado de sobrecarga del cuidador mediante la Escala de Zarit o Caregiver Burden Interview. Éste nos permite clasificar la sobrecarga del CP en: leve < 47 puntos; media 47-56 puntos e intensa > 56 puntos.

Resultados. La edad media de los CP: 60,5 años, (DT = 13,2). 84,7% mujeres. 64% casados, 11% viudos, 8% solteros. El parentesco del CP era: 47% el hijo; 22,3% el conyuge; 16,4% nuera/yerno; 5,8% hermano. 80% tienen estudios primarios. Sólo 28,2% trabaja fuera de casa. El 68,2% lleva más de 3 años de CP. El 80% no tiene ayuda de ningún cuidador profesional. El 70% tienen la percepción de sobrecarga media. En la Escala de Zarit: el 42,3% de los CP resulta con sobrecarga leve; 18,8% sobrecarga media y sobrecarga intensa el 38,8%.

Conclusiones. Más de la mitad de los CP presentan un grado de sobrecarga media o intensa. El programa ATDOM en Atención Primaria debe aportar los consejos y recursos necesarios para disminuir la sobrecarga de los CP. En definitiva, cuidar al cuidador.

P294 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA ENTRE NIVELES EN UNA ESTRATEGIA DE CALIDAD TOTAL

A. Tantiña Puig, A. Iruela López, A. Ballarín Castany, R. Vilatimo Pujal, C. Álvarez Sánchez y M.A. Moleiro Oliva

ABS Centelles. Centelles. Cataluña.

Correo electrónico: airuelal@meditex.es

Objetivos. Conocer el perfil de mortalidad en una ABS (Área Básica de Salud) semirural de 9831 habitantes. Analizar con nuestro Hospital los Exitus Secundarios a Problemas Hospitalarios (ESPH) y Secundarios a Problemas de Atención Primaria (ESPAP).

Descripción. La comisión de mortalidad del ABS revisa y analiza las hojas informatizadas de recogida de datos de los exitus desde julio 2004 a abril 2005. Se analizan y discuten todos y se presentan los domiciliarios. Se registran 78 exitus, con una media de edad de 79,5 años siendo el 56,41% mujeres. La muerte tiene lugar en domicilio en un 35,90% de los casos (28 pacientes), en el 50% constaba expresamente la definición de enfermo terminal y en todos se pudo objetivar una calidad de muerte correcta. Se detectan problemas de registro en el 39,74% de los casos y se ha registrado un ESPAP por incidente nocivo (1,28% de los casos) correspondiente a una broncoaspiración.

Conclusiones. La colaboración entre el Hospital de referencia y el ABS permite aumentar la relación entre niveles. Esta metodología facilita detectar los errores asistenciales de forma sistemática y ha permitido realizar acciones de mejora organizativas, en nuestro caso, el diseño de un protocolo dentro de la historia clínica informatizada que facilite a los médicos sistematizar el registro del exitus, la elaboración de una hoja informativa para familiares y cuidadores de pacientes con riesgo de broncoaspiración y potenciar la definición de situación terminal por parte del equipo asistencial dada la mayor calidad de muerte que este hecho comporta.

P295 INFLUENCIA DE EDAD Y SEXO EN LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE TERMINAL

G.J. Díaz Grávalos, G. Palmeiro Fernández, L.A. Vázquez Fernández, M. Arandía García, M.C. Salgado Gómez y M. González Da Costa

CS Cea, CS Coles, CS Vilamarín. Cea. Galicia.

Correo electrónico: gabriel.diaz.gravalos@sergas.es

Objetivos. Determinar cómo influyen edad y sexo en la información que poseen los pacientes en situación terminal.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal

Ámbito del estudio. Siete consultas rurales de atención primaria

Sujetos. La totalidad de los fallecidos entre 2000 y 2004 atendidos en dichas consultas y considerados pacientes terminales por sus médicos.

Mediciones e intervenciones. Por cada facultativo participante se analizaron las historias clínicas de sus pacientes fallecidos que en su momento fue-

ron considerados terminales. Se determinó: sexo, edad al fallecimiento, causa y lugar de la muerte y conocimiento por parte del paciente de su situación médica.

Resultados. Se estudiaron 85 casos, de los que 47 (55,3%) eran varones. La edad media (DE) era de 80,2 (12,1) años, 78,0 (11,8) en los varones y 82,8 (12,0) en las mujeres. Las tres principales causas de muerte fueron: cardiovascular (33%), neoplásica (20,5%) y demencia (7,6%). Un 77,4% (65) de las muertes se produjo en el domicilio, siendo más frecuente en los varones la muerte en el hospital ($p = 0,03$). Tenían un conocimiento veraz de su situación médica 34 casos (40,0%), sin diferencias significativas en función del sexo, aunque esta información era más frecuente entre los pacientes más jóvenes (IC95% de la diferencia de edades: 15,1-5,1; $p = 0,005$).

Conclusiones. No existen diferencias en función del sexo en la información que sobre su situación clínica poseen los pacientes terminales, aunque esta información es más frecuente cuando el paciente es más joven.

P296 DÍA SIN HUMO. TERCER AÑO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA DESDE UN CENTRO DE SALUD

P. García Lolo, M.A. Pifarré, Y. Bermejo, M.A. Magrazo, M. Estevez y R. Cabello

ABS Llefia-Badalona 6. Badalona. Cataluña.
Correo electrónico: pegarlo@scmfic.org

Objetivos. Seguir sensibilizando a profesionales sanitarios y usuarios/as de nuestro centro para fomentar y aumentar los espacios libres de humo.

