

1. PERFILES DE ASOCIACIÓN DE RIESGO O ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Bernardo Ebrí Torné^a, Inmaculada Ebrí Verde^a, Isabel González Anglada^b, Jesús Sedeño Díaz^c, Antonio Portoles Suso^a y Germán López Larramona^a

^aHospital Univ. Miguel Servet de Zaragoza,

^bFundación Hospital de Alcorcón (Alcorcón-Madrid)

^cHospital de Antequera.

Objetivos: Estudiar los perfiles asociativos entre variables de riesgo-enfermedad cardiovascular, analizando las posibles diferencias entre sexos- edades, en población española de 2.264 individuos.

Materiales: Datos de 2.264 pacientes de consultas externas de Medicina Interna de la geografía española (Grupo CIFARC de la SEMI) mayores de 18 años, con riesgo cardiovascular alto-muy alto. Programa STATISTIX (Chi², regresión lineal de Pearson y Anova).

Resultados: Existe correlación positiva en ambos sexos de colesterol total > de 250mg/dl y LDL < 130mg/dl con cardiopatía isquémica, tabaquismo, AFP de eventos cardiovasculares e IMC. Y negativa con edad. En varones con enfermedad cerebrovascular y nefropatía diabética. El colesterol HDL < 40mg/dl está correlacionado positivamente con tabaquismo, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en ambos sexos. La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) lo está positivamente

Correlación entre cifras de colesterol total elevado y otras variables exponentes de riesgo o enfermedad vascular, analizado de forma global y por separado en ambos sexos

Colesterol total>250mg/dl	Global	Varones	Mujeres
Sexo	+	ns	ns
LDL>130mg/dl	***	***	***
HDL<40mg/dl	**	*	*
Tabaquismo	**	**	*
HVI	ns	ns	ns
Proteinuria>300mg/24horas	ns	ns	ns
Creatinina 1,2-2 mg/dl	ns	ns	ns
Ateromatosis	ns	ns	ns
Retinopatía I-II	ns	*	ns
AFP	*	*	ns
Cardiopatía isquémica	**	**	ns
Enfermedad cerebrovascular	+	*	ns
Nefropatía diabética	ns	*	ns
Enfermedad vascular periférica	ns	ns	ns
Retinopatía grave	ns	ns	ns
Peso	**	**	+
Talla	ns	ns	ns
Edad	***	***	ns
IMC	**	*	ns

ns: p>0,100; +: p<0,100; *: p<0,050; **: p<0,010; ***: p<0,001

HVI: hipertrofia ventricular izquierda; AFP: antecedentes familiares precoces; IMC: índice de masa magra corporal.

te en ambos sexos con AFP y órganos diana. La proteinuria > 300mg/dl correlacionada positivamente con creatinina > 1,2mg/dl, HVI y retinopatía ambos sexos. Nefropatía diabética en ambos sexos con HVI, proteinuria, creatinina, ateromatosis, cardiopatía isquémica, retinopatía. Cardiopatía isquémica con HVI, enfermedad vascular periférica, ambos sexos. Enfermedad vascular periférica con ateromatosis, retinopatía leve y creatinina ambos sexos. Tabaquismo en varones con AFP y en ambos sexos con colesterol elevado y HDL disminuido. Ateromatosis con enfermedad cerebrovascular y órganos diana, ambos sexos. Hay correlación positiva de índice de masa corporal (IMC) en hombres con colesterol elevado, HVI y retinopatía leve; en mujeres con cardiopatía isquémica. Existen diferencias respecto al sexo en casi todas las variables analizadas, menos con AFP, retinopatía y colesterol total y LDL. Hay correlación positiva entre edad y creatinina, ateromatosis, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, ambos sexos; y negativa con colesterol total-LDL elevados, tabaquismo, AFP e IMC, ambos sexos.

Conclusiones: Hay diferencias significativas entre sexos y por edades de las diversas variables de riesgo o enfermedad cardiovascular analizadas. Existen diferentes perfiles asociativos entre ellas.

2. OBESIDAD, SÍNDROME METABÓLICO Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS

Pere Beato Fernández, Teresa Rama Martínez, Cristina Gutiérrez Portugal, Javier Mármol Puy, Gregorio Pizarro Romero y Manuel Medina Peralta

EAP Llefià (Badalona).

Objetivos: Analizar la asociación de la obesidad con el síndrome metabólico (SM) y con cada uno de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que lo definen.

Materiales: Diseño: estudio descriptivo transversal observacional. Ámbito: una consulta de un centro de salud urbano.

Metodología: datos extraídos de la historia clínica informatizada (OMIAP). Criterios del ATP III 2001 (NCEP). Se sustituye el criterio del perímetro abdominal definitorio del SM por el de la obesidad: índice de masa corporal (IMC) 30. Cálculo de prevalencias y frecuencias.

Sujetos: mayores de 14 años atendidos en los últimos 3 años en la consulta. Diciembre del 2004.

Variables: edad, sexo, registros de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), glucosa basal alterada (GBA), IMC, triglicéridos y colesterol HDL.

Resultados: Mil ochocientos treinta y cuatro pacientes (52,1% mujeres). Obesos 318 (17,33%). De las mujeres el 20,18%, edad media 59,8 años. De los varones el 14,23%, edad media 54,4 años).

Con IMC 35: 85 (26,72% de los obesos: 32,11% de las mujeres; 18,40% de los varones).

De los pacientes con síndrome metabólico (SM) el 73,22% son obesos.

Porcentajes de asociación:

- Con SM 42, 13% (mujeres 42,13%, varones 43,20%).
- Con HTA 53,14% (mujeres 53,14%, varones 47,20%).
- Con DM 21,06% (mujeres 18,65%, varones 24,80%).
- Con GBA 15,40% (mujeres 17,09%, varones 12,80%).
- Con hipertrigliceridemia: 27,04% (mujeres 19,68%, varones 38,40%).
- Con bajo colesterol HDL: 14,46% (mujeres 16,06%, varones 12,00%).

Conclusiones: En cuanto a los obesos:

- Conviene descartar el SM.
- La mitad son hipertensos.
- Uno de cada tres presenta alteraciones del metabolismo hidrocabonado.
- La hipertrigliceridemia es 2 veces más frecuente en varones.

3. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS GUÍAS CLÍNICAS DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PARA ORDENADORES DE BOLSILLO

M.^a Dolores Rodríguez Gálvez, María Téllez Sánchez y Marcelino Domingo Álvarez Portela

Centro de Salud Ciudad Real III.

Objetivos: Evaluar la calidad de las guías de práctica clínica (GPC) existentes en internet para ordenadores de bolsillo en el área de enfermedades cardiovasculares, más concretamente la cardiopatía isquémica, a través de un instrumento consensuado.

Materiales: Como plataforma de ordenador de bolsillo (PDA) se eligió Pocket PC con Pocket PC 2002. Para llevar a cabo la evaluación crítica de la calidad de las guías clínicas existentes para PDA, se escogieron las diseñadas específicamente para esta plataforma o en formato PDF. Por su especial prevalencia, se eligieron guías clínicas sobre cardiopatía isquémica (angina estable e infarto agudo de miocardio [IAM]). La herramienta para llevar a cabo la evaluación de las GPC fue el instrumento AGREE en español, utilizada por dos evaluadores independientes.

Resultados: Las guías que mejor puntuación alcanzaron en todas las áreas fueron las elaboradas conjuntamente por el *American College of Cardiology* (ACC) y la *American Heart Association* (AHA) para el IAM y para la angina estable, por lo que en la valoración general fueron consideradas como guías muy recomendadas para la práctica clínica.

Conclusiones: La evaluación y comparación de las guías con el instrumento AGREE demostró que las que mejor puntuación consiguieron fueron las de ACC/AHA, por delante de las de la Sociedad europea y la española. Nuestro estudio concluye que las guías disponibles para PDA son fiables, aunque debemos realizar una selección de las guías mediante una valoración crítica sobre la metodología de elaboración y sobre la evidencia que sustenta las recomendaciones.

4. ESTUDIO DEL PATRÓN CIRCADIANO DE PA Y SUS IMPLICACIONES. RESULTADOS DE 100 MAPA EN UN CENTRO DE SALUD

Antonio Saiz Morón y Aurelia García Lázaro

EAP Fuencarral. Madrid.

Objetivos: Describir el perfil de riesgo cardiovascular de 100 pacientes de un EAP, someterles a una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24 horas, y tratar de relacionar el patrón circadiano de presión arterial (PA) obteni-

do con las condiciones clínicas y el mencionado riesgo cardiovascular (RCV) global de dichos pacientes.

Materiales: Estudio descriptivo, en el ámbito de la Atención Primaria, incluyendo a 100 sujetos. Mediante encuesta y revisión de la historia clínica obtuvimos los parámetros antropométricos, los factores de RCV y cuantificamos la toma de fármacos antihipertensivos.

Después medimos la PA y el patrón circadiano de la misma realizando una MAPA de 24 horas con un aparato Spacelabs 90207-30.

Resultados: Sin diferencias de sexo, el 56% de los sujetos estudiados son mayores de 60 años; el motivo de realización de la MAPA fue conocer la eficacia del tratamiento en un 40% de los casos y descartar un efecto bata blanca en un 20%; el 77% sería diagnosticado de hipertensión arterial (HTA) atendiendo a sus cifras en la consulta; el 86% tiene algún factor de RCV añadido; el 80% tiene un riesgo de padecer evento cardiovascular mortal a 10 años mayor que moderado; el 80% toma algún fármaco antihipertensivo. El 55% presenta un patrón circadiano de PA alterado.

Conclusiones: A medida que aumenta el RCV global según la tabla de Framingham aumenta la prevalencia de alteración del patrón circadiano de PA.

La toma de tratamiento antihipertensivo se asocia a mayor prevalencia del patrón *no-dipper*.

El control en consulta de cifras de PA no implica un control del perfil circadiano de PA de nuestros pacientes.

5. ¿REDUCIMOS EL RIESGO CARDIOVASCULAR CUANDO TRATAMOS A NUESTROS HIPERTENSOS?

Luis García-Giralda Ruiz, Juan Vicente Alfaro González, Verónica Capel Luna, Lorenzo Guirao Sánchez, Isabel Casas Aranda y Ángeles Velasco Soria

Centro de Salud Alguazas. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. SMS.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar el exceso de riesgo de los hipertensos de nuestro centro de salud, en función de su patrón circadiano y la adecuación de su tratamiento.

Materiales: Estudio naturalístico, longitudinal, abierto, con análisis del patrón circadiano de la tensión arterial a través monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24 horas, de los pacientes hipertensos en programa de crónicos. El tamaño muestral es de 41 pacientes (IC 95%), para una población de 888 hipertensos.

Resultados: El porcentaje de hipertensos con patrón normal tipo *dipper* es del 43,90% (18 pacientes), el patrón *riser* supone el 7,32% (3) y el patrón *no dipper* está presente en el 46,34% (19). Finalmente un paciente (2,44%) presenta un patrón *extra dipper*. El porcentaje de pacientes que recibían medicación exclusivamente en dosis matutina fue significativamente mayor entre los *no-dipper* (82,61%) que entre los *dipper* (44,44%). 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: Dos de cada tres pacientes incluidos en programa de hipertensión no presentan un patrón normal tipo *dipper*, por lo que tienen un exceso de riesgo añadido de eventos cardiovasculares, que es necesario conocer para establecer su plan terapéutico. No obstante, y siendo conscientes de las dificultades "prácticas" de la realización de MAPA a todos los pacientes en Atención Primaria, proponemos que sistemáticamente se realice auto medida de la presión arterial (AMPA) como un método para aproximarnos al perfil de nuestros pacientes.

6. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Miguel Ángel Pérez Llamas, José Antonio Santos Rodríguez, Ricardo Besada Gesto, María del Carmen Pastor Benavent y Leopoldo Vaamonde Mosquera

Grupo Barbanza.

Objetivos: Conocer la prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) medida por electrocardiografía en la población hipertensa atendida en Atención Primaria, así como conocer las características clínicas de los pacientes hipertensos con HVI.

Materiales: Analizamos las características clínicas, durante 6 meses, de los pacientes hipertensos que acudían a la consulta de 40 médicos de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Resultados: Presentaban criterios de HVI por criterios de Cornell o Sokolov el 13,1% de los 3.200 pacientes incluidos. La media de edad fue de 68 años, el 37% eran varones; el 13% presentaba antecedentes de cardiopatía isquémica, el 6% de enfermedad cerebrovascular, el 8% de fibrilación auricular y el 6% de insuficiencia cardíaca. Eran diabéticos el 26% de los 3.200 pacientes.

