

1. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE URGENCIAS EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD RURAL

J. Alfonso Landa, P. Sanz Lana, B. Viejo Hernández, M.T. Maquirriain Gorritz, P. Alfonso Landa y J.M. Lana Moreno

Centro de Salud de Allo. Navarra.

Objetivos: Analizar la utilización de los servicios de urgencias en una Zona Básica de Salud (ZBS) rural.

Materiales: *Diseño:* Estudio observacional retrospectivo. *Ámbito:* ZBS rural de 5.800 habitantes (12 localidades). *Sujetos:* Atenciones realizadas por el médico y/o enfermera en el Punto de Atención Continuada (PAC) durante 6 meses. *Mediciones:* Datos del registro de Atención Continuada. *Variables:* total asistencias, edad, sexo, día de semana, hora atención, lugar actuación, utilización del 112 y profesional.

Resultados: Se realizaron 1.242 asistencias; el 53% eran hombres. Los grupos de edad que más demandaron fueron: 0-5, 25-34 y 75-84 años. El mes de mayor actividad fue agosto y el día de la semana, el domingo. Por tramos horarios, acudieron más entre las 16 y las 19 horas. El 36% de las asistencias se recibieron a través del 112. A domicilio se acudió en el 19% de las ocasiones. Por profesionales, el médico atendió el 51% de los casos, la enfermera, el 9% y juntos el 40%.

Conclusiones: El perfil del paciente que demanda los servicios del PAC es: varón, niño o adulto joven, que acude a media tarde directamente al centro y sin utilizar el 112. Probablemente existen causas laborales y escolares que "justifiquen" este tipo de utilización de los servicios de urgencias.

2. CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿OFRECEMOS CALIDAD Y SATISFACCIÓN AL USUARIO?

A.M. Redondo Horcajo, Y. Delgado Burgos, F. Martín-Vegue Puig, A. Jorquera Guillén, M. Blanco Marengo y L. Izquierdo Gómez-Arevalillo

C. S. Jaime Vera II Leganés (Madrid).

Objetivos: 1) Describir los procesos atendidos. 2) Conocer las características sociodemográficas de los pacientes sometidos a técnicas de CM. 3) Conocer el grado de calidad y de satisfacción en nuestros pacientes.

Materiales: Estudio descriptivo retrospectivo de la CM realizada por medicina-enfermería durante el 2001. Equipo de tarde de un centro de salud urbano de la periferia sur de Madrid con una población asignada de 13.632 usuarios. Pacientes que a petición propia o por consejo médico deciden someterse a técnicas de CM en el centro de salud. Obtuvimos de la hoja de registro de intervención y de la historia clínica las variables descriptivas sociodemográficas. Posteriormente pasamos una encuesta telefónica estructurada para recoger variables de efectividad, trato recibido y satisfacción. Análisis de datos con paquete estadístico SPSS v 8.0.

Resultados: Registramos 996 actos de crioterapia, 26 artrocentesis, 10 drenajes, 18 biopsias, 58 infiltraciones, 5 curetajes y 10 suturas, actuando sobre más de 18 tipos de lesiones. Encuestamos a 263 pacientes, 68% mujeres, 62,7% casados. El

62% consultaron por dolor-molestia local y el 16,7% por estética. Un 9,9% consideró pocas-muy pocas las explicaciones recibidas. Al 84,5% le pareció poco-muy poco el tiempo de espera hasta la intervención. Al 96,6% le pareció buena-muy buena la limpieza de la sala. El 98,1% opinó como adecuado-muy bueno el trato recibido en el centro. El 84,8% consideró satisfactorio-muy satisfactorio el resultado del tratamiento y un 96,2% consideró satisfactoria-muy satisfactoria la actuación del profesional que le atendió. Ante una lesión similar el 11% preferiría acudir al especialista de segundo nivel.

Conclusiones: Existen diferentes tipos de lesiones que con las técnicas de CM pueden ser fácil y rápidamente tratados en atención primaria. El incremento de actos de CM en nuestro centro va acompañado de un alto grado de calidad y de satisfacción entre nuestros usuarios.

3. EFECTIVIDAD TERAPEÚTICA Y REDUCCIÓN DEL GASTO SANITARIO AL ACORTAR LAS ILT DE LAS INFILTRACIONES REALIZADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

V. López-Marina, A. Mata Navarro, J.R. Vázquez Blanco, G. Pizarro Romero y N. Costa Bardaji

ABS Piera. SAP Anoia. ICS. Piera (Barcelona).

Objetivos: a) Evaluar la efectividad terapéutica de las infiltraciones en la patología articular y periarticular. b) Describir la reducción del gasto sanitario al acortar las ILT que se puede conseguir con esta técnica.

Materiales: *Diseño:* estudio de intervención prospectivo. *Sujetos:* se infiltraron 65 pacientes que no mejoraron tras tratamiento con Naproxeno durante 10 días, desde diciembre de 2001 hasta febrero de 2003. *Intervención:* infiltración con Acetónido de Triamcinolona más Bupivacaína. *Variables analizadas:* edad, sexo, diagnóstico, respuesta, número de infiltraciones por paciente, número de pacientes que fueron derivados a Traumatología, efectos secundarios, situación y rango laboral, acortamiento de las ILT durante la 1ª semana tras la infiltración. **Resultados:** *Edad (años):* 18-30: 12 (18,5%); 31-65: 44 (67,7%); > 65: 9 (13,8%). *Sexo:* Varones: 37 (57%); Mujeres: 28 (43%). *Diagnóstico:* Tendinitis del manguito de los rotadores: 30 (46,2%); Epicondilitis: 18 (27,7%); Epitrocleititis: 6 (9,2%); Trocanteritis: 3 (4,6%); Bursitis prepatelar: 2 (3,1%); Bursitis anserina: 4 (6,1%); Tendinitis aquilea: 2 (3,1%). *Respuesta:* Dolor/Impotencia funcional (media obtenida en la Escala Analógica Visual): Semana: 1,4/0,9; Tres meses: 2,2/1,2; Año: 2,3/1,6. *Número de infiltraciones por paciente:* 1,6. *Número de pacientes que fueron derivados a Traumatología:* 5. *Efectos secundarios:* 1 episodio de equimosis superficial; se infiltraron 7 diabéticos sin descontrol metabólico. *Situación laboral:* Activos: 46 (70,7%); Jubilados: 12 (18,5%); Parados: 3 (4,6%); Estudiantes: 2 ((3,1%); Otras: 2 (3,1%). *Rango laboral:* Directivos, subdirectivos, técnicos superiores y medios: 5 (10,8%); Administrativos y afines: 5 (10,8%); Trabajadores manuales: 36 (78,4%). *Acortamiento de las ILT:* 25 ILT iniciales; 1º día: 25; 2º: 14; 3º: 11; 4º: 10; 5º: 7; 6º y 7º: 6 (pacientes complicados).

Conclusiones: a) Las infiltraciones son muy efectivas en atención primaria. b) Permiten reducir el gasto sanitario al acortar las ILT.

4. ¿QUÉ ENVIAMOS AL OTORRINOLARINGÓLOGO DE GUARDIA? ESTUDIO DE LAS DERIVACIONES A OTORRINOLARINGOLOGÍA DESDE LAS URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS DURANTE UN AÑO

A. Pérez Martín, J.R. López Lanza, R. López Videras, M. Guijarro Bezanilla, T. Bezos Capelastegui y A.R. Díaz Arce
CS Los Valles, Servicio Otorrinolaringología Hospital Sierrallana.

Objetivos: Analizar todas las derivaciones al otorrinolaringólogo de guardia efectuadas desde un servicio de urgencias extrahospitalario durante un año.

Materiales: Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal de los pacientes enviados de urgencia al hospital desde el servicio de urgencias extrahospitalarias de Campoo durante 2002, analizando características poblacional enviada y cumplimentación de historia clínica. Las variables cualitativas se describen mediante porcentajes y las cuantitativas mediante media y desviación estándar.

Resultados: Se enviaron 33 casos, el 4,7% de las derivaciones totales, el 60,6% varones, con una edad media (DE) de 47,16 (\pm 24,7) años. La causa de derivación más frecuente es espina en garganta (27,3%), seguido de absceso periamigdalino (21,2%), epistaxis (9,1%), otorragia (6,1%), otitis (3%), cálculo parótida (3%), vértigo/mareo (3%). El mes de diciembre, octubre y septiembre (15,2% cada uno) fueron los de mayor incidencia; los lunes (24,2%) son los de más casos, seguido de domingos y sábados (18,2% cada uno); el horario más frecuente es entre 15-22 horas (42,4%). El 6,1% de los casos necesitó medicación previa a la derivación. En la cumplimentación de la historia se recogió en el 51,5% el nombre del facultativo, en el 100% la firma y en el 84,8% el número de colegiado; el 72,7% contenía antecedentes personales del paciente.

Conclusiones: Es una causa poco importante de derivación hospitalaria en número pero si en gravedad. El perfil es el de varón de mediana edad que acude por presentar un cuerpo extraño en la garganta, siendo necesario en pocos casos el uso de medicación previa a la derivación. Los pacientes son más jóvenes que la media de las derivaciones globales del servicio (53,9%). El diagnóstico se produce mayoritariamente en el horario de tarde y en el fin de semana. Se presta poco interés a los antecedentes personales y no se rellena adecuadamente el volante de derivación al hospital.

5. "ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA Y EL CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPIPEOC)

M. García Carballo, P. Carrasco Garrido, R. Jiménez García, A. Martín, E. Gobartt y A. Gil de Miguel

Universidad Rey Juan Carlos, Dpto. Médico Pfizer S.A., Dpto. Médico Boehringer-Inhelgeim.

Objetivos: Estimar el consumo de recursos sanitarios de los pacientes EPOC y valorar su calidad de vida relacionada con la salud según edad, sexo y severidad de la enfermedad. Otros objetivos: perfil clínico del paciente EPOC, grado de satisfacción con el tratamiento farmacológico de la EPOC, y adecuación de dicho tratamiento según las Guías Clínicas actuales.

Materiales: Estudio epidemiológico, observacional y descriptivo en centros de Atención Primaria (AP) de toda España con 10.711 pacientes. Se recogieron: Datos sociodemográficos, características de la EPOC, comorbilidad, antecedentes vacunales, utilización de recursos sanitarios, duración de bajas laborales, satisfacción con el tratamiento farmacológico y el cuestionario SF-12 de calidad de vida.

Resultados: La tasa de participación fue del 98% (médicos investigadores), y del 88% (pacientes EPOC). Los hombres re-

presentan el 75,6% de los pacientes. La edad media son 67 años (DS 9,6), el grupo más numeroso los pacientes entre 65 y 74 años. La mayoría presentan un grado moderado de EPOC (FEV1 entre 40-59%). La media de visitas en el último año a AP fue de 6,66 (DS 5,7), al neumólogo 1,43, a urgencias hospitalarias 1,6 (DS 2,7), ingresos hospitalarios 0,5 (DS 1,17) (estancia media de 7,24 días). Para un 14,6% la percepción de su salud es "mala" y un 55,4% dejó de hacer alguna de sus actividades cotidianas a causa de su enfermedad.

Conclusiones: La EPOC en España constituye un frecuente motivo de consulta a nivel de AP, origina un consumo de recursos sanitarios significativo, provocando igualmente una merma en la calidad de vida de los pacientes afectados.

6. RELACIÓN DEL ESTREÑIMIENTO CON LOS ESTILOS DE VIDA

P. Tarraga López, M. Amando López Cara, M. Cerdan Oliver, J.M. Ocaña López, A. Celada Rodríguez y M. Palomino Medina

SESCAM.- CAP 6 Albacete.

Objetivos: Determinar la relación de la dieta y los estilos de vida sobre el hábito intestinal

Materiales: Se realizó una encuesta transversal poblacional con 414 encuestados mayores de 50 años en la provincia de Albacete. Se hizo análisis estadístico en el que se relacionan distintas variables sobre estilos de vida y hábito defecatorio, considerándose pacientes estreñidos aquellos que tenían 3 o menos defecaciones por semana. Posteriormente se comprobó que variable de las existentes se relaciona de forma significativa con la variable principal "hábitos intestinales": número de deposiciones semanales.

Resultados: De los 414 encuestados, 235 fueron mujeres (56,9%), con una media de 67,07 \pm 6,84 años. La edad fue muy homogénea entre pacientes no estreñidos y estreñidos. La media de deposiciones por semana en las personas mayores de 50 años fue de 8,15 \pm 3,14. Realizan ejercicio físico habitualmente el 65,7% de la muestra, siendo andar el 91,1%. El número de deposiciones semanales es mayor (7,95) en las personas que realizan ejercicio físico, aunque no es significativo. El 70,2% de la muestra eran no fumadores, mientras que el 10,2% eran fumadores diarios y un 18,4% exfumadores. Tenían mayor número de deposiciones semanales (8,28) el subgrupo de no fumadores, aunque no fue significativo. Un 35,1% de los encuestados eran bebedores. De estos el mayor consumo fue de vino, seguido de la cerveza. El consumo de alcohol genera menor número de deposiciones semanales (7,47), aunque no es significativo. El principal tipo de medicación que tomaban los encuestados fueron los AINES en el 14,5% de la muestra. Los encuestados que no tomaban ningún tipo de medicación, tenían una media mayor de deposiciones semanales (8,45) que el resto.

Conclusiones: Las personas ejercicio físico de forma habitual y no fuman tienen mayor número de deposiciones semanales.

7. ANTE UNA INFECCIÓN DE ORINA, ¿QUÉ ANTIBIÓTICO UTILIZO DE MANERA EMPÍRICA?

J. Iturralde Iriso, A.L. Martínez López, P. Villanueva Loscertales, G. Vieytes Suárez, J. Enriquez Barroso y G. Mediavilla Tris

Centro de Salud Casco Viejo (Vitoria-Gasteiz).

Objetivos: Conocer los gérmes que se aíslan en los urocultivos y la sensibilidad de *E. coli* a los diferentes antimicrobianos de uso habitual según los antibiogramas realizados en los urocultivos positivos durante el año 2002 en un laboratorio de referencia de una comarca de Atención Primaria.

Materiales: Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal. Período de estudio: Año 2002. Población a estudio: Urocultivos que

han resultado positivos en el laboratorio de referencia de una comarca de atención primaria, con una población media de 266.518 habitantes. *Variables estudiadas:* Germen encontrado en el urocultivo, Sensibilidades encontradas a antibióticos según el antibiograma en *E. Coli*.

Resultados: En 2.487 urocultivos se aislaron gérmenes. *E. Coli* un 72,2%, *P. Mirabilis* 6,4%, *E. faecalis* 5,9%, *K. Pneumoniae* 3,3%, *S. aureus* 2,8%, *K. Oxytoca* 2,7%, *S. Saprophyticus* 1,4%, otros 5,3%. Se estudiaron las sensibilidades a *E. coli* según antibiograma. Fosfomicina 98,1%, Nitrofurantoina 96,2%, Amoxicilina/clavulánico 89,5%, cefuroxima 75,3%, Ciprofloxacino 73,9%, Norfloxacino 71,7%, Trimetropin-Sulfametoxazol 63%, Ac. Nalidixico 58,6%, Amoxicilina 39%.

Conclusiones: Actualmente se recomienda conocer en cada ámbito, las sensibilidades de los diferentes patógenos a los antibióticos. El tratamiento de la infección urinaria muchas veces es empírico, ya que el urocultivo tarda días en dar el resultado, por lo que es importante conocer los gérmenes más frecuentes en la zona y sus diferentes sensibilidades. El germen más frecuente es *E. Coli*. En cuanto a sensibilidades, es a fosfomicina el antibiótico al cual es más sensible, por lo que recomendamos tratar las infecciones urinarias no complicadas, cuando sea de una manera empírica, con fosfomicina.

8. LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO COGNITIVO

M. Gómez Sanchiz, R. Cañete Estrada, I. Rodero Garduño, E. Baeza Berrutti y O. Avila Martín-Gil

Centro de Salud de Piedrabuena (Ciudad Real).

Objetivos: Analizar la influencia del tipo y duración de la lactancia recibida por el niño desde el nacimiento sobre las puntuaciones obtenidas en las pruebas que miden el Desarrollo Mental y Psicomotor a los 24 meses de edad.

Materiales: Estudio observacional de cohortes prospectivo. Fueron incluidos 238 niños nacidos entre octubre 1995 y febrero 1998. La valoración del desarrollo cognitivo del niño fue realizada mediante la escala de desarrollo infantil Bayley. Las puntuaciones obtenidas se analizaron en función del tipo de lactancia (materna o artificial) y duración de la misma, clase social, trabajo materno fuera del hogar, edad materna, hábito tabáquico de la madre, nivel educacional del padre y de la madre, número de hermanos y coeficiente intelectual de ambos progenitores.

Resultados: Los resultados, obtenidos mediante análisis de regresión lineal múltiple, muestran que los niños amamantados durante un período igual o superior a cuatro meses obtienen 5,6 puntos más en el desarrollo mental que los niños lactados menos tiempo. No se encontraron diferencias en el desarrollo psicomotor del niño respecto al tipo de lactancia (materna y artificial) ni duración de la misma. Se halló una correlación lineal positiva y estadísticamente significativa entre la duración de la lactancia materna y las puntuaciones obtenidas por el niño en el test de desarrollo mental de Bayley ($r = 0,42$; $p < 0,001$). En cambio no se encontró correlación con el desarrollo psicomotor.

Conclusiones: La lactancia materna tiene una influencia positiva sobre el desarrollo mental del niño a los 24 meses de edad cuando su duración es igual o superior a cuatro meses.

9. IMPACTO DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA A DESPLAZADOS EN UNA ZONA TURÍSTICA

J.A. Agullo López, M.F. Ramírez Espinosa, A.S. Santolaria Brun, A. Ruiz Fernández, V. Herrero Tarruella y V.M. Ivorra Font

Área 15 Marina Baixa Alicante.

Objetivos: Evaluar el impacto económico de la prestación farmacéutica a desplazados en una zona turística analizando las diferencias en el perfil de prescripción farmacológica entre fa-

cultivos que atienden a población desplazada versus población residente, en base a unos indicadores de calidad del programa GAIA (gestión integral de la prestación farmacéutica).

Materiales: Efectuamos un estudio descriptivo transversal en el período 2003 en el ámbito del área de salud con los datos del sistema de información farmacéutico GAIA. *Método:* de los datos GAIA se obtienen una serie de indicadores, desagregados a dos niveles, médicos de residentes (MR) y médicos de desplazados (MD). Los valores obtenidos para los indicadores de calidad, seleccionados según criterios de eficacia y eficiencia, se comparan con los objetivos establecidos en el contrato de gestión de la comunidad para las inferencias estadísticas se utilizó el programa SPSS v 11.0.

Resultados: El 14,78% del importe total de la prestación farmacéutica corresponde a la atención a desplazados; de ello, el 87,08%, es farmacia gratuita. Llama la atención que es estadísticamente significativo que la prescripción de genéricos es mayor en los MD que en los MR y que existe un diferente nivel y tipo de prescripción en fármacos UTBs, fármacos potencial C, fármacos IBP y uso de antihipertensivos en ambos grupos de población.

Conclusiones: Se pone de manifiesto la necesidad de incluir ajustes por población desplazada en áreas turísticas en las variables utilizadas en la asignación presupuestaria. Existen diferencias cuantificables en el perfil de prescripción entre médicos desplazados y médicos residentes, lo que obliga a planificar distintas intervenciones para mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de la prescripción de acuerdo con la evidencia científica actual.

10. PERFIL DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EN CENTROS DE SALUD

A. Hormigo Pozo, F.J. Blanca Barba, A. Baca Osorio, C. García Ruiz, F.J. Orellana Lozano y J.C. Muñoz Villalba
Servicio Andaluz de Salud.

Objetivos: Analizar el perfil y nivel de control del paciente anticoagulado en centros de salud urbanos como objetivo principal, y la patología de anticoagulación como objetivo secundario.

Materiales: Es un estudio multicéntrico, transversal, retrospectivo realizado durante los últimos seis meses del año 2003 a todos los pacientes en control de tratamiento anticoagulante oral en dos centros de salud de características urbanas que atienden a unas 45.000 personas. Se recogieron las variables edad, sexo, enfermedad de anticoagulación, nivel de ratio internacional normalizado (inr).

Resultados

Edad	n	%
< 50 años	21	8,75
51-64 años	45	18,75
65-74 años	80	33,33
> 75 años	94	39,17
total	240	100,00

Sexo	n	%
Hombres	115	47,91
Mujeres	125	52,09
Total	240	100,00

Causa anticoagulación	n	%
Fibrilación auricular	126	52,50
Valvulopatías	51	21,25
Accidente cerebrovascular	23	9,58
Patología flebovascular	16	6,67
Otros	24	10,00
Total	240	100,00

Nivel INR	n	%
< 2.0	200	30,03
2.0 - 3.5	413	62,01
> 3.5	53	7,96
Total	666	100,00

Durante el último semestre del año 2003 se controlaron en los centros 240 pacientes, la edad media es de 68,9 años (rango 29-102), siendo mayores de 65 años el 72,5% de los pacientes, siendo mujeres el 52%. De la distribución de causas descritas en la tabla destacan la fibrilación auricular y las valvulopatías, que representan el 73,75% del total. Del nivel de control un 38% se encontraban fuera de los rangos deseables.

Conclusiones: Las conclusiones de nuestro trabajo es que el perfil del paciente anticoagulado en atención primaria es 1º hombre/mujer de 69 años, 2º cuya causa de anticoagulación es la fibrilación auricular, y 3º que presenta controles aceptables en 2 de cada 3 ocasiones que se les realizan.

11. ¿POR QUÉ ACUDEN LOS PACIENTES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO A LA MEDICINA PRIVADA?

A. Baca Osorio, A. Hormigo Pozo, F.J. Blanca Barba, C. García Ruiz, F.J. Orellana Lozano y R. González Delgado Servicio andaluz de salud.

Objetivos: Analizar los requerimientos de los pacientes a su médico de cabecera tras acudir a la medicina privada como objetivo principal, y el tipo de negociación establecida como objetivo secundario.

Materiales: Es un estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional realizado durante octubre y noviembre del año 2003 a los pacientes que visitaron a su médico de cabecera tras acudir a la medicina privada. Se recogieron las variables edad, sexo, ¿había consultado previamente a los servicios públicos?, armonía de la relación médico-paciente, tipo de negociación y requerimientos del paciente.

Resultados

Edad	n	%
< 20 años	18	13,04
20-35 años	45	32,61
36-50 años	49	35,51
51-65 años	17	12,32
> 65 años	9	6,52
Total	138	100,00

Sexo	n	%
Hombres	81	58,70
Mujeres	57	41,30
Total	138	100,00

Tipo negociación	n	%
Doble pacto	99	71,74
Transferencia	19	13,77
Paréntesis	12	8,70
Nueva relación	8	5,80
Total	138	100,00

Requerimientos	n	%
Recetas	104	75,36
P. complementarias	8	5,80
Derivación especialista	6	4,35
Derivación due	9	6,52
Otras peticiones	11	7,97
Total	138	100,00

El total de pacientes que requirió algo de su médico tras consultar con uno privado fue de 138 sobre las 11.129 consultas que hubo en los 5 cupos en este período, lo que representa el 1,24%. Habían consultado previamente por la patología 77 de los pacientes (55,79%) de los cuales 31 lo hicieron a un especialista, 30 a su médico de cabecera, 9 al médico de urgencia y 7 al médico de cabecera y especialista juntos. La relación médico-paciente se desarrolló con armonía en 106 casos, de forma neutral en 25 y en 7 hubo discrepancias por parte del paciente.

Conclusiones: Hubo negociación con 106 pacientes (76,8%) y fue el doble pacto la forma más usual de finalizar la entrevista (72%). La mayoría de los pacientes requirió que se le recetara lo que le habían prescrito (76%).

12. ESTUDIO FARMACOECONÓMICO DEL TRATAMIENTO DE EXACERBACIÓN AGUDA DE BRONQUITIS CRÓNICA (EABC) DURANTE UN PERÍODO DE 6 MESES EN ATENCIÓN PRIMARIA: AZITROMICINA VERSUS TERAPIA ESTÁNDAR

P. González García, J. Rejas Gutiérrez, G. González Arroyo y A. Montesinos Hernández

Instituto Euroclin, Madrid; Ephos, Escuela Superior de Estudios Farmacéuticos, Madrid; Departamento de Farmacoepidemiología y Farmacoeconomía, Unidad Médica, Pfizer SA, Madrid.

Objetivos: Realizar una evaluación económica (EE) del tratamiento del episodio de EABC con azitromicina (A) frente a terapia estándar (TE), en condiciones de práctica médica habitual.

Materiales: La EE ha consistido en un análisis coste-efectividad realizado con los resultados de efectividad (% de episodios curados según criterio clínico) de un estudio naturalístico, de 6 meses de duración, realizado en Atención Primaria en España, que comparaba A frente TE en el tratamiento de EABC. Se calcularon el coste medio por episodio, el coste medio por episodio curado y el coste incremental por episodio adicional curado de la alternativa más efectiva. La perspectiva es la del SNS, computándose únicamente costes médicos directos: tratamiento principal, medicación de rescate, medicación adyuvante, pruebas diagnósticas, visitas médicas y hospitalizaciones, a precios de 2003. El horizonte temporal es el de un episodio. El nivel de incertidumbre de la EE se controló mediante sendos análisis de sensibilidad univariados con el coste de la medicación y la proporción de éxitos terapéuticos.

Resultados: Han participado 809 pacientes, de ambos sexos, con un total de 1104 episodios; 980 con A y 124 con TE. La efectividad de A fue 89% (87%-91%) y 94% (88%-98%) para TE ($\chi^2 = 2,86$, $p = 0,091$; odd ratio: 2,07 (0,91-4,98)). El coste medio por episodio fue menor con A; 112,12 € frente a 203,62 € con TE. El coste por episodio curado fue también menor con A: 126,59 € frente a 217,66 € con TE. El coste incremental por episodio adicional curado fue 1.838,39 € para TE. Los resultados han sido robustos al análisis de sensibilidad.

Conclusiones: El análisis indica que el coste por episodio curado es 1,7 veces mayor para terapia estándar que para azitromicina, lo que se traduce en un consumo de recursos un 72% superior en cada episodio tratado con éxito.

13. ¿TIENEN NUESTROS MAYORES RIESGO DE MALNUTRICIÓN?

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

ZBS Huetor Tajar.

Objetivos: Analizar el riesgo de malnutrición en pacientes mayores de nuestro cupo y aquellos factores que pueden incidir sobre su estado de nutrición.

Materiales: Estudio descriptivo transversal. Se realizó encuesta a 100 pacientes mayores de 65 años en un consultorio rural. Esta incluye 10 ítems donde se valoran aspectos socioeconómicos, hábitos y estado de salud percibido y clasifica a los pacientes en 3 grupos de riesgo.

Resultados: De los 100 pacientes encuestados (36% varones y 64% mujeres) se puntuó como bajo riesgo (BR) un 17%, riesgo moderado (RM) un 43% y alto riesgo (AR) 40%.

Parámetros	Bajo riesgo	Riesgo moderado	Alto riesgo
IMC > 25	70,5% (12)	79% (34)	90% (36)
+ 3 fármacos	94% (16)	81% (35)	80% (32)
3 o más patologías crónicas	47% (8)	25,5% (11)	57,5% (23)
Problemas dentales	5,8% (1)	65,1% (28)	65% (26)
Edad 65-74	64,7% (11)	48,8% (21)	47,5% (19)
Edad > 75	35,29% (6)	51% (22)	52,5% (21)
Sexo	52% (9)	47% (8)	34,8% (15)
	47% (8)	65,11% (28)	30% (12)
	Varón	Mujer	Varón
			Mujer

Conclusiones: El AR de malnutrición se observó mayoritariamente en los que superaban los 75 años, con IMC elevado y problemas dentales. En los 3 grupos se observó un consumo de fármacos similar y muy elevado. El grupo RM presentaba la mitad del porcentaje de patología crónica que el resto.

14. CÓMO DIAGNOSTICAMOS LA OSTEOPOROSIS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

J.R. López Lanza, A. Pérez Martín, R. López Videras, E.J. Sánchez Cano y D. García Barrigón

C.S. Covadonga, Torrelavega (Cantabria).

Objetivos: El diagnóstico de la osteoporosis debe basarse en la existencia de determinados factores de riesgo y unas pruebas complementarias (Rx, densitometría). Hemos valorado si los pacientes con este diagnóstico se ajustan a la premisa anterior.

Materiales: Estudio descriptivo, trasversal en un centro de salud con población de 15.234 habitantes, a través de la historia informatizada (OMI-AP), obteniendo todos los pacientes diagnosticados como "osteoporosis", analizando los factores y pruebas utilizados para llegar al diagnóstico y el especialista que lo realizó. Análisis estadístico con programa SPSS.

Resultados: Se hallaron 135 pacientes con diagnóstico de osteoporosis, 125 mujeres (92,6%) y 10 hombres (7,4%). Estaba registrada la presencia de algún factor de riesgo en el 60,7%. Sólo se realizaron 17 densitometrías (12,6%) todas desde atención especializada, ninguna en hombres. Existían 10 casos de antecedente de fractura, sólo en uno se realizó densitometría y en 4 casos de los 18 pacientes con medicación osteopenizante (7,2%). Se realizaron 36 radiografías de columna en atención primaria (26,7%), con diagnóstico de osteoporosis/fractura en 23 (63,9%). La mayor parte de los diagnósticos se realizan en AP (60,7%) seguido de reumatología (23,7%). Ginecología es quien realiza más densitometrías.

Conclusiones: Es en AP donde más se diagnostica la osteoporosis aunque en la mayoría de casos con escasez de pruebas objetivas. Como en otros trabajos encontramos falta de densitometrías sobre todo en pacientes con clara indicación como fracturas previas o medicación osteopenizante. Debemos ser más rígidos a la hora de diagnosticar la osteoporosis y ajustarnos a la existencia de densitometría patológica o fractura vertebral en Rx de columna.

15. UN MES EN UNA CONSULTA DE AP

D. Ramos de la Nuez y P. Marrero González
Servicio Canario de Salud.

Objetivos: Presentar datos de la actividad realizada durante un mes con 22 días hábiles, por un Médico de Familia y un ATS /DUE contratada a media jornada, en un C. de S. Urbano (Los

Gladiolos / Somosierra, en Santa Cruz de Tenerife), con un cupo de 1.907 pacientes.

Materiales: Se han utilizado: Las hojas de cita diarias con extracción al principio y al final de la consulta, *obteniéndose:* Total de consultas con cita y sin cita. Los mayores de 65 años que acudieron a consulta ese mes. La presión asistencial. Los minutos por consulta. Los pacientes con historia. *Para los motivos de consulta y derivaciones:* Las historias clínicas. En los no historiadados, se creaba anexo. *Para el control del número de recetas emitidas:* Cada día al principio de la consulta se apuntaba el primer número de cada talonario y al final el último. *Para el recuento de las ILT:* El informe del estadillo mensual. *Para el uso de consultas y consultas sucesivas:* Se escaneó la hoja de cita, se pasó a Word, se ordenó por nombres, y se hizo recuento. *Para visitas a domicilio:* El libro de registro para tal fin.

Resultados:

Total de consultas = 1.187

Presión asistencial = 52,6 visitas día

Minutos por consulta = 4,5

Consultas administrativas = 43%, el 22,4% corresponden a ILT.

Consultas no administrativas = 57,9%

Pacientes mayores 65 años = 35,8%

Intensidad de uso = 38% del cupo y el 62,5% de las consultas /mes

Pacientes con H^a = 86,8%

Consultas sucesivas = 37,5%

Número de recetas = 3.513

Visitas a domicilio = 0,2%

Derivaciones a especialista = 3,9%

Solicitud de pruebas complementarias = 0,5%

Derivación a hospital de referencia = 0,1%

Actividades docentes = 24 horas

Conclusiones: Alta presión asistencial: menos de 10 minutos por consulta y más de 25 pacientes atendidos por día.

16. ¿ES MEJORABLE EL PROCESO DE LAS PETICIONES AL LABORATORIO?

L. Aleixandre Porcar, J. Murciano Revert, M. Debon Belda y J. Valls San Vicente

CAP Pintor Stolz.

Objetivos: Evaluar las pérdidas en las analíticas solicitadas en un centro de salud, su relevancia y su coste económico

Materiales: Estudio descriptivo, realizado en una Zona básica de Salud urbana periférica. Se estudiaron las analíticas solicitadas desde el propio centro, así como las solicitadas desde el centro de especialidades de referencia, y no recogidas durante el año 2003. Se procesaron todas las variables analíticas individualizadas, la edad de los pacientes, el sexo, y la procedencia de la solicitud.

Resultados: El número total de analíticas practicadas a lo largo del año fue de 18.860. De ellas quedaron sin recoger total o parcialmente 313, lo que representa el 3,2%. De éstas, 170 habían sido solicitadas por un médico general (54,3%), 14 por los pediatras del centro (4,5%), y 129 (41,2%) por especialistas. La edad media de los pacientes fue de 47,4 años, (rango de 1 a 87 años). 206 analíticas correspondían a mujeres, (65,8%), y 107 a hombres (34,2%). Las 10 determinaciones individualizadas más frecuentemente no recogidas fueron: glucemias en 98 casos; colesterol total, 93; urea, 89; ácido úrico, 84; TG, 79; GOT, 75; GPT, 82; GGT, 70; Creatinina, 86; Pruebas hormonales, 86. El conjunto de estas representaron un total de 1494 derivaciones, de las que 228 eran patológicas. El coste global estimado de las analíticas no recogidas, fue de 7.740 euros.

Conclusiones: El circuito de petición y valoración de las analíticas parece ser mejorable, tanto desde el punto de vista de los resultados, como desde el punto de vista económico.

17. ¿ESTÁN AHORA NUESTROS OBESOS BIEN DIAGNOSTICADOS?

M. Andreu Miralles, X. Olivé Ferré, O. Domínguez Guillamon, O. Peral Alonso, A. Gurt Davi y F. Montañes Muñoz

CAP Vila Olímpica.

Objetivos: Enumerar obesos diagnosticados, comprobar pacientes no diagnosticados, seguir el protocolo del papps, mejorar la calidad asistencial, sensibilizar a la población y a sanitarios de que es una enfermedad con todas sus consecuencias y educar más que recetar

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

Resultados: El 13% de población total estaba diagnosticada, el año pasado era un 10%. En la muestra, no están diagnosticados: un 6% entre 14-45 años, 8% entre 45-65 y 7% mayores de 65, antes un 8%, 10% y 9% respectivamente.

Conclusiones: Estamos contentos con los resultados obtenidos después de una nueva evaluación, nos hemos concienciado de que es la segunda causa de muerte previsible sobrepasada únicamente por el consumo del tabaco y por ello seguimos más las indicaciones del papps, diagnosticando a la obesidad como una enfermedad más y que además existe asociación con otros factores de riesgo cardiovascular.

18. ECZEMA ENGAÑOSOS

M. Andreu Miralles, O. Domínguez Guillamon, O. Peral Alonso, X. Olivé Ferré, A. Gurt Davi y F. Montañes Muñoz
CAP Vila Olímpica.

Objetivos: Aprender con la experiencia de nuestros casos clínicos, mostrar a nuestros compañeros médicos de atención Primaria que no debemos confiarnos, siempre hay que ir más allá.

Materiales: Historia clínica informatizada, pruebas complementarias.

Resultados: Mujer de 30 años que consulta por prurito, eczema y dolor de pezón derecho que no cede con crema hidratante de seis meses de evolución.

Exploración clínica: se aprecia eczema en pezón derecho tomando muestra por raspado. Estudio citológico compatible con carcinoma probablemente de tipo Paget. Mamografía normal. La ecografía: microquiste en mama derecha. Tórax normal. Análítica normal. Resonancia magnética un solo foco de captación en cuadrante inferointerno. Se practica biopsia incisional con el resultado histopatológico compatible con adenocarcinoma ductal infiltrante (grado II) con componente intraductal extenso de alto grado contactando con el margen de resección. El componente infiltrante mide 0,4 cm. Se procede a mastectomía derecha y linfadenectomía axilar. Ausencia de metástasis en 12 ganglios linfáticos infraclaviculares. El comité aconseja quimioterapia y hormonoterapia. Se realizó la quimioterapia pero no la hormonoterapia ya que la paciente no era partidaria, además con el oncólogo se llegó a la conclusión de que no era un tumor hormonodependiente.

Conclusiones: Mujer joven sin antecedentes, sana con un pequeño eczema que no cede, debemos sospechar que detrás, puede esconderse algo mucho más peligroso y silencioso; ¡escuchar a la lesión que no cura!, siempre te esta diciendo algo importante

19. CEFALEA DEL FACULTATIVO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

P. Gracia Alonso, R. Sauret Hellman, E. González España, E. Gimeno Arcos

Institut Català de la Salut.

Objetivos: Incidencia de cefalea de los facultativos de atención primaria en horario de consulta y su comparación con la población general.

Materiales: Cuestionario realizado en las revisiones médicas periódicas del personal médico, realizadas entre enero 2003 y junio 2004 en la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales, referentes a la presencia del síntoma cefalea durante la consulta. Su relación con la edad, sexo, horario, carga de trabajo y catalogación en tipo de cefalea (migraña, tensional,...)

Resultados: En el momento de envío del resumen detectamos un mayor predominio de cefalea tensional (89) en turno de tarde, sexo femenino y mayores de 45 años. La migraña (36) de predominio matutino, media de edad 39 años sin predominio claro de sexo. Pendientes de comparación con población general.

Conclusiones: Pendientes de resultados definitivos detectamos una incidencia de cefalea tensional ligeramente superior a la de la población general, relacionado probablemente con el estrés generado durante la consulta, y de incidencia similar a la población general en cuanto a migraña.

20. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A.I. Ortiz Blanco

C.S. Santoña. Cantabria.

Objetivos: La diarrea crónica, acompañada o no de sangre, moco y pus, junto con dolor abdominal, constituyen síntomas frecuentes en la consulta, planteándonos problemas de diagnóstico diferencial con varios procesos digestivos.

Materiales: Se define la E.I.I. como un grupo de trastornos inflamatorios crónicos, que afectan preferentemente al tracto gastrointestinal, de curso clínico variable y recidivante. Su prevalencia estimada es de 15 casos/100.000 h. En las últimas décadas está aumentando. Las dos formas de presentación más relevantes son Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn.

Resultados: Varón de 48 años. A.P.: lumbalgia crónica. Hipercolesterolemia en tto dietético. Ex-fumador desde hace un año (25 paquetes/año). A.F.: Padre DM2, Madre osteoporosis. Hermana: Adenocarcinoma colon. Refiere dolor abdominal autolimitado, episódico, difuso, leve, sin irradiación, desde hace unos dos meses, seguido de deposiciones diarreicas de pequeña intensidad, sin productos patológicos. Tenesmo rectal. Ayer, después de deposición, presencia de sangre roja. Expl: general: n Abdominal: n TR: sin alteraciones, excepto tinte rojo en guante. Test de sangre oculta: positivo. Análítica. hemograma: n VSG: n Bioquímica: n. Colesterol: 263 mgs/dl HLA.B27: negativo. Colonoscopia: pólipo en colon ascendente; múltiples ulceritas superficiales en colon distal. A.P.: infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos y células plasmáticas compatible con E.I.I. Coprocultivo: negativo. Con el diagnóstico de Colitis Ulcerosa, inicia tratamiento tópico con Mesalazina en enema (1/día) con remisión completa de los síntomas en unos 10 días, manteniendo tto. hasta la fecha.

Conclusiones: Se trata de una patología en aumento, fácilmente diagnosticable, que es preciso tener presente para realizar sospecha diagnóstica, que requiere tratamiento crónico, y que en ocasiones presenta cambios evolutivos con aumento de actividad y/o complicaciones (Megacolon tóxico, hemorragia masiva, perforación y Cáncer de colon), que hacen preciso el seguimiento, así como el tratamiento tópico y/o sistémico con salicilatos, corticoides e inmunosupresores, según respuesta. Reseñable la asociación del abandono del consumo de tabaco con debut de E.I.I.

21. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN DOS ÁREAS BÁSICAS. PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO

M.P. Tejero López, A. Díaz Barroso, F. Montañés Alcántara, F. Escobedo Espinosa, M. Medina Peralta y J. Ojuel Solsona
Institut Català de la Salut. Badalona. ABS Llefià -ABS La Salut.

Objetivos: a) Análisis descriptivo de los pacientes con enfermedad cerebrovascular (ECV) en dos áreas básicas (ABS): prevalencia, factores de riesgo (FR) y tratamiento. b) Detectar los pacientes con ECV sin tratamiento antiagregante-anticoagulante.

Materiales: Estudio descriptivo transversal en atención primaria. **Población:** Todos los pacientes atendidos en dos ABS urbanas (76.000 habitantes). **Sujetos:** Todos los pacientes diagnosticados de ECV hasta enero-2004. **Fuente datos:** historia clínica informatizada (OMI-AP). Base de datos ORACLE. **Variables:** edad, sexo, FR de ECV, tratamiento antiagregante-anticoagulante. Los datos se procesaron con ACCESS 2000 y el análisis estadístico con SPSS 8.0. Los datos estadísticos se expresaron como proporciones y medias. Se compararon las variables independientes (tratados/no tratados) con chi-cuadrado y t-student.