Descripción. Diseño de la actividad: Durante todo el día 24 de Mayo, coincidiendo con la "Semana Sin Humo" a nivel nacional, se realizaron diversas actividades para sensibilizar, informar y motivar a nuestra población a crear un "entorno libre sin humo". Todas las actividades fueron realizadas por personal sanitario de nuestro centro.

Actividades desarrolladas: 1. Mesa informativa con consejos para dejar de fumar y motivación activa con medición de monóxido de carbono espirado. 2. Murales con el lema de la campaña de la "Semana sin humo" para decorar todo el centro. 3. Talleres abiertos a usuarios y profesionales: "Técnicas de relajación para quienes intentan dejar de fumar" y "Como dejar de fumar sin engordar". 4. Sesión casos clínicos interactivos sobre intervención en tabaquismo desde atención primaria para profesionales de salud.

Resultados. En la mesa informativa se realizó sensibilización y motivación a 250 usuarios. En los talleres participaron 22 usuarios/as, siendo el nivel de satisfacción con los talleres muy alta y apreciándose un incremento en el nivel de motivación para dejar de fumar en los/las participantes.

Conclusiones. La población valora como positiva la iniciativa de realizar intervenciones para sensibilizar hacia un "entorno sin humo". Los fumadores/as pueden mejorar su nivel de motivación para el cambio con talleres grupales. Intervenciones sensibilizadoras, como la realizada, aumentan el número de demandas al equipo de atención primaria de soporte para dejar de fumar por parte de los usuarios del centro.

P297 SON ÚTILES LOS PROGRAMAS DE NATACIÓN EN COLABORACIÓN CON ATENCIÓN 1ª

J. Martínez Blanco, C.E. Callejón Cuadra, A. Ramírez Ceballos, M.A. Domínguez Santaella, M.J. Fernández Jiménez y F.J. Fernández Jiménez
Centro Salud Las Lagunas. Piscina Cubierta Patronato Deportes Mijas. Mijas. Andalucía.
Correo electrónico: j_martinez_blanco@hotmail.com

Objetivos. Estudio que describe una experiencia real que pretende favorecer la práctica de actividad físico-deportiva en aquellos pacientes que se puedan beneficiar de la hidroterapia continua gracias a la mejora en el acceso a estas instalaciones en cuanto al incremento de las mismas, mejores condiciones económicas, etc

Descripción. Durante los últimos 6 años han sido captados un total de 425 pacientes, en piscina cubierta de 25 metros, mediante ejercicios aeróbicos, distribuidos en 2 programas del Patronato de Deportes: Programa Salud en horario matinal, de 55 minutos duración, con abordaje de todo tipo de patologías (incluidas cardíacas), sólo natación; y, Escuela de Espalda en horario tarde, con 2 fases diferenciadas de 30 minutos trabajo en gimnasio y 30 minutos en piscina, bajo control de fisioterapeuta. Previo a la actividad se les sometía a una anamnesis, exploración física y ekg. Proce-

dentos en su mayoría de Atención 1ª, suelen ser mujeres en el 78,8% aunque cada vez se aprecia más la incorporación de hombres, con una edad media de 44 años, un IMC 29,3, con problemas de columna tipo cervico-lumbalgias en el 64,5%, la mayoría sin diagnóstico concreto, que permanecían fieles al programa en el 40,3%, el abandono de medicación antiinflamatoria habitual se situó en el 60,2%

Conclusiones. Es fundamental aumentar la colaboración entre entidades públicas con costes ajustados y derivar aquellas patologías (la mayoría) que se beneficien de la hidroterapia mediante trabajo aeróbico, fundamentalmente de tipo osteomuscular y de columna. Lógicamente con supervisión médica e incorporar otras patologías hasta ahora no incluidas

P298 UNIDADES DE TRATAMIENTO Y AYUDA AL FUMADOR. DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DE IMPLANTACIÓN NACIONAL DESDE UNA MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

M.J. Tenas López, A. Ramiro Pérez, C. Catalina Romero y O. Fernández Rancaño

Ibermutuamur. Murcia. Murcia.
Correo electrónico: mariajosetenas@ibermutuamur.es

Objetivos. Describir la creación de una unidad de tratamiento del tabaquismo en una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Descripción. Nacidas en el año 2003, como una iniciativa con un carácter interno orientada a facilitar la adaptación de nuestra entidad a la normativa actual en materia de consumo de tabaco en el puesto de trabajo, las Unidades de Tratamiento y Ayuda al Fumador (UTAF), surgieron inicialmente como un equipo de tratamiento para aquellos trabajadores de la mutua que deseaban recibir ayuda especializada para dejar de fumar. Actualmente, tras un rápido desarrollo sin precedentes en el sector, las UTAF de la mutua, se consolidan como un amplio grupo de profesionales especializados en el abordaje clínico y en la gestión de programas para el tratamiento del tabaquismo. Los profesionales de estas unidades diseñan programas para la creación de empresas libres de humos, e imparten sesiones informativas en las empresas afiliadas a nuestra entidad. Las UTAF ofrecen un tratamiento multicomponente y grupal (psicoeducativo y farmacológico), en el contexto de la propia empresa. Actualmente esta mutua cuenta con 56 unidades en todo el territorio nacional, tuteladas en su mayor parte por médicos de familia formados en tabaquismo. Más de 852 trabajadores de 50 empresas distintas, han recibido ya tratamiento especializado para dejar de fumar mediante esta iniciativa, con un índice de eficacia del tratamiento cercano al 40%.