Conclusiones: En Atención Primaria se pueden conocer mediante el electrocardiograma a pacientes hipertensos con un perfil clínico cardiovascular que deben de ser objeto de un control más estricto. Tanto la prevalencia encontrada como las características de la población hipertensa con HVI fue similar a la de otros estudios.

7. PREVALENCIA DE OBESIDAD EN HIPERTENSOS DE UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

Mónica María Toledo Marante, Carmen María Afonso Navarro, Francisco Díaz Paquez, Jesús Domingo Delgado Santana, José Gabriel Duque Hernández y Jorge Santiago Bethencourt Marante

Servicio Canario de Salud.

Objetivos: Conocer la prevalencia de la obesidad en nuestra población de hipertensos.

Materiales: Estudio descriptivo-transversal de los hipertensos del programa de prevención y control de la enfermedad cardiovascular en atención primaria, de nuestra Comunidad Autónoma, agrupándolos según presentaran, o no, obesidad (índice de masa corporal [IMC] ≥ 30 kg/m²).

Resultados: De los 391 pacientes hipertensos analizados (66 ± 8 años, 54-90 años), presentaban obesidad el 59,8% (234 enfermos), sobrepeso (IMC 25-29,9 kg/m²) el 30,9% (121 pacientes), y normopeso (IMC < 25 kg/m²) el restante 9,2%.

La prevalencia de obesidad fue mayor en los hipertensos de 54 a 60 años (65%), disminuyendo a medida que aumentó la edad de los mismos ($p < 0,001$).

El 52,2% de los pacientes estaban en control óptimo de hipertensión, sin observar diferencias según el estado nutricional. Respecto a los factores de riesgo asociados a hipertensión-obesidad, la diabetes fue mayor entre los obesos (37,6% frente a 26,3%, $p < 0,05$); el sedentarismo (55,2% frente a 43,7%, $p < 0,05$); el tabaquismo entre los pacientes no obesos (22,5% frente a 10,6%, $p < 0,01$).

Si bien el porcentaje de enfermos con tratamiento antihipertensivo fue similar entre ambos grupos (95%), los pacientes no obesos precisaron menor número de fármacos antihipertensivos que los pacientes obesos ($p < 0,05$).

No hubo diferencias de utilización de los diferentes antihipertensivos entre ambos grupos.

Conclusiones: Si bien el control de la presión arterial de nuestros enfermos es bueno, la proporción de éstos con obesidad y sobrepeso (90%), nos obliga a considerar el estado nutricional como una variable cuyo control debe complementar junto a las cifras tensionales.

8. RELACIÓN ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

José Manuel Benítez Moreno, M^a Pilar Cortés Viana, Montserrat Tramuns Mas, Marisa Vicheto Capdevila, Rosa Forés Raurell y Merche Galán Cuevas

Institut Català de la Salut (ABS 1 Can Mariner y ABS 4 Riu Nord-Riu Sud de Sta Coloma de Gramenet). P.A.M.E.M. Vila Olímpica Barcelona.

Objetivos: Conocer la prevalencia de disfunción eréctil (DE) en nuestro medio. Estudiar la posible relación entre DE y factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Materiales: Estudio multicéntrico, descriptivo, transversal. Selección aleatoria de varones. Mediciones: edad, índice de masa corporal (IMC), diagnósticos de diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA) e hipercolesterolemia (HCOL), tabaquismo, cuestionario autoadministrado SHIM de salud sexual para varones.

Resultados: Ciento treinta y dos hombres, edad media 46,4 (rango 22-73). IMC medio 27,6kg/m². El 19% puntúa en DE severa, con una edad media de 53 y un IMC medio de 28.

Por categorías diagnósticas:

– 17% de los sujetos sanos puntúa en DE, edad media de 47 y un IMC medio de 26.

– 66% de los diabéticos, 63% de los hipertensos y el 68% de los hipercolesterolémicos padecen DE, sin diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad media (52 años) o al IMC medio (29,3 kg/m²).

– 71% de aquellos que simultáneamente presentan HTA, DM e HCOL sufren DE, edad media 57, IMC medio 30.

– 17% de los fumadores presenta DE severa frente al 9% en los no fumadores.

Conclusiones:

– Observamos una elevada prevalencia de DE.

– Los FRCV parece que están en el origen de la mayoría de DE.

– Incrementos en el IMC se correlacionan con diferentes grados de DE.

– La presencia de HTA, DM o HCOL justifica el cribado de DE en Atención Primaria.

9. ¿FALLA EL PRIMER ESCALÓN DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR?

Elisa Muñoz Domínguez, M.^a Ángeles Izquierdo Cuartero y José María Villegas Lucas

Centro de Salud Felipe II de Móstoles. Área 8. Comunidad de Madrid.

Objetivos: Estimar la prevalencia de la obesidad en nuestra zona básica de salud, así como su relación con los demás factores de riesgo cardiovascular.

Materiales: Estudio descriptivo transversal realizado sobre una muestra aleatoria de 227 pacientes pertenecientes a nuestra zona básica de salud realizado en abril del 2005, y que recoge los datos reflejados en la historia clínica del 1 de enero del 2000 hasta el 31 de diciembre del 2004. Variables: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), media de pesadas, grupo diagnós-

tico al que pertenece el paciente dentro de la cartera de servicios: obesidad (OBS), hipertensión arterial (HTA), diabetes (DM), dislipidemias (HPL) y tabaquismo (TAB). Análisis: estimación de medias y proporciones con IC del 95%, utilizando el programa estadístico G-STAT.

Resultados: El IMC consta en el 43,17% de los pacientes. La prevalencia de obesidad en nuestra zona básica es de 13,2% (9,10-18,33 IC 95%); y en los otros grupos de riesgo cardiovascular: 51,22% en HTA; 62,50% en DM; 34,88% en HPL; 12,68% en fumadores. La media de pesadas por obeso es de 11,08.

Conclusiones: El control del exceso de peso y la lucha contra el sedentarismo es el primer escalón del tratamiento tanto en los pacientes obesos, como en los hipertensos, diabéticos, dislipémicos y fumadores. Dada la alta prevalencia de la obesidad en nuestros pacientes, nos debe hacer reflexionar ¿qué hacemos mal? y poner en marcha medidas de refuerzo de la educación sanitaria para el fomento de un estilo de vida más saludable.

10. DESCRIPCIÓN DE LOS DIFERENTES PATRONES DE INCUMPLIMIENTO EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HTA. ESTUDIO CUMAMPA-HTA

Eugenio Sánchez López, Emilio Márquez Contreras, José L. Martín, Juan J. Casado, José M. Montero y Vicente Gil

Grupo de trabajo sobre cumplimiento- S.E.H.-LELHA.

Objetivos: Analizar los diferentes patrones de incumplimiento terapéutico antihipertensivo mediante monitores electrónicos, en distintos Centros de Salud.

Materiales: Estudio longitudinal, realizado en 35 centros de Atención Primaria. Se incluyeron hipertensos diagnosticados *de novo* o no controlados, con indicación del uso de un antihipertensivo en monodosis según práctica clínica habitual. Todos los pacientes recibieron un OMRON en su domicilio, para automedición domiciliar de la presión arterial (AMPA). Se les proporcionó un monitor electrónico para control de la medicación (MEMS), constando de un bote contenedor donde se introducen los comprimidos prescritos y un tapón, el cual posee un microchip que registra la hora y fecha de su apertura, al abrirse para tomar la medicación. Se definió cumplidor aquel cuyo consumo fue del 80%-110%.

Resultados: Los patrones de cumplimiento obtenidos en este estudio han sido los siguientes:

- Cumplidor absoluto: 3%.
- Cumplidor enmascarado: 9%.
- Cumplidor con incumplimiento esporádico: 82%.
- Incumplimiento absoluto: 2%.
- Incumplimiento parcial: 4%.

Estos hacen el 100%.

Otros patrones entre cumplidores con incumplimiento esporádico e incumplidores:

- Incumplimiento previsto: 2%.
- Vacaciones farmacológicas: 47%.
- Cumplimiento de bata blanca: 2%.
- Incumplimiento mixto: 20%.
- Incumplimiento por sobrecumplimiento: 1%.

Conclusiones: La intervención mediante monitores electrónicos (MEMS) y el programa de automedición domiciliar de la presión arterial, usados en este estudio han permitido conseguir un alto porcentaje de cumplimiento, destacando por otra parte, el alto porcentaje de individuos que dejan de tomar su medicación al menos durante tres días seguidos, lo que se llama "vacaciones farmacológicas".

11. ACONTECIMIENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

Atanasio Mata Navarro, Gregorio Pizarro Romero, Víctor López-Marina, Nuria Montellà Jordana, Pere Beato Fernández y Teresa Rama Martínez

Área Básica de Salud Badalona-6 (Llefià).

Objetivos: Determinar la prevalencia de acontecimientos cardiovasculares (ACV) en Atención Primaria en pacientes con síndrome metabólico (SM); comparar el incremento de ACV en pacientes con SM y diabetes respecto de la población general.

Materiales: Diseño: estudio descriptivo transversal y observacional. Ámbito de estudio: 19 consultas de medicina general en un centro de salud urbano. Sujetos: pacientes > 14 años atendidos en el 2003. Metodología: fuente de información: base de datos de la historia clínica informatizada (OMI-AP). Código de patologías según la CIAP-2. Mediciones: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), tensión arterial, glucemia, HbA1C, colesterol HDL, triglicéridos, tabaquismo, criterios de SM según OMS y NCEP III, ACV en pacientes con SM.

Resultados: Veinticinco mil quinientos cincuenta y cinco pacientes atendidos (46,2% hombres); 2.642 pacientes (10,34%) con DM2 o glucemia basal alterada. Pacientes con SM: (OMS)=1.417 (5,54%): 40,9% hombres, edad=65,9 años \pm 11). (NCEP III)=2.728 (10,68%): 41,2% hombres, edad=64 años \pm 12). ACV en pacientes con SM según OMS y NCEP III: cardiopatía isquémica 9,8% - 8,2%; enfermedad cerebrovascular 6% - 5,1%; enfermedad vascular 2,2% - 1,4%. Algún ACV: en población atendida=4,5%; OMS=16,5% (OR=4,2); NCEP III=13,5% (OR=3,26). Existen diferencias significativas en la presencia de ACV en pacientes con SM [NCEP III], según presenten o no alteración de la glucemia (OR=3,6 frente a 2,37).

Conclusiones: Alta prevalencia de SM en nuestro medio. Mayor riesgo de ACV en pacientes con SM en especial si presentan alteración de la glucemia.

12. PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO PRESENAP

Teresa Mantilla Morató, Manuel Taboada Taboada, Isidro López Rodríguez, Begoña Soler, Salvador Tranche Iparraguirre, Grupo PRESENAP

Aval de la SEC, SEA y SEMERGEN.

Objetivos: Conocer la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) en pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo (SCA) y que son seguidos en las consultas de Atención Primaria (AP).

Materiales: Estudio descriptivo transversal realizado en consultas de AP de toda España. Se incluyeron 8.817 pacientes con diagnóstico de SCA al alta hospitalaria (entre 6 meses y 10 años antes).

Resultados: La edad media fue de 65,4 años (IC 95% 65,2-65,6) siendo el 73,7% varones. El 12% de los pacientes fumaba. El índice de masa corporal (IMC) fue de 27,6 en hombres y de 28,3 en mujeres. La presión arterial sistólica (PAS) media fue de 133,5 mmHg en hombres y 136,7 en mujeres ($p < 0,001$) y la presión arterial diastólica (PAD) de 79,4 mmHg y 80 mmHg respectivamente ($p < 0,001$). De los 2.884 (32,7%) pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus (DM), el 89% son tipo 2. El perfil lipídico presentó diferencias estadísticamente significativas por sexo, excepto para triglicéridos (TG). Destaca la cifra de LDL media: 122 mg/dl en hombres y 126 mg/dl en mu-

jeros. El porcentaje de los factores de riesgo en la actualidad es: hipertensión arterial (HTA) (52,2%), hipercolesterolemia (49,9%), hipertrigliceridemia (20%), DM (29,7%) y tabaquismo (12%). El 10,9% de los pacientes presentaba insuficiencia cardíaca, el 6,6% fibrilación auricular, el 1,1% ictus y el 9,1% enfermedad vascular periférica.