Resultados: Pacientes con ECV: 930 (1,2% de la población total), el 76,5% son > 65 años, edad media 71,9+ 11,5, 45,7% mujeres y 54,3% hombres. 59,6% HTA, 32,7% DM, 30,9% hipercolesterolemia, 23,3% tabaco, 8,8% obesidad, 8,5% ACXFA, 1,8% otras cardiopatías embolígenas. El 92% estaban antiagregados-anticoagulados (AAS 53,9%, clopidogrel 15,1%, warfarina 13,4%, trifusal 5,3%, ticlopidina 4,3%, dipiridamol 1,2%). El 4,6% de los varones estaban sin tratamiento frente al 9,7% de las mujeres (p = 0,002). El 3% de diabéticos estaba sin tratamiento frente al 8,9% de no diabéticos (p = 0,001). El 16% de obesos estaban sin tratamiento frente al 6,1% de los no obesos (p = 0,001)

Tabla 1. Comparación entre el grupo de ECV tratados y no tratados.

	Sin tratamiento		Con tratamiento		p
Edad	65,1 ± 16,5		72,5 ± 10,9		0,000
Varones / Mujeres	4,6%	9,7%	95,4%	90,3%	0,002
ABS 1 / ABS 2	8,2%	5,8%	91,8%	94,2%	0,155
HTA / No HTA	6%	8,6%	94%	91,4%	0,1
DM / No DM	3%	8,9%	97%	91,1%	0,001
COL / No COL	7%	6,9%	93%	93,1%	0,9
TAB / No TAB	6,3%	5,7%	93,7%	94,3%	0,04
OBES / No OBES	16%	6,1%	84%	93,9%	0,001
ACxFA / No ACxFA	2,6%	7,4%	97,4%	92,6%	0,11
Cisq / No Cisq	1,7%	7,8%	98,3%	92,3%	0,015

*p < 0,05 estadísticamente significativa.

Conclusiones: La ECV en nuestro medio es bastante prevalente. Es una población con elevada proporción de FR, los más frecuentes HTA y DM. La proporción de antiagregados es muy superior a la de anticoagulados. El tratamiento más utilizado es AAS, el clopidogrel es muy utilizado a pesar de su reciente introducción. Sólo el 8% de pacientes con ECV están sin tratamiento específico. Existe un "significativo" infratratamiento en el grupo de mujeres y de obesos.

22. RESULTADOS DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) EN LA POBLACIÓN DEL CONSULTORIO AUXILIAR RINCÓN DE LOIX-BENIDORM

M.A. Ortega Aznar, F. Medina Ruzafa, M. Moyano Bautista, E. Herrero Romero, A. Pastor Morel y T. Fortea Quesada
Consultorio auxiliar Rincón de Loix-Benidorm

Objetivos: Describir los resultados de las mediciones de la presión arterial en la consulta y los obtenidos posteriormente mediante la monitorización ambulatoria de 24 horas en los mismos pacientes.

Materiales: Estudio descriptivo realizado en 70 pacientes hipertensos previamente seleccionados en un centro de atención primaria urbano, que atiende a una población de 10.390 residentes. Período analizado septiembre 2002 a diciembre 2003. Se utilizó esfigmomanómetro de mercurio en la consulta médica/enfermería y Space Labs Medical 90217 oscilométrico MAPA de 24 horas. Análisis estadístico G-Stat. Palabras clave: Hipertensión Arterial, Monitorización Ambulatoria Presión Arterial y Atención Primaria.

Resultados: 78 MAPAS realizados (70 validos) con un 57,71% de hombres y 42,86% de mujeres, edad media de 59 años.

El 85% tomaba uno o varios antihipertensivos. Se observa que el 70% presentaba cifras de presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg, en la consulta, este porcentaje disminuye al 34,29% al realizar la MAPA en el periodo resumen de 24 horas y en el periodo de actividad-diurno (cifras de referencia mayores de 135 mmHg), mientras que para el periodo de descanso-nocturno, el porcentaje de pacientes con cifras de referencia mayores de 120 mmHg. aumenta al 68,12%.

Conclusiones: El 85% de los 70 pacientes a los que se les realizó la MAPA de 24 horas, las mediciones de la presión arterial en el periodo de descanso-nocturno no son adecuadas, en contraposición a las mediciones del periodo de actividad-diurno.

23. ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES (AVE), DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

P. Beato Fernández, M. Estévez Domínguez, G. Rico Alcántara, J. Mármol Puy, R. Cabello Lázaro y M. Brugada Mir
Área Básica de Salud de Llefià (Badalona).

Objetivos: Conocer la relación existente entre los AVE y los diagnósticos de ansiedad y/o depresión (DA) en nuestros pacientes.

Materiales: **Diseño:** Estudio descriptivo transversal. **Ámbito:** Atención Primaria. **Sujetos:** 197 pacientes que acuden a las consultas seleccionados aleatoriamente. **Metodología:** Se relacionan los datos obtenidos de la encuesta de reajuste social de Holmes y Rahe adaptada por de la Revilla (ERS) con los registros de DA de la historia clínica de los 2 últimos años. **Variables:** Edad, sexo, AVE, número de AVE, suma de las unidades de cambio vital (UCV) y diagnóstico DA. **Análisis:** Cálculo de frecuencias y medias.

Resultados: Edad media 53,2 años (16-93); 62,1% mujeres; 35,5% con diagnóstico DA en la historia clínica. La media de AVE en los individuos con diagnóstico DA es 2,91, sin DA: 2,33. La media de la suma de UCV en individuos sin DA es 83,0 frente a 105,0 de los diagnosticados. El 18,8% suman UCV superior a 150; con registro de DA el 48,6%. De los AVE más prevalentes, los que más se repiten en DA frente a los no diagnosticados son: muerte de un familiar cercano (44,2%-31,4%), cambio de salud de un familiar (20,0%-11,0%), hijo/a que deja el hogar (22,8%-10,2%), cambio de hábitos de dormir (31,4%-17,3%), Navidades (18,6%-10,2%), vacaciones (12,9%-3,9%).

Conclusiones: a) Las personas con depresión y/o ansiedad viven más AVE. b) La mitad de pacientes con depresión y/o ansiedad supera una puntuación UCV de 150. c) Determinados acontecimientos se asocian más intensamente con depresión y/o ansiedad.

24. CONTROL DE LA GLUCEMIA PRE Y POSTPRANDIAL EN DIABÉTICOS TIPO 2 MAYORES DE 70 AÑOS

A. López Rocha, J. Chamorro Romero, J.R. Rodríguez Aizcorbe, J.I. Robledo García, Grupo Glyporeg
C.S. Aranjuez. Área XI, Madrid.

Objetivos: Controlar los parámetros metabólicos (HbA1c, glucemia postprandial, glucemia basal) de la diabetes mellitus tipo 2 en personas mayores de 70 años, con el empleo de repaglinida.

Materiales: Estudio nacional, observacional, multicéntrico y prospectivo, de diabetes tipo 2 en mayores de 70 años. Procedían de su centro de salud y residencias en régimen interno. Se excluyen las HbA1c > 7,5%, en tratamiento con dosis máximas de ADOs y los tratados con insulina. Incluyendo cuatro visitas en un periodo de seis meses. Realizando además del control analítico, perfiles pre-postprandiales.

Resultados: Se incluyen 412 pacientes (39,8% hombres y 57,5% mujeres). El 30,8% procedía ambulatoriamente y el 65% en residencias. Las mujeres con 79,7 años y 77,2 años los hombres. Tensión arterial diastólica más baja en mujeres (77,2 vs 79,7 mmHg). Los ingresados: eran mayores (80,9 vs 74,9) menos obesos IMC (26,71 vs 28,39 kg/m²) y mejores parámetros metabólicos: HbA1c (6,88 vs 7,20%), glucosa en ayunas (165 vs 178 mg/dl) y tensión arterial diastólica (76,4 vs 82,1 mmHg). Al final de estudio un descenso en: HbA1c (7,01 vs 6,25%), glucemia media posprandial (161,8 vs 142,4 mg/dl), preprandial (147,8 vs 125,8 mg/dl), tensión arterial (140,2 vs 134,3 y 78,3 vs 76,2 mmHg), IMC (27,25 vs 26,89 kg/m²) y peso (70,71 vs 69,76 kg). La dosis de repaglinida aumentó (2,23 vs 3,60 mg/día). Por subgrupos: la HbA1c ha descendido más en régimen ambulatorio y los mayores de 83 años (-0,68 vs -0,90 y -0,62 vs -0,93). No hemos encontrado diferencia significativa entre sexos y con/sin obesidad. Los que previamente estaban tratados con algún antidiabético oral mejoraron menos que los pacientes no tratados (-1,09 vs -0,63). Se detectaron cinco hipoglucemia leves, no detectándose al final del estudio. **Conclusiones:** 1) Repaglinida se demostró eficaz y seguro en diabéticos tipo2 mayores de 70 años. 2) Descienden las glucemias pre-postprandiales significativamente. 3) Desciende la HbA1c.

25. ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA, EN ESPAÑA, EN MAYORES DE 64 AÑOS, EN EL AÑO 2003

J.M. Dios Diz, J.R. García Cepeda, E. Castro Carratala, M.C. Zarzosa López, J.F. Zuazagoitia Nubla y P. Ramos Calviño

Médicos del Sistema Nacional de Salud.

Objetivos: La Incontinencia Urinaria (IU) es un problema de salud que incide sobre la calidad de vida; su prevalencia en Galicia es 35,14% (2002) en mayores de 54 años, no existiendo cifras de España, es por ello que creemos necesario cuantificar el problema, planteando este trabajo cuyo objetivo es conocer la prevalencia de la IU en España.

Materiales: Estudio descriptivo, basado en una encuesta que se pasó personalmente (Médicos) a cada una de las personas de la muestra. El tamaño muestral se calculó con el programa EPIDAT. Los puntos de muestreo se obtuvieron por un proceso aleatorio proporcional a su población y posteriormente estratificado en urbano (50.000 habitantes) y rural (< 50.000 habitantes). Se realizaron 2.125 encuestas en 21 núcleos rurales y 12 urbanos, de Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha, Valencia, Cataluña, Aragón, País Vasco, Madrid, Castilla-León y Galicia (2003). En cada punto se extrajo al azar el número predeterminado de personas, explicándoles su finalidad y pidiéndoles por escrito su conformidad. Una vez elaboradas las encuestas se integraron en una base de datos y se procedió a su análisis estadístico.

Resultados: La prevalencia de la IU en España, en mayores de 64 años, en el año 2003, es de 33,7% (IC95% 30,4%-36,9%), siendo en varones: 19,4%-26,1% y en mujeres: 39,6%-47,2%, existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: La Incontinencia Urinaria es un importante problema de salud ya que lo padece 1 de cada 3 españoles mayor de 64 años, afectando a casi el doble de mujeres que de hombres.

26. ESTUDIO DE 100 CITOLOGÍAS REALIZADAS EN 2002 EN UN CENTRO DE SALUD

M. Sierra Pérez y R. Diez Cagigal

SCS.

Objetivos: Evaluar los resultados morfológicos, microbiológicos y el resumen diagnóstico

Materiales: *Diseño:* Estudio descriptivo retrospectivo. *Ámbito:* Citologías realizadas en el año 2002 en un centro de salud urbano. *Material:* Informes anatomía patológica. *Métodos:* Se analizan 100 citologías.

Resultados: a) Edad media 35, entre 17 y 59. b) Diagnóstico Morfológico: 59% Normal 11% Ausencia de Células. c) Diagnóstico Microbiológico: 86% Bacilos Doderlain 6% Candidas. d) Resumen Diagnóstico: 85% Negativas, 11% Inadecuadas.

Conclusiones: Alto % de muestras inadecuadas: Mejorar la técnica. Bajo % de ETS discordante con impresión subjetiva: Valorar hacer estudios en fresco

27. ESTUDIO DE LAS DERIVACIONES URGENTES A UROLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Pérez Martín, J.R. López Lanza, M. Guijarro Bezanilla, R. López Videras, F.A. Mantecón y M.J. Agüeros Fernández CS Los Valles.

Objetivos: Analizar todas las derivaciones urgentes al urólogo realizadas en el servicio de urgencias extrahospitalarias de Campoo, durante el año 2002.

Materiales: Estudio de corte transversal de los pacientes derivados al hospital desde la unidad de urgencias extrahospitalarias durante el año 2002. Para variables cuantitativas se utiliza la media y desviación típica, las variables cualitativas se han descrito mediante porcentajes. Variables analizadas: características del paciente, factores temporales, características de la atención médica y cumplimentación del volante

Resultados: Se produjeron 27 derivaciones, lo que representa el 3,8% de las derivaciones totales del servicio, con una edad media de 50,74 años (DE 25,73) y predominio masculino (77,8%), atendidos principalmente el sábado (33,3%) y miércoles (18,5%), los meses de abril y noviembre (14,8%); predomina la atención en horario de tarde (15 a 22 horas) (40,7%), seguido del nocturno (22-8 horas) (37%) y del de la mañana (8-15 horas) (22,2%), siendo la causa más frecuente el cólico nefrítico (25,9%), seguida de la retención urinaria (14,8%), orquitis (14,8%), hematuria, ITU y pielonefritis (7,4%), estando el resto muy fraccionado; necesitó medicación previa al traslado el 25,9%, principalmente un antiinflamatorio (57,1%), seguido de butiloscopolamina (7,4%). En cuanto al relleno del volante, el nombre del médico figuraba en el 48,1% de los casos, la firma en el 100%, el número de colegiado en el 77,8%, y los antecedentes personales en el 70,4%.

Conclusiones: Hay escasa derivación al urólogo pero por causas relativamente importantes. Existe un predominio del sexo masculino, con una edad media de 50 años, generalmente la derivación ocurre en horario de tarde. Pocas veces es necesario medicación previa al traslado hospitalario, siendo medicación para el dolor lo más usado. Los volantes se rellenan de forma incompleta y no adecuada.

28. CONCORDANCIA EN EL DIAGNOSTICO DE OSTEOPOROSIS ENTRE LAS DIFERENTES LOCALIZACIONES MEDIDAS

A. Pérez Martín, R. Gómez Pereda, J. Soto Torres, L. Villavieja Atance, M. Guijarro Bezanilla y J.R. López Lanza

CS Los Valles, Hospital Miguel Servet.

Objetivos: Comparar los diagnósticos de osteoporosis obtenidos en diferentes sitios analizados y observar el grado

de concordancia usando t-score y z-score (ajustado a edad y sexo)

Materiales: Estudio prospectivo de los pacientes derivados a la realización de densitometría ósea desde el servicio ginecología. Análisis estadístico: índice kappa para analizar la fuerza de concordancia en los diferentes lugares (columna lumbar y cadera)

Resultados: Se realizó densitometría ósea a 311 pacientes. Para t-score a nivel de columna lumbar la concordancia de los diagnósticos dentro de los diferentes lugares de medición fue buena o muy buena, en cadera (cuello, trocánter, triángulo de Ward) fue moderada o buena, cuando se analizó la concordancia entre columna y cadera los resultados fueron malos, presentando relación débil (L2-L3 kappa 0,643, L2-L4 0,567, L3-L4 0,708, L2-4-L2 0,685, L2-4-L3 0,845, L2-4-L4 0,827, L2-4-cuello 0,375, L2-4-trocánter 0,366, L2-4-triángulo Ward 0,262, cuello-trocánter 0,572, cuello-Ward 0,476, trocánter-Ward 0,375). Para z-score en columna lumbar se obtiene concordancia buena o muy buena y en cadera moderada o buena; cuando se comparan entre ellos baja a muy débil (L2-L3 kappa 0,696, L2-L4 0,561, L3-L4 0,715, L2-4-L2 0,758, L2-4-L3 0,898, L2-4-L4 0,786, L2-4-cuello 0,126, L2-4-trocánter 0,208, L2-4-Ward 0,131, cuello-trocánter 0,503, cuello-Ward 0,601, trocánter-Ward 0,510).

Conclusiones: Existe relativa concordancia en los diagnósticos entre sitios de la misma región (columna, cadera), bajando ésta considerablemente al compararlos entre ellos, ya que los cambios en una región no tienen por qué representar cambios en otra. No es igual usar el t-score que el z-score para el diagnóstico de osteoporosis. La clasificación WHO para diagnosticar osteoporosis depende de una sola medición de DMO, por lo que resulta simplista y requiere modernización que incluya índices representativos de la distribución mineral del hueso, tampoco tiene en cuenta el porcentaje de pérdida de hueso que no es homogéneo para los diferentes lugares y etapas de la vida.

29. ¿PENSAMOS EN LAS LESIONES DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES (MR) ANTE EL DOLOR DE HOMBRO? UNA PUESTA AL DÍA

J.M. Sáez Pérez, M.J. Cebrián Puertas, P. Pérez Ortín, A. Requena Torregrosa, I. Espinosa Freire y B. Herrero Chacón

Centro de Salud Malvarrosa. Valencia.

Objetivos: Conocer la prevalencia de los síndromes por afectación del MR como causa de dolor de hombro. Conocer los métodos diagnósticos utilizados y la pertinencia de los mismos.

Materiales: Se revisaron el total de las consultas durante un año en una consulta de Atención Primaria, identificando las que tuvieron como causa el dolor de hombro y de ellas las que correspondieron a lesión del MR. Se valoró la pertinencia de la prueba solicitada (radiología convencional versus ecografía).

Resultados: De 9.560 consultas, 382 correspondieron a dolor de hombro (4%) y de ellas en 185 la impresión diagnóstica fue de lesión en el MR. Se utilizó en 106 pacientes la radiología convencional (RC) y en 46 la ecografía (E). De las 46 ecografías realizadas se evidenció lesión del MR en 39 casos. El músculo supraespinoso se vio afectado en 21 pacientes. La pertinencia de la RC fue del 34,6% y la de la E del 21,06%.

Conclusiones: La patología del MR es relativamente frecuente y destacan la afectación del músculo supraespinoso y el síndrome subacromial. El método diagnóstico ideal pero poco utilizado es la ecografía.

30. SEGUIMIENTO EN EL TIEMPO DE UNA ASOCIACIÓN TUMORAL: RELACIÓN CAUSAL VERSUS RELACIÓN CASUAL

J.M. Sáez Pérez, I. Espinosa Freire, P. Pérez Ortín, A. Requena Torregrosa, M.J. Cebrián Puertas y F. Sureda Anaya

Centro de Salud Malvarrosa. Valencia.

Objetivos: Dar a conocer una asociación infrecuente de tumores en un mismo paciente, no referenciada en la bibliografía médico-quirúrgica.

Materiales: Seguimiento durante 8 años en el ámbito de un Centro de Salud urbano de la patología tumoral presentada por un paciente de 69 años. Descripción de los estudios realizados de sus diferentes tumores y de su evolución clínica y terapéutica.

Resultados: El paciente debutó con un cuadro de hipercalcemia (calcemia de 12,1 mg/dl y parathormona de 72 pg/ml) provocada por un adenoma de paratiroides izquierda. Posteriormente presentó un adenoma vellosa de recto y un mixoma auricular, que debutó clínicamente con un síncope por arritmia cardíaca por fibrilación auricular. Con posterioridad presentó una metástasis solitaria hepática de tumor primario intestinal.

Conclusiones: No se ha descrito la asociación de tumores cardíacos, endocrinos y gastroenterológicos entre los diversos síndromes que se incluyen en las neoplasias endocrinas múltiples (MEN) ni en las asociaciones tumorales digestivas (Síndrome de Gardner, poliposis múltiple, etc.). Es necesario plantearse en la práctica clínica la posibilidad de asociaciones tumorales diferentes a las descritas en la literatura que, siendo sin duda de rara presentación, indican una probable predisposición genética a la aparición de tumores de diferentes localizaciones.

31. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ANCIANO: CÁLCULO DE LA PROBABILIDAD DE CAÍDAS RECURRENTES

E. Sineiro Galiñanes, M.J. Núñez, P. Sánchez, I. Núñez y M. Freire-Garabal

Grupo de Neumoinmunología. Departamentos de Enfermería y Farmacología. Universidad de Santiago de Compostela.

Objetivos: Analizar la probabilidad de caídas en base a la existencia de uno o más factores de riesgo, con la finalidad de prevenir las mismas.

Materiales: En una muestra de 187 personas mayores de 65 años, elegida aleatoriamente, se realiza un estudio de 3 años de duración, sobre la incidencia de caídas, a través de sus médicos de cabecera. Se estudian variables sociodemográficas, consumo de medicación y función física (problemas musculoesqueléticos, incontinencia urinaria, discinesias, visión, etc.). Se cumplimenta calendario de caídas y datos de filiación que se recopila trimestralmente. El procesamiento estadístico de los resultados se realiza mediante el test ANOVA.

Resultados: El 42% de las personas del estudio sufren por lo menos una caída, atendiendo al sexo, de forma general son más frecuentes las caídas en el hombre que en la mujer. El 13% de los sujetos de nuestro estudio presentan caídas reiteradas y el 27% de forma única. Son factores predictores de caídas, de mayor a menor; las caídas previas y la incontinencia urinaria, el consumo de fármacos (benzodiazepinas) y la alteración de la visión. Mediante análisis de regresión podemos predecir el riesgo de caída de acuerdo por el valor de cada factor. La concurrencia de dos factores implica que el 10% de las personas podría sufrir caídas.

Conclusiones: Hemos podido establecer la probabilidad de caídas en función de la concurrencia de uno o varios factores (caídas previas, incontinencia urinaria, consumo de benzodiazepinas, alteración de la visión).

32. AYUDAS PARA LA DEAMBULACIÓN Y SU UTILIZACIÓN POR NUESTROS PACIENTES

C. Fernández Duato, G. Gómez Barrera, A. Raya Ramírez, D. Díez Fernández, J.M. Micó Muñoz y M.A. Gilberte García

E.A.P. Villar del Arzobispo (Valencia).

Objetivos: a) Conocer los pacientes ancianos que usan ayudas para la deambulación. b) Valorar el tipo, su uso y mantenimiento así como las características de la prescripción. c) Evaluar la prevalencia de caídas y fracturas con su utilización.

Materiales: Se incluyeron los 100 primeros pacientes mayores de 65 años que acudieron con ayudas para la marcha a nuestras consultas de manera consecutiva. Se diseñó un cuestionario para valorar la prescripción.

Resultados: La distribución de la muestra era 42 hombres y 58 mujeres, edad media de 77 con un rango entre 65-92 años. La prescripción de las ayudas correspondía al médico de familia en el 36%, al traumatólogo el 34%, a los amigos el 16%, el mismo el 8%, y el neurólogo el 6%. La explicación sobre su uso, el 27% no recibió ninguna, el 12% fue el medico de familia, 8% el farmacéutico, 4% el especialista, 2% el enfermero y 2% los amigos o familiares. Causas de su prescripción fueron sobre todo por dolores articulares con un 30%, por varias patologías el 24%, fracturas el 16%, problemas médicos el 10%, por inmovilización el 8%, problemas neurológicos el 6% y caídas el 6%. La utilización fue apropiada en el 32% e inapropiada en el 68%. De estos pacientes con ayudas, 32 sufrieron caídas y 12 con resultado de fractura, el uso inapropiado era del 90%.

Conclusiones: a) Debemos conocer los diferentes tipos de ayudas para ser capaces de ofrecer al paciente la adecuada a sus habilidades. b) Las caídas son frecuentes en la población mayor y el uso de ayudas en la marcha puede ser determinante para prevenirlas, pero una utilización inapropiada puede precipitarlas.

33. ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN LA INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA (ILT) EN NUESTRA CONSULTA?

N. Fontanillas Garmilla, A. González Santamaría, A. Peña Irún, M. Fontanillas Garmilla, L. Pellón Sainz y G. Saiz Fernández

Consultorio Ajo. C.S. Meruelo. Cantabria.

Objetivos: Describir el patrón epidemiológico de ILT en un medio rural. Conocer la influencia de las distintas variables.

Materiales: Estudio retrospectivo. Período mayo 2003-mayo 2004. Población activa 720. Datos recogidos mediante fichas de registro de ILT e historia clínica del consultorio rural, con registro de: sexo, edad, patología (WONCA), duración ILT; profesional del que depende el alta, régimen del usuario, profesión. Procesados con SPSS. Prueba del X2 para la comparación de proporciones.

Resultados: Se registraron 194 casos: 74 mujeres (38,1%), 120 varones (61,9%). Edad 18-35 años: 43,8%, 36-45: 19,6%, 46-64: 33%, > 65: 3,6%. Media de días perdidos 66,14% (DE = 93,68). ILT por sector económico: autónomos 20,1%, construcción 14,4%, servicios-administración 13,9%, hostelería-comercio 12,4%, agricultura-ganadería 10,8%. ILT según régimen: 65% general, 22,2% autónomo, 8,8% agrarios, INEM 3,6%. Profesional del que depende el alta: Médico Familia 55%, 45% Atención Especializada (35,6% traumatología, 13,8% ginecología, 8% cirugía general, 8% oftalmología, 6,9% rehabilitación, 5,7% medicina interna, 5,7% reumatología, 16,1% otros). Existe una relación significativa ($p < 0,01$) entre la edad del paciente y la patología que provoca ILT. Los traumatismos afectaron con mayor frecuencia al grupo 18-35 años (55%) y las enfermedades musculoesqueléticas al grupo 46-64

años (44,8%). Entre la patología y duración de ILT existe significación estadística ($p < 0,01$). Las de menor duración fueron las enfermedades respiratorias (66,6% 1ª semana). Los traumatismos y enfermedades musculoesqueléticas alcanzaron mayor tiempo de ILT. La duración de ILT en régimen general es inferior a 2 semanas en el 50% y más de 1 mes en el 61% de los autónomos y 82% de los agrarios.

Conclusiones: Atención especializada es responsable de aproximadamente la mitad de las ILT por lo que convendría agilizar listas de espera, procedimientos quirúrgicos y rehabilitación que podría ser llevado a cabo por medio de colaboración con mutuas. Autónomos y agrarios tienen ILT de mayor duración, por lo que consideramos que pueden ser necesarias otras entidades.

34. TELEMEDICINA, RETINOGRAFÍAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. Pérez Andueza, B. Sánchez Alonso, R. Díaz del Pozo y B. García González

Centro de Salud del Barco de Ávila.

Objetivos: Prevención de la ceguera y detección de lesiones en diabéticos e hipertensos de la ZBS de Barco de Ávila en colaboración con el IOBA de Valladolid.

Materiales: Realización de retinografías en el centro de salud, envío por intranet, diagnóstico por oftalmólogos del IOBA y envío de informes a nuestra unidad. Este estudio abarca desde el 6/7/2000 hasta el 30/04/2004. Usamos un retinógrafo Topcon y dos ordenadores para la captación de imágenes y posterior envío.

Resultados: Del total de la población de la zona, 6.385 habitantes, hemos realizado: *Diabéticos:* 309 exploraciones retinográficas (4,84%) derivando al oftalmólogo 34 pacientes (11%), evitando el desplazamiento hasta Ávila (85 Km) de 275 pacientes, detectando 37 retinopatías diabéticas. *Hipertensos:* 659 exploraciones retinográficas (10,32%) derivando al oftalmólogo 58 pacientes (8,80%), evitando el desplazamiento hasta Ávila de 601 pacientes. Hemos detectado 41 retinopatías hipertensivas. Realizamos retinografías a un ritmo de 15 pacientes semanales. Hemos realizado más de 19360 retinografías (20 por paciente, 10 cuadrantes por ojo).

Conclusiones: a) Aumentar la calidad asistencial permitiendo el acceso a distancia de los especialistas. b) Mejorar la accesibilidad a la exploración oftalmológica. c) Dotar a las áreas rurales de tecnología e infraestructuras. d) Evitar desplazamientos innecesarios. e) Reducir el nº de consultas presenciales en oftalmología y de la lista de espera. f) Realización de campañas de despistaje y tratamiento precoz. g) Ahorro para la administración y el paciente. Un paciente con ceguera diabética cuesta a la administración más de 12.000 € al año. h) Gran satisfacción de los usuarios.

35. INMIGRANTES: NUESTROS NUEVOS USUARIOS

J. Segarra Albareda, O. Ortiz Oliete, E. Ruiz Gil, J. Comas Martínez y C. Vergara López

ABS Sant Ildefons, SAP Baix Llobregat Centre, Cornellá de Llobregat.

Objetivos: Conocer características sócio-demográficas de inmigrantes de nuestro centro.

Materiales: Estudio: descriptivo. Encuesta dirigida que incluía: sexo, edad, nacionalidad, estado civil, situación familiar y laboral, tiempo de residencia en Cataluña, vivienda, estudios, idioma y estado de salud. Realizada a inmigrantes > 15 años atendidos entre noviembre 2002 - marzo 2003. Exclusión: Rechazaron participar y dificultad idiomática. *Ámbito:* centro de salud urbano, socio-económicamente deprimido, alta y creciente prevalencia de inmigración.

Resultados: 133 participantes: 54,9% mujeres (edad media 34,9 años), 45,1% hombres (edad media 35,3 años). 58,6% sudamericanos, 22,6% marroquíes, 18,8% otros países. 62,4% tienen pareja (47,7% casados), 61,9% tienen hijos (50,4% entre 1-3 y más de 3 el 10,8%). Motivos emigrar: económicos (77,4%), reagrupación familiar (8,3%) y salud (3%). Tiempo que llevan aquí: 13,5% < 1 año, 48% > 3 años. Tiempo previsto estancia: indefinido (89,5%) y < 1 año 5,3%. Vivienda: 72,9% alquiler, 24% piso propio. 2,3% viven solos. Estudios: 64,7% primarios o secundarios, 27,1% universitarios. Situación laboral: 73% trabaja (30,1% contrato temporal, 23,3% fijo y 15,8% sin contrato). Ocupación: serviciodoméstico, construcción y comercio. Idioma: 63,9% habla y entiende castellano. Estado de salud: 19,5% fuman, 16,5% bebedores de riesgo, 3% consumen sustancias tóxicas, 90% sin patología.

Conclusiones: Perfil del inmigrante atendido en nuestro centro: mujer joven, sana, con pareja e hijos, sudamericana, con estudios básicos. Previsión de estancia indefinida. Vienen por motivos económicos. Trabaja con contrato temporal en servicio doméstico. Vive de alquiler, en compañía. Hemos conseguido conocer a un grupo nuevo y creciente de la población atendida en nuestro centro de salud.

36. VACUNACIÓN FRENTE A LA HEPATITIS B ENTRE EL PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PALENCIA

J.M. González Rodríguez, M. González García y R. Rodríguez Calvo

Gerencia de Atención Primaria de Palencia.

Objetivos: a) Conocer la prevalencia de vacunados y no vacunados frente al virus de la hepatitis B, así como los motivos de no vacunación. b) Conocer el estado de los marcadores serológicos en la población de estudio. c) Estimar la valoración del riesgo percibido por los trabajadores en su actividad laboral. d) Conocer resultados por categorías profesionales, sexo, edad y antigüedad

Materiales: Estudio observacional transversal. *Población de estudio:* 548 trabajadores de los centros de A.P. (de Sacyl, del Servicio T. de Sanidad y de empresas de limpieza). *Factor de estudio:* Vacunado Correctamente (tres dosis: 0,1,2 o 0,1,6). *Fuente de información:* Cuestionario Autocumplimentado. *Análisis de datos:* programa estadístico EPI-INFO.

Resultados: *Participación:* 276 trabajadores (50,38%); Mujeres/Varones: 2/1. *Vacunados correctamente:* 59,1%, desde el 100% del personal de odontología, el 62% del personal médico hasta el 0% del farmacéutico. Celadores: 33,3% y Personal de limpieza: 46,6%. *Protegidos* (test postvacunal > 10 UI/L): el 59,5% de los vacunados. *No vacunados:* el 31,9% de los participantes. *Motivos:* no apreciar riesgo en su trabajo y por desidia o falta de interés. *Riesgo percibido:* enfermería lo valora como alto y el personal No Sanitario como medio-bajo. Menor tendencia a vacunarse entre los de mayor edad y antigüedad.

Conclusiones: La prevalencia de vacunados es algo superior a la de otros trabajos similares consultados en la bibliografía. No dejar de ofertar la vacunación a todo el personal del área, pero especialmente dirigido a los no sanitarios con riesgo y a los médicos generales. Campañas informativas sobre el riesgo laboral entre el personal No Sanitario.

37. ¿GENÉRICOS?, ¿GENÉTICOS?... ¿TRANSGÉNICOS???

M. Estévez Domínguez, M.J. Toribio Toribio, M. Lladó, A. Rovira Piera, P. Beato Fernández y J. Herreros Melenchón
ABS Badalona 6 (Llefià).

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

Materiales: Encuesta a 200 pacientes hipertensos de 5 consultas de enfermería de AP entre diciembre-2003 y mayo-2004. Para el análisis estadístico hemos utilizado la regresión lineal simple, prueba de Chi-cuadrado y T de Student.

Resultados: Mujeres 59%, edad 66 ± 11,6 años, pensionistas 74,6%. Utilizan recetas autorizadas 558%. Toman fármacos antihipertensivos 174 (87%), utiliza monoterapia 60%, dos fármacos 24%. Prescripciones originadas en AP 805%. Cambios de medicamentos el año previo en 26% de pacientes (baja eficacia 38%, NC 38%, cambio por genérico 5%). Reconocen los medicamentos: por el nombre 495%, por el formato de la caja 355%. De los primeros 835% aciertan al nombrarlos (395% prescripción en AP Vs. 47% en hospital). Confusiones en la toma de medicamentos (105%): los que los reconocen por el nombre 92%, los que reconocen por formato de caja o pastillas 145%. Los que han sufrido cambios 216% frente 63% de los que no han cambiado. Los que toman genéricos 18% frente 85% del resto. El 60% no sabe que son los genéricos. No saben lo que son el 56% de los que los toman.

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

38. DETECCIÓN DE CRITERIOS DE SOSPECHA DE EPOC A PARTIR DE UNA ESPIROMETRÍA REALIZADA EN UN CENTRO DE SALUD

M.I. Sierra Martín, J. Fernández Selles, M.L. Asensio García, P. Aceña Diago, V. Borreguero Guerra y M.A. García Lillo

Centro de Salud Hospital Provincial-Pla (Alicante).

Objetivos: Identificar a aquellas personas con una pérdida acelerada de la función pulmonar (potenciales casos de EPOC) antes de que los síntomas sean lo suficientemente graves para alterar la vida cotidiana.

Materiales: Estudio observacional retrospectivo que se realiza en el ámbito de Atención Primaria, en un Centro de Salud del Área 16 de Alicante desde septiembre de 2003 a abril de 2004. Se utilizó un Espirómetro DATOSPIR modelo 120 A SIBELMED ubicado en el Centro de Salud. Los pacientes que acudieron por cualquier motivo a consulta, que cumplieran los criterios de inclusión, fueron informados de la participación en el estudio, realizándose la prueba por el personal de enfermería teniendo en cuenta la normativa SEPAR sobre práctica de la espirometría. Los criterios de inclusión fueron: 1) Edad mayor de 35 años. 2) Fumador de más de 10 cigarrillos/día 3) Exfumador de más de 10 paq/año y 4) No diagnóstico previo de EPOC.

Resultados: De un total de 42 espirometrías solicitadas se obtuvieron: 16 con alteración obstructiva ligera, 6 con alteración obstructiva moderada, 7 con alteración obstructiva intensa, 3 con alteración no obstructiva ligera, 6 normales y 4 no presentados.

Conclusiones: La ausencia de manifestaciones clínicas al inicio, la falta de motivación para el abandono del tabaco y el desconocimiento de la enfermedad, su pronóstico y tratamiento provoca que el número de pacientes que acuden sea bajo. La técnica de la espirometría es un buen método para el despistaje precoz de la enfermedad.

39. TABAQUISMO ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN SAP

M. Reche Bibiloni, S. Carbó Queraltó, J. Parcet Solsona, M. Soler Costa, M. D'Lacoste Farré y O. Ortiz Oliete

EAP Sant Ildefons- Cornellà de Llobregat (Barcelona).

Objetivos: Conocer la prevalencia y características del hábito tabáquico del personal de un Servicio de Atención Primaria (SAP).

Materiales: *Diseño:* Estudio descriptivo transversal. *Emplazamiento:* Servicio de Atención Primaria de una área urbana. *Sujetos:* Personal sanitario y no sanitario. *Mediciones:* Encuesta Basal del Programa de "Atención Primaria Sense Fum" (Atención Primaria Sin Humo) autoadministrada, personalizada y anónima. Incluye: datos filiación, hábito tabáquico, opinión sobre función modélica, cumplimiento de normativa vigente y actitud en el ámbito laboral.

Resultados: Participación 58%; mujeres, 79,7%; edad media, 41,5 años; médicos, 29,4%; enfermeras, 30,3%; auxiliares, 16,9%; administrativos, 10,6%. Hábito tabáquico: Fumadores 29,7%, no fumadores 47,7%, exfumadores 22,7%. Características: edad media de inicio, 17 años; cigarrillos/día, 17,8; intentos de deshabituación, 2; recaídas/primeros 20 días, 36,2%; grado de dependencia, 64,6% leve, 32,3% moderada, 3% alta; 65,7% participarían en actividades para dejar el hábito; 29% está en fase contemplativa y 15,2% de preparación. Valoran la función modélica 92%; la señalización del centro insuficiente 53,1%. El 90% de los sanitarios da consejo cuando el paciente presenta patología relacionada con el hábito o pide información; 61% si no plantean preguntas ni tienen patología (sanitario fumador da consejo en un 46,4%; no fumador un 70,3%).

Conclusiones: Consideran importante la función modélica e insuficiente la señalización. La frecuencia de consejo disminuye cuando el paciente no tiene patología ni hace preguntas. Los sanitarios no fumadores dan más consejo en estas situaciones. Más de 50% de los fumadores tiene una dependencia leve, está en fase precontemplativa y, sólo uno de cada seis estaría interesado en dejar de fumar en las próximas 4 semanas.

40. 80 AÑOS... CALIDAD DE VIDA?

M.T. Martí Vilà, M.L. Pérez Miras, M. Miralles Piñeyro, M. del Val Viñolas, A.C. Cereijo Thomas y A. Bassa Massanas

CAP Vila Olímpica. PAMEM.

Objetivos: Analizar la calidad de vida de nuestros pacientes mayores de 80 años.

Materiales: Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de 1.174 historias clínicas de pacientes mayores de 80 años atendidos en un área básica urbana de Barcelona durante el año 2003. Se revisaron las patologías crónicas más prevalentes: hipertensión (HTA), dislipemia (DLP), diabetes (DM) y demencia. Para valorar la calidad de vida se utilizaron la "Escala de Barthel" para las actividades básicas de la vida diaria y el "Índice de Lawton" para medir las actividades instrumentales.

Resultados: La prevalencia obtenida fue de:

- 5,6% DM +HTA+DLP
- 13,20% HTA + DL
- 27,77% HTA
- 4,34% DM + HTA
- 4,1% DM
- 1,5% DM + DLP
- 5,02% DL

En total el 51,53% presentan algún tipo de patología crónica. Además, del total de pacientes un 4,5% estaban diagnosticados de demencia.

En cuanto al nivel de dependencia:

- 9,96% Dependientes totales
- 25,3% Dependientes moderados
- 64,74% Independientes

Conclusiones: A pesar de la alta prevalencia de patología crónica de estos pacientes el 64,74% son independientes para las AVDs, dada esta buena calidad de vida habría que plantearse la necesidad de su inclusión en las guías de enfermedades crónicas más prevalentes.

41. ¿QUÉ PATOLOGÍAS INFILTRAMOS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

P.P. Quispe Mamani, M.J. García Palma, S. Santamaría Carmona, M.A. Soriano Molina, E. Torres Peñalver y N. Molina Reyes

C.S. La Chana (Granada).

Objetivos: Describir que patologías articulares y periarticulares se infiltran en un Centro de Salud urbano.

Materiales: *Diseño:* Descriptivo retrospectivo. *Material y métodos:* Se recogieron mediante las historias clínicas de todas las U.A.F del Centro las siguientes variables: patología infiltrada, nº de infiltración que se le realizó (primera, segunda o tercera), edad, sexo, y complicaciones postinfiltración. En total se infiltraron 17 procesos dolorosos diferentes. *Análisis de datos:* Epi info 2002.

Resultados: En el año 2001 se realizaron 234 infiltraciones en 174 pacientes, con una media de lesiones infiltradas por consulta de 59,3 ($\pm 14,6$). El 73% eran mujeres. Algunas patologías precisaron 3 infiltraciones para la completa remisión del dolor. Las patologías infiltradas fueron las siguientes: de los 174 pacientes se realizó una sola infiltración en el 74,4% de los casos: bursitis anserina 37, manguito de los rotadores 35, epicondilitis 21, fascitis plantar 20 y tendinitis del supraespinoso en 6 pacientes. Complicaciones postinfiltración: 7 (4%). Necesitaron una segunda infiltración 50 pacientes (21,4%): manguito de los rotadores 13, bursitis anserina 11, epicondilitis 8 y tendinitis del supraespinoso 4 pacientes. Complicaciones postinfiltración: 3 (6%). Se realizó una tercera infiltración en 10 casos (4,3%): bursitis anserina 2, manguito de los rotadores 2 y tendinitis del supraespinoso en 2 pacientes. Complicaciones postinfiltración: 1 (10%). Las complicaciones más frecuentes de la zona infiltrada fueron: dolor, inflamación y fiebre.

Conclusiones: La infiltración de diferentes patologías articulares y periarticulares en Atención Primaria es una práctica factible, eficaz y que suele tener pocas complicaciones. Apareciendo en nuestro estudio mayor número de complicaciones tras la primera infiltración.

42. EXPERIENCIA EN CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD

P.P. Quispe Mamani, M.J. García Palma, S. Santamaría Carmona, E. Torres Peñalver, M.A. Soriano Molina y N. Molina Reyes

C.S. La Chana (Granada).

Objetivos: Analizar las lesiones cutáneas intervenidas mediante Cirugía Menor en un Centro de Salud urbano.

Materiales: *Diseño:* Retrospectivo (descriptivo). *Material y métodos:* Se recogen las siguientes variables a partir de las historias clínicas de las diez U.A.F del Centro de Salud: edad, sexo, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico anatomopatológico y complicaciones posquirúrgicas. Población: centro de salud urbano con 19362 pacientes. *Análisis de datos:* Epi info 2002.