Conclusiones. Nuestra experiencia ilustra como las mutuas de accidentes de trabajo pueden constituir una plataforma idónea para el tratamiento del tabaquismo desde la Medicina de Familia y Comunitaria

P299 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, DOCTOR?

M.S. Gómez Álvarez, J.M. Angulo Pajuelo, R. Ruz Muriel, C. Ballesteros Guerrero, J. Jiménez López y E. Merino del Amo
Centro de Salud de Doña Mencía. Doña Mencía. Andalucía.
Correo electrónico: marisalgoala@yahoo.es

Objetivos. El control de los factores de riesgo cardiovascular constituye el gran caballo de batalla en Atención Primaria. Casi un 20% de pacientes diagnosticados de DM tipo 2 o hipertensión siguen tratamiento no farmacológico con nulos resultados. Dejar de fumar, reducir peso, caminar a diario y seguir dieta libre de grasa o azúcares son los objetivos en prevención secundaria en estos pacientes, pero la implicación de éstos en su enfermedad es muy baja, constituyendo un verdadero reto para el Médico de Familia. El objetivo de nuestra experiencia fue poner de manifiesto que la no implicación de los pacientes en su enfermedad se debe en parte a la falta de información sobre la misma.

Descripción. Para llevar a cabo esta experiencia, seleccionamos un grupo de pacientes mayores de 65 años con el diagnóstico de hipertensión y se realizó con cada uno de ellos y sus familiares una entrevista de quince minutos de duración explicándoles detenidamente la importancia de un cambio en el estilo de vida, cómo llevarlo a cabo y los posibles beneficios que podrían obtener del correcto control de los factores de riesgo.

Conclusiones. La atención personalizada, y la impartición de información sobre su enfermedad al paciente de forma detallada, cordial y participati-

va, es indispensable para que el paciente se involucre en su enfermedad, consiguiéndose con ello un mejor control de los factores de riesgo cardiovascular y reducción del tratamiento farmacológico.

P300 ABAJO EL TABACO: RESULTADOS DE UNA EXPERIENCIA FORMATIVA GRATIFICANTE

A. Velasco Soria, U. Barcelo Barcelo, M. Guillen Pérez, I. Vicente López y A.M. Ballesteros Pérez

CS Alguazas, CS Beniel, CS Bº del Carmen, CS Los Dolores. Murcia - Cartagena. Murcia.
Correo electrónico: anamballesteros@hotmail.com

Objetivos. 1. Motivar al médico en la importancia del abordaje del paciente fumador desde Atención Primaria (AP); 2. Aumentar sus habilidades en el manejo de dicho paciente; 3. Analizar las expectativas del alumno; 4.- Valorar la aplicabilidad del contenido del curso.

Descripción. Se realizaron 3 cursos presenciales en la Comunidad Autónoma, dirigida a médicos de AP. Incluía una parte teórica y taller sobre casos clínicos, con un total de 10 horas y 20 plazas/curso, impartido por 4 médicos de AP, con formación previa en tabaquismo. La evaluación se realizó mediante 4 preguntas cerradas con 5 opciones de respuesta sobre aspectos epidemiológicos, diagnóstico, tratamiento e intervención en tabaquismo y 2 abiertas para conocer aspectos a mejorar.

Resultados: Total de participantes, 40. La evaluación fue realizada por el 77,5%, que indican que su motivación sobre el tema ha mejorado (45,2% muy alta). Para el 100% han aumentado sus conocimientos sobre el tema, así como la posibilidad de aplicarlos en su consulta diaria. Destacan como materias a mejorar: tratamiento en la consulta diaria, más práctica clínica y formas de apoyo/motivación psicológica para el paciente. La valoración de la capacidad docente del profesorado ha sido muy buena.

Conclusiones. 1. Mejora de conocimientos en el abordaje integrado de la deshabituación del paciente. 2. Aumento de la motivación del médico. 3. Los asistentes reseñan como aspecto a mejorar la formación en entrevista motivacional. 4. Valoran como positivo la aplicabilidad global del curso en la consulta diaria.

P301 VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE ANCIANO

Y. Suárez López, P. Templado Trujillo, L. Fernández Martín y N. García Fernández

C.S. Can Misses, C.S. Es Viver, Hospital Can Misses. Ibiza. Illes Balears.
Correo electrónico: palotemplado@yahoo.es

General. Mejorar el estado de salud y calidad de vida de las personas de 75 años o más edad.

Específicos. 1) Aumentar el número de ancianos con estilos de vida saludables, que mejoren su estado de salud, su autonomía y bienestar. 2) Reducir las situaciones que aumentan el riesgo, complicaciones y secuelas de las enfermedades del anciano. 3) Disminuir la incidencia de accidentes y caídas. 4) Reducir la incidencia de enfermedades vacunables. 5) Detección precoz del riesgo de incapacidad y dependencia. 6) Disminuir el riesgo de hospitalizaciones y de reingresos innecesarios. 7) Favorecer el consumo racional del medicamento. 8) Garantizar la continuidad de los cuidados a las personas mayores en función de sus características (sanas, enfermas o de alto riesgo). 9) Contribuir a mejorar la coordinación entre niveles asistenciales y la integración de los servicios sanitarios y sociales.