Conclusiones: La prevalencia de los FRCV sigue siendo elevada en pacientes con alto riesgo cardiovascular. Se requiere un mayor esfuerzo para el control de los mismos en el ámbito de la Atención Primaria, sobre todo en el control del perfil lipídico y abstención del tabaco.

6 de octubre de 2005

12:00 h

1. PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN ADULTOS DE 40-80 AÑOS. COMPARACIÓN CON OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MAYORES

Justo Catalá Lafarga, Amparo Tormos Felip, Salvador del Castillo Benavent y Miquel Guilén Machí

Centro de Salud de La Font de la Figuera. Tarragona.

Objetivos:

- Determinar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) en adultos de 40-80 años.
- Determinar y comparar la prevalencia de SM con la de diabetes, hipertensión, obesidad y colesterol HDL (c-HDL).
- Interpretación de resultados del SM y establecer diferencias de riesgo hombres-mujeres.

Materiales: Población: b. datos informatizada del CS - 4 años cumplimentación

Muestra SM: excluyendo hipertensión arterial (HTA) y diabetes. Criterios: SM según ATP III.

- Glucemia > 110.

- PAS > 180 o PAD > 130 (promedio anual).

- Perímetro cintura: > 102 hombres y > 88 mujeres.

- c-HDL: < 40 hombres y < de 50 mujeres.

- Triglicéridos (TG): > 150.

Selección SM: población con datos completos (> 50%).

Resto prevalencias: población total.

Resultados: Tablas.

Conclusiones: El SM puro (no HTA-no diabetes) alcanza su máxima expresión a los 40-49 años (30%-36%), desciende a partir de esta edad en ambos sexos, lo que parece indicar que el SM sería un paso previo hacia HTA-diabetes.

Valores más altos de otros estudios (40%) son el efecto de añadir la HTA y sobre todo la diabetes.

Analizando los FR mayores sólo encontramos diferencias hombres-mujeres en cuanto al c-HDL y al hábito tabáquico.

c-HDL-tabaco-SM serían los objetivos de intervención para disminuir el RCV.

2. DM2 Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: VAMOS MEJORANDO

Armando Santo González, M^a Jesús Huertas Sánchez, Martín López Marín y Amparo Cazorla Méndez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos: La asistencia a diabéticos tipo 2 implica poner en marcha actividades de prevención que minimicen el efecto de los factores de riesgo cardiovascular conocidos. En el presente estudio pretendemos analizar el efecto que se ha producido en el nivel de calidad en el manejo y control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en estos pacientes tras la evaluación previa que muestra graves déficit de calidad.

Materiales: Se diseñó un estudio de calidad siguiendo el modelo de ciclo de mejora adoptando indicadores basados en las últimas evidencias y consensos existentes sobre el manejo de la

Síndrome metabólico (vs.APT III)

Edad	Población				Población				Muestra		Casos		Prevalencia %	
	Pob. total		No diabetes		No diab-No HTA				H	M	H	M	H	M
	Rango	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
40-49	147	132	144	129	144	65		64	46	22	18	34,38	39,13	
50-59	113	121	105	109	105	49		60	43	20	10	33,33	23,26	
60-69	108	117	94	106	94	58		48	29	10	11	20,83	37,93	
70-79	125	122	101	100	101	48		52	40	12	9	23,08	22,50	
	493	492	444	444	444	220		224	158	64	48			

Mortalidad promedio 2001-2004:				Hombres 76,5 años				Mujeres: 78,9 años				
Casos		Casos		Casos		Tasa ajustada		Casos		Casos		
Edad	HTA - No diab	Diabetes II		Obesidad		SDM - Casos		SDM en HTA		HDL<40	HDL<50	
Rango	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
40-49	13	5	3	3	14	22	45	49	3	1	8	1
50-59	23	25	8	12	24	39	27	20	3	3	11	2
60-69	35	55	14	11	40	63	12	19	9	12	7	3
70-79	49	60	24	22	34	69	11	9	7	21	10	4
	120	145	49	48	112	193	96	96	22	37	36	10

Prevalencias a 1-1-2005 con los criterios de ATP III

Edad	Prevalencia %		Prevalencia %		Prevalencia %		Prevalencia %		Prevalencia %		Prevalencia %			
	HTA - No diab		Diabetes II		Obesidad IMC30+		HDL<40		HDL<50		SDM puro		SDM (con HTA)	
	Rango	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
40-49	8,84	3,79	2,04	2,27	9,52	16,67	5,44	0,76	30,63	36,76	32,67	37,52		
50-59	20,35	20,66	7,08	9,92	21,24	32,23	9,73	1,65	24,19	16,14	26,84	18,62		
60-69	32,41	47,01	12,96	9,40	37,04	53,85	6,48	2,56	11,38	16,53	19,71	26,79		
70-79	39,20	49,18	19,20	18,03	27,20	56,56	8,00	3,28	8,91	7,45	14,51	24,66		

diabetes tipo 2 que nos permitieran medir la calidad alcanzada. Se procedió a extraer una muestra significativa de la población atendida por medio de un muestreo aleatorio estratificado, realizando posteriormente un análisis estadístico descriptivo. Tras el análisis de los resultados de la primera evaluación se plantearon una serie de medidas correctoras, estructurales y formativas, y se procedió a reevaluar la asistencia al cabo de un año siguiendo la misma metodología.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 96 casos de un total de 488 pacientes. El nivel global de calidad alcanzado fue del 37,9% en la evaluación y de un 47,2% en la reevaluación, debido al mejor control de la presión arterial (PA) (44,8%-64,6%) y valoración de antecedentes (15,6%-43,8%,15,6%-30,2%).

Conclusiones: Tras implantar las actividades de mejora propuestas hemos conseguido en el plazo de un año elevar el nivel de calidad del 37,9% al 47,2%.

Es necesario plantear nuevas estrategias, ya que la calidad ofertada dista mucho de la que los propios profesionales consideran como aceptable.

3. DIABETES E HIPERTENSIÓN: ¿UNA ASOCIACIÓN PELIGROSA?

Nieves Mula Rey, Ama Blanco Rodríguez, Ana Fernández López, Mercedes Fradua, Margarita López Rojas y Mercedes Mula Rey

SERMAS.

Objetivos: Valorar el control de nuestros pacientes hipertensos y ver los factores de riesgo cardiovascular, así como su asociación con los trastornos clínicos asociados.

Materiales: Muestreo aleatorio simple de pacientes hipertensos en 5 consultas de Atención Primaria. Codifica: control de la hipertensión arterial (HTA) y morbilidad, según los criterios del JNC-VII. Variables de estudio: edad, sexo, profesión, años de evolución, presión arterial (PA) sistólica (PAS), PA diastólica (PAD), fármacos (diuréticos [D], bloqueadores alfa [AB], bloqueadores beta [BB], antagonistas del calcio [AC], inhibidores de la enzima de captación de angiotensina [IECA] y antagonistas de los receptores de la angiotensina-II [ARA-II]), cumplimiento terapéutico, tabaquismo. Patología asociada (diabetes [DB], dislipidemia [DL], obesidad [OB], enfermedad cerebrovascular [ECV], cardiopatía [Car], nefropatía [Nef], retinopatía [Ret], arteriopatía [Art]). El cumplimiento mediante entrevista clínica (Test de Morinsky-Green).

Resultados: n=190 pacientes (39% varones y 61% mujeres). El 92,6% cumplidores, un 82% PAS < 140 mmHg y 90% PAD < 90 mmHg. El 15,3% eran fumadores. Fármacos: 51% D, 35% IECA, 23% ARA-II, 18% AC, 13% BB y 5% AB. Patología: DL (51%) y la OB (41%). Estadística: Chi cuadrado y ANOVA. El 46,7% de los pacientes hipertensos y diabéticos no controlan su PA (p=0,19). Los trastornos clínicos asociados: Car (32,3% HTA+DB+DL), Nef (21,4% DB), Ret (35,7% DB), Art (13, 9% de los hipertensos no tratados), ECV (29% HTA+DB+DL). Los pacientes diabéticos con mal control de la PA presentan más riesgo de ECV (p=0,017), Car (p=0,039), Nef (p=0,013), Ret (p=0,045).

Conclusiones: Realizamos un correcto control de la PA en nuestros pacientes hipertensos (80%). Los pacientes de peor control tensional son diabéticos y este mal control conlleva mayores trastornos clínicos asociados (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía, neuropatía y retinopatía). Los pacientes mejor controlados son los hipertensos dislipidémicos. Concluimos que el paciente diabético debe recibir un tratamiento antihipertensivo más agresivo.

4. EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA GRUPAL EN UNA ZONA DE SALUD

José Miguel Rodríguez Hage, Teresa Lechado Pérez, Javier Ruiz Hernández, María Luisa Martín de Arrate y Ricardo Corsetti

Zona Básica de Salud Los Realejos. Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Estudio a pacientes que recibieron educación diabética grupal para valorar conocimientos adquiridos, grado de satisfacción y cumplimiento de las orientaciones que se han impartido en el curso.

Materiales:

– Ámbito: Centro de Salud.

– Diseño: estudio descriptivo.

– Sujetos: 223 diabéticos sobre un total de 339 que asistieron a los cursos de Educación Diabética Grupal.

– Método utilizado: encuestas telefónicas desde noviembre de 2004 hasta marzo de 2005.

– Soporte informático: programa Drago y Excel.

Resultados: El 99% refieren haber aumentado sus conocimientos, el 96% conoce mejor las complicaciones de su enfermedad, el 89% reconoce tener menos miedo/temor a su enfermedad y más del 90% hace un mejor uso de su tratamiento y conoce mejor sus beneficios, el 96% admite haber mejorado el conocimiento en relación con la hipoglucemia, el 72% hace ejercicio físico habitualmente y un 96,8% conoce mejor qué tipo de ejercicio puede realizar, el 96,5% hace un mejor uso de su aparato de glucemia, el 97,7% refieren haber mejorado la higiene de pies y boca y el 99,5% muestran un alto grado de satisfacción con el programa. Los controles rutinarios de glucemias han disminuido en el centro de salud y ha aumentado en sus domicilios, disminuyendo la sobrecarga asistencial por este concepto en un 63,7%.

Conclusiones: Según los datos obtenidos en los indicadores evaluados hemos comprobado que la educación diabética grupal supone una herramienta fundamental para la mejora de hábitos de salud y comportamiento sanitario en los pacientes diabéticos.

5. PREVALENCIA DE BACTIURIA ASINTOMÁTICA EN MUJERES DIABÉTICAS TIPO 2. FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES

Tomás Fuster Bellido, Dulce Martínez Ques, Emilia Faus Mascarell, Pilar Colominas Sarrión y Rafael Pla Vaya

Centro de Salud Gandía - Beniopa. Valencia.

Objetivos: Conocer la prevalencia de bacteriuria asintomática (BA) en mujeres diabéticas. Conocer los posibles factores de riesgo predisponentes.

Materiales: Estudio observacional prospectivo.

Definición: BA, presencia de urocultivo positivo (+) ni disuria, ni polaquiuria, ni urgencia miccional.

Población: 363 mujeres DM-2 de 3 cupos de nuestro Centro de Salud. **Muestra:** se estima una prevalencia del 20% con NC del 99% y un riesgo beta del 0,20, n=90.

Medimos: edad, tiempo de evolución (TE), índice de masa corporal (IMC), HbA1c, tensión arterial sistólica (TAS), TA diastólica (TAP), creatinina, EAU, presencia de glucosuria, leucocituria, nitritos.

Variable respuesta: urocultivo +.

Análisis estadístico: Programa G-Stat, se calculan: media, desviación estándar, prevalencia. Regresión logística (Chi cuadrado, OR).

Resultados: n = 90 (tabla 1) glucosuria +11 (12,22%), leucocituria +28 (31,11%), nitritos +8 (8,89%), urocultivo +29 (31,22%).

No encontramos relación entre edad, TE, IMC, HbA1c, TAS, TAS, creatinina, EAU, glucosuria y nitritos +. Si para la leucocituria OR: 7,4868 IC 95% (2,2448-24,9698) p = 0,0011.

Variable	Media
Edad	63,63±10,22
TE	9,8±6,16
IMC	29,3±4,29
HbA1c	7,33±1,18
TAS	137,56±12,86
TAD	76,04±7,19
Creatinina	0,91±0,30
EAU	16,42±51,15

Conclusiones:

- Alta prevalencia de BA en nuestra muestra.
- La leucocituria se asocia como factor de riesgo de BA.
- No encontramos relación significativa con el resto de variables estudiadas.