Resultados: Durante el año 2001 se intervinieron 11 tipos de lesiones cutáneas de 159 pacientes, con edad media de 44,5 ($\pm 17,8$), donde el 57,9% de ellas son mujeres. La media de intervenciones por UAF fue de 15,9. Del total de intervenciones realizadas por exéresis: 100 casos fueron de diagnóstico clínicamente evidente en las cuales predominaron: fibroma 41 (25,8%), verrugas 41 (25,8%), quiste epidérmico 16 (10,1%), uña encarnada 18 (11,3%), abscesos 10 (6,3%), nevus 11 (6,9%). Se derivaron 59 piezas a anatomía patológica para corroborar el diagnóstico prequirúrgico recibiendo informes de AP con diagnóstico específico en 48 casos (81,4%) y sin diagnóstico en 11 de las muestras enviadas (18,6%). En 23 de las lesiones extirpadas no coincidió el diagnóstico prequirúrgico

con el diagnóstico anatomopatológico, y dentro de las más llamativas encontramos: carcinoma basocelular, granuloma piógeno, leiomioma epidérmico, *moluscum contagiosum*, neurofibroma y tumor de células granulosas. El porcentaje de concordancia entre ambos diagnósticos fue de un 61%. En 2 casos (1,3%) aparecieron complicaciones postquirúrgicas leves.

Conclusiones: Según la experiencia en nuestro Centro de Salud, la Cirugía Menor es viable y efectiva. Surgieron mínimas complicaciones y la concordancia entre el diagnóstico prequirúrgico y el anatomopatológico fue satisfactorio.

43. EL PRINCIPIO ACTIVO: "ESE DESCONOCIDO"

R. Ramos Murciano, A. Castro Gómez, E. Samperio Pérez, B. López Cascales, A. Santos Tapia y S. Martín Muñoz

Centro Salud de Coín (Málaga).

Objetivos: En junio de 2001, con la intención de controlar el gasto farmacéutico y siguiendo las recomendaciones de la OMS, se establece en Andalucía la opción de prescribir por Principios Activos (PA), tras un acuerdo con los colegios farmacéuticos. En la práctica diaria se traduce por la posibilidad de cambios en las marcas, lo que en determinada población más vulnerables (sin estudios, crónicos, ancianos, polimedicados) puede distorsionar el cumplimiento terapéutico correcto. Queremos conocer la opinión, nivel de conocimiento y aceptación de nuestros pacientes para mejorar la comunicación haciendo más comprensible la prescripción.

Materiales: Estudio descriptivo transversal de pacientes seleccionados en las consultas por muestreo aleatorio sistemático durante una semana, a los que se les pasó una encuesta validada para recoger datos personales, nivel información, creencias y actitudes sobre la prescripción por PA.

Resultados: Total encuestas analizadas: 117. Sexo: Mujeres: 83 (71%) Estudios: Básicos: 61 (52%), medios: 21 (18%), superiores: 15 (13%), sin estudios: 20 (17%). Medicación crónica: 63 (54%), No conocen PA: 87 (74%). Creen que diferentes marcas de PA son iguales: 75 (64%). Han solicitado marcas: 31 (27%). Están de acuerdo con PA: 78.

Conclusiones: Muy bajo porcentaje de pacientes conoce el PA. No aparecen diferencias importantes en el nivel de conocimiento según edad, sexo, tomar medicación crónica o ser pensionista. Ninguno de los que no tienen estudios conoce el PA y expresan más dudas para aceptarlos. El mayor grado de aceptación se da en estudios medios y superiores.

La mayoría de los que conoce el PA reconoce que el motivo principal es el económico. Constatamos a mayor información mejor aceptación, de lo que deducimos que para incrementar la implantación del PA se requiere mayor esfuerzo en informar a los usuarios.

44. TRES AÑOS DE PÍLDORA POSTCOITAL. ¿QUÉ ESTÁ PASANDO?

J. Sepúlveda Muñoz, A. Flores Barranco, A. Cuadra Escalante, J.C. Rico Bueno, M. Comino Trujillo y A. Vargas-Machuca Benitez

Centro Salud Coín (Málaga).

Objetivos: Tras tres años de implantación en nuestro Centro de Salud de la prescripción y dispensación gratuita de la píldora postcoital (PPC) se plantea realizar un estudio para conocer mejor tanto las características de las usuarias, como las condiciones que motivan su demanda y poder evaluar la situación actual. Esto permitirá introducir medidas correctoras que mejoren tanto la accesibilidad, valoración de la prescripción y sobre todo el seguimiento de las usuarias, además de conocer la evolución futura o establecer comparaciones con otros centros.

Materiales: Estudio descriptivo transversal de la totalidad de las usuarias que han acudido a nuestro Centro en solicitud de la PPC durante el periodo un año (De Mayo 03 a Abril 04). La recogida de datos se hizo a través del análisis de los cuestionarios cumplimentados por los profesionales

Resultados: Total cuestionarios: 192. Edades (entre 14 y 45 años): Menores de 17 años: 32 (17%). Entre 17-18: 61 (32%). Entre 18-20: 33 (17%). Resto 66 (34%). Horas desde coito riesgo: Primeras 24 horas: 162 (85%). Picos máximos: 12ª hora: 27 (14%) y 1ª hora: 24 (13%). Motivo principal reconocido: Ruptura preservativo: 144 (75%). Uso anterior: 74 (38%).

Conclusiones: Elevada frecuencia en las edades comprendidas entre los 14 y 18 años. Resulta llamativo el porcentaje de usuarias que acuden en las primeras horas tras el coito. Consideramos muy elevado el porcentaje de usuarias que reconocen haber usado la PPC en más de una ocasión teniendo en cuenta la mayor frecuentación de las menores de 18 años. Proponemos un mayor esfuerzo en medidas educativas en la población adolescente (caracterizada por una alta frecuentación y de difícil acceso), así como establecer medidas consensuadas, que respetando la confidencialidad, nos permitan un mejor y eficaz seguimiento.

45. IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

R. Belenguer Prieto., M.J. Gimeno Tortajada, J.V. Climent Sáez y J.F. Pastor Oliver

Grupo de Trabajo Aparato Locomotor Semergen Comunidad Valenciana.

Objetivos: Analizar la prevalencia de la asociación de fibromialgia en pacientes diagnosticados de Síndrome de Sjögren primario (SSP), así como el impacto que produce su presencia en la calidad de vida del paciente.

Materiales: Se han estudiado 100 pacientes consecutivos (97 mujeres y 3 hombres, con una edad media de 52 años) diagnosticados de SSP según los criterios Europeos de 1993. En todos ellos se ha analizado la presencia de fibromialgia según los criterios de la ACR y se ha valorado de forma individual la calidad de vida percibida, con la aplicación de cuestionarios de evaluación subjetiva de las manifestaciones del SSP, percepción y conocimiento de la enfermedad, esfera familiar y social, y valoración global (SF-36).

Resultados: Hemos detectado la presencia de fibromialgia en 28 pacientes (28%), todas mujeres con una edad media de 56 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron xerostomía (100%), xeroftalmia (100%), fatiga (93%), artralgias (46%) y alteraciones del sueño (32%). Se compararon los diversos parámetros incluidos en el cuestionario SF-36 de acuerdo a la presencia o no de fibromialgia. Comparados con los pacientes sin fibromialgia, los pacientes con SSP y fibromialgia manifestaron tener un peor estado de salud respecto al referido ($p = 0,003$); tristes ($p = 0,016$) o agotados ($p < 0,001$). Respecto a la valoración global del estado de salud mediante puntuación E.V.A. (considerando un valor 10 como el mejor estado de salud posible), los pacientes con fibromialgia presentaron una puntuación media de 4,57 frente a 6,38 de los pacientes sin fibromialgia ($p < 0,001$).

Conclusiones: Cerca de un 30% de los pacientes con SSP presentan fibromialgia asociada, que origina un impacto claro sobre su calidad de vida, con una mayor frecuencia de síntomas depresivos y de fatiga. La existencia de fibromialgia en un subgrupo de pacientes con SSP obliga a un enfoque multidisciplinario de los síntomas sumatorios de ambas patologías, centrado en mejorar el importante deterioro de la calidad de vida que sufren dichos pacientes.

46. ESTUDIO SOBRE OSTEOPOROSIS DENSITOMETRÍA Y PAUTA DE ACTUACIÓN

I. Sierra Martín, M. Arana Hidalgo, C. Masegosa Gallo, A. Barrio Ramos, J. Gosalvez y J. Pedrós Moreno

Centro de Salud Hospital Provincial-Pla. Área 16. Alicante.

Objetivos: Perfil de pacientes que se les pidió una DMO, prevalencia de la osteoporosis, selección de la población de riesgo que puede beneficiarse de un tratamiento adecuado, evaluar el tratamiento según el resultado obtenido, la edad y los factores de riesgo y compararlo con las guías clínicas.

Materiales: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, realizado en un Centro de Salud de Alicante en un período de 2 años (Enero de 2002 a Enero de 2004). Se incluyeron los pacientes a los que se les había pedido una DMO, que se realizó con un Densitómetro (PIXI). Se midió la densidad del calcáneo. Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: 1) Edad mayor o menor de 65 años, 2) Antecedentes de fractura previa, 3) Existencia de otros factores de riesgo (menopausia precoz, quirúrgica, tabaquismo o tratamiento con corticoides) 4) Sexo 5) diagnóstico obtenido 6) Tratamiento recibido.

Resultados: Total DMO solicitadas 1391. Perdidas: 415. Mujeres 1117, hombres 59. 500 con menos de 65 años, 482 más de 65. Con antecedente de fractura 55, con otros factores de riesgo 197. En cuanto a los resultados, osteoporosis 327, osteopenia 234, normales 415, mujeres con osteoporosis 318. En cuanto al tratamiento, total tratados 538, no tratados 438, Grupos de tratamiento: Calcio: 120. Calcio vit D: 144. Bifosfonatos: 222. Estrógenos: 15. Calcitonina: 43. Raloxifeno: 61. Otros tratamientos: 40.

Conclusiones: Se debe procurar seguir las guías clínicas con el fin de evitar la variabilidad de tratamiento, así como promover hábitos saludables y detección de factores de riesgo.

47. VALORACIÓN DEL GRADO DE CONTROL DE GLUCEMIA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

O. Peral Alonso, M. Andreu Miralles, O. Domínguez Guillamón, X. Olivé Ferré, A. Gurt Daví y F. J. Montañés Muñoz

CAP Vila Olímpica (Barcelona).

Objetivos: Estudiar mediante las cifras de hemoglobina glicosilada (HbA1c) el grado de control de nuestros diabéticos, en los que se realiza un seguimiento según protocolo específico.

Materiales: Estudio prospectivo, observacional, de los 1.086 diabéticos tipo 2 registrados en nuestro centro, de atención primaria, de ámbito urbano, controlados según un protocolo específico. Se obtuvo una muestra aleatoria de 200, de los que se desecharon 21 por controlarse en otros centros. De este modo se revisó la historia clínica de 179 (16,48%) diabéticos en los que se valoró las cifras de HbA1c del último control analítico.

Resultados: No se hallaron diferencias significativas de la muestra respecto a la población de diabéticos en cuanto a edad, 67,47 años frente a 67,37 ($p = 0,1$), ni sexo (52,5% varones y 47,5% mujeres), siendo la muestra representativa. El valor de HbA1c medio fue de 6,95%. 109 pacientes (60,89%) presentó una HbA1c < 7% (objetivo de control). Solo 37 pacientes (20,67%) se encontraba con HbA1c > 8%, punto de corte para intensificar intervenciones.

Conclusiones: El seguimiento de la DM2 mediante un protocolo específico deriva en un buen control de las cifras de glucemia. Como asignatura pendiente, queda un 20,67% de pacientes en los que es preciso intensificar las intervenciones; una reducción parcial en estos pacientes puede ser más beneficiosa que la misma reducción en un paciente con control aceptable.

48. DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y RIESGO CARDIOVASCULAR

J. Matamoros Hernández, E. Almenar Cubells, A. Hernández Villar, C. Hernández Espinosa, I. Roca Adelantado y R. Rodríguez Serra

Centro de Salud de Benifaio. (Valencia).

Objetivos: Valorar la influencia de los factores de riesgo cardiovascular en la disfunción eréctil (DE).

Materiales: Estudio prospectivo descriptivo. Se estudiaron 44 pacientes, con un criterio de selección, de uno de cada cuatro pacientes varones con factores de riesgo cardiovascular, que acudieron a la consulta del Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, en el período de tiempo entre el 22/09/03 al 4/03/04. En todos los pacientes se recogieron la edad, peso, talla, ingesta de alcohol, tabaco, Diabetes Mellitus (DM), dislipemia, hipertensión arterial (HTA) y depresión. Para el diagnóstico de la DE se utilizó el cuestionario IIEF-5 score, validado para Atención Primaria.

Resultados: La edad media fue de 60,35 DS 11,96 años. La prevalencia de la DE fue del 86% del total. El 35,13% tenía más de un factor de riesgo cardiovascular. Todos los pacientes con DM presentaron DE. La HTA presentó 86,6% y la dislipemia un 88,8%. En 7 pacientes estaba asociada la HTA y la dislipemia, mostrando un 100% de DE. En 5 pacientes se observó la asociación de DM, HTA y dislipemia hallándose un 100% de DE. Sólo un paciente fumador sin otros factores de riesgo presentó DE.

Conclusiones: La prevalencia de la DE en los pacientes estudiados con factores de riesgo cardiovascular, fue considerablemente mayor frente a la de otros trabajos donde no se excluye a aquellos pacientes sin factores de riesgo cardiovascular. La investigación de la función eréctil, sobre todo en los pacientes con factores de riesgo cardiovascular, debe ser una práctica sistemática en la consulta de atención primaria, puesto que se ha llegado a considerar como un posible marcador del estado de salud.

49. OSTEOPOROSIS Y COMORBILIDAD

M. Zardoya Zardoya, S. Magaña Orta, R. Arbolada y M. Vitaller Serrano

Centro de Salud de Buñuel (Consultorio Médico de Ribaforada).

Objetivos: Conocer la Patología asociada a la osteoporosis, consumo de fármacos y, estilo de vida.

Materiales: Estudio transversal de prevalencia descriptivo, en una muestra de mujeres de edades comprendidas entre 45-65 años de 233 mujeres de las cuales 60 registraron DMO (densidad mineral ósea), igual o menor de 2,5. Este grupo se citó para entrevista personal, acudiendo a la cita 25 personas (9%). Durante la entrevista se recogieron parámetros antropométricos, estilo de vida, consumo de tóxicos, menopausia precoz, h^a de amenorrea, fracturas previas, patología asociada, y consumo de fármacos. Los parámetros se procesan mediante hoja de cálculo excel.

Resultados: En cuanto a los factores de riesgo la mayor prevalencia, se da en: menopausia precoz (56%), baja ingesta de calcio natural (68%), actividad física (60%), h^a de amenorrea (20%), fracturas previas (20%). La patología asociada es de: HTA (40%), artrosis (8%), DM2 (8%), hipotiroidismo (12%), dislipemia (20%), trastornos depresivos (16%). El consumo de fármacos específicos se distribuyen en: Bifosfonatos (24%), TSH (12%). Los fármacos restantes se distribuyeron en: Diuréticos (20%), IECAS (20%), ARA2 (12%), Estatinas (28%), IBP (24%), ISRS (32%), Ansiolíticos (24%), AAutomedicación (16%), Tirosina (12%), Consumo de tabaco (5%).

Conclusiones: 1) Bajo consumo de tabaco y alcohol, junto a una dieta pobre en calcio, consecuencia de baja ingesta de derivados lácteos. 2) Escaso conocimiento sobre osteoporosis, (Cómo y porqué se produce así como sus consecuencias). 3) La

distribución de comorbilidad es similar a la población general.
4) Se recomienda la puesta en marcha de un grupo de trabajo en nuestro centro, potenciando la adquisición de hábitos de vida saludables, y su importancia en el desarrollo/prevenición de osteoporosis, por encima de la ingesta de fármacos

50. ESTUDIO DE INTERVENCIONES NO DERMATOLÓGICAS EN CIRUGÍA MENOR

E. Orbara Soret, R. Molinero Pinilla, A. Parra Osés, P. Palacio Cuenca, L. Arrue Izaguirre y R. Osés Primo

Centro de Salud Rochapea. Pamplona. Servicio Navarro de Salud.

Objetivos: La cirugía dermatológica supone el mayor porcentaje de la CM en AP. El desarrollo de la CM ha diversificado estos procedimientos involucrando otras especialidades (traumatología, cirugía general, urología o cirugía plástica). Analizar técnicas no dermatológicas y valorar efectividad y factibilidad en AP.
Materiales: Estudio descriptivo, retrospectivo de 379 intervenciones no dermatológicas entre 2000-2002 en un Centro de Salud Urbano. Variables: sexo, edad, localización, técnica, diagnóstico y distribución por especialidades.

Resultados: Predominio en mujeres (62,8%) y grupo de 15-44 años. Diagnósticos más frecuentes: onicodistrofia (16,4%), tendinitis de hombro (14,2%) y absceso (11,1%). Técnicas más utilizadas: infiltración (29%), cirugía de la uña (25,59%), corrección de desgarros de lóbulos (19%) e incisión-drenaje (12,4%). Localizaciones: pie (27,2%), hombro y orejas. *Cirugía general:* 69 intervenciones (18,2% del total) predominando abscesos. Urología: 11 Frenectomías (2,9%). *Cirugía plástica:* 72 desgarros de lóbulos (19%). Más frecuentes de tipo II, más severos en > 65 años. *Traumatología:* 216 intervenciones (59,9%): uña 106 (49,1%) y 110 infiltraciones (50,9%). Uña incarnata es más frecuente hasta los 44 años. Onicodistrofia y matricectomía total más frecuente en > 65 años. Tendinitis de hombro como patología más infiltrada.

Conclusiones: a) Técnicas descritas factibles y aplicables en el ámbito de la AP. b) Especialidades más representadas: traumatología y Cirugía Plástica. c) Uña incarnata, abscesos y frenillos más característicos de jóvenes. Onicodistrofia, infiltraciones y corrección de desgarros severos del lóbulo de la oreja en mayores de 65 años.

51. APOYO GRUPAL PARA DEJAR DE FUMAR. DOS AÑOS DE EXPERIENCIA

L. Mendo Giner, E. García Castillejo, R. Hernández Castillejo, S. López Jusue, L. Argaiz Ruiz y M. Ochoa

Zona Básica Valtierra-Cadreita, Tudela (Navarra).

Objetivos: Analizar la actividad del Apoyo programado grupal (APG) para dejar de fumar mediante Reemplazamiento de nicotina (RN) con parches, que forma parte del Programa de Ayuda al Fumador (PAF) del Gobierno de Navarra.

Materiales: Estudio descriptivo retrospectivo. Centro de Salud rural. Mediciones: Entrevista personal previa: Edad, sexo, nº cigarrillos/día, años de fumador, edad de inicio, Test de Falqueström, Test de motivación, nº días con RN. Encuesta final: Síntomas del síndrome de abstinencia y efectos secundarios del RN (según libro del PAF). Numero de no fumadores al terminar APG y llamada telefónica a los 6 meses y al año.

Resultados: 98 personas entrevistadas. 88 participantes (2000-2002). El 54,54% eran mujeres. Rango 22-68. Edad media 48 años. 32 cigarrillos/día, 35 años de media de fumador, edad de inicio: mujeres 13 años, hombres 14 años, Falqueström > 4 en el 100%, test motivación 6-12 puntos: 30%, 12-16: 50%; > 16: 20%. Nº días con RN 42 días (máximo 84 días). Síntomas de síndrome de abstinencia: Hambre 75 (85,2%), Irritabilidad 60 (68,1%), nerviosismo 46 (52,77%), ansiedad 40 (45,4%), in-

somnio 26 (29,5%), tos 22 (25%), dificultad de concentración 20 (21,7%), disforia 16 (18,8%), cefalea 6 (6,8%). Efectos adversos de RN: Sueños agitados 35 (39,77%), picor 34 (38,63%), irritación en la piel 28 (31,8%), edema 8 (9,09%), náuseas 2 (2,72%). No fumador a los 3 meses 62 (70,4%), a los 6 meses 51 (57,9%), al año 42 (47,72%).

Conclusiones: La entrevista previa a comenzar el APG permite seleccionar a los pacientes que cumplen los criterios de inclusión de PAF y que además están más motivados, permitiendo mejor funcionamiento del grupo y el compromiso de los asistentes. El número medio de días con RN ha sido muy bajo, las recaídas han sido más frecuentes en los fumadores que llevaron menos días RN. En las últimas sesiones de grupo escasa asistencia. Debemos mejorar estos dos puntos en próximos grupos.

52. ESTADO FUNCIONAL DE LOS ANCIANOS EN EL MUNICIPIO DE FRONTERA (ISLA DE EL HIERRO)

A.M. Sánchez González* y J.C. Gavilán Batista**

Centro de Salud Valle del Golfo.* *Centro de Salud de Valverde. Área de Salud de El Hierro. Servicio Canario de la Salud.*

Objetivos: Clasificar a las personas mayores (PM) que viven en el municipio de Frontera, analizar sus problemas de salud y adoptar las medidas necesarias que permitan actuar y priorizar sobre los mismos.

Materiales: Estudio epidemiológico retrospectivo que incluye a 851 PM de 65 años del Municipio de Frontera. Se analizan los datos procedentes de las historias clínicas, de las consultas médicas y de enfermería, y de las visitas domiciliarias. Se clasifican a las PM según la Guía de Actuación en las Personas Mayores del Servicio Canario de Salud. Programa SPSS para el estudio estadístico y Word y Excel para el informático.

Resultados: Hay 450 mujeres y 401 hombres mayores de 65 años, de los cuales 296 son mayores de 80 años (166 mujeres y 130 hombres). Se contabilizan 176 mujeres y 99 hombres polimedicados. Hay 74 hombres y 92 mujeres afectados por una enfermedad crónica invalidante. Precisan asistencia a domicilio 45 mujeres y otros 29 hombres. Existen 70 ancianos que viven solos (52 mujeres y 18 hombres). Presentan demencia 30 mujeres y 14 hombres.

Conclusiones: El porcentaje de ancianos en el Municipio es del 21,46%, mayor que el registrado en el Censo anterior. Las comarcas rurales representan un mayor envejecimiento que las capitales y costeras. El porcentaje de demencias coincide con el resto de las islas (7%). Existe un mayor nº de mujeres que viven solas, coincidiendo con los demás estudios. Es mayor el nº de PM polimedicadas (46%) que en el resto de Canarias (30%).

53. PAPEL DE MÉDICO GENERAL EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE PERICARDITIS AGUDA

J.R. Siles Rubio, J. Ruiz de Castroviejo, E. Sánchez Cañete, G. Romera Carmona, J.A. Quintano Jiménez y A. Hidalgo Requena

Hospital Infanta Margarita de Cabra y Centro de Salud de Lucena (Córdoba).

Objetivos: Validar el protocolo utilizado por el Médico General para el diagnóstico de pericarditis aguda tras consulta ecocardiográfica precoz con el cardiólogo de referencia.

Materiales: Estudio prospectivo de 40 enfermos, 25 de ellos con pericarditis seca o con mínimo derrame y otros 15 con derrame pericárdico no severo cuando debutó la enfermedad.

Resultados: La edad media ha sido de 34 años, predominio de varones (75%). El reposo y antiinflamatorio se instauró en todos los pacientes. De los 20 enfermos sin derrame o sólo mínima cantidad (pericarditis seca), solo en dos hubo recurrencia

de dolor solventada con reposo y refuerzo antiinflamatorio, no precisándose estudio etiológico al no presentar derrame. Al año de seguimiento todos ellos están asintomáticos. De los 15 pacientes con derrame leve o moderado, 10 respondieron de manera favorable al tratamiento médico. En los otros 5 pacientes: recurrencia con fiebre, sintomatología general, y precordialgia que requieren estudio etiológico ingresados, hallándose en tres pacientes causas secundarias de pericarditis (hipotiroidismo, enfermedad de Still y adenocarcinoma de colon). En los otros dos no se encontraron causas secundarias de pericarditis y permanecen actualmente asintomáticos.

Conclusiones: La colaboración e interrelación Médico General-Cardiología favorece un abordaje sencillo de la pericarditis aguda, apoyado en variables clínicas, que además facilita un óptimo manejo clínico, definiendo al subgrupo en el que es necesario ingreso para estudio y descartar etiologías específicas como aquel con mala evolución clínica a pesar de tratamiento correcto.

54. PREVALENCIA DE FIBROMIALGIA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

F. Moreno Martínez, M.J. Fernández Jiménez, F. Ruiz Solanes y M. Domínguez Santaella

Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga.

Objetivos: Conocer la prevalencia de fibromialgia en personas con diabetes melitus tipo 2, y determinar si se asocia con el grado de control de la diabetes.

Materiales: Se efectuó un muestreo aleatorio simple a partir de los listados de personas diabéticas de tres cupos médicos. Se incluyeron en el estudio aquellas personas que acudieron entre octubre de 2003 y marzo de 2004 y cumplían criterios de DM tipo 2. A las personas incluidas se les pasó un cuestionario para conocer variables demográficas, medidas y grado de control de diabetes, patologías concomitantes y se completó la entrevista con una exploración para diagnosticar la presencia de fibromialgia, según criterios del ACR.

Resultados: La muestra se compuso de 63 personas, con una edad media de 60 años y un porcentaje de mujeres del 62%, la hemoglobina glicosilada media era de 7,9 y el IMC de 31,0. El 20% de estos pacientes recibían tratamiento antidepresivo y el 45% tratamiento ansiolítico. Se realizó el diagnóstico de fibromialgia en 21 pacientes (33% IC 95% 22,3 a 46,4). El diagnóstico de fibromialgia se correlacionó positivamente de forma significativa con ser mujer ($r = 0,55$) y con tener mayor IMC ($r = 0,52$). No encontramos relación con la hemoglobina glicosilada.

Conclusiones: Hemos encontrado una mayor prevalencia de fibromialgia en personas con diabetes melitus tipo 2 que la encontrada en el único trabajo publicado sobre el tema hasta la fecha. Una explicación sería una mayor prevalencia en nuestra población de trastorno fibromiálgico. La asociación de la fibromialgia con un peor control no es consistente, la asociación con valores más elevados de IMC la relacionarían con peor cumplimiento dietético y menos ejercicio físico, en esta situación una intervención farmacológica más agresiva mejora los niveles de hemoglobina glicosilada pero no influye sobre la presencia de fibromialgia.

55. ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A UNA RÁPIDA RECUPERACIÓN EN LAS EXACERBACIONES DE BRONQUITIS CRÓNICA Y EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

K. Naberan Toña, M. Miravittles, C. Llor, J.M. Cots y J. Molina

Atención primaria de salud.

Objetivos: Identificar factores de riesgo de rápida recuperación después del tratamiento de las exacerbaciones (EX) en bronquitis crónica (BC) y EPOC.

Materiales: Estudio observacional en pacientes (BC) y EPOC mayores de 40 años con reagudización infecciosa (criterios Anthonisen), que para su tratamiento los investigadores libremente prescribían una de la siguientes opciones: amoxicilina-clavulanico (AC) 500 mg/8 hrs durante 10 días; moxifloxacino (MO) 400 mg/día, 5 días o clarithromicinán (CL) 500 mg/12 hrs, 10 días. Se evaluaron: tasa de fracasos, utilización de tratamiento inhalado u oral, tiempo transcurrido hasta la resolución de los síntomas e ingresos hospitalarios. La información se evaluó en dos visitas clínicas y a los 10 y 30 días.

Resultados: Fueron incluidos 1.164 pacientes. EPOC fueron 789 (FEV1 50% DS: 13,4), edad media 68,7 años, 81% hombres y consumo medio de tabaco de 37 paquetes/año. Distribución del tratamiento: AC = 358 pacientes, MO = 482, CL = 324; p: ns. Sin diferencias significativas en la gravedad de las EX. La curación fue definida como la resolución de los síntomas y fue presente al día 10 en: 89% con MO, 86,6% AC y 86,1% CL; p = n.s. Las variables asociadas a una recuperación más rápida fueron: el uso de MO vs. AC o CL ($p < 0,001$), ser más joven ($p = 0,015$), menor número de admisiones previas ($p = 0,044$), mejor FEV1 ($p = 0,05$) menor utilización de B2 agonistas de acción corta (B2AC) ($p = 0,008$). El estudio multivariante: el uso de MO vs AC (OR = 2,89; CI = 2,2-3,8), la utilización de MO vs. CL (2,44; CI = 1,8-3), fue asociado con una recuperación más rápida. El uso de B2AC (OR = 0,66; CI = 0,5-0,8) y la administración de oxígeno domiciliario (OXD), (OR = 0,51; CI = 0,3-0,7) se asoció a una recuperación más larga.

Conclusiones: MO se asoció significativamente con una recuperación más rápida comparado con AC y CL en el día 5. El tratamiento con B2AC y OXD se asoció con un tiempo más largo de recuperación.

56. EVOLUCIÓN Y CONDICIONANTES DEL SUICIDIO EN UNA COMARCA RURAL

C. Fernández Osuna, R. Marfil Ruiz, I. Rodríguez Bravo, I. Soriano Arroyo, D. Pérez Valdivia y A. Durán Saez

Objetivos: Conocer la incidencia de suicidio en una población rural y estudiar posibles condicionantes socio-familiares.

Materiales: Estudio mixto cuantitativo (de mortalidad) y cualitativo (entrevista en profundidad). Población rural (8750 habitantes). *Periodo:* 1995-2003. *Fuente de datos:* Registro civil local, Historias clínicas. Datos provinciales y nacionales: (INE,IAE). *Variables:* Tasas de suicidio/100.000 habitantes-año, edad, sexo, estado civil, método empleado, año y estación. Se realizan 15 entrevistas abiertas semi-estructuradas por médico de familia instruido a un familiar de 1º grado.

Resultados: *Nº suicidios:* n = 28. Tasas de suicidio/100.000 habitantes-año oscilan entre 11,76 (1996) - 80,87 (2003) siempre superiores a tasas provinciales (6,41-8,21). *Tasa media:* 36,47. No existen diferencias por estación. *Género:* 23 hombres (82,1%) y 5 mujeres (17,9%), con una media de edad de 64,7 en hombres, (DS = 17,84) y 65,6 en mujeres (DS = 10,1). *Estado civil:* 46,4% casado, 10,7% soltero; 14,3% viudo; 28,3% no consta. *Método más empleado:* ahorcamiento 85,7%. *Análisis de las entrevistas:* Perfil personalidad: Pérdida parenteral antes de los 14 años y acontecimiento vital significativo previo. Bajo nivel sociocultural. Casi todos consultan con médico de familia la semana previa. *Modelo familiar:* Ha provocado/sufrido maltrato de género/infantil y ha convivido con modelo familiar similar. Antecedentes de suicidio en 1 o más miembros de la familia, sin conciencia crítica de ello. La mitad de los hijos presentan inestabilidad emocional y/o han tenido intentos de autolisis frustrados.

Conclusiones: Alta tasa por 100.000 habitantes/año de suicidios con respecto a las provinciales. Más frecuente en varones

y casado. *Método más empleado*: ahorcamiento. Condicionantes socioculturales y de desestructuración familiar podrían explicar la alta incidencia.

57. SENSIBILIDAD DE UN SCORE CLÍNICO PARA LA DETECCIÓN DEL ORIGEN TIROIDEO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

J.R. Siles Rubio, J. Ruiz de Castroviejo del Campo, M.A. Jiménez Torres, A. Quintana García, J.I. Jiménez López y C. Ballesteros Rodríguez

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita de Cabra.

Objetivos: El hipertiroidismo puede debutar clínicamente como fibrilación auricular (FA), siendo éste el motivo de consulta. Determinar la sensibilidad del protocolo clínico utilizado en nuestro centro para despistaje de pacientes con FA de origen tiroideo.

Materiales: Se estudiaron 156 pacientes, edades comprendidas entre 28 y 92 años (media 67), remitidos a nuestra consulta por FA de debut en los últimos 30 meses. La historia recogía 7 parámetros de sospecha de hipertiroidismo: adelgazamiento, diarrea, fatiga, nerviosismo, polifagia, intolerancia al calor y temblor. La presencia de al menos tres de estos datos fue requerida para sospechar clínicamente hipertiroidismo.

Resultados: En todos los casos se determinó la TSH. En 12 pacientes se sospechó clínicamente hipertiroidismo, registrándose inhibición de la TSH en 5 y aumento en 1. En los otros 6 enfermos con sospecha clínica, la TSH fue normal. En 5 casos, todos ellos mayores de 65 años, en los que la TSH estaba inhibida no se sospechó hipertiroidismo, y el único síntoma presente era fatiga. La sensibilidad global de la determinación de TSH ha sido del 50% y del 2% respectivamente en los grupos con y sin manifestaciones sugestivas de hiperfunción tiroidea ($p < 0,001$).

Conclusiones: Mediante una historia clínica detallada, pueden cribarse aquellos casos en los que la FA puede tener como etiología una hiperfunción tiroidea. No obstante, la sensibilidad del registro clínico, incluyendo síntomas frecuentes en el hipertiroidismo, sigue siendo baja, más aún, en el caso de los enfermos ancianos en los que la clínica es menos típica.

58. IMPORTANCIA DEL INTERROGATORIO DIRIGIDO EN LA DETECCIÓN DE IMPOTENCIA EN PACIENTES CARDIÓPATAS TRATADOS CON BISOPROLOL

J. Ruiz de Castroviejo del Campo, J.R. Siles Rubio, A. Quintana García, C. Ballesteros Rodríguez, J.I. Jiménez López y M.A. Jiménez Torres

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita de Cabra.

Objetivos: La impotencia es un efecto secundario que aparece entre el 5 y el 10% de pacientes tratados con betabloqueantes (bb). Estudiar la aparición de impotencia tras prescribir bisoprolol (2,5 a 10 mgr al día) para tratamiento de hipertensión arterial, angina o infarto de miocardio, así como valorar la disposición inicial del paciente reconocerla, y el resultado de facilitar su reconocimiento con un interrogatorio dirigido.

Materiales: Se estudian prospectivamente 164 varones, entre 40 y 70 años de edad, media 62. Al ser revisados a los tres meses, al final de la anamnesis y antes de la exploración, se preguntó sobre la aparición de impotencia, con cuatro respuestas posibles: no notar cambio, ligero empeoramiento que no afecta la actividad sexual, moderado empeoramiento que sí afecta, o efecto tal que impide dicha actividad.

Resultados: Antes de preguntar sobre los efectos secundarios, sólo 9 enfermos (6%) refirieron haber notado impotencia por el

tratamiento. 65 pacientes (40%) no notaron nada, 36 pacientes (22%) notaron ligero deterioro, 22 (13%) deterioro y limitación importante y 19 (12%) deterioro grave. 7 pacientes (4%) refirieron mejoría. 15 pacientes (9%), mostraron desinterés. La aparición de impotencia no tuvo correlación con la dosis de bisoprolol.

Conclusiones: Para detectar impotencia favorecida o causada por tratamiento con betabloqueantes y su reconocimiento por el paciente, es necesario preguntar de forma directa y dirigida, facilitando la comunicación entre médico y paciente. En nuestra serie, la impotencia como efecto secundario aparece en un porcentaje mayor al de la literatura.

59. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CALIDAD DE LA CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD. ¿QUÉ Y CUÁNTO PODEMOS MEJORAR?

A. Parra Osés, R. Molinero Pinilla, E. Orbara Soret, P. Palacio Cuenca, R. Osés Primo y L. Arrue Izaguirre

Centro de Salud de Rochapea. Pamplona. Servicio Navarro de Salud.

Objetivos: Analizar la calidad técnica, accesibilidad, satisfacción del usuario. Detectar oportunidades de mejora.

Materiales: *Diseño:* Estudio descriptivo, retrospectivo, cruzado e interno de todas las lesiones intervenidas y remitidas a anatomía patológica entre 2000-2002. Muestreo aleatorio simple ($n = 50$) para valorar accesibilidad y realizar encuesta de satisfacción. *Criterios:* Registro de datos, remisión de material suficiente, concordancia diagnóstica, elección de técnica y afectación de bordes en escisión fusiforme y punch. Con estos cinco criterios se crean cuatro categorías de muy buena a mala calidad, puntuando dichos criterios de manera ponderada. También se miden días de espera y satisfacción con el resultado y con tiempo de espera.

Resultados: El 46,3% cumplen todos los criterios con un 60,1% de buena o muy buena calidad, 22,8% de calidad moderada y el 17% mala calidad. Material remitido insuficiente en el 1,72%. Fallos en el registro 11%. Uso de técnica incorrecta 26,6%. Concordancia diagnóstica del 64%. Tiempo de espera 48 días (IC34-62). Satisfacción del tiempo de espera 80% (IC65-95) y del resultado 76% (IC61-93). Consideran la cirugía menor adecuada en AP el 83% (IC69-97).

Conclusiones: Mejorar la sensibilidad diagnóstica de nevus respecto a pólipos, queratosis y verrugas aumentaría la buena calidad un 6,5% y bajaría la mala calidad al 10%. Incrementaríamos la buena calidad un 13,8% mejorando la concordancia diagnóstica entre pólipos, queratosis y verrugas y un 2,2% si realizamos correctamente la escisión fusiforme. Mejorar el registro aumentaría la muy buena calidad un 2,2% y el uso de la técnica correcta en intervenciones con diagnóstico acertado un 9,5%. Aceptable accesibilidad y satisfacción.

60. FORMACIÓN EN TABAQUISMO: ¿EN QUÉ MEDIDA INFLUYE LA MISMA EN SU CONSIDERACIÓN TERAPÉUTICA?

M. Torrecilla García, C.I. Soria López, R. Ruano García, D. Plaza Martín, A. Morales Sánchez y E. León Díaz

Asociación para la prevención y control del tabaquismo de Castilla y León.

Objetivos: Conocer como influye la formación en tabaquismo en su abordaje.

Materiales: Estudio descriptivo transversal. Se elaboró una encuesta que se distribuyó a todos los sanitarios de las Gerencias de Atención Primaria de Salamanca y Ponferrada. La prueba estadística utilizada fue el χ^2 ($p < 0,05$).

Resultados Contestaron el 37,9% de los sanitarios (325 de 856). De los médicos el 35,4% (166 de 469) y el 41,1% de los enfermeros (159 de 387).

	Global	Médicos	Enfermería	Significación
Formación en tabaquismo	49,8%	44,6%	55,3%	p<0,0001
Formación Médica Continuada	71,8%	62,4%	37,6%	p<0,0001
Diplomatura/ Licenciatura	17,2%	14,3%	85,7%	p<0,0001
Postgrado	12%	100%	-	p<0,0001
MIR	2,2%	2,2%	-	p<0,0001
Se consideran formados	33,2%	41%	25,2%	p<0,05
De los que recibieron formación, se consideran formados	47,9% ¹	52,2% ²	42,3% ²	¹ p<0,0001
De los que no recibieron formación, se consideran formados	18,5% ¹	27% ³	11,4% ³	² p>0,05 ³ p<0,05
De los sanitarios que se consideran formados han diagnosticado o sospechado alguna enfermedad relacionada con el tabaco	77,8%	76,2%	23,8	p < 0,0001
De los sanitarios que se no consideran formados han diagnosticado o sospechado alguna enfermedad relacionada con el tabaco	59,1%	59,3%	40,7%	p < 0,0001
De los sanitarios formados, aconsejaron el abandono del tabaco	99,1%	100%	97,5%	p > 0,05
De los sanitarios formados, aconsejaron el abandono del tabaco	95,2%	95,7%	94,8%	p > 0,05

Conclusiones: La mitad de los sanitarios no han recibido formación en tabaquismo. La diplomatura de enfermería está más concienciada en el abordaje del tabaquismo. Sólo un tercio de los profesionales se consideraban preparados para abordar el tabaquismo. La formación en tabaquismo influye en la actitud frente a su abordaje.

61. ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS DE UN BARRIO DE SEVILLA

R.J. Moya Santana, M.M. Pérez Gutiérrez, M.A. Martín Rodríguez, R. Vera Vázquez y C. Alarcón Azopardo

Médico de Familia, C.S. Cerro del Águila (Sevilla); ATS-DUE, C.S. Pumarejo (Sevilla).

Objetivos: Comparar varios factores de riesgo de osteoporosis (FRO) y los parámetros de ecografía cuantitativa ósea de calcáneo (QUS) referidos a la población asignada al C.S. Cerro del Águila de Sevilla, dentro del Estudio ECOSAP.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. *Ámbito del estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* 161 mujeres posmenopáusicas de más de 65 años, sin enfermedades neoplásicas o metabólicas óseas, con domicilio en el barrio del Cerro del Águila de Sevilla, que acudieron consecutivamente a consulta médica y otorgaron el consentimiento informado para participar en el estudio. Variables demográficas, antropométricas, cuestionario dirigido a FRO y QUS de calcáneo (Sahara [TM]). Se estableció el antecedente de Fractura Osteoporótica (FO) ante fracturas por fragilidad ocurridas a partir de los 35 años de edad.