Captación. Personas de 75 años o más.

Valoración inicial. Detectar el nivel de riesgo, valorando: Anamnesis; Exploración física; Cuestionario de Barber.

Valoración integral. Estudio de los problemas de índole médica, psíquica y social así como sus capacidades funcionales con el propósito de conservar su independencia y funcionalidad.

Plan de actuación. Terapéutica; Intervención social; Cuidados de enfermería.

Conclusiones. La puesta en marcha de un programa específico de atención al anciano en el ámbito de la atención primaria es uno de los instrumentos eficientes que pueden contribuir a satisfacer los problemas de salud de las personas de 75 o más años de edad, aprovechando los recursos existentes.

P302 DIFERENCIAS DE GÉNERO EN UNA MUESTRA DE PERSONAS QUE INICIAN TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

M.J. Tenas López, O. Fernandez Rancaño y C. Catalina Romero

Ibermutuamur. Murcia. Murcia.

Correo electrónico: mariajosetenas@ibermutuamur.es

Objetivos. Analizar las diferencias de género en variables sociodemográficas y de la historia de consumo, entre personas que inician un tratamiento para abandonar el consumo de tabaco

Tipo de estudio. Descriptivo prospectivo.

Ámbito del estudio. Nacional.

Sujetos. 216 hombres y 217 mujeres, en una muestra de fumadores que iniciaron tratamiento especializado para dejar de fumar en una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad social (n = 433).

Mediciones e intervenciones. Mediante el paquete estadístico SPSS 11.0, se compararon diversas variables de la Historia Clínica

Resultados. No se encontraron diferencias significativas en nivel de estudios, edad de inicio del consumo, número de intentos previos de abandono. Las mujeres de la muestra eran más jóvenes cuando iniciaron el tratamiento ($t = -3.59$; $gl = 431$; $p = .001$), y fumaban menos ($X^2 = 16.39$; $gl = 8$; $p = .037$). Entre los hombres que iniciaron tratamiento para dejar de fumar estaban sobrerrepresentados los casados ($X^2 = 25.67$; $gl = 10$; $p = .004$), con hijos menores de 5 años ($X^2 = 12.31$; $gl = 4$; $p = .015$). Respecto a los motivos para abandonar el tabaco, entre los hombres es menos frecuente intentarlo con el fin de mejorar la propia salud ($X^2 = 8.91$; $gl = 2$; $p = .012$).

Conclusiones. Nuestros datos sugieren que existen características sociodemográficas y clínicas distintivas asociadas al género, entre las personas que buscan ayuda profesional para dejar de fumar. Las mujeres buscan tratamiento con un nivel de consumo menor, y antes que los hombres. Los hombres presentan un perfil también característico. Tienden a estar casados, han sido padres más recientemente, fuman más y presentan una menor preocupación por la propia salud, como motivo para abandonar el tabaco. Estas diferencias podrían tener implicaciones respecto del pronóstico del tratamiento.

P303 VALIDEZ DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA EVALUACIÓN DE COBERTURA Y NORMAS TÉCNICAS DEL PAPPS

A. Escribano Hernández, A. Martín Ruano, P. Moreno González, J.P. Benítez Ortiz y P.A. Vicente García

Gerencia de Atención Primaria De Salamanca. Salamanca. Castilla y León
aescribano@gapsa06.sacyl.es

Objetivos. Actualmente se está llevando a cabo la informatización de multitud de los procesos que se desarrollan diariamente en los Equipos de Atención Primaria (EAPs). Entre ellos está el de la evaluación de la Cartera de Servicios, que tanto los EAPs como la administración requieren que sea válida. Sin embargo se han planteado dudas sobre la validez del proceso de evaluación que realiza el programa informático (PI), lo que nos llevó a realizar un estudio para conocerla.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo.

Ámbito del estudio. Gerencia de AP.

Sujetos. 300 historias de los EAPs informatizados.

Mediciones e intervenciones. En dichas historias se evaluó por el PI y externamente el cumplimiento de cobertura del PAPPS y en las que sí cumplían se evaluaron igualmente sus 20 normas técnicas (NT). Se analizó la sensibilidad y la especificidad del PI como herramienta de evaluación de la cobertura del PAPPS y de cada NT. Y se midió su poder predictivo (con su intervalo de confianza al 95%) para evaluar cobertura y NT mediante curvas ROC.

Resultados. La sensibilidad y especificidad del PI para evaluar cobertura fueron del 92,6% y 97,8% respectivamente, y para las NT oscilaron del 75% al 100%. El poder predictivo para evaluar la cobertura era del 92,2-98,2%. Y para las NT oscilaba del 61.9% al 100%.

Conclusiones. El PI que utilizamos es un programa válido para evaluar la cobertura y NT del PAPPS. Las dudas que suscita su evaluación pueden provenir más del formato de los informes que se obtienen del PI, que están poco adaptados a los profesionales sanitarios.

P304 DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA: OTRO PUNTO DE VISTA

C. Herrero Alonso, E. Cámara Abón, Y. Pascual Arrazola, P. Cambra Fierro, R. Morales Chamorro y J. Florian Gerico

Hospital de Barbastro. Barbastro. Aragón.
Correo electrónico: dracecilia@eresmas.com

Objetivos. Conocer el impacto que ha supuesto el programa de detección precoz en carcinoma de mama en la estadificación de las pacientes.

Tipo de estudio. Estudio retrospectivo.

Ámbito del estudio. Atención Especializada.