6. PREVALENCIA Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Teresa Mantilla, Agustín Gómez de la Cámara, Luis Álvarez-Sala, M^a Isabel Gómez de Celis, Carlos Pérez de Oteyza y M^a Dolores Alonso de Caso

EAP Mar Báltico Madrid. Medicina Interna Hospital Gregorio Marañón. Madrid. Unidad Epidemiología e Investigación. Hospital 12 Octubre. Madrid.

Objetivos: Conocer la prevalencia y el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Materiales: 800 pacientes con DM tipo 2 de un EAP urbano. Criterios de buen control de dislipidemia: c-LDL < 100 mg/dl; c-HDL > 40 mg/dl; TG < 150 mg/dl, PA < 130/80 mmHg; HbA1c < 7%. Cálculo del RC: tabla de Framingham por categorías. Análisis estadístico con el programa SPSS-10. Análisis descriptivo: medias y porcentajes. Comparación medias por "t" de student o ANOVA y porcentajes por 2. La significación estadística fue p < 0,05.

Resultados: Edad 68,4 años (IC 95%: 67,6-69,2). Mujeres 54%. Fumadores 12,6%. HbA1c < 7%: 55,5% (52,8% de M, 58,5% de H); PA < 130/80 mmHg: 22,7% (20,5% de M, 25,4% de H); c-LDL < 100 mg/dl: 20% (17,6% de M, 23,5% de H); c-HDL > 40 mg/dl: 81,3% (89,3% de M, 72,3% de H); TG < 150 mg/dl: 63,9% (63,7% de M, 64,3% de H). Con 2 o más FRCV: 51,4%. Enfermedad cardiovascular (ECV) 16,3% y edad media 71,8 años, presentando mejor control de lipídico (p < 0,002). Cálculo del riesgo cardiovascular (RC): RC alto el 46% de los hombres y el 5,6% de las mujeres y con RC moderado el 32,6% de los hombres y 56,3% de las mujeres.

Conclusiones: El grado de control de los FRCV en los DM2 es bajo, destacando un mejor control en las mujeres de la PA y del c-HDL. Los diabéticos con ECV tienen mejor controlados los FRCV. Hay que implementar un mejor control de los FRCV en los diabéticos que no han sufrido un evento cardiovascular.

7. DIABÉTICOS: ¿TRATAMIENTOS TÍMIDOS FRENTE A OBJETIVOS ATREVIDOS?

Pere Beato Fernández, Javier Mármol Puy, Cristina Gutiérrez Portugal, Pere García Lolo, Yolanda Ardila Salazar y Alfonso Girona Amores

EAP Llefia. Badalona.

Objetivos: Conocer el porcentaje de pacientes diabéticos tratados, con cifras de control tensional, metabólico y lipídico discretamente deficientes. Correlacionarlo con el número de fármacos utilizado.

Materiales: Diseño descriptivo transversal observacional. *Ámbito:* una consulta de un centro de salud urbano. *Metodología:* datos de la historia clínica informatizada (OMIAP). Consideramos control discretamente deficiente (CDD): presión arterial sistólica (PAS): 130-139 y/o diastólica (PAD): 80-89 mm/Hg; hemoglobina glucosilada (HbA1c): 7-8%; colesterol LDL: 100-130 mg/dl; colesterol HDL: varones 30-40 mg/dl, mujeres 40-50 mg/dl; Trigliceridemia: 150-200 mg/dl.

Cálculo de prevalencias y frecuencias: sujetos diabéticos tipo II atendidos en el último año. Abril 2005.

Variables: edad, sexo, registros de PA, HbA1c, colesterol LDL, colesterol HDL, trigliceridemia, y número de fármacos en el tratamiento de cada factor.

Resultados: Ciento catorce diabéticos de edad media 66,45 años (51,75% mujeres). Porcentajes con CDD: PA: 42,1% (47,27% de los varones); HbA1c: 21,05%; colesterol LDL: 31,57%; colesterol HDL: 26,31%; trigliceridemia: 21,05% (30,5% de las mujeres); porcentajes de número de fármacos utilizados: antihipertensivos en PA con CDD: 0-1: 45,83%; 2: 43,75%; 3 o más: 10,41%; hipoglucemiantes en HbA1c con CDD: 1: 41,67%; 2: 58,33%; hipolipidemiantes en colesterol LDL con CDD: 0: 78,79%; 1: 21,21%; hipolipemiantes en colesterol HDL con CDD: 0: 66,67%; 1: 33,33%; hipolipidemiantes en trigliceridemia con CDD: 0: 70,83%; 1: 29,17%.

Conclusiones: Un importante porcentaje de diabéticos están muy cercanos a alcanzar los objetivos terapéuticos. En la mayoría combinar más antihipertensivos y/o hipoglucemiantes y/o pautar hipolipidemiantes garantizaría la consecución de tales objetivos.

8. PACIENTES SIN CITA PREVIA EN LA CONSULTA MÉDICA A DEMANDA

José Mancera Romero, Leovigildo Ginel Mendoza, Francisca Paniagua Gómez, Rosa Sánchez Pérez, María Kuhn González y Catalina Fernández Lozano

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

Objetivos: Cuantificar las visitas sin cita previa en la consulta médica a demanda de un centro de salud, analizar algunas características de estos pacientes y los motivos por los que acuden.

Materiales: Estudio descriptivo. Pacientes que acuden sin cita a la consulta a demanda de un cupo de medicina general durante 100 días de consulta del año 2004. Variables: sexo, edad, día de la semana, mes, motivo y momento de la consulta, tipo de atención y persona delegada. Medidas de frecuencia y de asociación.

Resultados: Cuatrocientas setenta y dos consultas sin cita previa (4,72 diarias). Trescientos setenta pacientes implicados (61,1% mujeres). Edad media de 39,67 años. Los lunes acaparan el 24,4% de las consultas. Se acude por enfermedad en el 64% de las ocasiones y por motivos burocráticos en el 36%. El 62,5% de las consultas se realizan al finalizar la consulta. En el 79,2% de las consultas está presente el paciente. En el análisis entre variables encontramos que el acudir sin cita previa por motivo de enfermedad se relaciona con el sexo femenino

($p < 0,001$), los jóvenes ($p < 0,001$), la finalización de la consulta ($p < 0,0001$) y la atención directa ($p < 0,0001$).

Conclusiones:

- El número de pacientes sin cita representa un volumen moderado de trabajo no planificado previamente.
- El perfil de los pacientes sin cita en nuestra consulta es el de una mujer de mediana edad, que acude en persona, habitualmente por enfermedad y lo hace al finalizar la consulta a demanda.

9. ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN UN CENTRO DE SALUD URBANO EN EL AÑO 2004

José Mancera Romero, Francisca Paniagua Gómez, Antonio Baca Osorio, Rosa Sánchez Pérez, Leovigildo Ginel Mendoza y Francisco Moreno Muñoz

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

Objetivos: Analizar la actividad asistencial (aspectos relacionados con la gestión de la demanda) en un centro de salud urbano durante el año 2004.

Materiales: Estudio descriptivo transversal. Centro de salud urbano. Diecinueve médicos de familia. Variables: número de pacientes asignados, número de pacientes vistos, número de consultas a demanda, porcentaje de hiperfrecuentadores (más de 15 visitas al año), frecuentación (número de veces –media– que los pacientes acuden a la consulta durante el año) y presión asistencial (número de pacientes vistos al día).

Medidas de frecuencia y asociación.

Resultados: 29.249 tarjetas sanitarias (media 1,539, rango 1,136-1,657). Veinticinco mil novecientos veintidós pacientes distintos vistos (media: 1,364, rango: 1,176-1,813). Ciento setenta y ocho mil veintinueve consultas (media: 9,369, rango: 5,591-11,761). 8,67% de hiperfrecuentadores (rango 0,2-13,15), frecuentación de 6,71 (rango 3,87-7,85) y presión asistencial de 37 pacientes/día (rango 22-47).

Conclusiones: Elevado porcentaje de hiperfrecuentadores, frecuentación alta y presión asistencial excesiva. Gran variabilidad en la gestión de la demanda entre los distintos profesionales del centro. A menor porcentaje de hiperfrecuentadores y más baja frecuentación se consigue una presión asistencial más baja.

10. CALIDAD EN UN CENTRO DE SALUD

Benita Martín Castaño, Carmen Rodríguez García y Carmen Sánchez Ortega

Centro de Salud Motril Este. Granada.

Objetivos: Formación de un grupo de mejora que identificará algunos de los problemas del Centro de Salud que pueden mermar la calidad que ofertamos; para ello identificaremos los problemas mediante la tormenta de ideas, priorizaremos mediante el diagrama de Pareto y comparación por pares; finalmente realizaremos propuestas de mejora mediante la herramienta de calidad el diagrama causa-efecto.

Materiales: Trabajo de campo.

Resultados: En el diagrama de Pareto el porcentaje mayor se asocia al absentismo, estrés y falta de coordinación entre profesionales. En la comparación por pares predomina la falta de comunicación entre profesionales, las colas en admisión, estrés y falta de coordinación entre profesionales.

Conclusiones: Centrándonos en el ítem que predomina en la comparación por pares “falta de comunicación”, las propuestas de mejora se realizan por parte de la organización externa (horarios mañana-tarde, poco personal, pocos cursos formativos, ofertan utopías), por los usuarios (exceso de demanda, poca

educación sanitaria), por la organización interna (exceso de citas, aumento de la demanda, poco tiempo por paciente, poco estímulo al profesional, desplazamiento del profesional por los anejos, no conocer la extensión telefónica de los trabajadores del centro), y por último, por los profesionales (mala organización de la consulta, estrés, falta de tiempo, demasiada burocracia, necesidad de más sesiones, falta de tiempo para desayunar, disposición por parte del profesional).

11. VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN SUMINISTRADA A LOS INMIGRANTES

Nerea Lanborena Elordui^a, Elena Rodríguez Álvarez^a, Celina Pereda Riguera^b, José Julio Pardo^b y Clara Sánchez Caminos^a

^a*Departamento Enfermería I Universidad del País Vasco.*

^b*Munduko Medikua.*

Objetivos: Conocer el grado de penetración del sistema sanitario sobre la población inmigrada.

Materiales: Elaboración de cuestionarios específicos, cumplimentados por los profesionales de salud de Atención Primaria (AP) de las Comarcas de Bilbao, Uribe y Ezkerraldea-Enkarterri. El trabajo se ha realizado con 254 profesionales.

Resultados: La procedencia de los colectivos asignados incluyen latinoamericanos (32%), magrebies (22%), los subsaharianos (17%), europeos extracomunitarios (15%) y asiáticos (14%). Los motivos de consulta de la población inmigrada se reparten: analíticas (18%), dolores osteomusculares (15%), recetas (14%), curas (10%), otros dolores (9,7%), control de patologías crónicas (9%) y revisiones pediátricas (7%). Los diagnósticos corresponden principalmente a trastornos del aparato respiratorio (24%), locomotor (24%) y digestivo (17%). Las infecciones encontradas suelen ser de naturaleza vírica (84%). La mayoría de los profesionales sanitarios refiere un alto seguimiento terapéutico, los casos de bajo seguimiento se deben a la falta de recursos económicos y la incompreensión cultural e idiomática. Sólo el 20% de los profesionales encuestados manifiesta utilizar otro idioma (inglés o francés) en el contacto con las personas inmigrantes. La satisfacción de los profesionales sanitarios es buena, si bien inciden en la demanda excesiva (37%), la dificultad con el idioma (19%) y las altas expectativas hacia el Sistema Sanitario (12%) que muestran los inmigrantes; destacan la falta de cumplimiento de las normas como la cita previa.

Conclusiones: Los resultados son coincidentes con los recogidos en la revisión bibliográfica, sugiriendo la necesidad de ser tratados en profundidad en estudios cualitativo diferenciados por grupos étnico-culturales.

12. GESTIÓN DE CASOS SOCIOSANITARIOS: PROYECTO EXPERIMENTAL BURJASSOT - VALENCIA

M.^a Jesús Megía Sanz, Jorge Garcés Ferrer y Francisco José Ródenas Rigla

Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valencia.

Polibienestar- Universitat de València-EG.

Objetivos: Ensayar un modelo de gestión de casos sociosanitarios en Atención Primaria de salud.

Constituir un equipo multidisciplinar especializado en gestión sociosanitaria.

Elaborar la base documental de la unidad de gestión de casos. Obtener indicadores de satisfacción, eficacia y eficiencia de la gestión de casos sociosanitaria.