Resultados: 56 de las 161 mujeres presentaban antecedente de FO. Se encontraron diferencias significativas (p < 0,095) en los siguientes FRO (no antecedente vs antecedente respectivamente): ingesta diaria de calcio ($\bar{x}972 \pm 473$ vs 874 ± 757), gramos diarios de alcohol ($2,06 \pm 5,07$ vs $5,54 \pm 13,2$), consumo de antiarrítmicos (0,95% vs 8,93%), antecedente de EPOC (0,95% vs 7,14%), y en todos los parámetros de la QUS (BMD: $0,428 \pm 0,108$ vs $0,364 \pm 0,091$; T-score: $-1,37 \pm 0,966$ vs $-1,94 \pm 0,809$; BUA: $63,7 \pm 15,9$ vs $55,0 \pm 15,3$; SOS: $1523 \pm 28,2$ vs $1508 \pm 28,5$; QUI: $79,8 \pm 17,2$ vs $69,6 \pm 14,4$). Variables como IMC, paridad, edad de menopausia, edad de menarquia, alte-

ración de órganos de los sentidos, horas de ejercicio semanales, años de fertilidad, consumo de otros fármacos osteopenizantes, o consumo de antiresortivos, calcio, vitamina D3 y THS, no mostraron diferencias significativas.

Conclusiones: 1) La ecografía de calcáneo (QUS) puede ser un método adecuado para valorar el riesgo de osteoporosis posmenopáusica en mujeres > 65 años de edad. 2) Existe mayor prevalencia de FRO en las mujeres con antecedentes de FO, no obstante no se encuentran diferencias en FRO para el total de población incluida en el estudio ECOSAP, y tampoco en los FRO comúnmente aceptados en poblaciones anglosajonas, lo que sugiere que no todos los FRO podrían ser aplicables a nuestro entorno.

62. EVALUACIÓN DE LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (DPC)

P. de la Torre Torres, A. Durán Saez, N. Moya Ruegg, F. Guerrero García, C. Alted Aracil y C. Fernández Osuna

Objetivos: Evaluar los resultados de la Detección Precoz de Cáncer de Cervix (DPC) en una zona básica de salud (ZBS) mediante de los indicadores de calidad establecidos para este proceso.

Materiales: *Diseño:* estudio descriptivo transversal. *Emplazamiento:* ZBS rural (16.350 habitantes). *Muestra:* citologías realizadas entre 2001-03 (n = 1373). *Variables:* edad, calidad de la técnica, resultado obtenido, derivación y control en el centro.

Resultados: La media de edad de las mujeres fue de 40,08 años (desviación típica de 11,24). La técnica fue adecuada en un 88,7% de los casos. Comparamos con datos publicados referidos a un estudio realizado en una ZBS de Salamanca (año 1997; n = 2056), en el que se informaron como normales un mayor porcentaje de muestras (887 casos, 43,12%) y menor porcentaje de cambios benignos (1151 casos, 56%) Encontramos más casos patológicos (43 casos, 3,1%) frente a los 15 casos de ellos (0,73%) Ninguna de nuestras es considerada insuficiente para lectura, frente a los 18 casos (0,88%).

	Normales	Cambios benignos (inflamación/reparación)	Cambios patológicos	No válidas para lectura	Falta muestra fijación defectuosa
N	260	882	59*	0	43
%	18,9%	64,2%	4,2%	0	3,1%

Distribución de citologías con cambios patológicos

CIN I	13 (22,03 %)
ASCUS	15 (25,4%)
HPV	7 (11,86%)
CIN II/III	2 (3,38%)
Ectopias	8 (13,55%)
Paraqueratosis atípicas	6(10,16%)
Masa cervical	1 (1,69%)
CIN I/HPV	6 (10,16%)
Pólipo cervical	1 (1,69%)

Conclusiones: La técnica tuvo fallos en un 3,2% de los casos. Nuestro laboratorio informa más cambios reactivos que citologías normales. Mayor prevalencia de citologías patológicas que otras series publicadas en España.

63. ANTICONCEPCIÓN EN LAS MUJERES INMIGRANTES EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

R. Marfil Ruiz, I. Rodríguez Bravo, M. Blanco Martín, D. Sánchez Mariscal, V. Ruiz Casares y E. Moratalla López
Centro de Salud Huetor Tajar.

Objetivos: Conocer el uso y las limitaciones de los métodos anticonceptivos en las mujeres inmigrantes de un Centro de Salud (CS) Rural.

Materiales: Estudio descriptivo transversal. Incluimos todas las mujeres inmigrantes que han solicitado atención en nuestro CS en el período estudiado, a través de la Trabajadora Social. Realizamos un muestreo aleatorio ($n = 100$). *Variables estudiadas:* edad, nivel cultural, con o sin pareja estable, visita a consulta de planificación familiar, método anticonceptivo usado antes y después de la consulta, desean más hijos, mantienen prácticas sexuales de riesgo. Datos recogidos de las fichas elaboradas por la Trabajadora Social y de las historias informatizadas del CS.

Resultados: *Edad media:* (25,78%). *Origen:* 83% Bolivianas. 10% de analfabetismo.

Método anticonceptivo

Sin	69%
Píldora	3%
Preservativo	8%
DIU	11%
DEPOT	4%
Otros	3%
Embarazada	1%

Limitación al uso de anticonceptivos

Falta de interés	24,8%
Miedo	5%
No quiere su pareja	5%
Desconocimiento	12%
No consta	4%
Ninguna	49,5%

	Práctica sexual de riesgo	Situación irregular	Desea más hijos	Acude a planificación familiar	Tiene pareja estable	Estudios primarios o superiores acabados
No	71%	9%	60%	72%	16%	44%
Sí	29%	91%	40%	28%	84%	66%

Conclusiones: Esta población consulta poco en planificación familiar. La no utilización de método anticonceptivo se debe en gran parte a falta de interés, desconocimiento y resistencias propias o de la pareja.

64. LOS FÁRMACOS MÁS PRESCRITOS Y LOS QUE MÁS GASTO SUPONEN EN NUESTRA ZBS

J.C. Aguirre Rodríguez, J. Lupiáñez Castillo y M. Sánchez
Centro de Salud de Armilla. Granada.

Objetivos: Cuantificar la importancia de los fármacos más prescritos y los de mayor coste dentro del gasto total de una ZBS.

Materiales: Analizamos los 10 fármacos más prescritos y los 10 que mayor gasto suponen en los 13 médicos de la ZBS.

Resultados: 1) Los fármacos más prescritos son: Metamizol, Paracetamol, Ibuprofeno, Diclofenaco, Omeprazol y Bromazepam. 2) Estos fármacos no son los que más gasto generan. 3) Entre éstos se sitúan aquellos fomentados por el contrato programa: Diclofenaco, Ibuprofeno, Omeprazol y Simvastatina (aunque el porcentaje de prescripción de este último sea inferior al de otra estatina: Atorvastatina). 4) Entre los VINE de esta lista destacan: Triflusal, AINE tópico y Acetilcisteína. 5) Los fármacos que más gasto suponen son: Triflusal, Omeprazol, Atorvastatina, IECA/ARA II, Hormonas e inmunosupresores (éstos últimos con un porcentaje del 3% del gasto total; oscilando según los facultativos entre 0,7-9,3% del total).

Conclusiones: 1) Triflusal tiene un peso importantísimo en los 2 grupos estudiados, siendo además VINE. 2) La prescripción inducida de A. Especializada es muy importante sobre todo en el grupo de mayor coste: ej. Hormonas e inmunosupresores (suponen hasta el 9,3% del total del gasto en algunos casos). 3) IECA / ARA II y Estatinas no aparecen en la lista de los más pres-

critos, aunque sí en la de mayor gasto; Si atendemos a recientes estudios (HOPE; ASCOT, PROSPER, LIFE, RENAL) en un futuro próximo estos fármacos deberán ser más prescritos, y consiguientemente supondrán un mayor gasto difícil de reducir.

65. MOTIVOS DE CONSULTA EN A. P. DE LOS INMIGRANTES DE UN CENTRO DE SALUD

A.M. Gutiérrez Martínez, E. Durán Macho, L. Martín Méndez, A.B. Melgar Borrego, M.V. Castell Alcalá y R. Julián Viñals

Centro de Salud Doctor Castroviejo. Madrid.

Objetivos: Conocer cuáles son los principales motivos de salud que impulsan a los inmigrantes a acudir por primera vez a una consulta de atención primaria.

Materiales: Estudio observacional descriptivo transversal basado en un registro específico dentro de la actividad diaria de dos consultas de Medicina Familiar y Comunitaria, que atienden a 3.238 pacientes, durante el período comprendido desde el 1 de junio de 2002 al 1 de junio de 2003. Los pacientes incluidos en el estudio son los inmigrantes con o sin recursos que acuden por primera vez a estas dos consultas, tras tramitar la tarjeta sanitaria. Se excluyen los pacientes menores de 14 años y las urgencias médicas.

Resultados: La población adscrita a nuestra Zona Básica de Salud es de 25.169 habitantes. El número de pacientes estudiado es de 127. *Edad media:* 33,2 (DE 11,23). El 72,4 son mujeres. El 83,5% de los pacientes proceden de Latinoamérica, siendo Ecuador y Colombia los países mayoritarios; el 11% procedían de África, y el 5,5% de Europa del Este. El 63,5% de los inmigrantes estudiados llevan un tiempo medio de residencia en España de más de 12 meses. Los motivos de consulta más frecuentes son de causa ginecológica (44,1%), los síntomas relacionados con el aparato locomotor (11%) y los síntomas generales e inespecíficos (9,4%). Según la distribución por sexos, en los varones el motivo de consulta de mayor prevalencia son los síntomas generales o inespecíficos (25,7%) y en las mujeres, el embarazo y la planificación familiar (35,9%).

Conclusiones: El perfil de la población inmigrante estudiada es el de una mujer joven, con una media de edad de 33 años, sana, de procedencia latinoamericana, que consulta por causas ginecológicas. Dichas consultas son principalmente medidas preventivas o fisiológicas: citología cervicovaginal, embarazo y planificación familiar. Los varones consultan más frecuentemente por problemas generales o inespecíficos y trastornos musculares.

66. PERFIL DEL PACIENTE ANTICOAGULADO DE NUESTRA ZBS E INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS MÁS FRECUENTES

J.C. Aguirre Rodríguez, J. Lupiáñez Castillo y M. Sánchez
Centro de Salud de Armilla. Granada.

Objetivos: Analizar la calidad de registro en la historia clínica (HC) de estos pacientes, y detectar las posibles interacciones medicamentosas con Sintrom. Secundariamente elaborar el perfil típico del paciente sintronizado.

Materiales: Estudio de las HC de todos los pacientes anticoagulados de la ZBS; Total 107 (50 hombres y 57 mujeres).

Resultados: *Edad media:* 63 años. *Enfermedades asociadas:* 31 diabéticos (28,9%), 69 hipertensos (64,5%), 25 diabéticos e hipertensos (24,3%). *Nº medio visitas anuales:* 13,1. *Nº fármacos diferentes prescritos último año:* 14 (entre 2 y 30). *Diagnósticos:* Fibrilación auricular (FA): 33 pacientes (30,8%). ACV: 13 pacientes (12,1%). *Nº medio interacciones medicamentosas:* 1,34 por paciente (entre 0 y 4): a) 4 interacciones: 5 (4,7%), b) Con 3: 2 (1,9%), c) Con 2: 31 (29%), d) Con 1: 45 (42,1%), e) Con 0: 24 (22,4%).

Principales interacciones:

- a) Nolotil: 46 pacientes
- b) Omeprazol: 29
- c) Simvastatina: 12
- d) Amiodarona: 10
- e) Heparinas: 8
- f) Tiroxina: 6
- g) AAS: 5
- h) Ketorolaco: 4
- i) Gemfibrozilo: 4
- j) Paroxetina: 3
- k) Claritromicina: 3
- l) Eritromicina: 2
- m) Lovastatina: 1
- n) Clopidogrel: 1
- o) Naproxeno: 1
- p) Inyectables: 1

Conclusiones: 1) El paciente tipo es mujer de 63 años, hipertensa con FA, que acude con frecuencia a consulta y consume un elevado número de fármacos. 2) La HC de estos pacientes presenta errores: 28,9% sin diagnóstico, 2,8% sin diagnóstico, pero éste se puede intuir, 21,5% sin icono del Sintrom, 0,93% no aparece la edad. 3) Interacciones: fármacos coadyuvantes para mantener un determinado INR, prescritos por hematología ante determinadas circunstancias (cirugía, extracción dentaria): AAS, Heparinas de bajo peso y Clopidogrel (10,3%). Fármacos de prescripción "casi obligada" ante la patología de base de estos pacientes: Amiodarona (7,4% de las interacciones). Resto de interacciones (82,3%) son responsabilidad del médico de AP, especial significación para Nolotil y Omeprazol.

67. ¿QUIÉN NOS VISITA? ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA DURANTE EL PERÍODO ESTIVAL ATENDIDA EN URGENCIAS

A. Pérez Martín, J.R. López Lanza, M. Guijarro Bezanilla, R. López Videras, M.J. Agüeros Fernández y A.R. Díaz Arce
CS Los Valles. Cantabria.

Objetivos: Analizar los desplazados atendidos en julio-agosto en urgencias extrahospitalarias de Campoo (Cantabria).

Materiales: Estudio de corte transversal de los desplazados atendidos de urgencia durante julio-agosto de 2002. *Análisis estadístico:* variables cuantitativas se utiliza media y DE y para cualitativas porcentajes.

Resultados: 841 atenciones urgentes, con media edad 34,36 años (DE 23,68), predominio masculino (53,5%). Las causas más frecuentes traumatismos y heridas en extremidades (16,4%), infecciones víricas vías altas (6,8%) y gastroenteritis (4,5%); clasificados traumatológicos (37,5%), neumológicos (13,4%) y dermatológicos (9,1%) los más frecuentes. Procedencia más frecuentes Cantabria (31,5%), País Vasco (18,7%), Madrid (15,8%), Castilla-León (13%), Cataluña (3,2%). Predominan fines de semana (55,6%), en horario de tarde (15-22 horas) (45,7%) y en Agosto (60,7%). El destino más frecuente es la revisión por su médico (52,3%), cob derivación hospitalaria del 9,4%. No requiere medicación aguda (86,8%), siendo los antiinflamatorios (48,1%) y los corticoides (17,3%) los más frecuentes; medicación crónica el 62,4%, principalmente antibióticos y antiinflamatorios (82,9%). El volante presenta firma del médico (99,5%), número de colegiado (84,5%), nombre del médico (50,6%), y antecedentes personales (75,9%).

Conclusiones: El usuario desplazado más frecuente es un varón de mediana edad, que acude el fin de semana en horario de tarde, por un motivo traumatológico, siendo derivado a su médico. La gente mayor desplazada usa menos que los jóvenes el servicio de urgencias en verano, a diferencia de los usuarios de la zona de edades superiores. El lugar de procedencia más fre-

cuenta como es lógico son las comunidades vecinas u otras zonas de Cantabria, aunque Madrid y Cataluña se encuentran por delante de Asturias. Los motivos de consulta más habituales, como cabría esperar, son los debidos a patología traumatológica, respiratoria y digestiva. Existe muy poca derivación hospitalaria siendo estos de edad superior, y por causas traumatológicas y oftalmológicas.

68. DENSITOMETRÍAS DE ULTRASONIDOS, DEXA DE TALÓN O AXIAL. ¿CUÁL ELEGIMOS?

T. Fuster Bellido, T. Paredes Urraca, V. Iváñez Bernabeu, A. Arlandis Puig, M. Ferrandez Abellán y J.M. Villalba Soto
CS Gandía1 - Beniopa.

Objetivos: a) Conocer la concordancia entre las distintas densitometrias (DSM). b) Conocer factores de riesgo de baja masa ósea patológica en nuestra muestra.

Materiales: Estudio descriptivo. Transversal. 70 mujeres menopáusicas. Se les practicó una DSM de talón con ultrasonidos (US) (Achiller), A las que se les etiquetó de osteoporóticas. Se les practicó con un mes de diferencia una DSM DEXA de talón (Lunar-pixi) se valoró factores de riesgo para baja masa ósea, a las que se les etiquetó de osteoporosis. Se les practicó al mes una DSM Axial. Valorando los resultados.

Resultados: N = 70, menopausia de > 3 años, edad media 62,3 (44-79), 31 de ellas (44,28) se les diagnosticó de osteoporosis con US de talón. De ellas con DSM dexa de talón 13 (41,9%) osteoporosis, 8 (23%) osteopenia, 3 normal (23%). A las 13 pacientes osteoporóticas se les practicó una DSM axial, 7(53%) osteoporóticas, 3 (23,5%) osteopénicas, 3 (23,5%) normal. 23 tomaba algún tratamiento para la osteoporosis, 8 sin tratamiento. FR: 7 menopausia quirúrgica, 4 fractura patológica, 2 tabaco, 3 diabetes, 1 enfermedad intestinal, ninguna tomaba corticoides, ninguna con patología tiroidea o paratiroidea. Concordancia Axial- Ultrasonido 22,5. Axial-Dexa 53,8.

Conclusiones: Hay que valorar con mucha cautela los resultados de las DSM de US. La concordancia con el patrón oro es muy baja. No tanto con la Dexa.

69. INCAPACIDAD TEMPORAL DE LARGA DURACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

A.J. Baca Osorio, J. Sasporte Genafo, C. Fernández Lozano, M. Kuhn González, M.L. Fernández Tapia y R. Rodríguez Rivera

Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga.

Objetivos: La incapacidad temporal (IT) es una situación que puede consumir un importante volumen de recursos sanitarios en atención primaria y que en muchas ocasiones produce en el médico sentimientos contrapuestos. Nuestro objetivo es analizar los motivos de las IT de larga duración (más de 3 meses) y el consumo de recursos que generan en un centro de salud.

Materiales: Estudio descriptivo transversal. Año 2003. Centro de salud urbano. 39.000 habitantes. 19 médicos de familia. IT de duración superior a 3 meses. *Variables:* Sexo, edad, diagnóstico (CIAP-2), semanas de duración, números de visitas al médico durante el período de IT y frecuentación semanal y mensual durante el tiempo de IT.

Resultados: 229 casos. 122 mujeres (53,3%). Edad media de 45,8 años, rango de 21-67. En los hombres edad media de 47,42 años y en las mujeres de 44,53 (p = 0,046). Media de 12 IT de larga duración por médico (rango 3-19). *Diagnósticos:* 31,4% enfermedades del aparato locomotor, 22,3% patología de salud mental, 7,9% accidentes, 7% motivos cardiológicos, 5,7% neurológicos. La media de semanas de baja fue de 34, rango 14-78. Media de visitas 22, rango 5-74. Frecuentación semanal de 0,65 (rango 0,23-1,76) y mensual de 2,48 (rango 1,4-4,4).

Conclusiones: 1) Más de la mitad de las IT de larga duración se deben a problemas del aparato locomotor y de salud mental. 2) Generan un importante consumo de recursos asistenciales. 3) Existen apreciables diferencias en el número de visitas entre los distintos médicos.

70. PATOLOGÍA TIROIDEA SUBCLÍNICA EN MEDICINA GENERAL

V. Llorca Bueno, T. Ruiz Mompean, L. Roca Nieto, T. Gómez Fuster, M. Llorca Defior y J. García Román

Servicio Murciano de Salud. EAP Molinos Marfagones. Consultorio Canteras.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de alteraciones de la función tiroidea no diagnosticadas entre los pacientes de 2 cupos de medicina general.

Materiales: Se han estudiado 2 cupos de medicina general en una zona rural de Cartagena que suman cerca de 5.000 TIS. En los pacientes a los que se les realiza control programado por estar en grupos de crónicos se ha añadido una determinación de TSH a su analítica de rutina. Los pacientes que tenían cifras alteradas de TSH fueron remitidos a consulta especializada de endocrinología.

Resultados: No se han dado casos de falsos positivos y en todos los pacientes con analíticas alteradas se ha evidenciado la existencia de una patología tiroidea en mayor o menor grado. Se han encontrado patologías de tiroides, no detectadas con anterioridad, en casi una cuarta parte de los pacientes estudiados.

Conclusiones: Las patologías tiroideas, fundamentalmente el hipotiroidismo subclínico son mucho más frecuentes de lo que cabría esperar al valorar otros estudios de frecuencia en la literatura médica. El descubrimiento de estas patologías permite acciones directas, sencillas y económicas que evitan serias complicaciones a largo plazo. La elevada frecuencia de patologías puesta de manifiesto en este trabajo nos debe hacer más precavidos, en nuestro trabajo diario, ante las enfermedades tiroideas y plantear la necesidad de determinaciones de función tiroidea en más amplios grupos de población. Así mismo y dada la limitación geográfica de nuestro trabajo, resultaría de gran interés que se realizarán estudios similares en otras zonas. Inicialmente consideramos que la determinación de TSH se debería incluir como parámetro rutinario en las analíticas de control de los pacientes crónicos.

71. EL PROCESO DE EMBARAZO EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

I. Rodríguez Bravo, C. Fernández Osuna, M. Blando Martín, N. Moya Ruegg, R. Marfil Ruiz y M. Jodar Reyes

Centro de Salud Huetor Tajar.

Objetivos: Conocer la evolución de los indicadores del proceso de seguimiento de embarazo desde su implantación en un Zona Básica de Salud (ZBS) Rural en el período 2001-2003.

Materiales: Estudio descriptivo transversal. *Población:* embarazadas seguidas en un ZBS de ámbito rural en el período comprendido entre 2001-2003: 554 embarazos (158- 2001, 192- 2002, 201 en 2003). Se implanta el proceso clínico de seguimiento de embarazo en enero de 2002. Se recogen las *variables:* proporción de embarazadas captadas antes de la semana 12, número de visitas de control. Realización de visita puerperal, asistencia a clases de educación maternal. *Fuentes de información:* historias clínicas informatizadas. *Tests estadísticos:* Anova para comparar medias y chi cuadrado para proporciones.

Resultados:

Semana captación	2001	2002	2003
< 12 semanas	91,8%	98,4%	97,9%
> 12 semanas	8,2%	1,6%	2,1%

p = 0,001

Número de visitas

	N	Media	Desviación típica
2001	158	6,37	2,187
2002	167	7,39	1,460
2003	172	7,83	1,365
Total	497	7,22	1,799

p = 0,002

Educación maternal

	2001	2002	2003
Sí	62%	44,6%	45,7%
No	38%	55,4%	54,3%

p < 0,001

Conclusiones: Mejora la proporción de captación precoz (Objetivo de Unidad Clínica) y el número total de visitas por embarazo. Disminuye el número de embarazadas que realizan educación maternal.

72. EVALUACIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO QUE SOPORTA LA ATENCIÓN PRIMARIA DERIVADO DE OTROS NIVELES ASISTENCIALES

C. Ferrer Casanova, A. Pastor Barberá, R. Albelda Viana, J.B. Cervera Moscardó y E. Carsí Villalba

Centro de Salud de Xàtiva, Valencia.

Objetivos: Evaluar el gasto farmacéutico que soportan los médicos de atención primaria derivado de las prescripciones realizadas desde la atención especializada, puertas de urgencias e ingresos hospitalarios.

Materiales: Se recogieron todas las prescripciones que llegaron a cinco médicos de atención primaria del Centro de Salud de Xàtiva procedentes de médicos especialistas, puertas de urgencias e ingresos hospitalarios entre marzo y diciembre de 2003. Se analizaron las prescripciones continuadas en el período estudiado. Se agruparon por grupo farmacéutico y se comprobó qué presentación tenía precio de referencia.

Resultados: Durante el período estudiado se realizaron 852 nuevas recetas de 118 productos farmacéuticos. El número de repeticiones durante este período fue de 1252. El gasto farmacéutico total de estos productos fue de 164.249,63 euros. Se ha analizado el gasto farmacéutico por grupo terapéutico y el ahorro supuesto en el caso de haber recetado la presentación que tiene precio de referencia.

Conclusiones: Se observa que el gasto farmacéutico que soporta la atención primaria derivado de otros niveles asistenciales es muy elevado. Actualmente, se ha establecido la norma de que al menos la primera receta que se le dé al paciente en cualquiera de estos niveles, la tendrá que hacer el médico prescriptor, y no el médico de atención primaria.

73. ETIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN URINARIA EN NUESTRO MEDIO Y APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA MÉDICA

R. González Molina, F. Gallo Puelles, A.J. García Carrasco, A. Carrillero Lozano, H. Herrera Halomoto y J.C. Fuster Soler

Puerta de Urgencias. Hospital de Molina de Segura de Murcia. Murcia.

Objetivos: Conocer el agente microbiano causal más frecuente de infecciones urinarias (ITUs) en nuestro medio, y su sensibilidad y resistencia a antibióticos de uso habitual, para tratar de forma más eficaz dicha patología.

Materiales: Realizamos un estudio retrospectivo de los urocultivos cursados en el último año en la Puerta de Urgencias del Hospital de Molina de Segura de Murcia y los clasificamos en-

tre positivos y negativos según su resultado. En los positivos, identificamos el agente bacteriano y su espectro de sensibilidades y resistencias antibióticas, entre un total de 13 fármacos. Expresamos finalmente los resultados con valores absolutos y relativos ó porcentuales.

Resultados: De un total de 984 urocultivos cursados, 195 son positivos y 789 son negativos. De entre los positivos, en el 86% de los casos se identifica como agente causal E coli, en el 4% de los casos *Enterococo faecalis*, *Proteus mirabilis*, y *Pseudomona aeruginosa*, y en el 2% otras *Pseudomonas*. En el caso de E coli, es más sensible a aminoglucosidos, seguidos en orden por fosfomicina, quinolonas y betalactámicos, y más resistente a tripetoprimsulfametoxazol y ampicilina. *E faecalis* es más sensible a aminoglucosidos y quinolonas que a betalactámicos, *P. mirabilis* es más sensible a quinolonas y betalactámicos, y *P. aeruginosa* presenta mayor sensibilidad frente aminoglucosidos que a betalactámicos.

Conclusiones: En nuestro medio el agente causal de ITU más frecuente es E coli, más resistente a betalactámicos, los antibióticos de elección, que a otros fármacos. A la vista de los resultados, nuestra actitud es tratar el síndrome miccional con fosfomicina o quinolonas como primera opción. Conviene recordar la importancia de guías de tratamiento antibiótico de aplicación general, pero también la necesidad de estudios a menor escala, para adecuar el tratamiento a las necesidades específicas de cada medio.

74. CÁNCER DE CÉRVIX: AUMENTO DE INCIDENCIA EN POBLACIÓN INMIGRANTE

J.A. Ortega Domínguez, F.J. Escassi Gil, F. Padín López, M.V. Alcaraz Martínez, J. Ramos Ayllon y A. Alarcón Mateos

Centro de Salud Miraflores. Málaga.

Objetivos: El aumento de la población inmigrante ha supuesto la llegada también de patologías cuya incidencia en nuestro país era muy baja, con unos programas de screening que han disminuido la mortalidad.

Materiales: Presentamos dos pacientes jóvenes inmigrantes afectas de ca de Cérvix: a) *la primera:* 22 años, no hábitos tóxicos, GOA0P0. Desde hace 2 meses, dolor pélvico y en zona lumbar y leucorrea en "agua de lavar carne". Aporta informe de Ginecología: Presenta Ca. Epidermoide en Cervix uterino con neoformación exofítica. (Foto 1) RNM: muestra una masa a nivel del cuello cervical, cuyas medidas son de 4 x 5,4 x 4,9 cm. de diámetro. Acude por dolor abdominal intenso desde hace aprox. 3 semanas compatible con un Abdomen Agudo por lo que se remite a Urgencias donde se confirma la sospecha diagnóstica realizándose Histerectomía y doble anexectomía, con A-P: Ca Epidermoide de Cerviz (de 7,5 cm de diámetro) MD Ovario derecho (afecto por el tumor) abscesificado. b) *La segunda paciente:* 38 años, sin A. P de interés, y paucisintomática, diagnosticada por Colposcopia y con biopsia (+) para Ca de Cérvix, que desestima tratamiento; acude a los dos años posteriores al diagnóstico y en el estudio previo al tratamiento se observa en (FOTO II) Rx Tórax imagen "suelta de globos". Inicia tratamiento QT Paliativo.

Resultados: No existe ninguna duda que la disminución de la mortalidad por Ca Cérvix en los países occidentales ha sido debida a la Prevención Primaria realizada y al diagnóstico Precoz.

Conclusiones: El aumento de la población inmigrante en nuestro país, hace que exista un aumento de Ca Cérvix basado fundamentalmente y como consecuencias de las infecciones por VPH y el inicio precoz de relaciones sexuales, a veces asociado a la promiscuidad y la no utilización de métodos barrera.

75. HIPERHIDROSIS PALMO-PLANTAR: UN PROBLEMA FRECUENTE Y DESCONOCIDO EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Moreno Lorenzo, M. Nieto García, B. Esteban Moreno, M. Arroyo Morales, M.J. Fernández Fernández y R. Guisado Barrilao

Universidad de Granada. Zona Básica de Salud La Zubia. Granada.

Objetivos: Conocer el perfil del paciente con hiperhidrosis idiopática. Sensibilizar al personal sanitario de Atención Primaria, de este desorden fisiológico y sus repercusiones en la calidad de vida.

Materiales: Estudio observacional de tipo transversal. La muestra fue de 60 pacientes con hiperhidrosis idiopática. La selección se hizo por muestreo no probabilístico accidental en consulta de la Zona Básica de Salud de La Zubia, desde el 1 de Noviembre de 2001 al 30 de Junio de 2002, realizándose historia clínica y consentimiento informado. *Variables:* edad, sexo, cronicidad del proceso, factores desencadenantes, importancia de la afección a nivel profesional y personal, topografía y tratamientos previos.

Resultados: Sexo-67,1% de mujeres y 32,9% de hombres. *Edad:* la media fue 24,40 ± 6,619 años. *Cronicidad:* el 93,3% convivió con el problema durante más de 10 años. *Factores desencadenantes:* el 58,3% de la población, sufrió las crisis solo ante el contacto. *Importancia de la afección:* A nivel profesional: en una gradación de 1 a 3, el 66,66% de la población, lo estimó con un valor 3. A nivel personal: el 66,66% lo estimó con un valor 2. *Topografía:* el 6,66% fue palmar de forma aislada. El 15% palmo-plantar; el 21,66% palmo-planto-axilar; el 36,66% palmo-axilo-facial; el 8,33% palmo-planto-facial y el 11,33% palmo-facial. *Tratamientos previos:* el 55% no recibió ninguno; el 40% fármacos (soluciones, cremas, geles, polvos y toallitas), físico (baños salinos, fangos y parafangos, aplicaciones de arcilla). El 5% acupuntura, hipnoterapia, dietoterapia, imantoterapia, auriculopuntura y curanderismo.

Conclusiones: El perfil del paciente corresponde con mujer joven, afectación pluritopográfica, repercusiones socio-profesional y personal y el contacto como desencadenante de las crisis. La hiperhidrosis es gravosa, está presente en Atención Primaria y su desconocimiento por el personal sanitario, no permite las terapéuticas adecuadas, mermando la calidad de vida de los afectados.

76. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO EN LOS ÚLTIMOS 9 AÑOS. DESDE EL REGISTRO MANUSCRITO AL PROGRAMA INFORMÁTICO

C. Toran Frasnado, A. Díaz Barroso e Y. Bermejo Cacharrón

Institut Català de la Salut. Badalona-6. ABS Llefià.

Objetivos: Análisis de las evaluaciones del programa Atdom (Atención Domiciliaria) en un centro de salud urbano del 1995 al 2003, desde el registro manuscrito al programa informático OMI-AP

Materiales: Estudio descriptivo longitudinal en Atención Primaria. *Población:* Toda la población de una zona básica de salud urbana 40000 habitantes. *Sujetos:* Pacientes incluidos en el programa Atdom desde 1995. *Métodos:* Análisis de las bases de datos de las evaluaciones realizadas anualmente desde 1995 hasta el 2003 del programa Atdom de nuestro centro. *Variables:* Número de pacientes, edad, sexo, éxitos, terminales, demencias, úlceras, grado de dependencia, factores de riesgo social, actividad asistencial: visitas realizadas por la UBA (unidad básica asistencial), vacuna antigripal. Se compararon las variables entre los diferentes años, el registro informatizado se inicio el 2001.

Resultados: La media de pacientes incluidos en los diferentes años fue de 188, mujeres 70%, 90% > 65 años, 65% con dependencia según escala Barthel, presentaban úlceras por decúbito 10%, estaban diagnosticados de demencia 16%. Estaban en estadio terminal 6%, fueron visitados por su médico o enfermera una media de 7 veces al año, 77% vacunados de la gripe y altas por éxitus 18%.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
N.Pacientes	158	185	171	157	171	187	221	225	221
Media pacient/UBA	11	13	12	11	11	12	13	14	12
N > 65 años	148	163	157	144	160	172	201	200	201
%	94	88	92	92	93	92	91	89	91
N Hombres	46	71	56	44	41	54	72	56	66
%	29	37	33	28	24	29	33	25	30
N Mujeres	112	116	115	113	130	133	149	169	155
%	71	63	67	72	76	71	67	75	70
N Exitus	25	33	38	36	26	41	26	27	46
%	16	18	22	23	15	22	12	12	21
N Pac Terminales		12	10	11	10	11	11	8	10
%		6	6	7	6	6	5	4	5
N Pac Demencia	28	35	31	30	39	30	28	16	19
%	18	19	18	19	23	16	13	7	9
N Pac con úlceras		7	14	11	15	15	31	40	29
%		4	8	7	9	8	14	18	13
N Pac dependiente (esc.Barthel)		105	107	104	118	131	163	160	137
%		57	63	67	69	70	74	71	62
Media visitas/pac.	6	7	7	7	7	8	6	5	5
N visitas UBA	72	96	89	86	81	93	77	67	60
% Cobertura VAG	55	83	79	87	88	90	79	61	71

Conclusiones: No hubo cambios significativos de las variables registradas desde la informatización. Se objetivo un discreto aumento en el número de pacientes incluidos con los años. Dos tercios de los pacientes tienen algún grado de dependencia. En general las variables analizadas se han mantenido estables en el tiempo. Llama la atención la alta prevalencia de demencia en este grupo de población.

77. TABAQUISMO Y GESTACIÓN. CONVENIENCIA DE LA 1ª ENTREVISTA MOTIVACIONAL

M.J. Romero Pinto, A. Izquierdo Larra y E. Hernández Sánchez

Distrito Sanitario Málaga.

Objetivos: Medir la incidencia del tabaquismo activo y pasivo en las gestantes que acudían a las consultas de matrona como paso previo a valorar la intervención de la matrona (entrevista motivacional).

Materiales: En el proyecto de investigación "Tabaco y salud de las embarazadas", se tomó una muestra de 450 mujeres gestantes fumadoras pertenecientes a 12 Centros de Salud del Distrito Sanitario Málaga. Se les realizó un cuestionario acerca del consumo de cigarrillos durante el embarazo y su exposición al humo del tabaco en diferentes ámbitos.

Resultados: Sobre el total de las 450 mujeres, el 29,3% dejan de fumar espontáneamente (132), y el 70,7% (318), siguen fumando. Sufrieron abortos espontáneos un 4,9% (22), de las cuales el 9,1% (2), habían abandonado el hábito de fumar y un 90,9% (20), continuaban fumando. Respecto a las fumadoras pasivas, de una muestra de 455 mujeres, recibían humo directamente en casa el 62,2%, en lugares de ocio un 49% y en los lugares de trabajo un 49,6%.

Conclusiones: A tenor de los resultados, las matronas como profesionales de la salud, en contacto directo con la mujer, desde la planificación del embarazo hasta el postparto, debemos implicarnos con todos los conocimientos y medios a nuestro alcance, para conseguir que en el futuro el tabaquismo activo y pasivo no sea un problema de salud.

78. NIVEL DE ESTRÉS EN UNA POBLACIÓN ANCIANA DE OFRA-MIRAMAR

S.J. Alonso Díaz^{1,2}, E. Navarro García², C. García Hernández¹, P. Orozco Hernández¹ y C. Jiménez Rubio¹

¹Centro de Salud Ofra-Miramar. Santa Cruz de Tenerife.

²Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Tenerife. Islas Canarias.

Objetivos: El objetivo del trabajo es valorar el nivel de estrés en ancianos que acude al Centro de Salud de Ofra-Miramar.

Materiales: Se utiliza una Escala de Acontecimientos vitales (González de la Rivera y Morera, 1983), la cual se pasa a los pacientes que acuden a la consulta, de forma aleatoria. *Periodo de estudio:* Marzo-Agosto, 1996. *Variables estudiadas:* tipos de factores de estrés, sexo, edad, estado civil, nivel cultural y nivel socioeconómico.

Resultados: Con respecto al sexo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres, aunque éstas presentaron una puntuación mayor. Los factores familiares, los sanitarios y los psicológicos fueron los más puntuados por todos los grupos de edad, llegando a alcanzar diferencias estadísticamente significativas. El nivel de estrés fue mayor en los viudos en relación a los solteros ($p > 0,05$), sin variaciones con el resto de los grupos. En relación al nivel cultural, no existieron diferencias entre los mismos. En el nivel económico, se observó que los ingresos inferiores a 360 €, producían mayor nivel de estrés en relación a los que no aportaban ingresos, mientras que el resto de los grupos no presentaban variaciones.

Conclusiones: El nivel de estrés de pacientes ancianos que acudían a la consulta en el Centro de Salud de Ofra-Miramar, se observó que es alto (> 300), sin variaciones con respecto al sexo o al nivel cultural. Es mayor en viudos, con ingresos inferiores a 360 € y los factores que más estrés producen son los familiares, sanitarios y psicológicos.

79. PCR ATENDIDAS POR LAS DOS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN EL ÁREA DE ORENSE DURANTE EL AÑO 2003

P. Sánchez Lloria, F. Souto Mata, M. Álvarez Álvarez, R. Nogueiras Dopico, C. Fernández Otero y F. López Crecente

061. Galicia.

Objetivos: Análisis de las paradas cardiorrespiratorias (P.C.R.) extrahospitalarias atendidas por las dos unidades de soporte vital avanzado (USVA) terrestre y aérea de la base medicalizada 061 de Ourense durante el año 2003.

Materiales: *Diseño:* análisis descriptivo retrospectivo. *Ámbito de estudio:* área sanitaria atendida por USVA de Ourense. *Periodo:* año 2003. La recogida de datos se realizó mediante formulario Utstein. *Variables del estudio:* edad, sexo, tiempo desde PCR hasta 1º intento de RCP, duración de las maniobras de RCP, localización de la PCR, etiología, ritmo inicial en PCR, pacientes trasladados al hospital y supervivencia al año. Comparación de medias mediante test t-student y análisis cualitativo mediante chi-cuadrado.

Resultados: Fueron atendidas 78 Paradas cardiorrespiratorias, siendo el recurso movilizado 76,9% la ambulancia medicalizada y el 23,1% el helicóptero medicalizado. El 74,4% fueron varones y 25,6% mujeres. La media de edad fue de 62,95 años (DE = 20,14 años). El 33,3% de las PCR fueron de etiología no cardíaca. El ritmo al inicio de la RCP fue en el 39,7% asistolia y 29,5% fibrilación ventricular (FV). La localización de la PCR fue: en el domicilio 50%, lugar público 32,4% y en otros 17,6%. El 25,6% de los pacientes fueron trasladados al hospital con recuperación del pulso, siendo la supervivencia al alta 7,7%.

Conclusiones: La edad, el tiempo de PCR, la duración de las maniobras y el recurso movilizado son las únicas variables en la que se observó diferencias significativas frente a la supervivencia. Los datos concuerdan con la bibliografía existente en cuanto a la supervivencia.

80. PERFIL DE PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

P. Moreno Ruiz, E.M. Jiménez Rosendo, A. González Pérez, A. Maza Vera, E. Rojas Navas y P. Panero Hidalgo
Distrito Granada Nordeste.

Objetivos: Obtener un perfil de los pacientes desplazados que acuden a consulta en Atención Primaria (AP).

Materiales: Descriptivo transversal. Se seleccionaron sistemáticamente durante 15 días en 5 consultas de una zona básica usuarios que solicitaban prestación sanitaria no residentes. Nos ubicamos en una zona con un elevado porcentaje de población emigrante, que vuelve en vacaciones, junto a población relacionada con el turismo rural. A partir de las hojas de recogida se elaboró base de datos analizada mediante SPSS.

Resultados: Se recogieron datos de 260 pacientes desplazados, edad media de 55,32 (\pm 17,77), 54% varones y 46% mujeres. 60% eran pensionistas y 40% activos. La atención demandada fue sólo administrativa en un 41%, sólo clínica en un 21% y un 38% fueron mixtas (administrativa y clínica simultáneas). Entre los pensionistas la relación fue 40/13/47% y entre los activos 45/32/25%. Un 25% presentaron alguna demanda relacionada con familiares residentes habituales. De los que solicitaron consulta administrativa un 34% no aportó informe de su médico. Los pacientes que acudieron con demandas clínicas en un 69% por problemas agudos acaecidos/detectados durante el desplazamiento, un 31% eran problemas crónicos en estudio. Precisar pruebas complementarias (radiología o analítica) un 19%.

Conclusiones: Hay un predominio de pacientes pensionistas. Entre éstos había un menor porcentaje de demandas clínicas, predominando las administrativas o mixtas. La mayoría de los desplazados con demandas administrativas aportaron informes de su médico. Las demandas clínicas se relacionan con problemas de tipo agudo.

81. DIFERENTES ACTITUDES ANTE LOS AVISOS DOMICILIARIOS ENTRE DOS DCCU

P. Moreno Ruiz, A. González Pérez, A. Maza Vera, E. Rojas Navas, M. El Hadi El Amrani y J. Manrique Rodríguez Pino
Distrito Granada Nordeste.

Objetivos: Comparar las características de avisos domiciliarios entre dos dispositivos de urgencias y cuidados críticos (DCCU) de un distrito de Granada, uno integrado en hospital de referencia, otro a 50 Km. del hospital más próximo.

Materiales: Recogida de avisos domiciliarios en horario de urgencias en dos DCCU durante el mes de Febrero de 2004, se midieron parámetros referentes a demografía, tipo de aviso, demora, actitud y justificación. Se realizó base de datos en SPSS, analizando con la variable de procedencia.