Sujetos. Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en nuestro Sector Sanitario antes y después de la instauración del programa de detección precoz de cáncer de mama.

Mediciones e intervenciones. Se han revisado 245 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, 102 antes de la instauración del programa de detección precoz y 143 posteriormente. Se ha valorado: edad al diagnóstico, tamaño tumoral en centímetros, clasificación TNM, grado de diferenciación, receptores hormonales, tipo de cirugía y estado actual de las pacientes.

Resultados. El programa de detección precoz en carcinoma de mama ha permitido diagnosticar un mayor número de pacientes con carcinoma in situ y T1 (menores de 2 centímetros) (3,9% y 35,3% en pre-Screening frente a 10,5% y 52,4% en post-Screening, con $p = 0,000$). Así mismo, ha disminuido la afectación ganglionar (53,8% en pre-Screening frente a 39% en post-Screening, con $p = 0,031$). Los cambios en el tamaño tumoral y la afectación ganglionar han favorecido un aumento de las pacientes estadio I (24,5% en pre-Screening frente a 40,6% en post-Screening, con $p = 0,000$) y un aumento en el número de cirugías conservadoras (22,5% en pre-Screening frente a 51% en post-Screening, con $p = 0,000$).

Conclusiones. La instauración del programa de detección precoz del carcinoma de mama en nuestro Sector Sanitario ha demostrado capacidad para modificar las características clínicas de las pacientes al diagnóstico, y por lo tanto, cambiar la historia natural de la enfermedad.

P305 EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN INTENSIVA DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA

R. Andreu Alcover, C. Bayona Faro, I. Sales Vall, M.T. Esteve Casas, A. Homs Bofarull y E. Marcos Dalmau

A.B.S. Valls Urbà. Valls. Cataluña
Correo electrónico: llpamies@tinnet.org

Objetivos. Analizar el rendimiento de una intervención intensiva de vacunación antitetánica en adultos y comparar la efectividad de la misma entre médicos y enfermeras

Tipo de estudio. Ensayo clínico no aleatorio

Ámbito del estudio. Atención primaria.

Sujetos. Pacientes adultos mal vacunados procedentes de 5 equipos asistenciales.

Mediciones e intervenciones. A todos los pacientes mal vacunados demandantes de cita previa (médico o enfermera), a días alternos durante dos semanas, se les leyó una hoja informativa sobre el tétanos y su vacuna, ofreciéndoles vacunación inmediata en la misma consulta. Recogimos variables sociodemográficas, clínicas y de tiempo empleado en la cita previa los días de intervención y los de no intervención.

Resultados. 252 sujetos mal vacunados (42,1%). Aceptaron vacunación inmediata 166, lo que significa un rendimiento global de la intervención del 66,4%. Se vacunaron 72,3% de los visitados por el médico y 56% de los visitados por enfermería ($p = 0,009$), con d.s. en cuanto la edad media (46,8 en médicos y 55,8 en enfermería) Globalmente, el tiempo medio de consulta durante los días de intervención fue de 13,26 minutos por paciente versus 10,57 los días de no intervención ($p = 0,001$), no encontrando diferencias entre el tiempo empleado por los diferentes profesionales.

Conclusiones. Más de la mitad de la población estudiada estaba bien vacunada, pero actuar sobre los que no lo están produce un alto rendimiento resultando más efectiva la actuación del médico. Incorporar esta actividad en la práctica habitual supone un aumento del tiempo que dificulta su realización.

P306 EVALUACIÓN DEL CRIBADO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD

C. Catalan Oliver, J.V. Solanas Prats, V. Palop Larrea, E. Segarra Mari, J.D. Zafrilla Martínez y E. Tarazona Gines

Dirección Asistencial Y Enfermería-Departamento 11 La Ribera. Alzira. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: ccatalan@hospital-ribera.com

Objetivos. Evaluar el cribado de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRC) en los centros de salud (CS) de un Departamento de salud.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal

Ámbito del estudio. CS de 10 zonas básicas, que atienden una población de 248.225 habitantes.

Sujetos. Historias clínicas (HC) de pacientes > 14 años. El tamaño muestral estimado es de 385 HC para cada CS. La selección de HC se realizó mediante muestreo aleatorio sistemático.

Mediciones e intervenciones. Se evaluó el cribado de HTA, hipercolesterolemia y tabaquismo en pacientes que no presentaban ninguno de estos procesos a partir de las Recomendaciones del PAPPs 2003, y la de DM tipo 2 en > 45 años con las del ADA.

Resultados. El nº de HC evaluadas fue 3922. Mujeres: 57%. Edad: 47,0+20,6 años. Se realizó cribado de hipercolesterolemia en el 42,9 % de los hombres entre 35 y 65 años, en el 50% de las mujeres entre 45 y 65 años y en el 53,3% de los mayores de 65 años; el cribado de HTA se realizó en el 17,6% del grupo de 15 a 40 años y en el 21,2% de > 40 años. El cribado de DM tipo 2 constaba en el 43,4% de las HC de > 45 años.

Conclusiones. El cribado de FRC en nuestro Departamento de Salud es deficiente en cuanto a la HTA y el tabaquismo, además el registro de éste último es muy bajo. A pesar de que el cribado poblacional de DM tipo 2 está discutido es una actividad que se desarrolla habitualmente en los CS.