Materiales: Material: información procedente de la base documental específica, protocolos, centros de salud de Burjassot, red sanitaria del área 05 implicada en el proyecto, equipo multidisciplinar de gestión de casos, red de recursos sociales de la Conselleria de Bienestar Social.

Método: Se ha aplicado metodología de gestión de casos *integrated care*. Incluye la creación y formación del equipo, elaboración de protocolos, diseño y reelaboración de historia socio-sanitaria específica, plan de actuación integral.

Han sido comparados dos grupos de pacientes, uno de intervención y otro de no intervención, aplicando criterios de selección y calidad en todas las fases del estudio.

Resultados: Se ha elaborado un dossier documental de soporte para la extensión de estas unidades.

Se ha generado un material audiovisual que facilita la difusión del proyecto y la formación de profesionales.

Los resultados apuntan indicadores de eficacia en la detección y resolución de problemas sociosanitarios, en la coordinación y utilización de servicios, y en la satisfacción de los sectores implicados (pacientes, cuidadores y profesionales).

Conclusiones: El proyecto de gestión de casos ofrece una propuesta de mejora viable en la asistencia sociosanitaria a pacientes dependientes, que coordina actuaciones sanitarias y sociales desde la Atención Primaria.

6 de octubre de 2005

16:30 h

1. ¿INFLUYE EL REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL PROLONGADA?

María Díaz Herrera^a, Cristóbal M. Segovia Martínez^b, José A. Milena Jiménez^c, Raquel García Luque^c, Trinidad Rufino Delgado^d y María J. Iglesias Girón^e

^aDUE de Empresa. ^bMédico de Atención Primaria. ^cR-3 MFyC UD Tenerife I. ^dTécnico de Salud Pública UD MFyC Tenerife I. ^eDUE A. Primaria. S.C.S. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Valorar si el registro en la historia clínica durante la incapacidad temporal (IT) prolongada, influye en su duración.

Materiales: Diseño: estudio descriptivo transversal. Sujetos: pacientes con alta en 2004 tras proceso de IT superior 90 días, pertenecientes a una zona básica de salud urbana. Método: variables recogidas en historia clínica: edad, sexo, fecha de baja y alta, puesto de trabajo, diagnóstico de inicio, dato evolutivo al menos semanal, quincenal o mensual, registro de derivación a otro nivel. Se compararon duración total y duración estándar (en procesos que la tenían definida) en los casos con cumplimentación mínima en historial con los que no hubo cumplimentación, codificación, o no apareció la historia clínica.

Se usa paquete estadístico SPSS 11,0.

Resultados: 442 pacientes totales, 56 sin historia accesible, edad media: 45,97 (DT: 11,53), 54,2% mujeres. Tenían registro de diagnóstico de inicio 261 (67,6%), fecha inicio de IT 240 (62,2%), fecha del alta 185 (48,3%), del puesto de trabajo 246 (63,9%), de la derivación/ingreso a otro nivel 215 (55,7%), periodicidad datos evolutivos: mínimo semanal 21 (5,4%), quincenal 29 (7,5%), mensual 116 (30,1%), sin datos evolutivos al menos mensual 220 (57%).

En las historias con registros periódicos el promedio de superación de la duración estándar era de 144,8 días, frente a los 190 días promediados por los pacientes sin posibilidad de acceso a historia o sin registro periódico (p=0,04).

Conclusiones: El registro periódico en la historia de los procesos de IT largos es insuficiente en nuestras consultas. Éste determina una menor duración de estos procesos.

2. AMOXICILINA-ÁCIDO CLAVULÁNICO FRENTE A NORFLOXACINO EN TERAPIA CORTA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO NO COMPLICADAS EN MUJERES. ESTUDIO ANITU (1ª PARTE).

Victor López Marina^a, Natalia Costa Bardají^b, Gregorio Pizarro Romero^c, Núria Montellà Jordana^c, Rosa Alcolea García^d, Mercè Pérez Vera^e, en representación del grupo ANITU

^aABS. Píera; ^bABS. Badalona 6-Llefià; ^cCAP II Dr. Robert;

^dABS. Besós; ^eABS. Pineda de Mar.

Objetivos: Evaluar la efectividad (global, en mujeres mayor de 65 años y en diabéticas con buen control metabólico) de amoxicilina-ácido clavulánico 500-125 mg/8 horas durante 5 días (A) frente a norfloxacin 400 mg/12 horas durante 3 días (N) para el tratamiento de las infecciones del tracto urinario no complicadas (ITU) en pacientes atendidas en Atención Primaria.

Materiales: Diseño: ensayo clínico aleatorio no ciego y pragmático, multicéntrico, en la provincia de Barcelona. Intervención: mujeres con síndrome miccional no complicado y tira de orina positiva se asignaban aleatoriamente al grupo (A) o (N), realizándose sedimento y urocultivo pre y postratamiento, durante el año 2004. Mediciones principales: edad, etiología, efectividad global, en mujeres mayores de 65 años y en pacientes diabéticas con buen control metabólico (HbA1c < 7%); principales efectos secundarios.

Resultados: Edad (media ± DE): 54,7 ± 20,7. Etiología: *E. coli* (66,4%), *K. pneumoniae* (7,5%), *P. mirabilis*, *E. faecalis* y *Corynebacterium* spp. (5,4%), otros (9,9%). Efectividad: global: (A) 73/93=78,5%, (N) 80/92=86,9% (p=0,19); mujeres > 65 años: (A) 27/36=75%, (N) 29/34=85,3% (p=0,03); pacientes diabéticas: (A) 19/24=79%, (N) 17/21=81% (p=0,27). Principales efectos secundarios: en ambos tratamientos ha sido la intolerancia digestiva con un 0,02%.

Conclusiones: 1) Tanto globalmente como en diabéticas, ambas pautas terapéuticas son muy efectivas y seguras para el tratamiento de las ITU en mujeres. 2) (N) es más efectivo que (A) en mujeres mayores de 65 años.

3. COBERTURAS DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIपाल EN UN CENTRO DE SALUD

Catalina Fernández Lozano, José Mancera Romero, Francisca Paniagua Gómez, María Luisa Fernández Tapia, Lourdes Linares Castro y María Kuhn González

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

Objetivos: Conocer las coberturas de la vacunación antigripal en los pacientes de 14 años en un centro de salud urbano en el año 2004.

Materiales: Estudio descriptivo transversal. Datos de población. Base de datos TASS (sistema informático para atención primaria del Servicio Andaluz de Salud). Medidas de frecuencia.

Resultados: Nuestro centro tiene asignadas 34.232 tarjetas sanitarias individuales (5.149 14 años, 24.488 entre 14 y 64 años y 4.595 65 años). Durante el año 2004 se vacunaron 4.177 personas de 14 años (14,36% del total de la población).

Edad media: 67 años. El 53,5% de los vacunados fueron mujeres y el 85% eran personas de riesgo alto. Se vacunaron 2.445 personas 65 años (53,21%). El 54,6% fueron mujeres. Edad media de 73 años. El 97,5% eran personas de riesgo alto.

Conclusiones: Coberturas de vacunación antigripal en adultos y en mayores de 65 años más bajas que en Andalucía y España. A la vista de los resultados unos objetivos razonables para la próxima campaña serían igualar la media andaluza (60% de los mayores de 65 años y llegar al 80% en los próximos 5 años). Sería necesario disponer de los datos desagregados por cupo para poder realizar una intervención más efectiva.

4. CONTRIBUCIÓN DE MÉDICOS DEL MUNDO AL IMPACTO DE LA ESTRATEGIA DOTS EN EL PLAN NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS DE FILIPINAS

María Rubio Yuste, José Luis Portero Navio, María Asunción Peset Pérez, María Iriarte Ibarragán y José César Antón Pascual

Médicos del Mundo.

Objetivos: Instauración de la estrategia DOTS (terapia directamente observada de corta duración) en el Programa Nacional de Tuberculosis de la República de Filipinas.

Materiales: Médicos del Mundo desde 2000 desarrolla un protocolo consensuado de actuación basado en el Manual de Procedimientos para los Programas Nacionales de Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con el Ministerio de Sanidad (DoH) y la Asociación Filipina de Tuberculosis (PTSI). Las acciones se desarrollan en 5 puntos: 1) compromiso político local de apoyo al programa, 2) provisión de microscopios como técnica diagnóstica básica, 3) estandarización del tratamiento en periodos de 6 u 8 meses, 4) mantenimiento de un adecuado volumen de medicamentos antituberculosos, 5) sistema normalizado de notificación de casos.

Resultados: Se alcanzó un porcentaje de detección de casos (PDC) del 64% y una ratio de curación (RC) del 78% (con un 89% de tratamientos finalizados). Esto supone un ligero aumento en el PDC respecto a los valores previos, siendo la RC la más beneficiada por la estrategia DOTS. La OMS establece la necesidad de un PDC superior al 70% y una RC del 85% mantenida durante al menos una década para disminuir un 50% la morbi-mortalidad.

Ningún estudio de prevalencia (1983-84 y 1997) ha demostrado variación en la incidencia de la tuberculosis en Filipinas en las dos últimas décadas (330 casos totales estimados por 100.000 habitantes).

Conclusiones: La estrategia DOTS es un procedimiento adecuado para el control de la tuberculosis si es mantenida con niveles de calidad controlados de forma prolongada.

5. INFECCIÓN POR PARVOVIRUS B-19 EN ADULTOS. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 8 CASOS

Pilar Sánchez Sánchez, Luisa Salvador, Amor Gamir, M.ª Ángeles Llorens, Mercedes Sánchez y Julia Mengual

Centro Salud Alaquas. Valencia.

Objetivos: Estudiar las características clínicas de la infección aguda por el parvovirus B19 en ocho casos atendidos en nuestro Centro de Salud.

Materiales: Realizamos estudio descriptivo de 8 casos diagnosticados durante los meses de marzo, abril y mayo de 2005 en el Centro de Atención Primaria de Alaquás (Valencia). El diagnóstico se realizó por la clínica y la serología positiva anti-parvovirus B19. Se valoró la presencia de artritis, manifestaciones cutáneas, fiebre, bioquímica y otros síntomas acompañantes.

Resultados: Diagnosticamos 7 casos en mujeres y un hombre. Todos mayores de 20 años. Ninguno presentó fiebre. Los 8 pa-

cientes manifestaban afectación articular y exantema cutáneo pruriginoso. Las articulaciones más afectadas fueron las manos seguidas de los tobillos y las rodillas. La rigidez matutina estaba presente en todos los casos.

El exantema no apareció en la cara, a diferencia de lo que acontece típicamente en los niños. Una paciente tuvo cefalea intensa. En tres casos apareció aumento ligero de transaminasas. Todos los casos se resolvieron en unos días, y en algunos reapareció el exantema al exponerse calor.

Conclusiones: En los pacientes con exantema pruriginoso y manifestaciones articulares debemos sospechar la infección por el parvovirus B19. Sería conveniente el seguimiento de los pacientes por la hipotética relación con enfermedades reumáticas como el lupus y la artritis reumatoide.

6. OSTEOPOROSIS E HIPERTENSIÓN

Enrique Almenar Cubells, Juan Matamoros, Carmen Hernández Espinosa, Ignacio Roca Adelantado, Rosa Rodríguez Serra y Rafael Carratala Huesca

Centro de Salud de Benifaió. Valencia.

Objetivos: Valorar el grado de osteoporosis y osteopenia en mujeres hipertensas frente a mujeres no hipertensas.

Materiales: Estudiamos a 76 mujeres mayores de 45 años y que no habían padecido ninguna enfermedad osteopenizante. Se realizaron dos grupos, el primero de pacientes hipertensas de más de un año de evolución, y otro grupo de pacientes no hipertensas. A todas las pacientes se les practicó una encuesta protocolo y una analítica y se les realizó una densitometría por ultrasonidos de calcáneo con el achilles express, que calcula el índice de *stiffnes* y los calculos *t-score* y *z-score*; en todos los pacientes se recogieron la edad, talla, índice de masa corporal (IMC) y el cálculo de afectación renal con la fórmula de *crookoff-gault*.

Resultados: La edad media total del grupo fue 66,21 desviación estándar (DE) 10,66. Hipertensas eran 40, y 36 no hipertensas.

La edad media de ambos grupos no presentó alteraciones significativas $t=1,76$, $p=0,83$.

El grupo de hipertensas presentó osteoporosis 50%, osteopenia 30%, normal 20%, frente al grupo de no hipertensas: osteoporosis 30,5%, osteopenia 38,8%, normal 30,7%.