Resultados: Se recogieron 212 avisos, edad media de 72 \pm 16 años, 46% hombres, 54% mujeres. No hubo diferencias significativas en datos referentes a día de la semana, horario de atención, ni distribución por tramos de edad, tampoco en la duración de los mismos. Había una demora significativamente inferior en el DCCU no integrado (8 min. frente a 19 min). No hubo diferencias significativas acerca de si habían consultado con su médico de primaria (Sí 39% y 48% respectivamente) y la duración de los síntomas (mismo día 55% en los dos). La justificación de los avisos fue similar (73% integrado, 67% no in-

tegrado), pero la actitud final fue diferente, el DCCU integrado derivó un 40% al hospital frente a un 12% el DCCU no integrado. Todos los traslados se hicieron con personal en el DCCU integrado, un 33% en no integrado.

Conclusiones: Mayor derivación en DCCU integrado. Mayor porcentaje de derivaciones con ambulancia con personal sanitario. Menor demora en DCCU no integrado

82. AVISOS DOMICILIARIOS EN UNA ZONA RURAL DE LA PROVINCIA DE GRANADA

P. Moreno Ruiz, E. Rojas Navas, P. Pérez Fernández, A. Maza Vera, F. Prados Pérez y A. González Pérez
Centro de Salud Huéscar.

Objetivos: Obtener características acerca de los avisos realizados en un dispositivo de cuidados críticos y urgencias de un centro de salud rural.

Materiales: Estudio descriptivo transversal. Se seleccionaron en los avisos domiciliarios en horario de urgencias (15 a 8 horas lectivos y 8 a 8 horas festivos) durante el mes de Febrero datos relacionados con el tipo de aviso, demora, diagnóstico, justificación en base a criterios previamente fijados. Se elaboró base de datos en SPSS con análisis estadístico posterior.

Resultados: 98 avisos, 59% urgentes y 38% demorables. *Edad media:* 70,16, 38% hombres, 62% mujeres. *Distribución por días:* 26% domingo, 22% sábado, 13% miércoles, 11% martes y viernes, 8% jueves y 7% lunes. Picos horarios de demanda a las 11-16-17-18 y 19 horas. *Demora media:* 8 minutos 5, duración 15 minutos 8. Se consideraron justificados según los criterios del estudio 68%. Se derivaron a hospital un 12% de los pacientes atendidos, un 75% por gravedad del cuadro, 10% por necesidad de pruebas complementarias 15% por presión familiar. Los motivos más frecuente fue fiebre (15%), ahogo (16%), dolor (15%). Los diagnósticos finales más frecuente fueron infección respiratoria (14%), agudización EPOC (13%), ansiedad (10%). Inicio de síntomas el mismo día en un 55% de los casos, consultando a su médico de atención primaria un 39% de los mismos.

Conclusiones: Edad avanzada de pacientes, predominio femenino. Bajo grado de derivación. Dos de cada tres avisos fueron justificados.

83. PERFIL DE AVISOS DOMICILIARIOS REALIZADOS EN UN DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS INTEGRADO EN UN ÁREA HOSPITALARIA

A. González Pérez, A. Maza Vera, P. Moreno Ruiz, M. El Hadi El Amrani, E. Rojas Navas y J. Manrique Rodríguez Pino

Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Baza.

Objetivos: Obtener características de los avisos realizados en un dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU) integrado en un hospital.

Materiales: Estudio descriptivo transversal. Se seleccionaron en los avisos domiciliarios en horario de urgencias (15 a 8 horas lectivos y 8 a 8 horas festivos) durante el mes de Febrero datos relacionados con el tipo de aviso, demora, diagnóstico, justificación en base a criterios previamente fijados. Se elaboró base de datos en SPSS con análisis estadístico posterior.

Resultados: 114 avisos, 79% urgentes y 21% demorables; *Edad media:* 73,16, 53% hombres, 47% mujeres, distribución por días: 22% domingo, 15% miércoles, 14%, jueves, viernes y sábado, 11% lunes y 10% martes. Picos horarios de demanda a las 15-17-18 19 y 22 horas. *Demora media:* 19 minutos 12, duración 20 minutos 8. Se consideraron justificados según los criterios del estudio 73%. Se derivaron a hospital un 40% de los pacientes, un 50% por gravedad del cuadro, 35% por necesi-

dad de pruebas complementarias 15% por presión familiar. Los motivos más frecuente fue fiebre (20%), dolor (13%) y ahogo (10%). Los diagnósticos finales más frecuente fueron Sd febril (16%), infección respiratoria, agudización EPOC, traumatismo, ACV, terminales (7% respectivamente). Inicio de síntomas el mismo día un 55% de casos, habían consultado a su médico un 48% de los mismos.

Conclusiones: Predominan los pacientes de edad avanzada. Se derivaron un 40% de los pacientes atendidos a domicilio. Más de 3/4 partes de los avisos resultaron justificados.

84. ¿UTILIZAN LOS INMIGRANTES LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

G. Cid Calo, M.J. Lougedo Calderón, M.L. Gómez Morales, M.J. Antón Calvo, M.T. Porras Morales y M.V. Isabel Saldaña

Centros de Salud de Ocaña y Añover de Tajo. Toledo.

Objetivos: Conocer los métodos anticonceptivos utilizados por la población inmigrante de Toledo.

Materiales: Estudio descriptivo transversal y multicéntrico. Los participantes del estudio fueron inmigrantes de edad > 18 años, que aceptaron participar con residencia en las Zonas de Salud de Añover, Fuensalida, Puebla de Montalbán, Sonseca Villaluenga y Ocaña, cuya captación y reclutamiento por tarjeta sanitaria entre diciembre de 2002 y septiembre de 2003.

Resultados: Se incluyeron 268 inmigrantes con edad media de 33,7 años (DE = 9,2), un 52,6% eran hombres. El 87,15% tenía tarjeta sanitaria o estaba en trámite de conseguirla. En cuanto al país de origen destacan los procedentes de Marruecos (31,3%), Ecuador (22,8%), Malí (20,9%), Rumania (7,5%). Estaban casados el 65,7%, con pareja estable 6%, solteros 24,3% y divorciados 3,7%. El 42,9% (IC 95%; 37-48,8) de los inmigrantes utilizaban métodos anticonceptivos destacando el preservativo 44,3% (IC 95%; 38,4-50,2) y los anticonceptivos orales (ACO) 27,3% (IC 95%; 22-32,6). En menor medida se utilizaban el DIU 10,2%, coitus interruptus 9,1%, ligadura de trompas 5,7%, vasectomía 2,3% y temperatura basal 1,13%. Los inmigrantes subsaharianos utilizaron más los métodos barrera ($p = 0,002$). Con respecto a la edad los mayores de 35 años utilizaron más los ACO y los menores de 35 años el preservativo ($p = 0,014$). Los inmigrantes con tarjeta sanitaria utilizaron más los ACO ($p = 0,015$).

Conclusiones: Los métodos anticonceptivos más utilizados fueron el preservativo y los ACO. Más de la mitad de la población no utiliza ningún método. Existen diferencias significativas en la utilización de métodos anticonceptivos según origen, edad y posibilidad de acceso al sistema sanitario.

85. LA LEY DE CUIDADO INVERSO EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON HIPERCOLESTEROLEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN ESTUDIO EN UN EAP DE BURGOS

S. Andrés Tuñón, J.I. Torres Jiménez, J.A. Cordero Guevara, I. Yubero Rubio y V. del Río Polo

Centro de Salud Gamonal Antigua. Burgos.

Objetivos: Conocer el perfil del paciente que recibe tratamiento farmacológico hipolipemiente en el centro de salud y su grado de adecuación al riesgo cardiovascular.

Materiales: *Diseño:* Estudio retrospectivo transversal. *Pacientes:* Población de 35-65 años adscrita al centro de salud. *Mediciones:* Se recogieron datos de historia clínica: diagnóstico, valoración de factores de riesgo y riesgo cardiovascular, tratamiento y seguimiento de los pacientes con hipercolesterolemia.

Resultados: De 256 pacientes con edad media de 49,69 años, y colesterol total medio de 217 mg/dl el 25,1% eran hipercoleste-

rolémicos. El diagnóstico fue correcto en el 57,7% de estos pacientes, cuyos datos medios fueron: LDL-colesterol 192,35 mg/dl, 1,62 factores de riesgo cardiovascular y riesgo cardiovascular 12,8. El 10,6% de hipercolesterolémicos seguían tratamiento con estatinas, siendo adecuado en el 59,5%. El perfil de paciente tratado fue: varón de 59,96 años, con hipercolesterolemia aislada y riesgo cardiovascular medio de 14,35. El control fue similar en los tratados (LDL 150) y no tratados (159,83) farmacológicamente, mejor en los de riesgo bajo (156,37) que en los de alto (160) y más adecuado en prevención primaria (65,1%) que en secundaria (50%), en los que ningún paciente alcanzó cifras de LDL-colesterol inferiores a 100 mg/dl.

Conclusiones: Se observa inadecuación en el diagnóstico, incluso en pacientes que reciben fármacos (59,3%), así como una discordancia entre la necesidad de tratamiento y control y su aplicación, con tendencia a sobretratar (33,3%) y controlar a los de riesgo bajo (78,3%) e infratratado (40%) y no controlar a los de riesgo alto (50%).

86. ESTUDIO DE LA CALIDAD EN LAS DERIVACIONES AL PROCESO DE PRÓSTATA EN EL DISTRITO GRANADA SUR

M.C. Sánchez Ortega, C. Rodríguez García, B. Martín Castaño y M. Jiménez de la Cruz

Centro de Salud Motril-Centro. Distrito Granada-Sur.

Objetivos: Estudio de calidad en derivaciones al Proceso de Próstata en Distrito Granada Sur durante 2003. Criterios en la actividad del Médico de Familia: a) Sospecha de Hipertrofia Benigna de Próstata o Carcinoma de Próstata, incluir: -Anamnesis: antecedentes personales y medicación, -IPSS, cuestionario autoadministrado, -Tacto rectal. b) En primera consulta: -PSA. c) Pruebas solicitadas legibles e identificación del Médico.

Materiales: Estudio descriptivo no experimental. Muestra total de 133 historias, seleccionando las 75 que incluyen hojas de derivación.

Resultados: Pacientes varones entre 41 y 91 años. Mayor número de pacientes en grupos de edad comprendida entre 60-69 y 70-79 años. Se diferencia Zona Básica y Médico de procedencia.

Resultados:

Antecedentes personales	37 (49%)
Medicación	29 (39%)
IPSS	37 (49%)
Tacto rectal	36 (48%)
PSA	44 (56%)

Conclusiones: Prevalencia de criterios de calidad tanto para la anamnesis como para la exploración: PSA es el más cumplimentado, seguido de IPSS, Tacto Rectal y antecedentes personales; el que menos, la medicación.

87. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS MÉDICAS 061 EN GALICIA

A.M. Gómez Iglesias, A. Rodríguez Rivera, J. Rodríguez Campos, M. Bernárdez Otero, J.M. Flores Arias y C.D. Mirás Bello

Fundación Pública 061 Urgencias Sanitarias de Galicia.

Objetivos: Estudio de los accidentes de tráfico atendidos por el servicio de urgencias 061 de Galicia.

Materiales: Estudio descriptivo retrospectivo. *Ámbito:* Galicia. *Periodo estudio:* año 2003. *Variables del estudio:* edad, sexo, día de la semana, mes, hora del día, medio (rural o urbano), recursos movilizados (ambulancia medicalizada (AM), helicóptero medicalizado (HM), médico de atención primaria (MAP), ambulancia asistencial (AA)), finalización (alta in situ, éxitus, traslado centro de salud, traslado hospital).

Resultados: Se han coordinado 11.995 procesos por accidente de tráfico. El 67,7% se produjeron en medio rural (32,3% en medio urbano). El tramo horario de 20 a 21 horas es en el que se producen más accidentes, siendo el domingo el día de la semana más frecuente (16,3%). La edad media fue de 35,7 años (DE = 18,7 años). El 66,2% de los pacientes eran varones. Los recursos coordinados fueron (porcentaje sobre procesos): 146 HM (1,2%), 1081 AM (9%), 13208 AA (92,1%) y 1296 MAP (10,8%). Se han movilizadado 1,2 ambulancias por cada proceso y 0,8 ambulancias por cada paciente. Se han valorado 18.793 pacientes, siendo altas en el lugar del tráfico 3.867 (20,6% de pacientes valorados), 348 exits in situ (2,3% de los heridos). Fueron trasladados 14.578 pacientes: 2.588 (17,7%) fueron a centros de salud, donde fueron dados de alta 890 (5,9%), y finalmente 13.688 pacientes se trasladaron al hospital.

Conclusiones: a) La mayor parte de los accidentes de tráfico se producen en medio rural, de manera que un porcentaje alto de pacientes son valorados en centros de atención primaria endo también una de las causas de la movilización de los médicos de atención primaria. b) Existe una buena relación entre recursos movilizadados, procesos y pacientes.

88. COBERTURA VACUNAL ANTITETÁNICA EN POBLACIÓN TRABAJADORA. ANÁLISIS DE CUATRO EMPRESAS

M.J. Martínez Vicente, M.A. Minguez, J.M. Fontanet Marcos y M. Pozo Machio

Institut Català de la Salut.

Objetivos: Conocer el estado de cobertura vacunal antitetánica entre la población trabajadora de cuatro empresas diferentes.

Materiales: Se han evaluado 633 trabajadores pertenecientes a cuatro empresas: transporte sanitario (373 trabajadores), limpieza (162), jardinería (70) y textil (28). A todos se les suministró una encuesta que recogía cuatro ítems: correctamente vacunados, no correctamente vacunados, no vacunados y desconocido.

Resultados: Los trabajadores correctamente vacunados en cada empresa han sido: transporte sanitario: 133 (35,66%), limpieza: 49 (30,25%), jardinería: 45 (64,29%) y textil: 9 (32,14%).

Conclusiones: El nivel de cobertura vacunal frente al tétanos es bajo en tres de las empresas: transporte sanitario (35,66%), limpieza (30,25%) y textil (32,14%) mientras que en la empresa de jardinería es prácticamente el doble (64,29%). Existe una primacía de las actividades asistenciales (los trabajadores de la empresa de jardinería se lesionan con más frecuencia y acuden a centros sanitarios) sobre las preventivas que deja a la población trabajadora fuera del campo de la medicina preventiva. Los servicios de prevención tanto ajenos como propios pueden jugar un papel fundamental en la educación sanitaria y actividades preventivas y entre ellas conseguir correctos niveles de cobertura vacunal.

89. ALCOHOL: DETECCIÓN Y PERFIL SOCIO-ECONÓMICO DE LOS BEBEDORES DE RIESGO

J.F. Ibor Pica¹, M.D. Petit Vivó², J. del Campo Gonzalvo¹, C. Minguijón Bareas² y S. Pérez Picazo¹

¹CAP de Benicalap. Valencia, ²CAP de Malvarrosa. Valencia.

Objetivos: Detectar los bebedores de riesgo de alcohol. Cuantificar la cantidad que beben. Determinar su perfil socio-económico. *Diseño:* Estudio observacional, descriptivo y transversal. *Ámbito del estudio:* Dos zonas básicas de salud, urbanas. *Muestra:* Aleatoria de 325 pacientes que acuden a dos consultas de cada centro en los meses Marzo-Abril de 2004.

Materiales: Las variables recogidas son: Edad, sexo, test de CAGE camuflado, estado civil, estudios, situación laboral, clase so-

cial, tabaquismo, ejercicio, descanso nocturno y alimentación. Al dar positivo el test se cuantifica la cantidad de alcohol ingerida.

Resultados: Bebedores de riesgo: 14,2%; 71,7% diarios y 28,3% de fin de semana. El 100% de 14-30 años son bebedores de fin de semana, el 75% de 31-50 y el 95,5% mayores de 51 son bebedores diarios. Entre los hombres el 21,1% fue bebedor de riesgo frente al 7,3% de las mujeres. Los bebedores diarios ingieren una media de 81,1 ± 54,1 gr/día de alcohol y los de fin de semana 193 ± 110,9 gr/fin de semana. Entre los bebedores de riesgo, el 34,8% tiene 31-50 años, el 52,2% está casado, el 63% tiene estudios primarios, el 78,2% es trabajador manual, el 47,8% en activo, el 60,9% fuma, el 58,7% no realiza ejercicio físico, el 52,2% duerme 7-9 horas y el 63% se alimenta correctamente.

Conclusiones: El test de CAGE no es el más apropiado para detectar bebedores de riesgo. El patrón de bebida cambia con la edad, comenzando por el fin de semana y de bajo riesgo para pasar a diario y de riesgo elevado. El perfil del bebedor de riesgo es hombre de 31-50 años, casado, estudios primarios, trabajador manual activo, fumador, no realiza ejercicio físico, duerme 7-9 horas y hace dieta equilibrada.

90. EDEMAS EN EXTREMIDADES INFERIORES. ¿SERÁ EL CALOR?

M. Andrés Gómez, M.C. Magdalena Fernández y S. Rodríguez Gil

Centro de Salud José Barros. Muriedas. Cantabria.

Objetivos: Los edemas en MMII es una consulta muy frecuente en Atención Primaria y más aún en época estival. Aunque la causa más frecuente sea la vascular también pueden ser la presentación inicial de enfermedades sistémicas importantes y debemos pensar en ellas para su despistaje.

Materiales: Presentamos el caso de un varón de 34 años, sin antecedentes de interés que consulta en dos ocasiones en época estival por sensación subjetiva de edemas en EEII. La exploración física resultó anodina y pensando en patología de origen vascular se recomiendan medidas higiénico-dietéticas y observación. Un mes más tarde, consulta de nuevo por persistencia de sintomatología objetivándose entonces una TA: 160/100 y unas piernas normales; recomendamos dieta sosa y analítica de rutina hasta próximo control.

Resultados: En la analítica objetivamos VSG: 57 mm/h, Colesterol 623 mg/dl, Triglicéridos 416 mg/dl, Proteínas totales: 4,8g/dl y EyS: proteínas 300 mg/dl y Htes/c 10-12. Orina 24 Hrs: proteinuria: 19964 mg/T, PCR: 0,6. Estos datos son compatibles con síndrome nefrótico; nos ponemos en contacto con Servicio de Nefrología del HUMV para completar el estudio e iniciamos tratamiento con Ameride (1com/día) y Lovastatina 40 mg (1 comp/día). La radiografía de tórax, ECG y serologías realizadas resultaron negativas y se optó por la realización de una biopsia renal, que confirmó el diagnóstico de síndrome nefrótico por glomerulonefritis membranosa iga. En la actualidad se mantiene tratamiento y permanece asintomático sin necesidad de corticoterapia.

Conclusiones: En muchas ocasiones los motivos de consulta inicialmente banales pueden ser manifestación inicial de patología sistémica importante y tenemos accesibilidad desde nuestras consultas a la realización de pruebas para su despistaje.

91. DOCTOR ME DUELE LA CADERA

J.A. Del Rio Madrazo

Servicio Cantabro de Salud.

Objetivos: *Caso clínico:* Varón de 67 años. Fumador de 30 cigarrillos/día durante 25 años. E.T.S. hace 30 años tratada con penicilina. Lumbalgias esporádicas desde hace 2 años que le

enclaustran en su casa. Aviso domiciliario: Desde hace 6 días dolor en cadera izquierda, irradiándose a rodilla, aumenta con la movilidad, y ha aumentado de intensidad progresivamente; el dolor le impide la marcha y la bipedestación.

Materiales: *Exploración física:* Palidez mucocutánea generalizada. Pequeñas adenopatías cervicales bilaterales e inguinal derecha, de características no valorables. *Auscultación Pulmonar:* crepitantes finos en tercio antero-superior de hemotórax derecho. Hepatomegalia 3 cms d.r.c. Dolor a la movilidad cadera izquierda con gran limitación a la flexión forzada y extensión.

Resultados: Pruebas complementarias: *Análítica:* Hemograma: Hematíes 3.170.000, Hb 11,2 g/dl, Hto 32,7%, VCM 103 fl, HCM 35,3 pg, VSG 110. Proteínas totales 11,7, Albúmina 3,34, Proteinograma e Inmunolectroforesis: Gammaglobulinas 6,38, IgG 9960, IgA 59, IgM < 27, Componente monoclonal 5,8, Bence-Jones negativo, Beta2 microglobulina 3,4. Rx tórax 2p: Condensación en tercio superior de ambos hemitórax. Rx columna-pelvis: Aplastamiento L5. Serie ósea metastásica: Osteoporosis. TAC pélvico: En cuerpos vertebrales dorsolumbares múltiples lesiones líticas. Gran lesión lítica en ala iliaca izquierda. Citología médula ósea: Gran componente fibrótico. *Diagnóstico diferencial:* Gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI). Mieloma múltiple Ig Kappa. Hiperparatiroidismo. *Juicio diagnóstico:* Mieloma múltiple IgG Kappa, estadio III con osteoporosis generalizada, con gran erosión acetabular de rama isquiopubiana.

Conclusiones: *Discusión:* La edad en que se diagnosticó coincidió con la edad media de diagnóstico de la enfermedad, siendo más frecuente en varones. El dolor óseo es el síntoma más frecuente. La aparición de un dolor persistente y localizado en un paciente con mieloma suele indicar una fractura patológica.

92. DOCTOR: "SÓLO VENGO POR HIPO"

J.R. López Lanza, A. Pérez Martín, R. López Videras, E.J. Sánchez Cano y D. García Barrigón

C.S. Covadonga. Cantabria.

Objetivos: *Introducción:* El hipo consiste en contracciones espasmódicas e involuntarias del diafragma junto con un cierre brusco de la glotis. Suele ser idiopático y benigno, aunque en ocasiones puede deberse a patología grave.

Materiales y resultados: *Exposición del caso:* Varón de 78 años sin antecedentes personales de interés ni toma de medicación. Consulta por hipo de 3 días de evolución sin tos ni fiebre. Exploración dentro de la normalidad, indicándose haloperidol i.m. Al día siguiente el paciente sufre un síncope, siendo trasladado a urgencias donde presenta hemograma con 13.200 leucocitos (88% neutrofilos), Rx tórax infiltrado alveolar en base derecha y gasometría (PCO2 32, PO2 64, Sat O2 92,9), ingresando con el diagnóstico de neumonía comunitaria y tratamiento levofloxacino i.v. A los dos días comienza con fiebre de 39°, aislándose en hemocultivo *E. Coli*, con urocultivos negativos, considerándose el foco pulmonar y cambiando la antibioterapia a ceftazidima 2 gr/8h. Reinterrogando al paciente, este, refiere episodios de atragantamiento ocasionales desde hacía meses. Tras el alta con metoclopramida el hipo persistió durante un mes más, a pesar de la desaparición del infiltrado pulmonar.

Conclusiones: *Discusión:* El hipo persistente (duración > 48 horas) puede reflejar múltiples patologías, digestivas (R.G.E 50% de los casos), respiratorias (neumonía, TBC), cardíacas o neurológicas, por lo que debe investigarse su etiología. El tratamiento, si es idiopático, se basa en baclofeno, metoclopramida, clorpromazina o haloperidol. La neumonía por *E. Coli* es infrecuente (2-5% neumonías comunitarias) y puede deberse a pequeñas aspiraciones. Si se produce bacteriemia, el 15% acaba en shock séptico. Las neumonías pueden manifestarse de manera totalmente atípica en pacientes ancianos.

93. OIGA, ¿QUÉ ES ESTO?

J.A. del Rio Madrazo

Servicio Cantabro de Salud.

Objetivos: *Caso clínico:* Varón de 58 años. Empleado municipal de limpieza. Bebedor de 180 gr etanol/ día hasta hace 8 años, y fumador de 40 cigarrillos/ día hasta hace 24 años. El motivo de consulta fue enseñar una revisión médica de empresa, que era normal, realizada 9 meses antes. Cuando el paciente salía por la puerta, refiere que desde hace 20 días presenta tumoración infraauricular izquierda y adenopatías supraclaviculares izquierdas, así como disfga a sólidos.

Materiales: *Exploración física:* Tumoración infraauricular izquierda de 2 cms, no dolorosa, adenopatías supraclaviculares izquierdas dolorosas a la palpación.

Resultados: *Pruebas complementarias:* Esofagoscopia: Estenosis justo por debajo de Killian de aspecto maligno. Biopsia: Carcinoma epidermoide de células escamosas. TAC de cavum y cuello: Adenopatías hipodensas yugulodigástrica derecha de 2 cms e izquierda de 1 cm, ocupación de vallécula izquierda y engrosamiento de repliegue aritenopiglótico derecho. Punción aspirativa: Adenitis reactiva. Biopsia de adenopatía cervical: Compatible con carcinoma epidermoide. Laringoscopia directa: No se objetivan lesiones topológicas. Broncoscopia: Engrosamiento de ambos aritenoides y de los pliegues aritenopiglóticos. *Juicio diagnóstico:* Carcinoma epidermoide de tercio superior de esófago.

Conclusiones: *Discusión:* Meses después reveló el verdadero motivo de consulta: tener un justificante médico para presentar a la empresa. Este caso enseña que el motivo de consulta principal que mueve al paciente no siempre coincide con el médico, y a no despreciar un motivo de consulta secundario.

94. FIEBRE IMPORTADA: MUCHO MÁS QUE UN SÍNDROME GRIPAL

S. Hernández Sánchez

Centro de Salud Alamedilla. Salamanca.

Objetivos, materiales y resultados: *Caso clínico:* Varón 33 años, dominicano, sin AP ni familiares de interés que acude por presentar desde hace dos días escalofríos, fiebre (de hasta 39°), sudación, tos seca y sensación nauseosa. Estreñimiento de una semana. *EF:* soplo sistólico no conocido III/IV en foco mitral. *JC:* Síndrome gripal, estreñimiento. *Plan:* Observación domiciliaria, amoxicilina/clavulánico 875, paracetamol 650, dieta rica en fibra y ECG. Al 5º día persiste fiebre que no cede con antitérmico y además diarrea semilíquida sin productos patológicos (8-10 deposiciones/día). *Anamnesis detallada:* viaje a Guinea Ecuatorial con estancia de 20 días y regreso hace una semana. *EF:* ligera molestia epigástrica. *JC:* GEA vírica/intolerancia antibiótico?. Se retira antibioterapia, hidratación, paracetamol 1 g. *ECG:* normal. *Solicita:* analítica, Rx tórax (cardiomegalia, engrosamiento cisura menor) y Rx de abdomen: SHV. Derivación a urgencias al 8º día donde analítica refleja plaquetopenia (109.000) discreta elevación de bilirrubina y transaminasas. Rx tórax: cardiomegalia, borramiento contorno cardíaco derecho por condensación de lóbulo medio y derrame pleural. Ingreso hospitalario por probable neumonía atípica. Hemocultivo, coprocultivo, urinocultivo y Mantoux negativo; serología positiva para micoplasma: Sospecha de paludismo al 9º día confirmando en frotis y gota gruesa parasitación por *Plasmodium falciparum* e iniciándose tratamiento con halofrantina. *Evolución:* fiebre alta, insuficiencia respiratoria, renal y hepática, plaquetopenia (16.000), anemia (10,8g/dl) presentando el 12º día estupor con traslado a UVI. A pesar de presentar afectación cerebral, sobrevivió.

Conclusiones: Un retraso en la orientación diagnóstica y aplicación terapéutica oportuna del paludismo grave es una amenaza vital. Por ello, ante cualquier síndrome febril con el antecedente de viaje al trópico, pensar en paludismo.

95. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL/ VASCULORRENAL

I. Lozano Chile

Centro de salud Catarrosa. Valencia.

Objetivos: Pruebas diagnósticas de hipertensión vascularrenal.

Materiales: Paciente 41 años, alérgica a penicilina y ciprofloxacino. No fármacos acude por crisis hipertensivas, en tratamiento, con cuatro fármacos. Se remite a Nefrología por sospecha de hipertensión secundaria. *Exploraciones complementarias:* A.C y P normal. Diferencia de presión en ambos brazos. *Análítica:* Hemograma, bioquímica, hemostasia hormonas tiroideas en rangos normales. ANA Y ANTI-DNA Negativos. Ácido 5-hidroxi-indolacético y catecolaminas normales. *Ecocardiograma:* Grosor y movilidad normal de ambos ventrículos y del tabique interventricular. Tamaño normal de las cuatro cavidades. Estructura y movilidad normal de las cuatro válvulas. Flujos normales. Ecocardiografía que descarta coartación aortica. Renograma con captopril: Muestra riñón derecho de menor función sugerente de estenosis renal (23%). La determinación de renina basal es < 12 ng/ml/h (Patológico 12). Arteriografía de arterias renales: No hay estenosis. Riñón derecho de menor tamaño con defecto de perfusión en el polo inferior.

Resultados: El método de referencia es la (PIV), pielografía de secuencia rápida. (Farreras Rozman 14Ed). Actualmente ha sido reemplazado por una o más de las pruebas siguientes: a) Angiografía de sustracción digital, b) Renograma con captopril: Dependencia del lecho vascular de la angiotensina II. Se administra un inhibidor de la encima convertidora, si el sujeto tiene estenosis se observará una menor captación y un retraso en la excreción del flujo sanguíneo en el renograma de riñón afecto, c) Ecografía duplex y d) La prueba definitiva es la angiografía con medición de renina en la vena renal.

Conclusiones: La isquemia renal derecha y la disminución de excreción del 23% en el renograma, así como la determinación de la renina basal, no son concluyentes para una etiología renal. La estenosis de la arteria renal o sus ramas es un hallazgo frecuente en angiografías y necropsias de individuos normotensos. La hipertensión esencial con una prevalencia del 20% y puede coexistir con estenosis de la arteria renal que no es la responsable de la misma. (Harrison 14 ED). El diagnóstico definitivo es hipertensión esencial

96. NÓDULO PULMONAR SOLITARIO EN ESTUDIO

B. Guzmán Martínez, J. Pastor Carazo, P. González Martínez, G. Carretero Antón y V. Berná Berná

Centro de Salud Aranda Rural. Aranda de Duero. Burgos.

Objetivos: El hallazgo casual de un nódulo pulmonar solitario (NPS) en la Rx de tórax solicitada en AP nos lleva a realizar una serie de pruebas complementarias que nos permiten aclarar su etiología, descartar malignidad y establecer el tratamiento oportuno.

Materiales: Presentamos el caso de un varón de 52 años. AP: Exfumador de 40 cig/día. De forma fortuita, en una Rx de tórax se objetiva una imagen bilobulada en LSD, siendo la anamnesis y la exploración física anodinas, tras lo cual iniciamos estudios complementarios en colaboración con atención especializada.

Resultados: Hematimetría, función renal, hepática y gasometría arterial normales. *TAC toracoabdominal:* Lesión nodular bilobulada 1 cm de diámetro en segmento apical del LSD, con contornos irregulares y espiculados y con pequeñas cavitaciones y bandas lineales que se extienden hasta superficie pleural levemente

invasinada. *Citología de esputo (x2):* negativa para células malignas. Broncoscopia pulmonar: sin imágenes sugestivas de malignidad. Se solicita PET que tampoco es concluyente pero indica que no se puede descartar etiología inflamatoria por escaso hipermetabolismo. Siguiendo esta línea de diagnóstico se realiza Mantoux que resulta positivo y se aísla *Mycobacterium tuberculosis* en cultivo de Lowenstein, así que con el diagnóstico de Tuberculosis pulmonar iniciamos tratamiento con tuberculostáticos.

Conclusiones: A pesar de la importancia de la anamnesis y exploración física, no siempre son orientativas, pero la realización de pruebas desde AP tan accesibles como un Mantoux pueden ayudarnos en el diagnóstico y ahorrar en la realización de pruebas mucho más invasivas y caras.

97. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL ERITEMA AB IGNE. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Sáez Pérez, A. Requena Torregrosa, I. Espinosa Freire, M.J. Cebrián Puertas, P. Pérez Ortín y B. Herrero Chacón

Centro de Salud Malvarrosa. Valencia.

Objetivos: Presentación de un caso de eritema ab igne detectado en una consulta de Atención Primaria. Discusión sobre el diagnóstico diferencial con otras lesiones cutáneas maculares.

Materiales: Mujer de 49 años con antecedentes de insuficiencia venosa, osteoporosis y de dos hernias discales lumbares, que desde hace 2 meses presenta en zonas de ambas pantorrillas lesiones pigmentadas, simétricas, de aspecto en retículo, sin otra sintomatología salvo algún calambre nocturno. Refiere de forma ocasional exposición a una estufa en periodos fríos. La exploración no evidenció flebitis, ni signos de trombosis venosa profunda, con maniobra de Homans negativa y pulsos periféricos normales sin edemas tibiomaleolares.

Resultados: Se trata de una enfermedad producida por la exposición repetida y prolongada a la radiación infrarroja, interviniendo además factores locales de envejecimiento cutáneo y de éxtasis venoso. En una serie (U.S.A.) los pacientes presentaban dicho eritema por utilizar fuentes de calor para mitigar el dolor. Se caracteriza por la aparición de un eritema reticulado, telangiectasias, hiperpigmentación y atrofia epidérmica superficial. Se suele producir en la cara anterior de las piernas, de forma bilateral y simétrica. Es más frecuente en mujeres y generalmente asintomático. El estudio histológico demuestra que la hiperpigmentación es debida a la acumulación dérmica de melanina y de hemosiderina. El diagnóstico diferencial debe hacerse con livedo reticularis, atrofia blanca, panarteritis nodosa, lupus eritematoso y tromboangiitis obliterativa. El tratamiento incluye suprimir la exposición al calor, pero no existe ninguna actitud terapéutica que permita la eliminación de la hiperpigmentación ya existente.

Conclusiones: En esta paciente la exposición a una fuente de calor era ocasional y no de forma continuada lo que la diferencia del cuadro típico, pero tenía trastornos cutáneos leves por su insuficiencia venosa. Se descartó toda patología relacionada con el diagnóstico diferencial citado anteriormente y con la utilización del calor para aliviar ciertos síntomas de enfermedad.

98. CASO CLÍNICO: PROBLEMÁTICA POSTPARTO EN LA MUJER

J.F. Pastor Oliver, M.J. Gimeno Tortajada, J.V. Climent Sáez y R. Belenguier Prieto

Grupo de Trabajo Aparato Locomotor Semergen Comunidad Valenciana.

Objetivos: *Motivo de consulta:* Mujer de 36 años que presentó dolor generalizado mal definido y fatiga de cuatro meses de evolución, tras parto natural. También aparece apatía, baja au-

toestima, incompreensión, irritabilidad, ansiedad, llanto fácil, insomnio y cancerofobia.

Materiales: *Exploración física:* BEG. Afebril-Bultoma en cuello, central y de consistencia homogénea. Aparato locomotor sin hallazgos. Exploración y ORL normales. ACP normal. Abdomen normal. No edemas. *Pruebas complementarias:* Hemograma y VSG normales. Bioquímica normal excepto TSH > 50 (++) ; T4 Total < 1,17 (-); T4 libre < 0,4 (-).

Resultados: *Evolución y tratamiento:* Se plantea diagnóstico diferencial entre Hipotiroidismo postparto. Depresión primaria o secundaria posparto y Psicosis. Se pauta tiroxina 100 mg/día y se solicitaron Ac antitiroglobulina y antimicrosomiales, pruebas reumáticas y ecografía tiroidea. Los Ac antitiroglobulina y antimicrosomiales fueron positivos. ASTO, PCR y FR negativos. ECO de tiroides: aumentado de tamaño, homogéneo y sin nódulos. La función tiroidea se normalizó (TSH 7,76 y T4 libre 1,01) pero la paciente siguió presentando signos depresivos e incluso crisis de angustia por lo que se añadió Fluoxetina.

Conclusiones: *Juicio Clínico:* Hipotiroidismo primario por tiroiditis posparto. Depresión posparto. *Discusión:* La maternidad conlleva la realización de numerosos ajustes personales, sociales y de pareja que pueden causar graves problemas. La tiroiditis posparto aparece en el 5-10% de las mujeres. La clínica se inicia 1-3 meses tras el parto sin prodromos, tumefacción ni dolor tiroideo. Suele cursar en tres fases: a) Fase aguda (hipertiroidismo); b) Fase de hipotiroidismo transitorio y c) Fase de normalización progresiva, que suele ocurrir a los 6-8 meses del inicio. La depresión ocurre desde un 8% (primeros días posparto) hasta un 23-24% al año. Puede darse aislada o secundaria al hipotiroidismo. La sospecha clínica es imprescindible para el diagnóstico.

99. CASO CLÍNICO: RIESGO CARDIOVASCULAR POR CONSUMO DE DROGAS EN LOS ADOLESCENTES: INFARTO DE MIOCARDIO

J.F. Pastor Oliver, M.J. Gimeno Tortajada, J.V. Climent Sáez, R. Belenguer Prieto y A. Calcedo Ascoz

Grupo de Trabajo Aparato Locomotor Semergen Comunidad Valenciana.

Objetivos: *Motivo de Consulta:* Varón de 15 años de edad que acude a urgencias del hospital por dolor torácico opresivo. *Antecedentes Personales:* Fumador de cannabis y consumidor de drogas de diseño.

Materiales: *Exploración física:* BEG. Afebril. Eupneico en reposo. TA 90/40. AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. AC: Tonos rítmicos, sin soplos ni roce. Abdomen anodino. No edemas. No adenopatías. *Pruebas complementarias:* Analítica. Leucocitosis (14.700); CK 436; CK-MB 29; VSG 39; RX Torax normal. ECG ritmo sinusal a 70ppm, con PR normal, eje a 60° y ascenso del ST de 2mm de concavidad superior en V3-V6, II y AVL. Ecocardio dentro de los límites de la normalidad.

Resultados: *Evolución y tratamiento:* Con la sospecha diagnóstica de miopericarditis es tratado con Acetil Salicilato de Lisina y Diacepan. Durante los seis días de su ingreso presentó una curva enzimática compatible con proceso isquémico. El ECG presentó un patrón de lesión más isquémico que inflamatorio. Al alta presenta un ritmo sinusal a 68 ppm, con PR normal, BIRDHH y T negativa en V4-V6. CK al alta de 86.

Conclusiones: *Juicio clínico:* IAM sin onda Q, probablemente por vasoespasmismo mantenido por el consumo de estupefacientes. *Discusión:* La clínica y el ECG eran sugestivos de miopericarditis, sin embargo la curva enzimática delató una necrosis miocárdica. Una anamnesis más dirigida detectó consumo de estupefacientes. Cada vez es más frecuente el consumo de drogas entre los adolescentes y, dado el riesgo cardiovascular que comporta, ante una clínica sugestiva, deberemos sospecharlo para filiar la sintomatología.

100. ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP) TREMÓRICA: EVOLUCIÓN Y CONTROL DE UN CASO

F. Pascual, R. Bosca, A. Mancheño, V. Moya, P. Escolar y J.J. Soler

Centro de Salud de Orba. Alicante. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Objetivos: El temblor es el trastorno del movimiento más frecuente y una de las quejas expresadas mayoritariamente por los pacientes. Se define como un movimiento oscilatorio rítmico que describe todo o una parte del cuerpo alrededor de su posición de equilibrio.

Materiales y resultados: *Caso clínico:* Se trata de un varón de 61 años que consulta por temblor en el miembro superior derecho de 10 meses de evolución. Antecedente profesional de contacto con pinturas y disolventes. En la exploración se aprecia un temblor de reposo 2/4, rigidez 2/4 y bradicinesia derecha 1/4, marcha sin braceo y reflejos posturales conservados. Con el diagnóstico de EP estadio 1 de Hoehn y Yahr, se inició tratamiento con selegilina a dosis de 5 mg/12 h, con mejoría inicial del temblor. A los 15 meses se inició un empeoramiento progresivo del temblor con gran nivel de dependencia (Barthel 11/20), por lo que se asoció prociclidina a dosis de 2,5 mg/día con aumento de 2,5 mg cada 3 días hasta una dosis total de 15 mg/día, con mejoría parcial del temblor. A los 34 meses de inicio se introdujo la levodopa a dosis de 300 mg/día por la aparición de torpeza motora (bradicinesia 2/4, temblor 2/4 y rigidez 2/4). Cinco años después de iniciar el tratamiento antiparkinsoniano aparecieron fluctuaciones por lo que se intentó el tratamiento con bromocriptina a dosis de 5 mg/8 h/día con mejoría de la clínica. En el momento actual, y tras 7 años de evolución, el paciente presenta temblor de reposo 2/4, rigidez 1/4 y bradicinesia 1/4 derechos, sin estigmas parkinsonianos en hemisferio izquierdo. Presenta fenómeno de fin de dosis por la tarde. La medicación actual a base de levodopa 400 mg/día; bromocriptina 20 mg/día; prociclidina 20 mg/día y selegilina 10 mg/día, es bien tolerada.

101. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN VARÓN JOVEN

A.L. García González¹, R. Luquin Martínez², B. Guerrero Díaz², E. Ros Martínez², J. García Molina² y J. Manzano Cano²

¹Unidad Docente GAP Cartagena. ²Médico de Familia. Centro de Salud Cartagena-Oeste.

Objetivos: 1) Describir un caso de Hipertensión Arterial (HTA) secundaria de baja Prevalencia que se presenta en varón de 22 años, asintomático, que consulta por cifras elevadas de tensión arterial (TA): 150/93 mmHg, obtenidas en reconocimiento médico laboral (artes gráficas). 2) Analizar los resultados y la metodología diagnóstica seguidos, en Atención Primaria, en un caso de HTA secundaria.