P307 ADECUACIÓN DE LA FÓRMULA DE COCKCROFT-GAULT PARA EL CÁLCULO DEL FILTRADO GLOMERULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Sant Arderiu, N. Sánchez Ruano, N. Gimferrer Artigas, J. Angrill Paxeras, M. Moreno Ubiedo y V. Aragunde Miguens

EAP Casanova. Capse. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 31079esa@comb.es

Objetivos. Valorar la correlación entre la fórmula de Cockcroft-Gault para el cálculo del filtrado glomerular y el aclaramiento de creatinina determinado en orina de 24 horas, en Atención Primaria.

Tipo de estudio. Descriptivo.

Ámbito del estudio. Una Área Básica de Salud Urbana con 32.000 usuarios un 31% de ellos mayores de 65 años.

Sujetos. La muestra se seleccionó a partir de los pacientes con una o más determinaciones del aclaramiento de creatinina en orina de 24 horas el último año.

Mediciones e intervenciones. De la historia clínica informatizada se recogieron los siguientes datos para aplicar la fórmula de Cockcroft-Gault: edad, sexo, peso y creatinina plasmática. Se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS.

Resultados. Se obtuvo una muestra con 113 determinaciones del aclaramiento de creatinina, el 63% correspondientes a mujeres. Los valores del aclaramiento de creatinina calculado en orina de 24 horas oscilaron entre 11,4 y 172 mL/min/m² (media 61 ± 26DS). Los valores calculados a partir de la fórmula se situaron entre 20 y 179 mL/min/m² (media 58 ± 26DS) El coeficiente de correlación de Pearson resultó de 0,75 (correlación significativa al nivel 0,01 bilateral). No se hallaron diferencias en el grado de correlación según edad ni sexo.

Conclusiones. La fórmula de Cockcroft-Gault es una buena herramienta para calcular el filtrado glomerular en Atención Primaria. Al no necesitar la recogida de orina durante 24 horas facilita la valoración de la función renal y probablemente permite el estudio de muchos más pacientes que presenten dificultades en la recogida de la muestra.

P308 CONTROL DEL PESO EN ATENCIÓN PRIMARIA DESPUÉS DE ELABORAR UNA HERRAMIENTA DE TOMAR DECISIONES (HTD) TRAS UN AÑO DE APLICACIÓN

M.D.M. Ballester Torrens, M. Mullol Tarragona, G. Esteruelas Forcada, M. Calderer Carmona, M. Bertolin Pinalla y M. Serres Perez

Ramon Turró. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: maramagnum@terra.es

Objetivos. Evaluar el control de peso tras la adquisición de una herramienta de toma de decisiones (HTD) elaborada por nuestro equipo.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Equipo de atención primaria urbano.

Sujetos. Que hallan solicitado control de peso (CP) se les entrega HTD para tener responsabilidad individual sobre su salud y la participación en esta decisión en el período de estudio (01/05/2004-05).

Criterios de exclusión: Pacientes sin seguimiento regular (< 1 consulta/año)
Mediciones e intervenciones. Revisión de historias informatizadas por E-CAP donde constan: edad, sexo, antecedentes patológicos, antecedentes familiares, presión arterial, glucemia, glicada, perfil lipídico, peso/índice masa corporal (IMC) inicial/actual, circunferencia abdominal, % adiposidad visceral, tiempo de seguimiento, causas secundarias, tratamientos y derivación.

Resultados. 90 sujetos cumplen los criterios de inclusión, con una muestra aleatoria sistemática se obtiene 53 sujetos: 71,7% mujeres de 47,3 años. Factores de riesgo: 39,6% (26,4-54) hipertensión (HTA), 22,6% (12,3-36,2) dislipemia, 22,6% (12,3-36,2) antecedentes familiares de obesidad, 17% (8-29,8) sobrepeso, 15,1% (6,7-27,6) fumadores, 11,3% (4,2-23) diabetes mellitus (DM).

Por edades como antecedentes destaca: 14-25 años: 71,4% (29-76) familiares de obesidad, 42,9% (9,8-81,6) sobrepeso; 26-50 años: 27,3% (10,3-50,2) familiares de obesidad, 22,7% (7,8-45,4) sobrepeso y fumadoras; > 50 años: 33,3% (15,6-55,3) HTA, 16,7% (15,6-55,3) DM.

Promedio inicial de peso 86,1 (32,6IMC) un promedio de peso final de 65,25 (24,96 IMC) en un promedio 3,8 (1-8) visita/año de frecuentación, con un tratamiento inicial de dieta hipocalórica, ejercicio y fármacos según necesidades.

Causas secundarias halladas de obesidad: 22,6% (12,3-36,2) glucemia basal alterada, 9,4% (3,1-20,7) hipotiroidismo, 7,5% (2-18,2) ansiedad. Derivación: 7,5% (2-18,2)

Conclusiones. Este primer año hemos podido comprobar que los pacientes si adquieren responsabilidad individual sobre su salud y participan en esta decisión de cambio se pueden obtener resultados satisfactorios.

P309 CUAL ES LA PREVALENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EN PACIENTES CON ALGÚN FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y/O EPOC

T. Aviñó Llopis, M. Boira Costa, M. Ferré Ferraté, A. Pi Coll, P. Escoda Fuentes y M.J. Alfonso Burguenó

ABS Flix. Flix. Cataluña.
Correo electrónico: miboira@yahoo.es

Objetivos. Conocer la prevalencia de fibrilación auricular (FA) en pacientes con al menos un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) y/o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de una área básica rural, y prevalencia de tratamiento con antiagregantes/anticoagulantes orales.