Realizadas la "t" de student para medias de hipertensión y el índice de *siffnes* $t=1,919$, $p=0,059$; en la afectación renal existe un resultado significativo entre hipertensos y no hipertensos $\chi^2=8,404$ $p=0,0038$.

Ningún paciente presentó ingesta alcohólica ni había diferencias en la ingesta de calcio entre los grupos.

Conclusiones: Existe una mayor prevalencia de osteoposis en los pacientes hipertensos que en los no hipertensos, por lo que deberíamos estudiar la afectación ósea en todos los pacientes hipertensos.

7. VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN CLÍNICA DE FRACTURA VERTEBRAL OSTEOPORÓTICA NO DIAGNOSTICADA EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS. RESULTADOS DEL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO RIESGO

Enrique Redondo Santamaría, José S. Pérez Martínez, Esther Redondo Margüello, Francisco Colado Pinés e Isabel Portero Sánchez

Departamento de Investigación Clínica. Merck, Sharp and Dohme. Madrid.

Objetivos: Validar un cuestionario clínico como herramienta de identificación de mujeres con fracturas vertebrales osteopo-

róticas (FVO) no identificadas, en pacientes que acuden a una consulta de Atención Primaria (AP).

Materiales: A un total de 3.800 mujeres mayores de 60 años incluidas en un estudio epidemiológico, multicéntrico, observacional de corte transversal, se administra durante una única visita un cuestionario clínico y se realiza revisión de la historia clínica, junto con solicitud de radiografía dorsolumbar. El cuestionario consta de 6 preguntas (edad, índice de masa corporal, pérdida de estatura, cifosis, dolor de espalda, historia de fracturas previas) que puede alcanzar una puntuación máxima de 10. Así mismo, se construyó una curva ROC y se calcularon los índices de validez de criterio.

Resultados: Del total de mujeres encuestadas 3.796 (99,8%) respondieron correctamente el cuestionario, en las cuales se confirmó el diagnóstico de FVO en 1.530 mujeres (42%). La puntuación media obtenida en la población fue 4,4 ($\pm 1, 945$). La sensibilidad del cuestionario para una puntuación superior a 4 fue 64,8% (IC 95%; 62, 4-67,2), su especificidad 70% (IC95; 68,1-72), y su valor predictivo positivo fue 62% (IC 95%; 58,4-63,1).

Resultados: En esta población de mujeres posmenopáusicas mayores de 60 años, un cuestionario con 6 preguntas fáciles de recordar permite poder identificar mujeres con FVO no diagnosticadas previamente, constituyendo una útil herramienta para la práctica clínica de un médico de AP, de cara a poder establecer qué pacientes necesitarán una radiografía dorsolumbar que confirme la sospecha clínica de FVO.

8. PRESCRIPCIÓN DE AINE: MOTIVO, RIESGO DE EFECTOS ADVERSOS GASTROINTESTINALES Y ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO GASTROPROTECTOR

Marta Oller Sanz, Elisa Minguella Muñoz, Laura Ruiz Balestra, Josep Anton de la Fuente Cadenas, Ester Amado Guirado y Celia Tajada Vitales

Instituto Catalán de la Salud.

Objetivos: Conocer el motivo de prescripción de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los más prescritos, riesgo efectos adversos gastrointestinales (REAGI) y adecuación tratamiento gastroprotector (TGP).

Materiales: Estudio observacional, descriptivo, transversal realizado en centro de salud urbano.

Sujetos: muestra aleatoria de 187 prescripciones de AINE correspondientes a 179 pacientes asignados a 4 médicos de familia. Período de estudio: 2003.

Mediciones: edad, sexo, motivo prescripción (CIAP-2), tipo de AINE, factores REAGI: edad 65 años, tratamiento concomitante (TC) con antiagregantes/ anticoagulantes/corticoides; historia *ulcus*; > 1 AINE; insuficiencia: renal, hepática y cardíaca y adecuación del TGP según factores de riesgo enumerados.

Resultados: 187 prescripciones, 112 (59,9%) mujeres. Edad (media 48,3; DT 18,1; IC 95%: 45,7-50,9). Motivo: L01-Signos/síntomas cuello 14 (7,5%); L03-Signos/síntomas lumbares 32 (17,1%); L15- Signos/síntomas rodilla 6 (3,2%); L18-dolor muscular/fibrositis 7 (3,7%); L79-esguince/distensión 6 (3,2%); L84-artrosis columna 13 (7%); L86-discopatía lumbar con irradiación 9 (4,8%); L90-artrosis rodilla 19 (10,2%); L95-osteoporosis 8 (4,3%); L99-otras locomotor 6 (3,2%); N01-cefalea 11 (5, 9%); N89-migraña 7 (3,7%); U95-cólico nefrítico 8 (4,3%). Los AINE más prescritos: ibuprofeno 117 (62,6%), diclofenaco 42 (22,5%). Factores REAGI: 65 años 48 (25,7%); TC anticoagulantes/corticoides 28 (15%); historia *ulcus* 9 (4,8%), > 1 AINE 10 (5,8%), insuficiencia: renal, hepática y cardíaca 5. Se prescribieron AINE a 52 (27,8%) personas hipertensas.

TGP adecuado 135 (72,2%) casos, recibían TGP sin REAGI 40 (21,4%) no lo recibían a pesar de presentar REAGI 12 (6,4%).

Conclusiones: Elevada prescripción AINE por patología aparato locomotor. En la mitad de casos se prescriben a personas con factores de REAGI. El TGP es adecuado en 3 de cada 4 pacientes y una de cada 5 lo recibe sin factores de REAGI. También se prescriben en hipertensos que pueden empeorar el control.

9. ETNOBOTÁNICA Y ATENCIÓN PRIMARIA

Alfonso Bandrés Salvador, Manuel Marco Ortiz, Simón Fos Martín, María Jesús Villa Pérez, Àngels Martí Alapont y Héctor Luis Sales Safont

Consultorio Auxiliar de Vistabella del Maestrazgo.

Objetivos: Aproximarnos a la interpretación popular de la salud, de la enfermedad y de la lucha contra la misma en nuestra población, y simultáneamente identificar las plantas de nuestro entorno utilizadas con fines terapéuticos, así como reconocer su potencial tóxico para prevenir intoxicaciones y estudiar aspectos antropológicos de nuestra población.

Materiales: Tras una recogida de datos sobre plantas utilizadas con fines terapéuticos mediante entrevista estructurada y observación participante se llevó a cabo una experiencia multidisciplinar (docentes del colegio local, técnicos de medio ambiente, equipo de Atención Primaria) en el propio entorno natural dirigida a los alumnos de dos colegios de la zona para identificar las plantas *in situ* y recolectar controladamente ejemplares seleccionados.

Resultados: En la experiencia participaron 41 niños y niñas de 8-10 años de edad. Se identificaron 27 especies vegetales utilizadas en 17 diferentes afecciones definidas genéricamente. Con los especímenes recolectados se hizo una exposición que permitió una serie de charlas sobre los potenciales efectos tóxicos o terapéuticos de las mismas, dirigidas a los propios escolares y a la población en general.

Conclusiones: La experiencia fue satisfactoria por cuanto nos permitió conocer algunos de los remedios caseros de nuestros mayores y nos permitió instruir a los más jóvenes en el uso responsable de estas plantas. Mantuvimos nuestro lema de ofrecer una visión del consultorio local y de su equipo como procuradores de la salud, y no meramente como cuidadores de la enfermedad. Con el trabajo interdisciplinar y la participación comunitaria se logró que además de satisfactoria fuese agradable.

10. PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL TRATO ASISTENCIAL

Mireia Serrano Manzano, Esther Chirveches Pérez, Pilar Aguilar Pujols, Alba Aguado Jodar, Pilar Oriol Torón y Àngels Tobella Príncipe

ABS Martorell.

Objetivos: Conocer las preferencias de los pacientes mayores de 65 años en cuanto a tipo de profesional que les atiende y trato asistencial.

Materiales: Estudio descriptivo transversal, realizado sobre población geriátrica de un ABS. Se entrevistó telefónicamente a 386 personas, seleccionadas por muestreo aleatorio simple, sobre 3.231 mayores de 65 años totales. Se asumió proporción anticipada del 50% de la variable principal, nivel de confianza del 95% y precisión de 0,05%. Se valoraron variables demográficas (edad, sexo, instrucción, etc.), características físicas del facultativo (edad, sexo, uso de uniforme, etc.) y variables de trato.

Resultados: Edad media de 74 años (DE: 6), 61% mujeres. Al 39% le molesta no ser atendidos por su médico de cabecera; el 68% no muestran preferencias de género, el 12% de las mujeres y el 19% de los varones prefieren facultativos de su mismo sexo ($p=0,001$); al 55% le es indiferente la edad del médico; 56% prefieren que éste utilice bata; el 43% prefieren ser tratados de “tu” y el 65% por su nombre de pila, a un 37% de las mujeres les agradaba el término “abuela” frente a un 15% de los varones ($p<0,0001$). Al 93% no les molesta la existencia de ordenador en la consulta.

Conclusiones: Los pacientes prefieren un trato cercano y se muestran conservadores ante el uso de uniforme; no dan gran importancia al sexo y edad del facultativo, pero desean que sea “el suyo” quien les visite. No les molesta la existencia de ordenador en las consultas.

11. CONSULTA DE DESHABITUACIÓN DE TABACO. ¿ESTÁN NUESTROS PACIENTES MOTIVADOS?

Alex Bassa Massana, Ana Clara Cereijo Thomas, Lluïsa Pérez Miras, Teresa Martí Vila, Miquel del Val Viñolas y Magda Miralles Piñeiro

CAP Vila Olímpica. Barcelona.

Objetivos: En nuestro Centro de Salud tenemos una consulta de ayuda en la deshabituación del tabaco (CT). Los pacientes acuden por iniciativa propia, derivados por su médico, o a través de reuniones informativas. Después de 12 meses de funcionamiento hemos evaluado la motivación de los pacientes atendidos y los resultados obtenidos.

Materiales: Revisión retrospectiva de las historias de los pacientes que han acudido a la CT, desde mayo del 2004 a mayo del 2005, recogiendo las siguientes variables: edad, sexo, número de visitas, puntuación en los tests de Fagerström, Richmond y recaídas.

Resultados: Han acudido a la CT 127 pacientes, 46,4% hombres y 53,5% mujeres, con una edad media de 46,7 años. El 48,8% sólo han hecho una primera visita, el 20,4% han hecho dos visitas, el 11,8% tres visitas, el 7,8% 4 visitas, el 6,3% 5 visitas, el 2,3% 6 visitas, el 1,5% 8 visitas y el 0,7% 9 visitas. La media de la puntuación de Fagerström y Richmond ha sido de 4,9 y 8,1, respectivamente.

De los que han hecho 2 o más visitas, el 26% no han llegado a dejar de fumar, el 29,2% han recaído, y 44,6% están abstinentes.

Conclusiones: A pesar de la alta puntuación media en el test de Richmond, casi la mitad de los pacientes no vuelven después de una primera visita en la CT. De todos modos, el haber conseguido un 23% de abstinencias, justifica que mantengamos la CT.

12. DETECCIÓN DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO DE CENTROS GERIÁTRICOS (ESTUDIO PRELIMINAR)

José Manuel Benítez Moreno, Enrique Zamorano Bayarri, Cristina María Suero Martín, Carlos Campanales Valen, Samuel Lozano Alcodori y Francisco Brenes Bermúdez

Institut Català de la Salut (ABS 1-Can Mariner, Sta Coloma de Gramenet; ABS Sant Antoni de Vilamajor; ABS Llefia, Badalona). Residencia.

Objetivos: Medir rasgos de desgaste profesional (*burnout*) y de ansiedad-depresión en personal sanitario de centros geriátricos.

Materiales: Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico a partir de encuestas realizadas a trabajadores sanitarios de 6 cen-

tros geriátricos de Barcelona y su provincia. Mediciones: edad, sexo, escala de Maslach y escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

Resultados: 93 personas encuestadas (83% mujeres), edad media de 35 años (rango: 20-61). El 41% puntuó significativamente en la subescala de cansancio emocional; el 7,5% en la de despersonalización y el 17% en la de realización personal. El 45% presenta rasgos de ansiedad y el 50% presenta síntomas depresivos. El 31% de las mujeres y el 38% de los hombres muestran rasgos de ansiedad y depresión. En el 24% de sujetos concurren síntomas depresivos y ansiosos con respuestas significativas para *burnout*. En todas las subescalas la mayor puntuación corresponde al sexo masculino.