Materiales: 1) *Anamnesis:* 1.a) A. Familiares: Madre: HTA esencial. 1.b) A. Personales: Rinitis y Asma bronquial (inhaladores beta-2-agonistas y antihistamínicos). Fumador (10 cigarrillos/día). No otras drogas. Hace un año se le detectó TA elevada, pero el paciente no actuó sobre ello. 2) *Exploración Física:* Solo destaca Triple toma de TA (Tensión Arterial Media (TAM): 153/93 mmHg). 3) *Exploraciones complementarias:* Sangre (Hemograma; Perfil Renal-hepático; Glucemia; Ionograma; TSH; T4; T3; PTH; Cortisol; Renina; Aldosterona; Inmunología); Orina (Anormales; Sedimento; Catecolaminas-metanefrinas), EKG., Fondo de ojos, RX. Tórax-Abdomen: Sin hallazgos patológicos.

Resultados: Ante un paciente con cifras de TA elevada, asintomático y edad menor de 35 años debemos estudiar causas de

HTA secundarias. Descartamos las causas endocrinológicas, neurológicas, iatrogenas y también la coartación aórtica por exploraciones normales. Otro bloque de etiología de HTA secundaria es la patología renal, quedando descartada tras datos analíticos normales. Además es necesario descartar origen renovascular, tumoral o quístico, para lo que precisamos ecografía abdominal que fue diagnóstica en nuestro caso, pues sugería poliquistosis renal. El paciente actualmente está controlado de su HTA con dieta hiposódica, ARA-II y diurético. Se estudió a familiares de primer grado con resultados normales en todos ellos.

Conclusiones: 1) Todo caso de HTA exige realizar un estudio individualizado, exhaustivo y completo del paciente. 2) El diagnóstico de HTA esencial implica siempre descartar las etiologías que causan una HTA secundaria.

102. RIESGO DE OSTEOPOROSIS. ¿SE DEBE GESTIONAR SU CRIBADO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

D. López Martínez, M. Castro García, R. Calvo Vidal, P. Lantada Ruiz de Castañeda, I. Pérez Ramírez y Grupo de trabajo de Enfermería

E.A.P. Eloy Gonzalo y E.A.P. Justicia. Área 7. IMSALUD.

Objetivos: Conocer la prevalencia de osteoporosis y osteopenia entre las mujeres postmenopáusicas atendidas en dos equipos de Atención Primaria del Área 7 de Madrid.

Materiales: Estudio piloto, descriptivo, transversal. Se realizó densitometría ósea (DMO) DEXA (Lunar) a nivel de calcáneo derecho. La técnica fue realizada indistintamente por personal médico o de enfermería. Los criterios de inclusión fueron mujeres de edad superior a 50 años y con amenorrea de más de seis meses. Se eligieron de forma aleatoria en las diferentes consultas de dos equipos de Atención Primaria.

Resultados: Se les realizó la DMO a 184 mujeres en el propio centro de salud. La edad media fue 67,2 (rango 51 a 89 años). La distribución etaria fue de 72 (51-59 años), 60 (60-69 años), 38 (70 a 79 años) y 14 en la década de los 80 años. Cumplieron criterios de osteopenia (T-score entre -1 y -2,5) el 36,4%; y el de osteoporosis (T-score < -2,5) el 6,5%. Respecto a los grupos de edad presentaron valores compatibles con osteopenia el 27% de las mujeres de entre 51 y 59 años, el 40% de las de 60-69 años, el 63% de las mujeres entre 70 y 79 años y el 50% de las que se encontraban en la década de los 80 años.

Conclusiones: La detección del riesgo de osteoporosis mediante el cribado por DMO en calcáneo es una técnica útil fácilmente gestionable en atención primaria, que permite seleccionar pacientes a las que realizar un estudio más exhaustivo para diagnóstico y tratamiento.

103. PATOLOGÍA PSICOLÓGICA EN CUIDADORAS/ES DE PACIENTES INCAPACITADOS

F. Linero Vázquez, A. Pérez Navarro, J.A. Cortés Garrido y M.V. Muñoz Pradilla

Consultorio de Pizarra. C.S. Cártama Estación. Málaga.

Objetivos: Conocer el perfil y tipo de patología psicológica que presentan las cuidadoras/es de nuestros pacientes incapacitados.

Materiales: *Diseño:* Estudio descriptivo retrospectivo del total de pacientes (n = 115) incluidos en el programa de cuidadoras/es durante el año 2003 (Enero-Diciembre). *Ámbito:* Consultorio rural de Pizarra con una población de 7.000 habitantes. *Mediciones:* Las variables estudiadas fueron: edad, género, parentesco con el incapacitado, patología psicológica, psicotropos que consume y patología del incapacitado. Los datos fueron obtenidos a través de la historia TASS y mediante entrevista personal.

Resultados: En el 88,7% de los casos la cuidadora/or era mujer, con una edad media de 55,77 ± 13,74 años. La hija era la cuidadora principal en el 52,2% y la mujer en el 16,5%. En el 54,8% aparecía patología psicológica destacando la ansiedad (25,2%) y la depresión (20,9%). El consumo medio de psicotropos fue de 0,93 ± 1,1, siendo el doble en las que padecían depresión frente a ansiedad. La patología del incapacitado mas prevalente fue la demencia en el 30,4% de los casos. No aparece en este estudio correlación entre la patología del incapacitado y la afectación psicológica del cuidador.

Conclusiones: La afectación psicológica de las cuidadoras/es es muy superior a la de la población general, 12,5% frente al 54,8% de nuestra población. Destaca sobre todo la depresión con un 20,9%, frente al 10% de la población general.

104. ENCUESTA DE OPINIÓN A LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL USO Y SEGUIMIENTO DE LOS FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS. RESULTADOS NACIONALES Y REGIONALES

E. Villalva Quintana e I. Romera Fernández

IMSALUD. Departamento de Investigación Clínica Lilly, SA.

Objetivos: Conocer la opinión de los médicos de Atención Primaria (AP) sobre el uso de los fármacos antidepresivos utilizados en la depresión mayor y en otros cuadros.

Materiales: *Diseño:* Estudio transversal, descriptivo, fase cualitativa de creación de cuestionario y una segunda cuantitativa de entrevistas personales. *Participantes y Emplazamiento:* Fase cualitativa: 2 grupos de discusión y 9 entrevistas en profundidad. *Fase cuantitativa:* 1140 médicos de AP, centros públicos de España. *Mediciones:* Porcentaje, media y desviación típica nacionales y regionales (Madrid, Andalucía-Extremadura, C. Valenciana-Murcia, Galicia-Asturias-Cantabria, Cataluña-Baleares-Aragón, Castilla La Mancha-Castilla León y Canarias).

Resultados: Un 35,88% de los pacientes a los que se pautan fármacos antidepresivos es por una depresión mayor el resto es pautado por otros cuadros. Los médicos refieren instaurar medicación antidepresiva en un 76,36% de los pacientes que acuden con síntomas depresivos (83,62% Cataluña/Baleares/Aragón), durando esta consulta 16,4 minutos (18,15 Castilla León/La Mancha). Un 11,4% de los médicos en Galicia/Asturias/Cantabria refieren no realizar ningún seguimiento Durante la fase inicial se produce un 40% de los abandonos, produciéndose el resto durante la fase de mantenimiento. La causa de abandono más citada (88,2%) es que el paciente no considera necesario continuar el tratamiento. Las consecuencias más mencionadas: Aumento del riesgo de recaídas 78,5%, falta de recuperación completa 63,7%. El 32,6% de los pacientes abandona el tratamiento antes de la recuperación total del episodio (40% Canarias).

Conclusiones: En AP es donde reciben atención la mayoría de los pacientes con depresión mayor, muchos abandonan el tratamiento. La correcta cumplimentación determina en gran medida la superación de la enfermedad

105. PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE DE UNA ZONA URBANA

O. Ortiz Oliete, E. Ruiz Gil, J. Segarra Albareda, C. Vergara López y J. Comas Martínez

ABS Sant Idefons, SAP Baix Llobregat Centre. Cornellà de Llobregat.

Objetivos: 1) Valorar utilidad Test Goldberg para cribaje trastornos adaptativos en inmigrantes. 2) Prevalencia ansiedad y depresión en inmigrantes que vienen al centro. 3) Comparar prevalencia ansiedad/depresión entre inmigrantes/autóctonos.

Materiales: *Estudio descriptivo:* Se pasó test Goldberg a inmigrantes > 15 años que consultaron de noviembre 2002 a mar-

zo 2003, excluyendo: rechazan participar o problemas de comprensión. Si resultado positivo, clasificación según DSM-IV. Pacientes diagnosticados: Se realizó seguimiento y/o tratamiento.

Resultados: 133 participantes: 54,9% mujeres, edad media 35,1 (DE = 10,1). 58,6% sudamericanos, 22,6% marroquies, 18,8% otros países. *Tiempo en Cataluña:* 48% > 3 años y 13,5% < 1 año. *Test Goldberg:* 3,7% falsos positivos para ansiedad y depresión. *Prevalencia ansiedad:* 19,5% (58,6% ansiedad no especificada, 20,7% trastorno adaptativo con componente ansioso, 3,4% crisis ansiedad y 3,4% ansiedad generalizada). *Seguimiento:* 64% observación, 20% benzodiazepinas, 16% antidepressivos. No diferencias por sexo, país origen, estado civil, vivir solo, nivel estudios ni situación laboral. Los que llevan más de un año en Cataluña tienen más ansiedad ($p = 0,024$). *Prevalencia depresión:* 19,5% (39% trastorno adaptativo con componente depresivo, 39% depresión no especificada, 3,6% depresión mayor, 3,6% distimia). *Seguimiento:* 68% observación, 20,3% antidepressivos y 8,3% benzodiazepinas. No diferencias según edad, país origen, estado civil, vivir solo, situación laboral ni tiempo en Cataluña. Mujeres tienen más depresión ($p = 0,012$). *Prevalencia población autóctona de la zona:* 2,9% ansiedad, 10,4% depresión.

Conclusiones: 1) Pocos falsos positivos Test Goldberg para cribaje ansiedad/depresión en inmigrantes. 2) Prevalencia superior entre inmigrantes trastorno ansioso-depresivo. 3) Sorprende mayor prevalencia de ansiedad en inmigrantes que llevan más tiempo en Cataluña.

106. ¿CONOCEMOS LAS CAUSAS Y EL LUGAR DE FALLECIMIENTO DE NUESTROS PACIENTES?

O. Ortiz Oliete, M.E. Galán Merino, I. Muntaner Jarabo, C. López López y M. Lacoste Farré

ABS Sant Ildefons, SAP Baix Llobregat Centre. Cornellà de Llobregat.

Objetivos: Conocer perfil del cuidador. Conocer patologías previas de los pacientes fallecidos en nuestro centro. Causa inmediata fallecimiento y enfermedad desencadenante. Valorar nº ingresos hospitalarios en 6 meses anteriores y nº de visitas a urgencias el mes anterior al fallecimiento. Conocer lugar fallecimiento. Nº pacientes fallecidos incluidos en programa de Atención domiciliaria (ATDOM).

Materiales: Estudio descriptivo. Elaboración de plantilla de recogida de datos. Revisión historias clínicas pacientes fallecidos entre 01/08/2000 y 31/07/2001.

Resultados: 87 éxitus. 78,2% > 65 años (1-100 años). 51,7 varones. Entre 40-64 años: 64,3% varones. *Patologías previas:* 44,6% HTA, 37,3% enfermedad cardiovascular, 32,5% Diabetes, 32,5% Neoplasias, 27,7% patología digestiva, 24,1% patología pulmonar, 22,9% enfermedad cerebrovascular. *Causa inmediata:* 23,9% respiratoria, 10,2% digestiva, 9,1% cardiaca, 6,8% neurológica. *Enfermedad desencadenante:* 28,4% neoplasia, 13,6% cardiovascular, 12,5% respiratoria. Neoplasias más frecuentes: 30,4% digestiva, 21,7% pulmonar, 13% mama, 13% ORL. *Lugar fallecimiento:* 36,4% domicilio, 27,2% hospital, 36,4% no consta. *Ingresos últimos seis meses:* 47,7% al menos un ingreso (90,5% motivo relacionado con causa éxitus). *Visita en urgencias el mes previo:* 35,2% (83,9% por motivo relacionado con causa fallecimiento). 54,5% en ATDOM (PADES atendía a 25%, en el 83,3% por motivo relacionado con causa éxitus). *Cuidador:* 70,3% mujeres, edad media 60,8 años. 51,3% hijo, 41% cónyuge.

Conclusiones: Patologías previas de nuestros pacientes coinciden con las patologías más prevalentes (HTA, enfermedades cardiovasculares, diabetes, neoplasias). Causa inmediata más frecuente fue la respiratoria, siendo las enfermedades desena-

denantes más frecuentes cáncer y enfermedades cardiovasculares. En un alto porcentaje 36,4% desconocemos el lugar de fallecimiento.

107. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN ADOLESCENTES DE UN ÁREA DE SALUD

J.L. Cabrera Mateos, A. Baez Álvarez e I. Toledo Perdomo

Centro de Salud de Yaiza. Hospital General de Lanzarote.

Objetivos: Conocer la prevalencia y características de los trastornos del comportamiento alimentario en los adolescentes de nuestra área de salud.

Materiales: Estudio descriptivo transversal de una muestra de 707 alumnos elegidos mediante muestreo por conglomerados, utilizando como unidad de muestreo el aula, de adolescentes escolarizados en institutos de enseñanza media de la isla. Se empleó como cuestionario el EAT-26, utilizando como punto de corte el valor 20.

Resultados: El 15,3% de los adolescentes presentan riesgo de TCA, superior en las mujeres que en los varones: 20,3% frente a 13,5% ($p = 0,016$). Esta proporción se reduce con la edad, así a los 12-13 años es de un 27% y a los 18-19 años es de un 6,5% ($p = 0,003$). No observamos asociación estadísticamente significativa con la frecuencia de consumo de tabaco ni de alcohol ni de cannabis ni con la práctica deportiva fuera del colegio. En cambio existe una asociación estadísticamente significativa con la frecuencia de realización de dietas el último año, con estar descontento con su propio cuerpo, con la percepción de peso elevado y la frecuencia con que desayuna.

Conclusiones: Existe en nuestro medio una proporción apreciable de adolescentes en riesgo de sufrir una trastorno del comportamiento alimentario, que es más manifiesto en las chicas, y sin que hayamos observado una relación con otras prácticas de riesgo.

108. PERFIL DEL INCAPACITADO Y USO DE PSICOFÁRMACOS

J. Morales Naranjo, F. Delgado Prieto, A. García Claros, A.M. Fernández Vargas, M.A. Cruz Sánchez y A. Aragón Ramirez

Centro de Salud Victoria Málaga.

Objetivos: Conocer el perfil del paciente incapacitado y el consumo de psicofármacos.

Materiales: Tipo de estudio: Descriptivo transversal. *Ámbito:* Centro de Salud urbano con 23.981 habitantes de clase social media-baja. De 260 incapacitados censados se han examinado 91 historias, mediante muestreo aleatorio simple. *Variables a estudio:* edad, sexo, causa principal de incapacidad, nº de fármacos que toman, nº de tomas al día, uso de psicofármacos, grupo farmacológico y cuidador principal.

Resultados: Media de edad 82,3 años con rango de 64 a 98. *Sexo:* 72,52% mujeres y 27,48 hombres. *Causas de incapacidad:* artrosis 20,84%, demencia 16,48%, ACV 15,38%, ceguera 10,98%, insuficiencia cardiaca 6,39%, neoplasia 4,39%, fractura de cadera 3,29%, Parkinson 3,29% y otros 17,58%. Número de fármacos medio tomado por paciente de 5,3, con 7,5 tomas al día de media. Toman psicofármacos el 54,95%. Un 38,46 toman benzodiazepinas, 16,48% antidepressivos, 12,08% hipnóticos y 9,89 neurolépticos. El cuidador más habitual es la hija 32,96%, le sigue cónyuge 29,67%, viven solos el 13,28, hermana 5,49% y no consta 5,49%.

Conclusiones: El perfil del incapacitado en nuestro estudio es el de mujer de 82 años a la que cuida su hija, padece artrosis, demencia o accidente cerebrovascular, toma más de 5 fármacos y más de 7 tomas al día. Más de la mitad toma algún psicofármaco, sobre todo benzodiazepinas.

109. FACTORES RELACIONADOS CON LA SATISFACCIÓN LABORAL: NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN. CONSERVACIÓN O INNOVACIÓN

M.A. Moreno Jiménez, P. Herrera Serena, F. Vico Ramírez, A. Rodríguez López, F.J. Zerolo Andrey y M.J. Mateos Salido

Centro de Salud de Mancha Real. Jaén. Consultorio local Los Villares. Jaén. SAS.

Objetivos: Determinar la satisfacción laboral en médicos de atención primaria y factores relacionados.

Materiales: *Diseño:* Estudio descriptivo transversal. *Sujetos:* 53 médicos de familia del Distrito de Jaén. *Mediciones:* Encuesta anónima autoadministrada con variables sociodemográficas. Cuestionario de Font-Roja (FR).

Resultados: Varones 50,9%. Edad 35-44 años. Casados 64%, con hijos 52%. Trabajan en exclusividad 90%, hijos 59,6%, en unidad clínica 36%, en ámbito urbano 79%, con antigüedad > 10 años 43%, guardias el 81%. Satisfacción global media (SMG) 71,06 (EE 7,65). Mayor SMG entre funcionarios/estatutarios respecto eventuales ($p < 0,01$) y gestión diferente a unidad clínica ($p < 0,05$). Tendencia mayor SMG en mujeres ($p = 0,08$). Por componentes FR: Presión-FR: menor sin guardias ($p < 0,01$) y en ámbito urbano ($p < 0,05$). Control-FR, tendencia a mayor control en mujeres ($p = 0,06$). Variedad-FR, mayor sin guardias ($p < 0,05$), con modelo de gestión no unidad clínica ($p = 0,05$) y en funcionarios/propietarios ($p < 0,05$), con tendencia significativa, cuando antigüedad > 10 años ($p = 0,07$). Distensión-FR: mayor con edad > 45 respecto a < 35 años. Sin diferencias en satisfacción-FR, relación-FR, y adecuación-FR. Tras regresión lineal múltiple la correlación entre SMG y variables sociodemográficas fue $R = 0,56$ con una explicación de variabilidad (R^2) del 31% y con asociación significativa con antigüedad ($B = 0,64$) ($p < 0,05$) y tendencia a la significación con sexo mujer ($p = 0,07$). **Conclusiones:** Nivel alto de satisfacción laboral. La antigüedad, ser mujer, el modelo de gestión tradicional, > 45 años, estabilidad y ausencia de guardias se asocian a mayores niveles de satisfacción laboral.

110. PROBLEMAS Y SOLUCIONES EN LA RELACIÓN PRIMARIA ESPECIALIZADA. OPINIÓN DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

V. Iváñez Bernabeu, T. Fuster Bellido, D. Martínez Quess y E. Faus Mascarell

C.S. Gandía-Beniopa Gandía (Valencia).

Objetivos: Conocer la opinión de los médicos de AP al respecto de los problemas existentes entre primaria y especializada, sus posibles soluciones y su priorización.

Materiales: Estudio descriptivo de corte transversal. *Ámbito:* Área de salud nº 11 Atención Primaria, de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana. *Sujetos:* 129 médicos de AP de dicha área de salud encuestados en el año 2003. Cuestionario elaborado a partir del estudio Delphi realizado por la Unidad Docente de Alicante en el año 2000 (con Directores de Área y Coordinadores). Se remitió a los 129 médicos de nuestra área de salud, el cuestionario contaba con 10 problemas y 10 posibles soluciones, se les pidió que valoraran de mayor a menor importancia (10 mayor 1, 1 menor) tanto los problemas como las soluciones.

Resultados: Se obtiene respuesta de 109 médicos (84,5%). *Problemas más importantes:* La falta de comunicación y dialogo (67%). Falta de uniformidad de criterios (63%). Desmotivación (56%). Desconocimiento de las actividades relacionadas por el otro nivel (49%). Masificación de la asistencia (48%). *Soluciones más importantes:* Elaboración de protocolos conjuntos (70%). Devolución HIC, 1ª prescripción, informes IT (69%). Auto citación (62%). Mejorar la comunicación (52%). Historia

clínica unificada (50%). No existen diferencias respecto a la titulación de los encuestados, ni a la titularidad de la plaza.

Conclusiones: 1) La falta de comunicación y diálogo entre los niveles, el desconocimiento mutuo, la desmotivación se apuntan como los problemas más importantes de la relación Primaria-Especializada. 2) El fomentar la comunicación y el trabajo común serían unas posibles soluciones a dichos problemas. 3) Creemos que es necesario un esfuerzo por parte de los responsables de la administración para facilitar dichas circunstancias.

111. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A ESPECIALIZADA

F.L. Moreno Martínez, J.M. Sánchez Rivas*, J. García Alegría**, M.J. Fernández Jiménez, M. Domínguez Santaella y F. Ruiz Solanes

Centro de Salud Las Lagunas. *Centro de Salud Arroyo de la Miel. Distrito Sanitario Costa del Sol. **Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Málaga.

Objetivos: El objetivo del trabajo es valorar la calidad del documento de derivación de atención primaria a especializada (P-111).

Materiales: Se trata de un estudio descriptivo transversal, seleccionándose la totalidad de los P-111 generados en una semana en un centro de salud. El documento se considera a) malo; si es ilegible, no hay datos suficientes para la valoración de la enfermedad actual, o hay ausencia de información. b) aceptable; si queda claro el motivo de interconsulta, y presenta datos suficientes de la enfermedad actual, y c) bueno, si contiene antecedentes personales y familiares si procede, el tratamiento que se sigue habitualmente, datos suficientes de la enfermedad actual con exploraciones complementarias, si procede y la impresión diagnóstica, el diagnóstico diferencial o el motivo de consulta.

Resultados: En total se analizaron 428 documentos de interconsulta. La calidad era buena en el 16,6%, aceptable en el 62,9%, y mala en el 20,6%. Las causas más frecuentes de pérdida de calidad eran la falta de tratamiento habitual (80,8%), de exploración física (66,4%), de antecedentes personales (43,7%) y el tratamiento de la enfermedad actual (42,5%)

Conclusiones: Consideramos en general aceptable la calidad de los documentos de derivación efectuados. Destacamos la falta de flexibilidad del documento de derivación, y la diferente importancia que desde atención primaria damos a la necesidad de plasmar en este documento los diferentes apartados que presenta.

112. REFORMA DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA. MEJORA NUESTRA CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN

A. Bassa Massanas, T. Martí Vila, L. Pérez Miras, M. Miralles Piñeyro, M. del Val Viñolas y A.C. Cereijo Thomas

Cap Vila Olímpica.

Objetivos: Valorar la implantación de la Reforma de la Atención Especializada (RAE) en nuestro Centro de Salud, y evaluar si es aprovechada por los médicos de cabecera (MC) mediante la utilización de la interconsulta, y disminuyendo por tanto las derivaciones a los especialistas.

Materiales: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analiza el comportamiento asistencial de los MC en un centro de Salud, situado en una zona urbana, con una población asignada de 25.000 habitantes. Se realiza el conteo de las interconsultas hechas por los MC con los especialistas, a lo largo de los años, 2001 y 2002, y se correlaciona con el nº de derivaciones a la atención especializada, y con el consumo de pruebas complementarias.

Resultados: La utilización de las interconsultas por parte de los MC, oscila entre 148 y 262, por MC y año, de las cuales, entre un 15,3-22,6% terminan en derivación a especialistas. Obser-

vamos que la mayoría de derivaciones a determinados especialistas se hacen sin interconsulta previa. La utilización de pruebas complementarias (ECG, radiología simple y analíticas) oscila entre 823 y 1197 por MC y año. Los MC que hacen más interconsultas son, en general, los que hacen menos derivaciones y utilizan más pruebas complementarias

Conclusiones: La utilización de la interconsulta por parte de los MC, aumenta su capacidad de resolución, mejora la gestión de las patologías, y la satisfacción profesional de los MC. Como contrapartida, incrementa el consumo de pruebas complementarias, y la sobrecarga asistencial de los MC.

113. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)

C. Alted Aracil, D. Sánchez Mariscal, C. Cabrera Rodríguez, C. Fernández Osuna, L. Pérez Hernández y J. Asensio Avilés

C.S. Huetor Tajar.

Objetivos: Evaluar una intervención de mejora de la gestión de IT en un Centro de Salud.

Materiales: Estudio intervención. *Población:* Usuarios de un centro con 5 médicos de familia con proceso de IT. n = 480. La Intervención incluyó: a) Mejora del sistema de registro con fichas para cada proceso. b) Concienciación del personal médico sobre la relevancia económica de la IT. c) Mejoras en técnicas de negociación con el paciente. d) Cambio del perfil profesional de los médicos. Se comparan 2 períodos semestrales: Septiembre-Febrero entre 2001-2003. Se establecieron 2 subgrupos: IT30 días (corta duración) IT > 30 días. *Variables de resultados:* Nº de procesos IT, Nº de días IT. *Fuente de datos:* resúmenes mensuales de IT enviados a UVMI provincial. *Comparación:* Análisis de varianza para comparar medias. Alfa 5%.

Resultados:

	IT totales		IT ≤ 30 días		IT > 30 días	
	2000-1	2002-3	2000-1	2002-3	2000-1	2002-3
Nº procesos	268	212	53	82	213	124
Días totales IT	37.701	20.329	736	1.044	36.905	18.460
Duración media (D. estándar)	140,65 (140)	95,89 (95)	13,88 (7,3)	12,73 (8,2)	173,26 (145)	148,87 (135)

Significación p = 0,000

Conclusiones: a) La intervención propuesta resulta efectiva para disminuir el Nº de días de trabajo perdidos (46% menor) y duración media de IT a expensas de reducir el Nº de IT de larga duración. b) Aumenta el nº de IT < 30 días sin impacto en días de trabajo perdidos. Por ello parece aconsejable centrar las intervenciones en la gestión de IT de mayor duración ya que suponen el mayor porcentaje de días de trabajo perdidos.

114. CUMPLIMENTACIÓN DE LAS HOJAS DE INTERCONSULTA ATENCIÓN PRIMARIA - ESPECIALIZADA

A. Barberá Pastor, R. Albelda Viana, Y. Sipán Sarrión, M.J. Rodríguez Soriano y M.F. Abad García

Centro de Salud de Xàtiva, Valencia; Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero, Universitat de València, Valencia.

Objetivos: Evaluar la tasa de respuesta de los especialistas a las solicitudes de interconsulta remitidas desde atención primaria y evaluar los datos que deben hacer constar en dichas hojas los dos niveles asistenciales.

Materiales: Se realizó un estudio prospectivo entre el día 1 de marzo y el 30 de junio de 2000 de todas las hojas de interconsulta de diez médicos que se remitieron desde el Centro de Sa-

lud de Xàtiva al Centro de Especialidades de Xàtiva. El período para recoger las respuestas se amplió hasta el 31 de diciembre de 2000. Para hacer la evaluación se diseñó una hoja con diferentes ítems y las instrucciones para hacer dicha evaluación.

Resultados: Se realizaron 1367 interconsultas. Se obtuvo respuesta a 337 solicitudes. Referente a los datos que cumplimentó el médico especialista: de las 337 respuestas, constaba la fecha en 205, la firma en 299 y se identificaba el facultativo en 75 solicitudes. Referente a los datos que cumplimentó el médico de atención primaria: de las 1367 solicitudes, constaba el nombre y apellidos del paciente en 1360, el domicilio, el teléfono y el número de la seguridad social del paciente en 153, 210 y 916, respectivamente, la especialidad consultada en 1356, se identificaba el solicitante en 1288, constaba la fecha en 1281, la firma en 1365 y el tipo de interconsulta en 354 solicitudes.

Conclusiones: Hay una gran pérdida de información, que se atribuye en primer lugar al especialista y, en segundo lugar, al tipo de circuito que se utiliza.

115. ¿NOS ACORDAMOS DEL SEGUNDO ESCALÓN?

F. Pascual, R. Bosca, A. Mancheño, J. Ferrando, S. Fons y E. Conesa

Fundación Instituto Valenciano de Oncología. (IVO) Valencia.

Objetivos: Desde que la OMS preconizó el programa científico para alivio del dolor oncológico, conocido como escalera analgésica, se ha obtenido un porcentaje de buenos resultados que va del 70 al 90%. Todos conocemos la teoría, pero la práctica, no siempre acompaña.

Materiales: Se trata de un estudio descriptivo prospectivo realizado con 37 pacientes oncológicos atendidos en el IVO en 2003, a los que se modificó la pauta analgésica en su Centro de Atención Primaria (CAP), pasando del primer al tercer escalón analgésico y que consultaron por persistencia del dolor y/o aparición de efectos secundarios.

Resultados: 16 (43,2%) de ellos, estaban con paracetamol y/o metamizol y/o AINEs a dosis máximas sin adyuvantes. 13 (35,1%) igual más adyuvantes y 8 (21,6%) sin dosis máximas ni adyuvantes y a los que se pautó, tras consultar por dolor, a morfina oral (35%), fentanilo transdérmico (51%) y buprenorfina transdérmica (13%). La mitad con AINEs y adyuvantes, el resto con analgésicos del tercer escalón, infradosificados y sin adyuvantes. 14 (38%) con efectos secundarios por el tratamiento (nauseas, estreñimiento, confusión).

Conclusiones: Dado que la escala analgésica de la OMS es fácil de utilizar, que disponemos de una amplia gama de analgésicos de 2º escalón (Tramadol, Codeína) de eficacia probada, con escasos efectos secundarios, precio asequible, que no precisan de receta de estupefacientes (aún, factor limitante de prescripción en algunos casos) y que con adyuvantes y asociados a AINEs podemos conseguir un buen control analgésico, pensamos se debe insistir en su uso adecuado por el bien de los pacientes, el nuestro y el de la administración sanitaria, es decir, todos.

116. ANTIHIPERTENSIVOS. "30 PRINCIPALES" COMARCA ARABA 2002-2003. (OSAKIDETZA / SERVICIO VASCO DE SALUD)

A.L. Martínez López, J. Enríquez Barroso, G. Vieytes Suárez, J. Iturralde Iriso, A.A. Rodríguez Fernández, y G. Mediavilla Tris

Comarca Araba. Vitoria. Gasteiz. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud

Objetivos: Conocer los antihipertensivos (principio activo) más prescritos por los médicos de Atención Primaria de la Comarca Araba y analizar su tendencia en los dos últimos años.

Materiales: Estudio observacional trasversal antes-después, donde se analizaron todas las recetas de medicamentos antihipertensivos prescritas por los médicos y pediatras de Atención Primaria de esta Comarca que geográficamente coincide a grandes rasgos con la provincia de Álava. Población: 262.875 habitantes en 2002 y 266.929 en 2003. El período estudiado fue el comprendido entre Enero -Septiembre de 2002 e igual período de 2003. Unidad de medida: DDD (Dosis Diaria Definida: Dosis media diaria de mantenimiento de un medicamento cuando se usa en su principal indicación). DHD: DDD por 1.000 hab. y día.

Resultados:

Año 2.002

Principio Activo	% envases sobre totales	DHD
ENALAPRIL	13,17%	29,08
AMLODIPINO	6,09%	10,62
FUROSEMIDA	5,61%	7,2
DOXAZOSINA	5,34%	6,46
ENALAPRIL+DIURETICOS	5,17%	6,34
TORASEMIDA	4,13%	2,53
ATENOLOL	3,75%	6,82
HIDROCLOROT+AHORR. K	3,70%	9,28
DILTIAZEM	3,45%	3,6
INDAPAMIDA	3,30%	3,47
NIFEDIPINO	2,50%	3,7
VERAPAMILO	2,39%	3,29
HIDROCLOROTIAZIDA	2,33%	3,98
CANDESARTAN	2,23%	4,93
CAPTOPRIL	2,04%	2,67
LISINOPRIL	2,03%	4,33
CARVEDILOL	2,00%	1,37
ESPIRONOLACTONA	1,88%	1,83
RAMIPRIL	1,82%	3,83
CLORTALIDONA	1,79%	4,69
VALSARTAN	1,76%	3,34
BISOPROLOL	1,51%	2,23
IRBESARTAN	1,36%	2,33
LOSARTAN+DIURETICOS	1,06%	1,3
LOSARTAN	1,04%	1,17
CANDESARTAN+DIURETICOS	1,03%	1,26
LISINOPRIL+DIURETICOS	0,96%	1,17
PROPRANOLOL	0,95%	0,4
LACIDIPINO	0,94%	1,16
ATENOLOL+TIAZIDA	0,92%	2,07

Año 2.003

Principio Activo	% envases sobre totales	DHD
ENALAPRIL	12,90%	30,56
AMLODIPINO	5,77%	10,82
FUROSEMIDA	5,47%	7,55
DOXAZOSINA	5,16%	7,01
ENALAPRIL+DIURETICOS	5,15%	6,75
TORASEMIDA	4,70%	3,12
INDAPAMIDA	3,78%	4,06
ATENOLOL	3,63%	6,88
HIDROCLOROT.+AHORR. K	3,40%	9,07
DILTIAZEM	3,19%	3,58
RAMIPRIL	2,42%	5,74
HIDROCLOROTIAZIDA	2,37%	4,24
CANDESARTAN	2,22%	5,19
NIFEDIPINO	2,22%	3,53
CARVEDILOL	2,15%	1,53
VERAPAMILO	2,06%	3,01
LISINOPRIL	2,02%	4,57
CLORTALIDONA	1,94%	5,44
VALSARTAN	1,88%	3,98
ESPIRONOLACTONA	1,80%	1,87
BISOPROLOL	1,72%	2,49
IRBESARTAN	1,60%	3,06

CAPTOPRIL	1,58%	2,2
CANDESARTAN+DIURETICOS	1,28%	1,68
LOSARTAN+DIURETICOS	1,20%	1,58
VALSARTAN+DIURETICOS	1,18%	1,54
LOSARTAN	1,17%	1,37
LISINOPRIL+DIURETICOS	1,00%	1,35
LERCANIDIPINO	0,92%	1,21
EPROSARTAN	0,91%	1,2

Conclusiones: El principio activo más prescrito fue un Ieca (enalapril), seguido de un Aca (amlodipino) como ocurre en otros estudios. Respecto a la Furosemida, quizás sea un sesgo del método y su importancia no sea tanto como antihipertensivo y si en otras patologías en que se precise un diurético. Llama la atención también la importancia de un alfabloqueante (doxazosina), ocupando un lugar que si nos atenemos a las distintas recomendaciones de uso de antihipertensivos no debería corresponderle. El mayor crecimiento corresponde a un Ieca (ramipril) quizá en este caso haciendo caso a las recomendaciones de las diferentes evidencias.

117. SULFONILUREAS Y COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES DIABÉTICOS

A.M. de Santiago Nocito, J.A. García Lledó, E. Ramos Lledó y C. Santiago

IMS, Área 3 de AP, Departamento de Medicina, Universidad de Alcalá.

Objetivos: Las sulfonilureas son uno de los tratamientos más utilizados en los pacientes diabéticos tipo 2 de nuestro medio. Algunos estudios clínicos han mostrado una posible asociación entre un aumento de las complicaciones cardiovasculares y su uso, en concordancia con estudios in vitro que demostraban su posible cardiotoxicidad.

Materiales: Hemos analizado de forma retrospectiva las historias clínicas de 254 diabéticos tipo 2, 183 de ellos incluidos en el protocolo de Diabetes del Área 3. El tiempo medio de seguimiento fue de 59 meses (6-195). Se registraron como eventos cardiovasculares los tipificados en el estudio de Framingham, los tratamientos utilizados, el grado de control y los factores de riesgo asociados.

Resultados: La edad media de la muestra fue 62 años, 137 varones. 101 pacientes estaban tratados con sulfonilureas (39,8%). 64 pacientes sufrieron complicaciones cardiovasculares (claudicación, muerte, infarto, angina, ACVA, insuficiencia cardiaca), con una incidencia anual media del 5%. 25 pacientes complicados utilizaban sulfonilureas, mientras que los otros 39 no las habían utilizado en los últimos 6 años. La inclusión en protocolo de seguimiento de Diabetes no redujo los eventos totales, pero sí la mortalidad (RR 3,82, IC 95% 2,4-6,0).

Conclusiones: No existen datos en nuestro estudio que soporten la hipótesis de un efecto perjudicial del uso de sulfonilureas en pacientes diabéticos tipo 2 en cuanto a la incidencia de eventos cardiovasculares. El desarrollo de protocolos de seguimiento parece acompañarse de una menor mortalidad cardiovascular.

118. EFICACIA DE LA COMBINACIÓN DOXAZOSINA MÁS LOSARTAN EN LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE ICTUS

J.C. Martí Canales, L.M. Puerta Jiménez* y E. Gámez González

Distrito Sanitario Nordeste de Jaén; *Distrito Sanitario Jaén Norte.

Objetivos: Estimar la eficacia en cuanto a la reducción del riesgo de ictus de la combinación losartan más doxazosina frente a losartan más hidroclorotiazida.

Materiales: Estudio piloto, aleatorizado y cruzado, de 32 semanas de duración, realizado en Atención Primaria. *Muestra:* 9 varones y 11 mujeres hipertensos moderados mal controlados con monoterapia (losartan 50 mg/día; PAS 140/PAD90 mmHg.). *Se establecieron dos grupos de tratamiento:* grupo A, que recibió inicialmente losartan 50 mg/día más doxazosina 2-4 mg/día, y grupo B que recibió inicialmente losartan 50 mg/día más hidroclorotiazida 12,5 mg/día durante 16 semanas. Después de dos semanas de lavado, se realizó el cruce de tratamientos que se administraron otras 16 semanas. *Variables:* edad, sexo, hábito tabáquico, historia previa de ictus, FA y enfermedad cardiovascular, PA y glucemia basal (cada dos semanas). *Estadística:* descriptiva, test de Wilcoxon y test de los signos. Estimación del riesgo de ictus: tablas de D'Agostino (Stroke 1994;25: 40-43).

Resultados: Edad $61,7 \pm 5,39$. Nueve eran fumadores (ninguno cesó en su hábito) y dos diabéticos tipo 2. Los pacientes tratados con losartan más doxazosina mostraron un descenso del riesgo de ictus del 3,2% (95% IC 1,14-5,25; $p < 0,002$), mientras que los tratados con losartan e hidroclorotiazida redujeron su riesgo en un 2,1% (95% IC 1,2-2,97; $p < 0,0001$). Se halló significación entre grupos ($p < 0,0001$).

Conclusiones: Aunque las dos estrategias redujeron el riesgo de sufrir un ictus en diez años, parece que la combinación que incluyó doxazosina puede ser una buena alternativa de tratamiento, frente a la convencional que incluye losartan más hidroclorotiazida. Asumimos, no obstante, nuestra pequeña muestra y duración, que podría sesgar los resultados, pero creemos que nuestro estudio puede abrir nuevas vías de investigación.

119. MANEJO DE LA DIABETES EN LA ASISTENCIA PRIMARIA

M.T. Torras Bernaldez, I. Roig Grau, M.M. Pedregosa Dueñas, M.J. Bernat López, M.D. Martín Muncharaz y B. Darwick Muti

Servicio Catalán de Salud.

Objetivos: Conocer si se manejan correctamente los pacientes diabéticos de una unidad asistencial de un centro de salud, de una área urbana.

Materiales: De una población de 22.300 pacientes, asignada a un centro de salud se selecciona una muestra de 1860 pertenecientes a una unidad asistencial. De estos se estudian a los pacientes diabéticos, seleccionándolos a partir del registro del diagnóstico en la historia clínica. Se monitorizan los siguientes ítems: diabetes I y II, sexo, control de la glicemia capilar, glicemia basal, hemoglobina glicada, colesterol, creatinina, microalbuminuria, examen de los pies, el control por el oftalmólogo y el tipo de tratamiento.

Resultados: De una muestra de 1860 pacientes, se obtuvieron 68 diagnosticados de diabetes mellitus. La media de edad fue 55 años, siendo el 70% de ellos mujeres. Solo un 14% tenían diabetes insulino dependiente. Todos ellos efectuaron controles capilares y del colesterol y la creatinina, el 82% efectuaron controles de la hemoglobina glicada, el 69% efectuaron determinaciones de la microalbuminuria, el 82% efectuaron examen oftalmológico y el 82% examen de pies y calzado. Un 69% de los no insulino dependientes recibía tratamiento con antidiabéticos orales, un 69% tomaban además inhibidores de la angiotensina y un 50% también estatinas.

Conclusiones: A pesar de los esfuerzos por controlar bien a todos los pacientes diabéticos, no es posible alcanzar el 100% en todos los ítems estudiados. Es posible que en algunos casos el paciente siga controles paralelos por el especialista o el hospital de referencia y puede que estos datos no hayan quedado consignados en la historia clínica. De todas formas para hablar de un correcto manejo deberían mejorarse los porcentajes de los controles.

120. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ICTUS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA (ESTUDIO RICAP)

J.G. Duque Hernández, F. Díaz Paquez, J. Santiago Bethencourt Marante, C.M. Afonso Navarro, J.D. Delgado Santana y V. Ferrer Barrera Torres

Servicio Canario de Salud.

Objetivos: La falta de estudios en atención primaria donde se refleje el riesgo de ictus (RI) de poblaciones sensibles, ha hecho que nos planteemos el seguimiento de nuestros hipertensos durante cinco años para conocer las variaciones diagnósticas, clínicas y terapéuticas que afecten su RI.

Materiales: Para ello, hemos reclutamos a los pacientes que cumplieran con los requisitos de ser hipertensos, mayores de 54 años, asiduidad durante el año 2003, y libres de ictus previo. Las variables sometidas a seguimiento serán las referidas en la adaptación que, para el RI, realizaron D'Agostino et al (1994) de las fórmulas de Framingham.