Tipo de estudio. Estudio transversal descriptivo.

Ámbito del estudio. Atención Primaria: Consultorios rurales de área básica salud con 4086 habitantes.

Sujetos. Muestreo aleatorio simple pacientes con FRCV y MPOC, suficiente para prevalencia del 50%, intervalo de confianza del 95% i precisión del 5%.

Mediciones e intervenciones. Revisión de historias clínicas, registraremos el electrocardiograma realizado durante el último año y resto de variables a estudio(sexo, edad, FRCV, MPOC, alcohol, cardiopatía, uso de antiagregantes / anticoagulantes). Analizaremos los datos con el paquete informático EPI.INFO, aceptando diferencias estadísticamente significativas para una $p < 0.05$

Resultados. De los 258 sujetos estudiados, se registraron 38 pacientes diagnosticados de FA (14,7%). La edad media de la muestra: 68,68 años (48,4% mujeres y 51,6% hombres). Los resultados obtenidos: Cardiopatía (FA 68,4%- $p < 0,0001$); HTA (FA 84,2%- $p < 0,05$); DM (FA 31,6%-

$p < 0,05$); EPOC (23,7%- $p < 0,05$); DLP (FA 31,6%- $p < 0,05$); Tabaco (FA 5,3%- $p < 0,05$); Alcohol (FA 5,3%- $p < 0,05$); Uso anticoagulantes (FA 42,1%- $p < 0,0001$); Uso antiagregantes (FA 31,6%- $p < 0,0001$). Estratificación del riesgo cardiovascular (RCV) en los pacientes con FA: RCV1 (0-10): 84,2%, RCV2 (11-19): 10,5%, RCV3 ($> / = 20$): 5,3%

Conclusiones. La prevalencia de FA en los pacientes con FRCV en nuestro estudio es superior a la registrada en la población general. Un gran número de los pacientes con FA no reciben tratamiento anticoagulante ni antiagregante. La mayoría de pacientes con FA pertenecen al grupo de bajo RCV, probablemente por el mayor seguimiento.

P310 GUÍA INSTITUCIONAL DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA HIPERCOLESTEROLEMIA: ¿LA APLICAMOS DESPUÉS DE UN AÑO?

R. Ortega González, A.M. Altaba Barceló y N. Montellà Jordana

CAP Santa Perpètua / CAP El Gorg / SAP Barcelonès Nord i Maresme. Badalona. Cataluña.
Correo electrónico: raquel.ortega@campus.uab.es

Objetivos. Conocer el grado de aplicación de la guía de práctica clínica (GPC) de nuestra comunidad autónoma en la prevención primaria de enfermedad cardiovascular, después de un año de su presentación en dos equipos de atención primaria (EAP), y evaluar cambios conductuales en los profesionales.

Tipo de estudio. Estudio casi experimental entre 1/4/01 y 31/3/03.

Ámbito del estudio. Atención primaria.

Sujetos. Hombres (35-74 años) y mujeres (45-74 años) atendidos por los dos EAP. Criterios de exclusión: tratamiento hipolipemiente farmacológico previo. Antecedentes de enfermedad cardiovascular isquémica. Pacientes visitados únicamente de urgencias. Control por profesionales ajenos a los EAP.

Mediciones e intervenciones. Realizamos una prueba piloto para estimar la magnitud de las diferencias esperables. Calculamos la muestra según el método de comparación de dos proporciones ($\alpha = 0,05$; $1-\beta = 0,8$). Auditamos 146 historias. Variable principal: riesgo coronario (RC). Otras variables: demográficas, antecedentes patológicos, datos analíticos, visitas de seguimiento.

Resultados. Datos de 76 y 78 historias antes y después de presentar la guía. Resultados antes/después: Cálculo RC 5%/12%. 36%/49% hombres; 13%/11% diabéticos, 45%/31% hipertensos, 35%/20% dislipémicos; 64%/53% de cribaje de colesterol, 55%/44% con perfil lipídico; instauración de tratamiento 22%/28%, mayoritariamente dietético. Se han hecho < 10 intervenciones de seguimiento.

Conclusiones. Observamos una tendencia descendente del cribaje de colesterol (aunque todavía supera el esperable por PAPPs), un aumento del cálculo del RC y de la intervención terapéutica dietética, con instauración de menos tratamientos farmacológicos. La informatización de la consulta puede facilitar la aplicación de la guía. Destacamos el esfuerzo institucional de crear una GPC para ayudar en las decisiones y la eficiencia en la consulta, si bien creemos necesarias intervenciones educativas para mejorar su implementación.

P311 RESULTADOS DE UN PROGRAMA ESCOLAR ANTITABACO EN ADOLESCENTES: ¿ES EFECTIVA UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA EL CESE DEL TABAQUISMO?

A. Pérez Milena, M.L. Martínez Fernández, R. Pérez Milena, M.I. Mesa Gallardo, I. Jiménez Pulido y F.J. Leal Helmling

Centro de Atención Primaria de Jimena. Jaén. Andalucía.
Correo electrónico: alejandropm@vodafone.es

Objetivos. Valorar la eficacia de un programa de intervención escolar en la población adolescente para la prevención y el cese del tabaquismo.

Tipo de estudio. Estudio transversal mediante encuesta autoadministrada.

Ámbito del estudio. Instituto de Educación Secundaria de una zona urbana (clase socioeconómica media).

Sujetos. Alumnado de Educación Secundaria.