Conclusiones: La sintomatología depresiva y ansiosa en personal sanitario de residencias geriátricas es superior a la que se observa en población general. El cansancio emocional y la escasa realización personal son características prevalentes de este colectivo, traduciéndose en un desgaste profesional significativo. El desgaste profesional del personal sanitario masculino es más precoz e intenso que el del sexo femenino.

7 de octubre de 2005

09:00 h

I. ¿CUIDAMOS AL CUIDADOR?

M^a Luisa Pérez Miras, Miquel del Val Viñolas, Magda Miralles Piñeyro, M^a Teresa Martí Vilà, Alex Bassa Massana y Ana Clara Cereijo Thomas

Centro de Atención Primaria Vila Olímpica. Barcelona.

Objetivos: Analizar las características de los cuidadores de pacientes mayores en nuestra área básica.

Materiales: Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de 588 historias clínicas de pacientes mayores de 74 años y sus cuidadores, atendidos en un ABS de Barcelona el año 2004.

Evaluamos: sexo, edad, parentesco, patologías prevalentes y tratamientos.

Resultados: Identificamos cuidador en 130 de los pacientes.

Dos tercios (64,8%) de los pacientes del estudio y tres cuartas partes de los cuidadores (73,6%) eran mujeres.

El 46,9% de pacientes tiene entre 81-90 años, el 16,6% es mayor de 90 y el 36,5 entre 74 y 80 años. La mayoría de los cuidadores tenían entre 70-80 años. Valoramos la relación entre paciente y cuidador: familiar de primer grado el 82,6; otros 17,4%.

Un 15,5% de los pacientes contaban con cuidador externo.

Estudiamos si los pacientes vivían solos (33,4%), con su cónyuge (29,3%) o con otros familiares (37,3%).

Constatamos relación entre la patología del paciente y del cuidador, presentando mayor incidencia de trastornos de ansiedad quienes cuidan a pacientes con demencia (23%) o con depresión (18%).

Conclusiones:

– En un considerable número de pacientes mayores de 74 años no identificamos ningún cuidador. Los cuidadores son mayoritariamente mujeres, familiares de primer grado. Hay un porcentaje apreciable de cuidadores externos.

– La ansiedad y el consumo de ansiolíticos son elevados entre los cuidadores. Ello hace pensar que debemos tener en cuenta al cuidador y plantear un abordaje específico de sus problemas.

2. ACTUACIÓN ANTE EL DOLOR TORÁCICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS RURAL

José Luis Montero Monterroso^a, Luis Ángel Pérula de Torres^b, Pedro Rojas Parras^a, Antonio Bérchez Ordoñez^a, Manuel Gutiérrez Cruz^a, Jose Antonio Pérez Prieto^a

^aDispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Baena. Córdoba. ^bUnidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba.

Objetivos: Analizar a los pacientes que acudieron por dolor torácico. Valorar nuestra respuesta al dolor torácico en consulta.

Materiales: Estudio descriptivo, con muestreo consecutivo de pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias por dolor torácico.

Resultados: Se capturaron 58 pacientes: varones 32 (55,2%), con una media de edad de 58,4 años (límites: 13 años-88 años). El intervalo horario en que con más frecuencia empezó el dolor fue de 22 a 23 horas (12,1%). Tardaron una media de 11 horas en consultar (límites: 0,32 minutos a 72 horas y mediana de 4 horas). Se tardó una media de 5 minutos en realizar el ECG y de 2 minutos en ser leído. Fueron trasladados al hospital el 25,9%; los trasladados permanecieron una media de 57 minutos en nuestro servicio (límites: 32 minutos a 1 hora 46 minutos). El dolor con características anginosas fue del 44,8% y acudieron sin dolor el 24,1%, y el 55,2% había tomado previamente tratamiento por el dolor, el más frecuente fue nitritos (17,2%). Al 100% se le hizo ECG, al 86,2% se le tomó tensión arterial, pulsioximetría al 36,2%. monitorización al 31%, vía venosa al 24,1% y extracción de muestra de sangre al 5,2%. Se diagnosticaron 17 pacientes (29,3%) con síndrome coronario agudo. El diagnóstico más frecuente fue dolor osteomuscular (39,7%).

Conclusiones: Nuestros pacientes tardan mucho en pedir asistencia cuando tienen dolor torácico; debemos insistir en educarlos en este punto. Son buenos los tiempos de respuesta en consulta, pero debemos disminuir la variabilidad y aplicar a más pacientes determinadas técnicas. Completar este estudio con otro sobre esta demanda a domicilio.

3. CONDUCCIÓN EN LA VEJEZ: FACTORES DE RIESGO

Lidia Busquets Poblet, Carolina Rubio Jovani, Francesca Centelles Mañosa, María Teresa Tomás Bertran y Josefina Soler Carreras

CAP Sant Llàtzer de Terrassa. Barcelona.

Objetivos: Conocer la prevalencia de enfermedades y del consumo de fármacos que pueden alterar la capacidad de conducción en la tercera edad.

Materiales: Estudio descriptivo. Ámbito urbano. Muestra aleatoria estratificada por grupos de edad de 216 varones conductores/exconductores mayores de 64 años inscritos en nuestro Centro. Entrevista y revisión de historias clínicas.

Resultados: Edad media 75 (DE: 6,8) años. Un 65% (140) eran conductores actuales, 136 (97%) tenían alguna enfermedad crónica (media: 3, DE: 1,7), 110 (78%) consumían algún fármaco que podía interferir en la capacidad de conducción. Las enfermedades más prevalentes fueron: hipertensión arterial (74 [53%]), enfermedades músculoesqueléticas (50 [35,7%]) e hipertrofia prostática benigna (40 [28,6%]) y los fármacos potencialmente peligrosos más consumidos: antihipertensivos (55 [39,3%]), diuréticos (34 [24,3%]) y antianginosos (32 [22,8%]). Dentro de los déficit sensoriales se encontró alteración de la agudeza visual en 39 casos (27,8%) y en 33 (23,5%) hipoacusia. Sufrieron algún accidente de tráfico los últimos 5 años 53 (37,8%), este hecho se relacionó de forma estadísticamente significativa con tomar algún fármaco que potencialmente interfiere en la conducción ($p=0,02$) y padecer diabetes mellitus ($p=0,03$), cataratas ($p=0,04$) o hipoacusia ($p=0,00$).

Conclusiones: Un alto porcentaje de ancianos conductores padece enfermedades crónicas y consume fármacos que pueden alterar la capacidad de conducción, ambos hechos se relacionan con una mayor siniestralidad. El médico puede prevenir accidentes de tráfico adecuando su prescripción, informando sobre los posibles efectos de la medicación que prescribe y asesorando a sus pacientes mayores que todavía conducen en las precauciones que deben tomar para evitar riesgos.

4. ¿CÓMO VIVEN SU ENFERMEDAD LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA?

Belén Villarrubia Martos, Josefina Hinojal Jiménez, M.^a Luisa Montero Prados, Alicia Bedmar Marchant y M.^a Teresa Martínez Cañavate

Hospital Clínico San Cecilio de Granada. UDMFYC Granada.

Objetivos: Analizar la calidad de vida, aspectos físicos, emocionales y sociales en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y tratadas en un Servicio de Oncología de un hospital comarcal.

Material: Diseño: estudio descriptivo transversal. Población: 17 pacientes que han recibido cirugía de resección mamaria y en tratamiento quimioterápico, en seguimiento en Consultas de Oncología médica entre noviembre de 2004 y enero 2005.

Mediciones: Se aplicaron los cuestionarios autoadministrados EORTC QLQ C30 y BR23, donde se recogen variables relacionadas con aspectos físicos, emocionales y sociales que se afectan en este período de la enfermedad (alopecia, anorexia, linfedema, dismorfofobia, disfunción sexual, vida familiar y social, así como la percepción global de su estado de salud y calidad de vida).

Resultados: Edades: entre 40 y 64 años (edad media=53,19). La valoración global de la calidad de vida fue del 64,58%. (IC al 95%=64,58 ± 6,15).

Los síntomas que más preocupan a estas pacientes son los efectos secundarios del tratamiento (alopecia [51,85%], linfedema [43,8%], xerostomía [43,8%]), así como el insomnio (40%), la fatiga (37,77%) y el estreñimiento (26,19%). La función social es la que consideran menos afectada, seguida de la función física; en cambio los aspectos emocionales se ven más perjudicados.

Conclusiones: La agresividad de los tratamientos y la propia patología oncológica afectan de manera significativa la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.

El conocimiento de estos aspectos sería de gran utilidad para ampliar el papel del médico de Atención Primaria (AP) en el seguimiento y apoyo a estas pacientes.

5. BURN OUT Y GRUPO BALINT (GB)

María Barnés i Castelló, María Bou i Mas, Merce Fores i Viñeta, Pilar Muxi i Vellalta, Elvira Pou i Rovira y Carme Virgili i Gràcia

Primaria Alt Empordà. Girona.

Objetivos: Establecer discusiones de grupo entre médicas del sistema público de Atención Primaria en áreas rurales con una psicoterapeuta de orientación analítica para abordar casos complejos, con sus vertientes psicológicas, sociales y familiares.

Tener una visión amplia del ejercicio de la Medicina que permita superar la impotencia y el aislamiento profesional.

Materiales: El grupo Balint(GB) es un trabajo en grupo basado en la clínica diaria y desde la perspectiva psicodinámica. El funcionamiento se basa en reuniones periódicas para presentar y analizar casos aportados por las médicas participantes.

Las sesiones se complementaron con lecturas de textos sobre los temas tratados.

Resultados: Esta experiencia de 7 años en el GB nos ha permitido tener mayor comprensión de los aspectos no clínicos de nuestra praxis. Mejorar las habilidades profesionales de comunicación, escucha, tolerancia y diálogo.

Disminuir la sensación de aislamiento, impotencia, estrés, exceso de responsabilidad: el *burn out*.

Conclusiones: Hemos aprendido a poner límites, a delegar los aspectos complementarios, a analizar los pacientes en su contexto amplio y a utilizar las demandas del paciente como signos guía de una problemática más amplia.

Nuestra experiencia en GB nos permite concluir que este tipo de trabajo es una herramienta válida para mejorar nuestra capacidad de comprensión del medio en el que trabajamos.

Proponemos que esta experiencia sea generalizable para prevenir el *burn out* y mejorar la práctica diaria.

6. EVALUACIÓN DE INFORMES OFTALMOLÓGICOS EN UN PROGRAMA ESPECIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DESDE UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD

Ignacio Javier Cova Díaz, Antonio Burgo Ojeda, Mikel Criado Goti, Pedro Vicioso Ranz, Cipriano Varcácel y Pedro Gallego Otero

Unidad Docente de Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife DpMPySP-ULL.

Objetivos: Mediante el análisis de los informes emitidos por la Unidad de Exploración Oftalmológica, establecer el perfil de los diabéticos estudiados en función de la edad, el tipo de diabetes, los años con la enfermedad, el tiempo en tratamiento, intervención con laserterapia, programas preventivos, diagnóstico oftalmológico y resolución emitida por la unidad en estudio.

Materiales: Se analizaron los primeros 42 informes de pacientes procedentes de la UAB 6 del Centro de Salud de Barranco Grande, en los primeros 6 meses de funcionamiento del servicio. Estudiándose las siguientes variables: edad, sexo, tipo de diabetes, años de diagnóstico, años de tratamiento, laserterapia, programas preventivos de Primaria asociados en el paciente, diagnóstico establecido, próxima revisión, derivación al tercer nivel, alergias y diagnóstico emitido.

Resultados: Edad media fue $66,54 \pm 10$, 91, razón hombre/mujer 0,82, tipos de diabetes: 2,4% gestacional, 7,1% tipo 1 y el 90,5% tipo 2, laserterapia 2,4%, años de diagnóstico $7 \pm 7,8$, años de tratamiento con insulina $10,25 \pm 9,6$, revisiones pautas: al año un 85,7%, a los 6 meses 2,45 y 11, 9% remitidas al nivel hospitalario. Se dio 2,4% de alergias a fármacos. Programas preventivos: el 66,7% eran hipertensos, 40,5% dislipidémicos, y un 11, 9% obesos. El grado de severidad de las lesiones encontradas, en un 81% no se registró, en un 7,1% fue leve y en 11, 9% no definido. Los diagnósticos de no retinopatía se dieron en el 78,6%, opacidad de medios ópticos en un 7,1% y siendo de retinopatía diabética un 15,3%.