Resultados: La muestra ha quedado constituida por 470 pacientes hipertensos ($66,3 \pm 8,6$ años, 55-90 años). Actualmente el grado de control de la presión arterial es del 51,9%. Más de la mitad de pacientes padecen dislipemia u obesidad (61,4% y 59,8%, respectivamente), y el 34,5% son diabéticos. Las afecciones cardiovasculares más prevalentes son hipertrofia ventricular izquierda (10,2%), coronariopatías (8,1%) y fibrilación auricular (5,3%). El 23,0% de ellos presenta un RI alto. Respecto al tratamiento, el 94,7% recibe antihipertensivos, siendo diuréticos (53,4%), ARA 2 (43,0%) e IECAS (33,0%) los grupos terapéuticos más utilizados. El 28,7% toman antiagregantes.

Conclusiones: Según la bibliografía consultada, las características de nuestra muestra no difieren de los datos publicados a nivel nacional. No tenemos datos de nuestro país sobre seguimiento del riesgo de ictus en atención primaria, por lo que el proyecto que nos planteamos supone un reto que esperamos poder afrontar.

121. GRADO DE CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. DOS AÑOS DESPUÉS

C.M. Afonso Navarro, J.D. Delgado Santana, V. Ferrer Barrera Torres, F. Díaz Paquez, J.G. Duque Hernández y J. Santiago Bethencourt Marante

Servicio Canario de Salud.

Objetivos: Pese a que en los últimos años se observa una mejora en el grado de control (GC) de los hipertensos, las cifras actuales distan de lo deseable. Por ello, nuestro objetivo ha sido evaluar el control de la presión arterial (PA) de nuestros hipertensos a lo largo de dos años.

Materiales: Estudio descriptivo-transversal del programa de hipertensión arterial (HTA) durante los años 2001-2003, con especial interés en cifras de PA, factores de riesgo (FR) asociados y tratamiento antihipertensivo. La referencia para el GC de la PA, ha sido el VI informe del Joint National Committee.

Resultados: El GC en el año 2003 (51,9%) fue significativamente mayor que el del año 2001 (43,8%) ($p < 0,05$). La prevalencia de los distintos FR asociados no ha variado de un período a otro; sin embargo, los pacientes controlados en cada uno de ellos, se ha incrementado entre un 12,8% y 39,6%. El GC de los hipertensos diabéticos ha sido el que más incremento ha tenido. Respecto a las pautas terapéuticas, en el año 2003 se incrementó la utilización de diuréticos y ARA II ($p < 0,01$); el GC obtenido con los distintos regímenes terapéuticos ha sido similar respecto al existente en el año 2001 (p NS).

Conclusiones: En los dos años de seguimiento realizado, el GC de nuestros enfermos, incluso en diabéticos, es mayor que el reflejado por la bibliografía en nuestro país. El cambio terapéutico observado, pese al incremento del número de pacientes controlados, no parece influir en una mejoría significativa del GC de la muestra.

122. GRADO DE CONTROL DE PACIENTE HIPERTENSO Y TRATAMIENTO REALIZADO

N. Nuevas Díaz, V.M. Silvestre Puerto, R. Sanmiquel Muñoz, A. Martín Lorente, E. Satué Gracia y B. Fernández Larrea

ABS La Granja. Torreforta. Tarragona.

Objetivos: Comparación del grado de control que presentan pacientes hipertensos en función del tratamiento hipotensor utilizado.

Materiales: Estudio observacional transversal en un Área Básica Urbana (ABS) y docente Muestra aleatoria sistemática de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial (HTA). Valoramos variables sociodemográficas y clínicas mediante revisión exhaustiva de historias clínicas (HCAP). Consideramos buen control: la cifra media de todas las tensiones arteriales (TA) son inferiores a 140/90 (control óptimo), 160/100 (aceptable) o deficiente. Tomamos la media de las 3 últimas cifras de TA, 2 últimas cifras de TA y la media de todas las TA del año 2002. Respecto al tratamiento establecemos 4 grupos (no farmacológico, monoterapia, combinado, politerapia).

Resultados:

	%	TAD3MED	TAS3MED	TAD2MED	TAS2MED	TADMED	TASMED
No farmacol	17,4%	86,3	147,9	90	149,1	86,9	149,1
Monoterapia	46,5%	85,6	142,8	86,2	142	84,7	142
Combinado	29,1%	86,2	146,8	85,7	144,6	83,1	144,6
Politerapia	7%	88,3	140,9	85,9	136,8	88,4	136,8

	TA3MED	TA2MED	TA total
Óptimo	15: 17,4%	27: 27,9%	22: 25,6%
Aceptable	32: 37,3%	264: 34,9%	44: 51,1%
Deficiente	39: 45,3%	35: 40,6%	20: 23,25%

Conclusiones: 1) Al aumentar el número de tomas de TA, parece que aumenta el grado de control en todos los grupos, por tanto las tomas aisladas de TA tendrían escaso valor en la toma de decisiones y seguimiento en el control tensional. 2) En cuanto al tratamiento la, TAD en todos los grupos analizados se mantiene en rango aceptable mientras que TAS esta mejor controlada en pacientes con politerapia. 3) En pacientes sin tratamiento farmacológico, solo dietético, las cifras de TAS sobrepasan el rango de normalidad.

123. HTA Y COMPLICACIONES MICROVASCULARES

V.M. Silvestre Puerto, N.N. Díaz, R. Sanmiquel Muñoz, A. Martín Lorente, E. Satué Gracia y N. Saúñ Casas
ICS La Granja Tarragona Valls.

Objetivos: Determinar prevalencia de complicaciones microvasculares e hipertrofia ventricular entre la población hipertensa de nuestra ABS.

Materiales: Estudio descriptivo transversal. ABS (Área Básica de Salud) urbana con una población adscrita de 20.500 personas. Muestra aleatoria sistemática de doscientos pacientes codificados con diagnóstico de hipertensión arterial. Revisión de Historias Clínicas de Atención Primaria (HCAP), analizando las variables: edad, sexo, TA, presencia de retinopatía, nefropatía (microalbuminuria, uera, creatinina), diagnóstico de HVI por criterios electrocardiográficos y/o ecocardiografía, tratamiento

según escalón terapéutico, presencia de otras enfermedades concomitantes (DM, dislipemia, obesidad).

Resultados:

	No realizado	Normal	Grado I	Grado II
Retinopatía	49 (56,97%)	26 (30,23%)	7 (8,14%)	4 (4,65%)
No realizado normal MAO reciente + MAO 24 h + nefropatía	41 (47,67%)	37 (43,02%)	6 (6,97%)	2 (2,32%)
No realizado No HVE Si HVE	HVE 4 (4,65%)	57 (66,27%)	25 (29,07%)	
No consta No arteriopatía + ACV/Arteriopatía	2 (2,32%)	81 (94,18%)	3 (3,49%)	

Conclusiones: Dentro del protocolo del paciente hipertenso el fondo de ojo y microalbuminuria en orina consta solo en la mitad de los pacientes revisados durante 6 años.

124. ¿CÓMO TENEMOS DE CONTROLADOS A NUESTROS HIPERTENSOS?

C.T. González Martín, C.A. Encinosa Sánchez, S. Fariña Pacheco, J.A. Domínguez Pérez y M.C. Díaz Luis

Servicio Canario de Salud.

Objetivos: La hipertensión arterial (HTA) es un importante factor de riesgo de la enfermedad cardiovascular (ECV), con una prevalencia > 30% en población adulta, llegando al 50% en > 65 años. Nuestro objetivo fue conocer cómo están controlados nuestros hipertensos.

Materiales: Realizamos un estudio descriptivo transversal con hipertensos de cinco cupos de cuatro Centros de Salud, que acudieron a control durante 2003. *Analizamos:* edad, sexo, tiempo de evolución de la HTA, presencia de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV), riesgo cardiovascular (RCV) según escala de Framminghan, media de las tres últimas tomas de tensión arterial (TA) y tipo de tratamiento.

Resultados: El total de hipertensos fue de 667. El 63% eran mujeres y el 37% hombres, con una media de edad de 64 años. El 70,5% presentaba un RCV moderado, el 24,4% un RCV alto y un 5,1% tenía ECV. Los FRCV asociados fueron: 46% dislipemia, 30,4% diabetes mellitus, 6,7% fumadores y 6,4% hipertrofia ventricular izquierda. La TA fue normal (< 140/90 ó 130/85 en diabéticos) en el 33,1% y alta en el 66,9%, con una media de TA sistólica de 140,03 y de TA diastólica de 83,2 mmHg. El 7,1% tenía como tratamiento dieta + ejercicio, el 51,1% un fármaco, el 34,7% dos fármacos, el 6,1% tres fármacos y el 0,1% cuatro fármacos. Los fármacos más utilizados fueron: IECAs (21,1%), IECAs + diuréticos (14,8%), ARA II (14,5%) y ARA II + diuréticos (10,3%).

Conclusiones: Existe un inadecuado control de la TA, lo que conlleva la necesidad de plantearnos una modificación de la estrategia de tratamiento que hemos seguido hasta el momento.

125. MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD PRESTADA A LOS DIABÉTICOS EN DOS ZONAS BÁSICAS DE SALUD (ZBS)

C.A. Encinosa Sánchez, S. Fariña Pacheco, C.T. González Martín, M.C. Díaz Luis y J.A. Domínguez Pérez

Servicio Canario de Salud.

Objetivos: Uno de los objetivos, en la prestación de servicios sanitarios, es la búsqueda de la calidad asistencial. El presente trabajo somete a monitorización los indicadores más relevantes, derivados de un estudio comparativo de dos métodos de garantía de calidad para mejorar el cuidado de los diabéticos en dos ZBS.

Materiales: Para la monitorización se seleccionaron los siguientes criterios: exploración pulsos, exploración fondo ojo, solicitud Hb glicosilada, solicitud proteinuria, cuidado pies y buen control Hb glicosilada. La fuente de datos a revisar fueron las historias clínicas y el periodo monitorizado el año 2003.

Resultados: En ambas ZBS sigue sin alcanzarse el estándar establecido en el estudio previo: 70% para buen control Hb glicosilada, 75% para solicitud de Hb glicosilada y 90% para el resto de los criterios. La ZBS-1 experimenta una mejoría en la cumplimentación de la exploración de pulsos (59,3% vs. 76%), solicitud de Hb glicosilada (38,1% vs. 71%) y buen control de la Hb glicosilada (47,7% vs. 62%). La ZBS-2 presenta una mejora en la solicitud de Hb glicosilada (16,4% vs. 58,8%) y en el buen control de la Hb glicosilada (5,7% vs. 53,6%).

Conclusiones: Pensamos que quizás el estándar establecido es demasiado exigente y aunque este no se alcanzó si que se produjeron mejoras, que incluso fueron significativas. No obstante, creemos que existe la necesidad de retomar, con renovado interés por parte de ambas ZBS, las actividades de evaluación y mejora continua de la calidad.

126. DIABETES MELLITUS: UNA APROXIMACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

A.A. Gutiérrez Hernández, M.I. Fuentes Galindo, Z. Rodríguez Morales, M.M. Gutiérrez Hernández y M.A. Afonso Pérez

Atención Primaria de Tenerife (Servicio Canario de Salud).

Objetivos: La importancia de la DM como problema de salud, viene determinada por el desarrollo y progresión de las complicaciones crónicas micro y macrovasculares, que afectan a la calidad de vida de las personas diabéticas y provocan elevadas tasas de invalidez prematura y muerte. Queremos conocer las características de los diabéticos diagnosticados e incluidos en el Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular (ECV) en Atención Primaria (AP).

Materiales: Estudio descriptivo transversal retrospectivo de 131 Historias de Salud. *Datos recogidos:* Tratamiento (Medidas Higiénico-Dietéticas –MHD, Antidiabéticos Orales –ADO o Insulina), Sexo, Factores de Riesgo Cardiovascular Mayores (FRCVM), Índice de Masa Corporal (IMC), afectación órganos diana, hemoglobina glicosilada (HbA1c), RCV, en $> o = 65$ años (personas mayores de riesgo –PMR o no –PMNR).

Resultados: Predominan varones con ADO y mujeres con MHD. MHD: 40% entre 60-69 años, con ADO y DMID predominan entre 70-79 años. Mayor proporción de HTA y Obesidad en DMNID y de Dislipemia en DMID. Más del 85% no fumadores. Complicaciones: Destacan claramente en DMID. RCV-Alto: 43,48% con MHD, 50,72% en ADO; para DMID 61,54% con ECV. 33,33% DMID con HbA1c $> o = 8$. 61,83% $> o = 65$ años (74% PMR).

Conclusiones: 1) DMID: mayor presencia de complicaciones y peor perfil de HbA1c: es necesario potenciar el autocuidado y adecuar las MHD y farmacológicas. 2) Entre los mayores diabéticos predominan las PMR, requiriendo mayor nivel de atención y cuidados por el entorno socio-familiar y sanitario.

127. PERFIL DE USUARIOS CON SÍNDROME METABÓLICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

A.A. Gutiérrez Hernández, M.I. Fuentes Galindo, R. Árdevol González, M.M. Gutiérrez Hernández y M.A. Afonso Pérez

Atención Primaria de Tenerife (Servicio Canario de Salud).

Objetivos: Los pacientes con Síndrome Metabólico (SM) tienen casi el doble de probabilidades de morir por Enfermedad Cardiovascular (ECV): su riesgo de sufrir una cardiopatía aguda y/o un accidente cerebrovascular se puede triplicar. Queremos saber cuántos pacientes cumplen los criterios ATP III 2001 de SM (HTA y DM con Obesidad y/o Dislipemia).

Materiales: Estudio descriptivo transversal retrospectivo de 3318 Historias de Salud, seleccionando las que están en el Programa de Prevención y Control de la ECV en Atención Primaria y que, sien-

do hipertensos y diabéticos, son también Dislipémicos y/o Obesos (Índice de Masa Corporal -IMC $> o = 30$). Recogemos datos de: sexo, edad, DMNID, DMID, IMC, Dislipemia y RCV o ECV.

Resultados: Para 569 pacientes en Programa, 120 presentan conjuntamente HTA y DM, eliminados los que no son Obesos y/o Dislipémicos tenemos 88 con SM. Sexo: 51 mujeres (57,95%). Edad: 38 entre 70-70 años (43,18%). DM: 16 son DMID (18,18%) frente a 72 DMNID (81,82%). IMC: 58 con IMC $> o = 30$ (65,91%). Dislipemia: 63 (71,59%). 17 con ECV (19,32%), 38 con RCV-Alto (43,18%) y 33 con RCV-Moderado (37,50%).

Conclusiones: Prácticamente el 75% de los pacientes evaluados con HTA y DM pueden ser incluidos en el SM, por lo que es preciso profundizar en su identificación, diagnóstico y orientación terapéutica, más si estamos en la Comunidad Canaria (prevalencia DM muy superior a la media nacional).

128. DOXAZOSINA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL E HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA CON RESIDUOS VESICIALES POSTMICCIONALES ALTOS

J.M. Sáez Pérez, P. Pérez Ortín, A. Requena Torregrosa, B. Herrero Chacón, M.J. Cebrián Puertas y F. Sureda Anaya
Centro de Salud Malvarrosa. Valencia.

Objetivos: Evaluar la tolerancia y eficacia de doxazosina a dosis de 8 mg en pacientes con hipertensión arterial (HTA) e hipertrofia benigna de próstata (HBP) tratados con 4 mg de doxazosina que presentan mal control de la sintomatología obstructiva prostática y mantienen residuos vesicales altos.

Materiales: Se incluyeron 39 pacientes con HBP e HTA en tratamiento con 4 mg de doxazosina. Se valoraron en 4 visitas las variables: test I-PSS, PSA, tensión arterial, tacto rectal y ecografía prostática-vesical con valoración del residuo postmiccional.

Resultados: Los pacientes tratados con dosis de 8 mg de doxazosina mejoraron de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$) el cuestionario I-PSS, el residuo postmiccional y las cifras de tensión arterial, sin modificaciones en el PSA.

Conclusiones: Doxazosina ha demostrado tener una relación directa dosis/actividad al mejorar el residuo postmiccional y la sintomatología obstructiva en pacientes con HBP tratados a dosis de 4 mg a los que se aumenta la dosis a 8 mg. Se objetiva una mejoría de las cifras tensionales en monoterapia minimizándose el fenómeno de "la primera dosis" merced a su liberación retard y nocturna. Doxazosina es una opción de primera línea para el tratamiento de pacientes con HBP e HTA.

129. ¿SON LOS FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS IGUALES EN LAS MUJERES MENORES DE 65 AÑOS QUE EN LAS MAYORES?

F. Montiel, J.C. Olazabal, J. Sánchez Pardo, M.L. Rentero Caño e I. Julian en representación del grupo FARO
C.S. Rondilla, Valladolid.

Objetivos: Describir la prevalencia de factores de riesgo de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas entre 50 y 65 años en una muestra de población atendida en centros de salud de atención primaria.

Materiales: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Participan 5000 mujeres divididas en tres grupos de edad: 50-55 (1118 mujeres), de 56-59 (837) y de 60 a 65 (1030). Se recogieron datos demográficos, antropométricos y de factores de riesgo de osteoporosis y fracturas y se realizó 2 ecografías de calcáneo en pie derecho e izquierdo. Las variables cuantitativas se han descrito mediante la media, la mediana, la desviación típica, el primer y tercer cuartil y el rango (valores mínimo y máximo) y analizadas mediante el modelo ANOVA. Las variables cualitativas mediante la frecuencia y el porcentaje y analizadas mediante prue-

bas de Chi cuadrado o test exacto de Fisher en caso de que el primero no sea aplicable. Los intervalos de confianza son del 95%.

Resultados: En el 30,4% de las mujeres presentaban disminución de la talla. El 43,1% de las mujeres tomaban menos de 600 mg de calcio al día. El 78,1% no han fumado nunca. El 20,1% presentan antecedentes personales de fractura osteoporótica siendo la más frecuente la de antebrazo. El 22,3% presentan antecedentes familiares de fractura osteoporótica. El 34,1% presentan un T.Score por debajo de -1,5.

Conclusiones: Los factores de riesgo que aparecen con mayor prevalencia son la ingesta de calcio por debajo de 600mg, la toma de benzodiacepinas y la disminución de la altura, factores de riesgo que en otras poblaciones estudiadas no aparecen como más prevalentes.

130. ESTIMACIÓN DE LA APLICACIÓN DE TABLAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR (PRUEBA PILOTO)

R. Ortega González, A.M. Altaba Barceló y N. Montellà Jordana

Institut Català de la Salut (Àrea Bàsica de Salut. Badalona 4 El Gorg).

Objetivos: Estimar la frecuencia del cálculo del riesgo coronario (RC) y grado de implementación de la guía de práctica clínica de hipercolesterolemia del ICS, y así determinar la muestra necesaria para evaluar cambios conductuales en los profesionales de dos equipos de atención primaria (EAP).

Materiales: Estudio casi-experimental entre 1/4/1 y 31/3/3, emplazado en atención primaria. *Población de estudio:* hombres (35-74 años) y mujeres (45-74 años) atendidos por ambos EAP. *Criterios de exclusión:* tratamiento hipolipemiente farmacológico previo. Pacientes atendidos exclusivamente de urgencias. Control por profesionales ajenos a los EAP. Auditoria de 75 HCAP. *Variables:* principal RC; otras: demográficas, antecedentes patológicos, datos analíticos, visitas de seguimiento. Cálculo de la muestra mediante comparación de dos proporciones ($\alpha = 0,05$; $1-b = 0,8$).

Resultados: Análisis de 37 y 38 HCAP antes y después de implementar la guía. RC: antes ninguno, después 3% (tabla de Framingham). *Otras variables* (antes/después): hombres 35%/47%, diabéticos 16%/11%, isquémicos 3%/8%, hipertensos 46%/37%, dislipémicos 32%/26%, determinación del colesterol 54%/55%, con perfil lipídico 22%/29%. *Seguimientos de enfermería:* determinación de presión arterial, peso, consejo dietético, antialcohol, antitabaco y de ejercicio en menos del 5% antes y después. *Seguimientos de medicina:* determinación de presión arterial 10%/5%, peso 5%/5%, consejo dietético 8%/2%, consejo antialcohol, antitabaco y de ejercicio menos del 5%, solicitud nueva analítica 5%/0. Son necesarios 119 sujetos por grupo para detectar una diferencia mínima del 3%.

Conclusiones: Habitualmente no se calcula el RC. Si se hace, se utiliza la tabla de Framingham. Se observa un alto porcentaje de determinaciones de colesterol.

131. HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA Y RIESGO DE ICTUS. RELACIÓN CON EL DAÑO RENAL EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA ESPAÑOLA: ESTUDIO ERIC-HTA

J.V. Lozano Vidal¹, J. Redón i Más², J. Navarro Pérez³, A. Bonet Plá³, L. Cea Calvo⁴ y C. Fernández Pérez⁵

¹C.S. Serrería II. Valencia. ²H. Clínico Universitario Valencia.

³C.S. Salvador Pau. Valencia. ⁴Departamento médico MSD.

⁵H. Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Valorar la prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda y el riesgo de ictus, y su relación con la afectación renal en una amplia muestra de pacientes con hipertensión arterial seguidos en Atención Primaria.

Materiales: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico. Se seleccionaron pacientes de edad > 55 años, diagnosticados de HTA, con o sin tratamiento antihipertensivo, en consultas de Atención Primaria. Cada médico incluyó un máximo de 10 pacientes consecutivos. Se recogieron características demográficas, valores de PAS y PAD, presencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos, antecedentes de enfermedad cardiovascular, valores analíticos, electrocardiograma (ECG) y tratamiento antihipertensivo. Se evaluó la prevalencia de HVI según criterio de Cornell o Sokolow-Lyon, y el riesgo de ictus aplicando las tablas de Framingham (D'Agostino et al), y según el aclaramiento de creatinina (CrCl) por la fórmula de Cockcroft-Gault (intervalos 60 ml/min, 30-59 ml/min y < 30 ml/min). Se ajustó un modelo de regresión logística con las variables edad, sexo, índice de masa corporal, diabetes y presión arterial.

Resultados: En 13198 pacientes analizados, la prevalencia de HVI fue de 20,3%. La prevalencia fue mayor en los pacientes con mayor afectación renal según los intervalos de CrCl (34,1% en pacientes con CrCl < 30 ml/min; 24,2% en pacientes con CrCl 30-59; y 18,3% en pacientes con CrCl60; asociación lineal significativa, $p < 0,001$). El riesgo de ictus calculado a 10 años fue también mayor en pacientes con mayor deterioro de la función renal (33,6% para pacientes con CrCl < 30; 26,9 para CrCl 30-59; 17,1 para CrCl60 ml/min) ($p < 0,0001$). Esta asociación se mantuvo significativa tras ajustar por las variables previamente descritas.

Conclusiones: La prevalencia de HVI y el riesgo de ictus es mayor en pacientes con HTA y afectación renal, medida por el CrCl, asociación que se mantiene tras ajuste de variables. La lesión de estos órganos diana en el paciente con HTA está íntimamente relacionada.

132. COMPARACIÓN DEL TIEMPO DEDICADO POR MÉDICO/ENFERMERO A LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

F. Carramiñana Barrera¹, J.J. Mediavilla Bravo¹, J.M. Comas Samper², T. Fuster Bellido³, J. Ortiz Molina⁴, J.A. Noya Mejuto⁵

¹Centro Salud Pampliega. Burgos, ²Centro de Salud la Puebla de Montalban, ³Centro de Salud de Gandía. Beniupa. Valencia, ⁴Centro de Salud de Les Corts de Barcelona, ⁵Médico de Familia. Área 7 de Asturias. Centro de Salud de Zafrá.

Objetivos: Conocer el tiempo dedicado por médico/enfermero (M/E) a la Educación del paciente diabético (ED) en las consultas de Atención Primaria (AP) de nuestro país.

Materiales: *Diseño:* Encuesta autoadministrada y anónima. *Ámbito del estudio y sujetos:* Médicos de AP de todo el territorio nacional. *Intervenciones y mediciones:* la encuesta constaba de 10 cuestiones (abiertas y cerradas) en relación con los tiempos y material utilizado en la ED.

Resultados: Se recibieron 133 cuestionarios cumplimentados por los médicos de AP participantes en el estudio Conoc-e. El tiempo medio dedicado por M/E en visita inicial fue: 14,7/15,4 minutos y en visitas de seguimiento 9,1/11,3 minutos, respectivamente. En la visita inicial el tiempo medio dedicado a ED individual es de 12,5/15,6 minutos, y en las visitas de seguimiento de 205/157,1 minutos/año, respectivamente. La ED en grupos en los Centros de Salud representó una media de 213 minutos/año. Únicamente encontramos diferencias estadísticamente significativas, a favor de enfermería, en relación a la edad del médico para el tiempo dedicado a la visita de diagnóstico y de seguimiento, no así en el dedicado por ambos a ED.

Conclusiones: Los resultados muestran mayor tiempo dedicado por enfermería a las visitas del paciente diabético, pero con escaso tiempo dedicado por ambos a la ED, quizás debido a falta de concienciación o a la escasez de tiempo. Consideramos

que la Administración Sanitaria debería formar y concienciar al personal sanitario de la importancia y de la necesidad de aumentar el tiempo dedicado a la ED desde la AP.

133. ESTIMAR LA TASA GLOBAL A 10 AÑOS DE LA CONVERSIÓN DE TOLERANCIA ANORMAL A LA GLUCOSA (TAG) E INTOLERANCIA A LA GLUCOSA EN AYUNAS (IGA) A DIABETES MELLITUS (DM) EN POBLACIÓN ADULTA DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

L. de la Rosa Gil, S. Vega Quiroga, C. Gómez Mateos, M.N. García Hernández y M.M. Garcinuño Gutiérrez

Centro de Salud de Arévalo. Ávila.

Objetivos: Estimar la tasa global en 10 años de la conversión de la TAG e IGT a DM en población adulta de una zona básica de salud.

Materiales: *Diseño:* Estudio prospectivo poblacional. Cohorte basada en muestra aleatoria a partir de censo oficial. *Edad:* entre 35-64 años (n = 362), 187 hombres (51,7%) y 175 mujeres (48,3%). Los datos basales del primer corte transversal (1994) fueron: con diabetes 8,1%, de TAG 5,2%, y de IAG 5,8%. La tasa de conversión a DM en 1998 fue del 38,1% en IGA y de 31,5% en TAG. *Metodología:* Se han reevaluado en el 2004 a todos los pacientes que en el primer corte cumplían los criterios OMS 1998, para DM, TAG e IGA mediante entrevista estructurada y determinación de glucemia basal. Marco del estudio grupo de trabajo de Insulina Resistencia en España. Estudio epidemiológico sobre Insulina resistencia, obesidad central y síndrome plurimetabólico

Resultados: Los pacientes que cumplen los criterios son 45 de ellos se estudiaron a 39 (86,7%); 21 hombres (53,8%) y 18 mujeres (46,2%). La tasa de conversión a diabetes fue de 14 sujetos el 35,9% de total a los 10 años del estudio, seguían con IAG 13 (28,0%) 18 (40,0%).

Conclusiones: La tasa de conversión a los 10 años fue prácticamente igual que a los 4 años, no existen diferencias significativas por sexo, índice de masa corporal, obesidad central. A pesar del control de los hábitos de vida, posiblemente debido a las condiciones genéticas que no favorecen la aparición de diabetes ni el regreso a la normalidad de los niveles de glucemia.

134. LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES MÁS PREVALENTES... ¿CONFLUYEN?

A.C. Cereijo Thomas, M. Miralles Piñeyro, M.T. Martí Vilà, M.L. Pérez Miras, M. del Val Viñolas y A. Bassa Massanas

CAP Vila Olímpica. Pamem.

Objetivos: 1) Describir la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) más frecuentes y la comorbilidad de los mismos, en nuestra Área Básica. 2) Comparar la adecuación entre las prevalencias obtenidas y las esperadas en la población general.

Materiales: ABS Urbano. Población 23.500 pacientes adultos. Estudio descriptivo transversal mediante la obtención de listados de pacientes registrados con diagnóstico de hipertensión, diabetes y/o dislipemia. Determinación del número de pacientes con uno, dos ó los tres diagnósticos.

Resultados: Se obtienen sobre un total de 4545 registros: a) 1080 con diabetes (4,59%), de estos 258 solo están diagnosticados de diabetes (1,09%), 230 de diabetes e hipertensión (0,97%), 184 de diabetes y dislipemia (0,70%) y 408 de diabetes, dislipemia e hipertensión (1,70%). b) 3093 con hipertensión (13,6%), de estos 1416 solo están diagnosticados de hipertensión (13,60%) y 1039 dislipemia e hipertensión (4,41%). c) 2633 con dislipemia (11,20%), de estos 1002 solo están diagnosticados de dislipemia (4,26%).

Conclusiones: Comparativamente con la población general presentamos una prevalencia similar de diabetes (4,59 frente a

4-6%), inferior de dislipemia (11,20 frente a 18%) y superior de HTA (13,6 frente 10%). La comorbilidad en nuestra población se distribuye de la siguiente forma, 408 pacientes (1,73%) presentan las tres patologías, 1453 (6,18%) presenta dos patologías y 2676 (11,3%) solo tienen una de las patologías. No se han encontrado estudios epidemiológicos que nos permitan comparar prevalencias de comorbilidad de estas tres patologías.

135. EVALUACIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA (DMO) EN POBLACIÓN FEMENINA RURAL EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

R. Moreno Ramón, M.J. Moreno Ramón, J. Fuster Aguilo, M. Aguilá Blade, A. López Guerrero y C. López Guerrero

Centro de Asistencia Primaria. Mora D'Ebre.

Objetivos: Determinar la (DMO) en una población rural femenina en (AP) y evaluar sus conocimientos sobre la osteoporosis.

Materiales: *Diseño:* Estudio observacional de tipo transversal. *Emplazamiento:* Consulta de AP rural con una población femenina asignada de 912 mujeres. *Participantes criterios de inclusión:* Mujeres de 45 a 75 años que acuden a la consulta de AP por cualquier motivo asistencial. Entre Enero y Mayo del 2003 se seleccionaron de forma sistemática las dos primeras visitas de cada día, explicando a las seleccionadas el motivo del estudio y solicitando su consentimiento para su participación. En el caso de negativa, se proponía su inclusión a la siguiente visita, así hasta completar dos pacientes diarias. *Mediciones principales:* a) Datos sociodemográficos (edad, nivel de estudios realizados, etc.) b) Factores de riesgo (IMC, consumo de café, alcohol, tabaco, sedentarismo etc.). c) Factores protectores (THS, suplementos de calcio etc.) d) Encuesta sobre sus conocimientos de la osteoporosis. *Criterios de exclusión:* Pacientes con artritis reumatoide, o con algún problema que les impidiese contestar la encuesta de conocimientos. *Intervención:* La evaluación de la DMO se realizó mediante una densitometría de segunda falange del tercer dedo de la mano no dominante.

Resultados: Se evaluaron 202 mujeres, 59 resultaron con osteopenia (prevalencia de 29,2%; IC95%; 23,8% - 34,8%), 14 con osteoporosis (prevalencia de 6,9%; IC95%; 3,9% - 11,1%) y 129 con DMO normal (63,8%; IC95%; 63,5% - 64,0%).

Conclusiones: La prevalencia de osteopenia y osteoporosis en la población femenina rural de nuestra área es similar a la hallada en estudios realizados en nuestro entorno. La población femenina rural posee un alto conocimiento sobre la osteoporosis. La Atención Primaria constituye un marco idóneo para la prevención de esta patología.

136. CUIDADO CON SU RIÑÓN, VIGILE LA HIPERTENSIÓN

J. Reyes Balaguer, R. Llombart Sanz, C. Vicente Grau, S. Bueno Hernández, M. Félix Cases y A. Adam Ruiz

Centro de Salud Salvador Allende.

Objetivos: Conocer la prevalencia del deterioro de la función renal mediante la determinación de microalbuminuria en hipertensos no diabéticos.

Materiales: Estudio descriptivo, transversal de prevalencia. Se realizó en 71 pacientes hipertensos que acudieron a consulta de atención primaria del Centro de Salud de Salvador Allende de Valencia durante los meses de enero y febrero de 2004, y que no presentaran deterioro de la función renal ni diabetes mellitus. Las variables del estudio fueron: edad, sexo, peso, talla, años de evolución de la hipertensión y tratamiento pautado. Se realizó la toma de la tensión arterial y una analítica incluyendo microalbuminuria, cifras de creatinina y glucemia basal.

Resultados: La prevalencia es 1,4%. El 45,07% de los pacientes llevaban tratamiento combinado, 15,49% triple terapia. El

33,8% llevaban tratamiento con IECA (inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina), 18,3% con ARA II (antagonistas de los receptores de la angiotensina II), y 12,7% betabloqueantes como primera opción. Sólo 1,4% de los pacientes se controlaba con dieta hiposódica. Como segunda opción terapéutica, 28,1% llevaba hidroclorotiazida, y 21,9% con IECA. El 36,4% de los pacientes triple terapia fueron tratados con hidroclorotiazida.

Conclusiones: Aunque en nuestro estudio la prevalencia ha sido 1,4%, en la literatura existen cifras que oscilan entre 4,7% a 46%. Sería interesante que desde atención primaria se incluyera en el protocolo de hipertensión arterial la detección de microalbuminuria de 24 horas como prevención primaria de deterioro glomerular.

137. RELACIÓN EN HIPERTENSOS, ENTRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, PRESIÓN ARTERIAL Y TRATAMIENTOS ANTIHIPERTENSIVOS

J.F. Pérez Castán, M. Amaro Lijarcio, C. Gómez González, F. García Gallego, I. García Domínguez y M. Arevalo Moreno-Vaquerizo

Área de Salud Don Benito. Villanueva. Badajoz.

Objetivos: Conocer en pacientes hipertensos de Atención Primaria, la relación entre el número de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y las cifras de presión arterial (PA) y los tratamientos antihipertensivos.

Materiales: Estudio descriptivo transversal Hipertensos de 3 unidades asistenciales de 3 localidades representativas de un Área de Salud. FRCV asociados a hipertensión arterial (HTA): diabetes mellitus (DM), hipercolesterolemia (HCOL), obesidad (OBE) IMC > 25Kg/m², tabaquismo actual (TAB), sedentarismo (SED). PA media de tres últimas tomas en historia. Tratamientos y relación con número de FRCV. Análisis SPSS11.0. Chi cuadrado para variables cualitativas; y t de Student y ANOVA para variables cuantitativas.

Resultados: N = 432. 39,1% hombres 60,9% mujeres, IMC-medio 32,775, PASmedia 139,19, PADmedia 77,26, ColestTot 211,4, HDL 55,84, LDL 131,92, Triglicéridos 117,51. FRCV: Solo hipertensos 3%, 2FRCV 16%, 3 32,4%, 4 32,9%, 5 13,9% y 6 1,9%. La PASmedia osciló entre 135,69 en hipertensos sin otro FRCV y 145,25 si 6 FRCV. p = 0,025. La PAD media osciló entre 74,15 en hipertensos sin otro FRCV y 79,87 si 5 FRCV. p = 0,046. FRCV asociados a hipertensión: SED 75,7%, OBS 72,1%, HCOL 57,1%, DM 29,4%, TAB 11,1%. Relación entre número FRCV y tratamiento no farmacológico, monoterapia y politerapia p = 0,062. Tratamientos: DIU 50,5%, IECA 37,0%, BCCA 26,6%, ARAII 18,1%, BB 11,1%, AlfaB 7,2%.

Conclusiones: La PA aumenta con el número de FRCV pero estos no tienen relación número de fármacos utilizados (resultados semejantes a PREVENCAT). Los fármacos mas utilizados son los diuréticos y en asociación IECA-diuréticos. Hay mayor utilización de ARAII en hipertensos con Síndrome metabólico.

138. DIFERENCIAS ENTRE LOS HIPERTENSOS RURALES Y URBANOS ESPAÑOLES ANALIZADOS EN EL ESTUDIO PRESCAP

F.J. Alonso Moreno, J.L. Llisterri Caro, S. Lou Arnal, J.A. División Garrote, J.R. Banegas Banegas y R. Pacheco López

Centros de Salud de las 17 Comunidades Españolas.

Objetivos: Analizar si existen diferencias en las características de los hipertensos españoles rurales y urbanos atendidos en Atención Primaria (AP).

Materiales: Estudio epidemiológico, observacional, transversal y multicéntrico, para estimación de prevalencias, con una actuación simultánea de todos los investigadores en un período de tres días. Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico es-

tablecido de hipertensión arterial (HTA) y tratamiento farmacológico antihipertensivo de las 17 Comunidades Autónomas españolas, los cuales se clasificaron según el número de habitantes de su ámbito de residencia como rurales-semiurbanos (< 20.000) o urbanos (> 20.000). Fueron seleccionados mediante muestreo consecutivo, excluyéndose los diagnosticados recientemente y los que habían iniciado el tratamiento en los 3 últimos meses. La medición de la presión arterial (PA) se efectuó siguiendo las recomendaciones del JNC-VI. Se consideró mal control de la HTA cuando la PA fue > = 140 y/ó 90 mm Hg (> = 130 y/ó 85 en diabéticos). Se realizó estadística descriptiva, comparación de medias con el paquete SPSS v. 11.

Resultados: 12.228 pacientes hipertensos (57,1% mujeres) fueron incluidos: 4.172 (34,1%) del ámbito rural y 8.056 (65,9%) del urbano. Las principales diferencias encontradas entre ambas áreas pueden ser observadas en la tabla siguiente:

Características	Área rural	Área urbana	P
Edad media	63,9 ± 10,6 años	63,0 ± 10,9 años	< 0,001
IMC medio	28,8 ± 4,2 Kg/m ²	28,6 ± 4,2 Kg/m ²	< 0,01
Antecedentes familiares de ECV	32%	28,5%	< 0,001
Antecedentes personales de HTA	57,2%	54,6%	< 0,001
Consumo habitual de alcohol	17,2%	13,4%	< 0,001
Tabaquismo	20%	22,9%	< 0,001
Nefropatía	5,9%	5,1%	< 0,05
Media PA sistólica	142,3 ± 15,2 mm Hg	140,9 ± 14,5 mm Hg	< 0,001
Media PA diastólica	82,5 ± 9,0 mm Hg	82,6 ± 8,7 mm Hg	NS
Media presión de pulso	59,8 ± 13,3 mm Hg	58,3 ± 12,7 mm Hg	< 0,001

Conclusiones: La población hipertensa del ámbito rural-semiurbano presenta una mayor edad, mayor sobrepeso, mayores valores de PA sistólica y mayor consumo de alcohol que la del ámbito urbano.

139. LA IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO. NUESTRA EXPERIENCIA TRAS DOS AÑOS DE CONTROL

G. Reboiro, L. Ortiz de Saracho y Sueiro, M. López Peral, M.A. Cabrera Ferriols, R. Santisteban Casanova y J. Torregrosa Gracia

Centro de Salud de San Blas.

Objetivos: Cuando hemos cumplido dos años de la apertura del Centro de Salud hemos continuado la revisión del número total de pacientes hipertensos censados en nuestras consultas, correspondientes a la zona sur (el centro está dividido en tres zonas) verificando el seguimiento y cumplimiento de dichos pacientes. La discusión y valoración conjunta de los problemas detectados en el seguimiento de los pacientes es totalmente necesaria como elemento básico del trabajo en equipo.

Materiales: Estudio abierto, observacional y prospectivo realizado por los Médicos y Enfermeras en pacientes de la zona sur del C. de S. De un total de 5858 pacientes se han censado 329 (5,60%) de los cuales 169 (51,3%) han sido hembras y 160 (48,7%) han sido varones en edades comprendidas entre los 36 y 91 años. *Los métodos ó medidas utilizadas han sido:* a) Relación médico enfermería. b) El médico y su relación con el paciente. c) Médico y enfermería: su relación con el paciente que se basa en: 1) Información sanitaria adecuada, 2) Síntomas y repercusiones de la HTA en el organismo, 3) Educación sanitaria y 4) Hábitos y factores relacionados con la HTA. d) Grado de cumplimiento de los pacientes tanto a las medidas higiénico dietéticas como a la medicación indicada. e) Posibilidad de incumplimiento y estudio de los factores que lo condicionan: unos derivados del médico, otros de enfermería y otros derivados del propio paciente.

Resultados: Al finalizar el estudio hemos observado los siguientes resultados: 1) Perfecto control del 71% (234) en una

proporción del 74% en mujeres y un 66% en varones con cumplimiento total en los parámetros solicitados: visitas mensuales en enfermería, control de PA. 2) Peso y régimen de vida, procediendo a corrección de fármacos en un 28,4% obteniendo valores medios entre 130 y 80 mm de Hg en un 68%, con marcada mejoría en la calidad de vida de los pacientes. 3) Hemos advertido un 3,8 de eventos, doce pacientes, de los cuales cuatro estaban incluidos en el grupo que ha mantenido el seguimiento total (IAM, AVC, IR, y C. diabético) y 8 en el 29% restante que no ha seguido el cumplimiento marcado (dos de AVC, uno de rotura aneurismática, cuatro de cardiopatía y uno de pluripatología) (uno con 68 años y el resto entre 74 y 82 años).

Conclusiones: La buena relación Médico-enfermería y paciente se ha comprobado es la base para conseguir un mejor y correcto cumplimiento. Una buena educación sanitaria sobre la HTA, unida a consejos sobre la necesidad del cumplimiento higiénico dietético y farmacológico, el reforzar el mismo mediante visitas periódicas y en muchas ocasiones buscar un soporte familiar ó social necesario para asegurar el cumplimiento, ha dado como resultado una mejoría en la calidad de vida de estos pacientes, el descubrir otros f.r.c.v. y la disminución de eventos cardiovasculares, la mayoría de ellos de consecuencias irreversibles.