Mediciones e intervenciones. Durante el curso 2004/05 se implanta, por primera vez, un programa de formación antitabaco (Forma Joven). Se realizan dos estudios antes/después (mayo 2004 y mayo 2005), recogiendo edad, sexo, cantidad/forma de consumo, actitud para el cambio (modelo de Prochazka-DiClementi) y test de Fagerström.

Resultados. (Se exponen por orden cronológico:2004;2005) un 92% con-

testa las encuestas (386;385). Disminuye el número de no fumadores tras la intervención (76%±2,2; 66%±2,4), mientras se incrementa el consumo esporádico (9%±1,5; 17%±1,9) y de fin de semana (4%±0,9;7%±1,3) y no varía el consumo diario (11%±1,6;10%±1,6) [p < 0,001, ji2]. La edad media del fumador disminuye en seis meses (14,9 ± 0,1; 14,3 ± 0,1) [p < 0,001, ji2]. Podría aumentar el porcentaje de mujeres (53% ± 5,1;61% ± 4,2). El consumo diario de cigarrillos es menor (8,2±0,9;4,3±0,5) [p < 0,001,t Student]. Aumentan los casos con dependencia nicotínica leve (71%±2,3;78%±3,6) y disminuyen las formas severas (6%±1,2;2%±1,2)[p = 0,0505; ji2]. Según el modelo de Prochazka, disminuyen los casos en precontemplación (70%±2,3; 19%±3,6) y aumentan los de preparación (13%±1,7;64%±4,4) [p < 0,001, ji2].

Conclusiones. Pese a la intervención, se incrementa el número de adolescentes que fuman intermitentemente y se mantiene el porcentaje de consumo diario. Sin embargo, disminuye la cantidad consumida y la dependencia nicotínica, con una mejor actitud para el cambio en las dos terceras partes de los fumadores. La intervención no puede ser sólo informativa, sino que debe involucrar al adolescente fumador.

P312 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL CONTROL DE NUESTROS PACIENTES EPOC

M.P. Salinas Martín, V. Cañada Sutil, A. Echevarría, M.M. Becerra Mayor, C. Casado Castellano y G. Ocete Burgos

C.S. El Palo. Málaga. Andalucía.
Correo electrónico: vcsutil@hotmail.com

Objetivos. Evaluar las intervenciones de prevención secundaria en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), según criterios del Proceso Asistencial Integrado de EPOC.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria

Sujetos. Muestra aleatoria sistemática de 97 pacientes del total de pacientes con diagnóstico previo de EPOC (código CIAP- R95) del centro (nivel de confianza 95%, precisión 90%).

Mediciones e intervenciones. Los siguientes criterios de calidad: a) registro del hábito tabáquico; b) realización de una intervención mínima antitabaco; c) diagnóstico correcto; d) clasificación de la gravedad según espirometría; e) seguimiento con espirometría anual; f) oferta de vacunación antigripal anual y g) registro de reagudizaciones.

Resultados. Se analizan 97 pacientes (89 hombres; 8 mujeres), edad media 70 años. El 33% de los pacientes tiene registrada una espirometría al diagnóstico, realizándose una clasificación de gravedad en el 13,4%. El 17,5% de los pacientes presenta una espirometría anual. En el 43,3% de las historias revisadas existe registro del hábito tabáquico, en el 16,5% se realiza una intervención mínima antitabaco. El 57,7% de los pacientes revisados están vacunados contra la gripe. Se registran reagudizaciones en el 53,6%.

Conclusiones. Evidenciamos la escasa realización de espirometrías al diagnóstico y para seguimiento del paciente EPOC, así como la falta consejo antitabáquico.

P313 HÁBITOS RELACIONADOS CON LA SALUD ORAL EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

R.B. Rodríguez Pato, F. Romero Rodríguez, M. Fernández Areán, L. Vérez Vivero, F. Gude Sampedro y M.I. Santiago Pérez

Centro de Salud. A Estrada. Pontevedra. Galicia.
Correo electrónico: raquel.rodriguez.pato@sergas.es

Objetivos. Conocer los hábitos de higiene oral en pacientes diabéticos

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal

Ámbito del estudio. Centro de salud

Sujetos. 74 pacientes mayores de 60 años seleccionados aleatoriamente entre los incluidos en el programa de DM2

Mediciones e intervenciones. Frecuencia de visitas al dentista, nº de cepillados diarios, frecuencia de recambio de cepillo, uso de otros productos de higiene oral

Resultados. El 95% sólo acude al dentista si tiene algún problema. Sólo el 7% de los pacientes dijo cepillarse 3 ó más veces al día. El 51% no lo hace, o lo realiza de manera ocasional; en los mayores de 80 años este porcentaje alcanza el 70%. El 53% de los pacientes mantienen su cepillo más de un año. Sólo el 9% lo recambia cada 3 meses. El 78% no usa ningún producto auxiliar de higiene oral. El 22% restante sólo usa algún colutorio ocasionalmente. Ninguno conoce la existencia de cepillos interproximales.

Conclusiones. A pesar de la conocida interrelación diabetes-salud gingival/periodontal, nuestros pacientes diabéticos no acuden de forma regular a revisión oral, y no tienen hábitos correctos de higiene, además de desconocer la existencia de otros productos auxiliares. Desde la atención primaria de salud, debería fomentarse la prevención de patología oral en este tipo de pacientes.

Financiación: Xunta de Galicia, PGIDIT 03SAN00006PR