Conclusiones: La aparición de un 15,3% de retinopatía diabética, hipertensión, dislipidemia y obesidad asociada es un resultado alto, en consonancia con los años de diabetes y edad de estos pacientes. El grado de definición en el diagnóstico de severidad es bajo en los informes estudiados.

7. UNIDADES DE DOLOR DE LA COMUNIDAD DE EXTREMADURA: MÁS CERCA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Manuel Jiménez Rodríguez, Josefa Costillo Rodríguez y María Redondo Fernández

Servicio Extremeño de Salud.

Objetivos: Proporcionar conocimientos actualizados a médicos y enfermeras de Primaria y de hospitalaria sobre evaluación y

tratamiento del paciente con dolor. Disminuir el dolor inútil evitable. Fomentar cambios culturales en nuestros profesionales ante el abordaje del dolor.

Atención de los pacientes incluidos en cartera de servicios de las Unidades.

Evaluación de los tratamientos y técnicas aplicadas en las Unidades o a propuesta de las mismas

Materiales: Plan de Formación Anual de las Unidades de Dolor orientado a Primaria y Hospitalaria a médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y psicólogos a pregrado, postgrado y formación continuada.

Educación para la salud. Cartera de Servicios de las Unidades consensuada y revisable. Difusión de las actividades y evaluaciones realizadas.

Resultados:

– 500 sesiones docentes.

– 1.400 pacientes nuevos.

– 3.000 revisiones.

– 80 interconsultas hospitalarias.

– 3.400 consultas de enfermería.

– 40 rotantes por las Unidades.

– 3.000 asesorías telefónicas a facultativos.

– 2.500 asesorías telefónicas a pacientes.

Conclusiones: La cultura en torno al dolor es la mayor resistencia para su buen abordaje. La asesoría a distancia (telefónica, telemedicina, internet) es cada vez más solicitada por los facultativos.

La revisión de la cartera de servicios ha permitido adecuarla a las necesidades de las Unidades y de Primaria y hospitalaria.

Es imprescindible una adecuada gestión de las altas y de las revisiones. El médico de Atención Primaria es el eje central en el proceso de atención al paciente con dolor crónico.

8. OBESIDAD MÓRBIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Carmen Torán Frasnado, María Ángeles Magrazo Carreras, María José Toribio Toribio y María Estévez Domínguez

Institut Català de la Salut.

Objetivos: La obesidad mórbida constituye una enfermedad en sí misma y aumenta el riesgo en numerosas patologías.

También constituye un problema para la calidad de vida del paciente afecto. El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de la obesidad mórbida en nuestra población, comprobar la eficacia del tratamiento que ofrecemos en nuestro centro y aportar elementos de reflexión para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Materiales: Descripción de la prevalencia de la obesidad mórbida registrada en la HCAP por medio del índice de masa corporal (IMC) y de la evolución del peso, tras la intervención en la consulta, mediante consejo para cambio de hábitos dietéticos y aumento de la actividad física. Los pacientes que no han sido visitados en los últimos 6 meses han sido descartados del seguimiento.

Resultados: La población adulta adscrita a nuestro centro de salud es de 35.000 personas aproximadamente. De esta población, 431 pacientes tienen el IMC $> 40 \text{ kg/m}^2$, que equivale al 1,23%. Son mujeres 344. El seguimiento ha sido de 187 pacientes, de los que 18 han perdido más de del 10% del peso inicial (14 mujeres), (tabla 1).

	TOTAL	Porcentaje	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje
Prevalencia	431		87	20,18	344	79,81
Seguimiento	187	43,38%	33		154	
Han perdido >10%	18	9,62%	4	12,12%	14	9,09%
No han perdido > 10%	169		29		140	

Conclusiones: Los resultados demuestran la dificultad de perder peso para estos pacientes, pues sólo el 9,62% de los que han tenido intervención y seguimiento han conseguido una pérdida de peso algo significativa. Nos hemos de plantear la distribución de recursos para ofrecer a estas personas, no sólo en cuanto a la pérdida de peso, sino a mantener una actividad y autoestima satisfactorias.

9. HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO E HIPERCOLESTEROLEMIA EN CONTROLES ANALÍTICOS HABITUALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Beatriz Aragón Martín, Marta González Souto, Begoña Sacristán Escudero, María José Cobo del Hoyo y Pedro José Caballero Vallés

Centro de Salud.

Objetivos: Estudiar la prevalencia del hipotiroidismo subclínico y su relación con las alteraciones del metabolismo lipídico.

Materiales: Se determinó la concentración de colesterol total, triglicéridos y hormona paratiroidea (TSH) en cada analítica de control rutinario (año 2003) en una consulta del Centro de Salud Ángela Uriarte, Área 1 de la Comunidad de Madrid. Si el resultado de TSH era anormal se determinaba también, T4 y eventualmente T4 libre. Para el diagnóstico de hipotiroidismo subclínico se siguieron los criterios del protocolo de enfermedad tiroidea del Área 1. Basándonos en la historia clínica informatizada (OMI) se recogieron los datos demográficos (edad, sexo, etc.) y la existencia de dislipidemia previa. Se ha estudiado la relación estadística de estas variables con el programa SPSS.

Resultados: 421 pacientes con edad media de 52 años (rango 16-91), 68,3% mujeres de los que un 8,6% presentaba patología tiroidea ya diagnosticada. Se detectó hipotiroidismo subclínico en un 2,75% de casos. Un 48,6% de la muestra presentaba hipercolesterolemia, de los cuales el 27,9% ya tenían tratamiento farmacológico.

La mitad de los casos de hipotiroidismo subclínico presentaban hipercolesterolemia.

Conclusiones: La prevalencia de patología tiroidea en la población de nuestro estudio es similar a la publicada en otras regiones geográficas españolas. Cuando se estudia la asociación de patología tiroidea, en concreto hipotiroidismo subclínico y dislipidemia, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia de dicha patología en pacientes hipotiroideos y eutiroideos.

10. NIVEL DE SALUD, UTILIZACIÓN Y VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO EN LAS POBLACIONES LATINOAMERICANAS Y AFRICANAS

Elena Rodríguez Álvarez, Nerea Lanborena Elorduy, Celina Perda Riguera, José Julio Pardo, Alba Rodríguez Rodríguez e Idoia Uribarri Torre

Departamento de Enfermería I. Universidad del País Vasco. Médicos del Mundo.

Objetivos: Analizar el nivel de salud, utilización y valoración de los servicios recibidos desde los distintos niveles de Atención Primaria y especializada en las poblaciones inmigrantes de nuestra comunidad.

Materiales: Estudio transversal instrumentalizado a través de los cuestionarios de la ESCAV2002 a diferentes grupos étnico-culturales. La muestra la componen 490 inmigrantes (167 lati-

noamericanos, 219 magrebíes y 104 subsaharianos). La captación de los integrantes se realizó por muestreo de conveniencia y análisis inferencial de los datos.

Resultados: De las 490 personas el 41% (53% entre los subsaharianos) califica su salud como muy buena o excelente, frente al 15% de población autóctona. Declaran haber consultado al médico el 85,8% de magrebíes, el 64,4% de subsaharianos y el 71% de latinoamericanos. El colectivo magrebí es el que menos utiliza la consulta urgente (17%) y el subsahariano el que peor valora la asistencia recibida (57%). En la asistencia a los servicios de urgencias, el 53% de los latinos que acudió considera que tenía un problema de salud grave, frente al 15% de magrebíes y el 26% de subsaharianos. La hospitalización fue mayor entre los magrebíes.

Conclusiones: En todos los grupos estudiados la peor salud percibida se da entre las mujeres. De los grupos estudiados destacamos el bajo nivel de ingresos y el mayor porcentaje de desempleo entre los africanos, lo cual no permite relacionar los factores socioeconómicos con la peor percepción de salud. Incidir en la necesidad de abordar estudios diferenciando los colectivos de inmigrantes.

11. MIGRAÑA Y MENSTRUACIÓN

Sonia Hernández Sánchez, Rosa A. Sepúlveda Correa, Jerónimo Regojo Fernández, Laura Sánchez Domínguez, Francisca Fraile Terrero y María Antonia Jiménez Carabias

Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Salamanca. Departamento de Estadística de la Universidad de Salamanca.

Objetivos: Conocer la relación entre menstruación y migraña, forma de presentación, terapéutica empleada y su respuesta.

Materiales: Estudio descriptivo prospectivo de 98 mujeres de edad fértil con diagnóstico clínico de migraña. Paquete estadístico utilizado: SPSS11.5.

Resultados: Edad media: 36,092. Antecedentes familiares de migraña: 69,4%. Factores de riesgo cardiovascular: 34,6% (tabaquismo: 21,4%). El factor desencadenante más relevante es el estrés (33,5%) seguido de determinados alimentos (29,6%). En el 67,3% la migraña se asoció a menstruación; de forma aislada, como parte del síndrome premenstrual: 36,4% y como migraña menstrual verdadera: 4,5%; el resto, corresponde a asociaciones (antes y/o durante y/o después). La media de aparición de síntomas: 2,68 días antes y se mantiene: 2,23 días después con una intensidad media durante los cambios cíclicos del 7,71, y sin ellos, 6,20. Duración con menstruación respecto a sin menstruación: 51,5% igual, 42,4% mayor y 6,1% menor. En las tomadoras de anticoncepción oral, más de la mitad empeoran y menos de un tercio mejoran. Base de la medicación: analgésicos (27,3%), antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (19,7%), triptanes (4,5%) o combinaciones entre ellos (30%). El uso continuado de codeína: 12,1%. La medicación profiláctica es utilizada en el 5,3% y requieren medicación preventiva el 9%. La respuesta a la medicación (quitando el 3% que no toma): 6,1% no mejora, 36,4% discreto alivio, 34,8% mejoría importante, 19,7% cede; 43,1% se automedican.

Conclusiones: El infradiagnóstico y la automedicación son dos de los frentes de actuación sobre los que el médico de Atención Primaria debe actuar para evitar cronicaciones y mejorar la calidad de vida de estas pacientes. La mayor intensidad y prolongada duración de la jaqueca durante el ciclo hormonal supone el ajuste terapéutico individualizado, seleccionando los casos que se benefician de medicación profiláctica.

12. POBLACIÓN RURAL O URBANA COMO FACTOR DE RIESGO DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA NO VERTEBRAL. ANÁLISIS DE 5.201 MUJERES DEL ESTUDIO ECOSA.

T. Rama^a, R.M^a. Alcolea^a, A. Gimeno^b, J.M. Comas^c, H. Sánchez^d y M^a.A. Valero^e en representación de los investigadores del estudio ECOSAP

^aABS Llefià. Barcelona. ^bCS L'Alcudia. Valencia. ^cCS Puebla de Montalbán. Toledo. ^dCS Fuensanta. Sevilla. ^eDepartamento. Investigación Lilly S.A.

Objetivos: Identificar si el origen rural o urbano de las pacientes incluidas en el estudio ECOSAP constituye un factor de riesgo independiente de presentar fracturas osteoporóticas no vertebrales.

Materiales: 5.201 mujeres de 65 o más años de edad, evaluadas prospectivamente durante tres años en 58 Centros de Atención Primaria (AP), 10 de ellos ubicados en poblaciones con menos de 25.000 habitantes (población rural [PR]: 921 mujeres: 17,7%). Se recogieron variables demográficas, antropométricas,

un cuestionario de factores de riesgo de osteoporosis y fracturas, y se realizó una ecografía cuantitativa ósea (QUS) de calcáneo. Se analizaron prospectivamente todas las fracturas no vertebrales por fragilidad. Se realizó un análisis multivariado de regresión de Cox para evaluar las variables independientes asociadas al riesgo de fractura, incluyendo el origen (rural o urbano).

Resultados: Tras un seguimiento de 14.999 mujeres-año, se recogieron un total de 363 fracturas en 311 mujeres (6,0%), con una tasa de incidencia de 242 fracturas /10.000 habitantes/año. Ochenta y una fracturas ocurrieron en 69 pacientes consideradas de PR (22,7%). El análisis multivariante mostró que la edad, el antecedente de caídas, los antecedentes familiares y personales de fractura y un menor valor de los valores de la QUS se relacionaron con un mayor riesgo para sufrir una fractura no vertebral, mientras que pertenecer a una PR no suponía un factor de riesgo independiente (HR: 1,28; IC 95%: 0,97-1,67; p=0,078).

Conclusiones: El origen en población rural no incrementa el riesgo de sufrir una fractura por fragilidad no vertebral en una amplia serie de mujeres posmenopáusicas.