140. RELACIÓN ENTRE DOLOR CRÓNICO Y SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO. ESTUDIO DE 57 CASOS

A. Alos Montoliu y M.C. Guillen Molina

Institut Català de la Salut. ABS 5. Santa Rosa. Santa Coloma de Gramenet.

Objetivos: 1) Valoración del dolor crónico en una consulta de Atención Primaria (A.P.) mediante la Escala Analógica Visual (EAV). 2) Comparación con estados de ansiedad-depresión mediante la escala de Goldberg.

Materiales: 1) Se ha medido el dolor con EAV en la primera visita. 2) Se ha medido el estado de ansiedad/depresión en la misma primera visita. 3) Se han evaluado un total de 57 pacientes que han acudido a la consulta de AP. 4) Se ha estudiado: edad, sexo, EAV, escala de ansiedad y escala de depresión.

Resultados: 1) *Edad:* media 60,25 DS 13,80 (Mín 27 - Max 86). 2) *Sexo:* 91,2% mujeres 8,8% hombres. 3) *EAV:* media 6,55 DS 1,93. 4) *Ansiedad:* media 5,65 DS 2,38. 5) *Depresión:* media 5,40 DS 2,50.

Conclusiones: 1) La valoración de intensidad del dolor en la primera visita correspondería a un dolor entre moderado-intenso. 2) Existe una puntuación significativa del estado de ansiedad/depresión que presentan los pacientes en la primera visita. 3) Importancia de esta valoración al inicio de las visitas en pacientes con dolor crónico ya que muchas de ellas son candidatas a un tratamiento de base, que posiblemente ayude a mejorar el cuadro álgico que presentan. Posiblemente un tratamiento antidepressivo y/o ansiolítico mejore el cuadro de dolor crónico. 4) Valorar siempre la importancia del dolor psicógeno en pacientes que presentan cuadros de dolor crónico.

141. SCREENING MAMOGRÁFICO: UN BUEN MÉTODO DE CAPTACIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA?

S. Hernández Sánchez, M. Abad Hernández y J.F. Pérez-Fontán Fernández

Centro de Salud Alamedilla. Salamanca.

Objetivos: La controversia de la validez del screening mamográfico como método de diagnóstico precoz en cáncer de mama, nos plantea conocer la relevancia existente de la captación diagnóstica en este tipo de pacientes.

Materiales: Estudio descriptivo retrospectivo de 165 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de cáncer de mama del Hos-

pital Clínico Universitario de Salamanca. Se determinó mediante SPSS 11.5 la distribución de frecuencias por edad al diagnóstico y el debut clínico y/o mamográfico, así como su correlación.

Resultados: El 5,5% eran < 35 años, un 17% entre 35-44 años, el 40,5% entre 45-65 años y > 65 años: 37%. El 68,1% corresponde a la consulta de la paciente que evidencia la palpación de nodularidad y/o sintomatología asociada. Un 20,6% a control mamográfico (11,5% a mamografía bianual por la Junta de Castilla y León a edades entre 45-65 años; 6,1% para controles mamográficos anuales de pacientes con patología mamaria benigna u otra enfermedad asociada y con carácter privado: 3%). Desconocido: 10,3%. A edad de control mamográfico: 39/63 pacientes acuden para despistaje y 24/63 son captadas mamográficamente, representado el cribado de la Junta 15/63 pacientes.

Conclusiones: El bajo despistaje mamográfico en nuestra provincia apoya la controversia desatada en cuanto a la eficacia de la mamografía en el diagnóstico precoz de la enfermedad; debida a una captación insuficiente, escasa participación, intervalo corto de edad o un largo intervalo de screening. Dada la deestimación de la validez de la autoexploración mamaria, el médico de familia ha de desempeñar un meritorio papel en la anamnesis y exploración mamaria periódica que evite el diagnóstico en fases evolucionadas.

142. ¿TODAS LAS COXALGIAS SON ARTROSIS?

R.M. Alcolea García, V. López-Marina, T. Rama Martínez, G. Pizarro Romero, P. Beato Fernández e I. Ramírez Rueda

ABS Besós; ABS Píera; ABS Sant Adrià del Besós; ABS Badalona 6-Llefià; 6-CRAM de Barcelona.

Objetivos: Establecer un diagnóstico correcto ante un paciente con coxalgia prolongada en el tiempo.

Materiales: *Metodología y resultados:* Varón de 42 años de edad que, sin traumatismo previo, presenta dolor inguinal irradiado a cara interna de pierna izquierda y cojera antiálgica. En la exploración física destaca la presencia de dolor intenso a la rotación interna y abducción de cadera izquierda. La analítica es normal y la radiografía de caderas muestra signos difusos de inflamación, que se confirman con ecografía. El paciente inicia reposo y antiinflamatorios. A las seis semanas persiste el dolor, solicitándole resonancia magnética nuclear (RMN) y diagnosticándose necrosis avascular de cabeza de fémur izquierdo. Se deriva al servicio de traumatología e indican el uso de calza para descarga articular como complemento al tratamiento ya propuesto desde atención primaria. A los cuatro meses desaparece el dolor, pero persiste la cojera antiálgica. A los ocho meses el paciente está asintomático. En la RMN de control hay completa reabsorción del edema óseo, con cabeza femoral de morfología normal, confirmandose osteoporosis transitoria.

Conclusiones: 1) La osteoporosis transitoria de cadera es una patología poco frecuente, de causa desconocida y en la que se ha de pensar ante un episodio de coxalgia prolongada, sobretudo en pacientes con edad de 30-50 años. 2) La exploración física así como el acceso por parte del médico de atención primaria a resonancia magnética nuclear, hace que se pueda realizar diagnóstico y seguimiento de esta enfermedad. 3) Suele ser autolimitada en el tiempo y con curación completa.

143. LOS EMBARAZOS CONTROLADOS EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA, EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

J. del Campo Gonzalvo, J.F. Ibor Pica y S. Pérez Picazo

CAP de Benicalap. Valencia.

Objetivos: Elaborar el perfil de los embarazos controlados en nuestro centro de salud y determinar las carencias mejorables del programa.

Materiales: *Diseño:* Estudio observacional, descriptivo y transversal. *Ámbito del estudio:* Zona básica de salud urbana. *Muestra:* Las 218 embarazadas que acuden a la primera visita del programa de embarazo en un año natural.

Métodos: Las variables se recogen de la historia clínica: edad, estado civil, estudios, ocupación de la embarazada y de la pareja, embarazos previos, edad gestacional en la primera visita, tabaco, aumento de peso de la gestante, tipo y embarazo de riesgo, aborto si lo hubo, peso y sexo del recién nacido, cuando y donde la primera visita puerperal, problemas de salud en el puerperio e indicación de método anticonceptivo.

Resultados: Edad $30 \pm 5,6$ años; 2,3% adolescentes. Casadas 88,1%. Bachiller 50,2%. Asalariadas 58,8%; la pareja 92,9% asalariadas. Embarazos previos $1 \pm 1,4$. Fumadoras 18,8%. Primera visita 8 ± 6 semanas de gestación. Aumento de peso $10 \pm 4,2$ Kg, el 39,9% aumenta más de 11 Kg. Embarazos de riesgo 41,1%. Recién nacido: Peso $3,200 \pm 0,600$ Kg. Sexo 61,6% hombre. Puerperio: Primera visita a los $7 \pm 6,1$ días, 100% en consulta. El 83% no tuvo problemas de salud. Al 99,3% se le indicó método anticonceptivo. Hubo 12 abortos espontáneos a las $13 \pm 4,6$ semanas de gestación. Se perdieron para el seguimiento el 30,3%.

Conclusiones: 1) Captación temprana de gestantes. 2) Una quinta parte son fumadoras. 3) Incidir más en el control del peso de las embarazadas. 4) Hay un alto índice de pérdidas para el seguimiento.

144. LA ATENCIÓN DOMICILIARIA A DEMANDA (ADD) EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ÁMBITO URBANO

S. Pérez Picazo, J. del Campo Gonzalvo y J.F. Ibor Pica
CAP de Benicalap. Valencia.

Objetivos: Analizar las variables que influyen en la solicitud de ADD y determinar las patologías que la motivan, en nuestro medio.

Materiales: *Diseño:* Estudio observacional y retrospectivo. *Ámbito del estudio:* Zona básica de salud urbana, con una población de 32.091 personas. *Muestra:* El 100% de las solicitudes de ADD en nuestro centro durante un año natural. *Métodos:* Las variables recogidas son: Fecha, hora del aviso, estación del año, sexo, edad, motivo principal de consulta y si fue derivado al centro de salud, para ser visitado.

Resultados: Durante el año 2003 hubieron 3.058 solicitudes de ADD. El 61,8% fueron mujeres. La media de edad fue de 59 ± 26 años y una mediana de 66 años. El 52,8% de los solicitantes de ADD tienen una edad 65 años y un 5,3% < 15. El 68% de los avisos para ADD se produjeron entre las 8 y las 11 horas y el 31,7% se dio en invierno. Los motivos de consulta más frecuentes son: Fiebre (35%), gastroenteritis aguda (10,8%), vértigo/mareo (7,9%), malestar general (6,9%), tos (6,5%), lumbago (4,2%), dolor en miembros inferiores (3,6%) y traumatismos (2,7%). El 8,3% de los pacientes fue derivado.

Conclusiones: El prototipo de paciente que solicita ADD sería: Mujer de 66 años que avisa entre las 8 y las 11 horas, en invierno, por fiebre. Una fluida relación médico-paciente, la mejor accesibilidad, la potenciación de la atención telefónica y el aumento de las visitas programadas a domicilio evitan solicitudes de ADD injustificadas.

145. CONOCEMOS EL PERFIL DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y EQUIPOS DE SOPORTE

V.M. Silvestre Puerto, A. Martín Lorente, N. Nievas Díaz, R. Vinyeta Cotes, C.M. Fuentes Bellido y N. Saun Casas
ICS La Granja. Tarragona Valls.

Objetivos: Describir el perfil del paciente incluido en PADES, pertenece a una Área Básica de Salud (ABS) urbana y docente.

Materiales: Estudio Observacional longitudinal retrospectivo con todos los pacientes incluidos en PADES, cuyo médico de familia pertenece al ABS de referencia ($n = 64$). Se realizó una revisión exhaustiva de todas las historias clínicas del programa PADES, determinando en cada paciente: edad, sexo, procedencia y motivo de inclusión, tiempo de seguimiento, grado de conocimiento de la enfermedad, recursos familiares y cuidador principal.

Resultados: Los pacientes tenían una edad media de 72,2 años (DE 15,9), siendo el 57,8% hombres. El 45,3% procedían de servicios hospitalarios (28,1% ingresados, 17,2% del servicio de urgencias), y el 29,7% del centro de asistencia primaria. Los motivos de inclusión más frecuentes fueron: neoplasias 57,8%, enfermedades crónicas terminales 20,3% y demencias 10,9%. El tiempo medio de seguimiento fue de 2,4 meses, considerando que el 26,5% tuvieron un seguimiento de menos de una semana por patología no subsidiaria o por éxitus inmediato. El 50,9% de los pacientes desconocen totalmente la gravedad de la enfermedad (diagnóstico y pronóstico), el 9,4% desconocen el pronóstico y el 39,6% tenían conocimiento completo. La mortalidad observada fue del 51,5%, de los cuales el 63,6% murieron en el domicilio y el resto en diferentes servicios hospitalarios. El cuidador principal era la familia en un 84,4% de los casos (51,6% hijos y 32,8% cónyuge). No precisaron ayudas externas en el 76,6%.

Conclusiones: El paciente prototipo de nuestro estudio es un varón de 72 años diagnosticado de una neoplasia y derivado del ámbito hospitalario, que desconoce el pronóstico de su enfermedad, y que es seguido durante 2,4 meses, no llega a recibir mórficos y acaba muriendo en el domicilio al cuidado de sus hijos.

146. ¿USAMOS LA MORFINA?

V.M. Silvestre Puerto, N. Nievas Díaz, A. Martín Lorente, C.M. Fuentes Bellido, E. Satué Gracia y R. Jurado Gallego
ABS la Granja Torreforta. Tarragona.

Objetivos: Describir la utilización de los mórficos como analgésicos en pacientes incluidos en Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES), así como su vía de administración.

Materiales: Estudio observacional longitudinal retrospectivo. Área Básica de Salud (ABS) urbana y docente. Pacientes incluidos en PADES durante los años 1999 y 2000, cuyo médico de atención primaria pertenece a la ABS de referencia ($n = 64$). Se revisaron exhaustivamente las historias clínicas con un período de seguimiento superior a 7 días ($n = 47$), analizando para cada paciente: patología, indicación del uso de mórficos y vía de administración de los mismos.

Resultados: El 65,95% presentaban neoplasia, el 8,51% demencias y el 25,53% otras. Globalmente, el 40,42% recibieron mórficos. Discriminando por patologías, recibieron mórficos el 61,29% de las neoplasias, sin administrarse en las otras patologías. La vía de administración predominante en estos casos fue subcutánea en el 31,57%, oral en el 26,31% y combinación de varias vías en el 36,84%.

Conclusiones: 1) En nuestra muestra, la morfina se usa sólo en pacientes con neoplasias. De todos ellos no más de un tercio acabarán con mórficos. 2) La vía principal de administración es la combinada.

147. VÍA SUBCUTÁNEA EN PACIENTES TERMINALES

R. Díez Cagigal, V. Mencía Seco y M. Sierra Pérez
SCS.

Objetivos: Valorar control síntomas con fármacos por vía subcutánea (VSC).

Materiales: *Diseño:* Estudio descriptivo retrospectivo. *Ámbito:* Pacientes terminales controlados por Equipo Soporte Atención

Domiciliaria ESAD del 01-12-02 al 30-04-04. *Material:* Historias clínicas (HC). *Método:* Análisis en 47 HC de: indicación, fármacos (F), duración, complicaciones, control síntomas, Éxitus.

Resultados: En 63,8% se utilizó VSC (N = 30). *Indicación:* Agonía y Disnea 33,3%, dolor 16,6%, vómitos 10%, disfagia y convulsión 3,3%. *Fármacos:* 33,3% 2F; 23,3% 3F; 40% 4F; 3,3% 5F. *Duración:* de 1 a 120 días. *Complicaciones:* 3,3% pérdida accidental. *Control:* 86,7% control total de síntomas. *Éxitus:* 86,7% en domicilio.

Conclusiones: 1) Buen control sintomático. 2) Satisfacción por éxitus en domicilio con participación activa de la familia en control síntomas. 3) Baja tasa de complicaciones.

148. ¿QUÉ OPINAN LOS FAMILIARES DE PACIENTES TERMINALES SOBRE LA ACTUACIÓN DE UN EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD)?

V. Mencía Seco y R. Diez Cagigal

SCS (ESAD).

Objetivos: 1) Valorar impacto cuidados paliativos domiciliarios en paciente terminal y familia. 2) Detectar aspectos positivos y negativos.

Materiales: Se entrega a la familia de 10 pacientes fallecidos de Diciembre de 2003 a Febrero 2004, un cuestionario con 10 preguntas abiertas, 5 de respuesta sí/no y 9 para puntuar de 1 a 10. El cuestionario consta de 4 bloques: 1) Aportación al enfermo. 2) Aportación a la familia. 3) Aportación en agonía y muerte. 4) Valoración del cuidador principal al ESAD.

Resultados: 1) Palabras más repetidas: Tranquilidad, apoyo, seguridad y cariño. 2) 100% se consideró bien atendido. 3) Tranquilidad. 4) 80% Éxitus en domicilio. 5) 100% experiencia menos traumática. 6) 100% no realizaría cambios en el servicio.

Conclusiones: 1) Domicilio lugar idóneo para el paciente terminal. 2) ESAD importante para paciente y familia. 3) Evita ingresos innecesarios.

149. UNA INTERVENCIÓN GRUPAL DE TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO EN ANCIANOS

E. Arrieta Antón

Centro de Salud Segovia Rural. Segovia.

Objetivos: Realizar un tratamiento grupal de problemas de dolor osteoarticular crónico a pacientes ancianos.

Materiales: Se entró en contacto con las personas mayores de 60 años con diagnóstico de enfermedad osteoarticular crónica, y que hayan acudido a la consulta de su Médico de Cabecera dos o más veces a lo largo del último año por problemas de dolor. En una primera cita se explica el tratamiento y se realiza la recogida de datos. Las baterías de pruebas se aplicaron en forma de entrevista, y se enseñó cómo hacer autorregistros. El tratamiento se realizó a lo largo de 5 sesiones de grupo semanales, de una hora y media de duración que constaron de discusión, exposición, práctica y aclaración de dudas. A los seis meses de finalizar el tratamiento se tuvo otra sesión para recordar los aspectos más importantes, comprobar la comprensión y el seguimiento de las conductas aprendidas, y realizar un nuevo autorregistro de dolor y de actividad física.

Resultados: La hipótesis era que el tratamiento reduciría el nivel de dolor percibido, lo que no se produce; incrementaría el nivel de actividad, que si se encuentra aunque no en valores muy llamativos; y por último reduciría algunos indicadores de malestar como la ansiedad, que es el único parámetro que se reduce en niveles cercanos a la significación.

Conclusiones: Aunque los resultados no son espectaculares, ni suponen un apoyo inequívoco a la eficacia del programa y su aplicabilidad; éste fue muy positivamente valorado por las personas que asistieron, especialmente en lo referente al entrenamiento en relajación.

150. CONSULTA DE TABACO PARA PROFESIONALES SANITARIOS

S. Carbó Queraltó, M. Reche Bibiloni, M. Soler Costa, J. Parcet Solsona, M. Lacoste Farré y O. Ortiz Oliete

EAP Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la efectividad de una consulta de tabaco a los seis meses.

Materiales: *Diseño:* Estudio de intervención. *Emplazamiento:* Servicio de Atención Primaria de un área urbana. *Sujetos:* Personal sanitario/no sanitario que quiera consejo y/o tratamiento sobre tabaco. *Mediciones-Material:* Consulta de tabaco en un EAP (Equipo de Atención Primaria). *Recogida de datos:* Test Fägerstrom, Test Richmon. *Exploración:* balanza, metro, esfigmomanómetro, smokerlitzer.

Resultados: *Participación de fumadores:* 5%. *Filiación:* edad media, 43 años; mujeres, 88%; médicos, 22%; enfermeras, 33%; administrativos, 33%; auxiliares 12%. *Características hábito:* edad media inicio, 17 años; media años fumando 2,5; tiempo máximo abstinencia, 9 meses; causas recidiva, 26; cigarrillos/día, 17; intentos deshabitación, estrés laboral/actos sociales; tratamientos utilizados, parches nicotina 33%, chicles 11%; el 78% sin terapeuta; 2/3 partes viven en ambiente familiar fumador; > 50% toman estimulantes, 1/3 parte consume bebidas alcohólicas; 70% tiene motivación alta; más del 50% dependencia leve, y un 10% dependencia alta. Total segundas visitas, 66%; terceras visitas, 44%; cuarta o más, 22%. *Tratamientos utilizados:* entrevista motivacional, 100%; parches nicotina, 44% (chicles 75%); caramelos, 24%; bupropion, 12%. Recaídas, 66% (50% < 4 semanas). Mantenimiento, 34% (66% > 12 semanas sin fumar y 34% > 16 semanas).

Conclusiones: Los fumadores que acuden son, principalmente, mujeres de edad media con motivación alta/dependencia leve, con > 2 intentos previos sin terapeuta. No hay diferencias según profesión. La mayoría requirió tratamiento farmacológico, siendo los parches los más utilizados +/- chicles. Sólo uno de cada cuatro pacientes continúa en la consulta tras la tercera visita debida, principalmente, a recaída por estrés laboral y/o familiar.

151. ¿POR QUÉ VAN NUESTROS PACIENTES A URGENCIAS?

M. del Val Viñolas, M.L. Pérez Miras, M.T. Martí Vila, M. Miralles Piñeyro, A. Bassa Massanas y A.C. Cerejito Thomas

CAP Vila Olímpica.

Objetivos: Analizar los motivos de consulta al servicio de urgencias del hospital de referencia de la población adscrita a una ABS urbana.

Materiales: Estudio descriptivo-retrospectivo sobre el total de pacientes admitidos en urgencias hospitalarias durante 10 meses del año 2003, valorando el motivo de consulta registrado en la hoja de admisiones de los 5.575 pacientes atendidos. Se distinguió entre pacientes pediátricos y adultos, se valoró la demanda estacional y el destino de los pacientes.

Resultados: El 16,85% de la población adscrita consultó durante el período analizado al servicio de urgencia (17,37% de la población adulta y 13,84% de la pediátrica). Los motivos de consulta más frecuentes fueron los traumatismos y los cuadros infecciosos en general (18,82% ambos) y el dolor de etiología diversa (13,22%). Otros procesos con prevalencia significativa fueron las heridas de cualquier localización, los trastornos gastrointestinales y los psiquiátricos. No consta o es ilegible el motivo en un 3,35%. Llama la atención un importante número de intoxicaciones (básicamente farmacológicas). Los meses con mayor demanda fueron los de mayo, junio y julio, mientras que el mínimo de demanda se produjo en octubre y diciembre. Mayoritariamente

los pacientes fueron remitidos a domicilio al alta (85,79%) quedando ingresados o derivados a otros centros el 10,71%, citados a control posterior el 3,18% y fueron éxitos el 0,30%.

Conclusiones: Un porcentaje muy significativo de los pacientes del ABS consultan a urgencias. Conviene conocer los motivos de dichas consultas así como establecer mecanismos de coordinación entre ABS y Hospital.

152. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS BAJAS LABORALES EN UN CENTRO DE SALUD URBANO DE EXTREMADURA

J. Cobaleda Polo y V. Aguilar Gordillo

Centro de Salud Anexo I de Badajoz.

Objetivos: Comprobar si existen diferencias entre las bajas laborales prescritas entre trabajadores de empresas privadas y públicas. Entre trabajadores del Sistema Nacional de Salud y el resto de empleados públicos. Entre las bajas prescritas a los trabajadores del INSALUD y los mismos empleados del Servicio Extremeño de Salud (SES). Entre los distintos estamentos de los trabajadores sanitarios. Divididos en 5 grupos: (I) No titulados. No Sanitarios, (II) Celadores, (III) Auxiliares de Clínica, (IV) Enfermeros y (V) Médicos.

Materiales: Analizamos las IT del año 2000 al 2003 en el cupo médico urbano con el mayor número de trabajadores adscritos del Área de Badajoz. Se encuentran incluidos 493 trabajadores de empresas privadas y 545 empleados públicos. De los que 311 pertenecen al sector sanitario y 234 al resto de instituciones públicas.

Resultados:

	Número	% de bajas	Duración % una sola baja	
Total	882	48,86	101,51	66,40
Trabajadores privados	493	54,36	117,13	73,13
Trabajadores públicos en total	545	43,85	57,21	43,51
Trabajadores públicos no sanitarios	311	44,37	60,41	64,49
Trabajadores públicos sanitarios	234	51,71	55,05	28,93
Trabajadores del Insalud	234	40,60	54,10	57,89
Trabajadores del SES	234	46,15	55,83	44,44

Sanitarios	Número	% de bajas	Duración % una sola baja
Grupo I	41	51,22	75,78
Grupo II	30	73,33	52,64
Grupo III	49	69,39	56,39
Grupo IV	78	65,38	51,29
Grupo V	36	52,78	20,08

Conclusiones: Los trabajadores públicos están más veces de baja que los privados pero las bajas de estos últimos son más prolongadas. Dentro de los empleados públicos, los del sanitario tienen un mayor número de bajas y precisar más veces la baja (el 71,07% de los trabajadores). Desde las transferencias sanitarias, las bajas han sido más frecuentes. Por estamentos, más del 55% de los trabajadores de todos los grupos, excepto el de los facultativos, precisaron varios periodos de baja. Estos últimos, solo en el 26,32% de los casos.

153. CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN ADOLESCENTES DE UN ÁREA DE SALUD

J.L. Cabrera Mateos, A. Baez Álvarez e I. Toledo Perdomo

Centro de Salud de Yaiza, Hospital General de Lanzarote.

Objetivos: Conocer la prevalencia y algunas características del consumo de drogas ilegales en los adolescentes de la isla.

Materiales: Estudio descriptivo transversal de una muestra de 790 alumnos elegidos mediante muestreo por conglomerados de adolescentes escolarizados en institutos de enseñanza media de la isla. La unidad de muestreo fue el aula.

Resultados: El 5,9% consumen cannabis al menos los fines de semana, el 3,2% dice haber consumido alguna vez drogas de

síntesis, el 3,9% cocaína, el 2,3% inhalantes, y el 1,4%, heroína. Las diferencias entre sexos no fueron estadísticamente significativas. El consumo de las diferentes drogas se incrementa con la edad: los consumidores habituales o a diario de cannabis se incrementa progresivamente desde un 0,7% a los 12-13 años hasta un 12,5% a los 18-19 años ($p < 0,001$). El consumo de drogas de síntesis aumenta significativamente con la edad ($p = 0,02$). Respecto a la cocaína, esta proporción va de un 1,5% a los 12-13 años hasta un 18,8% a los 18-19 años ($p < 0,001$). Igual sucede con los inhalantes desde 0,7% a 9,7% ($p = 0,003$). Todas las drogas se asocian positivamente al consumo de tabaco y alcohol y al número de borracheras. Su asociación es inversa con la práctica deportiva y no existe relación con el nivel de estudios de los padres.

Conclusiones: Existe en nuestro medio un alto porcentaje de adolescentes consumidores de drogas ilegales que se incrementa con el consumo de drogas legales y con la edad.

154. PACIENTES DOMICILIARIOS Y CUIDADORES. ¿CRITERIO CORRECTO DE URGENCIA HOSPITALARIA?

M. Miralles Piñeyro, M.T. Martí Vilà, A.C. Cereijo Thomas, A. Bassa Massanas, M.L. Pérez Miras y M. del Val Viñolas
CAP Vila Olímpica: PAMEM.

Objetivos: Analizar el uso de los servicios de urgencias hospitalarias y los motivos de consulta de los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) de nuestra área básica.

Materiales: ABS Urbana, con una población de 23.500 pacientes adultos. Estudio descriptivo retrospectivo, mediante revisión de 275 historias clínicas, de los pacientes incluidos en el programa de ATDOM, durante el año 2003. De estos pacientes, el 60% eran mujeres y el resto, 40%, hombres. Sus edades estaban comprendidas entre 40 y 104 años, encontrándose la mayoría de los pacientes en la franja de edad comprendida entre los 70 y 90 años (77,5%).

Resultados: De los 275 pacientes incluidos en el programa de ATDOM, 102 (37%) acudieron al servicio de urgencias de nuestro hospital de referencia, de los cuales: a) 46 (45,1%) pacientes retornaron a su domicilio. b) 46 (45,1%) fueron ingresados. c) 6 (5,9%) se derivaron a otros centros (dispensario, IMPU, etc). d) 4 (3,9%) fallecieron. Los motivos de consulta fueron los siguientes: 1) Médicos 65. 2) Traumatológicos 19. 3) Quirúrgicos 16 y 4) Psiquiátricos 2.

Conclusiones: Ante los datos obtenidos de la revisión de las historias clínicas, podemos concluir que nuestros pacientes hacen un buen uso de los servicios de urgencias hospitalarias, puesto que de las 102 consultas realizadas, 80 de ellas precisaban alguna exploración complementaria (Radiografías, analíticas, etc.) para su correcto diagnóstico y tratamiento.

155. NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES CRÓNICOS HOSPITALIZADOS Y EN DOMICILIO

R. Bosca, F. Pascual, P. Escolar, A. Egido, E. Contell y J.J. Soler

Centro de salud de Orba. Alicante. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Objetivos: La utilidad de la nutrición enteral (NE) en patologías crónicas ha demostrado que mejora el pronóstico, la supervivencia y la calidad de vida de los enfermos y de sus cuidadores. Pretendíamos valorar la utilización de la NE en pacientes hospitalizados y en su domicilio controlados por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD).

Materiales: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo realizado entre enero y septiembre de 2002 de todos los pacien-

tes que precisaron NE. Fueron 56 (27 mujeres, 48,2%). La edad media era 68 años (rango 57-81). Los diagnósticos eran: ACV crónico, 12; demencia senil evolucionada, 6; estado vegetativo persistente, 4; cáncer avanzado, 34. El índice de Barthel (0-20) estaba entre 2 y 10 en todos los casos.

Resultados: La administración de la NE se realizó por gastrostomía percutánea en 3 casos y por sonda nasogástrica en el resto. La cantidad diaria variaba de 1000 a 2000 ml/día utilizando compuestos con fibra o hipercalóricos según las necesidades de los pacientes. El estado nutricional se valoraba cada 2/4 semanas mediante bioquímica hemática (con el 100% de los casos con cifras dentro de la normalidad); índices antropométricos y valoración subjetiva cuando era posible.

Conclusiones: La prevalencia de pacientes que precisan nutrición enteral es elevada. Con buenos cuidados y entrenamiento por parte de los cuidadores, la situación nutricional es buena, precisando únicamente de controles sencillos. A mayor grado de dependencia, mayor utilización de la NE.

156. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN LOS INFORMES DE REMISIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA (AP) A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS (PO) ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (SU) DEL INSTITUTO VALENCIANO DE ONCOLOGÍA

F. Pascual, A. Mancheño, J. Ferrando, S. Fons, V. Moya y R. Bosca

Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia.

Objetivos: Según el artículo 20 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, todo paciente tendrá derecho a recibir del servicio sanitario, una información al alta. El informe ha de tener, según el artículo 3, datos personales del paciente, resumen del historial clínico, actividad asistencial prestada, diagnóstico y recomendaciones terapéuticas. Pretendíamos analizar causas de remisión e información de los informes de PO remitidos desde AP al SU del IVO.

Materiales: Estudio descriptivo retrospectivo. Se atendieron 5126 pacientes entre enero y diciembre de 2003; 87 pacientes (1,69%) remitidos desde AP.

Resultados: La remisión por síntomas, fue fiebre (27,5%), disnea (19,5%), hematuria 14,9%), deterioro del estado general (13,8%), dolor (11,4%) y otros motivos (12,6%). La información aportada de AP, fue muy escasa, registrando todos, la filiación; antecedentes patológicos tumorales (93%), síntoma y/o signo motivo de remisión (73,5%), exploración física realizada (42,5%) y tratamiento administrado al paciente en AP antes de la remisión al hospital (6,8%).

Conclusiones: Solo el 1,69% de los pacientes que acudieron al SU fueron remitidos desde AP. La información que aportan los informes de remisión, es escasa e incompleta. El 42,5% de los pacientes tenían exploración física realizada y el 6,8% fue tratado. En aplicación del artículo 2 del real Decreto 866/2001 se debe de entregar un informe de asistencia en los servicios de urgencia hospitalarios, aunque visto como está el tema y de la poca tendencia que tenemos a escribir, recomendaríamos documentar siempre toda asistencia sanitaria y entregar al paciente un informe, tanto si lo pide como si no.

157. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES. ASIGNATURA PENDIENTE EN PRIMARIA

C. Miranda, A. Burgos, N. Reyes y L. Benito

C.S. San Fernando II. Madrid.

Objetivos: Determinar la frecuencia en que las Incapacidades Temporales de causa mecánica catalogadas como enfermedad

común/accidente (contingencia común) no laboral son en realidad originadas por enfermedad profesional/accidente laboral (contingencia profesional).

Materiales: *Diseño del estudio:* Estudio observacional descriptivo. *Sujetos, período y ámbito de estudio:* Pacientes en situación de IT por contingencia común y causa mecánica durante febrero y marzo del 2004 en un centro de salud periurbano. *Variables a estudio:* edad, sexo, oficio, tipo de contrato, antigüedad en la empresa, diagnóstico de la baja, duración de la baja, mecanismo de producción de la lesión y aplicación de medidas ergonómicas. *Metodología:* Se diseñó una encuesta que recogía las variables a estudio y se aplicó a nuestros pacientes al recoger el primer parte confirmación. *Análisis estadístico:* mediante programa SPSS 10.0.

Resultados: *ITs de causa mecánica:* 63 personas. 34 (54%) fueron hombres y 29 mujeres (46%) con una media de edad de 37,7 años (DE 10,64). 24 personas (38%) ya habían estado de baja por una causa mecánica. *Causa más frecuente de IT:* patología lumbar (31%). 22 (34,9%) personas manifiestan que el motivo de su baja se produjo como consecuencia de su trabajo. Responden que su lesión se produjo "in itinere" o que fue provocada por sobreesfuerzos, o continuos movimientos repetidos, o posturas incómodas mantenidas largo tiempo en el desarrollo de su trabajo.

Conclusiones: Un alto porcentaje (34,9%) de las bajas laborales por contingencias comunes probablemente estén relacionadas con la realización de su trabajo y por lo tanto catalogables como contingencias profesionales. De ese 34,9%, hay un 9,5% que objetivamente son bajas mal prescritas ("in itinere" o fracturas producidas en el trabajo). Los médicos de familia debemos poner más atención a la hora de valorar las bajas por contingencias comunes, ya que muchas de estas guardan relación con el entorno laboral, siendo contingencias profesionales con todo lo que esto implica.

158. VALOR DEL GENOGRAMA EN EL ESTUDIO DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y EN LA IDENTIFICACIÓN DE UNA NUEVA TIPOLOGÍA ESTRUCTURAL

E. Vega Agredano, Q. de la Revilla Negro, B. Martínez Romero, L. Burgos Ruiz y M.G. Roca Rodríguez

Objetivos: 1) Conocer si la construcción del genograma cuenta con los elementos necesarios para poder configurar las distintas estructuras familiares. 2) Saber si la lectura del genograma permite identificar las distintas clases con que se conforma la estructura de las familias. 3) Evaluar la capacidad que tiene el genograma para reconocer la tipología estructura de la nueva clasificación demográfica de la familia que proponemos.

Metodología: Estudio descriptivo transversal, sobre 299 genogramas realizados por dos médicos y una DUE de los Centros de Salud de Cartuja y Almanjajar. Todos los genogramas fueron estudiados por dos médicos que no habían participado en la realización de los mismos. En todos los casos: 1) Se evaluó si la lectura del genograma permitía conocer cual era la estructura que tenía cada familia, señalando en los casos que no pudo realizarse la lectura cuál era la causa. 2) Se distribuyeron a las familias estudiadas atendiendo a una nueva clasificación de la tipología familiar basada en el modelo establecido en 1991.

Resultados: La lectura del genograma permitió identificar la estructura de las familias en el 96,6% de los casos. Al intentar conocer si las familias nucleares y monoparentales tenían o no parientes próximos (familias de origen) se apreció que en 120 de los genogramas estudiados (57,6%) no se pudo objetivar este dato. Aportamos una nueva clasificación de la tipología familiar, ideada por de la Revilla, en la que se establecen las siguientes modificaciones: 1) eliminación de la familias numerosa y binuclear, 2) subdivisión de las familias monoparentales en

dos subtipos: con o sin parientes próximos y ampliadas con parientes o agregados, y 3) incorporación de un nuevo tipo de familia, la reconstituida. Aplicando la nueva tipología estructural al genograma comprobamos que las familias nucleares son las más frecuentes (71,2%), seguida de las monoparentales (11,7%) y las personas sin familia (6,8%), encontrado después las familias extensas (5%) y las familias reconstituidas (3,8%).

Conclusiones: 1) El genograma es una técnica excelente para catalogar la estructura de las familias, ya que se consiguió identificarlas en el 96,6% de los casos. 2) En el 57,6% de los casos no se pudo establecer el subtipo de familias con o sin parientes próximos. 3) Precisamente para resolver este problema se ha diseñado un nuevo símbolo. 4) Aportamos una nueva clasificación de la tipología familiar, con la subdivisión de las familias monoparentales en dos subtipos: con o sin parientes próximos y ampliadas con parientes o agregados, y la incorporación de un nuevo tipo de familia, la reconstituida. 5) Con esta nueva tipología estructural apreciamos que las familias nucleares siguen siendo la tipología más frecuente seguida de las monoparentales y las personas sin familia, de las familias extensas y las familias reconstituidas. 6) Las dos tipologías estructurales emergente son la monoparental y la reconstituidas, por el contrario apreciamos un descenso en el grupo de personas que viven solas.

159. ESTUDIO DEL APOYO SOCIAL EN LOS ENFERMOS CRÓNICOS

B. Martínez Romero, I. Medina Moruno, L. Burgos Ruiz, M.G. Roca Rodríguez y E. Vega Agredano

Objetivos: 1) Ver la utilidad de un nuevo cuestionario para medir el nivel de apoyo social de la población atendida en dos centros de salud. 2) Conoce si los pacientes con patologías crónicas presentan un grado de apoyo social distinto al resto de la población.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo y transversal, realizado en dos centros de salud urbanos de Granada. Para la investigación hemos utilizado un cuestionario de apoyo s. en 301 individuos seleccionados de manera sistemática e incluidos en uno de los cuatro estados de salud: EPOC, DM, HTA y resto de población consultante. Las variables en estudio son la edad, el sexo, estado de salud y cada uno de los 20 ítems del cuestionario.

Análisis estadístico: La comparación de las diferentes variables del cuestionario según el sexo y la patología fue llevada a cabo empleando el análisis de la varianza de una vía, pues pese a la no-normalidad de las variables los tamaños muestrales fueron lo suficientemente grandes, como para que el test pueda aplicarse. La correlación entre la edad y la primera pregunta del cuestionario y el resto de las preguntas de la escala fue estudiada empleando el coeficiente de correlación de Pearson, previa nube de puntos, para descartar linealidades.

Resultados: En el análisis bivariado se aprecia: 1) *En relación con el género*, que las mujeres muestran una menor percepción de apoyo sobre todo en las preguntas relacionadas con el a. afectivo e instrumental, así como un menor tamaño de su red social. En todos los ítems la media es inferior en las mujeres respecto a los hombres. 2) *En relación con la edad*, cuando aplicamos el coeficiente de correlación entre las variables preguntas-edad, se objetivan asociaciones significativas ($p < 0,05$) en los ítems 7, 10, 11, 14 y 18, todas ellas con valores negativos, es decir al aumentar la edad disminuye la percepción de apoyo. 3) *Relación con las patologías estudiadas*, al relacionar la variable percepción de apoyo social con la variable "patologías en

estudio" (DM, HTA, EPOC y demás población consultante), los encuestados con patología EPOC presentan menor percepción de apoyo social que el resto de los estados de salud, con diferencia significativa en los ítems que corresponden al apoyo emocional y al apoyo afectivo. 4) *Relación entre la red y las dimensiones del apoyo social*, al correlacionar los 19 ítems de apoyo social y la pregunta 1, sobre la red social, se obtienen valores positivos, mostrando diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) en los 19 ítems, señalando que cuanto más amplia es la red social, mayor es la percepción de apoyo social.

Conclusiones: 1) El cuestionario de A.S es un instrumento válido para medir el apoyo social. 2) En cuanto al género, las mujeres muestran un menor tamaño de la red y menor percepción de apoyo. 3) Parece que cuanto más edad tienen las personas encuestadas existe una menor percepción de apoyo. 4) En lo referente a las patologías estudiadas (DM, HTA y EPOC), solo en esta se apreciaba una menor percepción de a. emocional y afectivo. 5) Cuanta más amplia es la red social, mayor es la percepción de a. social.

160. CRITERIOS PARA IDENTIFICAR FAMILIAS DE RIESGO SOCIO SANITARIO EN PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

L. Burgos Ruiz, Q. de la Revilla Negro, I. Jover Casas, E. Vega Agredano y B. Martínez Romero

Objetivos: Definir los criterios e indicadores familiares e individuales para identificar familias de riesgo socio-sanitario en personas mayores con procesos crónicos. Evaluar la importancia de los criterios e indicadores propuestos para identificar familias de riesgo socio-sanitario (FR.S-S).

Metodología: 1) Constitución de un grupo formado por dos médicos de familia, dos DUE y un trabajador social, para elaborar criterios e indicadores de FR.S-S. 2) A 42 familias de 2 UAF del Centro de Salud de Cartuja de Granada, incluidas en el Programa de Atención domiciliaria y Atención familiar de personas mayores, se les pasó el cuestionario para identificar FR.S-S.

Resultados: El Grupo de trabajo propone estos *criterios de riesgo socio-sanitario*: a) *individuales*: inmovilidad y grado de inmovilidad; alteraciones cognitivas y fase de la misma; discapacidad sensorial y paciente terminal. b) *Familiares*: hacen referencia a distintos tipos de estructura familiar, distintas fases del ciclo vital familiar y problemas relacionales. *Indicadores individuales*: Todos los pacientes estudiados estaban inmovilizados, 7 (16,6%) estaban en grado 1 (máximo) y 21 (50%) en el grado 4 (mínimo). Otros 7 (16,6%) tenían alteraciones cognitivas, 7 (11,9%) discapacidad sensorial y 1 estaba en fase terminal. *Indicadores familiares*: En cuanto a la estructura familiar 3 pacientes (7,1%) tenían máximo riesgo socio-sanitario por tratarse de persona sin familia; 7 familias (16,6%) estaban en la V etapa y cónyuges tenían más de 70 años. Las alteraciones en las relaciones familiares se apreciaron en 20 casos (47,6%). Atendiendo a los criterios e indicadores 8 familias (19%) tenían puntuaciones de 6 o más de 6 y se podían considerar FR.S-S.

Conclusiones: 1) La suma de criterios individuales y familiares permite identificar FR.S-S. 2) El grado de inmovilidad es un factor de riesgo muy importante. Solo el 16,6% de los casos sufrían inmovilidad máxima. 3) Los criterios familiares aportan elementos fundamentales del riesgo. Destacamos entre ellos, las personas sin familia, presente en el 7,1%; estar en la V etapa del CVF y ser mayores de 70 años apreciado en el 16,6% y tener a las relaciones familiares que observamos en el 46,7%. 4) En el 19% de las familias tenían puntuaciones indicadoras de FR.S-S.